UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCIÊNCIAS - PPGENFBIO

TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Marcellini

Rio de Janeiro

2026

LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA

TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

Defesa de tese submetida à avaliação da banca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências - PPGENFBIO do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de Pesquisa Institucional: Bases Moleculares, Celulares, Fisiológicas e Ambientais do Cuidado em Saúde.

Linha de Pesquisa Institucional do Orientador: Aspectos éticos, fisiológicos e metabólicos na saúde e na alimentação.

D371 DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA, LILIA
/ LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2026.
278

Orientador: Paulo Sérgio Marcellini.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, 2026.

1. Telessaúde. 2. Período perioperatório. 3. Enfermagem. I. Marcellini, Paulo Sérgio, orient. II. Título.

LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA

TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

Defesa de tese submetida à avaliação da banca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências - PPGENFBIO do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: **22/05/2026**

BANCA EXAMINADORA:

gov.br Documento assinado digitalmente
PAULO SERGIO MARCELLINI
Data: 18/06/2026 16:34:16-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Drº Paulo Sérgio Marcellini

Presidente - UNIRIO

Profª. Drª. Vivian Gomes Mazzoni 1ª

Examinadora

Profª Drª Raquel Ferreira de Menezes 2ª

Examinadora

Profª. Drª Inês Maria Meneses dos Santos 3ª

Examinadora

Profª Drª Joanir Pereira Passos 4ª

Examinadora

Profª. Drª Aline Affonso Luna

Suplente

Profª Drª Thaís Falcão Pereira Frias

Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, fonte de sabedoria, força e sustento ao longo de toda a trajetória acadêmica e pessoal, cuja presença foi essencial nos momentos de desafio e superação.

Dedico-o, de modo especial, aos pacientes cirúrgicos oncológicos, que, com coragem e resiliência diante do processo de adoecimento e do cuidado cirúrgico, inspiram diariamente a prática da enfermagem e conferem sentido à produção do conhecimento científico em saúde.

À minha mãe, que partiu precocemente em decorrência do câncer de ovário, deixo registrada minha homenagem e gratidão. Sua trajetória marcou profundamente minha vida pessoal e profissional e deu sentido ao compromisso que assumo, hoje, na produção de conhecimento científico e na busca por uma assistência qualificada, humana e baseada em evidências às mulheres que vivenciam a mesma condição.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, de maneira especial, ao meu marido, pela compreensão, apoio e parceria ao longo de todo o percurso do doutorado, especialmente nos momentos em que a dedicação aos estudos e à escrita da tese exigiu presença mesmo na ausência.

Às minhas filhas, genros e primas, expresso minha profunda gratidão pelo auxílio fundamental nas demandas tecnológicas e no criterioso preenchimento de mais de 19 mil itens da planilha de coleta de dados, contribuição indispensável para a viabilização e a qualidade deste estudo.

Aos enfermeiros e enfermeiras que, com comprometimento e dedicação, acumulam as atividades no bloco cirúrgico com a realização de visitas e/ou telenfermagem, muitas vezes após plantões extenuantes, expresso meu reconhecimento. A disposição em assegurar a qualidade da assistência e a segurança do paciente, por meio da identificação criteriosa dos fatores de risco, evidencia o protagonismo da enfermagem no cuidado perioperatório e foi fundamental para a consolidação deste estudo.

À banca examinadora, registro meu reconhecimento pelas valiosas contribuições, críticas construtivas e reflexões que fortaleceram o rigor científico e promoveram o amadurecimento acadêmico do trabalho.

Por fim, manifesto meu agradecimento especial ao meu orientador, cuja presença constante, dedicação e compromisso foram essenciais na construção deste estudo, acompanhando cada etapa do processo e contribuindo decisivamente para que esta tese alcançasse consistência, profundidade e a robustez expressa em suas 281 laudas.

Agradeço, ainda, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

"A enfermagem, enquanto ciência,
constrói e desenvolve o cuidado
a partir da integração entre saber,
prática e responsabilidade social."
Adaptação conceitual

"Tudo o que quereis que os homens vos façam, fazei-o também a eles." Mateus 7:12

PEDRADA, Lilia dias Santana de Almeida. **Telenfermagem pré-operatória como estratégia para operacionalizar a prevenção dos riscos no paciente cirúrgico oncológico**. 2026. 277 f. Defesa de Tese (Doutorado em Ciências) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2026.

RESUMO

Introdução: No período perioperatório, diversos fatores de risco estão relacionados às condições clínicas do paciente, ao procedimento cirúrgico e ao contexto assistencial. A identificação precoce desses fatores subsidia o planejamento de intervenções de enfermagem, contribuindo para a segurança do paciente e para melhores desfechos clínicos. O risco pode ser compreendido como a probabilidade de ocorrência de eventos adversos ou danos ao paciente decorrentes de fatores físicos, biológicos, químicos, mecânicos, humanos ou organizacionais associados aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e ao ambiente do centro cirúrgico. Entre os riscos inerentes ao transoperatório, destaca-se o uso da eletrocirurgia, que pode ocasionar queimaduras elétricas ou térmicas em situações de falhas no isolamento, posicionamento inadequado da placa de retorno, contato do eletrodo ativo com superfícies metálicas ou ocorrência de acoplamento capacitivo. **Objetivos:** Este estudo tem como foco o tratamento cirúrgico e parte da hipótese de que a aplicação da telenfermagem pré-operatória, estruturada a partir de um roteiro validado, aumenta a identificação precoce dos fatores de risco relacionados ao processo cirúrgico e contribui para a redução da probabilidade de suspensão cirúrgica, apresentando desempenho equivalente ou superior ao modelo tradicional de visita pré-operatória presencial. Objetiva-se desenvolver e validar a telenfermagem pré-operatória como instrumento para a redução dos riscos presentes no período perioperatório de pacientes cirúrgicos oncológicos. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, que contempla as etapas de elaboração de um roteiro estruturado para o instrumento de telenfermagem, validação de conteúdo e aplicabilidade clínica do produto.**Resultados:** Os resultados desta pesquisa demonstraram que a avaliação pré-operatória de enfermagem constitui etapa fundamental para a identificação de fatores de risco clínicos e comportamentais que podem interferir na segurança do paciente durante o período perioperatório. A comparação entre as modalidades de consulta evidenciou que a telenfermagem se apresenta como uma estratégia viável e segura para a realização dessa avaliação, possibilitando a identificação antecipada de condições relacionadas ao uso de medicamentos, presença de dor, uso de fitoterápicos e outros aspectos relevantes para o planejamento do cuidado. **Conclusão:** Os achados reforçam a importância da aproximação entre enfermeiro e paciente no período pré-operatório por meio da telenfermagem, com o objetivo de identificar fatores de risco e implementar intervenções de enfermagem capazes de minimizá-los ou eliminá-los, contribuindo para a segurança do paciente e a qualidade da assistência no contexto cirúrgico oncológico.

Palavras-chave: Enfermagem; Período perioperatório; Riscos; Telessaúde; Teleconsulta.

PEDRADA, Lilia Dias Santana de Almeida. **Preoperative telenursing as a strategy to operationalize risk prevention in oncological surgical patients** 2026. 277 p. Doctoral Thesis (PhD in Science) – Center of Biological and Health Sciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro, 2025.

ABSTRACT

Introduction: In the perioperative period, several risk factors are related to the patient's clinical conditions, the surgical procedure, and the care context. Early identification of these factors supports the planning of nursing interventions, contributing to patient safety and better clinical outcomes. Risk can be understood as the probability of adverse events or harm to the patient resulting from physical, biological, chemical, mechanical, human, or organizational factors associated with anesthetic-surgical procedures and the operating room environment. Among the risks inherent to the intraoperative period, the use of electrosurgery stands out, which can cause electrical or thermal burns in situations of insulation failure, inadequate positioning of the return plate, contact of the active electrode with metallic surfaces, or the occurrence of capacitive coupling. **Objectives:** This study focuses on surgical treatment and is based on the hypothesis that the application of preoperative telenursing, structured from a validated script, increases the early identification of risk factors related to the surgical process and contributes to reducing the probability of surgical postponement, showing equivalent or superior performance to the traditional model of in-person preoperative visits. The aim is to develop and validate preoperative telenursing as a tool for reducing the risks present in the perioperative period of oncological surgical patients. **Methods:** This is a methodological study that includes the steps of developing a structured script for the telenursing instrument, content validation, and clinical applicability of the product. **Results:** The results of this research demonstrated that preoperative nursing assessment is a fundamental step in identifying clinical and behavioral risk factors that may interfere with patient safety during the perioperative period. The comparison between consultation modalities showed that telenursing presents itself as a viable and safe strategy for carrying out this assessment, enabling the early identification of conditions related to medication use, presence of pain, use of herbal remedies, and other aspects relevant to care planning. **Conclusion:** The findings reinforce the importance of the close relationship between nurse and patient in the preoperative period through telenursing, with the aim of identifying risk factors and implementing nursing interventions capable of minimizing or eliminating them, contributing to patient safety and the quality of care in the oncological surgical context.

Keywords: Nursing; Perioperative period; Risks; Telehealth; Teleconsultation.

PEDRADA, Lilia Dias Santana de Almeida. Telenfermería preoperatoria como estrategia para operacionalizar la prevención de riesgos en pacientes quirúrgicos oncológicos. 2026. 278 h. Tesis Doctoral (Doctorado en Ciencias) – Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro, 2026.

RESUMEN

Introducción: En el período perioperatorio, diversos factores de riesgo están relacionados con las condiciones clínicas del paciente, el procedimiento quirúrgico y el contexto asistencial. La identificación precoz de estos factores favorece la planificación de intervenciones de enfermería, contribuyendo a la seguridad del paciente y a mejores resultados clínicos. El riesgo puede entenderse como la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos o daños al paciente derivados de factores físicos, biológicos, químicos, mecánicos, humanos u organizacionales asociados a los procedimientos anestésico-quirúrgicos y al entorno del centro quirúrgico. Entre los riesgos inherentes al período transoperatorio, destaca el uso de la electrocirugía, que puede ocasionar quemaduras eléctricas o térmicas en situaciones de fallas de aislamiento, posicionamiento inadecuado de la placa de retorno, contacto del electrodo activo con superficies metálicas o acoplamiento capacitivo. **Objetivos:** Este estudio se centra en el tratamiento quirúrgico y parte de la hipótesis de que la aplicación de la telenfermería preoperatoria, estructurada a partir de un protocolo validado, aumenta la identificación temprana de los factores de riesgo relacionados con el proceso quirúrgico y contribuye a reducir la probabilidad de suspensión de la cirugía, presentando un desempeño equivalente o superior al modelo tradicional de visita preoperatoria presencial. El objetivo es desarrollar y validar la telenfermería preoperatoria como instrumento para la reducción de los riesgos presentes en el período perioperatorio de pacientes quirúrgicos oncológicos. **Métodos:** Se trata de un estudio metodológico que contempla las etapas de elaboración de un protocolo estructurado para el instrumento de telenfermería, validación de contenido y aplicabilidad clínica del producto. **Resultados:** Los resultados de esta investigación demostraron que la evaluación preoperatoria de enfermería constituye una etapa fundamental para la identificación de factores de riesgo clínicos y conductuales que pueden interferir en la seguridad del paciente durante el período perioperatorio. La comparación entre las modalidades de consulta evidenció que la telenfermería se presenta como una estrategia viable y segura para la realización de esta evaluación, permitiendo la identificación anticipada de condiciones relacionadas con el uso de medicamentos, presencia de dolor, uso de fitoterápicos y otros aspectos relevantes para la planificación del cuidado. **Conclusión:** Los hallazgos refuerzan la importancia del acercamiento entre el enfermero y el paciente en el período preoperatorio mediante la telenfermería, con el objetivo de identificar factores de riesgo e implementar intervenciones de enfermería capaces de minimizarlos o eliminarlos, contribuyendo a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención en el contexto quirúrgico oncológico.

Palabras clave: Enfermería; Período perioperatorio; Riesgos; Telesalud; Teleconsulta.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Triângulo do fogo	36
Figura 2	Triângulo do fogo no centro cirúrgico – CC	37
Figura 3	Fluxograma do processo de seleção dos estudos conforme PRISMA-ScR	57
Figura 4	A importância da gestão de riscos de queimaduras e incêndios	79
Figura 5	Fratura intertrocanteriana de fêmur, tratada com placa e parafuso deslizante	84
Figura 6	Artroplastia de quadril	84
Figura 7	Radiografia do abdômen AP: projétil metálico em região abdominal	85
Figura 8	Mastectomia radical modificada	87
Figura 9	Dentadura presa na garganta durante cirurgia	90
Figura 10	Avaliação de marcapasso, cardioversor e desfibrilador implantável (CDI)	94
Figura 11	Folder de orientações para internação e cirurgia da clínica de tecido ósseo e conectivo (TOC) – frente	98
Figura 12	Folder de orientações para internação e cirurgia da clínica de tecido ósseo e conectivo (TOC) – verso	98
Figura 13	Folder de orientações para internação e cirurgia da clínica de ginecologia – frente	99
Figura 14	Folder de orientações para internação e cirurgia da clínica de ginecologia – verso	99
Figura 15	Busca aos especialistas (25 contatos)	102
Figura 16	Resultado da busca aos juízes especialistas (25 juízes)	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Formulação de questão de pesquisa	43
Quadro 02	Estratégias de busca utilizadas	45
Quadro 03	Dados de busca aos juízes especialistas	104
Quadro 04	Identificação dos fatores de riscos nas VEPO e TEPO	130
Quadro 05	Fatores de riscos com resultados relevantes	141
Quadro 06	Motivos de suspensão das cirurgias	179

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Relação dos artigos selecionados com indicação de título, autores, periódico, tipo de estudo, país de origem e ano de publicação	59
Tabela 02	Relação de estudos selecionados com identificação de público-alvo, objetivo do estudo, fatores de risco e diagnósticos de enfermagem	62
Tabela 03	Relação dos artigos selecionados referentes aos mesmos fatores de risco, diagnóstico de enfermagem	70
Tabela 04	Caracterização dos especialistas. N=14	105
Tabela 05	Avaliação de especialistas sobre o conteúdo da Seção de indicações e contraindicações do POP	106
Tabela 06	Concordância dos especialistas sobre o conteúdo da Seção de indicações e contraindicações do POP	108
Tabela 07	Avaliação de especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória – TEPO	110
Tabela 08	Concordância dos especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória – TEPO	112
Tabela 09	Avaliação de especialistas sobre o conteúdo dos fatores de risco no formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória – TEPO	113
Tabela 10	Concordância dos especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória – TEPO	113
Tabela 11	Avaliação de especialistas sobre o conteúdo da TEPO em comparação a VEPO	114
Tabela 12	Concordância dos especialistas sobre o conteúdo da TEPO em comparação a VEPO.	114
Tabela 13	Quantidade de VEPO e TEPO realizadas/validadas no período de 09/12/2024 a 24/02/2025 e 10/04/2025 a 15/8/2025 respectivamente	116
Tabela 14	Quantidade de VEPO e TEPO por enfermeiro	117
Tabela 15	Quantidade de pacientes admitidos no centro cirúrgico por enfermeiro.	118

Tabela 16	Período de realização das TEPO	118
Tabela 17	Resultado quantitativo por fator de risco para VEPO e TEPO	120
Tabela 18	Comparação do histórico clínico e da caracterização antropométrica dos participantes por tipo de consulta recebida	146
Tabela 19	Caracterização clínica dos participantes por tipo de consulta recebida	150
Tabela 20	Caracterização de hábitos de vida por tipo de consulta recebida.	153
Tabela 21	Caracterização do uso de próteses e adornos por tipo de consulta recebida	155
Tabela 22	Caracterização de dor e de uso de medicamentos por tipo de consulta recebida	159
Tabela 23	Caracterização de ciência e assinatura de TCLE por tipo de consulta recebida	160
Tabela 24	Caracterização das intervenções de registro por tipo de consulta recebida	163
Tabela 25	Caracterização das intervenções de orientação por tipo de consulta recebida	165
Tabela 26	Caracterização de outras intervenções por tipo de consulta recebida	171
Tabela 27	Caracterização da ocorrência dos desfechos relacionados às cirurgias	176
Tabela 28	Distribuição da ocorrência de cancelamento de cirurgias por tipo de consulta recebida	178
Tabela 29	Pacientes que apresentaram fatores de risco na admissão no centro cirúrgico segundo grupo de intervenção	183

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologistas
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
CVCi	Coeficiente de Validade de Conteúdo Inicial
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CDI	Cardioversor e Desfibrilador Implantável
DRC	Doença Renal Crônica
ELPO	Escala de avaliação de riscos para lesões decorrentes posicionamento cirúrgico
EVA	Escala Visual Analógica
HC2	Hospital do Câncer 2
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IRE	Ablação por Eletroporação Irreversível
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
MS	Ministério da Saúde
NANDA	*North-American Nursing Diagnosis Association*
NISP	Núcleo Interno de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde E
PE	Processo de Enfermagem
POI	Pós-operatório Imediato
POP	Procedimento Operacional Padrão
PCC	População, Conceito e Contexto
PRESS	Peer Review Search Strategies
RDC	Resolução Dirigida Colegiada
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros de CC, CME e RPA
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Tecido Ósseo e Conectivo
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TEPO	Telenfermagem Pré-operatória
TIDICS	Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação em Saúde
TVP	Trombose Venosa Profunda
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VEPO	Visita de Enfermagem Pré-Operatória

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**21**
1.1	Problemática	21
1.2	Objetivo geral	23
1.3	Objetivos específicos	23
1.4	Tese	24
1.5	Justificativa e relevância do estudo	24
1.6	Contribuições do estudo	25
1.6.1	Contribuições para a prática da enfermagem	25
1.6.2	Contribuições para a gestão dos serviços de saúde	25
1.6.3	Contribuições para a pesquisa científica	25
2	**FUNDAMENTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS**	**26**
2.1	Dados epidemiológicos do câncer	26
2.2	Câncer ginecológico	27
2.3	Câncer do tecido ósseo e conectivo	27
2.4	Teoria das necessidades humanas básicas	28
2.5	Processo de Enfermagem – PE e seu papel na consulta pré-operatória	30
2.6	Segurança do paciente	32
2.6.1	Segurança do paciente no sistema único de saúde – SUS	33
2.6.2	Segurança do paciente cirúrgico	33
2.6.3	Riscos iminentes do período perioperatório	34
2.7	Telenfermagem pré-operatória – TEPO	36
3	**METODOLOGIA**	**41**
3.1	Tipo de Estudo	41
3.1.1	Primeira etapa: Revisão de escopo	42
3.1.1.1	População	43

3.1.1.2 Conceito 43

3.1.1.3 Contexto 43

3.1.1.4 Estratégias de busca 43

3.1.1.5 Seleção dos estudos 44

3.1.1.6 Extração dos dados 45

3.1.1.7 Síntese dos dados 45

3.1.2 Segunda etapa: Elaboração do roteiro e conteúdo para o POP e telenfermagem pré-operatória 46

3.1.3 Terceira etapa: Validação do roteiro e conteúdo para o POP e telenfermagem pré-operatória 48

3.1.4 Quarta etapa: Avaliação da aplicabilidade clínica da telenfermagem pré-operatória 50

3.2 Delineamento do estudo 50

3.3 População e amostra 50

3.4 Controle, intervenção e alocação 50

3.5 Cenário do estudo 51

3.6 Desfechos do estudo 52

3.7 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados 52

3.8 Tratamento e análise de dados 54

3.9 Aspectos Éticos, administrativos e legais 54

3.10 Riscos/benefícios 55

3.10.1 Riscos/benefícios para os juízes especialistas em centro cirúrgico e telenfermagem 55

3.10.2 Riscos/benefícios para os enfermeiros participantes da pesquisa 55

3.10.3 Riscos/benefícios para os pacientes cirúrgicos oncológicos 56

4 RESULTADOS 57

4.1 Primeira etapa: Revisão de escopo 57

4.2 Segunda etapa: Elaboração do roteiro e conteúdo para o POP e telenfermagem Pré-operatória 73

4.2.1 Grupo dos fatores de riscos 74

4.2.1.1 Grupo dos fatores de riscos relacionados às necessidades fisiológicas 74

4.2.1.2 Grupo dos fatores de riscos relacionados à necessidade de segurança 78

4.2.1.3 Grupo dos fatores de risco relacionados a lesão de queimadura por ignição da corrente elétrica em pacientes que possuem implante de prótese/órtese metálica ou projéteis/fragmentos metálicos 83

4.2.1.4 Grupo dos fatores de risco relacionados à ocorrência de queda durante o período perioperatório com pacientes cirúrgicos 86

4.2.1.5 Grupo dos fatores de risco relacionados a cirurgias anteriores, principalmente mastectomia unilateral ou bilateral com esvaziamento axilar em pacientes cirúrgicos oncológicos 86

4.2.1.6 Grupo dos fatores de risco relacionados às alergias (medicamentosa, alimentar, látex ou outras) 87

4.2.1.7 Grupo dos fatores de risco relacionados à acuidade visual (alteração total ou parcial, uso de óculos, lente de contato ou prótese ocular) 89

4.2.1.8 Grupo dos fatores de risco relacionados a alterações orais, problemas em dentição, dentes fraturados, dentes amolecidos, edentado, uso de prótese dentária superior, inferior ou ambas 90

4.2.1.9 Grupo dos Fatores de risco relacionados à audição, utilização de prótese auditiva unilateral ou bilateral interna ou externa 91

4.2.1.10 Grupo dos fatores de risco relacionados a reações na transfusão de sangue e a algum tipo de impedimento em ser transfundido 91

4.2.1.11 Grupo dos fatores de risco relacionados ao alcoolismo, tabagismo e/ou uso de drogas 92

4.2.1.12 Fatores de risco relacionado a utilização de marcapasso 93

4.2.1.13 Fatores de risco relacionados à dor aguda ou crônica 94

4.2.1.14 Grupo de fatores de risco relacionados ao nível de consciência, nível de orientação e nível de estado emocional 95

4.2.1.15 Fatores de risco relacionados à infecção no sítio cirúrgico 95

4.2.1.16 Fatores de riscos relacionados à necessidade social 96

4.2.2 Construção de folder informativo para auxiliar pacientes no pré-operatório mediato 97

4.2.3 Construção de procedimento operacional padrão – POP para realização da telenfermagem pré-operatória 100

4.2.4 Construção do roteiro para o instrumento (formulário) da telenfermagem pré-operatória 101

4.3 Terceira etapa: Validação do roteiro e conteúdo para o POP e telenfermagem pré-operatória 102

4.3.1 Coleta de dados, resultados e discussão 105

4.3.2 POP e FORMULÁRIO após avaliação, contribuição e validação dos juízes especialistas conforme apêndice 09 e 11 respectivamente 115

4.4 Quarta etapa: Avaliação da aplicabilidade clínica da telenfermagem pré-operatória fundamentada no roteiro desenvolvido 115

4.4.1 Telenfermagem pré-operatória em paciente oncológico 115

4.4.2 Coleta de dados, resultados e discussão da VEPO/TEPO 116

4.4.3 Resultados segundo caracterização dos pacientes e intervenções de enfermagem 146

4.4.4 Transcrição de falas de pacientes submetidos à telenfermagem no dia da admissão no centro cirúrgico 185

5 CONCLUSÃO **186**

REFERÊNCIAS **187**

ANEXOS

APÊNDICES

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problemática

O câncer corresponde a um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas pela proliferação anormal e descontrolada de células, que podem infiltrar tecidos adjacentes e disseminar-se para outras partes do corpo por meio do processo de metástase. Sua classificação varia conforme o tipo de célula e o tecido de origem, sendo os carcinomas derivados de células epiteliais e os sarcomas originados em tecidos de sustentação, como ossos, músculos e cartilagens. Essas alterações celulares resultam de modificações genéticas e moleculares que comprometem os mecanismos normais de crescimento, diferenciação e morte celular (WHO, 2024).

Os cânceres que acometem tecidos ósseos e conjuntivos, conhecidos como sarcomas, apresentam baixa incidência quando comparados a outros tipos de neoplasias, porém estão associados a elevada complexidade diagnóstica e terapêutica (INCA, 2022).

Na área da ginecologia oncológica, destacam-se os cânceres de colo do útero, endométrio e ovário, os quais possuem fatores de risco específicos, como infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), alterações hormonais e predisposição genética. As estratégias de prevenção e detecção precoce, como o rastreamento citopatológico, a vacinação contra o HPV e o acompanhamento ginecológico regular, são fundamentais para melhores desfechos clínicos. O tratamento dessas neoplasias envolve, frequentemente, a associação de modalidades terapêuticas como cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapias-alvo e imunoterapia, o que demanda abordagem multiprofissional integrada (INCA, 2022).

A cirurgia representa uma das principais modalidades terapêuticas no tratamento do câncer, podendo assumir finalidade curativa, diagnóstica, paliativa ou adjuvante. Estimativas internacionais indicam que aproximadamente metade dos pacientes oncológicos será submetida a algum procedimento cirúrgico ao longo do curso da doença, evidenciando a centralidade da cirurgia no manejo oncológico, especialmente em estágios iniciais (Cancer Research UK, 2023).

O centro cirúrgico configura-se como um ambiente de elevada complexidade técnica e organizacional, marcado por práticas interdisciplinares, pressão temporal e necessidade de coordenação eficaz entre os profissionais envolvidos. Nesse contexto, a assistência cirúrgica expõe o paciente a múltiplos riscos, relacionados a fatores humanos, estruturais, tecnológicos e organizacionais. Estudos apontam que falhas humanas, inadequação de equipamentos e

deficiência na comunicação e coordenação da equipe figuram entre os riscos mais frequentemente identificados nesse cenário (Raposo e Silva et al., 2025).

A sala de cirurgia constitui um espaço crítico para a segurança do paciente, no qual fatores controláveis, como técnica asséptica, esterilização de materiais e conduta da equipe cirúrgica, influenciam diretamente o risco de complicações, especialmente infecções de sítio cirúrgico. Embora o cuidado pós-operatório seja relevante, as práticas e protocolos adotados no período pré-operatório e transoperatório estabelecem as bases para resultados cirúrgicos seguros e eficazes (YAO; XI; DUAN, 2024).

No período transoperatório, o risco pode ser compreendido como a probabilidade de ocorrência de eventos adversos ou danos ao paciente decorrentes de fatores físicos, biológicos, químicos, mecânicos, humanos ou organizacionais associados aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e ao ambiente do centro cirúrgico. Tais riscos incluem infecção, sangramento, lesões por posicionamento, queimaduras, quedas, erros de identificação, falhas de comunicação e eventos relacionados à anestesia, demandando avaliação contínua e intervenções sistematizadas da equipe de enfermagem. (SOBECC, 2021)

Entre os riscos inerentes ao transoperatório, destaca-se o uso da eletrocirurgia, que pode ocasionar queimaduras elétricas ou térmicas em situações de falhas no isolamento, posicionamento inadequado da placa de retorno, contato do eletrodo ativo com superfícies metálicas ou ocorrência de acoplamento capacitivo. Evidências experimentais recentes demonstram que avanços no design dos eletrodos podem reduzir a difusão térmica e mitigar danos aos tecidos adjacentes, reforçando a importância do uso seguro das tecnologias e da capacitação da equipe (Zhang et al., 2024; Cahn, 2022).

A enfermagem desempenha papel central na segurança do paciente cirúrgico, atuando desde o preparo pré-operatório até o acompanhamento no pós-operatório, com responsabilidades que incluem a identificação de riscos, a implementação de medidas preventivas, o monitoramento de complicações e a orientação ao paciente e familiares. No contexto oncológico, determinados riscos, como o sangramento, assumem maior relevância em função das condições clínicas e terapêuticas desses pacientes, exigindo avaliação criteriosa e planejamento individualizado do cuidado de enfermagem (HCPA, 2024; Raposo; Silva; Magalhães, 2025).

Nesse cenário, a consulta de enfermagem pré-operatória constitui estratégia fundamental para a identificação sistematizada de fatores de risco, o planejamento de intervenções e o fortalecimento das barreiras de segurança. Entretanto, quando realizada tardiamente, com o paciente já internado na véspera ou no dia da cirurgia, limita-se a possibilidade de intervenção efetiva sobre riscos que demandam tempo ou ações externas ao ambiente hospitalar. Diante dessas limitações, a telenfermagem emerge como alternativa viável para ampliar o acesso, favorecer a continuidade do cuidado e possibilitar a identificação precoce de riscos, alinhando-se às transformações digitais na saúde e às recomendações internacionais de segurança do paciente (WHO, 2022).

A experiência profissional da autora como enfermeira coordenadora de centro cirúrgico (CC) em hospital público de referência em ginecologia oncológica e tecidos ósseos conectivos evidenciou fragilidades no modelo tradicional de visita pré-operatória, especialmente relacionadas ao fator temporal, culminando, em alguns casos, na suspensão de procedimentos cirúrgicos por fatores evitáveis. Essas observações suscitaram a necessidade de investigar estratégias inovadoras que possibilitem a identificação antecipada dos riscos perioperatórios e a implementação oportuna de intervenções preventivas.

Diante desse contexto, formula-se o seguinte problema de pesquisa: a aplicação da telenfermagem no período pré-operatório aumenta a identificação precoce de fatores de risco e reduz a probabilidade de suspensão cirúrgica em pacientes cirúrgicos oncológicos, quando comparada ao modelo tradicional de visita pré-operatória presencial?

1.2 Objetivo geral

Desenvolver e validar a telenfermagem pré-operatória como instrumento para a redução dos riscos presentes no período perioperatório de pacientes cirúrgicos oncológicos.

1.3 Objetivos específicos

- Elaborar um roteiro para realização da telenfermagem pré-operatória, fundamentado na identificação precoce e na intervenção sobre os riscos iminentes do período perioperatório do paciente cirúrgico oncológico;
- Validar o conteúdo e o roteiro de um Procedimento Operacional Padrão (POP) e do instrumento de telenfermagem pré-operatória;

- Elaborar um folder informativo para colaborar com as orientações pré-operatórias de enfermagem.
- Aplicar o instrumento desenvolvido junto aos pacientes assistidos;
- Avaliar, na prática clínica, a eficácia da telenfermagem pré-operatória na redução dos riscos identificados.

1.4 Tese

A aplicação da telenfermagem pré-operatória, estruturada a partir de um roteiro validado, aumenta a identificação precoce dos fatores de risco relacionados ao processo cirúrgico e contribui para a redução da probabilidade de suspensão cirúrgica, apresentando desempenho equivalente ou superior ao modelo tradicional de visita pré-operatória presencial.

1.5 Justificativa e relevância do estudo

A visita de enfermagem pré-operatória, conforme tradicionalmente realizada no contexto hospitalar, apresenta limitações relacionadas ao momento de sua execução, frequentemente restrita à véspera ou ao dia do procedimento cirúrgico. Essa temporalidade reduz a possibilidade de implementação efetiva de intervenções sobre determinados fatores de risco, sobretudo aqueles que dependem de tempo ou de ações realizadas fora do ambiente hospitalar, como remoção de adornos, correções odontológicas e adequações relacionadas ao uso de dispositivos ou materiais específicos.

A telenfermagem pré-operatória justifica-se como estratégia capaz de superar essa lacuna temporal, ao permitir a comunicação antecipada entre enfermeiro e paciente, a identificação precoce de riscos e o planejamento oportuno das intervenções necessárias ao período transoperatório. Ademais, possibilita o acionamento prévio de protocolos institucionais, como aqueles relacionados a alergias e ao uso seguro de tecnologias, contribuindo para a prevenção de eventos adversos evitáveis.

Do ponto de vista científico, observa-se escassez de estudos e de protocolos sistematizados que orientem a prática da enfermagem perioperatória por meio da teleconsulta, especialmente no contexto oncológico, configurando lacuna relevante no conhecimento (Bandeira et al., 2023). Assim, o desenvolvimento e a validação de um roteiro estruturado de telenfermagem pré-operatória podem contribuir para o avanço da prática baseada em evidências.

No âmbito assistencial e organizacional, a implementação da telenfermagem pré-operatória apresenta potencial para otimizar fluxos de atendimento, reduzir suspensões cirúrgicas, fortalecer a segurança do paciente e promover a humanização do cuidado, alinhando-se às transformações digitais em saúde e às recomendações nacionais e internacionais de qualidade e segurança na assistência.

1.6 Contribuições do estudo

1.6.1 Contribuições para a prática da enfermagem

Esta pesquisa contribui para a prática da enfermagem ao evidenciar a importância da avaliação pré-operatória sistematizada como estratégia fundamental para a identificação precoce de fatores de risco clínicos e comportamentais que podem interferir na segurança do paciente no período perioperatório.

A avaliação remota, quando realizada de forma estruturada e integrada aos fluxos institucionais de cuidado, possibilita a identificação antecipada de fatores clínicos e comportamentais que podem interferir na realização segura da cirurgia, como uso de medicamentos, presença de comorbidades, uso de fitoterápicos e inadequação no preparo pré-operatório.

Além disso, a teleconsulta favorece o processo educativo e o esclarecimento de dúvidas, ampliando a participação do paciente no cuidado e contribuindo para maior adesão às orientações fornecidas pela equipe de enfermagem. Nesse contexto, a utilização de tecnologias de telessaúde associada à sistematização da assistência de enfermagem e à identificação de diagnósticos segundo a classificação da NANDA Internacional pode fortalecer o planejamento de intervenções preventivas, contribuindo para a redução de riscos perioperatórios e para a melhoria da qualidade da assistência cirúrgica.

1.6.2 Contribuições para a gestão dos serviços de saúde

No âmbito da gestão em saúde, os achados desta tese fornecem subsídios para a implementação de estratégias assistenciais que integrem a telenfermagem ao processo de avaliação pré-operatória. A utilização dessa modalidade de atendimento pode contribuir para a otimização do fluxo assistencial, permitindo a identificação e resolução antecipada de fatores que poderiam levar ao cancelamento de cirurgias no dia do procedimento. Dessa forma, a

telenfermagem apresenta potencial para reduzir cancelamentos evitáveis, melhorar o planejamento do uso de salas operatórias e promover maior eficiência na utilização de recursos institucionais. Tais aspectos são particularmente relevantes em serviços de saúde inseridos em sistemas públicos com elevada demanda assistencial, nos quais a organização do processo cirúrgico e a redução de desperdícios operacionais representam desafios importantes para a gestão hospitalar.

1.6.3 Contribuições para a pesquisa científica

No campo da pesquisa científica, esta tese amplia as evidências sobre o uso da telenfermagem no preparo pré-operatório e sua aplicação no contexto da enfermagem perioperatória. Ao investigar comparativamente duas modalidades de avaliação pré-operatória de enfermagem, o estudo contribui para a compreensão dos potenciais benefícios da telessaúde na identificação precoce de fatores de risco e na prevenção de cancelamentos cirúrgicos.

Dessa forma, a pesquisa oferece subsídios para o desenvolvimento de novos estudos voltados à consolidação de modelos assistenciais que integrem tecnologias digitais ao cuidado perioperatório.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

2.1 Dados epidemiológicos do câncer

No triênio (2023–2025), do total de 704 mil novos casos de câncer a cada ano no país, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, estima-se que 244 mil ocorram em mulheres e 239 mil em homens. Em relação às regiões, 70% dos casos são esperados para as regiões Sul e Sudeste. O câncer de mama em mulheres (Sul: 71,44/100 mil; Sudeste: 84,46/100 mil), o câncer de próstata (Sul: 57,23/100 mil; Sudeste: 77,89/100 mil) e o de cólon e reto (Sul: 26,46/100 mil; Sudeste: 28,75/100 mil) são os três tipos mais frequentes nessas duas regiões (MS – INCA, 2022).

Nas últimas décadas e, particularmente entre 2023 e 2024, o tratamento do Câncer tem evoluído rapidamente, com avanços marcantes em terapias alvo, imunoterapias e medicina de precisão. Aprovações recentes pelo Food and Drug Administration (FDA) incluem terapias baseadas em linfócitos infiltrantes do tumor (TILs), anticorpos específicos para alvos novos, e agentes dirigidos a mutações específicas como KRAS G12C, expandindo as opções terapêuticas para pacientes com tumores sólidos antes consideradas de difícil tratamento. Além disso, há melhorias nas técnicas de imagem, diagnóstico precoce com biomarcadores, práticas de rastreamento e uso de inteligência artificial para personalizar protocolos terapêuticos, tudo visando aumentar a eficácia, reduzir efeitos adversos e melhorar qualidade de vida (WILLIAMS, ZAIDI e SENGUPTA, 2024)

2.2 Câncer ginecológico

O câncer ginecológico engloba diferentes neoplasias malignas que acometem o aparelho reprodutor feminino, como os cânceres de colo de útero, ovário, endométrio, vulva e vagina. O câncer de colo do útero ainda representa um dos mais incidentes em países em desenvolvimento, sendo associado principalmente à infecção persistente pelo papilomavirus humano (HPV). Já o câncer de ovário é caracterizado por alta letalidade, em grande parte devido ao diagnóstico tardio, o que reforça a importância de estratégia de rastreamento, vacinação e políticas públicas de prevenção como pilares no enfrentamento dessas doenças (WHO, 2023).

O tratamento do câncer ginecológico é multimodal e cada vez mais guiado por caracterírsticas moleculares do tumor, estágio e condição clínica da paciente. As três doenças compartilham princípios: cirurgia adequada (quando possível), quimioterapia sistêmica para

doença avançada ou de alto risco, radioterapia conforme indicação e, cada vez mais, terapias-alvo e imunoterapias segundo biomarcadores e evidência de ensaios recentes (NCCN, Guidelines, 2024).

2.3 Câncer do tecido ósseo e conectivo

Os sarcomas de tecido ósseo e conectivo são neoplasias malignas raras que se originam do osso, cartilagem, gordura, músculos ou outros tecidos conjuntivos. Dentre eles o osteossarcoma e o sarcoma de Ewing se destacam como os tumores ósseos primários mais comuns, acometendo principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens. Whelan e Davis (2020) relatam que esses tumores apresentam comportamento agressivo, com tendência a metástases precoces, sobretudo para os pulmões. O diagnóstico precoce e o estadiamento adequado são fundamentais para o sucesso terapêutico, uma vez que a evolução clínica costuma ser rápida e com elevado potencial de recidiva.

Os sarcomas ósseos e de tecidos conjuntivos, como o osteossarcoma, acometem principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens, sendo, em geral, tumores de alto grau localizados nas metáfises dos ossos longos. O tratamento baseia-se no diagnóstico precoce, realizado por meio de exames de imagem associados à biópsia planejada e à avaliação da extensão local e metastática da doença. O controle local é obtido, sempre que possível, por ressecções cirúrgicas com margens amplas, priorizando-se a preservação do membro. No sarcoma de Ewing, a abordagem terapêutica envolve quimioterapia combinada em regime neoadjuvante, seguida de terapia local e quimioterapia de manutenção, enquanto no condrossarcoma a quimioterapia apresenta eficácia limitada nos subtipos convencionais, podendo ter papel adjuvante ou paliativo em formas agressivas. Avanços recentes incluem a investigação de terapias-alvo e imunoterapias em subgrupos com alterações moleculares específicas (KAGER; TAMAMYAN; BIELACK, 2021; GERRAND; ATHANASOU, 2016; LAKSHMANAN, 2024).

O tratamento das neoplasias sarcomatosas permanece um desafio clínico devido à sua heterogeneidade biológica, elevado potencial metastático e resistência às terapias convencionais, exigindo abordagem individualizada e atuação de equipes multiprofissionais em centros especializados. No contexto dos cânceres de pele, o melanoma destaca-se pelo alto potencial de metástase e agressividade, sendo tratado primariamente por excisão cirúrgica com

margens de segurança, com indicação de terapias sistêmicas em estágios avançados. Já os carcinomas basocelular e espinocelular apresentam maior frequência e melhor prognóstico, sendo a cirurgia o tratamento de escolha, complementada por radioterapia ou terapias sistêmicas em casos selecionados. O prognóstico dessas neoplasias depende do estadiamento, das características histopatológicas e do diagnóstico precoce (WHELAN, 2020; NCI, 2024).

2.4 Teoria das necessidades humanas básicas

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta pela enfermeira brasileira Wanda de Aguiar Horta, é um dos pilares da enfermagem moderna no Brasil. Fundamentada na teoria de Maslow sobre a hierarquia das necessidades humanas, Horta integrou essa visão à prática do cuidado em enfermagem, estabelecendo um modelo assistencial centrado no ser humano como um ser biopsicossocial, espiritual e em constante interação com o meio (HORTA, 2019).

Os fundamentos da teoria de Horta baseiam-se na convicção de que o ser humano possui necessidades básicas que devem ser atendidas para garantir a manutenção da vida e a promoção da saúde. As necessidades são classificadas em fisiológicas, psicossociais e de autorealização, sendo interdependentes e influenciadas por fatores internos e externos (HORTA, 2019). Entre os pressupostos da teoria, destaca-se a crença de que o ser humano é um ser único, dinâmico, dotado de dignidade, que busca constantemente a adaptação e o equilíbrio.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (2019) apresenta uma proposta para a enfermagem com a colocação de filosofia, proposições, conceitos, definições e princípios e estrutura-se em torno do conceito de "processo de enfermagem", um método sistemático de trabalho que envolve o levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação do cuidado. Com base nesse processo, o profissional de enfermagem identifica quais necessidades básicas do paciente estão alteradas, estabelecendo intervenções para supri-las. As necessidades básicas são compreendidas como carências essenciais à vida e ao bem-estar, sendo seu atendimento fundamental para a recuperação do paciente. Os testes de teorias devem validar ou refutar estas propostas, o que pode ser feito progressivamente com cada um de seus componentes.

Wanda Horta (2019) estabelece os seguintes princípios: a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; a enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio; todo cuidado de enfermagem é preventivo,

curativo e de reabilitação; a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e uma comunidade; a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

No contexto oncológico, a teoria de Horta é de especial relevância, pois pacientes com câncer enfrentam desafios que afetam múltiplas dimensões de suas necessidades. O diagnóstico e o tratamento do câncer frequentemente comprometem necessidades fisiológicas, como nutrição, sono e integridade cutânea, além de provocar impactos emocionais, sociais e espirituais (GARCIA et al., 2021). O autor ainda afirma que a aplicação da teoria permite ao enfermeiro oferecer um cuidado holístico e individualizado, identificando não apenas as alterações clínicas, mas também o sofrimento subjetivo do paciente.

A adoção da Teoria das Necessidades Humanas Básicas na prática assistencial implica uma mudança de paradigma: o enfermeiro deixa de ser um mero executor de tarefas técnicas e passa a atuar como um agente de cuidado integral. Isso se reflete no fortalecimento da relação enfermeiro-paciente, na valorização da escuta ativa, no planejamento terapêutico centrado no paciente e na humanização da assistência. No cuidado oncológico, isso é particularmente importante, pois promove maior adesão ao tratamento, melhora na qualidade de vida e redução do sofrimento (SOUZA; FERNANDES, 2020).

2.5 Processo de Enfermagem – PE e seu papel na consulta pré-operatória

Segundo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Resolução nº 736 de 17 de janeiro de 2024, Processo de Enfermagem (PE) é um método de trabalho de enfermagem que organiza e estrutura o cuidado prestado.

De acordo com a mesma resolução, toda instituição de saúde pública ou privada, onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem, deverá implementar o Processo de Enfermagem - PE de acordo com as diretrizes atualizadas, que incluem como um método científico para planejar, implementar e avaliar as ações de enfermagem (COFEN, 2024).

O PEP (Processo de Enfermagem Perioperatório) é uma valiosa ferramenta para que o paciente seja assistido de forma integralizada, contínua, segura e humanizada pela enfermagem e tem como objetivo ajudar o paciente e a família a compreenderem e a se prepararem para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto, prever, prover e controlar recursos humanos e materiais necessários ao ato anestésico-cirúrgico, diminuir ao máximo os riscos decorrentes da

utilização de materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento desses procedimentos e diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do CC e da Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA (SOBECC, 2021).

Embora exista a possibilidade de trabalhar com outros modelos da assistência de enfermagem perioperatória, no Brasil, o modelo mais difundido é o PEP, fundamentado no atendimento das necessidades básicas e no Processo de Enfermagem, estruturados por Wanda de Aguiar Horta.

O PEP compreende cinco fases, descritas por Castellanos e Jouclas (1990), a saber: Visita pré-operatória de enfermagem; Planejamento da assistência perioperatória; Implementação da assistência; Avaliação da assistência por meio da visita pós-operatória de enfermagem; Reformulação da assistência a ser planejada, segundo resultados obtidos e solução de situações não desejadas ou ocorrência de eventos adversos (COFEN 736/2024).

A aplicação do PEP proporciona as seguintes vantagens: Implementar a assistência de enfermagem integral, individualizada e documentada nos períodos pré, trans e pós-operatórios; Identificar e analisar as necessidades individuais do paciente que será submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico; Realizar o planejamento da assistência de enfermagem; Ajudar o paciente e sua família a compreenderem o problema de saúde, preparando-os para o procedimento anestésico-cirúrgico; Diminuir a inquietação e a ansiedade do paciente e de sua família, contribuindo para sua recuperação. Diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente cirúrgico; realizar o registro das ações do enfermeiro em um instrumento próprio e adequado às fases do perioperatório (SOBECC, 2021).

A atuação do enfermeiro na aplicação do PEP tem sido difícil, pois as administrações das instituições de saúde não compreendem a importância desse processo, desviando sua função para a parte gerencial. Portanto a implantação do PEP, na maioria das instituições de saúde do país, ainda não é efetiva, “devido às filosofias institucionais que pouco valorizam o paciente na sua totalidade, ao número reduzido de enfermeiros ou até à desmotivação do próprio enfermeiro” (SOBECC, 2021).

O PEP deve ser o alicerce que sustenta as ações de enfermagem no Centro Cirúrgico, além de promover a interação da assistência nos períodos pré, trans e pós-operatórios. Os principais objetivos do PEP são:

- Ajudar o paciente e a família a compreenderem e a se prepararem para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto;
- Prever, prover e controlar recursos humanos e materiais necessários ao ato anestésico-cirúrgico;
- Diminuir ao máximo os riscos decorrentes da utilização de materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento desses procedimentos;
- Diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do CC e da Sala de Recuperação Pós-Anestésica – SRPA (SOBECC 2021).

Durante a visita de enfermagem, o enfermeiro deve transmitir as informações ao paciente de modo individualizado e com foco nas necessidades que ele apresenta, garantindo que seja passado o que o paciente realmente deseja e precisa saber, mantendo uma sequência lógica das orientações de maneira que facilite a capacidade de compreensão (MEDEIROS, 2016).

A Visita Pré-operatória de Enfermagem permeia todo o período da assistência, permitindo que se estabeleça um vínculo entre enfermeiro e paciente. É a forma de ajudar o paciente e sua família a compreenderem o problema de saúde, identificar e analisar as necessidades individuais do paciente e realizar o planejamento da assistência de enfermagem, diminuindo ao máximo os riscos inerentes ao ambiente cirúrgico. Vale salientar a importância de documentar a assistência de enfermagem em todo período perioperatório, realizando registro das ações do enfermeiro em um instrumento próprio e adequado (SOBECC, 2021).

A Consulta de Enfermagem é constituída por ações sistematizadas e inter-relacionadas com o propósito de assistir o ser humano por meio da articulação e do dinamismo de suas fases, as quais são fundamentadas em referencial teórico-metodológico pertinente. As etapas da Consulta de Enfermagem devem contemplar a essência do Processo de Enfermagem, ao incluir coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COREN 736/2024).

Conhecendo toda a complexidade das fases do PEP, a atuação do enfermeiro perioperatório nada mais é do que a avaliação contínua em cada uma das suas fases. O PEP deve ser planejado e aplicado por enfermeiros, preferencialmente especialistas em Centro

Cirúrgico e atuantes na área. Para tanto, é possível se aprimorar com cursos de atualização, treinamentos e utilização de pesquisas publicadas sobre o tema (SOBECC, 2021).

A SOBECC acredita que, com o número crescente de enfermeiros atuante em perioperatório com preparo científico e envolvimento com a assistência em Centro Cirúrgico, o PEP possa ser aplicado e aprimorado cada vez mais, diminuindo a lacuna da prestação da assistência direta pelo enfermeiro ao paciente no período transoperatório (SOBECC,2021).

É importante considerar, também, que o PEP é uma exigência do COFEN e todos os registros respaldam o cuidado de enfermagem prestado ao cliente no Centro Cirúrgico (COFEN 736/2024).

2.6 Segurança do paciente

A segurança do paciente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. As situações em que ocorrem erros ou falhas são denominadas “incidentes”, e podem ou não provocar danos aos pacientes. “Evento adverso” é o incidente com o paciente que resultou num dano ou lesão. As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para as organizações e a sociedade (BRASIL, 2013).

2.6.1 Segurança do paciente no sistema único de saúde – SUS

Atualmente, as atitudes para a segurança do paciente repensam os modelos dos processos envolvidos na assistência direta à saúde, com o intuito de identificar a ocorrência das falhas antes que estas causem danos ao paciente e, sobretudo, ao sistema. Por esta razão, torna-se elementar o conhecimento pleno a respeito do potencial de risco e das fragilidades que o sistema e/ou as instituições de saúde, apresentam na execução de suas ações para que sejamos capazes de desenvolver estratégias de ação sistemáticas e eficazes na prevenção dos eventos adversos, que neste contexto, se equiparam aos possíveis danos, relacionados aos planos de assistência e/ou serviços de saúde oferecidos à população (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde é o princípio fundamental do cuidado, integrando, assim, um conjunto de ações e esforços complexos no desempenho de estratégias relacionadas ao gerenciamento dos riscos com a perspectiva de um aprimoramento

institucional com relação ao planejamento e, sobretudo, a execução de seus processos (ANVISA, 2013b).

2.6.2 Segurança do paciente cirúrgico

Concernente à segurança do paciente cirúrgico, a ANVISA, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), disponibilizou materiais para a implantação do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas nos serviços de saúde do Brasil, incluindo o manual, o guia de implantação e a lista de verificação cirúrgica, ampliando as ações voltadas à segurança do paciente nos períodos pré, trans e pós-operatório. A implementação dessas estratégias representa um avanço nas políticas de segurança do paciente, promovendo a qualificação da assistência em saúde, a prevenção de eventos adversos e o fortalecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde (Brasil,2013)

O programa preconiza a prevenção de infecção em sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores de qualidade para a assistência cirúrgica. Sendo que essas inquietações em torno da segurança do paciente cirúrgico, ganharam forças a partir do levantamento de dados que demonstraram que as complicações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos foram determinantes em potencial, por casos de morbimortalidade em larga escala em âmbito global. Segundo dados publicados em 2008 pela OMS, a partir do ano de 2004, "foram realizados 234 milhões de cirurgias no mundo, correspondendo a uma cirurgia para cada 25 pessoas; dois milhões evoluíram para óbito no período perioperatório, e cerca de sete milhões apresentaram complicações, sendo que 50% destas foram consideradas evitáveis" (OMS, 2010).

2.6.3 Riscos iminentes do período perioperatório

O período perioperatório, na cirurgia oncológica, é considerado um dos mais sensíveis e, ao mesmo tempo, negligenciado (PERERA *et al*, 2021). Isto se dá, em parte, devido à avaliação perioperatória de pacientes oncológicos diferente daquela exigida em outros perfis de pacientes, em razão do uso prévio de quimioterapia ou radioterapia.

Tais tratamentos possuem amplo intervalo de potenciais efeitos colaterais e complicações, o que pode afetar os riscos perioperatórios (SAHAI, 2013). Soma-se a esse cenário a exacerbação dos riscos psicossociais presentes no contexto de vida de pacientes oncológicos (LEEDS *et al*, 2019).

Silva *et al* (2025) reitera que a assistência cirúrgica envolve riscos diversos que precisam ser reconhecidos e prevenidos pela equipe multiprofissional. Entre eles, destacam-se o risco de queda, especialmente durante a transferência do paciente para a mesa operatória. Outro risco frequente é a lesão de pele decorrente do posicionamento cirúrgico, cuja prevalência é maior para pacientes idosos, obesos, diabéticos ou submetidos a cirurgias prolongadas, reforçando a importância da aplicação de escalas de avaliação como a escala de avaliação de riscos para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO) e de medidas preventivas intraoperatórias (SOBECC, 2021).

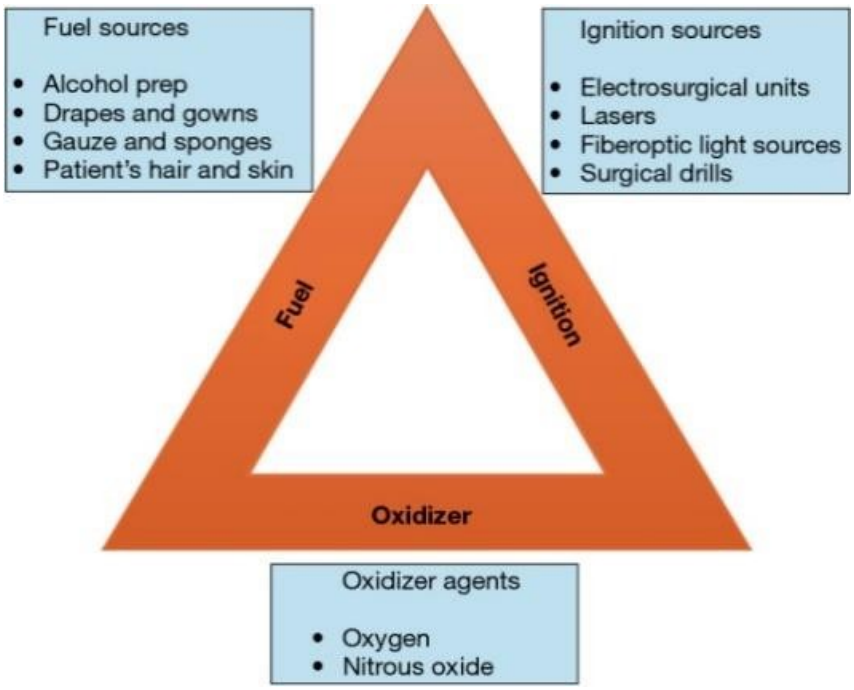
Incêndios cirúrgicos, embora pouco frequentes, representam um risco significativo para pacientes e profissionais de saúde, podendo resultar em lesões graves ou óbito. Esses eventos podem ocorrer em diferentes subespecialidades cirúrgicas, em razão do uso de dispositivos baseados em energia. Nos Estados Unidos, os incêndios cirúrgicos são abordados pela *The Joint Commission* como eventos sentinela, sendo objeto de alertas de segurança, assim como outros eventos graves, a exemplo de cirurgias em local incorreto ou retenção de itens cirúrgicos. (THE JOINT COMMISSION, 2023)

Embora a incidência anual de incêndios cirúrgicos tenha diminuído na última década, as estatísticas indicam que há entre 200 e 240 eventos isolados e 2–5 mortes anualmente devido a incêndios cirúrgicos nos EUA. (BRULEY *et al,* 2024)

Apesar de sua raridade em relação ao volume de cirurgias realizadas, muitos médicos e funcionários permanecem desconhecendo o risco intraoperatório de incêndios cirúrgicos e carecem de protocolos de gerenciamento adequados. Segundo Billelo (2025), o gerenciamento de incêndios na sala de cirurgia exige atenção meticulosa e ação rápida para garantir a segurança de pacientes e funcionários.

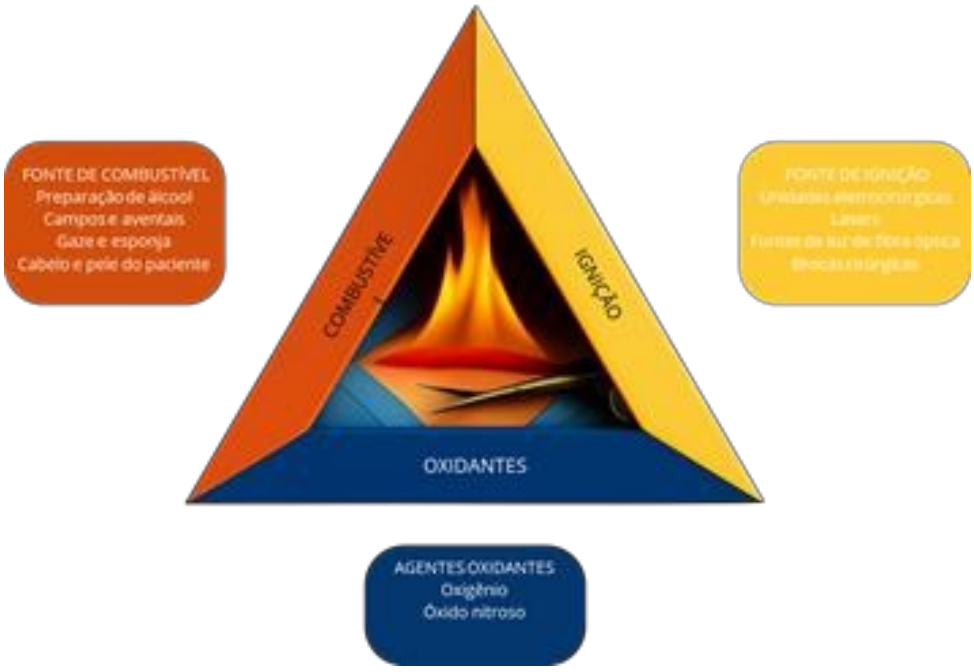
O incêndio no campo operatório ocorre quando há combinação de fonte de ignição (faísca/calor), combustível (lençóis, gases, antissépticos alcoólicos) e oxidante (suprimento suplementar de oxigênio), o chamado “triângulo do fogo”. (BIILLELO,2025)

Figura 1 – Triângulo do fogo. (BIILELO, 2025)



Fonte: BIILELO, 2025.

Figura 2 – Triângulo do fogo no CC.



Fonte: Elaborado pela própria autora por meio de IA, adaptado de BIILELO (2025).

2.7 Telenfermagem pré-operatória – TEPO

Pode-se definir como teleconsulta as interações que ocorrem por meio eletrônico entre o profissional e um paciente, com o objetivo de orientá-lo quanto ao diagnóstico de saúde ou terapêutica necessária (OPAS, 2020). A telessaúde foi implantada no Brasil nos anos 2000 no intuito de auxiliar a reorganizar os serviços e aumentar o acesso da população, garantindo que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade e equidade, sejam alcançados (SILVA et al, 2019).

O principal objetivo da teleconsulta é permitir que pacientes e profissionais de saúde interajam à distância, garantindo continuidade do cuidado e ampliando o acesso a serviços de saúde de qualidade (PETERS *et al*., 2020)

O precípuo benefício da teleconsulta é a capacidade de superar barreiras geográficas e temporais, promovendo equidade no acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões remotas ou para pacientes que enfrentam dificuldades de locomoção (SOWANOU *et al*, 2025; BURGUEZ *et al*, 2023 e COUTINHO *et al*, 2022). Além disso, a sua adoção tem demonstrado potencial para reduzir custos operacionais, otimizar recursos, aumentar o conforto e a satisfação dos pacientes (BURGUEZ *et al*, 2023).

Múltiplas iniciativas desenvolvidas nos setores público e privado no cenário pandêmico, especialmente de teletriagem, teleconsulta e televigilância epidemiológica, viabilizaram o acesso aos serviços de saúde de pessoas com COVID 19 e a continuidade ao cuidado daquelas com condições crônicas (SCIMAGO, 2024).

A pandemia do novo coronavírus demandou a reorganizações dos serviços de saúde. Profissionais de saúde precisaram se reinventar para atendimento dos casos de coronavírus e das demais demandas de cuidado em saúde. Com isso, o uso de tecnologias digitais na área da saúde ganhou destaque (WHO, 2022).

Quanto ao contexto para implantação da teleconsulta, Catapan e Camargo (2022) entenderam que esse método tem grande potencial de ampliar acesso aos serviços de saúde, sobretudo em regiões remotas ou desassistidas, mas sua viabilidade exige atenção a múltiplos fatores institucionais, legais e tecnológicos.

No que se refere à aceitabilidade por parte dos profissionais, a evidência qualitativa sugere que os profissionais de saúde apreciam a capacidade de oferecer assistência, aconselhamento e apoio emocional aos pacientes, mesmo quando o contato físico é

impossibilitado. Alguns casos, no entanto, ainda demandam a consulta presencial e há também o receio de que a perda do contato face a face possa implicar na mudança da relação profissional-paciente e com isso haja perda da qualidade da assistência (WHO, 2022).

No Brasil, a telesaúde consiste na utilização da Tecnologia da Informação e Comunicações (TIC) para atividades remotas de assistência à saúde, objetivando o cuidado seguro, efetivo, eficiente, equitativo e paciente centrado (PALOSKI *et al*., 2020).

Peters *et al.,* (2020) reitera que evidências recentes demonstram que a teleconsulta está associada à redução de hospitalização por condições crônicas, diminuição de reinternações e melhora da adesão ao tratamento, também destaca o impacto positivo na satisfação dos usuários, que salientam a conveniência, a redução de custos com deslocamento e a possibilidade de acompanhamento contínuo.

Quanto as limitações, apesar dos avanços, a teleconsulta enfrenta desafios importantes, entre eles, ressaltam-se a necessidade de infraestrutura tecnológica adequada, a conectividade em áreas remotas, a segurança da informação e a confidencialidade dos dados dos pacientes. Sousa *et al* (2024) destaca como ponto crítico, a exclusão digital, que limita o acesso de populações vulneráveis aos serviços mediados por tecnologia. Além disso, questões éticas e legais relacionadas à responsabilidade profissional e à validação de diagnósticos a distância que ainda são objeto de debate em diversos países.

Universalmente, a OMS (WHO, 2022) incentiva a implementação da teleconsulta como estratégia de fortalecimento dos sistemas de saúde e propõe diretrizes para garantir qualidade e segurança na prática.

Em alguns países como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, a teleconsulta vem sendo amplamente utilizada por promover o acesso ao cuidado de saúde de forma ágil, com redução do tempo e economia dos recursos. Entre os atendimentos ofertados, incluem-se monitoramento de sinais e sintomas, avaliação, cuidados, educação e reabilitação (KOMARIAH *et al,* 2021)

No Brasil, a regulamentação avançou com a Lei nº 13.989/2020, que autorizou o uso da telemedicina em caráter emergencial durante a pandemia, e posteriormente com a Lei nº 14.510/2022, que estabeleceu normas permanentes para a prática da telesaúde no país.

A literatura científica tem apontado a teleconsulta como uma ferramenta efetiva e segura, particularmente quando utilizada em contextos bem definidos (BANDEIRA *et al*, 2023; BURGUEZ *et al,* 2023 e Coutinho *et al*, 2022.

No âmbito das tecnologias digitais na Saúde, também chamado de saúde digital, tornou-se um campo de prática destacado para empregar de maneiras rotineiras e inovadoras as tecnologias de informação e comunicação (TIC), visando assim atender às necessidades e superar os desafios da área da saúde (WHO, 2019).

As TICs têm se consolidado como ferramentas essenciais para viabilizar a teleconsulta e ampliar o acesso aos serviços de saúde, especialmente em contextos de vulnerabilidade ou escassez de infraestrutura médica presencial. Estudos recentes no Brasil mostram que, embora existam barreiras como conectividade precária, falta de capacitação digital entre profissionais e desigualdades regionais, há aceitação crescente dessas tecnologias tanto por pacientes quanto por equipes de saúde. Essas TICs permitem a troca de dados clínicos, o uso de prontuários eletrônicos, comunicação síncrona por vídeo chamada ou telefone, telemonitoramento e educação em saúde remota. Projetos piloto e iniciativas governamentais (como UBS + Digital) demonstram que a telenfermagem pode ter resolução de casos similar ao atendimento presencial em várias situações, cobrindo desde atenção primária até especialidades, e que para seu sucesso é fundamental investimento em infraestrutura, políticas de privacidade e treinamento adequados (LAMAS *et al*, 2025).

No contexto da enfermagem, a teleconsulta surge como instrumento inovador para ampliar a cobertura assistencial e promover um acompanhamento mais próximo e humanizado, mesmo à distância. Sousa *et al.* (2024) identificou que a prática exige competências múltiplas: clínicas, tecnológicas comunicacionais e éticas.

A telenfermagem no contexto pré-operatório representa uma estratégia inovadora e necessária frente às demandas da assistência cirúrgica contemporânia. Esse recurso amplia o acesso ao cuidado, possibilitando ao paciente receber orientações qualificadas, acolhimento e e sclarecimento de dúvidas em seu domicílio, reduzindo barreiras geográficas e otimizando o tempo da equipe de saúde (BRASIL, 2020).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a partir da Resolução Nº 0634/2020, autorizou e normatizou em 26 de março de 2020 a realização de telenfermagem pelo enfermeiro como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) (COFEN,

2020). E mais recente normatizou a atuação da Enfermagem na Saúde Digital no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada, nos termos da norma técnica em anexo que a partir desta Resolução denomina-se Telenfermagem (Resolução 0696/2022 art.1 do COFEN), assegurando que a prática seja pautada na autonomia profissional, segurança do paciente e responsabilidade legal.

No período que antecede a cirurgia, a consulta de enfermagem é fundamental para identificar fatores de riscos, reforçar orientações de preparo, promover segurança do paciente e reduzir complicações no perioperatório. A incorporação da modalidade remota potencializa esses objetivos, especialmente em cenários onde a sobrecarga dos serviços de saúde e a distância entre paciente e centro cirúrgico dificultam o acompanhamento presencial (REZENDE, *et al*, 2022).

Além disso, a implementação da telenfermagem pré-operatória está em consonância com as políticas de saúde digital e de humanização do cuidado, assegurando que o paciente seja protagonista no processo cirúrgico. Evidências apontam que esse tipo de acompanhamento contribui para maior adesão as recomendações, redução da ansiedade pré-cirúrgica e fortalecimento do vínculo entre enfermeiro e paciente (BRASIL, 2020).

Souza et al. (2024) destacam que a telenfermagem favorece a adesão terapêutica, amplia o alcance do cuidado em áreas remotas e contribui para o monitoramento contínuo de condições crônicas; entretanto, persistem barreiras estruturais, como limitações de conectividade e a necessidade de capacitação profissional contínua para o uso das tecnologias da informação e comunicação.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, de abordagem quantitativa e qualitativa, a qual permite investigar métodos de obtenção e investigação de dados a partir do desenvolvimento, da validação e da avaliação de instrumentos confiáveis, precisos e capazes de serem utilizados de maneira eficaz por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2018).

Este método busca a análise de conteúdo composta em termos quantitativos e qualitativos por meio de um painel de especialistas (FERRETTI, 2019).

Esse estudo traz a pesquisa com abordagem quantitativa, como método prático que traduziu os dados obtidos em números e/ou porcentagens, que buscou obter respostas conclusivas sobre diferentes quesitos.

Richardson (1999) apud Spadaro (2017), diz que o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados para evitar distorções de análises e interpretações subjetivas.

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que existe um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (SANTOS, 1999). A maior parte do estudo deu-se com abordagem qualitativa, o fato de que, tentou-se compreender alguns "fenômenos" comportamentais através da coleta de dados narrativos pelos participantes da situação estudada e, a partir, daí situou a interpretação dos resultados.

Partindo desse princípio, a metodologia assistencial utilizada na pesquisa como referencial teórico de Wanda Aguiar Horta que lida com a teoria das Necessidades Humanas Básicas, que enxerga o ser humano nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual está em sinergia com o processo de enfermagem da instituição; nesse contexto identificamos o paciente que se submeterá a uma cirurgia, onde geralmente se encontra ansioso, com medo do desconhecido, de o procedimento cirúrgico não dar certo e de não acordar da anestesia (THIENSEN, 2005).

O estudo foi dividido em quatro etapas inter-relacionadas: revisão de escopo, elaboração de roteiro para procedimento operacional padrão – POP, do instrumento para telenfermagem pré-operatória – TEPO e do folder informativo sobre os fatores de riscos, validação de conteúdo

de roteiro para o POP e a telenfermagem pré-operatória e validação clínica da telenfermagem pré-operatória fundamentada no roteiro desenvolvido.

3.1.1 Primeira etapa: Revisão de escopo

A presente revisão de escopo adotou o percurso metodológico preconizado pelo *Joanna Briggs Institut* e as recomendações do *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2018) com protocolo de pesquisa registrado no *Open Science Framework* (PEDRADA e MARCELLINI, 2024), o qual possui as seguintes etapas de execução: formulação de pergunta de pesquisa, identificação de estudos relevantes em bases de dados, triagem e seleção de estudos capazes de responder à questão de pesquisa, análise de dados e agrupamento e síntese dos resultados (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

Para a formulação da questão de pesquisa deste estudo foi utilizada a estratégia PCC (Quadro 1), na qual "P" representa a população, "C" o conceito e "C" o contexto. Dessa forma, as perguntas de pesquisa consistiram em: "Quais fatores de riscos e diagnósticos de enfermagem são investigados no preparo pré-operatório de pacientes oncológicos?" e "Quais resultados das ações de enfermagem são apontados para dirimir riscos no preparo pré-operatório de pacientes oncológicos?".

Quadro 1 – Formulação de questão de pesquisa.

PCC	DEFINIÇÃO
P – População	Pacientes em preparo pré-operatório
C – Conceito	Fatores de risco, diagnósticos e intervenções de enfermagem
C – Contexto	Pré-operatório de cirurgia oncológica

Fonte: Autores (2023).

3.1.1.1 População

O escopo desta revisão incluiu estudos primários que obtiveram participantes caracterizados como pacientes em preparo pré-operatório para procedimento cirúrgico oncológico. O refinamento para os estudos adotados foi embasado nos critérios de inclusão das publicações que respondiam e encontravam-se disponíveis na íntegra e gratuitamente em meio eletrônico.

3.1.1.2 Conceito

Foram considerados, nesta revisão, estudos primários publicados em periódicos com revisão por pares que abrangem fatores de riscos, diagnósticos e intervenções de enfermagem no período pré-operatório de cirurgias oncológicas. Tem-se como definição do conceito do pré-operatório o período que antecede, imediata e mediatamente, o ato cirúrgico, possuindo os propósitos de garantir que o paciente esteja apto a cirurgia e de identificar fatores que possam acarretar riscos nos períodos intra e pós-operatório (AKHTAR, MACFARLANE e WASSEM, 2013).

Nesta revisão, considera-se fator de risco qualquer atributo, característica ou exposição de um indivíduo que aumenta suas chances de desenvolver um agravo em saúde (VAZ, SANTOS e CARNEIRO, 2005). Diagnósticos de Enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem e pode ser considerada uma fonte de conhecimento científico para a enfermagem, tornando-se fundamental para o planejamento e implementação de intervenções eficazes que proporcionem a melhoria da assistência prestada ao paciente (NANDA, 2021).

Intervenções de enfermagem são definidas como tratamentos que utilizam o julgamento clínico e o conhecimento de enfermeiros para alcançar os melhores resultados possíveis para os pacientes. As intervenções podem ser de cuidado direto, quando incluem ações de enfermagem realizadas junto ao paciente, e de cuidado indireto, as quais incluem tratamentos realizados longe do paciente, mas favorecendo-o ou a um grupo de pacientes (BUTCHER, 2020).

3.1.1.3 Contexto

O contexto adotado nesta revisão consistiu no período pré-operatório de cirurgia oncológica. Não houve restrições de contextos específicos, como, por exemplo, sistemas públicos ou privados.

Assim, esta revisão utilizou como critérios de inclusão: ser estudo primário com participantes em período pré-operatório de cirurgia oncológica; e apresentar fator de risco e/ou intervenção de enfermagem relacionada ao período pré-operatório de cirurgia oncológica.

3.1.1.4 Estratégias de busca

As estratégias de busca contemplaram consultas às seguintes bases de dados: *MEDLINE* (interface *OVID*, incluindo *PubMed*), *Embase*, *LILACS* e *CINAHL Complete* (interface

EBSCO). Os vocabulários controlados *Medical Subject Headings* (*MeSH*) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram adotados para estabelecer as palavras-chave e os termos para consulta nas fontes de dados.

Os termos foram adaptados ao vocabulário de cada base consultada. Ademais, foram combinados por meio dos operadores *Booleanos* "*AND*", "*OR*" e "*NOT*", gerando, assim, estratégias de busca específicas para cada fonte de dados. Não foram utilizadas restrições de linguagem ou idioma. A definição e o refinamento das estratégias de busca adotadas contaram com o apoio de bibliotecário com expertise na condução de revisões de literatura. O processo de elaboração das estratégias de busca atendeu às recomendações do *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS).

O Quadro 2, a seguir, apresenta as estratégias de busca que foram adotadas. Todas as buscas foram realizadas por um pesquisador, que registrou data, horário e resultados das consultas.

Quadro 2 – Estratégias de busca utilizadas para a pesquisa.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA	
PUBMED	(Preoperative Period[mj] OR Preoperative[tiab] OR Pre-operative[tiab]) AND (Nursing[mj] OR Nursing Care[mj] OR Nurses[mj] OR Nursing[tiab] OR Nurse*[tiab]) AND (Neoplasms[mj] OR Neoplas*[tiab] OR Cancer*[tiab] OR Tumor*[tiab] OR Tumour*[tiab] OR Carcinoma*[tiab] OR Adenocarcinoma*[tiab] OR Sarcoma[tiab] OR Malignan*[tiab] OR Oncol*[tiab])
EMBASE	('preoperative period'/exp OR 'pre-operative':ti,ab OR 'preoperative':ti,ab) AND ('nursing'/exp OR 'nursing':ti,ab OR 'nursing care'/exp OR 'nursing care':ti,ab OR 'nurse'/exp OR 'nurse*':ti,ab) AND ('neoplasm'/exp OR 'neoplas*':ti,ab OR 'tumor*':ti,ab OR 'tumour*':ti,ab OR 'malignant neoplasm'/exp OR 'cancer*':ti,ab OR 'malignant':ti,ab OR 'carcinoma*':ti,ab OR 'sarcoma*':ti,ab OR 'adenocarcinoma*':ti,ab OR 'oncol*':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('article'/it OR 'review'/it)
CINAHL	("Preoperative Period" OR Preoperative OR Pre-operative OR Pré-operatório) AND (Nursing OR "Nursing Care" OR Nurse* OR Enferm*) AND (Neoplas* OR Cancer* OR Tumor* OR Tumour* OR Carcinoma* OR Adenocarcinoma* OR Sarcoma OR Malignan* OR Oncol*)
LILACS	(ti:("Preoperative Period" OR Preoperative OR Pre-operative OR Pré-operatório)) AND (Nursing OR "Nursing Care" OR Nurse* OR Enferm*) AND (Neoplas* OR Cancer* OR Tumor* OR Tumour* OR Carcinoma* OR Adenocarcinoma* OR Sarcoma OR Malignan* OR Oncol*) AND (db:("LILACS"))
BDTD	("Preoperative Period" OR Preoperative OR Pre-operative OR Pré-operatório) AND (Nursing OR "Nursing Care" OR Nurse* OR Enferm*) AND (Neoplas* OR Cancer* OR Tumor* OR Tumour* OR Carcinoma* OR Adenocarcinoma* OR Sarcoma OR Malignan* OR Oncol*)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2023.

3.1.1.5 Seleção de estudos

Ao término da realização das buscas nas bases de dados, 1047 referências foram identificadas e exportadas para o gerenciador de referências *EndNote Web.* Após a remoção das duplicatas, dois revisores independentes fizeram o processo de triagem (leitura de títulos e resumos). Nesse processo foram aplicados os critérios de elegibilidade estabelecidos no protocolo (População, Conceito e Contexto - PCC) por meio do *software Rayyan*, de maneira blindada entre os revisores.

Findando o processo individual de decisão sobre inclusão dos estudos, a blindagem foi removida, o que permitiu identificar os estudos com decisão consensual pela leitura na íntegra, bem como as discordâncias. Essas foram discutidas entre os revisores e resolvidas por meio de consenso.

Na segunda etapa de triagem, os dois revisores independentes fizeram a leitura na íntegra dos estudos pré-selecionados. Nessa fase, utilizando-se também o *Rayyan*, foram aplicados os critérios de elegibilidade e os revisores, ao identificar estudos que não deviam ser incluídos, listaram os motivos. Novamente, discrepâncias foram resolvidas por meio de consenso.

Todo o processo de seleção dos estudos está no fluxograma, conforme recomendações do JBI, segundo *checklist* adaptado PRISMA (TRICCO, 2018).

3.1.1.6 Extração dos dados

O instrumento de extração de dados dos artigos inseridos na amostra final do estudo incluiu os elementos descritos a seguir: título, autores, ano de publicação, delineamento metodológico, país, número de participantes, tipo de cirurgia, instrumentos para avaliação de risco, fatores de risco, intervenções de enfermagem e achados adicionais. Em razão da natureza exploratória desta revisão, o instrumento de extração de dados foi revisto e adaptado durante a condução da revisão.

Os artigos selecionados foram codificados numericamente (A1, A2, A3...) de acordo com o surgimento da identificação dos diagnósticos na pesquisa e serão assim referenciados quando for necessário mencioná-los. O processo de extração foi realizado por dois pesquisadores independentes previamente treinados e as planilhas de extração foram conferidas e comparadas por ambos ao final do processo de extração.

3.1.1.7 Síntese dos dados

Os resultados das estratégias de busca foram apresentados em diagrama PRISMA, adaptado para revisões de escopo. Dados extraídos dos estudos incluídos na amostra final foram transformados em informações e essas foram combinadas em síntese narrativa com o propósito de sintetizar características dos estudos, fatores de risco e intervenções de enfermagem.

Essa síntese permitiu obter uma visão geral dos fatores de risco e intervenções de enfermagem, adotados no período pré-operatório de cirurgias oncológicas. Planejou-se integrar essas informações em subgrupos constituídos por fatores de risco físicos e psicológicos, bem como intervenções de cuidado direto e indireto.

3.1.2 Segunda etapa: Elaboração do roteiro e conteúdo para o POP e Telenfermagem pré-operatória

A Consulta de Enfermagem é constituída por ações sistematizadas e inter-relacionadas com o propósito de assistir o ser humano por meio da articulação e do dinamismo de suas fases, as quais são fundamentadas em referencial teórico-metodológico pertinente. As etapas da Consulta de Enfermagem devem contemplar a essência do Processo de Enfermagem, ao incluir coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2024).

A presente pesquisa adotou como referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento da Consulta de Enfermagem a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta. Nesta, são considerados indicadores empíricos as manifestações das necessidades humanas, as quais são classificadas como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 2019).

Os fatores de riscos selecionados foram justificados pela literatura acadêmica para compor o roteiro a ser validado. A fundamentação teórica de cada fator de risco selecionado foi realizada por meio de levantamento e análise da literatura científica (revisão de literatura) com o propósito de embasar as escolhas efetuadas de forma consistente e criteriosa no contexto da telenfermagem pré-operatória. A pesquisa mostrou-se necessária porque, até o momento, não há conhecimento consolidado de um roteiro padronizado para a telenfermagem pré-operatória nos serviços hospitalares. Assim, o levantamento e a análise da literatura contribuíram para estruturar um instrumento fundamentado, confiável e alinhado às melhores práticas assistenciais.

Assim, a etapa de elaboração do roteiro de telenfermagem pré-operatória fundamentou-se nas evidências relacionadas aos fatores de risco e às intervenções sistematizadas identificadas na revisão de escopo, sustentadas pelos pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Esse processo foi complementado pela revisão da literatura sobre os fatores de risco no período perioperatório e pela incorporação de conhecimentos oriundos do campo prático, a partir da experiência dos(as) enfermeiros(as) atuantes no centro cirúrgico da instituição que constituiu o cenário do estudo, os quais já realizavam a visita de enfermagem pré-operatória. O roteiro do instrumento de coleta de dados (formulário da telenfermagem – Apêndice 10) foi desenvolvido e aprimorado com base no formulário utilizado na visita de enfermagem pré-operatória presencial (VEPO – Apêndice 07), na prática assistencial vigente e nas discussões sistematizadas entre a autora e os(as) enfermeiros(as) envolvidos(as) na assistência perioperatória.

Foi elaborado um folder informativo, apresentado nas Figuras 11 e 12 (frente e verso), direcionado às clínicas de ginecologia e de tecido ósseo conectivo participantes do estudo. Considerado um produto desta pesquisa, o material contempla as principais orientações de enfermagem no período pré-operatório, com enfoque educativo e preventivo, visando apoiar o preparo dos pacientes cirúrgicos oncológicos e subsidiar a prática assistencial no contexto perioperatório. Para sua construção, foram integradas as orientações fornecidas pelo enfermeiro do centro cirúrgico às recomendações realizadas pela secretaria da clínica responsável pelo paciente, que acolhe o paciente após a autorização do risco cirúrgico. Quanto ao design, foi utilizado linguagem simples e objetiva, evitou-se termos técnicos, incluiu-se imagens ilustrativas para facilitar o entendimento.

Embora todas as informações quanto a telenfermagem estejam descritas no *folder*, o setor administrativo da clínica reforça ao paciente que ele receberá, posteriormente, uma chamada de vídeo via WhatsApp para a realização da telenfermagem. Essa chamada é antecedida por uma mensagem digitada, na qual se confirma a disponibilidade do paciente para o atendimento naquele momento.

Foram incluídos no estudo todos os seis enfermeiros especialistas em centro cirúrgico, lotados no bloco cirúrgico do hospital que constituiu o cenário da pesquisa, compreendendo as unidades de Centro Cirúrgico (CC), Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e Central de Material e Esterilização (CME). Como critério de exclusão, consideraram-se os enfermeiros que, embora lotados no referido bloco cirúrgico e que tenham manifestado concordância mediante assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice 01), não participaram do período de coleta de dados em razão de afastamento por licença médica, correspondendo a uma enfermeira.

3.1.3 Terceira etapa: Validação do roteiro e conteúdo para o POP e Telenfermagem pré-operatória

Validação de conteúdo é definida como o processo de verificação da adequabilidade de um conjunto de itens na representação de um fenômeno de interesse (DEVELLIS, 2017). A etapa de validação de conteúdo teve início com a identificação de juízes especialistas no objeto de interesse deste estudo. O previsto era identificar profissionais com expertise profissional e/ou acadêmica em Centro Cirúrgico e/ou na realização de telenfermagem na Plataforma Lattes e no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), visto a dificuldade na busca, optou-se por localizar através da estratégia bola de neve (seleção dos juízes especialistas, na qual os participantes inicialmente identificados indicam outros profissionais com expertise na temática com confirmação. Goodman, 1961). No Lattes. Participaram da pesquisa 14 profissionais reconhecidos nos padrões pré-estabelecidos que após a identificação inicial, foram enviados, via e-mail, um formulário explicativo sobre os objetivos de estudo e a carta convite para participação. Àqueles que aceitaram atuar como especialistas no estudo, foram enviados o roteiro do instrumento (Apêndice 10) e do POP (Apêndice 08) previamente elaborados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 03).

Foram incluídos no estudo os juízes especialistas que aceitaram a carta-convite (Apêndice 02), apresentavam experiência comprovada na área de centro cirúrgico e em telenfermagem e foram identificados por meio da Plataforma Lattes. A participação foi confirmada mediante aceite formal e resposta ao questionário eletrônico enviado por correio eletrônico, por meio da ferramenta *Google Forms*.

Como critérios de exclusão, foram considerados os juízes especialistas em centro cirúrgico e telenfermagem que, embora tenham aceitado o convite e formalizado sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não devolveram o instrumento de coleta de dados devidamente preenchido dentro do prazo estabelecido pela pesquisadora, bem como aqueles que, por qualquer motivo, desistiram de participar do estudo ao longo do processo de coleta.

O instrumento de validação foi composto por perguntas referentes a cada conteúdo presente no roteiro elaborado, considerando as dimensões de pertinência e clareza. Cada item do instrumento teve opções de resposta em formato de Escala de *Likert,* a qual esteve representada por quatro itens: concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo totalmente e discordo parcialmente. Adicionalmente, o instrumento contou com espaços para manifestações subjetivas dos especialistas quanto aos pontos que deviam ser ajustados e/ou retirados do roteiro elaborado.

A validação de instrumentos é um processo essencial para garantir que ferramentas de mensuração em saúde (questionários, escalas, índices) realmente mensurem o que se propõem a avaliar, com confiabilidade e aplicabilidade clínica ou epidemiológica. Estudos recentes destacam a importância de avaliar propriedades psicométricas como validade de conteúdo, validade de construto ou estrutura fatorial, coerência interna (por exemplo, alfa de Cronbach) e confiabilidade teste-reteste ou entre avaliadores

Após o recebimento das avaliações dos especialistas, as respostas foram tabuladas no Microsoft Excel® e, em seguida, transportadas para o software SPSS. Na análise de dados, foram calculadas medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartílico) para os itens do instrumento de validação de conteúdo. A determinação do nível de concordância deu-se por meio do cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para cada um dos itens e para o instrumento completo, considerando separadamente as dimensões de clareza e pertinência. Para tanto, foram seguidos os critérios de Pasquali (2010), no qual o CVC inicial (CVCi) é obtido com base nas médias fornecidas pelos especialistas para cada item, as quais são divididas pelo ponto máximo da escala de *Likert* utilizada. No intuito de descontar possíveis vieses dos avaliadores, foi calculado o erro para polarização dos especialistas (Pei), o qual é representado pelo resultado da fórmula Pei = (1/ (número de juízes))

Assim, o CVC ajustado de cada item foi calculado subtraindo-se o Pei do CVCi. O CVC total dos domínios e do instrumento completo que foi calculado considerando a média do CVCi subtraída ao Pei. O ponto de corte adotado para determinr valdade de conteúdo adequada foi > 0,80 (PASQUALI, 2010).

Adicionalmente, visando identificar a concordância entre os especialistas, foi calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) para os itens e o instrumento completo. Os resultados apresentados incluíram CCI, Intervalo de Confiança a 95% (IC95%) e valor de p.

Diante de avaliações que não alcancem o ponto de corte do CVC e/ou demandem alterações substanciais no roteiro elaborado, foi procedida nova rodada de validação de conteúdo. Ao término desta etapa, foi desenvolvido o roteiro para telenfermagem pré-operatória com conteúdo validado por especialistas da área.

3.1.2 Quarta etapa: Avaliação da aplicabilidade clínica da telenfermagem pré-operatória

3.2 Delineamento do estudo

Esta etapa foi constituída pela condução de um ensaio clínico prospectivo, comparativo, quase experimental, e monocêntrico. Este delineamento é considerado o padrão de excelência no âmbito da pesquisa clínica, sendo capaz de produzir evidências diretas e válidas sobre intervenções de saúde (MOHER *et al*, 2010).

Assim, a validação na prática clínica se deu por meio da composição de dois grupos, dos quais um, denominado controle, recebeu os cuidados habitualmente realizados no período pré-operatório de pacientes oncológicos, e outro, denominado intervenção, recebeu telenfremagem de enfermagem no período pré-operatório.

3.3 População e amostra

A população foi constituída por pacientes com diagnóstico oncológico que apresentavam indicação e agendamento (Apêndice 06) de procedimento cirúrgico nos lócus do estudo. Foram consideradas indicações cirúrgicas das clínicas de ginecologia e de tecido ósseo conectivo (TOC), em razão de serem os setores que atendem às demandas da unidade hospitalar na qual o estudo foi conduzido.

3.4 Controle, intervenção e alocação

O grupo controle foi composto por participantes que receberam os cuidados habitualmente realizados em lócus do estudo. Isto é, a visita de enfermagem pré-operatória na beira do leito no dia anterior ao agendamento do procedimento cirúrgico, eles foram selecionados pela autora em uma amostragem temporal que compreendeu o período de 09/12/2024 a 24/02/2025.

O grupo intervenção foi constituído por participantes que receberam telenfermagem no período pré-operatório, a qual foi realizada em conformidade com o roteiro previamente

desenvolvido e validado neste estudo. A composição desta intervenção foi estabelecida após a realização das etapas descritas anteriormente, as quais permitiram estabelecer formato, duração, componentes e ordenamento da consulta a ser aplicada como intervenção neste estudo. Eles foram selecionados pela autora em uma amostragem temporal que compreendeu o período de 10/04/2025 a 15/08/2025.

Os participantes incluídos nesta pesquisa foram alocados de maneira aleatória nos grupos controle e intervenção. Foi utilizada à randomização por meio da geração de sequência aleatória para determinar a alocação. Uma vez que se trata de intervenções evidentes, não foi possível adotar cegamento de participantes e de profissionais responsáveis pela consulta. No entanto, foi garantido o cegamento do analista de dados.

Foram incluídos no estudo os pacientes cirúrgicos oncológicos das clínicas de ginecologia e de tumores ósseos e conectivos (TOC) de uma unidade hospitalar oncológica do município do Rio de Janeiro, que se encontravam no período pré-operatório mediato, com procedimento cirúrgico previamente agendado. O convite à participação foi realizado de forma presencial, após a liberação do risco cirúrgico, ou por meio de mensagem eletrônica via aplicativo WhatsApp.

Como critérios de exclusão, consideraram-se os pacientes cirúrgicos oncológicos em pré-operatório mediato, com procedimento cirúrgico agendado, que, embora tenham aceitado participar do estudo e formalizado sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice 04), desistiram da participação no decorrer da coleta de dados, impossibilitando a realização da telenfermagem ou sua contabilização no processo de análise. Também foram excluídos aqueles que não compareceram para a realização da cirurgia, não ocorrendo a visita de enfermagem pré-operatória(VPOE) do paciente internado, em decorrência de óbito, desistência do procedimento cirúrgico ou realização da cirurgia em outra instituição hospitalar.

3.5 Cenário do estudo

O estudo e o cenário foram desenvolvidos em uma unidade hospitalar de um Instituto Nacional do Município do Rio de Janeiro. É um hospital quaternário da rede pública do órgão do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo SUS.

O cenário da pesquisa constitui a unidade de referência para a câncer em tecido ósseo conectivo e ginecológico devido serem as clínicas que atendem a população do Sistema Único de Saúde (SUS) na unidade 2 do Instituto Nacional do Câncer (INCA) a qual a pesquisa foi realizada. A unidade recebe pacientes para tratamento ambulatorial, internações e cirurgias, e encontra-se entre os hospitais mais bem equipados do SUS. Ocorrem aproximadamente 160 procedimentos cirúrgicos/mês de pequeno, médio e grande porte distribuídos nas clínicas da rede.

3.6 Desfechos do estudo

Este estudo adotou como desfecho primário a ocorrência de queimaduras por ignição de corrente elétrica. Adotou-se este como principal resultado a ser alcançado com a telenfermagem voltada a pacientes oncológicos em razão de muitos fatores, como utilização de cabelos sintéticos ou naturais fixos por materiais suscetíveis a ignição da corrente elétrica, cílios postiços fixos com cola, unhas artificiais, tatuagens feitas com tintas com impregnação metálica entre outros, proporcionado a insegurança ao utilizar o bisturi elétrico.

Como desfechos secundários, foram considerados: proporção de cancelamento de cirurgias e ocorrência de eventos adversos representados por lesão de pele, reação alérgica e broncoaspiração.

3.7 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A validação de instrumentos é um processo essencial para garantir que ferramentas de mensuração em saúde (questionários, escalas, índices) realmente mensurem o que se propõem a avaliar, com confiabilidade e aplicabilidade clínica ou epidemiológica. Estudos recentes destacam a importância de avaliar propriedades psicométricas como validade de conteúdo, validade de construto ou estrutura fatorial, coerência interna (alfa de *Cronbach*) e confiabilidade teste-reteste ou entre avaliadores. Por exemplo, um estudo chileno em 2023 construiu e validou um instrumento para mensurar percepção de competências e nível de preparo em serviços de *telehealth*, usando análise fatorial exploratória, julgamento de especialistas para validade de conteúdo, obtendo cargas fatoriais acima de 0,6 e alfa de Cronbach muito elevados ($\geq$ 0,97), o que evidencia alta consistência interna e bom poder discriminativo. (IBARRA-PESO e HECHENLEITNER-CARVALHO, 2025)

A validação de conteúdo trata da representatividade do conceito que o instrumento busca medir e prevê a avaliação dos itens, segundo clareza, relevância e abrangência. A clareza

avalia a elaboração dos itens do protocolo quanto ao modo de escrita, oferece leitura adequada e permite a compreensão do conteúdo descrito. A relevância consiste em envolver o conteúdo que está sendo medido, e a abrangência, se o instrumento envolve todos os itens que se busca mensurar (ALEXANDRE e COLUCE, 2011).

Índice de validade de conteúdo - IVC, compreende um método que calcula a proporção dos peritos concordantes com certas características e componentes do instrumento, como também possibilita a análise de cada item (MEDEIROS *et al*, 2015)

Ainda segundo Alexandre e Coluce (2011), o método que emprega a escala tipo *Likert* com respostas de 1 a 4, em que 1 equivale a "Não concordo", 2 equivale a "Concordo parcialmente", 3 equivale a "Concordo" e 4 equivale a "Concordo totalmente", o IVC é calculado como sendo a proporção de respostas 3 ou 4 no conjunto de todas as respostas dos juízes. Para verificar a validade do item ou de um instrumento, deve-se verificar IVC maior ou igual a 0,80.

A intervenção aplicada correspondeu à alocação dos participantes. Aqueles pertencentes ao grupo controle receberam visita de enfermagem pré-operatória na véspera da cirurgia ou pela manhã quando o procedimento estava agendado para o período da tarde, conforme realizada na unidade. Os pertencentes ao grupo intervenção receberam telenfermagem pré-operatória cujo modo de operacionalização foi definido pela condução das etapas conforme POP específico (Apêndice 09). Em ambos os formatos de consulta, foram coletadas informações de caracterização dos participantes e fatores de risco relacionados à situação clínica.

Para avaliar a eficácia da telenfermagem voltada a pacientes oncológicos em período pré-operatório foi utilizado instrumento de coleta de dados composto por indicadores dos desfechos de interesse (Apêndice 11). Assim, o instrumento conteve itens que permitiram identificar, no período de admissão no centro cirúrgico, se houve cumprimento por parte do paciente das orientações fornecidas na telenfermagem pré-operatória, eliminando ou reduzindo os fatores de riscos.

O instrumento de coleta de dados para avaliação dos desfechos da telenfermagem pré-operatória foi realizado pelas enfermeiras lotadas no centro cirúrgico que foram previamente treinadas através de roda de conversa.

3.8 Tratamento e análise de dados

Os dados coletados na visita de enfermagem habitual e na telenfermagem, serão tabulados conjuntamente aos dados obtidos na aplicação do instrumento de avaliação de desfechos na admissão do paciente no centro cirúrgico. A tabulação ocorrerá no Microsoft Excel® e a planilha gerada será posteriormente transportada para o software SPSS.

A análise estatística foi iniciada com o cálculo de medidas de posição (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartílico) para as variáveis quantitativas e cálculo de distribuições brutas e percentuais para as variáveis qualitativas. Nesta fase, foram contempladas as variáveis de caracterização, de fatores de risco e de desfechos de interesse.

Posteriormente, foram aplicados testes de independência, prioritariamente qui-quadrado ou exato de *Fisher*, no intuito de identificar se existia associação entre o uso de telenfermagem e os desfechos de interesse.

3.9 Aspectos éticos, administrativos e legais

Em atendimento à Resolução N.º 466/12 (Anexo 06), do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da unidade hospitalar como participante que ofertará local de desenvolvimento da pesquisa e da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), que atuou como proponente do projeto de pesquisa. A pesquisa obteve parecer favorável pelo CEP do INCA CAAE nº 76984624.3.0000.5274 (Anexo 01).

Os participantes do estudo — enfermeiros, juízes especialistas e pacientes — aderiram à pesquisa de forma voluntária e formalizaram sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apresentado nos Apêndices 01, 03 e 04, respectivamente, após esclarecimentos prestados pela pesquisadora acerca dos objetivos, procedimentos e aspectos éticos do estudo. A condução da pesquisa em ambiente virtual atendeu às orientações estabelecidas na Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

O financiamento desta pesquisa se deu através de recursos da própria autora, não acarretando quaisquer custos aos participantes do estudo.

3.10 Riscos e benefícios

3.10.1 Riscos/benefícios para os Juízes especialistas em centro cirúrgico e telenfermagem

Os riscos para o desenvolvimento do trabalho com a participação dos juízes especialistas foram mínimos, visto que os dados coletados foram confidenciais e a pesquisadora garantiu o sigilo, o anonimato e a confidencialidade. A pesquisadora se responsabilizou pelo sigilo dos conteúdos das respostas, garantindo sua confidencialidade. O produto da análise dos questionários foi tratado estatisticamente e serviram de subsídios para a elaboração e validação do formulário sistematizado.

Quanto ao benefício principal da participação dos juízes especialistas, seu conhecimento e experiência contribuíram para a validação de um roteiro para a aplicação da telenfermagem pré-operatória, a fim de garantir a segurança do paciente.

3.10.2 Riscos/benefícios para os enfermeiros participantes da pesquisa

Os riscos para o desenvolvimento do trabalho com a participação dos enfermeiros lotados no bloco cirúrgico (CC, RPA e CME) foram mínimos, visto que os dados coletados foram confidenciais e a pesquisadora garantiu o sigilo, o anonimato e a confidencialidade. A pesquisadora se responsabilizou pelo sigilo dos conteúdos das respostas, garantindo sua confidencialidade. O produto da análise dos questionários foi tratado estatisticamente e serviram de subsídios para a elaboração e validação do formulário sistematizado.

Os benefícios principais com a participação dos enfermeiros lotados no bloco cirúrgico (CC, RPA e CME) foi possibilitar a contribuição para confecção do roteiro da telenfermagem com base na VPOE, a identificação dos fatores de riscos ao longo do processo de coleta de dados realizando a TEPO e redução de possíveis riscos que possam comprometer a segurança desses pacientes, a disponibilidade em fazer acorrer a telenfermagem trouxe e continuará trazendo experiência profissional a esses enfermeiros quanto a identificação e intervenção de enfermagem aos fatores de riscos e .

3.10.3 Riscos/benefícios para os pacientes cirúrgicos oncológicos

Os riscos para o desenvolvimento do trabalho com a participação dos pacientes cirúrgicos oncológicos foram mínimos, visto que os dados coletados foram confidenciais e a pesquisadora garantiu o sigilo, o anonimato e a confidencialidade. A pesquisadora se

responsabilizou pelo sigilo dos conteúdos das respostas, garantindo sua confidencialidade. O produto da análise dos questionários foi tratado estatisticamente e serviram de subsídios para a elaboração e validação do formulário sistematizado.

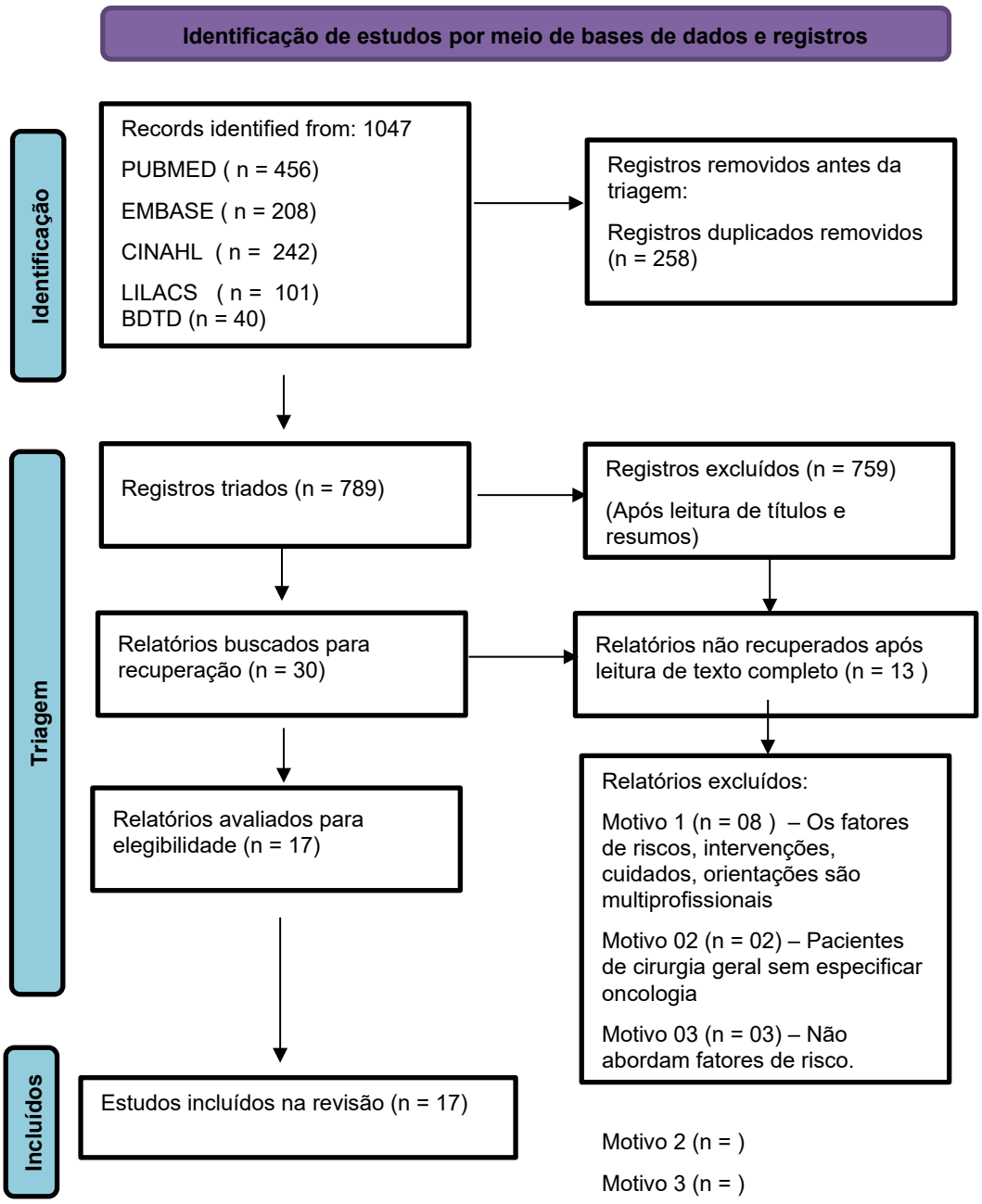
O benefício principal com a participação dos pacientes cirúrgicos oncológicos foi possibilitar a identificação e redução de possíveis riscos que possam comprometer a segurança desses pacientes, porém também trouxe como benefício o conforto e tranquilidade devido ao primeiro contato com enfermeiro do centro cirúrgico já ter sido estabelecido previamente.

RESULTADOS

4.1 Primeira etapa: Revisão de escopo

A partir da análise dos 1.047 estudos identificados, apenas 14 versavam sobre a temática e corresponderam à amostra final. A seleção dos estudos foi apresentada no seguinte fluxograma:

Figura 3 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos conforme PRISMA-ScR.



Fonte: Adaptado de Tricco et al, 2018.

Os artigos foram categorizados no quadro abaixo e trazem discriminados os seguintes pontos: título de origem e ano de publicação (Tabela 01).

Tabela 01 – Relação dos artigos selecionados com indicação de título, autores, periódico, tipo de estudo, país de origem e ano d

ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO
A1	A influência da escuta terapêutica sobre a ansiedade e os medos relacionados à cirurgia em pacientes no pré-operatório de cirurgia colorretal	MESQUITA, A. C.	Tese de Doutorado
A2	Fatores relacionados à incerteza pré-operatória entre pacientes com câncer de mama em Wenzhou, China	SHEN, H.; MASINGBOON, K.; SAMARTKIT, N.	Belitung Nursing Journal
A3	Nível de ansiedade versus autocuidado no pré-operatório e pós-operatório do paciente laringectomizado total	FLÓREZ ALMONACID, C. I.; JURADO RAMOS, A.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A.	Revista Latino-Americana de Enfermagem
A4	Impacto de um diálogo pré-operatório da enfermeira da sala de cirurgia em Ansiedade, satisfação e resultados pós-operatórios precoces em Pacientes Submetidos a Grandes Cirurgias Viscerais – Um Único Centro, Ensaio aberto, randomizado e controlado	DIAS, P.; CLERC, D.; RODRIGUES, M. G. R.; DEMARTINES, N.; GRASS, F.; HÜBNER, M.	Journal of Clinical Medicine
A5	O efeito de um programa de cuidados na intensidade da dor de pacientes com câncer submetidos a cirurgia e hospitalizados no Hospital Sayyed-Al-Shohada da Universidade de Ciências Médicas de Isfahan	BAHRAMI, M.; DEHGHANI, S.; EGHBALI, M.; DARYABEIGI, R.	Iran J NursMidwifery Res
A6	Retinoblastoma: cuidado e apoio ao paciente pediátrico e família	AMADOR, D. D.; MARCÍLIO, A. C.;	Acta Paulista de Enfermagem

ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO
		SOARES, J. S. S.; MARQUES, F. R. B.; DUARTE, A. M.	
A7	Avaliação e educação pré-operatória de laringectomia total em uma enfermaria de ouvido, nariz e garganta: um projeto de implementação de melhores práticas	GE, X.; WANG, W.; ZHANG, P.	Banco de dados de JBI de revisões sistemáticas e relatórios de implementação
A8	Diagnósticos de Enfermagem Emocionais Identificados na Visita pré-operatória em Pacientes de Cirurgia Oncológica.	SANTOS, R. R.; PICCOLI, M.; CARVALHO, A. R. S.	Cogitare Enfermagem – UFPR
A9	Efeito da intervenção abrangente de enfermagem sobre ansiedade perioperatória e qualidade do sono em pacientes idosos com doenças malignas do trato digestivo	ZHENG, X.; JIN, Q.; LU, Q.; CAI, Q.	Am J Transl Res
A10	Informações para a elaboração de um manual educativo às mulheres com câncer de mama.	GOZZO, T. O.; LOPES, R. R.; PRADO, M. S.; CRUZ, L. A. P.; ALMEIDA, A. M.	ResearchInvestigación – EscAnna Nery
A11	Sistematização da Consulta de enfermagem em Pré-operatório às mulheres com câncer de mama	TRESCHER, G. P.; AMANTE, L. N.; ROSA, L. M.; GIRONDI, J. B. R.; MIRANDA, G. M.; SANTOS, M. J.; ZUANAZZI, E. C.; MOHR, H. S. S.	Enfermagem e Foco
A12	Enfermagem perioperatória de pacientes com câncer de pâncreas tratado com uma nanofaca	LEI, Y.; LIU, B.; SU, L.; XIE, X.; KUANG, M.;	Journal of Nanoscience and Nanotechnology

ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO
		CHEN, M.; LAN, H.; ZHAO, H.; LIN, M.	
A13	Consulta de enfermagem pré-operatória e autocuidado de pacientes oncológicos com doenças respiratórias	NEIVA, R. O.; NOGUEIRA, M. C.; PEREIRA, A. J.	ESTIMA, Braz. J. EnterostomalTher
A14	As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem	BARRETO, R. A. S.; SUZUKI, K.; LIMA, M. A.; MOREIRA, A. A.	Revista Eletrônica de Enfermagem

Fonte: Elaboração própria (2024).

Em seguida, a tabela 02, corresponde ao instrumento de extração de dados que foi elaborado para d
revisão, permitindo a sistematização de informações relevantes para a análise de quais fatores de risco e in
contemplados no preparo pré-operatório de pacientes oncológicos: população, objetivo, fatores de riscos, d
das ações de enfermagem na pesquisa (intervenções de enfermagem).

Tabela 02 – Relação de estudos selecionados com identificação de público-alvo, objetivo do estudo, fatores de risco e diagnóstic

Nº	POPULAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	FATORES DE RISCOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTA
A1	Os participantes foram aleatorizados em dois grupos: experimental (GE = n 25) e controle (GC = n 25) Faixa etária dos participantes = 18 anos ou mais	Avaliar o efeito da escuta terapêutica na ansiedade pré-operatória e nos medos relacionados à cirurgia em pacientes hospitalizados para tratamento cirúrgico de câncer colorretal.	Ansiedade e medos pré-operatório	- Ansiedade excessiva - Medo excessivo	Redução da a enfermeira n
A2	122 participantes de um hospital universitário em Wenzhou, China, de julho de 2022 a dezembro de 2022. Faixa etária dos participantes = 18 a 60 anos	Descrever o estado atual de incerteza pré-operatória e investigar a relação entre ansiedade, percepção da doença, apoio social e incerteza pré-operatória em pacientes com câncer de mama em Wenzhou, China.	Ansiedade e incerteza pré-operatória	- Ansiedade excessiva - Conhecimento Deficiente - Conflito de Decisão	Ajudar os pr enfermeiros, deficiente e contribuindo com câncer enfermeiros medidas opo incerteza pré
A3	40 pacientes com câncer da laringe estágio IV. Faixa etária dos participantes = não menciona	Estimar a prevalência de ansiedade do paciente laringectomizado no pré-operatório e pós-operatório e sua relação com o nível de autocuidado.	Ansiedade, Mucosa Laríngea; Transtornos de Adaptação As variáveis estudadas foram: ansiedade no pré-operatório	- Ansiedade excessiva - Risco de Integridade da Membrana da Mucosa Oral Prejudicada	A importânc laringectomi Entrevista en dúvidas do p Orientação q de secreções laringectomi

Nº	POPULAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	FATORES DE RISCOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTA
A4	70 participantes, divididos em dois grupos: 35 foram randomizados para o Grupo Intervencionista e 35 para o Grupo Controle. Faixa etária dos participantes = 18 anos ou mais	Avaliar o impacto do diálogo pré-operatório de uma enfermeira com um paciente com ansiedade, satisfação e resultados pós-operatórios precoces do paciente.	Ansiedade	- Ansiedade excessiva	Relevância n buscando: Abordar e re Realizar entr metas de esti
A5	Setenta pacientes divididas em dois grupos (experimental e controle). Faixa etária dos participantes = não menciona	Utilizar diferentes intervenções não farmacológicas, como comunicação enfermeiro-paciente, apoio mental, educação pré-operatória e consulta.	Dor crônica	- Dor Crônica	Os fatores de mental, educ processo de i
A6	Dez crianças (famílias representadas por nove mães e uma avó) com diagnóstico há pelo menos um mês. Faixa etária dos participantes = 0 a 18 anos.	Compreender a necessidade de informações dos familiares de crianças com retinoblastoma.	Falta de conhecimento sobre a patologia	- Conhecimento Deficiente	Ajudar na co doença e trat Compartilhar hospital tamb
A7	Trinta e dois pacientes da clínica de otorrinolaringologia e vinte e nove funcionários de enfermagem. Faixa etária dos participantes = não menciona	Integrar as evidências disponíveis de pré-operatório avaliação e educação em prática, e para melhorar a conformidade das melhores práticas com critérios de auditoria, para reduzir a incidência de complicações respiratórias e psicológicas.	Dificuldades e preocupações que são em grande parte funcionais e psicológicas.	- Troca de Gases Prejudicada - Risco de sufocação - Deglutição Prejudicada	A evidência operatória co histórico méd incluindo res
A8	Vinte pacientes com idade entre 20 e 60 anos	Identificar os diagnósticos de enfermagem emocionais com mais frequência na visita pré-	Copilado de Diagnósticos de enfermagem emocionais da NANDA	- Ansiedade excessiva - Medo excessivo	A significânc enfermagem implementaç

		operatória em pacientes que se submeteram a cirurgia oncológica		- Sobrecarga de estresse - Pesar - Risco de Resiliência Prejudicada	
A9	96 idosos (maiores de 60 anos de idade) pacientes com doenças malignas do trato digestivo	Analisar o efeito da intervenção abrangente de enfermagem na ansiedade perioperatória e na qualidade do sono em pacientes idosos com doenças malignas do trato digestivo.	Ansiedade e a qualidade do sono	- Ansiedade excessiva - Distúrbio no Padrão de Sono	A importânci enfermeiros paciente para abrangente.
A10	Foram incluídas no estudo 51 mulheres; a idade das participantes variou de 25 a 84 anos, com predomínio da faixa etária de 40 a 60 anos.	Identificar as informações necessárias para a elaboração de um manual educativo, para auxiliar a mulher no pré-operatório para tratamento do câncer de mama.	Falta de conhecimento, dúvidas e insegurança sobre o tratamento cirúrgico, internação, anestesia e preparo para cirurgia.	- Conhecimento Deficiente	Ressaltar o e desempenhar informações destacado no Enfermagem
A11	Dezoito mulheres com câncer de mama e treze enfermeiros Faixa etária dos participantes = não menciona	Elaborar um modelo para consulta de enfermagem informatizada de pré-operatório de mulheres com câncer de mama em um ambulatório oncológico.	Necessidades Biopsicossociais, necessidades educativas das mulheres diagnosticadas com câncer de mama e demandas das pacientes e profissionais sobre os aspectos institucionais.	- Interação Social Prejudicada - Conhecimento deficiente	Definição do da coleta de
A12	40 pacientes com adenocarcinoma pancreáticos tratados com ablação por eletroporação irreversível (IRE). Faixa etária dos participantes = 35 a 78 anos.	Evidenciar a importância das enfermeiras cirúrgicas e explorar as melhores métodos de enfermagem antes e durante a ablação.	A influência da enfermagem inadequada durante a ablação.	- Conhecimento Deficiente	As alterações observada du dominam os do IRE e coo garantir que ocorrência d

A13	7 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, submetidos à consulta pré-operatória de enfermagem.	Demonstrar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na prática do autocuidado realizado pelos pacientes com estomia respiratória	Falta de conhecimento aos cuidados de higiene e curativo com o aparelho de traqueostomia	- Conhecimento deficiente - Disposição para autocuidado melhorado	A consulta d relevância na clínica de cal
A14	16 mulheres atendidas em ambulatório de um hospital público em Goiânia-GO Faixa etária dos participantes = 18 anos ou mais	Verificar junto às mulheres quais as informações que gostariam de receber no pré-operatório de mastectomia, levantar as necessidades de informações no pós-operatório e contribuir com a elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem perioperatória à mulhermastectomizada.	Falta de informações, estresse, incerteza e medo do desconhecido no período perioperatório.	- Conhecimento deficiente - Medo excessivo - Risco de Síndrome do Estresse por Mudança	Elaboração d atenção na cl humanizada sim ao client e preocupaçõ

Fonte: Elaborado pela própria autora, adaptado da Nanda (2024-2026).

Com relação à topografia, a prevalência foi para o câncer de mama com 04 (28,57%) artigos sobre o assunto, seguido do câncer de cabeça e pescoço com 02 (14,28%) artigos, sendo todos os outros cânceres de colorretal, laringe, visceral, retinoblastoma, tubo digestivo, pâncreas, tórax/abdome e cirurgia oncológica (sem discriminação) com somente 01 (7,14%) artigo cada um.

A seguir, tem-se um detalhamento dos artigos trabalhados no estudo com os destaques para os devidos fatores de riscos.

No artigo A1, o autor relata a ansiedade e o medo como fator de risco, sendo uma relação entre as variáveis estudadas. Obteve-se significância entre estado de ansiedade e as variáveis como cortisol, idade, escolaridade e religião. Os medos relacionados à cirurgia foram atrelados à sexo, tempo de confirmação do diagnóstico de câncer colorretal, nível de escolaridade, cortisol, estado civil e pressão arterial diastólica.

No estudo A2, identificou-se ansiedade leve e houve ainda uma correlação positiva entre ansiedade e incerteza pré-operatória. Os fatores de risco que levam a maus resultados pós-operatórios foram identificados através da análise de grandes bases de dados, tais como: idade avançada, gravidade da doença cardiopulmonar, complexidade e tempo cirúrgico prolongado, tabagismo e consumo de álcool, ventilação mecânica usando grande volume corrente e pressão motriz, mau estado nutricional, bem como baixa capacidade aeróbica. A baixa aptidão aeróbica é relatada entre 20% e 30% dos pacientes agendados para cirurgia de câncer de pulmão e está preditivo de baixa sobrevivência.

No artigo A3, destaca-se o fator de risco de diagnóstico de ansiedade, presente a todo o momento no paciente laringectomizado, e a diminuição do déficit de autocuidados parece diminuí-la sem acabar definitivamente com ela. No pré-operatório e pós-operatório, os pacientes apresentaram níveis elevados de ansiedade.

No artigo A4, um diálogo pré-operatório com uma abordagem centrada no paciente ajudou a reduzir a ansiedade pré-operatória em pacientes submetidos a cirurgia visceral. Já no artigo A5, no grupo experimental, o escore médio de intensidade da dor antes da cirurgia e nas primeiras 12h a 24 horas após a cirurgia foi menor do que no grupo controle.

Quanto ao artigo A6, descreve-se ser fundamental a disponibilização de informações que respeitem o tempo da família; deve ser honesto e contemplar perspectivas futuras para a

criança, num espaço dialógico. Desse modo, promove-se uma prática baseada no Modelo de Cuidado Centrado no Paciente e na Família.

A força da informação sobre o retinoblastoma para a família dessas crianças revela o valor que a família atribui à informação sobre a doença da criança em um momento de intenso sofrimento; os caminhos que percorrem para obter as informações; e os elementos considerados essenciais para se sentir realizado por si só.

No artigo A7, demonstra-se uma melhoria nas práticas baseadas em evidências em relação à educação e avaliação pré-operatória. Outros desafios se concentraram no desenvolvimento de estratégias para sustentar essas melhorias na conformidade. Foram demonstradas melhorias nas taxas de conformidade de todos os critérios, variando entre 94% e 100% no ciclo de auditoria de acompanhamento.

No artigo A8, percebeu-se que os fatores que geram os sentimentos de conhecimento deficiente, medo e ansiedade nos pacientes estão relacionados a origens distintas; contudo, há uma prevalência do medo da dor da anestesia, da quimioterapia e do resultado do procedimento cirúrgico para determinação da extensão afetada pelo tumor.

Nos dois primeiros casos, o medo estava sendo alimentado pela falta de conhecimento dos procedimentos que os pacientes seriam submetidos, demonstrando a inter-relação entre os diagnósticos de medo e conhecimento deficiente. Foram identificados vinte e dois diagnósticos de enfermagem, onde os que obtiveram frequência superior a 75% foram os seguintes: conhecimento deficiente (80%), medo (75%) e ansiedade (70%).

No artigo A9, os membros do grupo da intervenção abrangente aprenderam métodos eficazes de enfermagem, por meio de treinamento, para ajudar os pacientes a se ajustarem seu corpo e mente, corrigir hábitos adversos, aliviar emoções negativas (por exemplo, ansiedade e nervosismo), melhorar as habilidades de autocuidado e aumentar a confiança no tratamento. Intervenções de enfermagem são úteis para os pacientes verem positivamente sua doença e estabelecerem defesas psicológicas protetoras contra a doença.

O artigo A10 tratou da elaboração de material educativo e descreve ser indispensável que se conheça a realidade e expectativas dos sujeitos, para que sejam priorizadas as necessidades dos clientes e não somente as exigências terapêuticas. Acredita-se, com isso, que as informações trarão para as mulheres maior segurança para tomada de decisão quanto aos procedimentos necessários nessa fase do tratamento.

Na categoria “Informações sobre o tratamento cirúrgico”, observou-se que todas as participantes receberam informações sobre a cirurgia; porém, estas tiveram ênfase sobre o tipo e a indicação. Na categoria “Informações sobre internação, anestesia e preparo para a cirurgia”, o principal objetivo dos profissionais da saúde que atuam com o paciente cirúrgico deve ser o seu bem-estar; pois no período pré-operatório os pacientes podem apresentar alto nível de estresse, o que independe da complexidade da cirurgia proposta, mas pode ser influenciado pela falta de informações quanto aos procedimentos a serem realizados, a anestesia e os cuidados necessários nesta fase do tratamento.

No artigo A11, o entendimento de pacientes e enfermeiros quanto às nuances da doença converge para uma compreensão mútua, na qual as pacientes exprimem seus medos e anseios, ao passo que os enfermeiros demonstram clara percepção das necessidades emocionais demonstradas por suas pacientes.

O artigo A12 discorre sobre enfermagem perioperatória no que diz respeito a uma melhor cooperação entre enfermeiros e cirurgiões durante o ato operatório, trazendo benefícios como encurtar o tempo de operação, reduzir o sangramento intraoperatório, evitar ou reduzir efetivamente a ocorrência de reações adversas ao prognóstico de pacientes. Ao visitar pacientes antes da operação, a enfermeira itinerante deve explicar detalhadamente o princípio e o processo de tratamento da ablação por eletroporação irreversível (IRE) aos pacientes e seus familiares.

No artigo A13, o autor expõe as repercussões das ações promovidas pela consulta pré-operatória de enfermagem e os obstáculos na busca pela autonomia no cuidado com a cânula de traqueostomia. Refere-se que a consulta de enfermagem é um importante instrumento para orientar, formar vínculo e esclarecer dúvidas sobre os cuidados com a estomia e dispositivos respiratórios, e as ações de enfermagem podem limitar e até impedir o paciente de desenvolver o seu autocuidado, fazendo-se necessário que o projeto terapêutico de enfermagem seja planejado para agregar o paciente nesse processo.

Por fim, no artigo A14, ficou demonstrado que o profissional de saúde que se propõe a trabalhar com mulheres com CA de mama deve prestar assistência que congregue técnica, ciência e humanização; fornecendo todas as informações e orientações, respeitando as necessidades e o nível de entendimento, reabilitando-as para o autocuidado. Para isso, é importante que esse profissional desenvolva uma relação de confiança e estímulo para que elas possam expressar o que realmente lhes preocupa.

Os fatores de risco que mais se destacaram nos artigos deste estudo foram os de aspectos psicológicos, como medo, ansiedade e a incerteza pré-operatória. Muitos citaram estratégias em relação à avaliação, educação e orientação pré-operatória com a finalidade de minimizar esses fatores de risco, visto que foram identificados conhecimento deficiente em relação à doença, ao procedimento anestésico/cirúrgico e ao ambiente do centro cirúrgico.

A principal finalidade do diálogo, da informação e do contato enfermeiro/paciente proporcio nervosismo, fator que provoca o aumento da pressão arterial e interfere na realização do procedim enfermagem se mostrou um importante instrumento para orientar, formar vínculos e esclarecer dúvidas sob

Na tabela 03, logo abaixo, estão demonstrados os fatores de risco identificados no mapeamento da de Enfermagem conforme a Taxonomia da NANDA (2024-2026):

Tabela 03 - Relação dos artigos selecionados referentes aos mesmos fatores de risco, diagnóstico de enfermagem.

FATORES DE RISCO IDENTIFICADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Ansiedade	Ansiedade excessiva: "é uma resposta humana indesejável a fatores estressores"
Medo do desconhecido	Medo excessivo: "é uma resposta emocional intensa e desproporcional a uma am percebida, caracterizada por sentimentos acentuados de apreensão, terror ou pâni comprometem a capacidade de enfrentamento adaptativo do indivíduo"
Estresse e Transtorno de Adaptação	Síndrome do estresse por mudança: "é um estado de perturbação física e/ou psic decorrente da transferência de um ambiente para outro, no qual o indivíduo apres negativas associadas à dificuldade de adaptação ao novo contexto".
Ansiedade e Incerteza pré-operatória-operatória	Conflito de Decisão: "é um estado de incerteza acerca do curso de ação a ser ado escolha entre alternativas envolve risco, perda, valores pessoais conflitantes ou c percebidas como negativas, resultando em dificuldade para tomar decisões."
Mucosa na laringe	Risco de sufocação: "é a vulnerabilidade à obstrução das vias aéreas ou à deficiê ar, que pode resultar em comprometimento respiratório e ameaça à vida."
Diagnósticos de Enfermagem emocionais com mais frequência na visita pré-	Sobrecarga de Estresse: "é um estado no qual as demandas percebidas excedem c capacidades de enfrentamento do indivíduo, resultando em respostas físicas, psic comportamentais negativas."

FATORES DE RISCO IDENTIFICADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
operatória em pacientes que se submeteram a cirurgia oncológica	
Diagnósticos de Enfermagem emocionais com mais frequência na visita pré-operatória em pacientes que se submeteram a cirurgia oncológica	Temer: "é uma resposta emocional a uma ameaça percebida que é conscientemer como perigosa, caracterizada por sentimentos de apreensão ou alarme, acompanh respostas fisiológicas e comportamentais direcionadas à autoproteção."
Diagnósticos de Enfermagem emocionais com mais frequência na visita pré-operatória em pacientes que se submeteram a cirurgia oncológica	Risco de Resiliência Prejudicada: "é a vulnerabilidade à redução da capacidade d adaptar-se ou crescer diante de eventos adversos, estressores ou crises, o que pod o enfrentamento eficaz e o bem-estar do indivíduo."
Dor crônica	Dor Crônica: "é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a real ou potencial, persistente ou recorrente por período superior a 3 meses, que u tempo esperado de cicatrização."
Respiração no pós-operatório de otorrino	Troca de gases prejudicada: "é o excesso ou déficit na oxigenação e/ou na elimin dióxido de carbono na membrana alveolocapilar, resultando em alterações na oxi arterial e/ou no equilíbrio ácido-básico."
Nutricional no pós-operatório de otorrino	Deglutição Prejudicada: "é o funcionamento anormal do mecanismo de deglutiçã déficit nas fases oral, faríngea ou esofágica, que compromete a ingestão segura e alimentos, líquidos ou saliva."
Falta de conhecimento sobre a patologia, procedimento cirúrgico e anestésico.	Conhecimento deficiente: "é a ausência ou insuficiência de informações cognitiv a um tema específico, reconhecida pelo indivíduo ou observada pela equipe de en que compromete a compreensão, a tomada de decisão e a adoção de comportame à saúde."
Qualidade do sono	Distúrbio no padrão de sono: "é uma interrupção da quantidade e/ou da qualidad limitada pelo tempo, que prejudica o funcionamento físico, mental, emocional ou indivíduo."
Necessidades biopsicossociais	Interação social prejudicada: "é a quantidade, qualidade ou padrão insuficiente d caracterizada por dificuldade em estabelecer ou manter relacionamentos interpes satisfatórios."

FATORES DE RISCO IDENTIFICADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Processo de habilidade sobre autocuidado de higiene, imobilização da incisão cirúrgica, curativos da ferida operatória, exercícios físicos, exercícios respiratórios relacionados ao pós-operatório.	Disposição para autocuidado melhorado: “é um padrão de cuidado de si mesmo c fortalecido, caracterizado pela motivação e capacidade do indivíduo para realizar autocuidado de forma mais eficaz, visando à manutenção ou melhoria da saúde e

Fonte: Elaborado pela própria autora. Adaptado da Nanda, 2024 – 2026.

No momento pré-operatório, período que antecede ao procedimento cirúrgico, foi evidenciado através dos artigos encontrados na revisão de escopo, que o diagnóstico de enfermagem “conhecimento deficiente” foi o mais identificado pelos autores (07) seguido da “ansiedade” (6); e é exatamente a falta do conhecimento, o obscuro ambiente cirúrgico que produz a ansiedade e o estresse, podendo elevar a pressão arterial e até mesmo suspender o procedimento cirúrgico. Os outros fatores/diagnósticos de enfermagem mantiveram-se com uma ou duas citações, demonstrando um equilíbrio de acordo com patologia e procedimento cirúrgico.

Ao reconhecer esses fatores/diagnósticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde podem tomar medidas oportunas para prevenir, orientar e educar os pacientes cirúrgicos oncológicos quanto às suas dúvidas, incertezas, medos, ansiedades, falta de conhecimento e tudo o que mais apresentar. A visita/consulta de enfermagem pré-operatória é uma tecnologia que auxilia o profissional e beneficia o paciente, proporcionando a organização das atividades de enfermagem no período perioperatório, de modo a promover uma assistência continuada, com registros mais precisos e de acesso para toda a equipe.

Os resultados desta revisão contribuem com as intervenções de enfermagem para os fatores de risco e diagnósticos de enfermagem baseados em evidências da literatura. Os fatores de risco pré-operatórios proporcionam aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros em questão ao estudo, estratégias de intervenção de enfermagem capazes de minimizar os impactos negativos da cirurgia oncológica e, consequentemente, melhorar a assistência de enfermagem perioperatória.

4.2 Segunda etapa: Elaboração do roteiro e conteúdo para o POP e Telenfermagem Pré-operatória

Tal procedimento teve como objetivo assegurar a validade científica dos fatores elencados, permitindo a correlação de cada um deles com evidências descritas em estudos e publicações reconhecidas que abordam a prática da teleconsulta e a identificação de riscos no cuidado à distância (MARQUES *et al,*2024)

4.2.1 Grupo dos fatores de riscos

4.2.1.1 Grupo dos fatores de riscos relacionados às necessidades fisiológicas

Integridade da pele

A integridade da pele no período pré-operatório age como barreira para proteger o corpo de contaminantes externos no período transoperatório e pré-operatório (BERNATCHEZ; BICHEL, 2023). Durante o ato cirúrgico a pele do paciente sofre ameaças à integridade ao receber eletrodos, dispositivos e fitas colantes, bem como experencia solução de continuidade frente à incisão cirúrgica (MURPHREE, 2017). O cuidado adequado envolve o equilíbrio entre a necessidade de realizar os devidos procedimentos e minimizar danos à pele (BERNATCHEZ; BICHEL, 2023).

Estudo brasileiro identificou que cerca de 56% dos pacientes apresentam alto risco para lesão de pressão perioperatória, sendo os principais fatores de risco: sexo, idade e Índice de Massa Corporal (PEIXOTO et al., 2019). É reconhecidamente complexo prever a ocorrência de lesões no período transoperatório e pós-operatório (BARBOSA; OLIVA; SOUSA, 2011), o que reforça a importância de avaliar a integridade da pele na avaliação pré-operatória.

Presença de edema

Estudos recentes evidenciam que retenção líquida e edema pré-operatório estão associados a intercorrências transoperatórias e pós-operatórias, incluindo maior perda de sangue (HAHN; BAHLMANN; NILSSON, 2017), balanços hídricos mais positivos (HAHN; BAHLMANN; NILSSON, 2017), resistência à insulina (VOLDBY; BRANDSTRUP, 2016), menor recuperação tissular (VOLDBY; BRANDSTRUP, 2016) e maior duração dos procedimentos cirúrgicos (RIEDEL et al., 2019).

Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial, isoladamente, não é uma razão para cancelar cirurgias eletivas. É importante que a pressão arterial seja analisada no contexto da avaliação de risco cardiovascular perioperatório, uma vez que os riscos cirúrgicos ligados à hipertensão estão associados a outros fatores, como glicemia, colesterol total e frações e fração de ejeção cardíaca (TAIT A., HOWELL, S.J., 2021; MINAI et al., 2013). Estudo que investigou as relações entre hipertensão pré-operatória e mudanças hemodinâmicas com morbidade pós-operatória mostra

que não existe associação entre hipertensão pré-operatória, como fator isolado, e aumento de morbimortalidade pós-cirúrgica (CROWTHER et al., 2018).

Diabetes

Hiperglicemia pré-operatória e perioperatória, quer seja causada pela diabetes ou por estresse fisiológico, é um fator de risco para danos e morte pós-cirúrgica (LEVY; DHATARIYA, 2019). Pessoas diabéticas têm o dobro de risco de apresentar intercorrências pós-operatórias, em comparação a quem não possui a doença (GRANT; CHOWDHURY, 2022). Ademais, são maiores os riscos de pior cicatrização, ocorrência de infecções respiratórias, infarto do miocárdio, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e maior tempo de permanência hospitalar (CHUAH et al., 2013).

Presença de obesidade (IMC > 30)

Revisão sobre o impacto do excesso de peso em desfechos cirúrgicos mostra que a obesidade é um fator de risco para a ocorrência de complicações pós-operatórias de curto prazo, mas não parece interferir em desfechos cirúrgicos de longo prazo (RI; AIKOU; SETO, 2018).
A preparação pré-operatória de pacientes obesos deve ser realizada com tempo suficiente previamente à cirurgia, para permitir as modificações necessárias (BOHMER; WAPPLER, 2017).

Presença de desnutrição (IMC < 18)

Estima-se que aproximadamente 44% dos pacientes designados a procedimentos cirúrgicos eletivos possuem desnutrição ou risco de ter desnutrição (PORTUONDO et al., 2020). Estudo que investigou os efeitos da desnutrição pré-operatória nos desfechos cirúrgicos de pacientes idosos submetidos a pancreatoduodenectomia para neoplasias periampulares identificou que a mortalidade de pessoas mal-nutridas é de 50%, enquanto a de pessoas eutróficas é de 20% (KIM; LEE; JANG, 2019). Os pacientes que no pré-operatório encontram-se desnutridos possuem atrasos no alcance da mobilização pós-operatória em comparação com aqueles em estado nutricional normal (NANRI et al., 2021).

Cardiopatia e outros problemas de coração

Avaliação cardiovascular pré-operatória requer o levantamento de história individual e familiar, bem como realização de exame físico para identificar sinais e sintomas de doença isquêmica do coração, insuficiência cardíaca e doença valvar grave. Sua importância se destaca

diante de cirurgias de alto risco, as quais podem demandar alterações no tratamento medicamentoso previamente ao procedimento (SMILOWITZ; BERGER, 2020).

Quando condições como síndrome coronariana aguda, hipertensão pulmonar severa e insuficiência cardíaca descompensada forem identificadas, cirurgias eletivas devem ser adiadas até que a condição seja adequadamente manejada e os riscos sejam controlados (RASLAU ET AL., 2020). Sugerem-se como exames necessários à avaliação cardiovascular pré-operatória: eletrocardiograma, ecocardiograma, angiografia coronariana e teste de estresse (LEE et al., 2022).

Trombose

É recomendado que as avaliações pré-operatórias incluam estimação de risco para ocorrência de trombose e sangramento. O risco de trombose pode ser estimado com base em critérios dos pacientes e do procedimento, por meio da aplicação de instrumentos validados, como o escore de Caprini (BARLETT et al., 2020).

Em pacientes com histórico de trombose venosa profunda (TVP), é comum a recorrência perioperatória, principalmente em procedimentos cirúrgicos de alto risco. Intervalos de tempo mais longos entre um episódio de TVP e a cirurgia subsequente pode reduzir o risco de recorrência, mas é incerto precisar o quanto (LIEM et al., 2010).

Doença do aparelho respiratório (ex. asma, bronquite)

A literatura recente mostra que asma controlada em adultos não está associada à ocorrência de complicações pulmonares pós-operatórias graves. Mesmo assim, no período pré-operatório é importante investigar a presença de asma, seu nível de controle e garantir que o melhor tratamento de controle está sendo realizado anteriormente à cirurgia (ERDOGAN et al., 2020). A avaliação pré-operatória de pacientes com asma deve incluir histórico específico e testes de função física e pulmonar (TIRUMALASETYY; GRAMMER, 2006).

A avaliação pré-operatória requer uma abordagem estruturada para identificar fatores de risco relacionados ao paciente, ao procedimento e à anestesia, visando prevenir a ocorrência de complicações pulmonares pós-operatórias. Modelos de predição de risco podem ser usados para estratificação de risco e para ajudar a adaptar a investigação pré-operatória (SAMEED et al., 2021).

Doença renal

Pacientes com doença renal crônica (DRC) estão sob maior risco de apresentar hipertensão e hipoglicemia no período perioperatório. Com isso, testes pré-operatórios podem ser necessários em pacientes com DRC e fatores de risco cardíaco. A atenção pré-operatória a fatores de risco comuns em pacientes com função renal prejudicada pode diminuir substancialmente os riscos cirúrgicos (KRISHNAN, 2002).

Recomenda-se o uso de modelos preditivos como um método para estratificar, no período pré-operatório, o risco de lesão renal aguda, eventos cardíacos adversos importantes ou outras complicações graves em cirurgias eletivas. Uma abordagem multidisciplinar com aconselhamento individualizado é necessária para orientar o paciente com DRC que será submetido à cirurgia eletiva (BAHRAINWALA et al., 2020).

Sobreposição de comorbidades

Em pacientes idosos, as combinações de comorbidades exponenciam riscos adicionais que superem aqueles alcançados pelas comorbidades isoladas, e a carga de risco associada é impulsionada pela junção específica de comorbidades. Estudo recente identificou que as combinações de três comorbidades mais altamente associadas à mortalidade perioperatória e pós-operatória são: coagulopatia, desequilíbrios hidroeletrolíticos e doença vascular periférica; e coagulopatia, desequilíbrios hidroeletrolíticos e doença pulmonar crônica (HO et al., 2019).

A multimorbidade em pacientes perioperatórios é altamente prevalente e tem impacto relevante nos custos hospitalares, independente da classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA). A incorporação da multimorbilidade na classificação ASA pode ser justificada para melhorar a sua capacidade preditiva (CAVALLI et al., 2022).

Uso de medicamentos

Pacientes cirúrgicos estão sob risco de eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos e de complicações relacionadas ao uso de medicamentos (SUREPILL STUDY GROUP, 2015). Estima-se que no mínimo 50% dos pacientes que se submetem a cirurgias estão em uso de medicamentos diversos, o que aumenta aproximadamente três vezes o risco de ocorrência de complicações pós-operatórias (MOHAMMED et al., 2022). Nossos achados apoiam o efeito dos imunossupressores/esteroides no risco cirúrgico e acrescentam evidências

à associação entre o uso de medicamentos anti-hipertensivos e o subsequente desenvolvimento de infecção/sepse (ETON et al., 2016).

Realização recente de tratamento de quimioterapia, radioterapia ou braquiterapia

A realização de procedimentos cirúrgicos em pacientes oncológicos submetidos recentemente à quimioterapia, radioterapia ou braquiterapia constitui fator de risco relevante no período perioperatório, especialmente quando ocorre próximo ao nadir hematológico (7 a 14 dias). Nesse intervalo, caracterizado pela maior supressão medular e redução dos neutrófilos, há aumento da vulnerabilidade a infecções, sangramentos e prejuízo à cicatrização, o que pode comprometer a segurança cirúrgica. Diante desse cenário, a identificação do intervalo temporal entre os tratamentos antineoplásicos e o procedimento cirúrgico torna-se essencial para o planejamento assistencial, sendo recomendada a avaliação criteriosa dos parâmetros hematológicos e clínicos do paciente, com vistas à redução de complicações e à promoção da segurança no cuidado perioperatório. (DUARTE et al, 2018).

4.2.1.2 Grupo dos fatores de riscos relacionados à necessidade de segurança

Fatores de Riscos relacionados a lesão de queimadura por ignição de corrente elétrica na utilização de adornos (piercing, tatuagem, unhas artificiais, cílios postiços, aplique de cabelos sintéticos/naturais fixados com liga metálica, sintética, cola ou linha de nylon) durante a utilização do equipamento de bisturi elétrico no procedimento cirúrgico.

Como monitoramento de controle de hemorragias no intraoperatório, foi desenvolvido em 1920 nos Estados Unidos o primeiro equipamento de bisturi elétrico, que possibilitava a dissecação dos tecidos e a hemostasia por uma corrente de radiofrequência que percorria uma parte do corpo humano produzindo efeitos de eletrodissecção e de eletrocoagulação. Por meio dessa descoberta, foi possível proporcionar uma redução significativa do risco de hemorragias relacionadas aos procedimentos cirúrgicos em comparação com o bisturi manual (POSSARI, 2009).

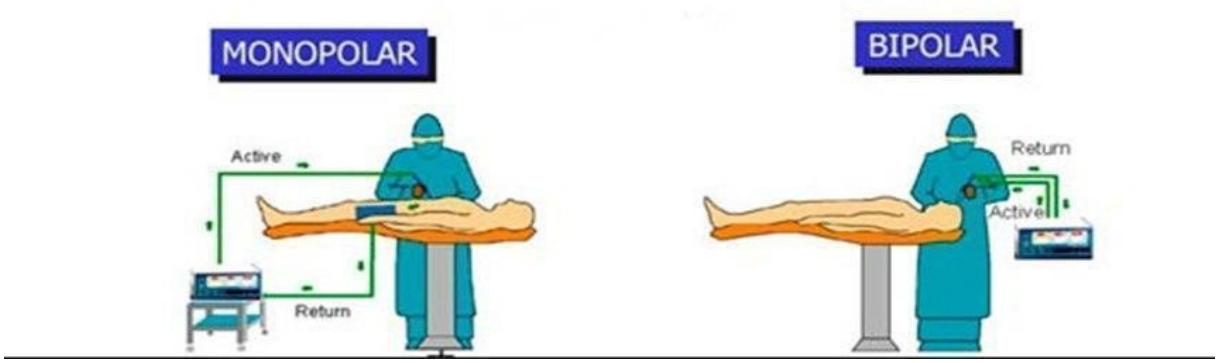
A unidade eletrocirúrgica, ou normalmente conhecido como bisturi elétrico, é o equipamento responsável pela geração dessa corrente em alta frequência. A corrente desloca-se através do eletrodo ativo, transpassa o corpo do paciente e regressa ao equipamento pelo eletrodo de retorno (placa de retorno). A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), através da norma NBR IEC 601-2-2, rege as diretrizes sobre equipamentos eletromédicos e relaciona as proteções presentes nos produtos. São elas: proteção contra riscos de choque

elétrico, proteção contra riscos mecânicos, proteção contra risco de radiação indesejada ou excessiva, proteção contra risco de ignição de misturas anestésicas inflamáveis e proteção contra temperaturas excessivas e outros riscos de segurança.

Gomide *et al* (2011), exemplifica como ocorre esse fluxo da corrente elétrica, basicamente, a corrente eletrocirúrgica tradicional de um circuito do tipo monopolar funciona da seguinte maneira: em um gerador se produz a corrente eletrocirúrgica, a qual é conduzida até o eletrodo por cabos. Este eletrodo ativo transmite a corrente eletrocirúrgica ao tecido, a qual sairá do paciente por meio da "placa-terra" eletrocirúrgica, chegando novamente ao gerador.

Como a área da superfície da "placa-terra" é muito maior que a do eletrodo ativo (onde acontece o corte, a coagulação ou a ablação), a corrente é dispersa por uma grande área, minimizando o aquecimento do tecido abaixo da "placa-terra". Contudo, se a corrente aumenta, a temperatura da placa também aumenta. Gomide cita Fickling J, Loeffler C. por afirmar que caso a temperatura da "placa-terra" exceda 44ºC, queimaduras podem acontecer.

Figura 4 – A importância da gestão de riscos de queimaduras e incêndios.



Fonte: Vic Pharma by Schulke, 2026.

Segundo Olímpio, Souza e Ponte (2016), a permanência do paciente no centro cirúrgico deve ser considerada, por si só, um fator de risco para o desenvolvimento de lesões cutâneas, uma vez que esse período envolve diversos elementos que podem comprometer a integridade da pele. Entre esses fatores destacam-se o posicionamento cirúrgico inadequado, a não retirada de adornos, a formação de pontos de pressão sobre proeminências ósseas, o risco aumentado de desenvolvimento de úlceras por pressão e a exposição a queimaduras decorrentes de

equipamentos elétricos ou substâncias químicas. Dessa forma, torna-se imperativo que os profissionais de saúde detenham conhecimento aprofundado sobre esses fatores de risco, visando à promoção da segurança do paciente no ambiente perioperatório.

Os riscos e causas de queimaduras em pacientes quando submetidos a procedimentos cirúrgicos com uso de unidade eletrocirúrgica, são baseados nos registros publicados, nas informações dos fabricantes e nas normas de segurança para equipamentos eletromédicos. Durante os procedimentos cirúrgicos são evidentes várias situações de risco. Estas vão desde as dimensões de uma sala cirúrgica, do posicionamento correto do eletrodo de retorno, até o uso efetivo do equipamento através do eletrodo ativo (CRUZ, 2014).

Para reduzir os riscos relacionados à aplicação da eletrocirurgia, foram estabelecidas algumas recomendações quanto ao uso dessa tecnologia, que servem como guia de medidas preventivas para todos os profissionais que atuam no centro cirúrgico: Os adornos metálicos devem ser obrigatoriamente retirados e os eletrodos colocados o mais distante possível do campo operatório (BISINOTTO et al, 2017).

Piercing

Os locais onde o uso do piercing é mais comum são: sobrancelha, lábios, filtro do lábio, nariz, orelha, bochecha, queixo, língua, úvula, umbigo, mamilos e genitália (STIRN, 2003).

Pacientes de todas as idades são submetidos a diversos procedimentos cirúrgicos diariamente, porém há carência na literatura a respeito dos cuidados no pré-operatório imediato em pacientes com piercing. Diccini e Nogueira (2008) ratificam que o enfermeiro que atua no pré-operatório imediato, tanto na unidade de internação quanto no centro cirúrgico, pode deparar-se com pacientes utilizando piercing.

Dentre as intercorrências com a permanência dos piercings nos pacientes internados podemos dar destaque como cita Marenzi (2004) ao período perioperatório, a predisposição a queimaduras após uso de desfibrilador na parada cardíaca e o aumento do risco de queimaduras após uso de eletrocirurgia.

No centro cirúrgico, o paciente que utiliza o piercing na língua, além de estar sujeito a queimadura, durante a indução da anestesia geral, pode o mesmo ser deslocado para as vias aéreas causando edema e hipóxia, ou para o trato gastrintestinal. Wise (1999), legitima que o piercing em diversos locais do corpo podem provocar lesões por pressão ou mobilização durante o procedimento cirúrgico.

Tatuagem

O método de se fazer a tatuagem é usando uma agulha ou algum outro objeto pontiagudo e afiado para impelir os pigmentos coloridos e consistentes que formam a tinta, através da epiderme para a derme. A deposição dermal do material é importante para a longevidade da tatuagem e, em humanos, o pigmento da tatuagem é tipicamente depositada na primeira metade ou a um terço da derme (CUI et al, 2004). Este processo garante que o pigmento não possa ser removido e simultaneamente o organismo é exposto ao ingrediente na tatuagem colorida em uma via direta e por um tempo prolongado (FORTE et al, 2009).

Cui et al, (2005) descreve que as tatuagens mais antigas foram provavelmente derivadas de fuligem de carvão com inclusão ocasional de minerais ou produtos vegetais disponíveis localmente. Bisinotto et al (2017) afirma que algumas tintas possuem partículas metálicas em sua composição podendo conduzir eletricidade, levando a um aumento de calor na sua área, o que pode causar queimaduras. Ele conclui que no uso do equipamento de gerador de eletricidade (bisturi elétrico) deve-se evitar a colocação do eletrodo dispersivo (placa neutra) sobre tatuagens, porque muitas das quais contêm corantes metálicos.

No Brasil, a tinta de tatuagem é regulada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), onde a resolução de diretoria colegiada (RDC) Nº55, de 6 de agosto de 2008, que dispõe sobre o registro de produtos utilizados no procedimento de pigmentação artificial permanente da pele, e dá outras providências, indica a tinta de tatuagem sendo necessária ser registrada na forma de apresentação estéril.

Unhas artificiais

A oximetria de pulso (Spo2) é um método simples e não invasivo amplamente utilizado para determinar a saturação de oxigênio em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. A medição contínua quantitativa da oxigenação faz parte dos padrões mínimos de monitorização
da Organização Mundial de Saúde (OMS,2009) e daAmerican Society of Anesthesiologists (ASA, 2015). Esta medição é essencial em situações como cirurgias, emergências e na terapia intensiva.

Unhas postiças coloridas, especialmente em tons escuros, podem absorver parte da luz emitida pelo oxímetro, levando a leituras incorretas ou falsamente baixas de oxigênio. A luz refletida ou absorvida pelas unhas pode variar de acordo com a cor e o material utilizado nas

unhas. Amorim (2022) em seu estudo original verificou redução estatisticamente significante da saturação periférica de oxigênio com o uso das seguintes condições experimentais testadas: unha artificial de cor vermelha, unha artificial de cor preta, unha artificial de cor prata e esmalte com glitter de cor rosa.

Ademais, ainda se tem as precauções com a eletrocirurgia, em virtude das unhas postiças, especialmente aquelas feitas de materiais sintéticos como acrílico ou gel, apesar de não serem consideradas condutoras de eletricidade, por si só, não causariam ignição ou risco direto de choque elétrico ao serem expostas a um bisturi elétrico durante uma cirurgia, no entanto, alguns fatores relacionados à essas unhas postiças podem aumentar o risco de queimaduras ou outros problemas durante o uso de eletrocirurgia (BISNOTO, 2017). Se o calor gerado pelo bisturi se concentrar em uma área onde há materiais não condutores, como unhas postiças, pode ocorrer um acúmulo desse calor e levar a queimaduras na pele ao redor das unhas ou nos próprios dedos. Afonso et al (2010) conclui que por esse motivo devem ser evitadas a instalação da placa neutra em áreas com grande quantidade de pelos, de cicatrizes e saliências ósseas, uma vez que diminuem o contato da placa e conduz de forma pior a eletricidade. Embora o risco seja baixo, muitas instituições médicas recomendam a remoção de unhas postiças antes de cirurgias, tanto por razões de higiene (risco de infecção) quanto por segurança geral.

Cílios Postiços

Cílios postiços são extensões de cílios artificiais usados para melhorar a aparência dos cílios naturais, proporcionando mais volume e comprimento. Eles são muito populares em cosméticos e podem ser encontrados em diferentes materiais, estilos e fixação por colas. Existem várias ferramentas simples na estética, que podem auxiliar na autoestima e bem estar no cotidiano, para amenizar os efeitos colaterais da quimioterapia, podem ser utilizados lenços e perucas diversas para ajudar na aceitação da queda de cabelo, para a perda de sobrancelhas, a micropigmentação é uma técnica muito utilizada e uma ótima alternativa de preenchimento, para amenizar o aspecto pálido e de pele ressecada a base e maquiagem líquida é uma ótima opção, para preencher os cílios existem os cílios postiços ou preenchimento fio a fio (GONÇALVES, 2018).

Pacientes com cílios postiços que estão passando por procedimentos que envolvem o uso de eletrocirurgia também requerem atenção especial, embora os riscos sejam relativamente menores comparados por exemplo, a pacientes com implantes metálicos. Bisinotto (2017) corrobora que o trauma térmico na região da placa dispersiva (retorno) acontece quando há

contato inadequado entre a placa e a pele do paciente, ou quando o tamanho da placa e seu sítio de posicionamento são inadequados, dispersam a energia em uma área menor, o que aumenta o aquecimento nos pontos de contato com a placa e ocasiona queimaduras.

Uso de apliques sintéticos/naturais fixados com liga metálica, sintética, cola ou linha de nylon

Em ambientes cirúrgicos, onde há presença de oxigênio suplementar e eletrocirurgia, o risco de incêndio pode aumentar se houver materiais inflamáveis (como cola sintética usada para fixar apliques). Assim como nos cílios postiços, nos apliques de cabelos e seus métodos de fixação, Bisinotto (2017) ratifica que o trauma térmico na região da placa dispersiva (retorno) acontece quando há contato inadequado entre a placa e a pele do paciente, ou quando o tamanho da placa e seu sítio de posicionamento são inadequados, dispersam a energia em uma área menor, o que aumenta o aquecimento nos pontos de contato com a placa e ocasiona queimaduras.

4.2.1.3 Grupo dos fatores de risco relacionados a lesão de queimadura por ignição da corrente elétrica em pacientes que possuem implante de prótese/órtese metálica ou projéteis/fragmentos metálicos

Próteses/Órteses

Pacientes cirúrgicos que possuem implantes de próteses metálicas exigem atenção especial durante procedimentos, especialmente ao utilizar instrumentos eletrocirúrgicos, como o bisturi elétrico. Durante a eletrocirurgia monopolar em pacientes, os caminhos de corrente podem ser influenciados por implantes metálicos, o que pode causar aquecimento não intencional do tecido próximo aos implantes (MARTINSEN, 2019).

Em cirurgias com bisturi elétrico, é importante garantir que o eletrodo de dispersão esteja corretamente posicionado para evitar que a corrente elétrica percorra a área da prótese metálica. Ao se usar o bisturi monopolar em pacientes com juntas condutoras protéticas, todo esforço deve ser feito para se colocar a prótese fora do caminho direto do circuito. Se o paciente tem uma prótese no quadril direito, por exemplo, a placa de retorno deve ser colocada no lado esquerdo do paciente (BISINOTTO et al, 2017).

Figura 5 – Fratura intertrocanteriana estável.



Fonte: Centro Ortopédico Hospital Santa Teresa (2026).

Figura 6 – Artoplastia de quadril.



Fonte: SciELO – Main complications of hip arthroplasty, 2026.

Projéteis/fragmentos metálicos

Pacientes com implantes de projéteis ou fragmentos metálicos no corpo requerem precauções especiais durante o uso de eletrocirurgia, como o bisturi elétrico. Isso se deve à interação potencial entre o metal do projétil e a corrente elétrica utilizada durante o procedimento, o que pode causar complicações, como queimaduras, superaquecimento do metal e danos aos tecidos adjacentes. Martinsen (2019) menciona que durante a eletrocirurgia monopolar em pacientes, os caminhos de corrente podem ser influenciados por implantes metálicos, o que pode causar aquecimento não intencional do tecido próximo aos implantes, essa afirmação equivale para qualquer material implantável metálico.

Bisinotto, *et al* (2017) orienta que sempre o eletrodo de dispersão esteja corretamente posicionado para evitar que a corrente elétrica percorra a área do implante metálico. Se a corrente elétrica do eletrocautério não for devidamente aterrada, há o risco de que a corrente passe pelo metal, resultando em uma concentração de calor na área do implante.

Figura 7 – Radiografia do abdômen AP: projétil metálico em região abdominal.



Fonte: Revista Médica de Minas Gerais – RMMG, 2026.

4.2.1.4 Grupo dos fatores de risco relacionados à ocorrência de queda durante o período perioperatório com pacientes cirúrgicos

Queda é um evento multifatorial que pode ser definido como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior, com ou sem lesões. (SILAS e CUNHA, 2017).

Nos pacientes hospitalizados as causas mais comuns são perda do equilíbrio, escorregões e desmaios e os locais onde elas mais ocorrem são na cama, no banheiro e nas cadeiras (ANVISA, 2018). Segundo Silas e Cunha, 2017, o paciente cirúrgico está incluído no grupo de risco potencial para queda devido aos efeitos dos fármacos anestésicos, ao prolongado período de jejum e à mobilidade prejudicada.

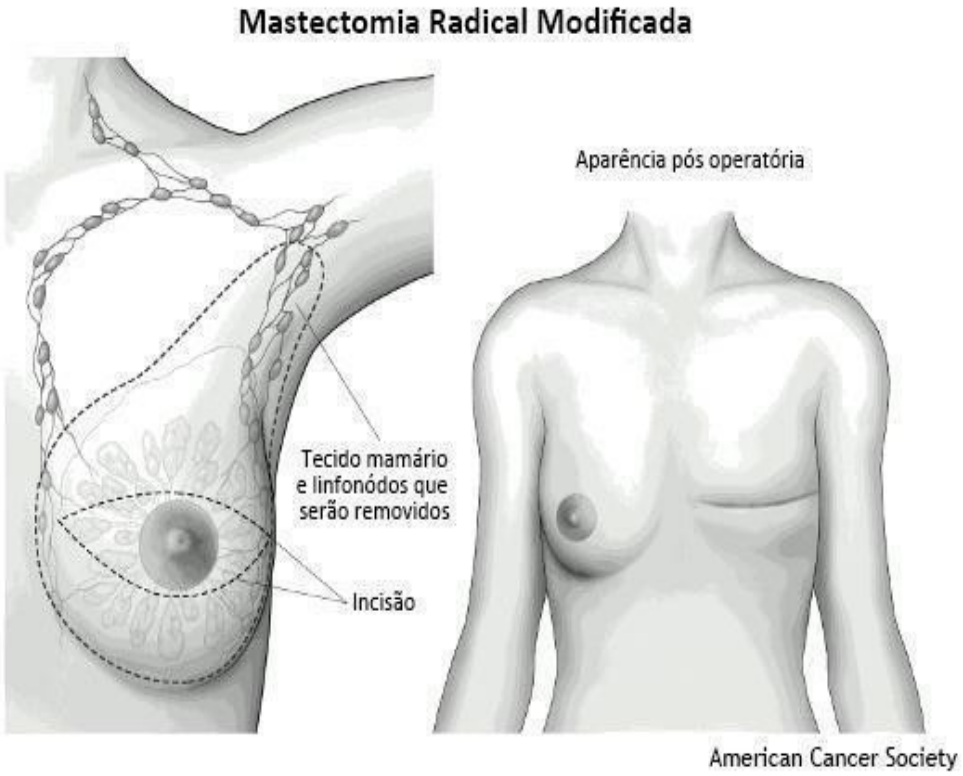
Para Alves *et al*, 2017, durante o período de internação os pacientes encontram-se mais vulneráveis por estarem em um ambiente desconhecido e em processo de restabelecimento da saúde. Essa vulnerabilidade é agravada pela condição perioperatória, uma vez que durante os períodos cirúrgicos além do uso de dispositivos hospitalares como cateteres e sondas, os pacientes também podem apresentar distúrbios hemodinâmicos.

4.2.1.5 Grupo dos fatores de risco relacionados a cirurgias anteriores, principalmente mastectomia unilateral ou bilateral com esvaziamento axilar em pacientes cirúrgicos oncológicos

Devido à complexidade dos músculos (peitoral maior e menor) e cadeias ganglionares extirpadas durante o tratamento cirúrgico para o câncer de mama, a mulher está sujeita a uma série de complicações físicas, imediata ou tardiamente à cirurgia, as quais devemos identificar e minimizar quando possível (MAMEDE, 2000).

Segundo Mamede (2000), dentre as orientações a serem fornecidas tanto individualmente para as mulheres, como em grupo ou juntamente aos familiares, deve-se procurar reforçar o cuidado com o braço operado, com especial destaque para os seguintes aspectos: Evitar receber medicações por via subcutânea, intramuscular e endovenosa no braço do lado operado; Evitar a verificação de pressão arterial no braço afetado, devido à compressão exagerada que interrompe as circulações sanguínea e linfática; Cuidados quanto a estiramentos acentuados do ombro, movimentação prolongada e compressão.

Figura 8 – Mastectomia radical modificada.



Fonte: Sociedade Americana de Câncer, 2026.

4.2.1.6 Grupo dos fatores de risco relacionados às alergias (medicamentosa, alimentar, látex ou outras)

Alergia alimentar/medicamentosa

As reações adversas aos alimentos são representadas por qualquer reação anormal à ingestão de alimentos ou aditivos alimentares. A coexistência de alergia a alimentos como abacate, kiwi, banana e castanhas e sensibilidade cruzada com o látex é bem estabelecida e denominada “síndrome látex-fruta” (ACCETTA, 2011 e CABAÑES, 2012)

Os principais agentes etiológicos da anafilaxia perioperatória são os bloqueadores neuromusculares, seguidos pelo látex e depois pelos antibióticos. A anafilaxia aos bloqueadores neuromusculares pode ocorrer durante a primeira exposição e tem uma alta incidência de 14 reações cruzadas entre os diferentes bloqueadores neuromusculares, sendo muito mais frequente em mulheres (2:1 a 8:1); e o mais implicado é o suxametônio (VALENCIA, 2015).

Segundo Asserhoj *et al* (2016) e Molina-Infante *et al* (2014), o propofol é frequentemente usado para indução e manutenção de anestesia geral e também é um sedativo comumente usados para procedimentos curtos e em unidades de terapia intensiva. É comercializado como uma emulsão contendo óleo de soja, lecitina de ovos e glicerol. Inicialmente, não houve contraindicações na bula do produto, mas nos últimos anos surgiram em muitos países contraindicações contra o seu uso em indivíduos alérgicos à lecitina de soja, amendoim e ovo.

Os frutos do mar (peixes, crustáceos e moluscos) estão entre os alimentos mais comuns que provocam anafilaxia grave (DEWACHTER *et al,* 2011). O risco de administração de iodo em pacientes com alergia a frutos do mar é um equívoco que há muito tempo ronda a prática médica. Porém, a Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia esclarece que: (1) as reações a contrastes iodados são mediadas por um mecanismo anafilactoide que não envolve IgE e, portanto, não é evidência de alergia ao iodo; (2) a dermatite de contato para os anti-sépticos iodados não é uma resposta mediada por IgE desencadeada pelo iodo e (3) os componentes proteicos de frutos do mar, incluindo a parvalbumina e a tropomiosina, são os verdadeiros responsáveis pela hipersensibilidade aos frutos do mar e não o iodo (ERNANDEZ e MIKHAEL, 2017).

Alergia ao látex

O látex é uma substância (seiva leitosa) produzida por células lactíferas de árvores, com destaque especial para a seringueira ou *Hevea braziliensil*, 99% das espécies utilizadas (ABRAMS, BECKER e GERSTNER, 2011).

A alergia ao látex representa um relevante problema de saúde em grupos populacionais, denominados de risco. Ela pode manifestar-se como eczema, urticária, simples rinite ou conjuntivite, angioedema, asma e até choque anafilático. A anafilaxia provocada pelo látex é citada em determinados estudos como segundo agente entre eventos alérgicos perioperatórios entre adultos, depois dos relaxantes neuromusculares e seguidos pelos antibióticos β-lactâmicos em geral (BROWN, 1998 e CABAÑES, 2012)

Nas reações intraoperatórias há que se destacar o aspecto mais característico que é o início de ação mais retardado, o qual pode ser explicado pelo tempo para o contato entre superfícies internas, membranas mucosas e as luvas do cirurgião (MURAT, 1993).

Segundo Accetta (2011), o evento anafilático relacionado ao látex é, como qualquer outro, uma emergência médica. No entanto, um indivíduo pode vir a experimentar franca anafilaxia, sem nunca ter tido alguma manifestação cutânea prévia, pois a sensibilização também ocorre através partículas inaladas, (FILON e RADMAN, 2006).

Além das mucosas, a absorção do látex dá-se através do trato respiratório e até mesmo da pele íntegra. A absorção dos alérgenos do látex pelo trato respiratório, veiculados através do pó lubrificante das luvas, não deve ser subestimada, quer como via de sensibilização, quer como forma de desencadear uma anafilaxia (ECKHOUT, 2001).

Filho et al., (2014) ratifica que o evento anafilático relacionado ao látex é, como qualquer outro, considerado uma emergência médica, e requer medidas imediatas pelo anestesiologista. Mediado pelo anticorpo IgE, surge como reação multissistêmica, com manifestações cutâneas (angioedema, eritema, exantema, urticária); respiratórias (dispneia, sibilos, roncos); cardiovasculares (hipotensão, taquicardia, arritmias) e neurológicas (confusão mental), (ABRAMS, 2011, ACCETTA, 2011 e MACHADO,2011).

No entanto, no intraoperatório, é uma causa difícil de determinar, sem contar com a história prévia do paciente e principalmente quando se considera o número de substâncias potencialmente alergênicas empregadas pelo anestesiologista (bloqueadores neuromusculares, antibióticos, coloides, hemoderivados, anti-inflamatórios, analgésicos, soluções antissépticas). O fato de o paciente ficar encoberto por campos cirúrgicos e sedado dificulta a percepção de manifestações cutâneas pela inspeção e pela queixa do prurido, respectivamente. Portanto, o sinal mais sensível de anafilaxia percebido pelo anestesiologista é a taquicardia (ALLARCON, 2003 E KROIGAARD, 2007).

4.2.1.7 Grupo dos fatores de risco relacionados à acuidade visual (alteração total ou parcial, uso de óculos, lente de contato ou prótese ocular)

A retirada dos óculos é um cuidado prestado a todos os pacientes que os utilizavam, antes de serem encaminhados para o centro cirúrgico. Salienta-se que o paciente, quando vai para o centro cirúrgico (PUPULIM e SAWADA, 2002), é privado do uso de certos aparelhos, como óculos, aparelho auditivo, prótese dentária, entre outros. Christóforo e Carvalho (2009) salientam que a necessidade da retirada desses aparelhos é discutível, uma vez que sua ausência pode limitar a interação com a equipe cirúrgica, que pode interpretar que o paciente não está

interagindo bem com a equipe e com o meio ambiente por outras razões, além de poder causar constrangimentos ao paciente.

4.2.1.8 Grupo dos fatores de risco relacionados a alterações orais, problemas em dentição, dentes fraturados, dentes amolecidos, edentado, uso de prótese dentária superior, inferior ou ambas

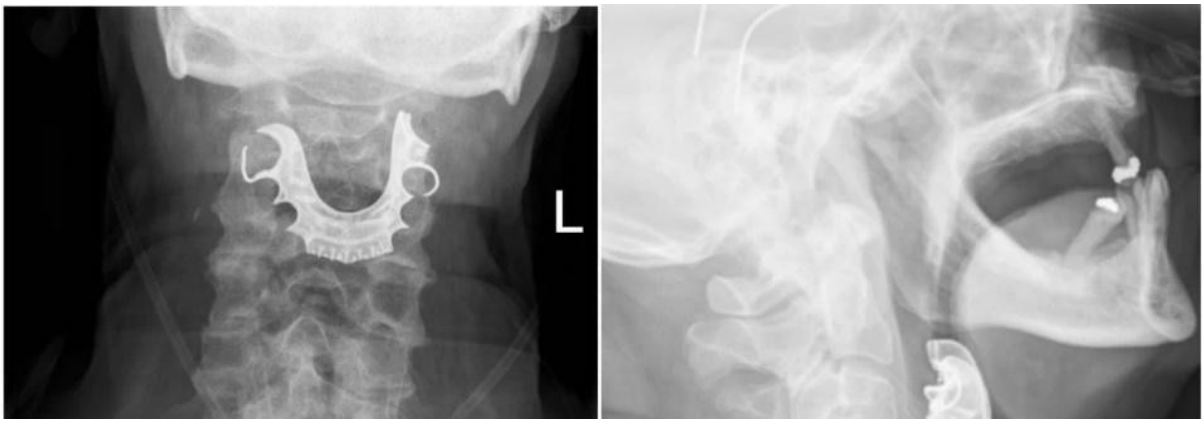
A lesão dentária é a complicação mais comum da anestesia geral e apresenta importantes consequências físicas, econômicas e médico-legais (SOUSA e MOURÃO, 2015).

Fraturas ou o afrouxamento de dentes durante a intubação são complicações, que podem ocorrer durante procedimentos anestésicos para cirurgia ou de emergência que exigem a inserção de um tubo endotraqueal para garantir a via aérea do paciente. A lesão dentária tem sido associada à anestesia geral desde há muitos anos (OWEN, 2000).

Nouette-Gaulain (2012), afirma que durante a intubação endotraqueal com recurso da laringoscopia (introdução do laringoscópio para visualizar as cordas vocais e posicionar o tubo), o uso de força excessiva pode resultar em trauma nos dentes, especialmente nos dentes anteriores (incisivos).

Fragmentos de dentes quebrados podem ser aspirados para as vias aéreas, causando obstrução respiratória ou lesões nos pulmões. Essa é uma complicação rara, mas grave, o mesmo cuidado se deve ter relacionado as próteses dentárias removíveis, Christóforo (2009) afirma que se deve realizar a retirada das próteses dentárias, devido à possibilidade de seu deslizamento para as vias aéreas inferiores durante a indução anestésica, além da possibilidade de extravio das mesmas durante a cirurgia.

Figura 9 – Dentadura de homem fica presa na garganta durante cirurgia, deixando-o sangrando por semanas.



Fonte: Harriet A Cunniffe (BMJ), 2026.

4.2.1.9 Grupo dos Fatores de risco relacionados à audição, utilização de prótese auditiva unilateral ou bilateral interna ou externa

Destaca-se que, ao ser encaminhado ao centro cirúrgico, o paciente é privado do uso de determinados dispositivos pessoais, tais como óculos, aparelhos auditivos e próteses dentárias, entre outros, conforme apontam Pupulim e Sawada (2002). Entretanto, Christóforo e Carvalho (2009) ressaltam que a necessidade de retirada desses dispositivos no contexto perioperatório é discutível, uma vez que, em determinadas situações, essa prática pode limitar a comunicação e a interação do paciente com a equipe cirúrgica. Segundo os autores, a ausência desses recursos pode levar a interpretações equivocadas quanto ao nível de cooperação e orientação do paciente, além de ocasionar constrangimento ou desconforto, impactando negativamente a experiência perioperatória e o processo de cuidado de enfermagem.

4.2.1.10 Grupo dos fatores de risco relacionados a reações na transfusão de sangue e a algum tipo de impedimento em ser transfundido

A transfusão de hemocomponentes sanguíneos é uma tecnologia relevante na terapêutica moderna. Se usada adequadamente, pode salvar vidas e melhorar a saúde dos pacientes, porém assim como em outras intervenções terapêuticas, pode levar a complicações como o risco de transmissão de agentes infecciosos entre outras complicações clínicas (Guia para o uso de Hemocomponentes. MS, 2008).

A transfusão de sangue deve ser apropriada às necessidades de saúde do paciente, proporcionada a tempo e administrada corretamente. Mesmo realizada dentro das normas preconizadas, indicada e administrada corretamente, a transfusão de sangue envolve risco sanitário. Esse risco está relacionado às reações transfusionais que podem ocorrer durante ou após a transfusão sanguínea (OMS, 2012).

Dentre as complicações, incluem-se aquelas devido à contaminação bacteriana, reações hemolíticas agudas ocasionadas por incompatibilidade do sistema ABO, reações anafiláticas, sobrecarga volêmica, dentre outras. As referidas complicações podem ser não imunes, e estar associadas à falha humana; ou imunes, ligadas aos mecanismos de resposta do organismo à transfusão de sangue (HEMOVIGILÂNCIA-MS, 2007)**.**

As são agravos que podem ocorrer durante ou após a transfusão de sangue, sendo os sinais e sintomas percebidos no início ou até 24 horas após o término da transfusão. Elas exigem destes profissionais uma ação imediata, com tomada de decisão e estabelecimento de

prioridades, para que sejam minimizados os danos e desconforto causados pela reação (COSTA *et al*, 2011).

Costa *et al* (2011) dizem ainda que para a detecção precoce de tais reações, é recomendado que, durante o período de transfusão, o paciente seja observado, nos primeiros dez minutos iniciais da transfusão, pelo profissional capacitado para este fim e que permaneça ao seu lado, observando possíveis reações.3 Na presença de um ou mais sinais e sintomas de uma reação transfusional, a equipe de enfermagem deverá ser capaz de, pelo menos, tomar as medidas cabíveis para cada um dos tipos de reações.

Para os Testemunhas de Jeová, a rejeição da terapia que envolve sangue, como as transfusões, é uma ordem divina que deve ser obedecida por toda a humanidade. Em casos de internação hospitalar com indicação cirúrgica, pode o corpo clínico deparar com situação de difícil e complexa solução, com inegáveis reflexos jurídicos. Cuida- se de hipótese em que pacientes "Testemunhas de Jeová" recusam-se a receber transfusão de sangue, a despeito de o resultado potencial ser a morte. Sabemos que o Estado brasileiro é laico (art. 5º, VI e VIII, CR/88), não possuindo mais religião oficial, ao contrário do que sucedia na Constituição de 1824 (MORAES e PIRES, 2005).

4.2.1.11 Grupo dos fatores de risco relacionados ao alcoolismo, tabagismo e/ou uso de drogas

Nos últimos anos o número de novos usuários de agentes ilícitos tem aumentado de forma significativa em todo o mundo. A maconha e a cocaína, além do álcool e do tabaco, têm sido os agentes citados com frequência, porém houve um aumento significativo de usuários de outros agentes psicoestimulantes ou alucinógenos, como o Ecstasy, o GHB, o LSD e a metanfetamina, empregados com o objetivo de intensificar as experiências sociais (MORO, FERRAZ E MODOLO, 2006).

As convulsões que ocorrem durante o período perioperatório podem ser causadas por distúrbios metabólicos, abstinência de drogas e álcool, raramente estão relacionadas à anestesia (ROCHA, 2022).

Hauser e Kurland (1975) citados por Rocha (2022) confirmam que as principais causas de convulsões em pacientes perioperatórios são epilepsia, anestesia, desarranjos metabólicos e sistêmicos, retirada de drogas e álcool, cirurgia intracraniana e cerebrovascular, AVC perioperatório, dentre outros.

O tabaco possui alta prevalência, estando presente no cotidiano do médico cirurgião, influenciando diretamente nos resultados cirúrgicos (LOPES, 2018). Krupski (1991) e Guerin (1980) salientam que as principais substâncias envolvidas no processo de cicatrização são nicotina, monóxido de carbono (CO), ácido cianídrico (HCN) e óxido nítrico (NO).

4.2.1.12 Fatores de risco relacionado a utilização de marcapasso

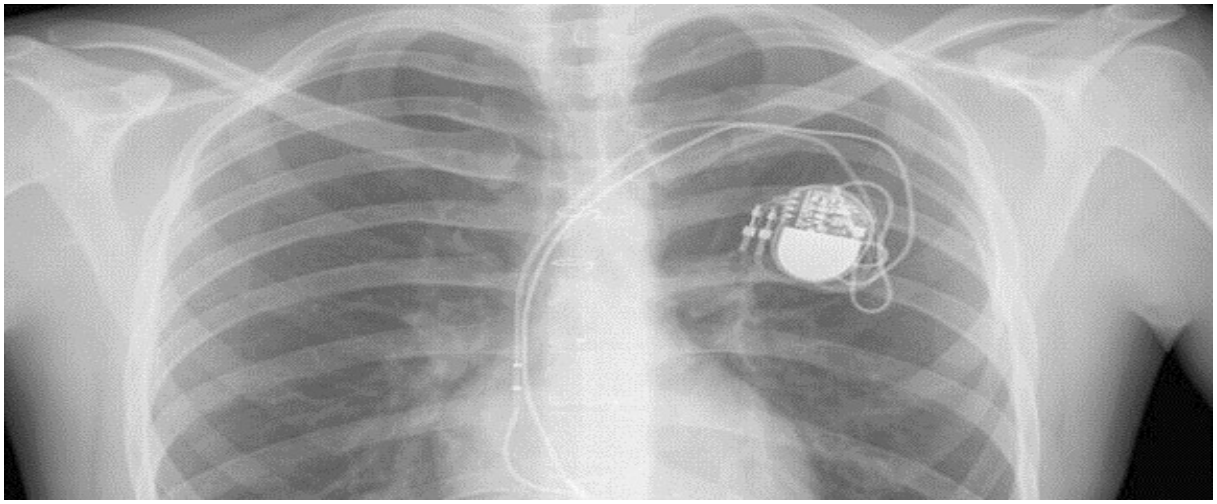
Durante um procedimento cirúrgico, a função de um desfibrilador cardioversor implantável pode ser interrompida por interferência eletromagnética, mais frequentemente resultante de eletrocirurgia monopolar (frequentemente chamada de "cautério") (ASA, 2011).

Os pacientes usuários de marcapasso devem ser continuamente monitorados, pois embora os aparelhos modernos sejam desenhados de modo que fiquem protegidos da passagem de corrente, ainda estão sujeitos a interferências, podem ser danificados irreparavelmente ou ter sua função alterada. O potencial de interferência eletromagnética da eletrocirurgia depende das configurações de energia e do modo de ajuste (*ou seja*, monopolar ou bipolar) da unidade eletrocirúrgica e da distância entre o caminho da corrente e o desfibrilador cardioversor implantável (Robinson TN *et al*, 2014).

No entanto, mesmo com o longo período de experiência no uso da eletrocirurgia, os riscos e as complicações ainda estão presentes, apesar da incorporação de várias medidas de segurança. Houve um aumento no número de lesões e complicações relatadas, como interferência com os aparelhos de monitorização, marcapassos e outros dispositivos cardíacos, probes de oxímetro de pulso, sensores de temperatura, eletrodos de estimulação cerebral profunda e, acima de tudo, as queimaduras. (BISINOTTO *et al*, 2017).

Schulman *et al,* (2019) conclui em seu estudo que embora o risco de interferência eletromagnética clinicamente significativa tenha sido substancialmente menor do que o risco geral de interferência eletromagnética, ele ainda era alto o suficiente para justificar a recomendação de suspender a terapia antitaquicardia sempre que a eletrocirurgia monopolar for usada em procedimentos acima do umbigo.

Figura 10 – Avaliação de marcapasso e cardioversor e desfibrilador implantável (CDI).



Fonte: Med Cor Sorocaba, 2026.

4.2.1.13 Fatores de risco relacionados à dor aguda ou crônica

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da dor (IASP) – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) (2017), a dor pode ser compreendida como um sintoma ou manifestação de uma doença ou afecção orgânica, mas também pode vir a constituir um quadro clínico mais complexo.

De acordo com a SBED (2017), existem muitas maneiras de se classificar a dor. Considerando a duração da sua manifestação, ela pode ser de três tipos: dor aguda, dor crônica e dor recorrente. A dor aguda é aquela que se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. Normalmente desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e quando o tratamento recomendado pelo especialista é seguido corretamente pelo paciente.

A dor pré-operatória está mais intimamente associada à dor aguda do que à dor crônica pós-operatória. Isso confirma a importância de avaliar a sensibilidade à dor pré-operatória para adotar intervenções preventivas precoces, ao mesmo tempo em que enfatiza a interação complexa de fatores subjacentes à dor pós-operatória crônica (FAN *et al*, 2024).

A dor aguda mais frequente no ambiente hospitalar é a relacionada a algum procedimento cirúrgico e durante o pós-operatório o controle efetivo da dor é um dos principais objetivos (SHOQIRAT ET AL., 2019)

4.2.1.14 Grupo de fatores de risco relacionados ao nível de consciência, nível de orientação e nível de estado emocional

Os fatores de risco relacionados ao nível de consciência, nível de orientação e nível emocional pode influenciar significativamente a saúde e a segurança do paciente, tanto em situações clínicas gerais quanto em contextos cirúrgicos e de recuperação. A avaliação cuidadosa desses fatores no período pré-operatório é fundamental para prevenir complicações e promover um cuidado eficaz no trans e pós-operatório. Para Morocini (2015), é visivelmente notável a quantidade de reações que são vividas na fase que antecede a cirurgia.

Submeter-se a um procedimento cirúrgico, independente do grau de complexidade da operação, é um momento receoso do processo terapêutico, pois envolve uma carga emocional peculiar e que desencadeia diferentes aspectos emocionais nos pacientes. Simonetti (2004) destaca que, os aspectos psicológicos implicados nesse processo, são compreendidos como manifestações da subjetividade humana, que incluem sentimentos, desejos, pensamentos, falas, comportamentos, lembranças, fantasias, crenças, sonhos, conflitos, estilo de vida e estilo do adoecer.

Ademais, Fighera e Viero (2005), constataram que, a angústia desencadeada pelo período anterior à cirurgia, costuma incitar sentimentos ambivalentes, do tipo: medo de que algo desagradável aconteça versus necessidade de realizar a cirurgia para uma melhor qualidade de vida.

A ansiedade se alterna com a própria sensação de medo e, também, com o estresse. A ação funcional do estresse provoca alterações fisiológicas no organismo e pode se tornar um fator de risco diante um ato cirúrgico, interferindo e comprometendo a recuperação pós-operatória, configurando-se em um obstáculo na reabilitação do paciente (JUAN, 2007).

4.2.1.15 Fatores de risco relacionados à infecção no sítio cirúrgico

As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico, representando impacto relevante na morbidade e mortalidade do paciente. Ademais, ISC podem resultar em dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, sendo uma ameaça à segurança do paciente (ANVISA, 2017).

Os elementos relacionados diretamente ao paciente quanto ao risco de desenvolver infecção de sítio cirúrgico (ISC) são: idade, presença de doenças crônicas, estado nutricional

(obesidade e desnutrição), imunossupressão, tabagismo, natureza e local da cirurgia, tempo de internação pré e pós-operatório, grau de contaminação da cirurgia e infecções coexistentes (CARVALHO, 2015).

Os fatores de risco associados à aquisição de infecções hospitalares podem ser classificados em endógenos e exógenos, segundo Cataneo et al. (2011). Entre os principais fatores endógenos destacam-se a idade avançada, o uso de imunossupressores e antimicrobianos, o comprometimento do estado nutricional, a presença de doenças crônicas e o tempo prolongado de internação. Por sua vez, os fatores exógenos envolvem aspectos relacionados ao ambiente e às práticas assistenciais, tais como infecções cruzadas, procedimentos invasivos, utilização de materiais e equipamentos contaminados, baixa adesão às práticas de higienização das mãos e inadequada limpeza e desinfecção dos ambientes assistenciais. Esses fatores contribuem de maneira significativa para o aumento da suscetibilidade do paciente às infecções durante a hospitalização.

4.2.1.16 Fatores de riscos relacionados à necessidade social

Fatores de risco relacionados à necessidade de acompanhante para internação hospitalar/cirurgia

A presença da família e/ou de amigos é vista de forma essencial para o paciente. De acordo com a afirmação de Protas e Anton (2011) e Costa Júnior *et al*. (2012), a internação hospitalar leva o paciente a separar-se da sua família por um período, o que constitui um fator estressor e desencadeante de ansiedade e aumento da pressão arterial. Desta forma, a presença de algum acompanhante durante a internação hospitalar expressa que os sentimentos de abandono são abrandados.

O fato de interromper as atividades da vida diária, por conta de um procedimento cirúrgico, pode originar sentimentos negativos em relação à perda da autonomia, como raiva, ansiedade, depressão, irritabilidade, medo, dentre outros. Em estudos desenvolvidos por Quintana e Kalil (2012) e Lima, Barbosa e Morita, (2014), evidenciou-se que a dependência pode acarretar sintomas depressivos.

4.2.2 Construção de folder informativo para auxiliar pacientes no pré-operatório mediato

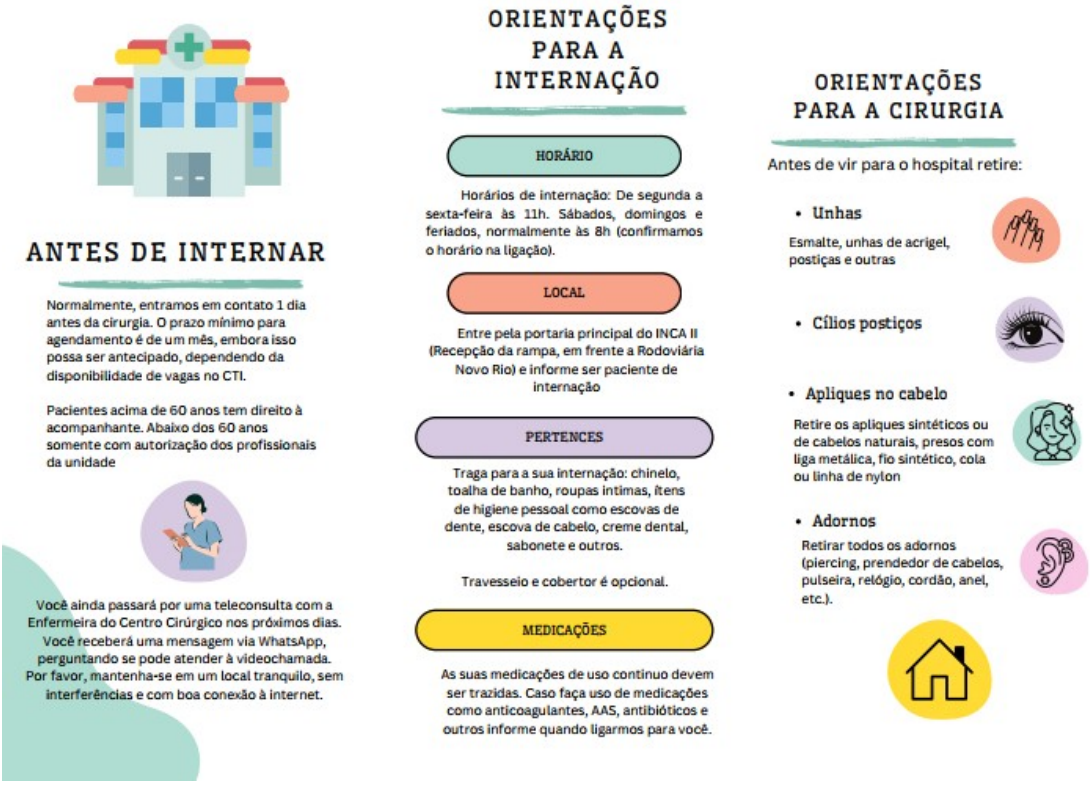
A construção de materiais educativos, como folders, é uma estratégia essencial no processo de educação em saúde, pois contribui para a promoção do autocuidado, melhora da adesão as orientações da equipe de enfermagem e redução da ansiedade do paciente frente ao paciente cirúrgico. Segundo Oliveira *et al.* (2021), os materiais impressos, quando elaborado de forma clara, objetiva e com linguagem acessível, são recursos valiosos no apoio à comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente em momentos de vulnerabilidade, como o período pré-operatório. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as ações de educação em saúde devem ser planejadas com base na realidade e nas necessidades dos pacientes, valorizando métodos que favoreçam o entendimento e a autonomia dos indivíduos. A implantação do folder ocorreu de acordo com o protocolo institucional, contemplando a aprovação pelo setor de Qualidade e o encaminhamento ao setor de Comunicação para sua validação e disponibilização, conforme descrito no Anexo 07.

Figura 11 (frente) - Folder de orientações para internação e cirurgia dos pacientes da clínica do tecido ósseo conectivo (TOC).



Fonte: Elaborado pela própria autora e equipe prática, 2025.

Figura 12 (verso) – Folder de orientações para intermação e cirurgia dos pacientes da clínica do TOC.



Fonte: Elaborado pela própria autora e equipe prática, 2025

Figura 13 (frente) - Folder de orientações para internação e cirurgia dos pacientes da clínica da Ginecologia.



Fonte: Elaborado pela própria autora e equipe prática, 2025.

Figura 14 (verso) - Folder de orientações para internação e cirurgia dos pacientes da clínica da Ginecologia.



Fonte: Elaborado pela própria autora e equipe prática, 2025.

Os folders “produtos” foram criados com a intenção de atender os pacientes das clínicas do tecido ósseo conectivo -TOC e da ginecologia conforme figuras 11 e 12 (frente e verso) respectivamente, tiveram como objetivo informar e orientar quanto os preparativos necessários para o período perioperatório esclarecendo os fatores de risco para esse período, quanto ao fluxo hospitalar, dúvidas comuns do escopo da enfermagem e reduzir a ansiedade dos pacientes.

Quanto ao design, foi utilizado linguagem simples e objetiva, evitou-se termos técnicos, incluiu-se imagens ilustrativas para facilitar o entendimento.

No que concerne à acessibilidade, o folder (formato impresso colorido frente e verso), foi disponibilizado aos pacientes/acompanhantes quando eles procuraram a secretaria da clínica cirúrgica do TOC e da Ginecologia para informar a liberação do risco cirúrgico pela clínica de anestesiologia.

O folder de orientações pré-operatórias foi disponibilizado aos pacientes por meio da plataforma WhatsApp®, apresentando-se no formato de catálogo digital (Apêndice 12). Ao acessar a mensagem, o paciente visualiza o material organizado de maneira sequencial e intuitiva, o que possibilita a consulta prévia às informações antes da realização da telenfermagem, bem como o acesso contínuo ao conteúdo sempre que houver necessidade de esclarecimento de dúvidas. Esse formato favorece a autonomia do paciente, a padronização das orientações e o fortalecimento do processo educativo no cuidado pré-operatório.

O folder foi construído com a participação das enfermeiras do centro cirúrgico e validado pelo Núcleo Interno de Segurança do Paciente – NISP e setor de Qualidade da unidade hospitalar onde se desenvolveu o trabalho a fim de que as orientações estivessem alinhadas às práticas institucionais, protocolos de segurança do paciente e diretrizes assistenciais, eles já foram implantados na rotina do serviço conforme declaração do setor de qualidade e segurança do paciente (Anexo 07).

4.2.3 Construção de Procedimento Operacional Padrão – POP para realização da Telenfermagem pré-operatória

Segundo Bulechek *et al* (2020), intervenção de enfermagem é qualquer tratamento realizado pelo enfermeiro baseado em seu julgamento clínico, que intensifique os resultados de

um paciente, grupo ou comunidade. Já as atividades de enfermagem são ações específicas realizadas para implementar uma intervenção e auxiliar na progressão do resultado esperado.

Conforme é preconizado pelo Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2021) o desenvolvimento e construção do Procedimento Operacional Padrão – POP para a Telenfermagem Pré-operatória foi fundamentado para garantir a padronização, segurança e qualidade das ações nesse contexto assistencial. A sistematização de todas as etapas foi necessária para que o atendimento remoto por vídeo chamada fosse conduzido de forma ética, eficiente e fundamentada em protocolos clínicos, assegurando que todos os pacientes recebessem orientações completas, individualizadas e consistentes com as diretrizes da assistência pré-operatória. Ademais, o POP (Apêndice 09) facilitou a organização do fluxo de trabalho, delimitou responsabilidades, promoveu a uniformidade das práticas entre os profissionais enfermeiros do centro cirúrgico e minimizou falhas na comunicação.

Ao estabelecer um roteiro claro e organizado, o POP (Apêndice09) garante segurança clínica e padronização das práticas, embasando o atendimento em protocolos validados e em evidências, o que minimiza variações indesejadas entre os profissionais. Mozer *et al*. (2023), descreve que a telenfermagem construída e embasada através de um protocolo contribui para a detecção precoce de intercorrências, reduzindo estresse, cancelamentos cirúrgicos e ociosidade nas salas operatórias.

4.2.4 Construção do Roteiro para o instrumento (formulário) da Telenfermagem Pré-operatória

A elaboração do roteiro para telenfermagem pré-operatória aplicou as informações sobre fatores de risco e intervenções sistematizadas como capítulo inicial dessa pesquisa de tese na revisão de escopo, por meio da sustentação fornecida pelos elementos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

O roteiro (Apêndice 07) foi dividido em grupos de fatores de risco que podem ser identificados por meio da visita pré-operatória de enfermagem aos pacientes oncológicos cirúrgicos em período pré-operatório anteriormente ao procedimento cirúrgico.

O formulário da telenfermagem pré-operatória foi construído com 50 itens divididos em 05 dimensões: 1- Identificação do paciente, 2- Ciência e autorização do procedimento cirúrgico, 3- Necessidades fisiológicas, 4- Necessidades de segurança e 5- Acuidade sensorial.

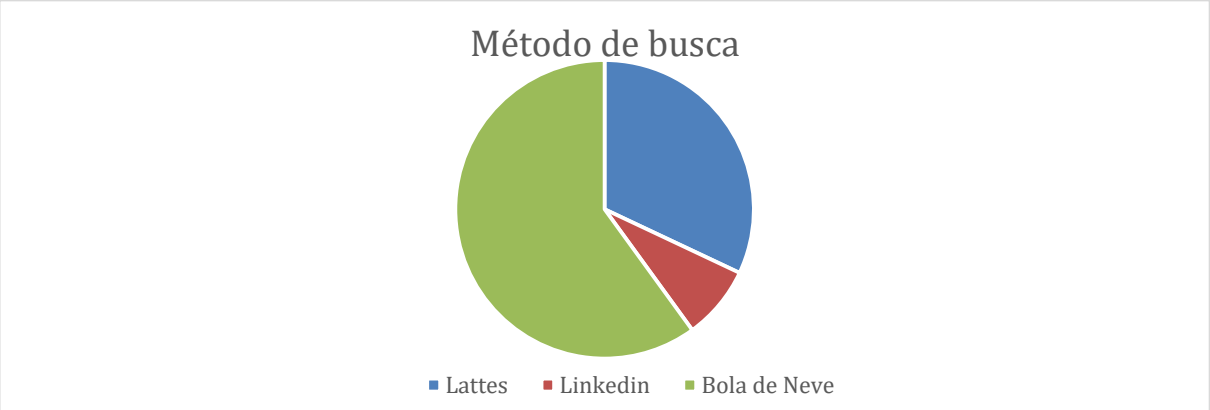
4.3 Terceira etapa: Validação do roteiro e conteúdo para o POP e telenfermagem pré-operatória

A validação do roteiro e do conteúdo do Procedimento Operacional Padrão (POP) e da telenfermagem pré-operatória foi realizada por juízes especialistas, conforme preconizado por Pasquali (2010), que destaca a avaliação por experts como etapa fundamental para assegurar a validade de conteúdo de instrumentos na área da saúde. Os especialistas analisaram os itens quanto à clareza, pertinência, relevância e aplicabilidade clínica, permitindo verificar a adequação do material aos objetivos do cuidado pré-operatório e à prática assistencial da enfermagem. Esse processo contribuiu para o aprimoramento do instrumento, conferindo-lhe maior consistência teórica e operacional, além de reforçar seu potencial para subsidiar uma prática padronizada, segura e baseada em evidências no contexto da telenfermagem.

Quanto ao quantitativo de especialistas para validação, não há evidências na literatura sobre o quantitativo de juízes necessários, podendo ter uma variação de 3 a 20 para esse propósito (HERNANDEZ,2002)

Buscou-se especialistas (juízes) para validarem o protocolo de procedimento operacional padrão (POP) e um instrumento (formulário) para telenfermagem pré-operatória. Foram realizados contatos com 25 profissionais enfermeiros com experiência e expertise em teleconsulta/centro cirúrgico.

Figura 15 – Busca aos especialistas (25 contatos).



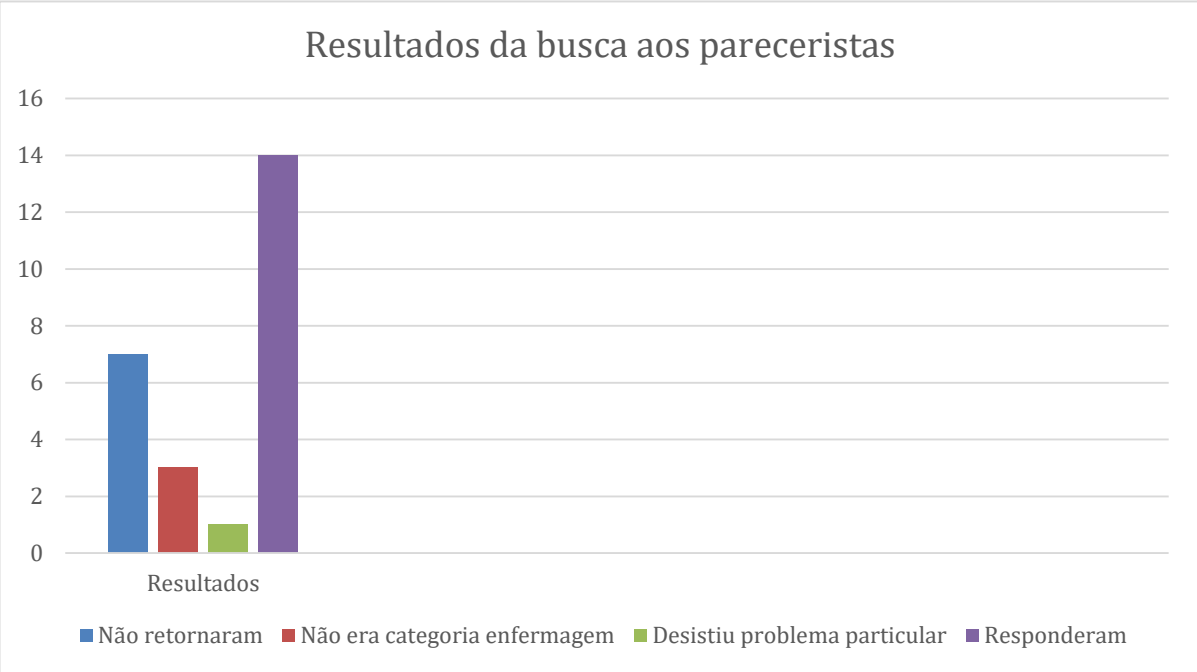
Fonte: Dados da pesquisa para este estudo, 2025.

Quanto a busca pelos juízes especialistas, profissionais enfermeiros com experiência e expertise em teleconsulta/centro cirúrgico, para contribuição da validação de protocolo de um procedimento operacional padrão (POP) e um instrumento (formulário) para execução da

teleenfermagem pré-operatória, foi predominante o método de busca “bola de neve” com a participação de 15 (60%) dos pareceristas, seguidos de 08 (32%) através do método “Plataforma Lattes” e por fim 02 (08%) pela Plataforma de rede social profissional “Linkedin”.

A avaliação tem o objetivo de analisar e otimizar a aplicabilidade, conteúdo e transmissão de informações para o público-alvo (TEIXEIRA, MOTA, 2011).

Figura 16 – Resultado da busca aos juízes especialistas (25 juízes).



Fonte: Dados da pesquisa para este estudo, 2025.

Em relação ao resultado da busca aos especialistas, dos 25 (100%) convidados, 07 (28%) não retornaram ao convite, 03 (12%) apesar de indicados não eram da categoria de enfermagem, 01 (4%) aceitou, porém, desistiu devido a problemas particulares e por fim 14 (56%) participaram com suas devidas contribuições.

O Quadro 3 apresenta os dados dos juízes especialistas como procedência de localização, atuação no tema d método de indicação.

Quadro 03 – Dados de busca aos juízes especialistas.

ID dos pareceristas	Cidade/Estado	Atuação no tema	Método de indicação
L R	Rio de Janeiro/ RJ	Atua na área de teleconsulta em cirurgia ambulatorial	Bola de Neve
F G S C	Rio de Janeiro/RJ	Atua na área de Saúde Digital, com enfoque em telessaúde,	Linkedin
R M	Rio de Janeiro/RJ	Atua com teleconsulta	Bola de Neve
C B C	Rio de Janeiro/RJ	Já atuou com teleconsulta, no momento atua direto com cirurgia oncológica	Bola de Neve
L P G	Rio de Janeiro/RJ	Telenfermagem	Bola de Neve
G R	Rio de Janeiro/RJ	Telenfermagem	Bola de Neve
G L	Rio de Janeiro/RJ	Telenfermagem	Bola de Neve
V	Rio de Janeiro/RJ	Gerente de enfermagem do hospital de câncer para cuidados paliativos, tem programa de Teleconsulta.	Bola de Neve
N	Rio de Janeiro/RJ	Coordenadora de Assistância domiciliar do hospital de câncer para cuidados paliativos, tem programa de teleconsulta.	Bola de Neve
R R	Rio de Janeiro/RJ	Coordenadora do ensino INCA	Bola de Neve
A P	Rio de Janeiro/RJ	Teleconsulta na clínica de reumatologia do Hospital Pedro Ernesto – UERJ	Bola de Neve
E D K G	Rio de Janeiro/RJ	Teleconsulta pré-operatória	Bola de Neve
P A	Rio de Janeiro/RJ	Telemonitoramento operatório	Bola de Neve
V M	Rio de Janeiro/RJ	Enfermeira navegadora, acompanha consulta presenciais e teleconsulta para mediação multidisciplinar	Bola de Neve

Fonte: Dados da pesquisa para este estudo, 2025.

4.3.1 Coleta de dados, Resultados e Discussão

Participaram do estudo 14 especialistas em centro cirúrgico e/ou telenfermagem, cujas características de formação estão dispostas na Tabela 04.

Tabela 04 - Caracterização dos especialistas. N=14

Variáveis	N	%
Área de formação		
Enfermagem (hospitalar - setores diversos)	13	92,86
Enfermagem (específico bloco cirúrgico)	1	7,14
Tempo de formação		
11 a 15 anos	6	42,86
16 a 20 anos	4	28,57
Acima de 20 anos	4	28,57
Titulação acadêmica máxima		
Especialização	4	28,57
Mestrado	7	50,0
Doutorado	3	21,43
Instituição que trabalha atualmente		
Hospital Pedro Ernesto	7	50,0
INCA	5	35,71
Inst. Med. Int. Fernando Figueira	1	7,14
Policlínica Piquet Carneiro	1	7,14
Tempo de experiência em Telenfermagem		
01 a 03 anos	8	57,14
04 a 06 anos	2	14,28
07 a 10 anos	3	21,42
Acima de 10 anos	1	7,14

Fonte: Elaboração pela autora. (2025)

O tempo de formação predominante foi de 11 a 15 anos (42,86%) e a titulação máxima mais frequente foi o Mestrado (50%), seguida pela especialização (28,57%). Do total de

participantes, oito (57,14%) possuíam um a três anos de experiência em telenfermagem, conforme disposto na Tabela 05.

As Tabelas 05 e 06 apresentam a concordância/discordância de especialistas sobre o conteúdo da Seção de indicações e contraindicações do Procedimento Operacional Padrão – POP, contendo 13 itens para avaliação.

Tabela 05 - Avaliação de especialistas sobre o conteúdo da Seção de indicações e contraindicações do Procedimento Operacional Padrão – POP. N=14

Itens	Concordo Totalmente N (%)	Concordo Parcialmente N (%)	Discordo Totalmente N (%)	Discordo Parcialmente N (%)
Clareza do conteúdo do POP 3.1 - O conteúdo é claro, possuindo modo de escrita compreensível, leitura adequada e permitindo compreensão do assunto abordado.	12(85,7%)	02(14,3%)	00(0%)	00(0%)
Relevância do conteúdo do POP 3.2 - O conteúdo é relevante, envolvendo de maneira pertinente as informações que devem ser apresentadas no instrumento.	13(92,9%)	01(7,1%)	00(0%)	00(0%)
Abrangência do conteúdo POP 3.3 - O conteúdo é abrangente, incluindo todos os elementos que o instrumento deve informar e/ou avaliar.	11(78,6%)	02(14,3%)	00(0%)	01(7,1%)
Clareza do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna de perguntas" do POP: 3.4 - A apresentação das perguntas está descrita de forma compreensível para o entrevistador e principalmente para o entrevistado (paciente ou acompanhante).	09(64,3%)	04(28,6)	00(0%)	1(7,1%)
Relevância do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna de perguntas" do POP: 3.5 - A apresentação das perguntas ao paciente é relevante a cada fator de risco investigado.	12(85,7%)	2(14,3%)	00(0%)	00(0%)
Abrangência do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna de perguntas" do POP: 3.6 - A apresentação das perguntas conseguiu abranger os fatores de riscos já identificados pela pesquisadora e equipe de enfermeiros cirúrgicos no campo prático de um hospital oncológico do RJ.	14(100%)	00(0%)	00(0%)	00(0%)
Clareza do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna do que se espera identificar" do POP: 3.7 - Para cada tópico está demonstrado de forma compreensível o que se espera identificar, como método facilitador para os profissionais enfermeiros e residentes de enfermagem seguirem com ações sistematizadas.	14(100%)	00(0%)	00(0%)	00(0%)

Itens	Concordo Totalmente N (%)	Concordo Parcialmente N (%)	Discordo Totalmente N (%)	Discordo Parcialmente N (%)
Relevância do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna do que se espera identificar" do POP: 3.8 - É pertinente ter como parâmetro para o entrevistador o que se espera encontrar na investigação.	13(92,9%)	01(7,1%)	00(0%)	00(0%)
Abrangência do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações coluna do que se espera identificar" do POP: 3.9 - Os itens do "o que se espera identificar" estão alcançados por todos os fatores de riscos.	12(85,7%)	02(14,3%)	00(0%)	00(0%)
Clareza do conteúdo do Item 8 "Matriz de Intervenções" (POP): 3.10 - Estão coerentes as intervenções de enfermagem a cada fator de risco.	12(85,7%)	01(7,2%)	00(0%)	01(7,1%)
Relevância do Item 8 "Matriz de Intervenções" (POP): 3.11 - Considera-se relevante sistematizar as intervenções de enfermagem para cada fator de risco.	13(92,9%)	01(7,1%)	00(0%)	00(0%)
Abrangência do Item 8 "Matriz de Intervenções" (POP): 3.12 - O conteúdo é abrangente, incluindo as intervenções de enfermagem para cada fator de risco.	11(78,6%)	03(21,4%)	00(0%)	00(0%)
Relevância do conteúdo do POP da TCEPO 3.13 - É relevante a implementação do POP para a realização da telenfermagem pré-operatória, constituída por coleta de informações e implementação de intervenções pertinentes a fim de manter o processo sistematizado.	13(92,9%)	00(0%)	00(0%)	01(7,1%)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A Tabela 5 mostra que houve concordância, total ou parcial, em nove dos treze itens. No item 3.3, que trata da abrangência do conteúdo, um parecerista discordou parcialmente devido ausência de fatores de riscos voltados para sinais e sintomas infecciosos. Acatou-se sua observação, pois, apesar de não ter fatores diretamente de quadro de infecção, tem-se fatores pré-disponíveis a causar a infecção como idade, estado nutricional (obesidade ou desnutrição), diabetes, integridade da pele, presença de doenças crônicas, tabagismo etc. foi acrescentado o referencial sobre fator de risco relacionado à infecção do sítio cirúrgico.

Já no item 3.4, um parecerista discordou parcialmente devido entender que as perguntas ao entrevistado poderiam ter uma linguagem mais simples para facilitar a

comunicação. No entanto, as perguntas de forma mais simples (popular) já se encontram no POP (Apêndice 04) pois no formulário não haveria espaço, será protocolo a leitura dele antes da iniciar as telenfermagens, tanto para os enfermeiros profissionais quanto os residentes de enfermagem.

Com relação a matriz de intervenções de enfermagem, somente um (7,1%) parecerista discordou parcialmente no que se refere a coerência das intervenções de enfermagem a cada fator de risco (3.10), descrevendo que se sente incomodada com tantas orientações de enfermagem descritas com "seguir orientação médica" e sugeriu "...manter uso das medicações contínuas ou orientar quanto a adesão medicamentosa, me soa mais autônomo em um procedimento nosso". A sugestão foi acatada e foram realizadas alterações conforme indicações.

Treze pareceristas consideraram relevante a implementação do POP para a realização da telenfermagem pré-operatória, constituída por coleta de informações e implementação de intervenções pertinentes a fim de manter o processo sistematizado (3.13), porém o décimo quarto discordou parcialmente, justificando que o "POP é importante, no entanto algumas informações poderiam ser retiradas". Uma vez que não foram mencionadas quais seriam as informações, não foi possível acatar a sugestão.

Tabela 06 – Apresenta concordância dos especialistas sobre o conteúdo da Seção de indicações e contraindicações do Procedimento Operacional Padrão – POP. N=14

Itens	IVC-I	CVC-I	Valor de p
Clareza do conteúdo do POP 3.1 - O conteúdo é claro, possuindo modo de escrita compreensível, leitura adequada e permitindo compreensão do assunto abordado.	1,0	0,964	0,087
Relevância do conteúdo do POP 3.2 - O conteúdo é relevante, envolvendo de maneira pertinente as informações que devem ser apresentadas no instrumento.	1,0	0,982	0,087
Abrangência do conteúdo POP 3.3 - O conteúdo é abrangente, incluindo todos os elementos que o instrumento deve informar e/ou avaliar.	0,928	0,928	0,327
Clareza do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna de perguntas" do POP: 3.4 - A apresentação das perguntas está descrita de forma compreensível para o entrevistador e principalmente para o entrevistado (paciente ou acompanhante).	0,928	0,892	0,327
Relevância do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna de perguntas" do POP:	1,0	0,964	0,087

Itens	IVC-I	CVC-I	Valor de p
3.5 - A apresentação das perguntas ao paciente é relevante a cada fator de risco investigado.			
Abrangência do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna de perguntas" do POP: 3.6 - A apresentação das perguntas conseguiu abranger os fatores de riscos já identificados pela pesquisadora e equipe de enfermeiros cirúrgicos no campo prático de um hospital oncológico do RJ.	1,0	1,0	0,087
Clareza do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna do que se espera identificar" do POP: 3.7 - Para cada tópico está demonstrado de forma compreensível o que se espera identificar, como método facilitador para os profissionais enfermeiros e residentes de enfermagem seguirem com ações sistematizadas**.**	1,0	1,0	0,087
Relevância do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações, coluna do que se espera identificar" do POP: 3.8 - É pertinente ter como parâmetro para o entrevistador o que se espera encontrar na investigação.	1,0	0,982	0,087
Abrangência do conteúdo do Item 7 "Levantamento de informações coluna do que se espera identificar" do POP: 3.9 - Os itens do "o que se espera identificar" estão alcançados por todos os fatores de riscos	1,0	0,964	0,087
Clareza do conteúdo do Item 8 "Matriz de Intervenções" (POP): 3.10 - Estão coerentes as intervenções de enfermagem a cada fator de risco.	0,928	0,946	0,327
Relevância do Item 8 "Matriz de Intervenções" (POP): 3.11 - Considera-se relevante sistematizar as intervenções de enfermagem para cada fator de risco.	1,0	0,982	0,087
Abrangência do Item 8 "Matriz de Intervenções" (POP): 3.12 - O conteúdo é abrangente, incluindo as intervenções de enfermagem para cada fator de risco.	0,928	0,946	0,327
Relevância do conteúdo do POP da TCEPO 3.13 - É relevante a implementação do POP para a realização da telenfermagem pré-operatória, constituída por coleta de informações e implementação de intervenções pertinentes a fim de manter o processo sistematizado.	0,928	0,964	0,327

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Notas: IVC-I = Índice de Validade de Conteúdo por Item. CVC-I = Coeficiente de Validade de Conteúdo por Item. Valor de p = Teste binomial.

A Tabela 06 traz a análise da avaliação dos juízes especialistas em relação a abrangência, clareza e relevância sobre o conteúdo da Seção de indicações e contraindicações do Procedimento Operacional Padrão – POP. Dos 13 itens, oito apresentaram IVC-I de 1,0,

enquanto os demais foram 0,928. O CVCI mostrou-se entre 0,90 e 1,0 em 12 itens e de 0,892 em um dos itens.

As Tabelas 07 e 08 apresentam a avaliação de especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória (TEPO), contendo seis itens para avaliação.

Tabela 07 - Avaliação de especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória - TEPO. N=14

Perguntas	Concordo Totalmente N (%)	Concordo Parcialmente N (%)	Discordo Totalmente N (%)	Discordo Parcialmente N (%)
Clareza do conteúdo:				
4.1 - O formulário que será o instrumento condutor da entrevista entre enfermeiro e paciente está descrito de forma clara e compreensível	11(78,6%)	03(21,4%)	00(0%)	00(0%)
Pertinência do conteúdo:				
4.2 - É pertinente utilizar uma ferramenta sob formato de questionário estruturado para sistematizar a entrevista da TCEPO	13(92,9%)	01(7,1%)	00(0%)	00(0%)
Completude do conteúdo:				
4.3 - O questionário de entrevista e orientações da TCEPO compreendeu todos os fatores de riscos já identificados pela pesquisadora e equipe de enfermeiros cirúrgicos no campo prático de um hospital oncológico do RJ devido a necessidade de realizar uma gestão segura do paciente oncológico em pré-operatório.	12(85,7%)	01(7,2%)	00(0%)	01(7,1%)
Abrangência do conteúdo:				
4.4 - O formulário de entrevista e orientações que será o instrumento condutor da entrevista foi agrupado por assuntos para facilitar o discorrer da teleconsulta.	14(100%)	00(0%)	00(0%)	00(0%)
Relevância do conteúdo:				
4.5 Considera-se relevante o conteúdo do formulário seguir uma ordem de apresentação.	12(85,7%)	00(0%)	00(0%)	02(14,3%)
Abrangência do conteúdo:				
4.6 - O conteúdo constituído pelos fatores de riscos foi apresentado no roteiro divididos por grupos para facilitar a entrevista abrangendo as necessidades fisiológicas, de segurança e social.	12(85,7%)	01(7,2%)	00(0%)	01(7,1%)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Houve concordância entre todos os especialistas, seja total ou parcial, quanto ao formulário que será o instrumento condutor da entrevista estar descrito de forma clara e compreensível (4.1) e ser pertinente utilizar uma ferramenta sob formato de questionário estruturado para sistematizar a entrevista da TEPO (4.2). Doze (85,7%) concordaram que o questionário de entrevista e orientações da TEPO compreendeu todos os fatores de riscos já identificados pela pesquisadora e equipe de enfermeiros cirúrgicos no campo prático de um hospital oncológico do RJ devido a necessidade de realizar uma gestão segura do paciente oncológico em pré-operatório (4.3), porém, um (7,2%) concordou parcialmente e um (7,1%) discordou parcialmente devido. Isto se deu em razão de ter identificado o item "cirurgias anteriores, os campos de eventos adversos e complicações relacionadas a essas cirurgias" encontra-se na tabela referente ao item de cirurgias anteriores, pergunta sobre se houve complicações, tipo dessa complicação e se algum profissional de saúde explicou sobre a complicação. No item 4.5 sobre considerar relevante o conteúdo do formulário seguir uma ordem de apresentação, 12 (85,7%) dos juízes concordaram totalmente e 02 (14,3%) discordaram parcialmente em função de um deles entender que "o paciente durante a entrevista pode fornecer informações que seriam investigadas a seguir, deixar livre a condução pode ser mais tranquilo", sugestão não acatada porque a intenção é exatamente sistematizar o processo da telenfermagem, e o outro juiz descreveu "Creio que poderia pôr o item: Tipo de procedimento, logo após a identificação do paciente", considerada importante a sugestão, acatada e alterada.

Quanto ao item 4.6 no que diz respeito ao conteúdo constituído pelos fatores de riscos terem sido apresentados no roteiro divididos por grupos para facilitar a entrevista abrangendo as necessidades fisiológicas, de segurança e social, 12 (85,7%) dos juízes concordaram totalmente, 01 (7,2%) concordou parcialmente e 01 (7,2%) discordou parcialmente devido não ter conseguido identificar necessidades sociais, foi acrescentado (já era realizado verbalmente de forma informal) no formulário na parte das orientações a indicação do paciente estar com acompanhante no momento da cirurgia, devido a possibilidade da necessidade da equipe cirúrgica precisar esclarecer alguma demanda com o acompanhante.

A Tabela 08 dispõe sobre a concordância dos especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória.

Tabela 08 - Concordância dos especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória. N=14

Itens	IVC-I	CVC-I	Valor de p
Clareza do conteúdo: 4.1 - O formulário que será o instrumento condutor da entrevista entre enfermeiro e paciente está descrito de forma clara e compreensível	1,0	0,964	0,087
Pertinência do conteúdo: 4.2 - É pertinente utilizar uma ferramenta sob formato de questionário estruturado para sistematizar a entrevista da TCEPO	1,0	0,982	0,087
Completude do conteúdo: 4.3 - O questionário de entrevista e orientações da TCEPO compreendeu todos os fatores de riscos já identificados pela pesquisadora e equipe de enfermeiros cirúrgicos no campo prático de um hospital oncológico do RJ devido a necessidade de realizar uma gestão segura do paciente oncológico em pré-operatório.	0,928	0,946	0,327
Abrangência do conteúdo: 4.4 - O formulário de entrevista e orientações que será o instrumento condutor da entrevista foi agrupado por assuntos para facilitar o discorrer da telenfermagem.	1,0	1,0	0,087
Relevância do conteúdo: 4.5 Considera-se relevante o conteúdo do formulário seguir uma ordem de apresentação.	0,857	0,928	0,998
Abrangência do conteúdo: 4.6 - O conteúdo constituído pelos fatores de riscos foi apresentado no roteiro divididos por grupos para facilitar a entrevista abrangendo as necessidades fisiológicas, de segurança e social.	0,928	0,946	0,327

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Notas: IVC-I = Índice de Validade de Conteúdo por Item. CVC-I = Coeficiente de Validade de Conteúdo por Item. Valor de p = Teste binomial.

A tabela 8 apresenta IVC-I de 1,0 em três dos seis itens, enquanto nos demais encontra-se IVC-I superior a 0,85 e inferior a 1,0. O CVC-I esteve acima de 0,90 em todos os itens.

As Tabelas 09 e 10 dispõe sobre os resultados da avaliação de especialistas sobre o conteúdo dos fatores de risco no formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória – TEPO, contendo dois itens para avaliação.

Tabela 09 - Avaliação de especialistas sobre o conteúdo dos fatores de risco no formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória. N=14

Perguntas	Concordo Totalmente N (%)	Concordo Parcialmente N (%)	Discordo Totalmente N (%)	Discordo Parcialmente N (%)
5.1 - O conteúdo constituído pelos fatores de riscos propõe a construção de uma estratégia de barreira para as ameaças no período perioperatório.	13(92,9%)	01(7,1%)	00(0%)	00(0%)
5.2 - O conteúdo constituído pelos fatores de riscos físicos é relevante para a avaliação pré-operatória através da telenfermagem.	13(92,9%)	01(7,1%)	00(0%)	00(0%)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A Tabela 09 traz a concordância dos especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória, revelando que houve concordância parcial de todos os especialistas em ambos os itens, sendo 13 (92,9%) concordâncias totais em cada um dos itens.

A Tabela 10 traz a validação dos especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória.

Tabela 10 - Concordância dos especialistas sobre o conteúdo do formulário de entrevista e orientações da telenfermagem pré-operatória. N=14

Itens	IVC-I	CVC-I	Valor de p
Abrangência do conteúdo:	1,0	0,964	0,087
5.1 - O conteúdo constituído pelos fatores de riscos propõe a construção de uma estratégia de barreira para as ameaças no período perioperatório.			
Relevância do conteúdo:	1,0	0,964	0,087
5.2 - O conteúdo constituído pelos fatores de riscos físicos é relevante para a avaliação pré-operatória através da telenfermagem.			

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Notas: IVC-I = Índice de Validade de Conteúdo por Item. CVC-I = Coeficiente de Validade de Conteúdo por Item. Valor de p = Teste binomial.

A tabela 10 apresentou IVC-I de 1,0 e CVC-I de 0,964 em ambos os itens (p=0,087).

As Tabelas 11 e 12 trazem os resultados da avaliação de especialistas sobre o conteúdo do TCEPO comparado a VEPO, trazendo 01 item para avaliação.

Tabela 11 - Avaliação de especialistas sobre o conteúdo da TEPO em comparação a VEPO. N=14

Perguntas	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente
6.1 - Considera-se importante a orientação constituída no formulário da TEPO com prazo de 10 a 15 dias de antecedência a data do procedimento cirúrgico a fim de alcançar os objetivos que hoje não são abarcados através da visita de enfermagem pré-operatória com paciente internado na véspera da cirurgia.	10(71,4%)	04(28,6%)	00(0%)	00(0%)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A Tabela 11 dispõe sobre os resultados da avaliação de especialistas sobre o conteúdo da TCEPO comparado a VEPO, revelando o único item o qual mostrou 71,4% de concordância total e 28,6% de concordância parcial.

Já a Tabela 12 apresenta a concordância dos especialistas sobre o conteúdo da TEPO em comparação a VEPO.

Tabela 12 - Concordância dos especialistas sobre o conteúdo da TEPO em comparação a VEPO. N=14

Itens	IVC-I	CVC-I	Valor de p
Relevância do conteúdo:			
6.1 - Considera-se importantes as orientações constituídas no formulário da TEPO com prazo de 10 a 15 dias de antecedência a data do procedimento cirúrgico a fim de alcançar os objetivos que hoje não são abarcados através da visita de enfermagem pré-operatória com paciente internado na véspera da cirurgia.	1,0	0,964	0,087

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Notas: IVC-I = Índice de Validade de Conteúdo por Item. CVC-I = Coeficiente de Validade de Conteúdo por Item. Valor de p = Teste binomial

Na tabela 12 tem-se IVC-I de 1,0 e CVC-I de 0,964, revelando validação do conteúdo, a qual foi confirmada pelo teste binomial (p=0,087).

4.3.2 POP e FORMULÁRIO após avaliação, contribuição e validação dos juízes especialistas conforme apêndice 09 e 11 respectivamente

A avaliação realizada pelos juízes especialistas representou uma etapa essencial no processo de validação do conteúdo para construção do POP e instrumento (formulário) da telenfermagem. Por meio dessa avaliação, os especialistas contribuíram com análises quanto a clareza, relevância e abrangência dos itens solicitados pela autora do trabalho, assegurando que o conteúdo esteja adequado a prática clínica e aos princípios éticos e técnicos da enfermagem cirúrgica. A participação de profissionais com experiência na área permitiu ajustes e aperfeiçoamentos importantes, promovendo maior qualidade, padronização e segurança na aplicação do POP e do instrumento. A validação dos conteúdos por meio do julgamento desses especialistas, utilizando o índice de Validade de Conteúdo (IVC) garantiu maior fidedignidade ao material, tornando-o cientificamente fundamentado e aplicável à realidade do cuidado pré-operatório mediado por tecnologias de saúde (HERNANDEZ, 2009; POLIT; BECK; OWEN, 2018).

Segundo o COFEN (BRASIL, 2018) os protocolos para a enfermagem são necessários por permitir a maior autonomia profissional e segurança para o usuário durante o desenvolvimento das atividades assistenciais. Estabelecem critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição.

4.4 Quarta etapa: Avaliação da aplicabilidade clínica da telenfermagem pré-operatória fundamentada no roteiro desenvolvido

4.4.1 Telenfermagem pré-operatória em paciente oncológico

A atividade da telenfermagem apresenta benefícios diversos por se tratar de uma opção que atenua as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Segundo Lana et al (2020) sua utilização permite contornar os entraves da distância geográfica, promover rapidez ao acesso, agilidade no atendimento sem deslocamento para ambientes tradicionais, além de permitir o envolvimento da família no processo de cuidado ao qual paciente será submetido.

A telenfermagem, segundo a Resolução no 634 de 2020 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é uma medida que possibilita a comunicação entre o enfermeiro e o paciente por meio de recursos tecnológicos para a prática de consulta, instrução e encaminhamento em tempo real (síncrono) ou não simultâneo (assíncrono).

Essa prática no contexto brasileiro foi normatizada com a Resolução no 696 de 2022 do COFEN, que dispõe sobre o enfermeiro na saúde digital, a fim de disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde. A resolução destaca, ainda, que essa prática pode ser desenvolvida no âmbito do SUS, em instituições privadas ou por autônomos.

4.4.2 Coleta de Dados, Resultados e Discussão da VEPO/TEPO

Tabela 13 - Quantidade de VEPO e TEPO realizadas/validadas no período de 09/12/2024 a 24/02/2025 e 10/04/2025 a 15/8/2025 respectivamente.

Visitas realizadas	**80**	**Telenfermagem realizadas**	**108**
Visitas validadas (cirurgias realizadas)	80	Telenfermagem validadas (cirurgias realizadas)	80
Visitas aguardando validação (cirurgias ainda não realizadas)	00	Telenfermagem não consideradas devido cirurgias ainda não realizadas	27
Paciente deliberado para cuidados paliativos pós VEPO	00	Paciente deliberado para cuidados paliativos pós telenfermagem	01

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Foram realizadas 80 VEPO no período de 09/12/2024 a 24/02/2025 conforme a protocolo de rotina já institucionalizado há mais de 20 anos, com pacientes internada(o)s na véspera do dia do procedimento cirúrgico ou por vezes no turno da manhã do mesmo dia dos procedimentos agendados para período da tarde, principalmente as segundas feiras devido paciente internar no fim de semana e não ter a presença do enfermeiro do centro cirúrgico o qual cabe a atribuição da VEPO conforme já citado através do Manual de Diretrizes da SOBECC (2017).

Quanto as TEPO foram necessárias realização de 108 no período de 10/04/2025 a 15/08/2025 para atingirem as 80 estabelecidas, em função de 27 estarem aguardando vaga por indicação de CTI e 01 ter sido revista e deliberada para cuidados paliativos após a telenfermagem devido progressão da doença e idade avançada (93 anos).

A primeira telenfermagem, correspondente à etapa inicial de acompanhamento dos pacientes do grupo de intervenção e selecionada de forma aleatória, foi realizada com a paciente identificada pelas iniciais L.C.C.D. Ressalta-se que a participante, profissional técnica de enfermagem atuante em hospital estadual do Rio de Janeiro, formalizou sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 04) e demonstrou interesse quanto aos objetivos e aos resultados do estudo. No momento da admissão no centro cirúrgico, para realização do procedimento cirúrgico proposto, a paciente referiu

sentir-se segura e confiante, atribuindo tal percepção às orientações recebidas durante a telenfermagem.

O quadro abaixo traz a participação dos enfermeiros na VEPO e TEPO durante o processo de coleta de dados.

Tabela 14 - Quantidade de VEPO e TEPO por enfermeiro.

Enfermeira(o)s que participaram da coleta de dados	**Nº de VEPO por enfermeira(o)**	**Nº de VEPO por enfermeira(o)**
AZL	06	06
LP	05	36
RC	08	30
SJ	00	04
SL	06	12
TF	09	20
RF	46	00
Total	80	108

Fonte: Elaboração pela autora, 2025.

As VEPO foram realizadas conforme quadro acima pelos enfermeiros, (exceto SJ que na época ainda não fazia parte da equipe do bloco cirúrgico) e pelos residentes/fellows do Programa Multiprofissional de Residência em enfermagem, devido os mesmos passarem por uma simulação realística no início do campo prático da disciplina do PEP, no papel do enfermeiro, simulam a identificação dos fatores de riscos, inclusive uma grande parte delas por uma enfermeira fellow do programa de intercâmbio Brasil x Angola, as VEPO foram realizadas conforme protocolo de rotina da Instituição, porém as TEPO do estudo foram realizadas pelos mesmos enfermeiro(a)s que foram convidados pela autora do trabalho que faz parte da equipe e também participou, os enfermeiro(a)s assinaram o TCLE após explicação pela autora sobre todo o processo do trabalho, nessa fase da TEPO os residentes somente assistiram ou participaram juntamente com os enfermeiros, no período não haviam fellows em campo prático.

A tabela abaixo (tabela 15) abaixo destaca a quantidade de admissão de pacientes no centro cirúrgico que receberam VEPO ou TEPO por enfermeiro participante.

Tabela 15 - Quantidade de pacientes admitidos no centro cirúrgico por enfermeiro.

Enfermeira(o)s que validaram a TCEPO	Nº de VEPO validadas (pacientes admitidos para cirurgia) por enfermeiro	Nº de TEPO validadas (Pacientes admitidos para cirurgia) por enfermeiro
AZL	18	01
LP	08	06
RC	30	36
SJ	00	02
SL	15	11
TF	09	24
Total	80	80

Fonte: Elaboração pela autora, 2025.

A validação das VEPO e TEPO foi realizada pelos mesmos enfermeiros do Centro Cirúrgico no momento da admissão do paciente para o período transoperatório, mediante a verificação das orientações relacionadas aos fatores de risco previamente fornecidas. O menor quantitativo de avaliações por alguns profissionais foi justificado por licenças médicas e remanejamentos para o CME.

A tabela abaixo (tabela 16) tem por finalidade demonstrar o tempo de realização de cada uma das 108 telenfermagem.

Tabela 16 – Período de realização das TEPO.

Duração de tempo da chamada de vídeo da TEPO	**Quantidade de TEPO com mesmo tempo**
06’ = 6’	01
07’ = 7’	01
08’ = 32’	04
09’ = 45’	05
10’ = 60’	06

Duração de tempo da chamada de vídeo da TEPO	Quantidade de TEPO com mesmo tempo
11’ = 88’	08
12’ = 120’	10
13’ = 65’	05
14’ = 126’	09
15’ = 135’	09
16’ = 96’	06
17’ = 85’	05
18’ = 90’	05
19’ = 190’	10
20’ = 180’	09
21’ = 21’	01
22’ = 22’	01
23’ = 23’	01
24’ = 48’	02
26’ = 78’	03
33’ = 132’	04
34’ = 34’	01
36’ = 36’	01
47’ = 47’	01
1.776’	108
Tempo em média da TEPO	16,44

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Foi registrado o tempo de todas as TEPOs e confirmados pela autora através marcador do aplicativo Whatsapp. Esse tempo variou de 7’ a 47’ buscando o entendimento da grande diferença, pacientes sem interação por fator emocional (7’) a paciente muito interativo (47’). O somatório de todos os tempos divididos pela quantidade de telenfermagens resultou uma média de 16’,44”, um tempo considerado suficiente pelos enfermeiros para entrevista e orientações com o paciente/responsável.

A tabela 17 abaixo mostra os resultados dos fatores de riscos encontrados na VEPO e na TEPO.

Tabela 17 - Resultado quantitativo por fator de risco para VEPO e TEPO.

ID do item	Item	Fator de Risco	Res 0
1	Peso/altura	Obesidade IMC > 30 Desnutrição IMC < 18	Obes Desn
2	Não tem ciência ou confuso quanto a cirurgia proposta	Realizar procedimento cirúrgico sem o devido conhecimento do paciente/responsável.	02
3	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) anestésico (já assinou)	Realizar procedimento sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	45
4	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico (já assinou)	Realizar procedimento anestésico sem o devido conhecimento e autorização3 do paciente/responsável.	20
5	Hipertensão arterial (HAS)	Suspender procedimento cirúrgico devido HAS alterada (aumentada) Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico principalmente no sistema cardiovascular (infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas), renal (lesão renal aguda) e cerebral (acidente vascular cerebral-AVC isquêmico ou hemorrágico), sangramento e descolamento de suturas vasculares.	36
6	Diabetes (DM)	Suspender procedimento cirúrgico devido a glicose sanguínea alterada (aumentada) Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico no sistema cardiovascular (Infarto agudo do miocárdio perioperatório e insuficiência cardíaca), renal (nefropatia diabética), neurológico (neuropatia diabética), Infecção no sítio cirúrgico (alteração da resposta imunológica), retardo na cicatrização, distúrbios endócrinos e metabólicos e dificuldade de intubação (rigidez das articulações)	10
7	Cardiopatia (Hipertensão Arterial não é considerada)	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade cardiovascular associada às suas condições de base arritmia, fibrilação atrial	04
8	Histórico de trombose	Trombose Venosa Profunda - TVP Embolia pulmonar - EP Acidente vascular cerebral – AVC Infarto agudo do miocárdio – IAM	05
9	Doença do aparelho respiratório, pulmonar	Redução da capacidade respiratória, riscos de infecções pulmonares, hipersensibilidade e broncoespasmo, atelectasia, hipertensão pulmonar, risco de descompensação, intubação difícil e intolerância à anestesia	06

ID do item	Item	Fator de Risco	Res
10	Doença do aparelho urinário	Comprometimento dos rins, retenção de líquidos	06
11	Outras comorbidades? Qual?	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade hemodinâmica associada às suas condições de base.	36
12	Dor	Sofrimento por falta de conhecimento Desencadear liberação de cortisol Aumento da pressão arterial Aumento da glicose Aumento de risco de infecção	18
13	Grau de dependência para atividades de rotina	Risco de queda no período perioperatório. Esforço físico dos profissionais na transferência por falta de conhecimento da impossibilidade de ajuda do paciente.	04
14	História prévia de queda	Suspensão do procedimento cirúrgico por incidente de queda recente	03
15	Doenças osteomioarticulares	Restrições de posicionamento cirúrgico, alterações na coluna (cervical) podem complicar a intubação, osteoporose aumenta risco de fraturas durante o procedimento cirúrgico, deformidades articulares podem limitar o alinhamento ideal durante a cirurgia.	02
16	Dificuldade de marcha (deambular)	Interpretação que o paciente adquiriu dificuldade de deambular após procedimento cirúrgico.	02
17	Histórico de AVC	Maiores riscos quanto mais próximo o evento do AVC do dia da cirurgia. Risco de novo evento vascular (AVC ou IAM), risco hemodinâmico, instabilidade cardiovascular, coagulopatias, complicações respiratórias pela sequela neuromuscular (fraqueza da musculatura respiratória) e riscos de infecções se estiver com sistema imunológico comprometido.	04
18	Integridade da pele	Cisalhamento (fricção/gravidade) na área lesionada/queimada durante o procedimento cirúrgico. Suspeitar/confundir a área lesionada com intercorrências de lesões por cisalhamento, pressão ou queimaduras que possam ocorrer com o uso do bisturi elétrico durante procedimento cirúrgico.	21
19	Edema	Comprometimento da pele, integridade vascular, tromboembolismo e infecção.	04
20	Alergia alimentar, medicamentosa ou outra	Reações alérgicas a medicamentos como anestésicos, relaxantes musculares, antibióticos, opioides e contrastes radiológicos que pode variar de leve a grave (anafilaxia)	28 Alim Med 16 Outr
21	Alergia a látex	Contato do paciente com partículas de látex (materiais e/ou ambiente). Absorção dos alérgenos no trato respiratório. Choque anafilático. Sensibilidade cruzada com alimentos com banana, abacate, kiwi, castanha, manga, figo, papaia e maracujá.	01-
22	Acuidade visual	Lesões corneanas como ressecamento ocular, contaminação, infecção, pela permanência das lentes de contato durante procedimento anestésico/cirúrgico.	ócul lente

ID do item	Item	Fator de Risco	Res 0
			próte sem corre
23	Avaliação Oral	Risco de quebra dos dentes amolecidos e/ou fraturados, broncoaspirar no momento da intubação	11
24	Prótese dentária	Risco de broncoaspiração no momento da intubação ou obstruir vias aéreas no momento da sedação.	próte eden
25	Prótese auditiva	Prótese auditiva externa: Danos ao aparelho auditivo (exposição a líquidos, compressão ou deslocamento), interferência eletromagnética (equipamentos de monitoramento ou eletrocirurgia). Implantes cocleares: Danos ao implante (uso do bisturí elétrico), interferência eletromagnética (equipamentos de monitoramento e eletrocirurgia), riscos de queimaduras internas (aquecimento excessivo pela corrente elétrica do equipamento de bisturí).	próte exter impl 00 audi sem corre
26	Hemotransfusão Reação alérgica	Os principais fatores de risco são: Reação alérgica: Causa: Sensibilidade a proteínas plasmáticas ou outras substâncias presentes no sangue transfundido. Risco: Leve (urticária e/ou prurido) Grave (anafilaxia) Reação hemolítica: Causa: incompatibilidade ABO Risco: febre, calafrios, hemólise intravascular e insuficiência renal aguda.	H = RA =
27	Impedimento em realizar transfusão sanguínea	Realizar procedimento de transfusão sanguínea sem conhecimento e autorização do paciente. Conflito entre autonomia do paciente e beneficência médica, dilemas em situações de emergência, impacto na relação médico-paciente, conflito de valores entre a equipe de saúde, vulnerabilidade do paciente.	03
28	Consumo de bebida alcoólica	Crise convulsiva Afetar o metabolismo de medicamentos devido comprometimento do fígado Maior risco de sangramento Risco de infecções Complicações cardíacas	Atua Ex =
29	Tabagismo	Crise convulsiva Complicações respiratórias Complicações cardiovasculares	Atua Ex =

ID do item	Item	Fator de Risco	Res 0
		Infecção e/ou dificuldade de cicatrização da ferida cirúrgica pela redução do fluxo sanguíneo	
30	Consumo de drogas	Crise convulsiva Crise hipertensiva Eventos cardiovasculares Aumento de risco de sangramento Sinergismo de drogas Dentre outros, dependendo da droga utilizada.	Atua Ex =
31	Implante de prótese, órtese, fragmento metálico, prótese de silicone de mama, prótese nasal	Risco de interferência com equipamentos de eletrocirurgia (o metal pode conduzir eletricidade resultando em aquecimento e queimadura), risco de fragilidade ou deslocamento mecânico.	Met Nas Cate impl
32	Marcapasso	Interferência eletromagnética, riscos de alterações hemodinâmicas, efeitos da anestesia, trauma mecânico ao marcapasso, risco de infecção e desconhecimento das configurações do marcapasso.	00
33	Piercing	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia, lesões mecânicas durante procedimento (lacerações e sangramentos), interferência no campo cirúrgico, risco de aspiração/obstrução vias aéreas (língua) momento de intubação ou extubação, lesão por pressão.	02
34	Tatuagem	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia (tatuagens que contém pigmentos metálicos como óxido de ferro), complicações relacionadas à anestesia regional (anestesia peridural ou bloqueios regionais podem levar pigmento para corrente sanguínea ou espaço subaracnoide), interferência com monitoramento (tatuagens densas, atrapalhar leitura dos sensores), riscos de reações alérgicas ou inflamatórias(sensibilização tardia aos pigmentos da tatuagem pelo calor ou estresse metabólico durante cirurgia), infecção (tatuagens feitas há menos de 6 meses), dificuldade no planejamento cirúrgico (obscurecer marcadores anatômicos ou áreas alvo para incisão), alterações na percepção estética pós cirúrgica.	17
35	Unhas postiças	Interferência no monitoramento de oximetria de pulso (dificuldade da leitura do sensor de oximetria principalmente de materiais de unhas opacas, levando a leituras imprecisas ou falhas na detecção de oxigenação, podendo levar a atraso na identificação de hipóxia). Risco de infecção (acúmulo de resíduos devido a fissuras ou falhas nas unhas). Possibilidade de desprendimento das unhas durante manipulação do paciente. Dificuldade na avaliação clínica (podem mascarar a coloração da unha, cianose ou palidez, perfusão capilar).	03

ID do item	Item	Fator de Risco	Res
36	Cílios postiços	Risco de desprendimento durante manipulação (entrar nos olhos causando lesões de córnea), cílios volumosos ou rígidos podem impedir fechamento completo dos olhos causando ressecamento ocular ou abrasão da córnea), danos a superfície ocular (cílios rígidos ou mal fixados podem arranhar a córnea ou causar microtraumas durante a manipulação ou contato com a máscara facial, queimadura na fuga da corrente elétrica através da cola ou produtos sintéticos dos cílios postiços.	02
37	Aplique de cabelos sintéticos/naturais	Pode causar queimadura devido ao uso de eletrocirurgia, na fuga da corrente elétrica em contato com os fixadores dos apliques como liga metálica, sintética, cola ou nylon. Risco de incêndio no campo operatório (materiais sintéticos podem ser inflamáveis, aumentando o risco de combustão quando entra em contato com fontes de calor, oxigênio suplementar ou falhas de equipamentos cirúrgicos. Dificuldade de posicionamento e manuseio da cabeça durante a anestesia/cirurgia. Desprendimento ou danos ao aplique e contaminação do campo operatório (partículas de acessórios ou resíduos de produtos de fixação.	02 cirur
38	Histórico de tratamento QT, RD ou BQ	Realizar procedimento anestésico/cirúrgico período inferior de 7 a 14 dias (período de efeito de nadir = Pacientes neutropênicos, ou seja, com contagem de leucócitos baixa) do último ciclo para QT	17 trata 01 cirur por NAI
39	Cirurgias anteriores	Respostas do paciente aos anestésicos (dependendo do tempo da cirurgia anterior). Histórico de eventos adversos em cirurgia anterior (sangramento excessivo, infecções, reações a anestésicos), experiências negativas ou traumáticas, cirurgias que alteraram a funcionalidade de órgãos ou sistemas (ex.; ressecções intestinais, mastectomia)	sem 61 com 02
40	Mastectomia/Linfadenectomia/ Lateralidade (este item somente quando paciente responder sim ao anterior nº 38	Risco de linfedema (manipulação, punção, manguito pneumático e acesso venoso é contraindicado), dificuldade na administração da anestesia (anestesia regional), alterações na anatomia do tórax (necessidade de ajustes em procedimentos que envolvem ventilação mecânica), risco de trombose venosa profunda(TVP), sensibilidade (hipersensibilidade ou dormência no tórax e no braço), risco de comprometimento respiratório, impactos psicológicos (ansiedade e/ou medo relacionado ao novo procedimento	3
41	Medicamentos	Incompatibilidade medicamentosa no procedimento anestésico/cirúrgico	60
42	Fitoterápico	Sangramento, integridade tissular prejudicada, infecção e complicações no procedimento cirúrgico.	1
43	Anticoagulante	Sangramento, integridade tissular prejudicada, infecção, complicações no procedimento cirúrgico e resposta disfuncional ao desmame do ventilador (se for cirurgia de grande porte com anestesia geral) .	3
44	Nível de consciência	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	

ID do item	Item	Fator de Risco	Res 0
			1
45	Nível de orientação	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	0
46	Nível de estado emocional	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	19

Como resultado quantitativo para alguns fatores de riscos na TEPO comparada à VEPO, podemos obser
pôde ser dada devido as justificativas abaixo:

Quadro 04 - Identificação dos fatores de riscos nas VEPO e TEPO.

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
1	Peso/altura	Obesidade IMC > 30 Desnutrição IMC < 18	Prever e prover equipamentos e insumos de acordo com peso e altura do paciente.	Sala cirúrgica preparada atender as necessidade paciente
2	Não tem ciência ou confuso quanto a cirurgia proposta	Realizar procedimento cirúrgico sem o devido conhecimento do paciente/responsável.	Explicar dentro do escopo de enfermagem as dúvidas, registrar no formulário da VEPO a fim de que o enfermeiro quando admitir o paciente no centro cirúrgico possa pontuar a necessidade de explicação mais clara da equipe anestésico/cirúrgica ao paciente antes de ir para sala de cirurgia.	Admitir o paciente, soli que equipe médica po explicar de forma mais sobre procedimento anestésico/cirúrgico
3	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) anestésico	Realizar procedimento anestésico sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	Averiguar junto ao paciente/responsável se já assinaram o TCLE, em caso negativo ou de dúvida, registrar no formulário da VEPO.	Informar ao anestesista paciente não será encaminhado para sala cirurgia sem o TCL devidamente informad assinado.
4	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico	Realizar procedimento cirúrgico sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	Averiguar junto ao paciente/responsável se já assinaram o TCLE, em caso negativo ou de dúvida, registrar no formulário da VEPO.	Informar ao cirurgião q paciente não será encaminhado para sala cirurgia sem o TCL devidamente informad assinado.
5	Hipertensão arterial (HAS)	Suspender procedimento cirúrgico devido HAS alterada (aumentada) Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico principalmente no sistema cardiovascular (infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas), renal (lesão renal aguda) e cerebral (acidente vascular cerebral-AVC isquêmico ou	Confirmar cumprimento das orientações medicamentosas prescritas pelo médico da consulta do risco cirúrgico	Conferir PA no momen admissão do paciente no estando alterada, comuni anestesista

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
		hemorrágico), sangramento e descolamento de suturas vasculares.		
6	Diabetes (DM)	Suspender procedimento cirúrgico devido a hiperglicemia Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico no sistema cardiovascular (Infarto agudo do miocárdio perioperatório e insuficiência cardíaca), renal (nefropatia diabética), neurológico (neuropatia diabética), Infecção no sítio cirúrgico (alteração da resposta imunológica), retardo na cicatrização, distúrbios endócrinos e metabólicos e dificuldade de intubação (rigidez das articulações)	Confirmar cumprimento das orientações medicamentosas prescritas pelo médico da consulta do risco cirúrgico	Realizar teste de glicos admissão do paciente centro cirúrgico estar alterada, comunicar anestesista,
7	Cardiopatia	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade cardiovascular associada às suas condições de base arritmia, fibrilação atrial	Verificar com o paciente/responsável se informaram no risco cirúrgico problemas cardíacos, em caso negativo, registrar no formulário da VEPO e comunicar a secretaria da anestesia.	Avaliação médica do pa a fim da possibilidade realização da cirurgia suspensão da cirurg
8	Histórico de trombose	Trombose Venosa Profunda - TVP Embolia pulmonar - EP Acidente vascular cerebral – AVC Infarto agudo do miocárdio – IAM	Confirmar se paciente foi orientado quanto a interrupção de anticoagulante. Registrar no formulário da VEPO.	Suspender cirurgia
9	Doença do aparelho respiratório, pulmonar	Redução da capacidade respiratória, riscos de infecções pulmonares, hipersensibilidade e broncoespasmo, atelectasia, hipertensão pulmonar, risco de	Verificar com o paciente/responsável se informaram na consulta do risco cirúrgico alterações vigentes do aparelho respiratório, em caso negativo, registrar no formulário da VEPO e informar a secretaria da anestesia.	Informar a secretaria anestesia que irá avalia

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
		descompensação, intubação difícil e intolerância à anestesia		realização ou suspensã cirurgia
10	Doença do aparelho urinário	Comprometimento dos rins, retenção de líquidos	Verificar com o paciente/responsável se informaram na consulta do risco cirúrgico alterações do aparelho urinário, em caso negativo, registrar no formulário da VEPO e informar a secretaria da anestesia.	Informar a secretaria anestesia que irá avaliar realização ou suspensã cirurgia
11	Outras comorbidades? Qual?	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade hemodinâmica associada às suas condições de base.	Verificar com o paciente/responsável se informaram na consulta do risco cirúrgico sobre comorbidades, em caso negativo, registrar no formulário da VEPO e informar a secretaria da anestesia e clínica cirúrgica.	Informar a secretaria anestesia que irá avaliar realização ou suspensã cirurgia
12	Grau de dependência para atividades de rotina	Risco de queda no período perioperatório. Esforço físico dos profissionais na transferência por falta de conhecimento da impossibilidade de ajuda do paciente.	Conhecer previamente a condição de imobilidade do paciente, registrar no formulário da VEPO e pontuar no mesmo a necessidade de reservar os aparelhos auxiliadores para transferência do paciente da maca para mesa cirúrgica.	Conhecimento da equ sobrea situação da dificu de mobilidade do paci utilização dos aparelh auxiliadores de transfer do paciente da maca para cirúrgica, visando a ergo para o profissional
13	História prévia de queda	Suspensão do procedimento cirúrgico por incidente de queda recente	Tomar conhecimento de queda recente do paciente em seu domicílio, informar para equipe cirúrgica a fim de avaliar a possibilidade/suspensão da cirurgia.	Interferência no procedi cirúrgico, suspendend mesmo.
14	Doenças osteomioarticulares	Restrições de posicionamento cirúrgico, alterações na coluna (cervical) podem complicar a intubação, osteoporose aumenta risco de de fraturas durante o	Verificar com o paciente/responsável a existência de doenças osteomioarticulares, em caso positivo, registrar no formulário da VEPO e informar a clínica de anestesia e cirúrgica.	

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
		procedimento cirúrgico, deformidades articulares podem limitar o alinhamento ideal durante a cirurgia.		Interferência no procedi cirúrgico, suspendend mesmo.
15	Dificuldade de marcha (deambular)	Interpretação que o paciente adquiriu dificuldade de deambular após procedimento cirúrgico.	Registrar no formulário de VEPO que o paciente possui dificuldade de deambular (marcha)	Evitar qualquer associa com o procediment anestésico no pós-opera
16	Histórico de AVC	Maiores riscos quanto mais próximo o evento do AVC do dia da cirurgia. Risco de novo evento vascular (AVC ou IAM), risco hemodinâmico, instabilidade cardiovascular, coagulopatias, complicações respiratórias pela sequela neuromuscular (fraqueza da musculatura respiratória) e riscos de infecções se estiver com sistema imunológico comprometido.	Verificar a quanto tempo ocorreu o AVC, se o paciente informou ao médico no risco cirúrgico, registrar no formulário da VEPO.	Nos casos da não inform do evento na consulta do cirúrgico, informar anest avaliar histórico e exam fim de liberar ou suspe procedimento cirúrgi
17	Integridade da pele	Cisalhamento (fricção/gravidade) na área lesionada/queimada durante o procedimento cirúrgico. Suspeitar/confundir a área lesionada com intercorrências de lesões por cisalhamento, pressão ou queimaduras que possam ocorrer com o uso do bisturi elétrico durante procedimento cirúrgico.	Identificar a existência de qualquer tipo lesão na pele, localização em qual parte do corpo, identificar o processo de cicatrização (infeccionado, pontos de sutura, queimadura etc.), registrar no formulário da VEPO.	Garantir conhecimento equipe cirúrgica sobre a a fim de não suspeitar/confundir a a lesionada com intercorrê de lesões por cisalhame pressão ou queimaduras possam ocorrer com o u bisturi elétrico duran procedimento cirúrgi Suspender procedime cirúrgico devido proce infeccioso.
18	Alergia alimentar, medicamentosa ou outra	Reações alérgicas a medicamentos como anestésicos, relaxantes musculares, antibióticos, opioides e contrastes radiológicos que pode variar de leve a grave (anafilaxia)	Verificar junto ao paciente se informou na consulta do risco cirúrgico o tipo de alergia e a quanto tempo foi a última manifestação, registrar no formulário da VEPO e informar a clínica anestésica.	Anestesista utilizar prot medicamentoso em funç tipo de alergia do paci

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
19	Alergia a látex	Contato do paciente com partículas de látex (materiais e/ou ambiente). Absorção dos alérgenos no trato respiratório. Choque anafilático. Sensibilidade cruzada com alimentos com banana, abacate, kiwi, castanha, manga, figo, papaia e maracujá.	Verificar com o paciente há quanto tempo foi o último episódio, como se manifestou e como foi a evolução, perguntar se informou na consulta de risco cirúrgico, registrar no formulário da VEPO. Providenciar protocolo de alergia a látex para o procedimento cirúrgico	Executar POP para cirur paciente alérgico a lát Se o intervalo de tempo insuficiente para atend protocolo, suspender cirurgia.
20	Acuidade visual	Lesões corneanas como ressecamento ocular, contaminação, infecção, pela permanência das lentes de contato durante procedimento anestésico/cirúrgico.	Orientar retirada dos óculos, lentes de contato ou prótese ocular antes de ser encaminhado para o centro cirúrgico. Esclarecer quanto a possíveis intercorrências com a permanência dos mesmos durante procedimento anestésico/cirúrgico.	Admitir paciente no ce cirúrgico sem óculos, len contato ou prótese ocu salvo nos casos em que métodos são indispensá para a visão do pacien
21	Avaliação Oral	Risco de quebra dos dentes amolecidos e/ou broncoaspirar no momento da intubação	Esclarecer quanto a possíveis intercorrências que podem se apresentar com dentes amolecidos no momento da intubação. Registrar no formulário da VEPO	Informar a clínica de ane a fim de verificar o gra comprometimento pa possibilidade/suspensã cirurgia.
22	Prótese dentária	Risco de broncoaspiração no momento da intubação ou obstruir vias aéreas no momento da sedação.	Orientar retirada das próteses antes de ser encaminhado para o centro cirúrgico. Esclarecer quanto a possíveis intercorrências com a permanência das mesmas durante intubação. Registrar no formulário da VEPO.	Admitir paciente no ce cirúrgico sem próte dentárias.

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
23	Prótese auditiva	Prótese auditiva externa: Danos ao aparelho auditivo (exposição a líquidos, compressão ou deslocamento), interferência eletromagnética (equipamentos de monitoramento ou eletrocirurgia). Implantes cocleares: Danos ao implante (uso do bisturí elétrico), interferência eletromagnética (equipamentos de monitoramento e eletrocirurgia), riscos de queimaduras internas (aquecimento excessivo pela corrente elétrica do equipamento de bisturí).	Informar que após a admissão do paciente no centro cirúrgico, entrevista com profissionais responsáveis, o aparelho deverá ser retirado e devolvido ao acompanhante (através de protocolo de controle) que deverá estar aguardando no hall de entrada de pacientes para centro cirúrgico. Registrar orientação para equipe de enfermagem do CC quanto a instalação da placa neutra distante da cabeça e lateralidade inversa ao implante coclear Registrar no formulário da VEPO	Realizar protocolo de re do aparelho auditivo ex na admissão do pacient centro cirúrgico após t necessidade de comunic ser realizada. Conhecimento da equip enfermagem quanto orientações para instalaç placa neutra para utilizaç bbisturí elétrico.
24	Hemotransfusão Reação alérgica	Os principais fatores de risco são: Reação alérgica: Causa: Sensibilidade a proteínas plasmáticas ou outras substâncias presentes no sangue transfundido. Risco: Leve (urticária e/ou prurido) Grave (anafilaxia) Reação hemolítica: Causa: incompatibilidade ABO Risco: febre, calafrios, hemólise intravascular e insuficiência renal aguda.	Verificar o tipo de reação (alérgica/hemolítica) que foi desencadeada à hemotransfusão e há quanto tempo. Verificar se informou na consulta do risco cirúrgico. Informar secretaria da anestesia. Registrar no formulário da VEPO.	Suspensão da cirurg
25	Impedimento em realizar transfusão sanguínea	Realizar procedimento de transfusão sanguínea sem conhecimento e autorização do paciente. Conflito entre autonomia do paciente e beneficência médica, dilemas em emergências, impacto na relação médico-paciente, conflito de valores entre a equipe	Verificar se paciente informou na consulta do risco cirúrgico sobre impedimento para realizar transfusão sanguínea e assinou/não o TCLE de hemotransfusão.	Suspender a cirurgi

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
		de saúde, vulnerabilidade do paciente.		
26	Consumo de bebida alcoólica	Crise convulsiva Afetar o metabolismo de medicamentos devido comprometimento do fígado Maior risco de sangramento Risco de infecções Complicações cardíacas	Verificar junto ao paciente/responsável se é etilista, o que consome, quantidade e quando consumiu da última vez	Informar ao serviço anestesia através do formulário de VEPO
27	Tabagismo	Crise convulsiva Complicações respiratórias Complicações cardiovasculares Infecção e/ou dificuldade de cicatrização da ferida cirúrgica pela redução do fluxo sanguíneo	Verificar junto ao paciente/responsável se é tabagista, tipo de cigarro, quantidade/dia e quando fumou da última vez	Informar ao serviço anestesia através do formulário de VEPO
28	Consumo de drogas	Crise convulsiva Crise hipertensiva Eventos cardiovasculares Aumento de risco de sangramento Sinergismo de drogas Dentre outros, dependendo da droga utilizada.	Verificar junto ao paciente/responsável se é usuário de drogas, qual tipo, quantidade/dia e quando usou pela última vez	Informar ao serviço anestesia através do formulário de VEPO
29	Implante de prótese, órtese, fragmento metálico, prótese de silicone de mama, prótese nasal	Risco de interferência com equipamentos de eletrocirurgia (o metal pode conduzir eletricidade resultando em aquecimento e queimadura), risco de fragilidade ou deslocamento mecânico.	Verificar junto ao paciente/acompanhante a existência de implantes metálicos, silicone ou outro material, qual local do corpo. Registrar no formulário da VEPO	Orientar equipe cirúrgica/enfermagem q a instalação da placa ne para bisturi elétrico
30	Marcapasso	Interferência eletromagnética, riscos de alterações hemodinâmicas, efeitos da anestesia, trauma mecânico ao marcapasso, risco de infecção e desconhecimento das configurações do marcapasso.	Verificar junto ao paciente/responsável a existência de implante de marcapasso cardíaco. Registrar no formulário da VEPO, procurar informação com a equipe anestésico cirúrgica se agendaram o protocolo junto a empresa fornecedora dele.	Segurança do paciente conhecimento da equipe o marcapasso e presenç técnico responsável p configuração dele o suspender/atrasar a ciru por falta de tempo hábil acionar técnico da empr marcapasso.

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
31	Piercing	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia, lesões mecânicas durante procedimento (lacerações e sangramentos), interferência no campo cirúrgico, risco de aspiração/obstrução vias aéreas (língua) momento de intubação ou extubação, lesão por pressão.	Orientar a remoção dos piercings ainda no quarto/enfermaria. Explicar ao paciente/responsável os riscos do procedimento cirúrgico com a presença deles.	Para casos que não cons a remoção dos piercin provável suspensão cirurgia.
32	Tatuagem	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia (tatuagens que contém pigmentos metálicos como óxido de ferro), complicações relacionadas à anestesia regional (anestesia peridural ou bloqueios regionais podem levar pigmento para corrente sanguínea ou espaço subaracnoide), interferência com monitoramento (tatuagens densas, atrapalhar leitura dos sensores), riscos de reações alérgicas ou inflamatórias(sensibilização tardia aos pigmentos da tatuagem pelo calor ou estresse metabólico durante cirurgia), infecção (tatuagens feitas há menos de 6 meses), dificuldade no planejamento cirúrgico (obscurecer marcadores anatômicos ou áreas alvo para incisão), alterações na percepção estética pós cirúrgica.	Registrar no formulário da VEPO quantidade e locais do corpo que possuem as tatuagens e informar a toda equipe cirúrgica (anestesista, cirurgião e enfermagem) devido instalação da placa, punções venosas e raquidiana. Informar paciente a probabilidade da alteração na percepção estética se ela for no local da incisão. Registrar no formulário da VEPO a fim do enfermeiro na admissão do paciente no centro cirúrgico possa orientar equipe de enfermagem quanto a instalação da placa de bisturi.	Conhecimento por part toda equipe cirúrgica so presença das tatuage Reforçar instalação da neutra de acordo com protocolo de seguran
	Unhas postiças	Interferência no monitoramento de oximetria de pulso (dificuldade da leitura do sensor de oximetria principalmente de materiais de unhas opacas, levando a leituras imprecisas ou	Registrar presença de unhas postiças no formulário da VEPO. Orientar a possibilidade de remoção delas na enfermaria.	

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
33		falhas na detecção de oxigenação, podendo levar a atraso na identificação de hipóxia). Risco de infecção (acúmulo de resíduos devido a fissuras ou falhas nas unhas). Possibilidade de desprendimento das unhas durante manipulação do paciente. Dificuldade na avaliação clínica (podem mascarar a coloração da unha, cianose ou palidez, perfusão capilar).	Explicar ao paciente os riscos da permanência das mesmas durante procedimento anestésico/cirúrgico.	Conhecimento por toda d do centro cirúrgico sob presença das unhas pos Na dificuldade de o se realizar leitura de oxim utilizar dedos dos pés orelha.
34	Cílios postiços	Risco de desprendimento durante manipulação (entrar nos olhos causando lesões de córnea), cílios volumosos ou rígidos podem impedir fechamento completo dos olhos causando ressecamento ocular ou abrasão da córnea), danos a superfície ocular (cílios rígidos ou mal fixados podem arranhar a córnea ou causar microtraumas durante a manipulação ou contato com a máscara facial, queimadura na fuga da corrente elétrica através da cola ou produtos sintéticos dos cílios postiços.	Registrar no formulário da VEPO a presença de cílios postiços e orientar paciente/responsável a possibilidade de remoção do mesmo ainda na enfermaria. Explicar ao paciente/responsável os riscos do procedimento cirúrgico com a presença dos mesmos.	Admitir paciente no ce cirúrgico sem cílios pos ou suspender cirurg
	Aplique de cabelos sintéticos/naturais	Pode causar queimadura devido ao uso de eletrocirurgia, na fuga da corrente elétrica em contato com os fixadores dos apliques como liga metálica, sintética, cola ou nylon. Risco de incêndio no campo operatório (materiais sintéticos podem ser inflamáveis, aumentando o risco de combustão quando entra em contato com	Registrar no formulário da VEPO a presença de cabelos sintéticos/naturais e orientar paciente/responsável a possibilidade de remoção do mesmo ainda na enfermaria. Explicar ao paciente/responsável os riscos do procedimento cirúrgico com a presença dos mesmos.	

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
35		fontes de calor, oxigênio suplementar ou falhas de equipamentos cirúrgicos. Dificuldade de posicionamento e manuseio da cabeça durante a anestesia/cirurgia. Desprendimento ou danos ao aplique e contaminação do campo operatório (partículas de acessórios ou resíduos de produtos de fixação.		Paciente admitido no c cirúrgico sem aplique cabelos sintéticos/natu Isolamento parcial c turbante. Suspensão da cirurgi
36	Dor	Sofrimento por falta de conhecimento Desencadear liberação de cortisol Aumento da pressão arterial Aumento da glicose Aumento de risco de infecção	Registrar no formulário da VEPO a queixa álgica do paciente, local e intensidade (escala EVA). Verificar com a enfermagem da unidade de internação se há prescrição de analgésico SOS no prontuário	Admitir paciente no ce cirúrgico sem queixas á
37	Histórico de tratamento QT, RD ou BQ	Realizar procedimento anestésico/cirúrgico período inferior de 7 a 14 dias (período de efeito de nadir = Pacientes neutropênicos, ou seja, com contagem de leucócitos baixa) do último ciclo para QT	Registrar no formulário da VEPO se já realizou algum tratamento, qual e quando foi o último ciclo, se realizado a menos de 15 dias informar a secretaria da clínica cirúrgica	Suspender cirurgia
38	Cirurgias anteriores	Respostas do paciente aos anestésicos (dependendo do tempo da cirurgia anterior). Histórico de eventos adversos em cirurgia anterior (sangramento excessivo, infecções, reações a anestésicos), experiências negativas ou traumáticas, cirurgias que alteraram a funcionalidade de órgãos ou	Verificar junto ao paciente/responsável se ocorreu alguma intercorrência nos procedimentos anestésicos/cirúrgicos anteriores, quais foram, quais medidas tomadas e quais resultados Se informaram na consulta do risco cirúrgico. Registrar no formulário da VEPO.	Equipe anestésico/cirú com conhecimento so intercorrências em ciru anteriores, quais medic resultados foram apresen e possível interferênci atual.

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na V
		sistemas (ex.; ressecções intestinais, mastectomia)		
39	Mastectomia/Linfad enectomia/ Lateralidade (este item somente quando paciente responder sim ao anterior nº 38)	Risco de linfedema (manipulação, punção, manguito pneumático e acesso venoso é contraindicado), dificuldade na administração da anestesia (anestesia regional), alterações na anatomia do tórax (necessidade de ajustes em procedimentos que envolvem ventilação mecânica), risco de trombose venosa profunda(TVP), sensibilidade (hipersensibilidade ou dormência no tórax e no braço), risco de comprometimento respiratório, impactos psicológicos (ansiedade e/ou medo relacionado ao novo procedimento).	Verificar junto ao paciente/responsável se já realizou mastectomia com linfadenectomia axilar e lateralidade, para resposta positiva, registrar no formulário da VEPO. Verificar se o paciente tem conhecimento da importância para sua segurança em qualquer atendimento hospitalar.	Segurança do paciente procedimentos de enfermagem/anestésico/c co em função de já conhecerem procedime lateralidade a fim de nã utilizada.
40	Medicamentos	Incompatibilidade medicamentosa no procedimento anestésico/cirúrgico	Verificar com paciente/responsável se faz uso de medicação de rotina e quais são eles. Se está cumprindo orientação medicamentosa. Registrar no formulário da VEPO.	Na admissão do pacien CC verificar se cump orientações médica medicamentosas
41	Nível de consciência	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer as dúvidas do paciente/responsável dentro do escopo da enfermagem.	Reduzir o medo, insegu ansiedade e estresse paciente/responsável at do esclarecimento d procedimento anestésico/cirúrgico
42	Nível de orientação	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer as dúvidas do paciente/responsável dentro do escopo da enfermagem.	Reduzir o medo, insegu ansiedade e estresse paciente/responsável at do esclarecimento d

ID	Item	Fatores de risco	Intervenção de Enfermagem na VEPO	Resultados da Interve de Enfermagem na VI
				procedimento anestésico/cirúrgico
43	Nível de estado emocional	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer as dúvidas quanto ao período transoperatório nos desígnios da enfermagem, conceder palavras de ânimo e entusiasmo para que o paciente tenha melhor enfrentamento do ato cirúrgico.	Encorajar e reduzir o m insegurança, ansiedad estresse do paciente/responsável at do esclarecimento d procedimento anestésico/cirúrgico

Fonte: Dados da pesquisa para este estudo, 2025.

Para facilitar ao leitor, foi demonstrado no quadro abaixo (Quadro 05) os itens que apresentaram os fatores de ris orientações na TEPO.

Quadro 05 – Fatores de riscos com resultados relevantes.

ID	Item	Fator de Risco	Resultados da interv
3	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) anestésico	Realizar procedimento anestésico sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	No momento da internação a anestésico assinado, sinalizar ce
4	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico	Realizar procedimento cirúrgico sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	No momento da internação a cirúrgico assinado, sinalizar sec
7	Cardiopatia	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade cardiovascular associada às suas condições de base arritmia, fibrilação atrial	Tempo hábil para solicitar pa cirúrgico) a fim de reagend promovendo a segurança do p visto que o pa
8	Histórico de trombose	Trombose Venosa Profunda – TVP Embolia pulmonar - EP Acidente vascular cerebral – AVC Infarto agudo do miocárdio – IAM	Realizar cirurgia Reservar compres Evitar su
9	Doença do aparelho respiratório, pulmonar	Redução da capacidade respiratória, riscos de infecções pulmonares, hipersensibilidade e broncoespasmo, atelectasia, hipertensão pulmonar, risco de descompensação, intubação difícil e intolerância à anestesia	Tempo hábil para solicitar pa cirúrgico) a fim de reagend promovendo a segurança do p visto que o mesm
10	Doença do aparelho urinário	Comprometimento dos rins, retenção de líquidos	Tempo hábil para solicitar pa cirúrgico) /clínica cirúrgica a fi exames, promovendo a segur cirurgia visto que o r
11	Outras comorbidades? Qual?	Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade hemodinâmica associada às suas condições de base.	Tempo hábil para solicitar pa cirúrgico) /clínica cirúrgica a fi exames, promovendo a segur cirurgia visto que o r

ID	Item	Fator de Risco	Resultados da interv
12	Grau de dependência para atividades de rotina	Risco de queda no período perioperatório. Esforço físico dos profissionais na transferência por falta de conhecimento da impossibilidade de ajuda do paciente.	Conhecimento da equipe sobre paciente, utilização dos aparelh da maca para mesa cirúrgica,
13	História prévia de queda	Suspensão do procedimento cirúrgico por incidente de queda recente	Informar a clínica cirúrgica a fi proce Evitar su
14	Doenças osteomioarticulares	Restrições de posicionamento cirúrgico, alterações na coluna (cervical) podem complicar a intubação, osteoporose aumenta risco de fraturas durante o procedimento cirúrgico, deformidades articulares podem limitar o alinhamento ideal durante a cirurgia.	Informar a clínica cirúrgica a fi proce Evitar su
0 16	Histórico de AVC	Maiores riscos quanto mais próximo o evento do AVC do dia da cirurgia. Risco de novo evento vascular (AVC ou IAM), risco hemodinâmico, instabilidade cardiovascular, coagulopatias, complicações respiratórias pela sequela neuromuscular (fraqueza da musculatura respiratória) e riscos de infecções se estiver com sistema imunológico comprometido.	Nos casos da não informação informar anestesista para aval reagendar p Verificar a quanto tempo oc médico no risco cirúrgic
17	Integridade da pele	Cisalhamento (fricção/gravidade) na área lesionada/queimada durante o procedimento cirúrgico. Suspeitar/confundir a área lesionada com intercorrências de lesões por cisalhamento, pressão ou queimaduras que possam ocorrer com o uso do bisturi elétrico durante procedimento cirúrgico.	Garantir conhecimento da eq suspeitar/confundir a área les cisalhamento, pressão ou quei bisturi elétrico du Possibilidade de reagendam proc
19	Alergia a látex	Contato do paciente com partículas de látex (materiais e/ou ambiente). Absorção dos alérgenos no trato respiratório. Choque anafilático. Sensibilidade cruzada com alimentos com banana, abacate, kiwi, castanha, manga, figo, papaia e maracujá.	Verificar com o paciente há qu manifestou e como foi a evolu risco cirúrgico, reg Providenciar protocolo de aler evitando s
	Acuidade visual	Lesões corneanas como ressecamento ocular, contaminação, infecção, pela permanência das lentes de contato durante procedimento anestésico/cirúrgico.	Admitir paciente no centro c prótese ocular, salvo nos casos para a

ID	Item	Fator de Risco	Resultados da interv
20			Conhecimento prévio por par corretivos antes
21	Avaliação Oral	Risco de quebra dos dentes amolecidos e/ou broncoaspirar no momento da intubação	Possibilidade de realização d extração Reagendar cirurgia para d
24	Hemotransfusão Reação alérgica	Os principais fatores de risco são: Reação alérgica: Causa: Sensibilidade a proteínas plasmáticas ou outras substâncias presentes no sangue transfundido. Risco: Leve (urticária e/ou prurido) Grave (anafilaxia) Reação hemolítica: Causa: incompatibilidade ABO Risco: febre, calafrios, hemólise intravascular e insuficiência renal aguda.	Após verificar o tipo de reação à hemotransfusã Verificar se informo Informar s Registrar n Estabelecer protocolo de auto
25	Impedimento em realizar transfusão sanguínea	Realizar procedimento de transfusão sanguínea sem conhecimento e autorização do paciente. Conflito entre autonomia do paciente e beneficência médica, dilemas em situações de emergência, impacto na relação médico-paciente, conflito de valores entre a equipe de saúde, vulnerabilidade do paciente.	Em caso do paciente não ter inf impedimento para realizar tran he Encaminhar parece Evitar suspensão da cirurgia
26	Consumo de bebida alcoólica	Crise convulsiva Afetar o metabolismo de medicamentos devido comprometimento do fígado Maior risco de sangramento Risco de infecções Complicações cardíacas	Orientar paciente se possível nã dias, explicand

ID	Item	Fator de Risco	Resultados da interv
27	Tabagismo	Crise convulsiva Complicações respiratórias Complicações cardiovasculares Infecção e/ou dificuldade de cicatrização da ferida cirúrgica pela redução do fluxo sanguíneo	Orientar paciente se possível possív
28	Consumo de drogas	Crise convulsiva Crise hipertensiva Eventos cardiovasculares Aumento de risco de sangramento Sinergismo de drogas Dentre outros, dependendo da droga utilizada.	Orientar paciente se possíve explicando
30	Marcapasso	Interferência eletromagnética, riscos de alterações hemodinâmicas, efeitos da anestesia, trauma mecânico ao marcapasso, risco de infecção e desconhecimento das configurações do marcapasso.	Segurança do paciente pelo cor presença do técnico respo
31	Piercing	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia, lesões mecânicas durante procedimento (lacerações e sangramentos), interferência no campo cirúrgico, risco de aspiração/obstrução vias aéreas (língua) momento de intubação ou extubação, lesão por pressão.	Admitir paciente no centro cir tempo para serem reti
33	Unhas postiças	Interferência no monitoramento de oximetria de pulso (dificuldade da leitura do sensor de oximetria principalmente de materiais de unhas opacas, levando a leituras imprecisas ou falhas na detecção de oxigenação, podendo levar a atraso na identificação de hipóxia). Risco de infecção (acúmulo de resíduos devido a fissuras ou falhas nas unhas). Possibilidade de desprendimento das unhas durante manipulação do	Admitir paciente no centro c removidos devido tempo para s

ID	Item	Fator de Risco	Resultados da interv
		paciente. Dificuldade na avaliação clínica (podem mascarar a coloração da unha, cianose ou palidez, perfusão capilar).	
34	Cílios postiços	Risco de desprendimento durante manipulação (entrar nos olhos causando lesões de córnea), cílios volumosos ou rígidos podem impedir fechamento completo dos olhos causando ressecamento ocular ou abrasão da córnea), danos a superfície ocular (cílios rígidos ou mal fixados podem arranhar a córnea ou causar microtraumas durante a manipulação ou contato com a máscara facial, queimadura na fuga da corrente elétrica através da cola ou produtos sintéticos dos cílios postiços.	Admitir paciente no centro c tempo para serem reti
35	Aplique de cabelos sintéticos/naturais	Pode causar queimadura devido ao uso de eletrocirurgia, na fuga da corrente elétrica em contato com os fixadores dos apliques como liga metálica, sintética, cola ou nylon. Risco de incêndio no campo operatório (materiais sintéticos podem ser inflamáveis, aumentando o risco de combustão quando entra em contato com fontes de calor, oxigênio suplementar ou falhas de equipamentos cirúrgicos. Dificuldade de posicionamento e manuseio da cabeça durante a anestesia/cirurgia. Desprendimento ou danos ao aplique e contaminação do campo operatório (partículas de acessórios ou resíduos de produtos de fixação.	Admitir paciente no centro sintéticos/naturais removido especi
37	Histórico de tratamento QT, RD ou BQ	Realizar procedimento anestésico/cirúrgico período inferior de 7 a 14 dias (período de efeito de nadir = Pacientes neutropênicos, ou seja, com contagem de leucócitos baixa) do último ciclo para QT	No caso de quimioterapia, quar de 15 dias informar a secretaria prazo aceitável, e

4.4.3 Resultados segundo caracterização dos pacientes e intervenção de enfermagem

Participaram do estudo 160 pacientes, dos quais 80 receberam telenfermagem e 80 a visita tradicional. A Tabela 18 apresenta a comparação do histórico clínico e da caracterização antropométrica dos participantes por tipo de consulta recebida. As características dos participantes eram majoritariamente homogêneas entre os grupos, que assegura a possibilidade de comparabilidade entre as modalidades de atendimento e reduz o risco de vieses na interpretação dos desfechos do estudo.

Tabela 18 - Comparação do histórico clínico e da caracterização antropométrica dos participantes por tipo de consulta recebida. N=160.

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Sexo					0,140†
Feminino	70	(87,50)	63	(78,75)	
Masculino	10	(12,50)	17	(21,25)	
Participante					0,691†
Paciente	69	(86,25)	67	(83,75)	
Acompanhante	5	(6,25)	4	(5,0)	
Ambos	6	(7,50)	9	(11,25)	
HAS					0,874†
Sim	39	(48,75)	38	(47,50)	
Não	41	(51,25)	42	(52,50)	
DM					1,0†
Sim	13	(16,25)	13	(16,25)	
Não	67	(83,75)	67	(83,75)	
Cardiopatia					0,045†
Sim	13	(16,25)	5	(6,25)	
Não	67	(83,75)	75	(93,75)	
Histórico de trombose					0,548†
Sim	5	(6,25)	7	(8,75)	
Não	75	(93,75)	73	(91,25)	
Doença do aparelho respiratório, pulmonar					0,004†
Sim	16	(20,0)	4	(5,0)	
Não	64	(80,0)	76	(95,0)	
Doença do aparelho urinário, renal					0,385†
Sim	8	(10,0)	5	(6,25)	

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Não	72	(90,0)	75	(93,75)	
Constipação intestinal ou diarreia					0,173‡
Sim	4	(5,0)	1	(1,25)	
Não	76	(95,0)	79	(98,75)	
Outras comorbidades					0,058†
Sim	46	(57,50)	34	(42,50)	
Não	34	(42,50)	46	(57,50)	
Grau de dependência para atividades de rotina					0,668†
Sim	12	(15,0)	14	(17,50)	
Não	68	(85,0)	66	(82,50)	
História prévia de quedas					0,003‡
Sim	15	(18,75)	3	(3,75)	
Não	65	(81,25)	77	(96,25)	
Doenças osteomioarticulares					0,013†
Sim	6	(7,50)	17	(21,25)	
Não	74	(92,50)	63	(78,75)	
Dificuldade de marcha					0,027†
Sim	7	(8,75)	17	(21,25)	
Não	73	(91,25)	63	(78,75)	
Histórico de AVC					0,030‡
Sim	1	(1,25)	7	(8,75)	
Não	79	(98,75)	73	(91,25)	
Distúrbios neurológicos e síndromes					0,699‡
Sim	3	(3,75)	4	(5,0)	
Não	77	(96,25)	76	(95,0)	
Alergia alimentar, medicamentosa ou outra					0,730†
Sim	23	(28,75)	25	(31,25)	
Não	57	(71,25)	55	(68,75)	
Alergia a látex					0,311‡
Sim	3	(3,75)	1	(1,25)	
Não	77	(96,25)	79	(98,75)	
Hemotransfusão					0,082‡
Sim	7	(8,75)	16	(20,0)	
Não	72	(90,0)	64	(80,0)	

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Não lembra	1	(1,25)	0	(0,0)	
Reação alérgica à hemotransfusão					0,111‡
Sim	1	(14,29)	0	(0,0)	
Não	6	(85,71)	17	(100,0)	
Impedimento em realizar transfusão sanguínea					0,560‡
Sim	2	(2,50)	1	(1,25)	
Não	78	(97,50)	79	(98,75)	
Usa marcapasso					0,316
Sim	0	(0,0)	1	(1,25)	
Não	80	(100,0)	79	(98,75)	
Possui fragmentos metálicos no corpo					0,316
Sim	0	(0,0)	1	(1,25)	
Não	80	(100,0)	79	(98,75)	
Variáveis	**Média**	**±DP**	**Média**	**±DP**	**Valor de p‖**
Idade, em anos	55,88	(15,57)	58,28	(15,54)	0,330
IMC	28,02	(6,14)	27,64	(5,76)	0,686

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%).

DP: Desvio padrão

Os resultados da tabela 18 foram para as variáveis de cardiopatia (p=0,045), doença do aparelho respiratório (p=0,004), história prévia de quedas (p=0,003), doenças osteomioarticulares (p=0,013), dificuldade de marcha (p=0,027) e histórico de AVC (p=0,030) mostraram-se distintos entre os grupos, indicando que existe uma diferença estatisticamente significativa, sugerindo que esse resultado dificilmente ocorreu ao acaso.

A equivalência inicial entre grupos é considerada elemento central para a validade interna de estudos comparativos em saúde, especialmente quando se analisam diferentes modelos assistenciais (HULLEY et al., 2014). Variáveis como sexo (p=0,140), idade (0,330), peso (0,686), hipertensão arterial sistêmica (0,874), diabetes mellitus (1,0), dependência para atividades de rotina (0,668) e histórico de alergias (0,730) apresentaram distribuição semelhante

entre os grupos, indicando exposição equivalente a fatores de risco clínicos relevantes no contexto perioperatório (POSSARI, 2020; SOBECC, 2023).

As diferenças estatisticamente significativas observadas em algumas comorbidades revelam perfis clínicos específicos. A maior prevalência de cardiopatias no grupo telenfermagem está associada a diagnósticos como *Débito cardíaco diminuído* e *Risco de perfusão tissular ineficaz*, conforme a taxonomia da NANDA International, condições que demandam monitoramento criterioso no período pré-operatório e planejamento de intervenções voltadas à estabilidade hemodinâmica (NANDA INTERNATIONAL, 2024).

De forma semelhante, a maior frequência de doenças do aparelho respiratório entre os participantes da telenfermagem relaciona-se a diagnósticos como *Troca de gases prejudicada* e *Padrão respiratório ineficaz*, reconhecidamente relevantes na avaliação pré-anestésica e na prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório (NANDA INTERNATIONAL, 2024; POSSARI, 2020).

No que se refere aos aspectos funcionais, a maior ocorrência de história prévia de quedas no grupo telenfermagem e a maior prevalência de doenças osteomioarticulares, dificuldade de marcha e histórico de acidente vascular cerebral no grupo visita tradicional reforçam a importância da avaliação da mobilidade e do equilíbrio como componentes essenciais da consulta pré-operatória de enfermagem. Esses achados associam-se diretamente aos diagnósticos *Risco de quedas*, *Mobilidade física prejudicada* e *Deambulação prejudicada*, frequentemente identificados em pacientes cirúrgicos com comprometimento neurológico ou musculoesquelético, e determinantes para o planejamento de intervenções preventivas no período perioperatório imediato (NANDA INTERNATIONAL, 2024; SOBECC, 2023).

A diferença estatisticamente significativa observada no histórico de acidente vascular cerebral no grupo visita tradicional sugere maior presença de pacientes com comprometimento neurológico, o que pode estar relacionado a diagnósticos como *Perfusão tissular cerebral ineficaz* e *Capacidade adaptativa intracraniana diminuída*. Esses diagnósticos reforçam a necessidade de avaliação presencial em situações de maior complexidade neurológica, ao mesmo tempo em que contribuem para a definição de critérios clínicos para a indicação da modalidade de atendimento mais adequada (POSSARI, 2020).

De modo geral, os resultados da Tabela 1 indicam que, apesar de diferenças pontuais em condições clínicas e funcionais, os grupos apresentaram perfis comparáveis e clinicamente coerentes com a modalidade de consulta recebida. A associação dos achados com diagnósticos

da NANDA-I evidencia que a consulta de enfermagem, inclusive por teleconsulta, é capaz de identificar necessidades reais de cuidado, apoiar o raciocínio clínico e subsidiar intervenções voltadas à redução de riscos no período perioperatório, reforçando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

A Tabela 19, apresentada a seguir, traz a caracterização clínica dos participantes por tipo de consulta recebida. As características clínicas se mostraram homogêneas entre os grupos.

Tabela 19 - Caracterização clínica dos participantes por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Condição de integridade da pele					0,151†
Íntegra	69	(86,25)	62	(77,50)	
Prejudicada	11	(13,75)	18	(22,50)	
Acuidade visual					0,705†
Normal	19	(23,75)	17	(21,25)	
Prejudicada	61	(76,25)	63	(78,75)	
Prótese ocular					0,371‡
Óculos	57	(93,44)	57	(90,48)	
Óculos e lente	1	(1,64)	0	(0,0)	
Não utiliza	3	(4,92)	6	(9,52)	
Avaliação oral					0,750‡
Dentição parcial	32	(40,0)	38	(47,50)	
Edentado	12	(15,00	8	(10,0)	
Dentes fraturados	4	(5,0)	3	(3,75)	
Dentes amolecidos	3	(3,75)	2	(2,50)	
Prejudicada	1	(1,25)	0	(0,0)	
Sem alterações	28	(35,0)	29	(36,25)	
Prótese dentária					0,205†
Sim	42	(52,50)	34	(42,50)	
Não	38	(47,50)	46	(57,50)	
Prótese auditiva					1,0‡
Sim	1	(1,25)	1	(1,25)	
Não	79	(98,75)	79	(98,75)	
Quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, imunoterapia ou hormonioterapia					0,593†

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Sim	23	(28,75)	20	25,0	
Não	57	(71,25)	60	75,0	
Último ciclo					0,768†
Até 1 ano	14	(60,87)	10	(50,0)	
13 meses a 10 anos	6	(26,09)	6	(30,0)	
11 anos ou mais	3	(13,04)	3	(15,0)	
Não informado	0	(0,0)	1	(5,0)	
Realizou cirurgia anterior					0,418†
Sim	67	(83,75)	63	(78,75)	
Não	13	(16,25)	17	(21,25)	
Tempo desde a cirurgia anterior					0,789‡
Até 3 meses	2	(2,99)	3	(4,76)	
4 meses a 1 ano	3	(4,48)	5	(7,94)	
13 meses a 10 anos	11	(16,42)	8	(12,70)	
Mais de 10 anos	10	(14,93)	12	(19,05)	
Não sabe informar	41	(61,19)	35	(55,56)	
Intercorrência em cirurgia anterior					0,677‡
Sim	4	(5,97)	4	(7,81)	
Não	63	(94,03)	59	(92,19)	
Mastectomia com esvaziamento da axila					0,699‡
Sim	4	(5,0)	3	(3,75)	
Não	76	(95,0)	77	(96,25)	
Tempo da cirurgia da mama					0,321‡
2 meses	1	(25,0)	0	(0,0)	
2 anos	1	(25,0)	0	(0,0)	
5 anos	0	(0,0)	1	(33,33)	
6 anos	1	(25,0)	1	(33,33)	
9 anos	1	(25,0)	0	(0,0)	
Não soube dizer	0	(0,0)	1	(33,33)	
Lateralidade da mama					0,053‡
Esquerda	4	(100,0)	1	(33,33)	
Direita	0	(0,0)	2	(66,67)	
Consciência					
Alerta	79	(98,75)	78	(97,50)	

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Sonolento	0	(0,0)	2	(2,50)	
Confuso	1	(1,25)	0	(0,0)	
Orientação					0,660‡
Orientado (a)	77	(97,47)	77	(96,25)	
Desorientado (a)	2	(2,53)	3	(3,75)	
Estado emocional					0,661‡
Tranquilo (a)	58	(72,50)	56	(70,0)	
Ansioso (a)	19	(23,75)	22	(27,50)	
Depressivo (a)	1	(1,25)	0	(0,0)	
Entristecido (a)	0	(0,0)	1	(1,25)	
Amedrontado(a)/depressivo	1	(1,25)	0	(0,0)	
Ansioso(a)/amedrontado(a)	1	(1,25)	1	(1,25)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%).
IMC: Índice de Massa Corporal. As respostas "Não se aplica" foram tratadas como dado ausente, não constando nos resultados.

A Tabela 19 evidencia que os participantes dos grupos Telenfermagem e Visita presencial apresentaram perfil clínico amplamente homogêneo, uma vez que nenhuma das variáveis analisadas mostrou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Sob a perspectiva da enfermagem, tais variáveis relacionam-se diretamente a diagnósticos descritos pela taxonomia da NANDA International, como *Integridade da pele prejudicada*, *Deglutição prejudicada*, *Risco de aspiração* e *Conhecimento deficiente*. A distribuição equilibrada desses diagnósticos entre os grupos minimiza a influência de condições clínicas prévias sobre os desfechos analisados, fortalecendo a interpretação dos resultados comparativos (NANDA INTERNATIONAL, 2024; SOBECC, 2023).

No que se refere às condições sensoriais — acuidade visual e uso de prótese auditiva — a equivalência entre os grupos assume especial relevância no contexto da telenfermagem, uma vez que déficits nessas áreas poderiam interferir na comunicação, na compreensão das orientações e no autocuidado. A homogeneidade desses aspectos fortalece a interpretação de que a modalidade remota foi aplicada a uma população clinicamente apta a esse tipo de interação, reduzindo o risco de diagnósticos como *Conflito de decisão*, *Conhecimento*

deficiente ou *Ansiedade excessiva* decorrentes de falhas comunicacionais (NANDA INTERNATIONAL, 2024; OLIVEIRA; COSTA; RIBEIRO, 2022).

Na Tabela 20 tem-se a caracterização de hábitos de vida dos participantes por tipo de consulta recebida. Todas as características foram homogêneas entre os participantes dos dois grupos.

Tabela 20 - Caracterização de hábitos de vida por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p*
	Telenfermagem		Visita		
	n	(%)	n	(%)	
Consumo de bebida alcoólica					0,715†
Sim	21	(26,25)	19	(23,75)	
Não	59	(73,75)	61	(76,25)	
Tabagismo					0,211†
Sim	13	(15,19)	7	(8,75)	
Não	67	(84,81)	73	(91,25)	
Uso de drogas					0,405‡
Sim	4	(5,0)	2	(2,50)	
Não	76	(95,0)	78	(97,50)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).Notas: As respostas "Não se aplica" foram tratadas como dado ausente, não constando nos resultados .

Os resultados apresentados na Tabela 20 indicam que os hábitos de vida dos participantes, incluindo consumo de bebida alcoólica, tabagismo e uso de outras drogas, não diferiram significativamente entre os grupos que receberam telenfermagem ou visita presencial, uma vez que nenhuma das variáveis analisadas mostrou diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$). Essa homogeneidade entre os grupos é metodologicamente relevante, pois sugere que os participantes apresentavam perfil comportamental semelhante antes da intervenção, reduzindo a possibilidade de viés de seleção e fortalecendo a possibilidade de comparabilidade entre as modalidades de consulta.

Na literatura perioperatória, comportamentos relacionados ao estilo de vida, como consumo de álcool e tabagismo, são considerados fatores importantes na avaliação pré-operatória, pois podem influenciar diretamente o risco de complicações anestésico-cirúrgicas.

Estudos indicam que o tabagismo está associado ao aumento de complicações respiratórias, atraso na cicatrização e maior incidência de infecções pós-operatórias, enquanto o consumo excessivo de álcool pode impactar a resposta imunológica, a coagulação e a recuperação anestésica. Por essa razão, diretrizes internacionais recomendam que esses hábitos sejam identificados e registrados sistematicamente durante a avaliação pré-operatória, permitindo o planejamento de intervenções educativas e de otimização clínica antes da realização do procedimento cirúrgico (De Hert et al., 2018; Mills et al., 2020).

Nesse contexto, a consulta de enfermagem pré-operatória desempenha papel fundamental na identificação desses fatores de risco e na implementação de estratégias educativas voltadas à modificação de comportamentos potencialmente prejudiciais. A literatura destaca que intervenções educativas realizadas no período pré-operatório podem contribuir para incentivar a cessação do tabagismo, reduzir o consumo de álcool e melhorar a adesão às recomendações clínicas, promovendo melhores resultados cirúrgicos e maior segurança do paciente (Nolan & Warner, 2021).

Do ponto de vista da prática de enfermagem, a avaliação desses hábitos também pode ser relacionada a diagnósticos de enfermagem descritos pela taxonomia da NANDA International, especialmente aqueles associados ao domínio da promoção da saúde e da segurança. Entre eles, destacam-se diagnósticos como Comportamento de saúde propenso a risco, Manutenção ineficaz da saúde e Estilo de vida sedentário ou prejudicial à saúde, que podem ser considerados quando o paciente apresenta comportamentos que aumentam a vulnerabilidade a complicações clínicas ou cirúrgicas. A identificação desses diagnósticos durante a consulta pré-operatória permite direcionar intervenções de enfermagem voltadas à educação em saúde, aconselhamento e incentivo à mudança de hábitos.

Além disso, a identificação do uso de substâncias psicoativas, embora pouco frequente na amostra estudada, também possui relevância clínica no contexto perioperatório. O uso de drogas ilícitas pode interferir na resposta anestésica, na estabilidade hemodinâmica e na interação com medicamentos utilizados durante o procedimento cirúrgico, motivo pelo qual sua investigação sistemática é recomendada durante a avaliação pré-operatória. Nesse cenário, o enfermeiro desempenha papel estratégico ao realizar abordagem sensível e confidencial, favorecendo a obtenção de informações fidedignas e contribuindo para o planejamento seguro da assistência.

Assim, embora não tenham sido observadas diferenças entre os grupos analisados, os resultados reforçam a importância da coleta sistemática dessas informações durante a consulta de enfermagem pré-operatória, independentemente da modalidade de atendimento utilizada. A ausência de diferenças estatísticas sugere que tanto a teleconsulta quanto a consulta presencial foram capazes de identificar de maneira semelhante os hábitos de vida dos participantes, indicando que a utilização de tecnologias de teleassistência pode manter a qualidade da avaliação clínica nesse aspecto.

A Tabela 21 apresenta a caracterização do uso de próteses e adornos por tipo de consulta recebida. Com exceção do uso de piercings (p=0,029), o uso de próteses e adornos se mostrou homogêneo entre os grupos. Somente o item orientação para remoção de prótese nasal teve o valor de P = NA (Não aplicável) por não ter variação nos dados para comparar os grupos

Tabela 21 - Caracterização do uso de próteses e adornos por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Precisou implantar prótese, placa e/ou parafuso					0,317†
Sim	7	(8,75)	11	(13,75)	
Não	73	(91,25)	69	(86,25)	
Retirou ou ainda está com prótese, placa e/ou parafuso					0,732‡
Retirou	1	(14,29)	1	(9,09)	
Permanece	6	(85,71)	10	(90,91)	
Prótese de silicone ou prótese nasal					0,560‡
Sim	1	(1,25)	2	(2,50)	
Não	79	(98,75)	78	(97,50)	
Orientado a remover prótese nasal					NA
Sim	1	(100,0)	1	(50,0)	
Não	0	(0,0)	1	(50,0)	
Uso de piercing					0,029‡
Sim	9	(11,25)	2	(2,50)	
Não	71	(88,75)	78	(97,50)	
Possui tatuagem					0,593†
Sim	23	(28,75)	20	(25,0)	
Não	57	(71,25)	60	(75,0)	
Uso de unhas postiças					0,118†

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Sim	3	(3,75)	8	(10,0)	
Não	77	(96,25)	72	(90,0)	
Uso de cílios postiços					0,699†
Sim	3	(3,75)	4	(5,0)	
Não	77	(96,25)	76	(95,0)	
Aplique de cabelos sintéticos /naturais ou perucas					0,699†
Sim	3	(3,75)	3	5,0	
Não	77	(96,25)	77	95,0	
Como apliques estão presos					0,300†
Ligas elásticas/metálicas	0	(0,0)	2	(66,67)	
Sintéticos, colados	1	(33,33)	0	(0,0)	
Perucas	2	(66,67)	1	(33,33)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).Notas: As respostas "Não se aplica" foram tratadas como dado ausente, não constando nos resultados. Células com valores muito baixos (≤1), não foi realizado o cálculo do valor de p, devido à limitação estatística e ao risco de interpretações imprecisas. Nesses casos, os resultados foram apresentados apenas de forma descritiva.

A Tabela 21 demonstra que o uso de próteses e adornos foi, de modo geral, homogêneo entre os grupos telenfermagem e visita presencial, indicando perfis assistenciais comparáveis quanto a fatores que podem interferir na segurança do paciente no período perioperatório. A equivalência dessas variáveis reduz o risco de viés e fortalece a validade interna do estudo, especialmente no que se refere à análise de eventos evitáveis, como o cancelamento cirúrgico.

No contexto perioperatório, o uso de adornos corporais, próteses e acessórios removíveis constitui causa reconhecida de suspensão ou adiamento de cirurgias, sobretudo quando identificado apenas no momento da admissão hospitalar. Esses elementos estão associados a riscos de queimaduras por eletrocautério, infecção, interferência em dispositivos anestésicos e falhas na monitorização, especialmente na oximetria de pulso e no posicionamento de placas dispersivas do bisturi elétrico. Dessa forma, a identificação precoce desses itens durante a consulta de enfermagem é fundamental para prevenir eventos adversos e garantir o preparo adequado do paciente para o procedimento cirúrgico (Association of periOperative Registered Nurses – AORN, 2023; World Health Organization, 2022).

A presença de próteses ortopédicas, placas ou parafusos também merece atenção no planejamento perioperatório, pois pode influenciar decisões relacionadas ao posicionamento cirúrgico, ao uso de equipamentos eletrocirúrgicos e à escolha de técnicas anestésicas. Embora a maioria dos participantes do estudo não apresentasse implantes metálicos, a identificação dessa condição durante a consulta de enfermagem permite que a equipe cirúrgica adote medidas preventivas, como posicionamento adequado da placa dispersiva e monitoramento adicional durante o procedimento. A literatura destaca que a avaliação pré-operatória detalhada contribui para minimizar complicações relacionadas à interação entre dispositivos médicos e implantes metálicos (Gillespie et al., 2023; Rothrock, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se ao uso de próteses estéticas, como próteses de silicone ou nasais, que também podem demandar orientações específicas antes da cirurgia. Embora a frequência de uso dessas próteses tenha sido baixa na amostra analisada, sua identificação é importante para orientar a remoção prévia quando necessário e evitar complicações relacionadas ao posicionamento do paciente, à ventilação ou à manipulação do campo cirúrgico. Diretrizes de enfermagem perioperatória recomendam que a avaliação pré-operatória inclua a verificação sistemática de próteses removíveis e dispositivos externos, garantindo que o paciente esteja adequadamente preparado para o procedimento anestésico-cirúrgico (AORN, 2023).

Entre as variáveis analisadas, apenas o uso de piercings apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,029$), com maior prevalência no grupo telenfermagem. Esse achado pode refletir características sociodemográficas ou culturais específicas dos participantes incluídos em cada grupo, como faixa etária ou preferências estéticas. Além disso, os resultados podem sugerir que, para determinados adornos, como piercings, a telenfermagem mostra-se mais eficiente na identificação quando comparada à visita presencial, uma vez que foram identificados 9 pacientes com piercing no grupo telenfermagem e apenas 2 no grupo visita.

Tal diferença pode decorrer não apenas do método de avaliação, mas também de possíveis fatores intervenientes. Não se pode descartar a influência do acaso; contudo, é plausível que pacientes do grupo visita tenham recebido orientações prévias de outros profissionais de saúde, o que pode ter favorecido a remoção dos adornos antes da avaliação de enfermagem. Dessa forma, no momento da visita, alguns pacientes já poderiam estar sem os piercings, mesmo estando internados. Por outro lado, as duas pacientes do grupo visitam que permaneceram com os piercings podem não ter recebido orientação prévia, possivelmente em

função da ausência de um protocolo sistematizado ou podem ter enfrentado dificuldades para a remoção dos adornos.

Apesar dessa diferença, a presença de piercings no período perioperatório merece atenção especial, pois esses adornos podem aumentar o risco de queimaduras quando em contato com dispositivos eletrocirúrgicos, além de favorecer contaminação do campo operatório ou interferir em exames de imagem e monitorização. Por essa razão, recomenda-se que os pacientes sejam orientados a remover piercings antes do procedimento cirúrgico, como parte das medidas de segurança do paciente (Mitchell, 2023; AORN, 2023).

No que se refere a outros adornos, como unhas postiças, cílios postiços e apliques capilares, embora não tenham sido observadas diferenças entre os grupos, esses elementos também podem interferir na segurança anestésica e cirúrgica. As unhas artificiais, por exemplo, podem dificultar a avaliação da perfusão periférica por meio da oximetria de pulso e favorecer a colonização bacteriana, enquanto cílios postiços e extensões capilares podem interferir na fixação de dispositivos ou na manipulação da via aérea. A literatura ressalta que a orientação para remoção desses itens antes da cirurgia integra as práticas de segurança perioperatória e deve ser realizada durante a consulta de enfermagem pré-operatória (World Health Organization, 2022; Gillespie et al., 2023).

Além dos aspectos clínicos, a avaliação do uso de próteses e adornos durante a consulta pré-operatória também possui importante dimensão educativa, permitindo que o enfermeiro esclareça dúvidas e promova a participação ativa do paciente no preparo para a cirurgia. A educação pré-operatória tem sido associada à redução da ansiedade, melhor adesão às orientações clínicas e maior segurança durante o procedimento cirúrgico, reforçando o papel da consulta de enfermagem como estratégia de promoção da segurança do paciente (Powell et al., 2022; Mitchell, 2023).

Assim, os resultados da Tabela 21 indicam que, apesar da maior prevalência de uso de piercings no grupo telenfermagem, não houve desequilíbrio clínico relevante entre os grupos quanto ao uso de próteses e adornos. Esses achados reforçam que a consulta de enfermagem, inclusive na modalidade remota, é capaz de identificar fatores de risco relacionados ao preparo cirúrgico e orientar adequadamente os pacientes. A associação desses resultados com os diagnósticos da NANDA International (2024), como *Risco de integridade da pele prejudicada*, *Risco de infecção*, *Risco de lesão* e *Conhecimento deficiente*, evidencia o papel da enfermagem

na identificação precoce de riscos e na implementação de intervenções educativas e preventivas no período perioperatório.

A Tabela 22 mostra que o padrão de dor era homogêneo entre os participantes de cada grupo, bem como o uso de medicamentos e anticoagulante, porém para uso de medicamento para dor e uso de fitoterápico se mostraram distintos entre os grupos.

Tabela 22 - Caracterização de dor e de uso de medicamentos por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Em uso de medicamentos					0,076†
Sim	68	(85)	59	(73,75)	
Não	12	(15)	21	(26,25)	
Paciente com Dor					0,283†
Sim	24	(30)	18	(22,50)	
Não	56	(70)	62	(77,50)	
Em uso de medicamento para dor					0,047‡
Sim	22	(91,66)	12	(66,66)	
Não	2	(8,33)	6	(33,33)	
Uso de fitoterápico					0,002‡
Sim	14	(17,50)	2	(2,50)	
Não	66	(82,50)	78	(97,50)	
Uso de anticoagulante					0,276‡
Sim	6	(7,50)	2	(2,50)	
Não	74	(92,50)	78	(97,50)	
Variável	**Média**	**±DP**	**Média**	**±DP**	**Valor de p[I]**
Dor na escala END	5,26	1,48	5,41	2,15	0,794

Fonte: Elaborado pela autora (2026)
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).Notas: As respostas “Não se aplica” foram tratadas como dado ausente, não constando nos resultados.

Os resultados demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao uso de medicamento para dor (p=0,047) e fitoterápicos (p=0,002), indicando que essas variáveis apresentaram distribuição distinta entre os participantes que receberam telenfermagem e aqueles submetidos à visita presencial. Esses achados reforçam a relevância

da avaliação pré-operatória sistematizada de enfermagem para a identificação de terapias farmacológicas em uso, uma vez que a presença de múltiplos medicamentos pode influenciar diretamente a segurança do paciente no período perioperatório.

De modo semelhante, a diferença observada quanto ao uso de medicamentos para dor pode refletir a presença de condições clínicas associadas ao manejo de dor crônica ou aguda. A avaliação da dor no período pré-operatório é fundamental, uma vez que pacientes com histórico de dor podem apresentar maior sensibilidade ou necessidade diferenciada de analgesia no período perioperatório. Estudos indicam que a identificação precoce dessas condições permite planejar estratégias analgésicas adequadas e reduzir complicações relacionadas ao controle inadequado da dor (Tong J. Gan et al., 2023). Na perspectiva do processo de enfermagem, esse cenário pode estar relacionado aos diagnósticos “Dor crônica” ou “Dor aguda”, bem como ao diagnóstico “Risco de manejo ineficaz da saúde”, conforme a classificação da NANDA International, especialmente quando o uso de analgésicos ocorre sem acompanhamento adequado.

Outro aspecto relevante identificado foi a diferença significativa no uso de fitoterápicos entre os grupos. O consumo de produtos fitoterápicos ou suplementos naturais é frequentemente subnotificado pelos pacientes durante a avaliação clínica, embora muitos desses produtos possam interferir na coagulação sanguínea, na pressão arterial ou no metabolismo de medicamentos anestésicos. Estudos destacam que substâncias de origem vegetal, como ginkgo, ginseng e alho, podem aumentar o risco de sangramento ou interagir com fármacos utilizados no período perioperatório, reforçando a necessidade de investigação ativa durante a avaliação pré-operatória (Kevin J. Kelly; Matthew J. Greenhawt; Ruchi S. Gupta, 2021). Nessa perspectiva, o reconhecimento do uso dessas substâncias também pode ser associado ao diagnóstico de enfermagem “Risco de sangramento”, além do já mencionado “Risco de resposta adversa à medicação”, conforme descrito pela NANDA International.

A Tabela 23 traz a caracterização de ciência e assinatura de TCLE por tipo de consulta recebida.

Tabela 23 - Caracterização de ciência e assinatura de TCLE por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	(%)	n	(%)	
Assinou o TCLE cirúrgico					<0,001†

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	(%)	n	(%)	
Sim	38	(47,50)	69	(86,25)	
Não	41	(51,25)	8	(10,0)	
Não lembra ou não soube informar	1	(1,25)	3	(3,75)	
Assinou o TCLE anestésico					0,021‡
Sim	71	(88,75)	78	(97,50)	
Não	9	(11,25)	1	(1,25)	
Não lembra ou não soube informar	0	(0,0)	1	(1,25)	
Ciente da cirurgia proposta					0,096‡
Sim	75	(93,75)	79	(98,75)	
Não	5	(6,25)	1	(1,25)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).Notas: As respostas "Não se aplica" foram tratadas como dado ausente, não constando nos resultados . Células com valores muito baixos (≤1), não foi realizado o cálculo do valor de p, devido à limitação estatística e ao risco de interpretações imprecisas. Nesses casos, os resultados foram apresentados apenas de forma descritiva.

Os resultados da Tabela 23 evidenciam associação estatisticamente significativa entre o tipo de consulta recebida e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tanto cirúrgico quanto anestésico. Observou-se que, entre os participantes que não assinaram os termos, a maioria (51,25%; p<0,001) pertencia ao grupo telenfermagem, assim como na não assinatura do TCLE anestésico, em que 11,25% também pertenciam a esse grupo (p=0,021). Esse achado, entretanto, não deve ser interpretado como menor compreensão ou recusa ao procedimento cirúrgico, mas como reflexo dos fluxos institucionais distintos de formalização do consentimento informado.

No presente estudo, participaram pacientes provenientes de duas clínicas cirúrgicas com dinâmicas assistenciais diferentes quanto ao momento de assinatura do TCLE. Na clínica de ginecologia, responsável por grande parte dos participantes do grupo telenfermagem, a assinatura do TCLE cirúrgico ocorre no momento da internação hospitalar, imediatamente antes da realização do procedimento. Dessa forma, durante a telenfermagem pré-operatória muitos pacientes ainda não haviam formalizado a assinatura do documento, o que explica o número mais elevado de participantes que relataram não ter assinado o TCLE nesse grupo (n=41).

Por outro lado, entre os pacientes que receberam visita presencial, muitos já se encontravam internados no momento da avaliação de enfermagem, especialmente aqueles provenientes de serviços em que o consentimento cirúrgico é obtido previamente à visita pré-operatória. Essa dinâmica institucional contribui para a maior frequência de pacientes que referiram já ter assinado o TCLE cirúrgico nesse grupo (n=69). Assim, a diferença observada entre os grupos reflete principalmente o momento do fluxo assistencial em que a coleta de dados ocorreu, e não necessariamente diferenças relacionadas ao processo de informação ou à adesão ao consentimento informado.

A literatura ressalta que o TCLE constitui um elemento essencial da prática ética e legal na assistência à saúde, garantindo a autonomia do paciente e seu direito de decidir sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos após receber informações adequadas sobre riscos, benefícios e alternativas disponíveis. No contexto cirúrgico, o consentimento informado deve ser obtido após esclarecimento detalhado do procedimento proposto, sendo responsabilidade da equipe médica assegurar sua formalização, embora a equipe de enfermagem desempenhe papel fundamental no reforço das orientações e na verificação da compreensão do paciente (Beauchamp & Childress, 2023; Conselho Federal de Medicina, 2022).

Portanto, os achados indicam que as diferenças observadas na assinatura do TCLE estão mais relacionadas às particularidades do fluxo institucional das clínicas participantes do estudo, especialmente quanto ao momento da formalização do consentimento, do que propriamente à modalidade de consulta realizada. Esses resultados reforçam a importância de considerar as especificidades organizacionais dos serviços de saúde na interpretação de dados relacionados ao processo de consentimento informado no período perioperatório.

Assim, recomenda-se que o processo de consentimento informado seja iniciado no contexto ambulatorial, no momento da deliberação cirúrgica, caracterizando-se como um processo contínuo e não restrito ao período de internação, conforme orientações do Centre for Perioperative Care (CPOC, 2021). Tal perspectiva é reforçada pela bioética principialista, que destaca a necessidade de condições adequadas para o exercício da autonomia, livre de coerção ou vulnerabilidade situacional (Beauchamp; Childress, 2019), além de estar em consonância com o dever ético de informação e consentimento estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina e pelas diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012.

Nesse sentido, a consulta de enfermagem pré-operatória, seja presencial ou por teleconsulta, contribui para complementar o processo de comunicação com o paciente, permitindo esclarecer dúvidas, reforçar orientações previamente fornecidas e verificar se o

paciente compreende o procedimento ao qual será submetido. Esse papel educativo da enfermagem é particularmente relevante em cenários de teleconsulta, nos quais o contato antecipado com o paciente pode favorecer a preparação para o procedimento e reduzir inseguranças relacionadas à hospitalização e à cirurgia (Mitchell, 2023; Gillespie et al., 2023).

Quanto à variável ciência sobre a cirurgia proposta, observou-se maior frequência entre os participantes que receberam visita presencial, embora sem significância estatística (p=0,096). Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que pacientes já internados geralmente passaram por mais de um momento de esclarecimento presencial com a equipe multiprofissional, o que pode favorecer a assimilação das informações sobre o procedimento. Entretanto, a elevada proporção de pacientes que relataram estar cientes da cirurgia em ambos os grupos sugere que tanto a telenfermagem quanto a visita presencial foram eficazes para promover informação e esclarecimento sobre o procedimento cirúrgico.

Sob a perspectiva da enfermagem, a assinatura do TCLE está diretamente relacionada a diagnósticos como Conhecimento Deficiente, Conflito de Decisão e Ansiedade, conforme a taxonomia da NANDA International (2024–2026).

Esse resultado sustenta a compreensão de que o consentimento informado é um processo, e não um evento isolado, envolvendo esclarecimento progressivo, tempo para reflexão e fortalecimento da autonomia do paciente. Dentre os participantes que receberam visita presencial, a ausência de significância estatística (p=0,096) sugere que ambos os modelos assistenciais foram capazes de transmitir informações essenciais sobre o procedimento. No entanto, a dissociação observada entre “estar ciente” e “assinar o TCLE” no grupo telenfermagem indica que compreensão cognitiva não necessariamente se traduz em formalização do consentimento, reforçando a importância de estratégias específicas para validação do entendimento e apoio à tomada de decisão no ambiente remoto.

Na Tabela 24 apresenta a distribuição das intervenções de enfermagem relacionadas à identificação e ao registro de fatores de risco no período pré-operatório, segundo os grupos telenfermagem e visita presencial. As variáveis contemplam condições clínicas específicas e a realização dos respectivos registros no calendário cirúrgico, mapa cirúrgico ou prontuário, sendo apresentada a frequência absoluta, percentual e o valor de “p” para comparação entre os grupos (NA).

Tabela 24 - Caracterização das intervenções de registro por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p*
	Telenfermagem		Visita		
	n	(%)	n	(%)	
Registrar no calendário cirúrgico a utilização do POP de paciente obeso/desnutrido no transoperatório					NA
Sim	34	(100,0)	33	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Dificuldade de marcha: Registrar no calendário cirúrgico que o paciente tem dificuldade de deambular					0,507‡
Sim	6	(85,71)	16	(94,12)	
Não	1	(14,29)	1	(5,88)	
Alergia: Registrar no mapa cirúrgico os pacientes alérgicos e as substâncias que desencadeiam os alérgenos.					1,000‡
Sim	19	(82,61)	21	(84,0)	
Não	04	(17,39)	04	(16,0)	
Alergia a látex: Registrar no mapa cirúrgico, utilização do POP para paciente alérgico a látex no transoperatório					0,250‡
Sim	3	(100,0)	0	(0,0)	
Não	0	(0,0)	1	(100,0)	
Implante de prótese, órtese, fragmento metálico: Registrar em calendário cirúrgico e prontuário, local da placa ou fragmentos metálicos, confirmar por exame de imagem (conduta médica), prótese de silicone e nasal (quando couber)					0,389‡
Sim	6	(85,71)	11	(100,0)	
Não	1	(14,29)	0	(0,0)	
Marcapasso: Registrar no mapa cirúrgico e no prontuário					NA
Sim	0	(0,0)	1	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Tatuagem: Registrar em mapa cirúrgico e prontuário a quantidade e locais das tatuagens					1,000‡
Sim	22	(95,65)	18	(100,0)	
Não	01	(4,35)	0	(0,0)	
Cirurgias anteriores: Registrar cirurgias anteriores, há quanto tempo ocorreu					1,000‡
Sim	66	(98,51)	62	(98,41)	
Não	1	(1,49)	1	(1,59)	
Cirurgias anteriores: Se houve alguma intercorrência					1,000‡
Sim	4	(5,97)	4	(6,35)	
Não	63	(94,3)	59	(93,65)	
Mastectomia: Registrar no calendário cirúrgico e prontuário, lateralidade a quanto tempo ocorreu					1,000‡

Variáveis	Grupo				Valor de p*
	Telenfermagem		Visita		
	n	(%)	n	(%)	
Sim	4	(100,0)	3	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Medicamentos: Registrar medicações em uso					1,000‡
Sim	68	(100,0)	59	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).Notas: Células com valores muito baixos (≤1), não foi realizado o cálculo do valor de p, devido à limitação estatística e ao risco de interpretações imprecisas. Nesses casos, os resultados foram apresentados apenas de forma descritiva.

A Tabela 24 demonstra que as variáveis associadas as intervenções de enfermagem pré-operatória foram de modo geral homogênea entre os grupos telenfermagem e visita presencial, indicando perfis assistenciais comparáveis quanto a fatores que podem interferir na segurança do paciente no período perioperatório. A equivalência dessas variáveis reduz o risco de viés e fortalece a validade interna do estudo, especialmente no que se refere à análise de eventos evitáveis, como o cancelamento cirúrgico. Esses achados sugerem que a modalidade de atendimento pode influenciar a sistematização da coleta e do registro de informações clínicas relevantes para o planejamento do cuidado perioperatório. A literatura aponta que a padronização de registros clínicos é um componente essencial da segurança do paciente no ambiente cirúrgico, pois permite a identificação antecipada de fatores de risco, facilita a comunicação entre equipes multiprofissionais e contribui para a tomada de decisão clínica baseada em informações completas e atualizadas. Nesse contexto, a utilização de protocolos estruturados durante a avaliação pré-operatória tende a favorecer o registro sistemático de dados relevantes, reduzindo omissões e fortalecendo a continuidade do cuidado (Fowler et al., 2022; Agency for Healthcare Research and Quality, 2020).

Adicionalmente, o fato de algumas dessas intervenções não apresentarem diferença estatística entre os grupos pode indicar que determinadas informações clínicas são reconhecidas de forma consistente independentemente da modalidade de consulta. Isso sugere que tanto a telenfermagem quanto a visita presencial foram capazes de identificar condições relevantes para a segurança perioperatória, reforçando o potencial da telemedicina como ferramenta complementar na avaliação pré-operatória. Estudos recentes demonstram que modelos híbridos

de cuidado, que combinam avaliação remota e presencial, podem otimizar o fluxo assistencial, ampliar o acesso à avaliação pré-operatória e manter níveis adequados de qualidade e segurança no cuidado cirúrgico (Gunter et al., 2021; Shah et al., 2022).

A Tabela 25 apresenta a caracterização das intervenções de orientação por tipo de consulta recebida. Os itens com resultado de NA (não aplicável), foi devido não ter havido variabilidade entre os grupos, não sendo possível aplicar o teste de associação.

Tabela 25 - Caracterização das intervenções de orientação por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Orientar (os que ainda não assinaram) o paciente/família sobre a obrigatoriedade de assinar o TCLE cirúrgico					<0,001
Sim	41	(51,25)	18	(22,50)	
Não	39	(48,75)	62	(77,50)	
Orientar (os que ainda não assinaram) o paciente/família sobre a obrigatoriedade de assinar o TCLE anestésico					0,018‡
Sim	09	(11,25)	01	(1,25)	
Não	71	(8875)	79	(98,75)	
Orientar os pacientes/acompanhante em relação ao procedimento cirúrgico proposto					0,210‡
Sim	05	(6,25)	1	(1,25)	
Não	75	(93,75)	79	(98,75)	
HAS - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação					NA
Sim	39	(100,0)	38	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Diabetes - Conduzir o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação e controle do diabetes					NA
Sim	13	(100,0)	13	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Cardiopatia - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento da cardiopatia, incluindo o uso da medicação					NA
Sim	13	(100,0)	5	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação para TVP					NA
Sim	5	(100,0)	7	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Aparelho respiratório, incluindo DPOC - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação para DPOC					NA
Sim	11	(68,75)	1	(25,00)	

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Não	5	(31,25)	3	(75,00)	
Aparelho Urinário - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação para doença do aparelho urinário					NA
Sim	8	(100,0)	5	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Constipação - Orientar o paciente a buscar orientação médica e se permanecer o quadro no dia da chamada para internação, informar a clínica					NA
Sim	4	(100,0)	1	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Outras comorbidades - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação					0,506‡
Sim	44	(95,65)	34	(100,0)	
Não	02	(4,35)	0	(0,0)	
Dependência para atividades de rotina – Orientar o paciente a vir acompanhado e/ou trazer aparelhos de auxílio (andador, bengala) para realizar atividades de rotina, como movimentos de sentar, deitar, levantar					NA
Sim	12	(100,0)	0	(0,0)	
Não	0	(0,0)	14	(100,0)	
História prévia de queda – Orientar paciente se afastar do motivo que o levou a queda					1,000‡
Sim	12	(80,00)	3	(100,0)	
Não	3	(20,00)	0	(0,0)	
Doenças osteomioarticulares - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação					NA
Sim	6	(100,0)	17	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Histórico de AVC - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia					NA
Sim	1	(100,0)	7	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Alergia - Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia					NA
Sim	19	(100,0)	21	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Acuidade visual – Orientar o paciente a retirada dos óculos e lentes de contato					NA
Sim	58	(100,0)	57	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Avaliação oral - Orientar o paciente sobre os riscos de ser intubado com dentes quebrados/amolecidos					NA
Sim	14	(100,0)	22	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Avaliação oral - Orientá-lo a possibilidade de uma consulta odontológica para informar que passará por procedimento anestésico (intubação)					NA
Sim	11	(100,0)	0	(0,0)	
Não	0	(0,0)	5	(100,0)	
Prótese dentária - Orientar paciente a retirada da(s) prótese (s) e informá-lo sobre os riscos de permanecer com as mesmas durante procedimento anestésico/cirúrgico					0,502‡
Sim	40	(95,24)	34	(100,0)	
Não	2	(4,76)	0	(0,0)	
Prótese auditiva externa - Orientar o paciente a retirar a prótese auditiva externa antes de ir para centro cirúrgico, na dependência total do mesmo, informá-lo que deverá ser retirada no centro cirúrgico após sua admissão e devolvida ao responsável através de protocolo institucional					NA
Sim	1	(100,0)	1	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Consumo de bebida alcoólica - Orientar se possível não consumir bebida alcoólica até a data da cirurgia					NA
Sim	18	(85,71)	0	(0,0)	
Não	3	(14,29)	19	(100,0)	
Tabagismo - Orientar se possível não fumar até a data da cirurgia					NA
Sim	13	(100,0)	0	(0,0)	
Não	0	(0,0)	7	(100,0)	
Consumo de drogas - Orientar se possível não usar drogas até a data da cirurgia					NA
Sim	4	(100,0)	0	(0,0)	
Não	0	(0,0)	2	(100,0)	
Implante de prótese, órtese, fragmento metálico - Orientar equipe quanto local de instalação da placa de retorno/dispersiva (placa neutra do bisturí elétrico), deve ser instalada distante de materiais metálicos					NA
Sim	7	(100,0)	11	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Piercing - Orientar paciente/responsável a retirada dos piercings, verificar se no local está com sinais de inflamação e explicar os fatores de risco pela permanência dos mesmos durante procedimento anestésico/cirúrgico.					NA
Sim	9	(100,0)	2	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Tatuagem - Orientar a equipe a não instalar placa de retorno/dispersiva do bisturi elétrico sobre tatuagem					NA
Sim	23	(100,0)	20	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Unhas postiças (acrigel) – Orientar a remoção das unhas postiças e explicar os fatores de risco pela permanência das mesmas durante procedimento anestésico/cirúrgico.					NA
Sim	3	(100,0)	8	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Cílios postiços(fixos) - Orientar a retirada dos cílios postiços explicar os fatores de risco pela permanência dos mesmos durante procedimento anestésico/cirúrgico.					NA
Sim	3	(100,0)	4	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Aplique de cabelos sintéticos/naturais – Orientar a retirada dos cabelos sintéticos/adereços dos mesmos (ambiente domiciliar) e perucas (leito hospitalar antes de ir para CC) e explicar os riscos de permanência dos mesmos durante procedimento anestésico/cirúrgico.					NA
Sim	3	(100,0)	3	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Fitoterápicos - Orientar não utilizar os que funcionam como anticoagulantes					NA
Sim	14	(100,0)	2	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Anticoagulante - Orientar não utilizar sem prescrição médica					NA
Sim	6	(100,0)	2	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).Notas: Células com valores muito baixos (≤1), não foi realizado o cálculo do valor de p, devido à limitação estatística e ao risco de interpretações imprecisas. Nesses casos, os resultados foram apresentados apenas de forma descritiva.

Observou-se maior frequência de orientações relacionadas à assinatura do TCLE cirúrgico (P<0,001) e anestésico (P=0,018) com diferenças estatisticamente significativas. Já a orientação sobre o procedimento cirúrgico (P=0,210) não apresentou diferença significativa entre os grupos, sugerindo distribuição semelhante dessa intervenção.

Esse achado está relacionado ao fato citado anteriormente na discussão da tabela 06, onde o presente estudo, apresenta a clínica da ginecologia, responsável por grande parte dos participantes do grupo telenfermagem, a assinatura do TCLE cirúrgico ocorre no momento da internação hospitalar, imediatamente antes da realização do procedimento. Dessa forma, durante a telenfermagem pré-operatória, no momento da intervenção muitos pacientes ainda não haviam formalizado a assinatura do documento, o que explica o número mais elevado de participantes que relataram não ter assinado o TCLE nesse grupo (n=39). A assinatura do TCLE contribui para redução de atrasos e cancelamentos cirúrgicos, além de fortalecer a segurança do paciente e a comunicação entre equipe e usuário. A obtenção adequada do consentimento informado é considerada componente essencial da segurança perioperatória, sendo

recomendada por diretrizes internacionais de segurança cirúrgica (World Health Organization, 2009; Joint Commission International, 2023).

Porém para o resultado do TCLE anestésico, está relacionado ao momento em que ocorre a visita presencial, paciente já internado, sem pendências de exames para liberação do risco cirúrgico. Ainda assim, a telenfermagem mostrou capacidade de identificar pacientes que não haviam assinado o documento, permitindo intervenções antecipadas. A verificação do consentimento anestésico é recomendada como parte do checklist de segurança cirúrgica e constitui etapa fundamental para prevenção de eventos adversos e garantia da segurança do paciente (World Health Organization, 2009; Association of periOperative Registered Nurses, 2023).

De modo geral, as intervenções de outras comorbidades (P=0,506), história prévia de queda (P=1,000) e prótese dentária (P=0,502) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos, indicando que tanto a telenfermagem quanto a visita presencial foram eficazes na realização da maioria das orientações de enfermagem no período pré-operatório. Esse resultado sugere que a telenfermagem apresenta desempenho comparável à avaliação presencial na identificação e orientação de fatores de risco perioperatórios, reforçando sua aplicabilidade como estratégia segura e viável na prática clínica. A literatura destaca que a teleconsulta tem demonstrado eficácia semelhante à avaliação presencial na identificação de riscos e planejamento do cuidado perioperatório, contribuindo para a segurança do paciente e otimização do fluxo cirúrgico (Shah et al., 2022; Gunter et al., 2021).

Por fim, os resultados desta análise reforçam que a preparação pré-operatória envolve um conjunto abrangente de intervenções educativas e clínicas voltadas à identificação de riscos e à orientação do paciente quanto ao manejo de condições de saúde e hábitos que podem interferir no procedimento cirúrgico. Assim, a integração entre estratégias presenciais e remotas pode representar um modelo promissor para fortalecer o cuidado perioperatório, promovendo maior padronização das orientações e contribuindo para melhores resultados assistenciais (Fowler et al., 2022; Biccard et al., 2021).

Na variável referente ao aparelho respiratório, foram identificados oito casos (somados dois grupos) em que não houve realização de orientação específica. Esses pacientes apresentavam histórico de bronquite apenas na infância, sem presença de sintomas respiratórios atuais ou diagnóstico clínico ativo, não havendo indicação de orientações adicionais no período pré-operatório.

Observou-se que as variáveis dependência para atividades de rotina, avaliação oral e orientações relacionadas à interrupção ou redução do consumo de bebida alcoólica, tabagismo e uso de drogas não foram aplicáveis nos participantes do grupo de visita, considerando que estes já se encontravam internados no momento da avaliação. Nesses casos, a orientação para trazer dispositivos de auxílio à mobilidade, como andador ou bengala, bem como a recomendação de agendamento de consulta odontológica para avaliação de dentes quebrados ou amolecidos, não se mostraram pertinentes, uma vez que as condutas assistenciais já estavam sendo conduzidas no ambiente hospitalar. Da mesma forma, as orientações relacionadas à modificação de hábitos de vida, como redução ou interrupção do consumo de álcool, tabaco e drogas, tornaram-se limitadas em função da internação hospitalar prévia dos pacientes.

Em contraste, nas variáveis relacionadas ao uso de adornos — como piercing, unhas postiças, cílios postiços e apliques de cabelo —, identificadas no grupo visita, mesmo com os pacientes já internados, foram realizadas orientações quanto aos riscos associados à permanência desses itens no período transoperatório. Nesses casos, buscou-se promover a autonomia do paciente, incentivando e possibilitando a tentativa de retirada dos adornos ainda no período pré-operatório, mesmo durante a internação hospitalar, com o objetivo de reduzir riscos relacionados à segurança perioperatória.

A Tabela 26 apresenta a distribuição das demais intervenções de enfermagem conforme o tipo de consulta. Houve associação apenas para as orientações relacionadas aos tipos e avaliação de intensidade da dor e ao nível de estado emocional quanto ao esclarecimento das fases do período perioperatório. Nas demais intervenções, não foi possível estabelecer associação entre os grupos devido à ausência de variabilidade dos dados, sendo o valor de p considerado não aplicável (NA).

Tabela 26 - Caracterização de outras intervenções por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p‡
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Integridade da pele - Identificar o local da epiderme e/ou derme alteradas com lesões, escoriações, hematomas e queimaduras					NA
Sim	11	(100,0)	18	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Hemotransfusão - Identificar a causa da reação à transfusão anterior, confirmar com paciente se informou ao serviço de hemoterapia, anestesia e cirurgia					NA
Sim	1	(100,0)	0	(0,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	

Variáveis	Grupo				Valor de p‡
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Impedimento em realizar transfusão sanguínea - Confirmar se assinou o termo de recusa					NA
Sim	2	(100,0)	1	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Dor - Perguntar local da dor					NA
Sim	24	(100)	18	(100)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Dor - Explicar as diferenças dos três tipos de dores (aguda, crônica e recorrente) para facilitar identificação pelo paciente					0,175‡
Sim	24	(100,0)	16	(88,89)	
Não	0	(0,0)	2	(11,11)	
Dor - Verificar a intensidade da dor através da escala END (1 a 10), se está medicado, se não, orientar procurar consulta médica na unidade hospitalar de origem					0,175‡
Sim	24	(100,0)	16	(88,89)	
Não	0	(0,0)	2	(11,11)	
Mastectomia - Evitar utilização do membro superior da lateralidade que foi submetida à mastectomia com linfadenectomia e esvaziamento axilar					NA
Sim	4	(100,0)	3	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Medicamentos em uso - Perguntar se informou na consulta de risco cirúrgico					NA
Sim	68	(100,0)	59	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Nível de consciência - Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, percebido confuso ou obnubilado, pedir parecer do serviço de Psicologia da unidade hospitalar					NA
Sim	1	(100,0)	0	(0,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	
Nível de orientação - Observar se o paciente encontra-se com o nível de orientação comprometido, nesse caso realizar a visita/telenfermagem com responsável legal e solicitar parecer da Psiquiatria					NA
Sim	2	(100,0)	3	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	

Variáveis	Grupo				Valor de p‡
	Telenfermagem		Visita		
	n	%	n	%	
Nível de estado emocional - Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável					0,246‡
Sim	77	(96,25)	80	(100,0)	
Não	3	(3,75)	0	(0,0)	
Nível de estado emocional - Percebido que o estado emocional (ansiedade, agitação, medo, tristeza ou choro) não está permitindo absorver os esclarecimentos, realizar a visita/telenfermagem com familiar/responsável e pedir parecer serviço de Psicologia da unidade hospitalar					NA
Sim	19	(100,0)	22	(100,0)	
Não	0	(0,0)	0	(0,0)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).
† Teste Qui-quadrado de Pearson.
‡ Teste Exato de Fisher.
Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).Notas: Células com valores muito baixos (≤1), não foi realizado o cálculo do valor de p, devido à limitação estatística e ao risco de interpretações imprecisas. Nesses casos, os resultados foram apresentados apenas de forma descritiva. Não foi possível realizar análise inferencial devido à ausência de variabilidade nos dados, sendo os resultados apresentados de forma descritiva.

A tabela 26 apresenta associação apenas para as orientações relacionadas aos tipos e avaliação da intensidade da dor e ao nível de estado emocional quanto ao esclarecimento das fases do período perioperatório. A literatura destaca que a consulta de enfermagem pré-operatória tem como objetivo identificar condições clínicas que possam interferir no procedimento anestésico-cirúrgico, promover educação em saúde e reduzir complicações perioperatórias, independentemente da modalidade de atendimento utilizada (Gillespie et al., 2023; Rothrock, 2022).

As intervenções referentes à orientação sobre os tipos de dor e à avaliação da intensidade por meio da escala END apresentaram alta frequência de realização em ambos os grupos, não sendo observada associação estatisticamente significativa com o tipo de consulta realizada (p=0,175).

Destaca-se, na variável nível de estado emocional — esclarecimento sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, que, no grupo telenfermagem, três participantes foram classificados como não tendo recebido esclarecimento. Esse achado pode estar relacionado tanto à possibilidade de o profissional ter realizado a orientação e não ter registrado no formulário de coleta de dados, quanto à eventual não realização do esclarecimento por falha pontual no processo assistencial. Ressalta-se que, considerando o reduzido número de

ocorrências, esse resultado deve ser interpretado com cautela, não sendo possível afirmar, de forma conclusiva, a ausência efetiva da orientação nesses casos.

Nesse sentido, os resultados encontrados sugerem que tanto a telenfermagem quanto a consulta presencial foram capazes de contemplar adequadamente essas intervenções, indicando que o uso de tecnologias de comunicação não compromete a qualidade da avaliação de enfermagem. Estudos recentes têm demonstrado que a telenfermagem no contexto perioperatório apresenta resultados comparáveis à consulta presencial, especialmente quando utilizada com protocolos estruturados e instrumentos padronizados de avaliação. Além disso, essa modalidade pode ampliar o acesso ao cuidado, reduzir deslocamentos desnecessários e otimizar o fluxo assistencial, mantendo níveis adequados de segurança e satisfação dos pacientes (Greenhalgh et al., 2022; American College of Surgeons, 2023).

Outro conjunto de intervenções relevantes refere-se à avaliação do estado cognitivo, emocional e do nível de consciência do paciente. As intervenções voltadas ao esclarecimento sobre as fases do período perioperatório e à identificação de alterações emocionais, como ansiedade, medo ou agitação, demonstram a preocupação da enfermagem em abordar aspectos psicossociais que podem impactar a compreensão das orientações e a adesão ao tratamento. Estudos indicam que a ansiedade pré-operatória está associada a maior percepção de dor, aumento do consumo de analgésicos e recuperação mais lenta, reforçando a importância da abordagem educativa e do suporte emocional durante a consulta de enfermagem (Powell et al., 2022; Mitchell, 2023).

A inexistência de diferenças estatísticas entre os demais grupos também pode indicar que a telenfermagem foi capaz de reproduzir, em grande parte, a dinâmica da consulta presencial, especialmente para intervenções baseadas em entrevista clínica, orientação e avaliação subjetiva do paciente. Nesse contexto, a utilização de protocolos estruturados e roteiros de avaliação contribui para garantir a uniformidade das intervenções e minimizar possíveis limitações inerentes à ausência do exame físico presencial. Assim, a telenfermagem surge como uma alternativa viável e segura para a realização da avaliação pré-operatória de enfermagem, desde que integrada a fluxos assistenciais bem definidos (Monaghesh & Hajizadeh, 2024).

A literatura metodológica destaca que amostras com baixa ocorrência do desfecho podem dificultar a identificação de relações estatísticas mesmo quando existem associações clínicas relevantes (Kim, 2023).

A Tabela 27 apresenta os resultados comparativos entre os grupos telenfermagem e visita presencial, avaliados no momento da admissão no centro cirúrgico, com o objetivo de verificar o cumprimento das orientações fornecidas durante a intervenção de enfermagem pré-operatória. Observa-se que os pacientes submetidos à telenfermagem apresentaram maior adesão às orientações pré-operatórias, com resolução dos fatores de risco ainda no ambiente domiciliar, enquanto no grupo visita foram identificadas situações que demandaram intervenções adicionais no período imediato à cirurgia, incluindo casos que resultaram em suspensão do procedimento cirúrgico.

Tabela 27 — Pacientes que apresentaram fatores de risco na admissão no centro cirúrgico segundo grupo de intervenção. N = 160

Pacientes que apresentaram fatores de risco na admissão do centro cirúrgico pós orientações				
Fatores de risco	**Telenfermagem**		**Visita**	
Integridade da pele	4/11	4 (36,36%) pacientes foram admitidos com lesões cutâneas previamente identificadas	18/18	18 (100%) dos pacientes foram admitidos com lesões cutâneas. Não houve tempo hábil para orientação e cuidados pré-operatórios
Prótese dentária	42/42	42 (100%) dos pacientes removeram previamente a prótese dentária	1/34	01 (2,94%) paciente relatou não ter compreendido orientação e chegou no CC para admissão com prótese dentária
Dispositivo ocular	58/58	58 (100%) dos pacientes removeram o dispositivo ocular antes do momento da admissão no CC	57/57	57 (100%) dos pacientes removeram o dispositivo ocular antes do momento da admissão no CC
Prótese auditiva externa	1/1	01 (100%) dos pacientes removeram previamente a prótese auditiva devido ter audição parcial	1/1	01 (100%) paciente não removeu devido perda auditiva total; retirada realizada com devolução aos familiares após admissão (protocolo) no CC.
Unhas Postiças	3/3	03 (100%) das pacientes removeram previamente as unhas postiças	5/8	05 (62,5%) se apresentaram no CC com unhas postiças porém 03 (37,8%) das pacientes conseguiram remover com auxílio de familiar mesmo já estando internadas
Cílios Postiços	3/3	03 (100%) das pacientes removeram previamente os cílios postiços	1/4.	03 (75%) pacientes removeram; 01 (25%) não conseguiu e teve a cirurgia suspensa devido à presença dos cílios e cabelos sintéticos fixos
Apliques e perucas	3/3	03 (100%) das pacientes removeram previamente os cabelos sintéticos/perucas	2/3	01 (33,33%) paciente removeu (peruca); 02 (66,66%) não conseguiram e tiveram suas cirurgias suspensas.
Piercing	9/9	09 (100%) das pacientes removeram previamente os piercings	1/1	01 (50%) paciente removeu na enfermaria e 01 (50%) paciente autorizou remoção do piercing pela equipe de enfermagem do CC após

	admissão, afim de evitar suspensão da cirurgia.

Fonte: elaborado pela autora, 2026.

Valores apresentados em frequência absoluta dos pacientes que apresentaram fatores de risco identificados na admissão no centro cirúrgico. Suspensão cirúrgica relacionada à presença de fatores de risco não corrigidos previamente.

A tabela 27 apresenta os pacientes que ainda apresentavam fatores de risco no momento da admissão no centro cirúrgico, segundo o grupo de intervenção. Observou-se que, no grupo telenfermagem, houve maior adesão às orientações pré-operatórias, com resolução dos fatores de risco ainda no ambiente domiciliar. Verificou-se a remoção prévia de próteses dentárias, próteses auditivas, unhas postiças, cílios postiços, apliques capilares e piercings, demonstrando efetividade da intervenção remota na preparação do paciente para o procedimento cirúrgico.

Além disso, a permanência de próteses, adornos, cílios postiços e apliques capilares pode representar risco de queimaduras por eletrocautério, aspiração, lesões cutâneas e contaminação do campo cirúrgico, justificando a necessidade de sua remoção previamente ao procedimento cirúrgico (AORN, 2023; SOBECC, 2021). Dessa forma, a identificação antecipada desses fatores por meio da telenfermagem reforça a relevância dessa estratégia para a segurança do paciente cirúrgico.

Em contrapartida, no grupo visita, foram identificadas situações em que não houve tempo hábil para orientação prévia, sendo necessária a realização de intervenções no momento da admissão, incluindo remoções após internação e, em alguns casos, suspensão do procedimento cirúrgico, principalmente relacionadas à presença de apliques capilares fixos e cílios postiços. Destaca-se ainda que pacientes admitidos com lesões cutâneas foram mais frequentes no grupo visita, evidenciando menor tempo para planejamento e implementação de cuidados preventivos no período pré-operatório.

Estudos apontam que a avaliação pré-operatória de enfermagem realizada de forma antecipada contribui para a redução de eventos adversos, cancelamentos cirúrgicos e atrasos na programação cirúrgica, além de melhorar a preparação do paciente e a comunicação entre equipe e usuário (MENDES et al., 2021; GILBERT et al., 2020). Nesse contexto, a telenfermagem apresenta-se como uma estratégia eficaz, especialmente para pacientes oncológicos, que frequentemente apresentam múltiplas comorbidades e fatores de risco associados ao período perioperatório.

A Tabela 28 caracteriza a ocorrência dos desfechos relacionados às cirurgias. Os desfechos queimadura por ignição e eventos adversos não mostraram ocorrência. O cancelamento de cirurgia teve prevalência de 2,5% na amostra total.

Tabela 28 - Caracterização da ocorrência dos desfechos relacionados às cirurgias. N=160

Desfechos	Sim		Não	
	N	%	N	%
Queimadura por ignição	0	(0,0)	160	(100,0)
Cancelamento de cirurgia	4	(2,50)	156	(97,50)
Eventos adversos	0	(0,0)	160	(100,0)

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Do ponto de vista metodológico, a ausência de ocorrência dos desfechos queimadura por ignição da corrente elétrica e eventos adversos na amostra analisada (N=160) deve ser interpretada com cautela. Embora os resultados possam sugerir um cenário assistencial seguro, a inexistência de registros desses eventos não implica necessariamente ausência de risco, uma vez que determinados incidentes relacionados ao cuidado cirúrgico apresentam baixa incidência na prática clínica, sendo classificados na literatura como eventos raros, porém potencialmente graves. Estudos internacionais indicam que queimaduras relacionadas ao uso de dispositivos eletrocirúrgicos e incêndios em ambiente cirúrgico possuem incidência extremamente baixa quando comparados a outros tipos de eventos adversos perioperatórios, especialmente em instituições que adotam protocolos de segurança estruturados e práticas sistematizadas de prevenção (AORN, 2023).

Adicionalmente, o tamanho da amostra pode influenciar diretamente a probabilidade de identificação de eventos pouco frequentes. Em estudos observacionais com amostras relativamente reduzidas, como no presente estudo, a ocorrência de eventos raros pode não ser capturada estatisticamente, mesmo quando o risco teórico está presente no ambiente assistencial. Dessa forma, a ausência de registros de queimaduras por ignição ou de eventos adversos pode refletir tanto a efetividade das estratégias de prevenção implementadas quanto a própria baixa probabilidade de ocorrência desses eventos em amostras limitadas, o que é amplamente discutido em estudos epidemiológicos que investigam incidentes raros na área da segurança do paciente (Reason, 2000; Vincent, Burnett & Carthey, 2013).

Apesar dessas considerações, os resultados observados podem refletir, em parte, a adoção de práticas assistenciais voltadas à segurança do paciente no período perioperatório, incluindo avaliação pré-operatória estruturada, identificação precoce de fatores de risco e

implementação de protocolos institucionais de prevenção de eventos adversos. Tais estratégias têm sido amplamente descritas na literatura como fundamentais para a redução de incidentes no ambiente cirúrgico, especialmente quando associadas à capacitação das equipes e à utilização de ferramentas padronizadas de verificação, como o checklist de cirurgia segura (SOBECC, 2021; AORN, 2023).

Assim, a ausência de ocorrência dos desfechos analisados neste estudo deve ser compreendida dentro do contexto metodológico e assistencial em que a pesquisa foi realizada, considerando tanto as limitações relacionadas ao tamanho da amostra e à raridade dos eventos quanto as possíveis contribuições das práticas institucionais de segurança adotadas no serviço.

Entretanto, nem sempre há tempo hábil para que todas as orientações fornecidas previamente ao paciente sejam efetivamente cumpridas, sobretudo em situações em que a internação ocorre em curto intervalo de tempo antes da cirurgia ou quando o paciente já se encontra hospitalizado no momento da avaliação pré-operatória. Nesses casos, durante a visita pré-operatória ou no momento da admissão no centro cirúrgico, a equipe de enfermagem realiza nova avaliação clínica e ambiental com o objetivo de identificar fatores de risco ainda presentes que possam comprometer a segurança do procedimento. Na prática assistencial, observa-se que os profissionais frequentemente buscam minimizar ou eliminar esses fatores naquele momento, de modo a garantir condições adequadas para a realização segura da cirurgia e evitar seu cancelamento. Essa situação adquire maior complexidade no contexto do Sistema Único de Saúde, especialmente no cuidado a pacientes oncológicos, que frequentemente enfrentam longos períodos de espera para acesso ao tratamento cirúrgico. Diante dessa realidade, a equipe multiprofissional pode adotar estratégias imediatas para a resolução de fatores de risco identificados no momento da admissão, visando evitar novos adiamentos do procedimento e possíveis repercussões negativas no prognóstico do paciente. No entanto, é necessário reconhecer que determinadas intervenções podem ultrapassar o escopo de atuação ou as competências técnicas de alguns profissionais, o que evidencia a importância de protocolos institucionais claros e da definição adequada das responsabilidades profissionais. Dessa forma, a gestão dos riscos no ambiente cirúrgico deve ocorrer de maneira estruturada e respaldada por diretrizes institucionais, garantindo que as ações adotadas para viabilizar o procedimento cirúrgico não comprometam a segurança do paciente nem da equipe assistencial (SOBECC, 2021; AORN, 2023).

A falta de ocorrência de queimaduras por ignição e de eventos adversos na amostra estudada sugere um cenário assistencial com adequada adesão às práticas de segurança no

período perioperatório, especialmente no que se refere ao uso seguro de dispositivos eletrocirúrgicos, manejo de oxigênio suplementar e aplicação de protocolos de prevenção de eventos evitáveis. A literatura aponta que a implementação sistemática de medidas de segurança, como checklists cirúrgicos, protocolos institucionais e capacitação das equipes, está associada à redução significativa de eventos adversos relacionados ao cuidado cirúrgico, incluindo incidentes raros, porém potencialmente graves, como queimaduras por ignição (World Health Organization, 2021).

O cancelamento de cirurgias, observado em 2,5% da amostra, apresenta prevalência inferior àquela descrita em estudos nacionais e internacionais recentes, que relatam taxas variando entre 5% e 20%, frequentemente associadas a falhas organizacionais, preparo inadequado do paciente ou indisponibilidade de recursos. Esse resultado pode refletir um planejamento pré-operatório eficaz, com avaliação clínica adequada e comunicação eficiente entre as equipes envolvidas no processo cirúrgico, aspectos reconhecidos como fundamentais para a redução de cancelamentos evitáveis e para a melhoria da eficiência dos serviços de saúde (Macedo et al., 2022).

Na Tabela 29 tem-se a distribuição da ocorrência de cancelamento de cirurgias por tipo de consulta recebida. Os quatro cancelamentos ocorridos pertenciam a pessoas que receberam visita, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,043). Não foi possível estimar OR (IC95%) em virtude da ausência de cancelamentos no grupo que recebeu a telenfermagem.

Tabela 29 - Distribuição da ocorrência de cancelamento de cirurgias por tipo de consulta recebida. N=160

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Telenfermagem		Visita		
	N	%	N	%	
Cancelamento de cirurgia					0,043‡
Sim	0	(0,0)	4	(100,0)	
Não	80	(51,28)	76	(48,72)	

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

‡ Teste exato de Fisher.

Embora a ocorrência de cancelamento de cirurgias tenha sido baixa na amostra total (2,5%), observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos**,** concentrando-se exclusivamente entre os participantes que receberam visita presencial**.** A inexistência de cancelamentos no grupo submetido à telenfermagem impossibilitou a estimativa da razão de chances, mas sugere um possível efeito protetor dessa modalidade de acompanhamento no

preparo pré-operatório. Evidências recentes indicam que estratégias estruturadas de avaliação pré-operatória, incluindo o uso de telenfermagem, contribuem para a identificação precoce de condições clínicas e organizacionais que podem levar ao cancelamento cirúrgico, reduzindo mesmo eventos de baixa frequência e melhorando a eficiência do processo assistencial (World Health Organization, 2021).

A diferença observada entre os grupos pode estar relacionada à capacidade da telenfermagem em ampliar o tempo e as oportunidades de preparação do paciente para o procedimento cirúrgico. A avaliação pré-operatória realizada de forma antecipada permite identificar com maior antecedência condições clínicas, uso de medicamentos, presença de dispositivos ou adornos corporais e outros fatores que podem interferir na realização do procedimento. Dessa forma, a telenfermagem pode favorecer a resolução prévia dessas situações, reduzindo a probabilidade de cancelamentos no dia da cirurgia. Estudos recentes têm demonstrado que a utilização de tecnologias de telemedicina no preparo pré-operatório contribui para melhorar a comunicação entre profissionais e pacientes, aumentar a adesão às orientações e reduzir falhas relacionadas ao preparo inadequado para o procedimento cirúrgico (Mann et al., 2020; Gunter et al., 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à otimização do fluxo assistencial proporcionada por estratégias de avaliação remota. A telenfermagem permite a triagem antecipada de condições clínicas que necessitam de avaliação adicional, exames complementares ou ajustes terapêuticos antes da internação hospitalar. Esse processo contribui para a redução de cancelamentos relacionados a problemas clínicos não identificados previamente ou a falhas no preparo do paciente, fatores frequentemente descritos como causas evitáveis de suspensão de cirurgias eletivas. Revisões recentes apontam que modelos estruturados de avaliação pré-operatória, especialmente quando integrados a sistemas digitais de comunicação, podem reduzir significativamente cancelamentos cirúrgicos e melhorar a utilização de salas operatórias, contribuindo para maior eficiência dos serviços de saúde (Dexter et al., 2020; Tait et al., 2022).

Adicionalmente, a telenfermagem pode favorecer maior participação do paciente no processo de cuidado, uma vez que amplia o espaço para esclarecimento de dúvidas e reforço das orientações relacionadas ao preparo pré-operatório. Esse processo educativo tem sido descrito como um fator relevante para a redução de cancelamentos cirúrgicos, especialmente aqueles associados ao não cumprimento de orientações, como jejum inadequado, uso de medicamentos contraindicados ou presença de adornos e próteses que interferem no procedimento anestésico-cirúrgico. Estudos na área de segurança do paciente indicam que

intervenções educativas realizadas no período pré-operatório estão associadas à redução de falhas no preparo cirúrgico e à diminuição de cancelamentos evitáveis (Abdallah et al., 2021; Stahel et al., 2020).

No entanto, é importante considerar que a ausência de cancelamentos no grupo submetido à telenfermagem também deve ser interpretada à luz das limitações metodológicas do estudo, especialmente no que se refere ao tamanho da amostra e à baixa frequência do desfecho observado. Em estudos com eventos raros, pequenas variações no número absoluto de ocorrências podem produzir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sem necessariamente refletir uma relação causal direta. Ainda assim, os achados sugerem que a telenfermagem pode constituir uma estratégia promissora para fortalecer o preparo pré-operatório e reduzir cancelamentos evitáveis, particularmente em contextos de alta demanda assistencial, como aqueles observados em sistemas públicos de saúde (Tait et al., 2022; Gunter et al., 2021).

O quadro 6 demonstra os motivos de suspensão de cirurgias e justificativas das mesmas por paciente.

Quadro 6 – Motivos de suspensão das cirurgias.

Paciente	Motivo de suspensão
RCB	Alergia à látex – Paciente informou na visita de enfermagem pré-operatória algumas horas antes da cirurgia, não houve tempo para acionar o Procedimento Operacional Padrão - POP específico ao procedimento.
AGS	Cabelo sintético fixo com aplique metálico e cílios postiços fixo com cola, não houve tempo para remoção dos cabelos sintéticos e cílios, paciente já internado.
CSM	Cabelo sintético fixo com aplique metálico, paciente não autorizou a remoção dos mesmos e já encontrava-se internado
HHDB	Período de realização do último ciclo de QT apenas 11 dias, fora do protocolo de 28 dias (Período NADIR)

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

No que se refere à alergia ao látex, sua associação com cancelamentos cirúrgicos pode ser explicada pelo risco de reações de hipersensibilidade potencialmente graves no ambiente cirúrgico, onde diversos dispositivos e materiais podem conter látex natural. A literatura

descreve que pacientes com alergia ao látex necessitam de planejamento específico para realização do procedimento em ambiente livre desse material, com organização prévia de equipamentos e insumos alternativos. Quando essa condição não é identificada ou comunicada adequadamente antes da admissão no centro cirúrgico, pode ser necessário adiar o procedimento até que as condições de segurança sejam garantidas. Diretrizes internacionais ressaltam que a identificação precoce dessa alergia durante a avaliação pré-operatória é fundamental para prevenir eventos adversos e evitar cancelamentos no dia da cirurgia (Kelly et al., 2021; Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy, 2022).

A ocorrência de suspensão cirúrgica entre pacientes em tratamento oncológico ativo, especialmente aqueles submetidos à quimioterapia, pode estar relacionada ao período conhecido como “nadir” hematológico, fase em que ocorre a maior supressão da medula óssea após a administração do agente quimioterápico. Nesse intervalo, que geralmente ocorre entre 7 e 14 dias após o ciclo de quimioterapia, observa-se redução significativa de leucócitos, neutrófilos e, em alguns casos, plaquetas, aumentando o risco de infecções, sangramentos e complicações pós-operatórias. Em contextos oncológicos ou de imunossupressão, por exemplo, o timing da cirurgia deve considerar não apenas a resolução de condições transitórias, mas também a recuperação do estado clínico geral para diminuir complicações pós-operatórias, algo enfatizado em revisões sobre avaliação perioperatória e protocolos de otimização (American College of Surgeons / Strong for Surgery; Fowler et al., 2022).

Dessa forma, a realização de procedimentos cirúrgicos durante esse período é frequentemente contraindicada, sendo recomendada a postergação do procedimento até que haja recuperação adequada dos parâmetros hematológicos e estabilidade clínica do paciente. Diretrizes internacionais de manejo perioperatório em pacientes oncológicos destacam que o planejamento do momento cirúrgico deve considerar o intervalo em relação ao tratamento sistêmico, uma vez que a imunossupressão transitória decorrente da quimioterapia pode comprometer a cicatrização, elevar o risco de complicações infecciosas e aumentar a morbidade perioperatória. Assim, a suspensão observada entre os pacientes avaliados presencialmente pode refletir uma medida de segurança clínica baseada na identificação tardia do estado hematológico ou do momento do ciclo terapêutico, reforçando a importância de uma avaliação pré-operatória cuidadosa e da coordenação entre equipes cirúrgicas e oncológicas no planejamento do procedimento (Cordeiro et al., 2022; American Society of Clinical Oncology, 2021).

Ademais, a literatura evidencia que adiar cirurgias eletivas em pacientes com condições clínicas não otimizadas reduz taxas de cancelamento no dia do procedimento e melhora resultados clínicos, reforçando a importância de uma janela de preparo pré-operatório estruturada e baseada em indicadores de risco claros (Zaeem et al., 2025; Strong for Surgery, 2019).

Outro achado relevante foi a associação entre cancelamento cirúrgico e uso de apliques de cabelos sintéticos ou naturais. Embora esse fator seja menos explorado na literatura epidemiológica, ele se relaciona diretamente às recomendações de segurança no ambiente cirúrgico, especialmente quando há utilização de dispositivos eletrocirúrgicos e administração de oxigênio suplementar. Materiais sintéticos ou elementos metálicos presentes em apliques capilares podem representar risco potencial de ignição ou interferência no posicionamento adequado do paciente e na organização do campo operatório. Diretrizes de enfermagem perioperatória destacam que a presença de adornos, próteses ou materiais sintéticos deve ser avaliada e removida antes da cirurgia sempre que possível, uma vez que esses elementos podem comprometer a segurança do procedimento e aumentar o risco de incidentes intraoperatórios (Association of periOperative Registered Nurses, 2023; Sobecc, 2021).

Além disso, os resultados reforçam a importância de estratégias de avaliação pré-operatória estruturadas e antecipadas, capazes de identificar fatores de risco potencialmente modificáveis antes da admissão hospitalar. A literatura tem demonstrado que modelos organizados de triagem pré-operatória, incluindo consultas presenciais ou remotas, permitem detectar condições clínicas e aspectos comportamentais que poderiam resultar em cancelamentos no dia da cirurgia. Esse processo contribui não apenas para a segurança do paciente, mas também para a eficiência do sistema de saúde, reduzindo desperdício de recursos e melhorando a utilização das salas operatórias (Macario, 2020; Fowler et al., 2022).

Por fim, é importante considerar que, mesmo com o número reduzido de eventos observado no presente estudo, a identificação de associações estatisticamente significativas com fatores específicos sugere que determinados aspectos clínicos e comportamentais podem exercer impacto relevante sobre a ocorrência de cancelamentos cirúrgicos. Esses achados reforçam o papel central da avaliação pré-operatória realizada pela equipe multiprofissional, especialmente pela enfermagem perioperatória, na identificação de riscos e na implementação de intervenções preventivas. Dessa forma, estratégias que ampliem a capacidade de triagem e orientação dos pacientes antes do procedimento cirúrgico podem contribuir para reduzir

cancelamentos evitáveis e fortalecer a segurança do cuidado no ambiente cirúrgico (Fowler et al., 2022; Dexter et al., 2020).

A literatura de enfermagem perioperatória destaca que adornos corporais, próteses e materiais sintéticos devem ser removidos previamente ao procedimento cirúrgico sempre que possível, uma vez que podem interferir na monitorização anestésica, no posicionamento do paciente e na segurança do uso de equipamentos eletrocirúrgicos. Quando tais elementos não são identificados ou manejados adequadamente antes da admissão no centro cirúrgico, pode ser necessário adiar o procedimento até que as condições de segurança sejam restabelecidas (AORN, 2023; SOBECC, 2021).

Além disso, os resultados desta análise evidenciam a relevância da avaliação pré-operatória estruturada como estratégia fundamental para a redução de cancelamentos cirúrgicos evitáveis. Estudos internacionais demonstram que programas organizados de triagem pré-operatória permitem identificar com antecedência fatores clínicos, comportamentais e ambientais que podem comprometer a realização do procedimento, possibilitando intervenções precoces e melhor planejamento assistencial. Essa abordagem contribui não apenas para a segurança do paciente, mas também para a eficiência dos serviços cirúrgicos, reduzindo desperdício de recursos, tempo ocioso em salas operatórias e frustração dos pacientes decorrente de cancelamentos de última hora (Macario, 2020; Fowler et al., 2022). Dessa forma, os achados do presente estudo reforçam a necessidade de fortalecer estratégias de avaliação pré-operatória antecipada e sistematizada, capazes de identificar fatores de risco potencialmente modificáveis antes da admissão hospitalar e, consequentemente, reduzir a ocorrência de cancelamentos cirúrgicos no dia do procedimento.

4.4.4 Transcrição de falas de pacientes submetidos à telenfermagem no dia da admissão no centro cirúrgico

"Foi bom, me senti segura por vocês já me conhecerem" (enfª AZL)

"Quando terminou a teleconsulta, imediatamente me desmontei "risos" tirei cílios postiços, cabelos sintéticos, unhas de acrigel e piercing." (enfª SL)

"Achei ótima a teleconsulta com a enfermeira, ela foi muito simpática, tirou todas as minhas dúvidas, fiquei satisfeita e mais segura em relação a cirurgia" (enfª LP)

"Diferente recebermos ligação pra entrevista, ainda de vídeo, foi muito bom" (enfº SJ)

“Esse cuidado todo com paciente do SUS” (enfª TF)

“Como estou nessa condição, desfigurado, perdi clientes e colegas pensando que é uma doença contagiosa, a gente se sente completamente abandonado, hoje estou muito feliz com toda essa atenção comigo” (enfª RC)

“Consegui ficar sem fumar desde a teleconsulta, já tem mais de um mês, agora consegui parar de vez” (enfª SL)

“Eu fiquei muito deprimido depois que assinei o TCLE cirúrgico com termos de riscos inclusive de amputação, mas depois que a enfermeira fez a teleconsulta e conversou comigo, saiu um peso das costas, fiquei mais aliviado, voltei até a sorrir” (enfºs Residentes/Fellows)

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Para atingir as 80 telenfermagens pré-operatórias (TEPO) com aplicabilidade clínica das intervenções de enfermagem e resultados, conforme estipulado na proposta metodológica, foi necessário realizar 108 telenfermagens. Esse aumento ocorreu devido a fatores impeditivos identificados desde a entrada do paciente na fila de agendamento da clínica cirúrgica até a realização da cirurgia, incluindo a não liberação do risco cirúrgico pela clínica de anestesia, indisponibilidade de vaga em Centro de Terapia Intensiva (CTI), alterações no estado clínico do paciente durante o intervalo entre avaliação e procedimento, além de deliberação para cuidados paliativos, entre outros aspectos clínico-assistenciais.

Além disso, durante o período de coleta de dados da TEPO, treze pacientes não evoluíram para atendimento por videochamada, apesar das tentativas realizadas conforme estabelecido no protocolo operacional padrão. Essas perdas operacionais também contribuíram para a necessidade de ampliação do número de telenfermagens realizadas, configurando uma limitação metodológica relacionada à viabilidade e à adesão ao modelo remoto de acompanhamento.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a impossibilidade de realizar a randomização dos participantes entre os grupos comparados. A alocação dos pacientes ocorreu de forma sequencial, em decorrência de aspectos operacionais e assistenciais inerentes ao contexto de implementação da intervenção. Inicialmente, a coleta de dados foi conduzida junto aos pacientes que receberam a visita pré-operatória presencial, modalidade correspondente ao protocolo assistencial vigente na instituição. Em um segundo momento, após a implantação da

estratégia de telenfermagem pré-operatória, foram incluídos os participantes submetidos à teleconsulta. Tal característica metodológica deve ser considerada na interpretação dos resultados, em razão da possibilidade de vieses relacionados à temporalidade da coleta de dados.

Outra limitação refere-se ao tamanho da amostra, que pode não ser suficiente para capturar eventos de baixa incidência no contexto perioperatório. Em pesquisas observacionais com número limitado de participantes, pequenas variações no número absoluto de eventos podem produzir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sem necessariamente refletir uma associação causal consistente. Dessa forma, os achados devem ser interpretados como indicativos de tendência, e não como evidência definitiva do efeito da telenfermagem sobre a redução de cancelamentos cirúrgicos.

Apesar dos resultados sugerirem possível benefício da telenfermagem na redução de cancelamentos cirúrgicos, outras limitações metodológicas devem ser consideradas na interpretação dos achados. Em primeiro lugar, destaca-se a baixa frequência do desfecho cancelamento de cirurgia, observada em apenas 2,5% da amostra total. A ocorrência reduzida desse evento limita o poder estatístico do estudo para detectar diferenças entre os grupos e dificulta análises inferenciais mais robustas, como a estimativa da razão de chances (odds ratio), que não pôde ser calculada devido à ausência de cancelamentos no grupo que recebeu telenfermagem. Em estudos epidemiológicos, desfechos raros podem gerar estimativas instáveis ou amplos intervalos de confiança, o que exige cautela na interpretação dos resultados (KIM, 2023).

Outro aspecto a ser considerado é o contexto específico do cenário de estudo, realizado em um serviço de saúde inserido no Sistema Único de Saúde e voltado ao atendimento de pacientes oncológicos. Características organizacionais próprias desse contexto, como fluxos assistenciais, tempo de espera para cirurgia e estratégias institucionais de gestão de risco, podem influenciar os resultados observados e limitar a generalização dos achados para outros serviços ou realidades assistenciais.

No entanto, é importante considerar que a ausência de cancelamentos no grupo submetido à telenfermagem também deve ser interpretada à luz das limitações metodológicas do estudo, especialmente no que se refere ao tamanho da amostra e à baixa frequência do desfecho observado. Em estudos com eventos raros, pequenas variações no número absoluto de ocorrências podem produzir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sem necessariamente refletir uma relação causal direta. Ainda assim, os achados sugerem que a

telenfermagem pode constituir uma estratégia promissora para fortalecer o preparo pré-operatório e reduzir cancelamentos evitáveis, particularmente em contextos de alta demanda assistencial, como aqueles observados em sistemas públicos de saúde (Tait et al., 2022; Gunter et al., 2021).

Por fim, embora os resultados sugiram que a telenfermagem possa contribuir para a identificação precoce de fatores de risco e para o preparo adequado do paciente antes da internação hospitalar, são necessários estudos com amostras maiores, delineamentos multicêntricos para confirmar o impacto dessa estratégia na redução de cancelamentos cirúrgicos e em outros desfechos relacionados à segurança do paciente no período perioperatório.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstraram que a avaliação pré-operatória de enfermagem constitui etapa fundamental para a identificação de fatores de risco clínicos e comportamentais que podem interferir na segurança do paciente durante o período perioperatório. A comparação entre as modalidades de consulta evidenciou que a telenfermagem se apresenta como uma estratégia viável e segura para a realização dessa avaliação, possibilitando a identificação antecipada de condições relacionadas ao uso de medicamentos, presença de dor, uso de fitoterápicos e outros aspectos relevantes para o planejamento do cuidado. Além disso, a abordagem estruturada da consulta de enfermagem favorece a identificação de diagnósticos de enfermagem conforme a classificação da NANDA International, permitindo a implementação de intervenções direcionadas à prevenção de complicações perioperatórias.

Embora a ocorrência de cancelamentos cirúrgicos tenha sido baixa na amostra analisada, observou-se que todos os casos ocorreram entre os participantes que receberam visita presencial, enquanto não houve registros de cancelamento no grupo que realizou telenfermagem. Esses achados sugerem que a avaliação pré-operatória realizada de forma antecipada, mediada por tecnologias de telessaúde, pode ampliar as oportunidades de preparo do paciente, favorecer o cumprimento das orientações pré-operatórias e contribuir para a identificação precoce de condições que poderiam comprometer a realização do procedimento cirúrgico, evitando o cancelamento do mesmo.

Dessa forma, a incorporação da telenfermagem ao processo de avaliação pré-operatória de enfermagem apresenta potencial para fortalecer práticas de segurança do paciente, otimizar o fluxo assistencial e ampliar o acesso às orientações pré-operatórias, especialmente em contextos de elevada demanda assistencial. Recomenda-se que estudos futuros, com amostras maiores e delineamentos multicêntricos, aprofundem a investigação sobre o impacto da telenfermagem em desfechos clínicos e organizacionais relacionados ao cuidado cirúrgico, contribuindo para a consolidação de modelos assistenciais que integrem tecnologias digitais ao cuidado perioperatório.

REFERÊNCIAS

ABDALLAH, Carl G.; ABDALLAH, Nour; AHMED, Ahmed A. Effect of preoperative patient education on surgical outcomes and cancellation rates: a systematic review. *Patient Safety in Surgery*, London, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s13037-021-00290-2.

ABRAMS, E. M.; BECKER, A. B.; GERSTNER, T. V. Anaphylaxis related to avocado ingestion: a case and review. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, v. 7, n. 1, 2011.

ACCETTA, D. J. et al. Analysis of available diagnostic tests for latex sensitization in an at-risk population. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, v. 108, n. 2, p. 94-97, 2011.

AFONSO, C. T. et al. Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. *ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 183-186, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde*. Brasília: ANVISA, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde: ISC – Infecção de sítio cirúrgico*. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/criterios_diagnosticos_infeccoes_assistencia_saude.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). *Patient safety primer: surgical safety*. Rockville: AHRQ, 2020.

AKHTAR, A.; MACFARLANE, R. J.; WASSEM, M. Pre-operative assessment and post-operative care in elective shoulder surgery. *Open Orthopaedics Journal*, v. 7, p. 316-322, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.2174/1874325001307010316. Acesso em: 12 out. 2025.

ALLARCON, J. B. et al. Alergia ao látex. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 53, p. 89-96, 2003.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006. Acesso em: 11 out. 2025.

ALVES, V. C. et al. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, e2986, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed.: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, Glenview, v. 141, n. 2, Suppl., p. e227S-e277S, 2012.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Strong for surgery: a program to optimize patient health before surgery*. Chicago: ACS, 2019.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Strong for surgery: optimizing patient health before surgery*. Chicago: ACS, 2021.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Telehealth and surgery: recommendations for safe implementation of telemedicine in surgical care*. Chicago: ACS, 2023.

AMERICAN HEART ASSOCIATION; AMERICAN STROKE ASSOCIATION. Perioperative neurological evaluation and management to lower the risk of acute stroke in patients undergoing noncardiac, nonneurological surgery: a scientific statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*, Dallas, 2021.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. *Standards for basic anesthetic monitoring*. Schaumburg: ASA, 2015. Disponível em: https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/standards-for-basic-anesthetic-monitoring. Acesso em: 12 out. 2025.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice advisory for preanesthesia evaluation. *Anesthesiology*, Philadelphia, v. 136, n. 3, p. 407-430, 2022.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). *Management of cancer treatment-related toxicities and timing of surgery after systemic therapy: ASCO guideline*. Alexandria: ASCO, 2021. Disponível em: https://www.asco.org. Acesso em: 12 out. 2025.

AMORIM, P. R. B. C.; SOUZA, B. F. N.; LIMA FILHO, A. A. Influência das unhas artificiais na leitura da oximetria de pulso. *Avanços em Medicina*, v. 2, n. 2, p. 36-42, 2022. DOI: https://doi.org/10.52329/AvanMed.54. Disponível em: https://www.jornalavancosmedicina.com/index.php/am/article/view/79. Acesso em: 3 out. 2024.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 55, de 6 de agosto de 2008. Brasília: ANVISA, 2008.

AORN. *Guidelines for perioperative practice*. Denver: Association of periOperative Registered Nurses, 2023.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA). Recomendação prática para o manejo perioperatório de pacientes com dispositivos eletrônicos cardíacos implantáveis: marcapassos e desfibriladores cardioversores implantáveis: um relatório atualizado da Força-Tarefa da Sociedade Americana de Anestesiologistas sobre o manejo perioperatório de pacientes com dispositivos eletrônicos cardíacos implantáveis. *Anesthesiology*, v. 114, p. 247-261, 2011.

ASSERHOJ, L. L. et al. No evidence for contraindications to the use of propofol in adults allergic to egg, soy or peanut. *British Journal of Anaesthesia*, v. 116, n. 1, p. 77-82, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). *NBR IEC 60601-2-2: equipamento eletromédico — Parte 2-2: requisitos particulares para segurança básica e desempenho essencial de equipamentos cirúrgicos de alta frequência e acessórios cirúrgicos de alta frequência*. Rio de Janeiro: ABNT.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (AESOP). *Orientações para a retoma da atividade cirúrgica eletiva na fase de desconfinamento (Covid-19)*. Lisboa: AESOP, 2020. Disponível em: https://www.aesop.pt/. Acesso em: 11 out. 2025.

AUSTRALASIAN SOCIETY OF CLINICAL IMMUNOLOGY AND ALLERGY (ASCIA). *ASCIA guidelines: management of allergy and anaphylaxis in the perioperative setting*. Sydney: ASCIA, 2022.

BAHRAINWALA, J. Z. et al. Preoperative risk assessment and management in adults receiving maintenance dialysis and those with earlier stages of CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, v. 75, n. 2, 2020. DOI: https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.07.008.

BANDEIRA, T. M. et al. Validação de um protocolo de teleconsulta pré-operatória de enfermagem em hernioplastia e colecistectomia. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 28, 2023.

BARBOSA, M. H.; OLIVA, A. M. B.; SOUSA, A. L. Occurrence of perioperative injuries for surgical positioning. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 27, n. 1, 2011.

BARLETT, M. A. et al. Perioperative venous thromboembolism prophylaxis. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 95, n. 12, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.015.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 9. ed. New York: Oxford University Press, 2023.

BERNATCHEZ, S. F.; BICHEL, J. The science of skin: measuring damage and assessing risk. *Advances in Wound Care*, New Rochelle, v. 12, n. 4, 2023. DOI: https://doi.org/10.1089/wound.2022.0021.

BERRÍO VALENCIA, M. I. Perioperative anaphylaxis. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, v. 65, n. 4, p. 292-297, 2015.

BICCARD, Bruce M. et al. Association between preoperative evaluation and perioperative outcomes in patients undergoing non-cardiac surgery. *British Journal of Anaesthesia*, Oxford, v. 126, n. 3, p. 594-604, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.10.043.

BILLELO. *Gerenciamento de incêndio em sala de cirurgia*. [S. l.], 2025.

BISINOTTO, F. M. B. et al. Queimaduras relacionadas à eletrocirurgia: relato de dois casos. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, v. 67, n. 5, p. 527-534, 2017.

BOHMER, A. B.; WAPPLER, F. Preoperative evaluation and preparation of the morbidly obese patient. *Current Opinion in Anaesthesiology*, v. 30, n. 1, 2017. DOI: https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000411.

BOM, A. E. et al. Uso do diagnóstico de enfermagem "risco de sangramento" em oncologia pediátrica. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1578.

BRANDÃO, R. S. J. M.; MOURÃO, J. I. B. Tooth injury in anaesthesiology. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, v. 65, n. 6, p. 511-518, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Relatórios dos estados: eventos adversos*. Brasília: ANVISA, 2018. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/Index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ed. 60, seção 1, p. 117, 27 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 696/2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 maio 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais*. Brasília: COFEN, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-deprotocolos-de-Enfermagem-.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Hemovigilância: manual técnico de hemovigilância: investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia para o uso de hemocomponentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, de 3 de março de 2021. Dispõe sobre as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta_Circular_01.2021.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Como registrar dados de teleconsulta no e-SUS APS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/COMO_REGISTRAR_NO_e_SUS_APS_TELECONSULTA.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025*. Brasília, DF: INCA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa por neoplasia (taxas ajustadas): estimativas das taxas ajustadas dos estados e Distrito Federal*. Brasília, DF: INCA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/por-neoplasia-taxas-ajustadas. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

BRENNAN, B. et al. Radiotherapy in bone sarcoma: the quest for better treatment option. *BMC Cancer*, v. 23, p. 1146, 2023. Disponível em: https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-023-11232-3. Acesso em: 11 out. 2025.

BROWN, R. H.; SCHAUBLE, J. F.; HAMILTON, R. G. Prevalence of latex allergy among anesthesiologists. *Anesthesiology*, v. 89, n. 2, p. 292-299, 1998.

BUTCHER, H.; BULECHEK, G.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. *Classificação das intervenções de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BRULEY, M. E. Assessing fire risk in surgery: why limit open oxygen delivery to 30%? *APSF Newsletter*, 2024. Disponível em: https://www.apsf.org/article/assessing-fire-risk-in-surgery-why-limit-open-oxygen-delivery-to-30/. Acesso em: 29 set. 2025.

CABAÑES, N. et al. Latex allergy: position paper. *Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology*, v. 22, n. 5, p. 313-330, 2012.

CANCER RESEARCH UK. *Our policy on cancer surgery*. Londres: Cancer Research UK, 2023.

CARVALHO, V. M. et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico. *Revista Interdisciplinar*, v. 8, n. 3, p. 1-11, 2015.

CASSOL, Ana Paula do Nascimento et al. Epidemiological profile of malignant bone and cartilage neoplasms in Brazil from 2013 to 2023. *Research, Society and Development*, v. 14, n. 9, 2024. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v14i9.49451. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/49451. Acesso em: 29 set. 2025.

CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 359-370, 1990.

CATANEO, C. et al. O preparo da equipe cirúrgica: aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, 2004.

CATAPAN, Soraia de Camargo; WILLEMANN, Maria Cristina Antunes; CALVO, Maria Cristina Marino. Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil: um estudo transversal com dados de 2017-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 30, n. 1, e2020305, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/QWSs8qc7Dr4gzfKLsGFLBhv/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 set. 2025.

CAVALCANTE, Iara Neves Vieira. *Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil: uma revisão integrativa*. 2023. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade

Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Salvador, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/39036. Acesso em: 11 out. 2025.

CAVALLI, L. et al. Number of comorbidities and their impact on perioperative outcome and costs: a single centre cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 2022. DOI: https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30135.

CENTRE FOR PERIOPERATIVE CARE. *Guideline for perioperative care for people undergoing major surgery*. London: CPOC, 2021.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

CHUAH, L. L. et al. Morbidity and mortality of diabetes with surgery. *Nutrición Hospitalaria*, 2013. DOI: https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.sup2.6713.

COELHO FILHO, R. M. et al. Latex safe environment: report of two cases. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 12 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza a teleorientação profissional de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Brasília, DF: COFEN, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 14 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 696/2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html. Acesso em: 12 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Código de ética médica*. Brasília, DF: CFM, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: https://www.foar.unesp.br/#!/comissoes-e-comites/cep/legislacao/. Acesso em: 12 out. 2025.

CORDEIRO, Eline M. et al. Perioperative management of cancer patients receiving systemic therapy. *Supportive Care in Cancer*, Berlin, v. 30, n. 4, p. 3015-3023, 2022.

CORR, Bradley et al. Endometrial cancer: molecular classification and future treatments. *BMJ Medicine*, v. 1, n. 1, e000152, 2022. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000152. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9978763/. Acesso em: 11 out. 2025.

COSTA JÚNIOR, Á. L. et al. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, n. 2, p. 271-284, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2025.

COSTA, Michele A.; SIMPSON, C. A. O enfermeiro e o contexto em reações transfusionais. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, p. 269-277, 2024. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2018/pdf_562. Acesso em: 12 out. 2025.

CRISTÓFORO, B.; CARVALHO, D. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

CROWTHER, M. et al. The relationship between pre-operative hypertension and intra-operative haemodynamic changes known to be associated with postoperative morbidity. *Anaesthesia*, v. 73, n. 7, 2018. DOI: https://doi.org/10.1111/anae.14239.

CRUZ. [Dados incompletos da referência – necessário inserir nome completo do autor e título correto da obra]. 2014.

CUI, Y. Metabolism of Pigment Yellow 74 by rat and human microsomal proteins. *Drug Metabolism and Disposition*, v. 33, n. 10, p. 1459-1465, 2005.

CUI, Y. et al. Photodecomposition of Pigment Yellow 74, a pigment used in tattoo inks. *Photochemistry and Photobiology*, v. 80, n. 2, p. 175, 2004.

DE HERT, Stefan et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery. *European Journal of Anaesthesiology*, London, v. 35, n. 6, p. 407-465, 2018.

DEVELLIS, R. F. *Scale development: theory and applications*. 4. ed. Los Angeles: Sage, 2017.

DEXTER, Franklin et al. Strategies to reduce cancellations of scheduled surgery on the day of surgery. *Anesthesia & Analgesia*, Philadelphia, v. 131, n. 2, p. 356-367, 2020. DOI: https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004832.

DEWACHTER, P. et al. Anesthesia in the patient with multiple drug allergies: are all allergies the same? *Current Opinion in Anaesthesiology*, v. 24, n. 3, p. 320-325, 2011.

DICCINI, S.; NOGUEIRA, A. M. da C. Remoção do piercing no perioperatório. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, p. 85-90, 2008.

DUARTE, Elizabete de Macedo. *Implementação do protocolo da Organização Mundial da Saúde para cirurgia segura em nível mundial: uma revisão integrativa*. 2015. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

DUARTE, B. G. et al. Avaliação perioperatória de indivíduos em quimioterapia com necessidade de intervenção cirúrgica odontológica. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, v. 63, n. 2, p. 105-110, 2018.

ECKHOUT, Gifford V.; AYAD, S. Anaphylaxis due to airborne exposure to latex in a primigravida. *Anesthesiology*, v. 95, n. 4, p. 1034-1035, 2001.

ERDOGAN, T. et al. Is the perioperative period no longer a problem for adult asthmatics under control? OPERA Study. *Turkish Thoracic Journal*, v. 21, n. 3, 2020. DOI: https://doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2019.18051.

ERNANDEZ, P. G.; MIKHAEL, M. Perioperative considerations for the food-allergic pediatric patient. *Pediatric Anesthesia*, v. 27, n. 5, p. 461-470, 2017.

ETON, V. et al. Effect of pre-operative use of medications on the risk of surgical site infections in patients undergoing cardiac surgery. *Surgical Infections*, Larchmont, v. 17, n. 5, 2016. DOI: https://doi.org/10.1089/sur.2016.007.

FAN, W. et al. Preoperative pain sensitivity and its correlation with postoperative acute and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, v. 133, n. 3, p. 591-604, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.05.010.

FASSARELLA, C. S. et al. Experiência profissional e idade como contributo do clima de segurança no centro cirúrgico: estudo transversal. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 32, n. 1, e83643, 2024. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/83643. Acesso em: 11 out. 2025.

FERRETTI-REBUSTINI, R. E. L. et al. Análise crítica dos instrumentos de avaliação multidimensional de fragilidade em idosos: uma síntese psicométrica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM SAÚDE DO ADULTO: TECNOLOGIAS EM SAÚDE, 2., 2019, Campinas. *Anais [...]*. Campinas: Galoá, 2019. Disponível em: https://proceedings.science/sisa-2019/trabalhos/analise-critica-dos-instrumentos-de-avaliacaomultidimensional-de-fragilidade-m?lang=pt-br. Acesso em: 10 mar. 2023.

FIGUEIREDO, M. E. D. et al. Systematization of nursing care: perceptions of nurses of a teaching school. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 7, ed. esp., p. 6981-6988, 2016.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, 2005. **Referência incompleta: faltou o link em "Disponível em".**

FORTE, G. et al. Market survey on toxic metals contained in tattoo inks. *Science of the Total Environment*, v. 407, n. 23, p. 5997-6002, 2009.

FOWLER, Andrew J.; SERPELL, Daryl O.; MYTHEN, Monty G. Prehabilitation and perioperative optimization. *British Journal of Anaesthesia*, Oxford, v. 128, n. 3, p. 417-425, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.031.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C. M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 345-352, 2010.

GAN, Tong J. et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, Philadelphia, v. 136, n. 1, p. 1-17, 2023. DOI: https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006133.

GANESH, K.; MASSAGUÉ, J. Targeting metastatic cancer. *Nature Medicine*, v. 27, n. 1, p. 34-44, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7895475/. Acesso em: 11 out. 2025.

GARCIA, R. P. et al. Necessidades humanas básicas de pacientes oncológicos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 1, e20201085, 2021.

GERRAND, C.; ATHANASOU, N. UK guidelines for the management of bone sarcomas. *Clinical Sarcoma Research*, v. 6, n. 7, 2016. Disponível em:

https://clinicalsarcomaresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13569-016-0047-1. Acesso em: 11 out. 2025.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GILBERT, A. W. et al. Rapid implementation of virtual clinics due to COVID-19: report and early evaluation of a quality improvement initiative. *BMJ Open Quality*, London, v. 9, n. 2, e000985, 2020.

GILLESPIE, Brigid M.; HARBECK, Emma; CHABOYER, Wendy. The association between operating room nurses' characteristics, competence, and missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 2023.

GOMIDE. [Dados incompletos da referência – necessário inserir nome completo do autor e título correto da obra]. 2011.

GONÇALVES, K. M. A autoestima durante o tratamento de câncer. *Revista Estética em Movimento*, v. 1, n. 1, 2018.

GONÇALVES, T. F.; MEDEIROS, V. C. C. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 22-27, 2016. Disponível em: https://www.revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/38. Acesso em: 29 set. 2025.

GRANT, B.; CHOWDHURY, T. A. New guidance on the perioperative management of diabetes. *Clinical Medicine*, London, v. 22, n. 1, 2022. DOI: https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0355.

GREENHALGH, Trisha et al. Virtual consultations for COVID-19 and beyond. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 24, n. 3, e31212, 2022. DOI: https://doi.org/10.2196/31212.

GUERIN, M. R. Chemical composition of cigarette smoke. In: GORI, G. B.; BOCK, F. G. (ed.). *Banbury report: a safe cigarette?* New York: Cold Spring Harbor Laboratory, 1980. p. 191-204.

GUNTER, Rachel L. et al. Current use of telemedicine for preoperative surgical consultations in the United States. *Surgical Endoscopy*, New York, v. 35, n. 7, p. 3446-3454, 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s00464-020-07849-4.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 201-209, 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010. Acesso em: 29 set. 2025.

HAHN, R. G.; BAHLMANN, H.; NILSSON, L. Preoperative fluid retention increases blood loss during major open abdominal surgery. *Perioperative Medicine*, London, 2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s13741-017-0068-1.

HARZHEIM, E. et al. *Guia de avaliação, implantação e monitoramento de programas e serviços em telemedicina e telessaúde*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2017. Disponível em: http://www.rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaude_telemedicina. Acesso em: 12 out. 2025.

HAUSER, W. A.; KURLAND, L. T. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. *Epilepsia*, v. 16, 1975.**Referência incompleta: faltam número e páginas.**

HERNANDEZ, Rosana. *Construção e validação de instrumentos de avaliação na saúde: aplicações na pesquisa e na prática clínica*. São Paulo: EPU, 2009.

HERNANDEZ-NIETO, R. A. *Contributions to statistical analysis*. Mérida de Los Andes: Universidad de Los Andes, 2002.

HO, V. P. et al. High-risk comorbidity combinations in older patients undergoing emergency general surgery. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 67, n. 3, 2019. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.15682.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2019.

HULLEY, Stephen B. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

IBARRA-PESO, J.; HECHENLEITNER-CARVALLO, M. Development and validation of an instrument to assess the perception of competencies and level of preparedness in telehealth. *Medwave*, v. 25, n. 4, e3032, 2025. DOI: https://doi.org/10.5867/medwave.2025.04.3032.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). *Methodology for JBI scoping reviews*. Australia: JBI, 2015.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *International patient safety goals*. Oakbrook Terrace: Joint Commission International, 2023. Disponível em: https://www.jointcommissioninternational.org. Acesso em: 12 out. 2025.

JUAN, Kelly de. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 48-59, 2007.**Referência incompleta: o link foi cortado.**

KAGER, L.; TAMAMYAN, G.; BIELACK, S. Osteosarcoma in children and young adults: new developments in treatment and follow-up care. *Pediatric Drugs*, v. 23, n. 2, p. 91-102, 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s40272-020-00438-4.

KELLY, Kevin J.; GREENHAWT, Matthew J.; GUPTA, Ruchi S. Diagnosis and management of food allergy in the perioperative setting. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, New York, v. 9, n. 1, p. 10-18, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.08.010.

KIM, E.; LEE, D. H.; JANG, J. Y. Effects of preoperative malnutrition on postoperative surgical outcomes and quality of life of elderly patients with periampullary neoplasms: a single-center prospective cohort study. *Gut and Liver*, v. 13, n. 6, 2019. DOI: https://doi.org/10.5009/gnl18469.

KIM, Hae-Young. Statistical notes for clinical researchers: sample size and statistical power. *Restorative Dentistry & Endodontics*, Seoul, v. 48, n. 1, e5, 2023. DOI: https://doi.org/10.5395/rde.2023.48.e5.

KOCH, Camila Ribeiro et al. Teleconsulta em um hospital público de ensino oftalmológico durante a pandemia do COVID-19. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 2024. DOI: https://doi.org/10.5935/0004-2749.2021-0490. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abo/a/yZGmXbtVJ8FFPxYYX4wVK8H/. Acesso em: 12 out. 2025.

KOMARIAH, M. et al. A scoping review of telenursing's potential as a nursing care delivery model in lung cancer during the COVID-19 pandemic. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, v. 14, p. 3083-3092, 2021. DOI: https://doi.org/10.2147/JMDH.S337732.

KRISHNAN, M. Preoperative care of patients with kidney disease. *American Family Physician*, v. 66, n. 8, 2002.

KROIGAARD, M. et al. Scandinavian clinical practice guidelines on the diagnosis, management and follow-up of anaphylaxis during anaesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, v. 51, n. 6, p. 655-670, 2007.

KRUPSKI, W. C. The peripheral vascular consequences of smoking. *Annals of Vascular Surgery*, v. 5, p. 291-304, 1991.

LAMAS, J. R. et al. Telehealth initiative to enhance primary care access in Brazil (USB + Digital Project): multicenter prospective study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 27, n. 1, 2025. DOI: https://www.jmir.org/2025/1/e68434.

LARESE FILON, F. Latex allergy: a follow up study of 1040 healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 63, n. 2, p. 121-125, 2006.

LAKSHMANAN, P.; IBE, I. K. *NCCN clinical practice guidelines for treatment of chondrosarcoma*. [S. l.]: NCCN, 2024.

LANA, L. D. et al. Teleconsulta de enfermagem: aplicações para pessoas idosas na pandemia da COVID-19. In: SANTANA, R. F. (org.). *Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID-19*. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 54-59. DOI: https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c09.

LEE, C. et al. Preoperative evaluation and perioperative management of patients undergoing major vascular surgery. *Vascular Medicine*, v. 27, n. 5, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/1358863X221122552.

LEEDS, I. L. et al. Psychosocial risks are independently associated with cancer surgery outcomes in medically comorbid patients. *Annals of Surgical Oncology*, v. 26, n. 4, p. 936-944, 2019. DOI: https://doi.org/10.1245/s10434-018-07136-3. Disponível em: https://doi.org/10.1245/s10434-018-07136-3. Acesso em: 20 jun. 2024.

LEVY, N.; DHATARIYA, K. Pre-operative optimisation of the surgical patient with diagnosed and undiagnosed diabetes: a practical review. *Anaesthesia*, 2019. DOI: https://doi.org/10.1111/anae.14510.

LIEM, T. K. et al. Symptomatic perioperative venous thromboembolism is a frequent complication in patients with a history of deep vein thrombosis. *Journal of Vascular Surgery*, v. 52, n. 3, 2010. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jvs.2010.04.029.

LIMA, A. B.; BARBOSA, P. M. K.; MORITA, I. Pacientes com artroplastia total primária do quadril: sentimentos vivenciados. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 789-794, 2014.

LOPES, L. M. Tabagismo no perioperatório. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 47, n. 4, p. 155-163, 2018.

MACARIO, Alex. What does one minute of operating room time cost? *Journal of Clinical Anesthesia*, Philadelphia, v. 63, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.109760.

MACEDO, J. M. et al. Cancelamento de cirurgias eletivas: análise das causas e estratégias para redução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 75, n. 3, e20210349, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0349.

MACHADO, J. A. et al. Reação anafilática induzida por látex em paciente submetido à apendicectomia aberta: relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 61, n. 3, p. 363-366, 2011.

MANN, Daniel M. et al. COVID-19 transforms health care through telemedicine. *Journal of the American Medical Informatics Association*, Oxford, v. 27, n. 7, p. 1132-1135, 2020. DOI: https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072.

MAMEDE, M. V. et al. Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 46, 2000. **Referência incompleta: faltam número e páginas.**

MARENZI, B. Body piercing: a patient safety issue. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, v. 19, n. 1, p. 4-10, 2004.

MARQUES, A. G. A. C. et al. A teleconsulta como ferramenta da assistência de enfermagem na pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Revista Destaques Acadêmicos*, 2024. **Referência incompleta: faltam volume, número e páginas/artigo.**

MARTINSEN, T. et al. Electrosurgery and temperature increase in tissue with a passive metal implant. *Frontiers in Surgery*, v. 6, 2019.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. *Referência*, v. IV, n. 4, p. 127-135, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009.

MENDES, I. A. C. et al. Avaliação pré-operatória de enfermagem e segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 74, n. 2, e20200000, 2021.

MENENDEZ-SANTOS, M. *A comprehensive review of the changes made to the FIGO endometrial cancer staging system and the impact of imaging in the staging of this disease*. [S. l.: s. n.], 2024. **Referência incompleta: falta identificar se é artigo, livro, capítulo ou outro tipo de publicação.**

MERRIEL, S. W. et al. Retrospective cohort study evaluating clinical, biochemical and pharmacological prognostic factors for prostate cancer progression using primary care data. *BMJ Open*, v. 11, n. 2, e044420, 2021.

MEYERS, P. A. Systemic therapy for osteosarcoma and Ewing sarcoma. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 2015.

MILLS, Emily et al. Smoking cessation reduces postoperative complications: systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, New York, v. 133, n. 3, p. 365-372, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.10.014.

MINAI, O. A. et al. Perioperative risk and management in patients with pulmonary hypertension. *Chest*, v. 144, n. 1, 2013. DOI: https://doi.org/10.1378/chest.12-1752.

MITCHELL, Mark. Preoperative patient preparation and safety considerations. In: MITCHELL, Mark; BATEMAN, Dawn (ed.). *Day surgery: a nursing approach*. 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2023.

MOHAMMED, M. et al. Drug-related problems and determinants among elective surgical patients: a prospective observational study. *SAGE Open Medicine*, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/20503121221122438.

MONAGHESH, Ehsan; HAJIZADEH, Ali. The role of telehealth during COVID-19 outbreak. *BMC Public Health*, London, v. 20, n. 1193, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, v. 340, 2010.

MOLINA-INFANTE, J. et al. Propofol administration is safe in adult eosinophilic esophagitis patients sensitized to egg, soy, or peanut. *Allergy*, v. 69, n. 3, p. 388-394, 2014.

MONK, B. J. et al. Addition of first-line pembrolizumab to chemotherapy, with or without bevacizumab, in advanced cervical cancer: final overall survival results from KEYNOTE-826. *Journal of Clinical Oncology*, v. 41, n. 31, p. 3512-3522, 2023. DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.23.00914.

MORAES, R. I.; PIRES, R. E. S. Transfusão de sangue em pacientes testemunhas de Jeová: religião, ética e discurso jurídico penal. *Revista Jurídica UNIJUS*, Uberaba, MG, v. 8, n. 8, p. 1242, 2005.

MORO, E. T.; FERRAZ, A. A. F.; MÓDOLO, N. S. P. Anestesia e o usuário de ecstasy. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 56, n. 2, p. 183-188, 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-70942006000200010.

MOROCINI, V. B. *Processos psíquicos característicos do período pré-operatório e o papel do psicólogo hospitalar*. 2015. 33 f. Monografia – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2015.

MOZER, C. A. N. et al. A teleenfermagem pré-operatória reduz o estresse e o cancelamento cirúrgico em pacientes oncológicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 16., 2023. *Anais [...]*. [S. l.]: SOBECC, 2023.

MURAT, I. Anaphylactic reactions during paediatric anaesthesia: results of the survey of the French Society of Paediatric Anaesthetists (ADARPEF) 1991-1992. *Pediatric Anesthesia*, v. 3, n. 6, p. 339-343, 1993.

MURPHREE, R. W. Impairments in skin integrity. *Nursing Clinics of North America*, v. 52, n. 3, 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.008.

NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023*. Porto Alegre: Artmed, 2021.

NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2024-2026*. Porto Alegre: Artmed, 2024.

NANRI, Y. et al. Preoperative malnutrition is a risk factor for delayed recovery of mobilization after total hip arthroplasty. *PM&R*, v. 12, 2021. DOI: https://doi.org/10.1002/pmrj.12570.

NCCN. *NCCN Guidelines Insights: ovarian cancer/fallopian tube/primary peritoneal cancer*. v. 3, 2024. Disponível em: https://education.nccn.org/node/94873?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 12 out. 2025.

NOLAN, Matthew B.; WARNER, Daniel O. Smoking cessation interventions in the preoperative period. *Anesthesiology Clinics*, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 329-343, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.anclin.2021.03.006.

NOUETTE-GAULAIN, K. et al. French clinical guidelines for prevention of perianaesthetic dental injuries: long text. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, v. 31, 2012.

OLIVEIRA, S. C. et al. Construção e validação de cartilha educativa para pacientes em pré-operatório. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 1, e20200678, 2021.

OLIVEIRA, T. C.; COSTA, C. A.; RIBEIRO, A. L. P. Teleenfermagem e educação em saúde no preparo pré-operatório: implicações para a segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 75, n. 2, e20210456, 2022.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Tecnologias de Saúde Essenciais. *Segurança de transfusões de sangue: processo de transfusão médica e segurança de pacientes*. Genebra: OMS, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Página informativa: teleconsulta durante uma pandemia*. Disponível em: https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-pt.pdf?ua=1. Acesso em: 20 jun. 2020.

OWEN, H.; WADDELL-SMITH, I. Dental trauma associated with anaesthesia. *Anaesthesia and Intensive Care*, v. 28, n. 2, p. 133-145, 2000.

PALOSKI, G. R. et al. Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 24, n. spe, e20200287, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0287. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000500504&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 fev. 2021.

PASQUALI, Luiz. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEIXOTO, C. A. et al. Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117.

PERERA, S. K. et al. Global demand for cancer surgery and an estimate of the optimal surgical and anaesthesia workforce between 2018 and 2040: a population-based modelling study. *The Lancet Oncology*, v. 22, n. 2, p. 182-189, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30675-6. Acesso em: 20 jun. 2024.

PETERS, M. D. et al. Chapter 11: scoping reviews. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). *JBI manual for evidence synthesis*. Adelaide: JBI, 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PORTUONDO, J. I.; PROBSTFELD, L.; MASSARWEH, N. N. Malnutrition in elective surgery: how traditional markers might be failing surgeons and patients. *Surgery*, v. 168, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.08.012.

POSSARI, João F. *Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão*. 6. ed. São Paulo: Iátria, 2020.

PIROPO, T. G. N.; AMARAL, H. O. S. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 279-287, 2015.

POSSARI, João F. *Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão*. 4. ed. São Paulo: Iátria, 2009.

PROTAS, J. S.; ANTON, M. Sentimentos despertados em pais de crianças transplantadas de fígado frente à re-internação hospitalar. *Psico*, Porto Alegre, v. 42, n. 4, p. 481-486, 2011. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7369/7453. Acesso em: 12 out. 2025.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Nursing care and the invasion of patients' privacy: an ethical and moral issue. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 433-438, 2002.

QUINTANA, J. F.; KALIL, R. A. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 17-32, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2025.

RAPOSO, Suede Ribeiro dos Santos; SILVA, Geanilson Araújo; MAGALHÃES, Bruna Cruz. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico: uma análise na perspectiva da enfermagem. *Lumen et Virtus*, v. 16, n. 49, p. 6275-6286, 2025. DOI: https://doi.org/10.56238/levv16n49-014. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/5602. Acesso em: 29 set. 2025.

RASLAU, D. et al. Preoperative cardiac risk assessment. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 95, n. 5, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.08.013.

REASON, James. Human error: models and management. *BMJ*, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768.

REINIACK, S. et al. Notificação de queda do paciente cirúrgico antes e após treinamento em serviço. *Cogitare Enfermagem*, p. 1-8, 2017.

REZENDE, G. P. *Narrativas de enfermeiras e enfermeiros em tempos da COVID-19: uma história oral*. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/10/narrativas-de-enfermeiras-e-enfermeiros-em-tempos-da-covid-19-uma-historia-oral.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

RI, M.; AIKOU, S.; SETO, Y. Obesity as a surgical risk factor. *Annals of Gastroenterological Surgery*, v. 2, n. 1, 2018. DOI: https://doi.org/10.1002/ags3.12049.

RIEDEL, M. D. et al. Correlation of soft tissue swelling and timing to surgery with acute wound complications for operatively treated ankle and other lower extremity fractures. *Foot & Ankle International*, v. 40, n. 5, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/1071100718820352.

ROBINSON, T. N. et al. [Título incompleto relacionado à energia de radiofrequência emitida por instrumentos monopolares “Bovie” em dispositivos eletrônicos cardíacos implantáveis]. *Journal of the American College of Surgeons*, v. 219, p. 399-406, 2014**Referência incompleta no original enviado.**

ROCHA, K. N. S. et al. As evidências científicas sobre os cuidados perioperatórios do paciente cirúrgico com doença neurológica. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 1, p. 1654-1665, 2022. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-140. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/43181. Acesso em: 3 out. 2024.

ROSENBERG, S. A.; RESTIFO, N. P. Adoptive cell transfer as personalized immunotherapy for human cancer. *Science*, v. 348, n. 6230, p. 62-68, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295668/. Acesso em: 12 out. 2025.

ROTHROCK, Jane C. *Alexander’s care of the patient in surgery*. 17. ed. St. Louis: Elsevier, 2022.

SALEH, Mohammed et al. Endometrial cancer, the current International Federation of Gynecology and Obstetrics staging system, and the role of imaging. *Journal of Computer Assisted Tomography*, v. 44, n. 5, p. 714-729, 2020. DOI: https://doi.org/10.1097/RCT.0000000000001025.

SAHAI, K. S. Perioperative assessment of the cancer patient. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, v. 27, n. 4, p. 465-480, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.bpa.2013.10.001. Acesso em: 20 jun. 2024.

SAMEED, M.; CHOI, H.; AURON, M.; MIRELES-CABODEVILA, E. Preoperative pulmonary risk assessment. *Respiratory Care*, v. 66, n. 7, 2021. DOI: https://doi.org/10.4187/respcare.09154.

SANTOS, J.; HENCKMEIER, L.; BENEDET, S. A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco*, v. 2, n. 3, p. 184-187, 2011.

SANTOS, Sílvia R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, p. 401-406, 1999. DOI: https://doi.org/10.2223/JPED.335. Disponível em: https://www.jped.com.br/pt-metodos-qualitativos-e-quantitativos-na-articulo-X2255553699024950. Acesso em: 12 out. 2025.

SANTURRO, A.; FRATI, P.; FINESCHI, V. Risk management, patient safety and quality in health care. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, v. 22, n. 15, p. 1962-1963, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.2174/1389201022152109281542 36. Acesso em: 20 jun. 2024.

SBED – SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR; INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). *Dor após a cirurgia: Ano Global de 2017 da IASP contra a dor pós-cirúrgica*. Washington, DC: IASP, 2017. Disponível em: https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/pain-after-surgery/. Acesso em: 12 out. 2025.

SCHULMAN, P. M.; TREGGIARI, M. et al. Medicina perioperatória. *Anesthesiology*, v. 130, p. 530-540, 2019. DOI: https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002571.

SHAH, Yukti et al. Telemedicine for the pediatric preoperative assessment during the COVID-19 pandemic: evaluating patient and provider satisfaction. *Paediatric Respiratory Reviews*, v. 42, p. 100252, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.prrv.2022.02.002.

SHOQIRAT, Noordeen et al. Nursing documentation of postoperative pain management: a documentary analysis. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 34, n. 3, p. 279-284, 2019.

SILAS; CUNHA. [Dados incompletos da referência – faltam nomes completos dos autores e título da obra]. 2017.

SILVA, Nayene Rodrigues da. *A segurança do paciente no cenário brasileiro: uma revisão integrativa*. 2015. 41 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Ceilândia, DF, 2015. Disponível em: https://bdm.unb.br/handle/10483/10892. Acesso em: 12 out. 2025.

SILVA, G. K. et al. Percepção dos gestores quanto à aderência de um hospital público ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 80-95, 2019.

SILVA, M. W. et al. Abordagem e prática para minimizar os riscos e complicações em procedimentos cirúrgicos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 9, p. 3188-3203, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3188-3203.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SMILOWITZ, N. R.; BERGER, J. S. Perioperative cardiovascular risk assessment and management for noncardiac surgery: a review. *JAMA*, v. 324, n. 3, 2020. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2020.7840.

SOBECC. *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde*. 7. ed. São Paulo: SOBECC, 2017. Disponível em: https://sobecc.org.br/. Acesso em: 12 out. 2025.

SOBECC. *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde*. 8. ed. São Paulo: SOBECC, 2021. Disponível em: https://sobecc.org.br/. Acesso em: 12 out. 2025.

SOBECC. *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde*. 9. ed. São Paulo: SOBECC, 2023. Disponível em: https://sobecc.org.br/. Acesso em: 12 out. 2025.

SOUZA, M. S.; FERNANDES, A. M. Cuidado de enfermagem baseado nas necessidades humanas básicas em pacientes com câncer: um olhar holístico. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, v. 9, n. 2, p. 125-132, 2020.

SPADARO. [Dados incompletos da referência – faltam nome completo, título, local e editora]. 2017.

STAHEL, Philip F.; MOORE, Ernest E.; SAVAGE, Gregory A. Root cause analysis of surgical cancellations. *Patient Safety in Surgery*, London, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s13037-020-00244-8.

STIRN, A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *The Lancet*, v. 361, n. 9364, p. 1205-1215, 2003.

SULLIVAN, M. C.; ROMAN, S. A.; SOSA, J. A. Does chemotherapy prior to emergency surgery affect patient outcomes? *Annals of Surgical Oncology*, v. 19, n. 1, 2012. DOI: https://doi.org/10.1245/s10434-011-1844-7.

SURGERY AND PHARMACY IN LIAISON (SUREPILL) STUDY GROUP. Effect of a ward-based pharmacy team on preventable adverse drug events in surgical patients (SUREPILL study). *British Journal of Surgery*, v. 102, n. 10, p. 1204-1212, 2015.

TAIT, A.; HOWELL, S. J. Preoperative hypertension: perioperative implications and management. *BJA Education*, v. 21, n. 11, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.07.002.

TAIT, Alan R. et al. Use of telemedicine for preoperative evaluation and its impact on surgical cancellations and efficiency. *Journal of Telemedicine and Telecare*, London, v. 28, n. 6, p. 401-408, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/1357633X20980260.

THIESEN, M. *Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: contribuição para o bem-estar da pessoa cirúrgica*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TIRUMALASETYY, J.; GRAMMER, L. C. Asthma, surgery, and general anesthesia: a review. *Journal of Asthma*, v. 43, n. 4, 2006. DOI: https://doi.org/10.1080/02770900600643162.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850. Acesso em: 21 jun. 2024.

TURAN, A. et al. Chemotherapy within 30 days before surgery does not augment postoperative mortality and morbidity. *Canadian Journal of Anesthesia*, v. 59, n. 8, 2012. DOI: https://doi.org/10.1007/s12630-012-9735-3.

VAZ, D.; SANTOS, L.; CARNEIRO, A. V. Risk factors: definitions and practical implications. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, v. 24, n. 1, p. 121-131, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15773671/. Acesso em: 21 jun. 2024.

VINCENT, Charles; BURNETT, Susan; CARTHEY, Jane. *The measurement and monitoring of safety*. London: The Health Foundation, 2013.

VOLDBY, A. W.; BRANDSTRUP, B. Fluid therapy in the perioperative setting: a clinical review. *Journal of Intensive Care*, 2016. DOI: https://doi.org/10.1186/s40560-016-0154-3.

YAO, X.; XI, H.; DUAN, W. Evaluating the effectiveness of proactive perioperative nursing strategies on the prevention of surgical site infections and the enhancement of skin healing in paediatric abdominal surgery. *International Wound Journal*, v. 21, n. 2, 2024. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.14735. Acesso em: 12 out. 2025.

WACHTER, Robert M. *Understanding patient safety*. 2. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global patient safety action plan 2021-2030*. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO's response to COVID-19: 2021 annual report*. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/who-s-response-to-covid-19-2021-annual-report. Acesso em: 12 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cervical cancer*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer. Acesso em: 12 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer. Acesso em: 10 maio 2026.

WHELAN, J. S.; DAVIS, L. E. Osteosarcoma, chondrosarcoma, and chordoma. *The Lancet*, v. 395, n. 10226, p. 153-165, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32519-1. Acesso em: 12 out. 2025.

WILLIAMS, P. A.; ZAIDI, S. K.; SENGUPTA, R. AACR Cancer Progress Report 2024: inspiring science – fueling progress – revolutionizing care. *Clinical Cancer Research*, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-24-2820. Acesso em: 12 out. 2025.

WISE, H. Hypoxia caused by body piercing. *Anaesthesia*, v. 54, n. 11, p. 1129, 1999. DOI: https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.1999.01202.x.

ZAEEM, Mahnoor; ALI, Ahsan; KENT, Michael S. Preoperative optimization and its impact on surgical outcomes and cancellation rates: a systematic review. *Perioperative Medicine*, London, v. 14, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s13741-025-00345-6.

ZHANG, X. R. et al. Safety assessment of electrosurgical electrodes by using mini pig tissue. *Heliyon*, v. 10, n. 15, e35266, 2024. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11332808/. Acesso em: 27 set. 2025.

ANEXO 01

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

Pesquisador: LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76984624.3.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer II

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.758.624

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.720.307, de 22/03/2024.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.720.307, de 22/03/2024.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.720.307, de 22/03/2024.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.720.307, de 22/03/2024.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Recomendações:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.720.307, de 22/03/2024 (arquivo <cartaresposta.docx>):

1) Em relação ao CRONOGRAMA:

1.1- É necessário correção quanto ao início da coleta de dados para data posterior à aprovação

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

deste Projeto.
Resposta: Recomendação acatada. Foi considerado otimistamente as datas antes estabelecidas, o período da coleta de dados foi alterado para data posterior à provável aprovação deste projeto pelo CEP. Modificação realizada no corpo do projeto (p.20) e alterado no anexo da Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 - É necessário apresentar cronograma atualizado e descrevendo qual o período da participação dos grupos de pacientes. Solicita-se adequação.
Resposta: Recomendação acatada. Acrescentado o período da participação dos grupos de pacientes na teleconsulta de enfermagem como execução do trabalho de campo do projeto. Modificação realizada no corpo do projeto (p.20) e alterado no anexo da Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2) Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

2.1 – É necessário esclarecer como e quando será apresentado e aplicado o Termo para a teleconsulta. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.
Resposta: Recomendação acatada. Acrescentado no formulário TCLE o período e local (os pacientes serão abordados pela pesquisadora na sala de espera no mesmo dia/horário e local da consulta ambulatorial da anestesia) que será apresentado e aplicado o TCLE para os pacientes cirúrgicos oncológicos. Inserido anexo TCLE atualizado na Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2 - É necessário apresentar um TCLE para os enfermeiros especialistas (juízes) que farão a análise do roteiro da teleconsulta pré-operatória. Solicita-se adequação.
Resposta: Recomendação acatada. Falta de atenção anteriormente, TCLE dos juízes inserido na Plataforma Brasil.
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram respondidas.

Considerações Finais a critério do CEP:
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA),

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA

Continuação do Parecer: 6.758.624

de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.
Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2262397.pdf	08/04/2024 12:39:17		Aceito
Outros	cartaresposta.docx	08/04/2024 12:38:20	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJuizes.pdf	08/04/2024 12:19:03	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPacientes.pdf	07/04/2024 20:35:22	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/04/2024 20:13:29	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutorado.pdf	03/01/2024 20:19:01	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Resolucao466.pdf	03/01/2024 20:15:27	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
Declaração de concordância	Formulariosubmissaoestudo.pdf	03/01/2024 20:12:10	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaoresponsabilidadepesquisador.pdf	03/01/2024 20:06:24	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaooinfraestruturaerespinstituicao.pdf	03/01/2024 20:05:18	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	03/01/2024 19:37:28	LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Abril de 2024

Assinado por:
Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

ANEXO 02

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA/MS

DECLARAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA E RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

"A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO"

O INCA é um órgão específico singular do Ministério da Saúde. Conforme o Decreto Presidencial nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, constitui uma unidade integrante da Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada, técnica e administrativamente, ao Ministro de Estado da Saúde, servindo como Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério, em conformidade com a Portaria 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. São suas atribuições:

- assistir ao Ministro de Estado na formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e afecções correlatas;
- exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia;
- coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia; e
- prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas.

A descrição, dos Regimentos Internos, da categoria e finalidade dos órgãos do

Ministério da Saúde, bem como do detalhamento de sua estrutura em unidades organizacionais, especificando as respectivas competências e definindo as atribuições de seus dirigentes, foi aprovada pela Portaria n.º 2.123 de 07 de outubro de 2004, publicada no DOU nº 196, de 11 de outubro de 2004.

A Assistência Médico-Hospitalar no INCA compreende o atendimento multi-profissional integrado, ambulatorial, hospitalar e domiciliar. O INCA dispõe de cinco unidades assistenciais, localizadas no Estado do Rio de Janeiro: Hospital do Câncer I – HC I, Hospital do Câncer II – HC II, Hospital do Câncer III – HC III, Hospital do Câncer IV – HC IV e Centro de Transplantes de Medula Óssea – CEMO. Estas unidades oferecem serviços de confirmação de diagnóstico de câncer, avaliação da extensão do tumor, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Todas estas atividades estão estreitamente vinculadas à formação de recursos humanos nas diversas especialidades oncológicas, ao desenvolvimento da pesquisa clínica e à divulgação científica.

Nesse contexto, o conhecimento técnico-científico gerado no INCA serve de base para o desenvolvimento das ações nacionais para controle do câncer e dos mecanismos de controle dos procedimentos oncológicos de alta complexidade, bem como para a reorganização da assistência oncológica no Brasil.

Para atender a missão institucional o INCA possui uma ampla infra-estrutura. Para atender a demanda da assistência médica e pesquisa clínica, o Instituto conta com Laboratórios de Analises Clinicas nas 3 unidades, equipados para atender aos mais complexos exames hematológicos, bioquímicos, imunohistoquímicos, hormonais, etc, com refrigerados e camaras de refrigeração científicas destinados ao acondicionamento de amostras de sangue dos diversos pacientes; Serviço de Imagens de Radiologia nas 3 unidades, com Raio X, Tomografia Computadorizada, Ultrasonografia, sendo a Ressonância Magnética apenas na Unidade I; exames de Ecocardciografia, Eletrocardiografia e Prova de Função Pulmonar; Medicina Nuclear também

da Unidade I equipado com os mais modernos equipamentos para cinlilografias e PET Scan; Centros de Quimioterapia nas 3 unidades; tratamento multidisciplinar com os Serviços de Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia; Banco de Sangue; Centro de Patologia; Centro de Transplante de Medula Óssea; Unidade para Cuidados Paliativos com visita domiciliar; corpo clínico, cirúrgico e de enfermagem com ampla experiência em cancerologia; estrutura hospitalar adequada para internações com serviço de urgência e emergência e serviço de UTI. O INCA conta com toda infra-estrutura necessária para diagnóstico e tratamento aos pacientes matriculados, não havendo necessidade de terceirização de serviços.

Ressaltamos, ainda, que todos os pacientes incluídos nos estudos clínicos realizados nas unidades assistências do INCA serão hospitalizados nesta instituição caso ocorra alguma eventualidade relacionada à participação do paciente no estudo. Nos casos em que houver patrocínio, tal hospitalização será ressarcida pelo patrocinador e nem o SUS, nem o paciente serão onerados por isso. O ressarcimento objeto desta declaração será pago à Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer, entidade responsável pela gerencia financeira do estudo junto ao **Instituto Nacional de Câncer - INCA** e cuja finalidade precípua é a colaboração, pelos meios adequados com o INCA conforme Convênio - Processo nº 25.410.001155/2008-28 de 31/07/08.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2023

Priscila Helena Marietto Figueiro
Diretora
Hospital do Câncer II / INCA
Matrícula 1954535/MS

Direção- INCA II

ANEXO 03

Declaração de Responsabilidade do Pesquisador

Eu, Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada, pesquisador responsável pela pesquisa denominada **"A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO"**, declaro que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) na pesquisa;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do Serviço de Pesquisa Clínica;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em periódicos científicos e/ou em encontros, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação;
- O CEP-INCA será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da interrupção da pesquisa; assumo o compromisso de suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano, conseqüente à mesma, a qualquer um dos sujeitos participantes, que não tenha sido previsto no termo de consentimento.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2023

Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada
COREN-RJ 65458
Investigador(a) Principal
Instituto Nacional de Câncer- INCA

Digitalizado com CamScanner

ANEXO 04

Plataforma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:
A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

2. Número de Participantes da Pesquisa: 160

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:
Grande Área 2. Ciências Biológicas , Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:
LILIA DIAS SANTANA DE ALMEIDA PEDRADA Lilia Pedrada

6. CPF:	7. Endereço (Rua, n.º):		
987.164.767-00	Rua Minas Gerais nº5 XEREM DUQUE DE CAXIAS RIO DE JANEIRO 25250583		
8. Nacionalidade:	9. Telefone:	10. Outro Telefone:	11. Email:
BRASILEIRO	21981076663		liliapedrada@hotmail.com

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 13 / 12 / 23

Lilia Dias Santana de A. Pedrada
Coord. Enfermagem - C.C / C.H.C
COREN - RJ 65458 - ENF
INCA / H.C II MS - 253...

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão:
Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ		Hospital do Câncer II
15. Telefone:	16. Outro Telefone:	
(21) 3207-2800		

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Priscila Helena Marietto Figueira CPF: 031.992.034.85

Cargo/Função: Diretora HCII

Data: 21 / 12 / 23

Priscila Helena Marietto Figueira
Diretora
Hospital do Câncer II / INCA
Matrícula 1954535/MS
Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

ANEXO 05

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE ESTUDOS NO INCA

Prezado Pesquisador,
No cadastro do seu estudo na Plataforma Brasil (http://www.saude.gov.br/plataformabrasil), você deverá:
1. Anexar cópia digitalizada deste formulário, devidamente preenchido e assinado pelos envolvidos direta ou indiretamente, na execução da pesquisa;
2. Relacionar na Equipe de Pesquisa (Tela 1 - Informações Preliminares) da Plataforma Brasil, os colaboradores identificados neste formulário.

1) Título da Pesquisa

A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

2) Pesquisador Principal (Responsável pelo Cadastro na Plataforma Brasil)

Nome: Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada

Categoria Profissional: Enfermeira

Vínculo: ☒INCA ☒Servidor/Funcionário ☐Residente ☐Aluno ☐Outro **Qual?**
☐Outra Instituição **Qual?**

Setor de Lotação no INCA: Centro Cirúrgico

Contatos: Telefone: 3207-2896 Celular: E-mail: lilia.pedrada@inca.gov.br

Assinatura: Lilia Dias Santana de A. Pedrada
Cord. Enfermagem CC/CME
COREN - RJ 65458 - ENF
INCA / HCII - MS - 2537992

3) Pesquisador Principal no INCA
Quando se tratar de pesquisa na qual o INCA for a Instituição Coparticipante, deverá indicado um responsável que possua vínculo formal com a Instituição

Nome: Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada

Categoria Profissional: Enfermeira

Vínculo: ☒INCA ☒Servidor/Funcionário ☐Residente ☐Aluno ☐Outro **Qual?**

Setor de Lotação no INCA: Centro Cirúrgico

Contatos: Telefone: 3207-2896 Celular: E-mail: lilia.pedrada@inca.gov.br

Assinatura: Lilia Dias Santana de A. Pedrada
Cord. Enfermagem CC/CME
COREN - RJ 65458 - ENF
INCA / HCII - MS - 2537992

4) Finalidade da Pesquisa

☐Não envolve obtenção de título acadêmico	☐Especialização/Residência	☐Pós-Doutorado
☐Trabalho de Graduação/Iniciação Científica	☐Mestrado	☐Livre-docência
☐Aperfeiçoamento	☒Doutorado	
☐Outro. **Qual?**		

Orientador(a): Paulo Sergio MARCELLINI

Vínculo do(a) Orientador(a): ☐INCA ☒Outro **Qual?** UNIRIO

5) Natureza da Pesquisa

Abordagem	☐Qualitativa	☒Quantitativa	☐Ambas
Natureza	☐Pesquisa Básica	☒Pesquisa Aplicada	
Objetivos	☒Exploratória	☐Descritiva	☐Explicativa
Dimensão Temporal	☐Retrospectiva	☒Prospectiva	☐Ambas

6) Local de Realização
Serviço do INCA ou de outra Instituição onde a pesquisa será efetivamente realizado. Deverá ser assinado *a priori* pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.

Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Divisão de Enfermagem - HCII	Drª Vivian G. Mazzoni Enfermeira Chefe Divisão de Enfermagem INCA HCII Mat. MS 2540382 / COREN-RJ 173.191

7) Autorização dos Serviços que serão requisitados para execução desta pesquisa
Deverá ser assinado *a priori* pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.

Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Clínica de Ginecologia - HC II	GUSTAVO GUITMANN Chefe Setor Ginecologia Oncológica INCA/MS/HCII CRM 52648617
Clínica Tecido Ósseo e Conectivo - HCII	ROBERTO VASCONCELOS Oncologia CRM 52.[illegible]735-7
Clínica de Anestesiologia	Renata C. M. Pra Chefe do Serviço de Anestesiologia HCII CRM 52-71148-9 Mat. 4424333
Serviço de Arquivo (Prontuários)	Antonio J. S. Neto INCA - HC II Serviço de Administração Matrícula: 2248104 / MS

9) Termo de responsabilidade do Pesquisador Principal

DECLARO que conheço e que:

- cumprirei os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.
- concordo em conduzir a pesquisa de acordo com o protocolo de pesquisa, com as Boas Práticas Clínicas, com as Boas Práticas de Laboratório e com o Documento das Américas.
- concordo em conduzir e supervisionar a pesquisa pessoalmente.
- concordo em informar o patrocinador do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa (no caso de ensaios clínicos).
- li e entendi a informação contida na Brochura do Investigador ou documento correspondente, incluindo os riscos potenciais e eventos adversos da droga em estudo (no caso de ensaios clínicos).

Quanto aos Compromissos de Financiamento e Orçamentação, DECLARO que conheço e que:

- não deve haver pagamento ao participante da pesquisa para sua participação, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência; e que se admite apenas o ressarcimento de despesas relacionadas à participação no estudo, por exemplo, despesas com transporte e alimentação.
- nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do paciente ou do agente pagador de sua assistência, devendo o patrocinador da pesquisa cobrir tais despesas.
- o duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS).
- o estabelecimento dos pagamentos de exame e/ou procedimento realizados em função da pesquisa, em caso de patrocinadores externos, deve ser feito em comum acordo entre o patrocinador e a instituição.
- a Instituição deve ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

Quanto ao Compromisso de Indenização, DECLARO que conheço e que:

- o fato de que esta pesquisa irá garantir a indenização dos participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa ou dela decorrente. Declaro ainda, que jamais será exigido dos participantes da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Quanto ao Compromisso Metodológico, DECLARO que conheço e que:

- toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. As pesquisas serão admissíveis quando o risco se justifique pelo benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. 1.a).
- se o projeto de pesquisa for inadequado do ponto de vista metodológico, ele é inútil e, portanto, eticamente inaceitável - o arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve também conter metodologia e lista de referência bibliográfica adequada, suficiente e atualizada. Declaro ainda que os critérios de inclusão e exclusão do estudo serão claramente delineados no projeto em tela.

Quanto ao Compromisso de documentação, DECLARO que conheço e que:

- entregarei, ao sistema CEP/CONEP, relatórios da pesquisa (parciais – no mínimo semestrais – e de encerramento) e notificações de eventos adversos sérios e imprevistos no andamento do estudo.

CONCORDO EM SOMENTE INICIAR A PESQUISA APÓS OBTER AS APROVAÇÕES NECESSÁRIAS OU CABÍVEIS DO SISTEMA CEP-CONEP

Rio de Janeiro, 13 / 12 / 23

Lilia Dias Santana de A. Pedrada
Cord. Enfermagem CC/CME
COREN - RJ 65458 - ENF
INCA / HCII MS - 2537992

Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada -COREN-RJ 65458

[Assinatura] [Nome do(a) pesquisador(a) responsável] [Número do documento de identidade]

10) Termo de Compromisso do responsável pela Instituição:

DECLARO que:

- conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.
- a Instituição está ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e o bem-estar dos participantes recrutados na pesquisa em tela, dispondo de condições para a garantia de tal segurança e bem-estar.
- os participantes da pesquisa que vierem a sofrer complicações e danos relacionados à sua participação na pesquisa receberão assistência integral imediata nas unidades assistenciais do INCA. Nos casos em que houver patrocínio externo, os gastos decorrentes da assistência integral serão ressarcidos pelo patrocinador e nem o SUS, nem o paciente serão onerados por isso (Resolução CNS Nº 466/2012 – V.6).
- a Instituição possui condições e infra-estrutura para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa.
- a Instituição tem conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

Assim sendo, autorizo sua execução.

Rio de Janeiro, 21 / 12 / 23

Priscila Helena Morietto Figueiro
Diretora
Hospital do Câncer II / INCA
Mat. [illegible]

[Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade]

ANEXO 06

INCA

TERMO DE COMPROMISSO DE CUMPRIMENTO DA RESOLUÇÃO 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012, E SUAS COMPLEMENTARES

"A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO"

Eu, Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada, COREN-RJ 65458, Pesquisador Responsável pelo presente projeto de pesquisa a ser conduzido no Instituto Nacional de Câncer – INCA, Localizado à Rua Equador, 831, Santo Cristo – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 20.220-410 – Brasil; declaro que o projeto de pesquisa, acima mencionado, será conduzido nesse centro de pesquisa conforme requisitos e diretrizes estipuladas nas resoluções anteriormente citadas, bem como, demais normativas Nacionais aplicáveis.

A equipe do Centro de Pesquisa, sob minha responsabilidade, foi devidamente orientada e treinada para aderir as normatizações aplicáveis.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2023.

Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada
COREN-RJ 65458
Investigador(a) Principal
Instituto Nacional de Câncer

Digitalizado com CamScanner

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

ANEXO 07

DECLARAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DO FOLDER DE ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

Declaramos, para os devidos fins, que a servidora Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada, matrícula nº 2537992, lotada na Divisão de Enfermagem, no setor do Centro Cirúrgico – Hospital do Câncer II, criou e implementou um folder informativo destinado aos pacientes cirúrgicos oncológicos, contendo orientações acerca da realização da telenfermagem pré-operatória.

Tal iniciativa configura-se como uma estratégia educativa e assistencial, com impacto direto na qualidade e na segurança do cuidado. Ao ser utilizado como material de apoio durante a telenfermagem pré-operatória, com recomendações sobre o preparo pré-operatório, o folder contribui para o esclarecimento de dúvidas, o fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde e o engajamento ativo do paciente no preparo pré-operatório.

Esse recurso educativo favorece a identificação precoce de fatores de risco relacionados ao período perioperatório, possibilitando intervenções oportunas e a adoção de medidas preventivas antes da internação hospitalar. Consequentemente, a implantação do folder informativo contribui para a redução de eventos adversos evitáveis, para a diminuição da probabilidade de suspensão de cirurgias e para o aprimoramento da continuidade e da segurança da assistência, alinhando-se aos princípios da segurança do paciente e às boas práticas em enfermagem perioperatória.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2026.

Maria Tatiane F. da Costa

MARIA TATIANE FONSECA DA COSTA
Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente Hospital do Câncer II
Mat. MS 2257722

APÊNDICE 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: "Telenfermagem Pré-operatória como Estratégia para Operacionalizar a Prevenção dos Riscos no Paciente Cirúrgico Oncológico".

Pesquisador Orientador: Prof.ª Dr.ª Paulo Sérgio Marcellini

Pesquisador Responsável: Enfermeira Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Instituto Nacional do Câncer – Unidade 2 (HC2)

Telefones de contato do pesquisador: 21 32072896 – 21 981076663

Emails do pesquisador: lilia.pedrada@inca.gov,br, pedrada.lilia@gmail.com

Participantes: Enfermeiro(a) servidor(a) público(a) lotado(a) no Centro Cirúrgico da Unidade Hospitalar HC2 do Instituto Nacional do Câncer, que participará de no mínimo cinco entrevistas por chamada de vídeo - telenfermagem e cinco admissões de pacientes no centro cirúrgico que passaram pela telenfermagem a fim de analisar o resultado das intervenções de enfermagem.

Nome do(a) Participante:

Telenfermagem Pré-operatória como Estratégia para Operacionalizar a Prevenção dos Riscos no Paciente Cirúrgico Oncológico.

Prezado (a) Senhor (a)

O (A) Senhor(a) como enfermeiro(a) lotado(a) no centro cirúrgico da unidade hospitalar HC2 do Instituto Nacional do Câncer, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **"Telenfermagem Pré-operatória como Estratégia para Operacionalizar a Prevenção dos Riscos no Paciente Cirúrgico Oncológico"** que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada, Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências-PPGENFBIO da Universidade Federal do Estado do Rio deJaneiro-UNIRIO sob a orientação do Prof.º Dr.º Paulo Sérgio Marcellini, não sendo obrigatória sua participação. Sua participação tem como objetivo realizar

a telenfermagem, a intervenção de enfermagem e análise do resultado dessa intervenção, observando a pesquisadora os prós e contra desse resultado.

Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

A qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Instituição participante da pesquisa ou com a Universidade proponente. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento.

O estudo traz como **objeto** à validação do conjunto de fatores de risco e intervenções pertinentes à telenfermagem pré-operatória voltada a pacientes oncológicos.

Propósito da Pesquisa

O **Objetivo geral** da pesquisa é desenvolver e validar a telenfermagem pré-operatória como instrumento para redução dos riscos presentes no período perioperatório do paciente cirúrgico oncológico.

Os **Objetivos** do estudo são:

- Elaborar um roteiro para realização de telenfermagem pré-operatória, fundamentado na identificação precoce e na intervenção nos riscos iminentes do período perioperatório do paciente cirúrgico oncológico;
- Validar o conteúdo do roteiro para realização de telenfermagem pré-operatória;
- Aplicar o roteiro desenvolvido na telenfermagem pré-operatória nos pacientes assistidos;
- Validar na prática clínica a eficácia da telenfermagem pré-operatória na redução dos riscos presentes nos pacientes assistidos.

Procedimento da Pesquisa

Caso você concorde em participar, entregaremos uma cópia do projeto, para melhor entender o trabalho. Seu objetivo na condição de enfermeiro especialista em centro cirúrgico e lotado no local do campo prático da pesquisa, será realizar no mínimo cinco telenfermagens pré-operatórias, cinco intervenções de enfermagem e análise do resultado dessas intervenções.

As informações obtidas através desta pesquisa serão totalmente confidenciais, e o sigilo de sua participação é assegurado. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, e, posteriormente, serão arquivados e seu nome não será divulgado. Apenas as respostas serão analisadas.

Benefícios

Quanto ao benefício principal da participação do(a)s enfermeiro(a)s lotados no centro cirúrgico da unidade HC2 do Instituto Nacional do Câncer, será possibilitar que seu conhecimento e experiência contribuirão para a prática da telenfermagem pré-operatória, intervenção de enfermagem e análise do resultado dessa intervenção.

Você não será remunerado por sua participação, e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações e contribuições, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

Riscos

Os riscos para o desenvolvimento do trabalho com a participação do(a)s enfermeiro(a)s lotados no centro cirúrgico da unidade HC2 do Instituto Nacional do Câncer, serão mínimos, visto que os dados coletados são confidenciais e a pesquisadora garantirá o sigilo, o anonimato e a confidencialidade. A pesquisadora se responsabilizará pelo sigilo dos conteúdos das respostas, garantindo sua confidencialidade. Salienta-se que o produto da análise dos resultados das intervenções de enfermagem da teleconsulta na admissão do paciente no centro cirúrgico serão tratados estatisticamente e servirão de subsídios para validar a telenfermagem.

A sua participação não é obrigatória. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. E a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Custos

Não haverá nenhum tipo de custo para os participantes dessa pesquisa.

Bases da participação

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora deverá ser comunicada.

Garantia de esclarecimentos

A pesquisadora responsável pela elaboração deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, entre em contato pessoalmente ou pelo ramal 2896 com Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada de segunda à sexta, de 9h às 19h. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com a pesquisadora responsável.

Consentimento

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, que o responsável pela pesquisa explicou claramente o conteúdo das informações desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e se colocou à disposição para responder perguntas sempre que tiver dúvidas, ficou claro que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome

não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa e que também poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante ele, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, o CEP procura defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer (CEP INCA), na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 h, ou nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail cep@inca.gov.br.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em ser participante, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____

(Assinatura do participante ou responsável legal)

_____

(Assinatura do responsável por obter o consentimento)

APÊNDICE 02

CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado (a) Sr (a):

Nós, Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada, Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências - PPGENFBIO da Universidade Federal de Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, juntamente com o orientador, Profº. Drº Paulo Sérgio Marcellini, gostaríamos de convidá-lo (a) a ser um dos Juízes para validar um protocolo para nortear a Telenfermagem Pré-operatória (TEPO) que será produzido a partir da pesquisa intitulada: **"A Telenfermagem Pré-operatória como Estratégia para Operacionalizar a Prevenção dos Riscos no Paciente Cirúrgico Oncológico".**

Trata-se de um instrumento (questionário), que irá contribuir para a sistematização da assistência perioperatória através da telenfermagem pré-operatória, onde destacamos a ação participativa do enfermeiro do centro cirúrgico e o paciente cirúrgico oncológico em pré-operatório mediato (sua residência) através de chamada de vídeo previamente acordada e autorizada pelo paciente ou responsável do mesmo quando necessário. Entendendo que o atual procedimento em vigor "visita de enfermagem em pré-operatório imediato" (paciente internado em leito de enfermaria na véspera da cirurgia) dificulta tomadas de decisões para alguns fatores de riscos em função do paciente já se encontrar nas dependências do hospital.

O estudo será dividido em cinco etapas inter-relacionadas, onde a **participação do juiz se dará na 3ª etapa :**

1ª- Revisão de escopo;

2ª- Elaboração de roteiro de entrevista/orientação para telenfermagem pré-operatória, fundamentado na identificação precoce e na intervenção dos riscos iminentes do período perioperatório do paciente cirúrgico oncológico;

3ª- Validação de conteúdo do roteiro para telenfermagem pré-operatória com juízes experientes na temática, indicados através da técnica "bola de neve" (snowball technique) e/ou Plataforma Lattes que atendam aos critérios de inclusão do estudo;

4ª- Aplicar o roteiro da entrevista, fornecendo informações relevantes ao período perioperatório aos pacientes cirúrgicos oncológicos em pré-operatório mediato (aproximadamente entre 10 a 15 dias antes da data do procedimento cirúrgico), após consulta com a clínica de origem com deliberação cirúrgica e consulta pré-anestésica;

5ª - Validação na prática clínica (visita de enfermagem pré-operatória em paciente internado na véspera da cirurgia) a fim de identificar a eficácia quanto a redução dos riscos presentes nos pacientes assistidos na telenfermagem pré-operatória fundamentada no roteiro desenvolvido.

Devido a sua formação de enfermeiro(a) com expertise na área de Telenfermagem e/ou Centro Cirúrgico, a sua participação é de extrema relevância para o engrandecimento deste trabalho, seu objetivo será validar através da participação de julgamento das informações sobre Telenfermagem Pré-operatória a fim da prevenção dos riscos no paciente cirúrgico oncológico, o(a) sr^{o}(sr^{a}) receberá além desta carta convite, o protocolo do Procedimento Operacional Padrão (POP), o formulário (questionário) condutor da entrevista que será a base para responderem às perguntas da TEPO, um link para o Google form (participação dos juízes) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura e devolução, a fim de constar no processo do estudo.

Se entenderem necessário, poderá ser encaminhado o capítulo que descreve a elaboração do roteiro para telenfermagem pré-operatória que considerou as manifestações das necessidades humanas básicas (Teoria de Wanda de Aguiar Horta) em pacientes oncológicos no período pré-operatório, onde cada fator de risco foi justificado na literatura científica.

Na metodologia deste estudo teremos um prazo de 15 dias para avaliação, julgamento, contribuição e devolução do questionário.

Obrigada pela atenção!

Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada e Paulo Sérgio Marcellini

APÊNDICE 03

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título do Projeto: "A Telenfermagem Pré-operatória como Estratégia para Operacionalizar a Prevenção dos Riscos no Paciente Cirúrgico Oncológico".

Pesquisador Orientador: Prof.ª Dr.ª Paulo Sérgio Marcellini

Pesquisador Responsável: Enfermeira Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Instituto Nacional do Câncer HC2

Telefones de contato do pesquisador: 21 32072896 – 21 981076663

Emails do pesquisador: lilia.pedrada@inca.gov,br, liliapedrada@hotmail.com

Participantes: Juízes-especialistas, profissionais enfermeiros com reconhecida expertise profissional e/ou acadêmica em Centro Cirúrgico e/ou na realização de teleconsultas.

Nome do Participante:_____

A Telenfermagem Pré-operatória como Estratégia para Operacionalizar a Prevenção dos Riscos no Paciente Cirúrgico Oncológico.

Prezado (a) Senhor (a)

O (A) Senhor(a) como Juiz-especialista (profissional com reconhecida especialização em centro cirúrgico), está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **"A Telenfermagem Pré-operatória como Estratégia para Operacionalizar a Prevenção dos Riscos no Paciente Cirúrgico Oncológico"** que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada, Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências-PPGENFBIO da Universidade Federal do Estado do Rio deJaneiro-UNIRIO sob a orientação do Prof.º Dr.º Paulo Sérgio Marcellini, não sendo obrigatória sua participação. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequencias pela sua participação.

A qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Instituição participante da

pesquisa ou com a Universidade proponente. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento.

O estudo traz como objeto a validação do conjunto de fatores de risco e intervenções pertinentes à telermagem pré-operatória voltada a pacientes oncológicos.

Propósito da Pesquisa

O **Objetivo geral** da pesquisa é desenvolver e validar a telenfermagem pré-operatória como instrumento para redução dos riscos presentes no período perioperatório do paciente cirúrgico oncológico.

Os **Objetivos** do estudo são:

- Elaborar um roteiro para realização de telermagem pré-operatória, fundamentado na identificação precoce e na intervenção nos riscos iminentes do período perioperatório do paciente cirúrgico oncológico;
- Validar o conteúdo do roteiro para realização de telenfermagem pré-operatória;
- Aplicar o roteiro desenvolvido na telenfermagem pré-operatória nos pacientes assistidos;
- Validar na prática clínica a eficácia da telenfermagem pré-operatória na redução dos riscos presentes nos pacientes assistidos.

Procedimento da Pesquisa

Caso você concorde em participar, enviaremos uma cópia do projeto, junto com o questionário de validação (google forms), semiestruturado autoaplicável para coleta de informações acerca do seu conhecimento sobre o tema. O questionário deverá ser preenchido após a leitura e avaliação do projeto. Seu objetivo na condição de juíz especialista, profissional com reconhecida especialização em centro cirúrgico, será validar através da participação de julgamento das informações sobre roteiro da telenfermagem pré-operatória. A próxima etapa será feita análise dos resultados do instrumento de validação por respostas diretas e contribuições discursiva pelos juízes especialistas.

As informações obtidas através desta pesquisa serão totalmente confidenciais, e o sigilo de sua participação é assegurado. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, e, posteriormente, serão arquivados e seu nome não será divulgado. Apenas as respostas serão analisadas.

Benefícios

Quanto ao benefício principal da participação dos juízes especialistas, será possibilitar que seu conhecimento e experiência contribuirão para a validação de um roteiro para a aplicação da telenfermagem pré-operatória, a fim de garantir a segurança do paciente.

Você não será remunerado por sua participação, e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações e contribuições, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

Riscos

Os riscos para o desenvolvimento do trabalho com a participação dos juízes especialistas serão mínimos, visto que os dados coletados são confidenciais e a pesquisadora garantirá o sigilo, o anonimato e a confidencialidade. A pesquisadora se responsabilizará pelo sigilo dos conteúdos das respostas, garantindo sua confidencialidade. Salienta-se que o produto da análise dos questionários serão tratados estatisticamente e servirão de subsídios para a elaboração e validação do formulário sistematizado.

A sua participação não é obrigatória. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. E a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Custos

Não haverá nenhum tipo de custo para os participantes dessa pesquisa.

Bases da participação

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora deverá ser comunicada.

Garantia de esclarecimentos

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada no telefone 3207-2896 de segunda à sexta, de 7h às 17h. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com a pesquisadora responsável.

Consentimento

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, que o responsável pela pesquisa explicou claramente o conteúdo das informações desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e se colocou à disposição para responder perguntas sempre que tiver dúvidas, ficou claro que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa e que também poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante ele, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os

participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer (CEP INCA), na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, ou nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail cep@inca.gov.br.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em ser participante, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____

(Assinatura do participante ou responsável legal)

_____

(Assinatura do responsável por obter o consentimento)

APÊNDICE 04

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“A TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO”

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou esta sendo atendido (a) nesta instituição e teve diagnóstico ou suspeita de um tipo de câncer. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado à você, se aceito, será aplicado pela pesquisadora do projeto na sala de espera do ambulatório da anestesia, no dia e horário da consulta com anestesista, a pesquisadora responsável pela pesquisa irá abordá-lo antes ou logo após essa consulta.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

- **PROPÓSITO DA PESQUISA**

Desenvolver e validar a telenfermagem pré-operatória como instrumento para redução dos riscos presentes no período perioperatório do paciente cirúrgico oncológico.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, os pacientes cirúrgicos oncológicos através da telenfermagem pré-operatória possam passar pelo processo de identificação dos riscos e implementação de barreiras para garantir a segurança desse paciente.

RISCOS

Não existem riscos físicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. É importante que você entenda que nenhum procedimento médico/enfermagem adicional será realizado. Os dados coletados através da telenfermagem pré-operatória serão confidenciais em prontuário hospitalar.

CUSTOS

Não haverá nenhum tipo de custo para os participantes dessa pesquisa.

- **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo, devendo somente comunicar a equipe de pesquisadores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada no telefone (21) 3207-2896 de 07 às 17h de segunda a sexta feira. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Considerando que fui informado(a) do objetivo e relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, que o responsável pela pesquisa explicou claramente o conteúdo das informações desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e se colocou à disposição para responder perguntas sempre que tiver dúvidas, ficou claro que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados

e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	/ / Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data

APÊNDICE 05

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Imagens da paciente recebendo o folder de orientações de enfermagem pré-operatória no dia da liberação do risco cirúrgico e da primeira telenfermagem do estudo **"TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO"** – paciente da clínica de ginecologia cirúrgica.

Data: 13/04/2025

Local: Unidade Hospitalar II do Instituto Nacional do Câncer, situado à av. Binário do Porto, 831, Santo Cristo, Rio de Janeiro/RJ.

Responsáveis: Doutoranda Enfermeira Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada e Prof. Dr. Paulo Sérgio Marcellini

Telefones para contato da Pesquisadora: (21) 981076663

Nome:_____

Identidade:_____ ou
CPF:_____

Telefone:_____

Eu autorizo a utilização da minha imagem e som e voz, na qualidade de participante/entrevistado no projeto de pesquisa intitulado: "**TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAR A PREVENÇÃO DOS RISCOS NO PACIENTE CIRÚRGICO ONCOLÓGICO**", sob a responsabilidade de Lilia Dias Santana de Almeida Pedrada, pesquisadora responsável, vinculada ao Doutorado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCIÊNCIAS – PPGENFBIO da UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, instituição a qual o projeto e a pesquisadora responsável estão vinculados. Minha imagem e o som de minha voz podem ser utilizadas apenas para divulgação dos resultados da pesquisa em atividades acadêmicas/educacionais, apresentações em eventos/ conferências profissionais/acadêmicas. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som da minha voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável. Deste modo declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

_____

Local, data e assinatura

APÊNDICE 06

AGENDAMENTO PARA TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Mês de _____

	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:
	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:
	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:
	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:	Matrícula:
	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:

APÊNDICE 07

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM | HCII

Identificação do Paciente

Data de Nasc.:
Prontuário:
Sexo:

Informações do paciente

Idade:
Altura: _____ Peso: _____

Setor □ Enfermaria □ Centro Cirúrgico
Entrevista realizada □ Paciente □ Acompanhante
Cirurgia Proposta :

Ciente da Cirurgia Proposta?	□ Não	□ Sim	
Marcação do sitio cirúrgico	□ Não	□ Sim	□ Não se Aplica
Termo de Consentimento Cirúrgico	□ Não	□ Sim	
Termo de Consentimento anestésico	□ Não	□ Sim	
Pulseira de identificação Paciente (Branca)	□ Não	□ Sim	
Pulseira identificação Risco queda (Amarela)	□ Não	□ Sim	□ Não se Aplica

	Paciente com mais de 60 anos de idade		Paciente em uso de órtese e/ou prótese de MMII
	Agitação psicomotora		Confusão mental
	Déficit sensitivo		Déficit visual grave sem lentes corretivas
	Grau de dependência		Distúrbios neurológicos e síndromes
	Uso de sedativo ou pós sedação		Distúrbios de marcha
	Doenças osteomioarticulares		Histórico de AVE
	História prévia de queda		Obesidade – IMC>30

Paciente possui alergia □ Não □ Sim
Alimentar: _____
Medicamentosa: _____
Outras Alergias: _____ □ Alergia a Látex
Pulseira identificação alergia (Vermelha) □ Não □ Não se Aplica □ Sim
Nível de consciência □ Alerta □ Sonolento □ Comatoso □ Confuso
Nível de orientação □ Orientado □ Desorientado
Estado emocional □ Tranquilo □ Ansioso □ Agitado □ Entristecido
□ Choroso □ outros _____

Hipertensão arterial	□ Não	□ Sim
Diabetes	□ Não	□ Sim
Cardiopatia	□ Não	□ Sim Qual? _____
Histórico de trombose	□ Não	□ Sim
Aparelho respiratório	□ Não	□ Sim
Doença renal	□ Não	□ Sim
Outras comorbidades	□ Não	□ Sim _____

Dor □ Não □ Sim EVA : _____
Local: _____
Integridade da Pele □ Integra □ Prejudicada
Local:_____ Tipo de Lesão:_____

Histórico de Qt / Radio / Braquiterapia	□ Não	□ Sim	Data:_/__/__
Consumo de bebida alcoólica	□ Não	□ Sim	
Consumo de Drogas	□ Não	□ Sim	
Tabagismo	□ Não	□ Sim	□ Ex-tabagista
	Há quanto tempo _____		Quantos cigarro/dia:_____

Acuidade visual □ Normal □ Prejudicada □ Cegueira □ Bilateral □ Direita □ Esquerda
□ Óculos □ Lente de contato □ Prótese ocular

Avaliação oral □ Sem alterações □ Dentição parcial □ Edentado
□ Dentes amolecidos □ Dentes fraturados

Prótese dentária □ Não □ Sim □ Superior □ Inferior

Prótese Metálica □ Não □ Sim Local? _____

Prótese Auditiva □ Não □ Sim

Marcapasso □ Não □ Sim

Piercing □ Não □ Sim Local? _____

Tatuagem □ Não □ Sim Local? _____

Unhas Artificiais □ Não □ Sim

Cílios Postiços □ Não □ Sim

Aplique sintético ou cabelo natural (com liga metálica /sintética / cola / linha de nylon) □ Não □ Sim

Hemotransfusão □ Não □ Sim Reações _____

Algum Impedimento em ser transfundido □ Não □ Sim □ Termo de recusa a transfusão assinado

Cirurgias Anteriores □ Não □ Sim

_____

_____

_____

Medicamentos em uso ( ) Sim ( ) Não

_____

_____

_____

Fitoterápicos: _____

Anticoagulantes: _____

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

- Respeitar jejum a partir das 22 h ou protocolo de abreviação do tempo de jejum.
- Higiene corporal, no máximo até as 6:30h.
- Não utilizar creme hidratante e maquiagem após o banho.
- Retirar esmalte das unhas.
- Vestir a camisola com abertura virada para trás.
- Retirada de roupas intimas.
- Retirada de adornos (piercing, prendedor de cabelo, pulseira, relógio, cordão, brinco, anel, óculos).
- Retirada da prótese dentária
- Retirada de aparelho auditivo e lente de contato.

Observações:

_____

_____

_____

_____

Data: ___/___/___

Assinatura e carimbo da enfermeira

APÊNDICE 08

POP ANTES DO PARECER DOS JUÍZES PARECERISTAS

<table>
<tr><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</td><td>1ª Versão
Data:</td><td>Nº XX/2024</td></tr>
<tr><td colspan="2">TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. OBJETIVO: Realização da telenfermagem pré-operatória, constituída por coleta de informações e implementação de intervenções pertinentes.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a partir da Resolução Nº 0696/2022 normatizou a atuação da Enfermagem na Saúde Digital no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada, nos termos da norma técnica em anexo que a partir desta Resolução denomina-se Telenfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. INDICAÇÃO(fluxo)/CONTRAINDICAÇÃO:
• Indicações/requisitos: Paciente cirúrgico oncológico em pré-operatório de cirurgia eletiva, após ter passado por mesa redonda deliberativa presencial ou não da clínica de origem e risco cirúrgico pelo serviço de anestesiologia em torno de 10 a 15 dias antecedentes à data de agendamento do procedimento cirúrgico.
• Administrativo do centro cirúrgico entrará em contato com paciente via whatsApp para solicitar autorização e agendamento da telenfermagem.
• A telenfermagem será exclusiva por chamada de vídeo via WhatsApp e deverá ter boa conexão com a internet.
• O paciente ou acompanhante (de acordo com a necessidade) deverão estar em lugar tranquilo, sem interferências ambientais.
• Contraindicações: Não será considerada telenfermagem por meio somente de áudio (telefone)</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. RESULTADOS ESPERADOS: Identificar fatores de risco por meio da telenfermagem e fornecer orientações que funcionem como intervenções a fim de minimizar/eliminar esses fatores de risco no período perioperatório.</td></tr>
<tr><td colspan="3">4. EXECUTANTE: Enfermeiros do centro cirúrgico e residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional lotados no campo prático do centro cirúrgico, supervisionados pelos enfermeiros deste setor, em uma unidade hospitalar de um Instituto de Oncologia da cidade do Rio de Janeiro/RJ.</td></tr>
<tr><td colspan="3">5. MATERIAIS NECESSÁRIOS: Internet nos dois ambientes, recurso tecnológico com câmera e microfone.</td></tr>
<tr><td colspan="3">6. Cálculo do índice de massa corporal (IMC) segundo OMS/2000:
Dividir o peso em quilos pela altura ao quadrado em metros. IMC = peso (kg) / altura (m) x altura (m)
Ex: IMC = 70 K / $(1,60)^2$ = 70/2,56 = 27,3

A classificação do IMC é a seguinte:
Abaixo do peso: menor que 18
Peso normal: entre 18,5 e 24,9</td></tr>
</table>

Sobrepeso: entre 25 e 29,9

Obesidade: igual ou acima de 30

7. LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES:

Nº	Item	Como perguntar	O que espera identificar
1	Contato por vídeo chamada	(Item não é pergunta) Fazer chamada de vídeo no horário já pré-estabelecido pelo administrativo do centro cirúrgico com paciente conforme protocolo.	Paciente ou familiar/residente atendam a vídeo chamada ou não, caso não atendam após três tentativas em horários diferentes, registrar em prontuário a tentativa frustrada da TEPO
2	Apresentação	Após cumprimentar quem o atendeu, se identificar, ex: aqui é a(o) enfermeira(o) (nome do profissional), do Hospital (nome da Institutição), com quem eu falo?	Identificação ou não da pessoa que atendeu a vídeo chamada, na situação da não identificação ou da desistência de realizar a TEPO, buscar entender o motivo, persistindo, acatar a decisão e registrar no prontuário.
3	Nome completo	Qual nome completo do(a) senhor(a) completo?	Paciente consiga relatar seu nome completo ou não
4	Idade/DN	Qual a idade doo(a) senhor(a)?	Paciente consiga relatar sua idade ou não
5	Peso/altura	O(A) senhor(a) sabe seu peso e altura? pode ser aproximado, última vez que se pesou	Obesidade IMC > 30 Desnutrição IMC < 18 Se o paciente ganhou ou perdeu peso nos últimos meses (se está com abdmen volumoso por

		Ganhou ou perdeu peso nos últimos 3 meses?	presença de massa pélvica e/ou ascite), Pacientes com massa pélvica e/ou ascite, abdômen volumoso, não será aplicado cálculo de IMC.
6	Ciente da cirurgia proposta	O(A) senhor(a) poderia me falar com suas palavras qual cirurgia vai fazer, qual parte ou lado do corpo?	O conhecimento ou não do paciente/responsável quanto ao procedimento cirúrgico o qual será submetido
7	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico	O(A) senhor(a) assinou o termo de consentimento, de autorização para cirurgia?	A confirmação ou não do paciente/responsável em ter assinado o TCLE cirúrgico, quando não, emite comunicado a clinica cirúrgica de origem.
8	Termo de consentimento livre e esclarecido anestésico TCLE	O(A) senhor(a) assinou o termo de consentimento, de autorização para anestesia?	A confirmação ou não do paciente/responsável em ter assinado o TCLE anestésico, quando não, emite comunicado a clinica daa anestesia.
9	Hipertensão arterial (HAS)	O(A) senhor(a) é hipertenso, tem pressão alta? quando afirmativo: geralmente quando mede, qual o valor apresentado? Qual o controle, medicações em uso?	Paciente com pressão arterial aumentada ou não, quando aumentada, saber valor e controle (medicações)
10	Diabetes (DM)	O(A) senhor(a) é diabético? quando afirmativo: o senhor mede, qual o valor apresentado? Qual o controle, medicações em uso?	Paciente com glicemia sanguínea aumentada ou não, quando aumentada, saber valor e controle (medicações)
11	Cardiopatia	O(A) senhor(a) tem alguma doença, problema de coração? Qual? a quanto tempo? informou na consulta anestésica e cirúrgica?	Alguma cardiopatia (Ex: débito cardíaco diminuído, função cardiovascular prejudicada, arritmia) ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
12	Histórico de trombose	O(A) senhor(a) já teve ou tem trombose, obstrução de vaso sanguíneo por trombos?	Histórico de trombose ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado com anticoagulante de

			acordo com conduta médica.
13	Doença do aparelho respiratório, pulmonar	O(A) senhor(a) tem ou tem alguma doença no aparelho respiratório, algum problema no pulmão, tuberculose, asma, bronquite ou outra? Está fazendo tratamento? a quanto tempo?	Alguma doença do aparelho respiratório, algum problema no pulmão, tuberculose, asma, bronquite, ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
14	Doença do aparelho urinário, renal	O(A) senhor(a) tem alguma doença nos rins, aparelho urinário, cálculo, está urinando sem dificuldades? Está fazendo tratamento? a quanto tempo?	Alguma doença do aparelho urinário, renal ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
15	Constipação intestinal ou diarreia	O(A) senhor(a) evacuou com que frequência na última semana? Qual era a cor e a consistência das suas fezes na última semana?	Constipação intestinal, diarreia ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, intestino regular e liberado para cirurgia.
16	Outras comorbidades	O(A) senhor(a) tem outra doença(problema de saúde) que eu não tenha falado, qual?	Alguma outra doença ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
17	Grau de dependência para atividades de rotina	O(A) senhor(a) precisa de ajuda/auxílio das pessoas ou aparelhos para atividades de rotina, como movimentos de sentar, deitar, levantar?	Alguma ou total dependência de pessoas ou aparelhos para atividades de rotina, como movimentos de sentar, deitar, levantar, se afirmativo, perguntar o nível dessa dependência.
18	História prévia de queda	O(A) senhor(a) caiu recentemente? Quando? Como foi?	Alguma história de queda recente ou não, se afirmativo, tomar conhecimento do motivo e a quanto tempo.
19	Doenças osteomioarticulares	O(A) senhor(a) tem ou já teve alguma doença nos ossos, articulações ou músculos?	Alguma doença osteomuscular ou não, quando afirmativo, espera-se que não interfira no processo de movimento do paciente.

20	Dificuldade de marcha(deambular)	O(A) senhor(a) está com alguma dificuldade para andar no momento?	Algum tipo de dificuldade de marcha, quando afirmativo, verificar o grau de dificuldade e o motivo
21	Histórico de AVC	O(A) senhor(a) já teve derrame ou isquemia?	Paciente com histórico recente ou tardio de AVC com sequelas ou não, se afirmativo, confirmar tipo de sequela para possível interferência no procedimento anestésico/cirúrgico.
22	Distúrbios neurológicos e síndromes	O(A) senhor(a) já teve epilepsia ou convulsão? qual? a quanto tempo?	Algum tipo de distúrbio neurológico ou síndromes, se já teve episódio de epilepsia e/ou convulsão ou não, se afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
23	Integridade da pele	O(A) senhor(a) tem algum machucado, ferida, escoriação, hematoma, queimadura em alguma parte do corpo? pode mostrar pela câmera (dependendo da localização informada)?	Algum tipo de lesão na derme e/ou epiderme ou não, quando afirmativo, registrar para devidos cuidados no posicionamento cirúrgico e para não confundir com lesões no intraoperatório (lesão por pressão ou queimadura pelo uso do bisturi elétrico).
24	Edema	O(A) senhor(a) está com alguma parte do corpo com edema, com inchaço?	Algum tipo de edema ou não, quando afirmativo, em qual parte do corpo, espera-se que o paciente esteja sob conduta médica e liberado pelo risco cirúrgico.
25	Alergia alimentar, medicamentosa ou outra	O(A) senhor(a) tem alergia a algum tipo de alimento, medicamento ou outro? Caso afirmativo, o que sente, qual reação (episódio), como descobriu (recebeu diagnóstico)? a quanto tempo ocorreu?	Algum tipo de alergia alimentar e/ou medicamentosa ou não, quando afirmativa, espera-se que o paciente esteja medicado, alergia controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
26	Alergia a látex	O(A) senhor(a) tem alergia ao látex, reação quando sopra balão de aniversário, usa luva de latex, alguns chinelos de borracha, preservativo (camisinha) ou alguma alimentação como banana,	Alergia a látex ou não, quando afirmativa espera-se que o paciente esteja medicado, alergia controlada e liberado pelo risco cirúrgico.

		abacate, kiwi, castanha, manga, figo, papaia e maracujá? Caso afirmativo, o que sente, qual reação (episódio), como descobriu (recebeu diagnóstico)? a quanto tempo ocorreu?	
27	Acuidade visual Prótese ocular	O(A) senhor(a) tem problema de visão, usa óculos, lentes de contato ou prótese ocular? Prótese ocular (quando couber) foi orientado (a) pelo médico a retirar?	Boa acuidade visual ou não, se usa óculos ou lentes de contato, quando afirmativo, orientar retirada antes de ir para centro cirúrgico
28	Avaliação oral	O(A) senhor(a) está com algum dente amolecido e/ou quebrado? se afirmativo, qual dente? Tem algum machucado na boca? Que tipo? a quanto tempo?Já consultou um dentista?	Dentes em boas condições ou não, quando não, espera que paciente esteja sob orientação e tratamento odontológico.. Lesão na cavidade oral ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja orientado, medicado e liberado pelo risco cirúrgico.
29	Prótese dentária	O(A) senhor(a) usa prótese dentária, dentaduras? Superior e/ou inferior?	Uso ou não de prótese dentária, quando afirmativo, orientar retirada antes de ir para centro cirúrgico
30	Prótese auditiva	O(A) senhor(a) tem aparelho auditivo externo ou interno? Qual o problema que teve para indicação do aparelho interno?	Problema de audição com uso de aparelho externo/interno ou não.
31	Hemotransfusão Reação alérgica	O(A) senhor(a) já recebeu transfusão de sangue, teve alguma reação alérgica? Qual e a quanto tempo? Qual seu tipo sanguíneo?	Conhecimento ou não do tipo de reação na transfusão, quando afirmativo, confirmar se relatou na consulta do risco cirúrgico
32	Impedimento em realizar transfusão sanguínea	O(A) senhor(a) tem algum impedimento/motivo que não possa receber sangue? relacionado a crença e/ou religião	Algum motivo ou não para receber transfusão de sangue, quando tem motivo em não poder receber,espera-se a confirmação ou não do paciente/responsável em ter assinado o termo de recusa de hemotransfusão
33	Consumo de bebida alcoólica	O(A) senhor(a) consome bebida alcoólica? Quantas	Consumo ou não de bebida alcoólica

		vezes por semana? Que tipo de bebida? Parou a quanto tempo?	
34	Tabagismo	O(A) senhor(a) fuma, desde que idade, quantos cigarros por dia? Que tipo de cigarro? Parou há quanto tempo?	Paciente tabagista ou não
35	Consumo de drogas	O(A) senhor(a) usa ou já usou drogas? Qual? Se ainda usa, quando foi a última vez? Parou a quanto tempo?	Uso ou não de drogas
36	Implante de prótese, órtese, fragmento metálico, prótese de silicone e prótese nasal (quando couber)?	O(A) senhor(a) já quebrou algum osso e precisou implantar prótese, placa e parafuso? Qual parte do corpo? Retirou ou ainda está com com ela? Tem fragmentos metálicos tipo projétil de arma de fogo? Qual parte do corpo? Algum tipo de prótese de silicone ou prótese nasal? Quando possui prótese nasal, foi orientado pelo médico a retirar?	Paciente com implante de placas, parafusos, próteses, fragmentos metálicos ou prótese de silicone, quando afirmativo, confirmar local/lateralidade.
37	Marcapasso	O(A) senhor(a) tem um marcapasso (regula o ritmo do coração) implantado debaixo da pele (no peito próximo do ombro)? Dispositivo para controlar(regular) os batimentos do seu coração Informou aos médicos da anestesia e cirurgia?	Paciente com implante de marcapasso ou não, quando afirmativo, confirmar ciência dos médicos no risco cirúrgico e presença do técnico da empresa do dispositivo.
38	Piercing	O(A) senhor(a) usa piercing? Quais locais do corpo?	Paciente possui piercing ou não, quando afirmativo, identificação dos locais no corpo.
39	Tatuagem	O(A) senhor(a) tem tatuagem? Quais locais do corpo?	Paciente possui tatuagem ou não, quando afirmativo, identificação dos locais no corpo.
40	Unhas postiças	O(A) senhor(a) tem unhas postiças (gel, acrigel, fibra de vidro ou adesivos?	Paciente possui unhas postiças, acrigel, gel, fibra de vidro, adesivos ou não.
41	Cílios postiços	O(A) senhor(a) tem cílios postiços?	Paciente possui cílios postiços ou não.

42	Aplique de cabelos sintéticos/naturais	O(A) senhor(a) tem aplique de cabelos sintéticos ou naturais? Estão presos com que tipo de material? Presilha, elástico, costurado ou cola?	Paciente possui aplique de cabelos sintéticos ou naturais, presos com presilha, elástico, costurado ou cola ou não
43	Dor	O(A) senhor(a) está com alguma dor no momento? Em que parte do corpo? quanto daria para sua dor agora? De zero a 10, sendo zero sem nenhuma dor e 10 dor insuportável. Tomando algum remédio pra dor?	Paciente com ou sem queixas álgicas ou não, quando afirmativo, identificar localização e intensidade da dor
44	Histórico de tratamento	O(A) senhor(a) já fez tratamento de quimioterapia, radioterapia , braquiterapia, imunoterapia ou hormonioterapia? Quando foi o último ciclo?	Paciente em tratamento oncológico ou não, quando afirmativo, identificar tipo de tratamento
45	Cirurgias anteriores	O(A) senhor(a) já fez alguma cirurgia? Em que parte do corpo? Quanto tempo? Teve alguma complicação? náusea/vômito após a cirurgia? Se afirmativo, algum profissional de saúde explicou sobre essa complicação?	Paciente realizou cirurgia anterior ou não, quando afirmativo, identificar alguma complicação tipo,infecção, reações a anestésicos, náusea e vômito após procedimento.
46	Mastectomia/linfadenectomia/lateralidade (este item somente quando paciente responde sim ao anterior nº 38)	O(A) senhor(a) fez cirurgia da mama com esvaziamento da axila? Qual lateralidade da mama ou foram as duas? Há quanto tempo?	Paciente realizou mastectomia com linfadenectomia (esvaziamento axilar) ou não, quando afirmativo, identificar lateralidade e a quanto tempo realizou
47	Medicamentos	O(A) senhor(a) está usando algum medicamento no momento? Quais? Anticoagulantes? para afinar o sangue, AAS, aspirina, somalgin Fitoterápicos? castanha da índia, ginkgo biloba, kava kava	Uso atual de medicamentos ou não, quando afirmativo, identificar quais e a quanto tempo
48	Nível de consciência	Subjetiva observacional	Paciente alerta, confuso ou obnubilado..
49	Nível de orientação	Subjetiva observacional	Paciente orientado ou desorientado
50	Nível de estado emocional	Subjetiva observacional	Paciente tranquilo, ansioso, agitado, com medo e/ou choroso

8. MATRIZ DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS FATORES DE RISCO

Item	Fatores de risco	Intervenções de enfermagem
Peso/altura	Obesidade IMC > 30 Desnutrição IMC < 18	Usar valores de peso e altura para calcular IMC Registrar no calendário cirúrgico a utilização do POP nº xxx de paciente obeso/desnutrido no transoperatório (ex: montar sala cirúrgica adequada ao peso do paciente com mesa cirúrgica específica, materiais, insumos etc.)
Cência da cirurgia proposta	Realizar procedimento cirúrgico sem o devido conhecimento do paciente/responsável..	Orientar o paciente em relação ao procedimento cirúrgico proposto
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico	Realizar procedimento sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	Orientar o paciente/família a obrigatoriedade de assinar o TCLE cirúrgico.
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) anestésico	Realizar procedimento anestésico sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	Orientar o paciente/família a obrigatoriedade de assinar o TCLE anestésico
Hipertensão arterial (HAS)	Suspender procedimento cirúrgico devido HAS alterada (aumentada) Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico principalmente no sistema cardiovascular (infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas), renal (lesão renal aguda) e cerebral (acidente vascular cerebral-AVC isquêmico ou hemorrágico), sangramento e descolamento de suturas vasculares.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação.
Diabetes (DM)	Suspender procedimento cirúrgico devido glicose sanguínea alterada (aumentada) Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico no sistema cardiovascular (Infarto agudo do miocárdio perioperatório e insuficiência cardíaca), renal (nefropatia diabética), neurológico (neuropatia diabética), Infecção no sítio cirúrgico (alteração da resposta imunológica), retardo na cicatrização, distúrbios endócrinos e metabólicos e dificuldade de intubação (rigidez das articulações)	Conduzir o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação e controle do diabetes.

Cardiopatia	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade cardiovascular associada às suas condições de base.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento da cardiopatia, incluindo o uso da medicação.
Histórico de trombose	Trombose Venosa Profunda - TVP Embolia pulmonar - EP Acidente vascular cerebral - AVC Infarto agudo do miocárdio – IAM	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação para trombose venosa profunda - TVP, estar atento se foi orientado a interromper e quanto tempo antes do procedimento cirúrgico. Registrar no calendário cirúrgico, utilizar POP TVP nº xxxx no transoperatório
Doença do aparelho respiratório, pulmonar	Redução da capacidade respiratória, riscos de infecções pulmonares, hipersensibilidade e broncoespasmo, atelectasia, hipertensão pulmonar, risco de descompensação, intubação difícil e intolerância à anestesia	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação.
Doença do aparelho urinário	Comprometimento dos rins, retenção de líquidos	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação.
Constipação intestinal ou diarreia	Suspender ou comprometer o procedimento cirúrgico, Constipação intestinal: aumento do risco de impactação fecal, complicações infecciosas, íleo paralítico, alterações hemodinâmicas e complicações cirúrgicas. Diarreia: desequilíbrio eletrolítico, hipovolemia(hipotensão), contaminação e infecção, alteração na absorção de medicamentos.	Orientar o paciente a buscar orientação médica e se permanecer o quadro no dia da chamada para internação, informar a clínica.
Outras comorbidades? Qual?	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade hemodinâmica associada às suas condições de base.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação.
Grau de dependência para atividades de rotina	Risco de queda no período perioperatório. Esforço físico dos profissionais na transferência por falta de conhecimento da impossibilidade de ajuda do paciente.	Orientar o paciente a vir acompanhado e/ou trazer aparelhos de auxílio (andador, bengala) para realizar atividades de rotina, como movimentos de sentar, deitar, levantar. Registrar no calendário cirúrgico dificuldade de transferência do próprio paciente na mesa cirúrgica no pré-operatório.
História prévia de queda	Suspensão do procedimento cirúrgico por incidente de queda recente	Orientar paciente se afastar do motivo que o levou a queda
Doenças osteomioarticulares	Restrições de posicionamento cirúrgico, alterações na coluna	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao

	(cervical) podem complicar a intubação, osteoporose aumenta risco de de fraturas durante o procedimento cirúrgico, deformidades articulares podem limitar o alinhamento ideal durante a cirurgia.	tratamento, incluindo o uso da medicação.
Dificuldade de marcha (deambular)	Interpretação que o paciente adquiriu dificuldade de deambular após procedimento cirúrgico.	Registrar no calendário cirúrgico que o paciente tem dificuldade de deambular.
Histórico de AVC	Maiores riscos quanto mais próximo o evento do AVC do dia da cirurgia. Risco de novo evento vascular (AVC ou IAM), risco hemodinâmico, instabilidade cardiovascular, coagulopatias, complicações respiratórias pela sequela neuromuscular(fraqueza da musculatura respiratória) e riscos de infecções se estiver com sistema imunológico comprometido.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia.
Distúrbios neurológicos e síndromes	Os riscos podem variar de acordo com a gravidade do distúrbio, natureza da síndrome e a complexidade da cirurgia. Alterações na resposta a anestesia, controle respiratório, risco cardiovascular, progressão da doença neurológica, comunicação e colaboração limitadas.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia
Integridade da pele	Cisalhamento (fricção/gravidade) na área lesionada/queimada durante o procedimento cirúrgico. Suspeitar/confundir a área lesionada com intercorrências de lesões por cisalhamento, pressão ou queimaduras que possam ocorrer com o uso do bisturi elétrico durante procedimento cirúrgico.	Identificar o local da epiderme e/ou derme alteradas com lesões, escoriações, hematomas e queimaduras.
Edema	Riscos respiratórios, cardiovasculares, alterações renais e hidroeletrolíticas, complicações hemodinâmicas, infecções locais, alterações neurológicas e riscos farmacológicos.	Identificar local do edema, quanto tempo, se está fazendo uso de medicação, se informou na consulta anestésica e cirúrgica
Alergia alimentar, medicamentosa ou outra	Reações alérgicas a medicamentos como anestésicos, relaxantes musculares, antibióticos, opioides e contrastes radiológicos que pode variar de leve a grave (anafilaxia)	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia. Registrar no calendário cirúrgico as substâncias que desencadeiam os alérgenos.

Alergia a látex	Contato do paciente com partículas de látex (materiais e/ou ambiente). Absorção dos alérgenos no trato respiratório. Choque anafilático. Sensibilidade cruzada com alimentos com banana, abacate, kiwi, castanha, manga, figo, papaia e maracujá.	Registrar no calendário cirúrgico, utilização do POP nº xxx para paciente alérgico a látex no transoperatório. Eliminar partículas de látex do ambiente cirúrgico e produtos de borracha de látex natural.
Acuidade visual	Lesões corneanas como ressecamento ocular, contaminação, infecção, pela permanência das lentes de contato durante procedimento anestésico/cirúrgico.	Orientar o paciente a retirada dos óculos e lentes de contato e confirmar a retirada na admissão no centro cirúrgico
Avaliação Oral	Risco de quebra dos dentes amolecidos e/ou broncoaspirar no momento da intubação	Orientar o paciente sobre os riscos de ser intubado com dentes quebrados/amolecidos. Orientá-lo a possibilidade de uma consulta odontológica para informar que passará por procedimento anestésico (intubação)
Prótese dentária	Risco de broncoaspiração no momento da intubação ou obstruir vias aéreas no momento da sedação.	Orientar paciente a retirada da(s) prótese (s) e Informá-lo sobre os riscos de permanecer com as mesmas durante procedimento anestésico/cirúrgico.
Prótese auditiva	Prótese auditiva externa: Danos ao aparelho auditivo (exposição a líquidos, compressão ou deslocamento), interferência eletromagnética (equipamentos de monitoramento ou eletrocirurgia). Implantes cocleares: Donos ao implante (uso do bisturí elétrico), interferência eletromagnética (equipamentos de monitoramento e eletrocirurgia), riscos de queimaduras internas (aquecimento excessivo pela corrente elétrica do equipamento de bisturí).	Orientar o paciente a retirar a prótese auditiva externa antes de ir para centro cirúrgico, na dependência total do mesmo, informá-lo que deverá ser retirada no centro cirúrgico após sua admissão e devolvida ao responsável através de protocolo institucional. Nos casos de próteses auditivas internas (implantes cocleares), registrar no calendário cirúrgico para conhecimento dos profissionais do transoperatório. Verificar a possibilidade com equipe cirúrgica de priorizar uso de bisturi bipolar ao invés de monopolar. Verificar com paciente a possibilidade de consultar o fabricante do implante para entender as limitações do dispositivo. Acordar com equipe cirúrgica, que o campo elétrico gerado durante o procedimento não passe pela área do implante.

Hemotransfusão Reação alérgica	Os principais fatores de risco são: Reação alérgica: Causa: Sensibilidade a proteínas plasmáticas ou outras substâncias presentes no sangue transfundido. Risco: Leve (urticária e/ou prurido) Grave (anafilaxia) Reação hemolítica: Causa: incompatibilidade ABO Risco: febre, calafrios, hemólise intravascular e insuficiência renal aguda.	Em caso afirmativo, os riscos são aumentados para nova transfusão. Identificar a causa da reação anterior, confirmar com paciente se informou ao serviço de hemoterapia, anestesia e cirurgia. Registro do tipo de reação no calendário cirúrgico. Monitorar rigorosamente o paciente durante o processo de transfusão.
Impedimento em realizar transfusão sanguínea	Realizar procedimento de transfusão sanguínea sem conhecimento e autorização do paciente. Conflito entre autonomia do paciente e beneficência médica, dilemas em situações de emergência, impacto na relação médico-paciente, conflito de valores entre a equipe de saúde, vulnerabilidade do paciente, atendimento a pacientes vulneráveis, como crianças.	Em caso afirmativo de não poder realizar a hemotransfusão,, confirmar com o paciente, se assinou o termo de recusa
Consumo de bebida alcoólica	Crise convulsiva Afetar o metabolismo de medicamentos devido comprometimento do fígado Maior risco de sangramento Risco de infecções Complicações cardíacas	Orientar se possível não consumir bebida alcoólica até a data da cirurgia.
Tabagismo	Crise convulsiva Complicações respiratórias Complicações cardiovasculares Infecção e/ou dificuldade de cicatrização da ferida cirúrgica pela redução do fluxo sanguíneo	Orientar se possível não fumar até a data da cirurgia.
Consumo de drogas	Crise convulsiva Crise hipertensiva Eventos cardiovasculares Aumento de risco de sangramento Sinergismo de drogas Dentre outros, dependendo da droga utilizada.	Orientar se possível não usar drogas até a data da cirurgia.

Implante de prótese, órtese, fragmento metálico, prótese de silicone e prótese nasal (quando couber)	Risco de interferência com equipamentos de eletrocirurgia (o metal pode conduzir eletricidade resultando em aquecimento e queimadura), risco de fragilidade ou deslocamento mecânico.	Registrar em calendário cirúrgico e prontuário, local da placa ou fr ,agmentos metálicos, confirmar por exame de imagem (conduta médica), prótese de silicone e nasal (quando couber) Orientar equipe quanto local de instalação da placa de retorno/dispersiva (placa neutra do bisturí elétrico), deve ser instalada distante de materiais metálicos.
Marcapasso	Interferência eletromagnética, riscos de alterações hemodinâmicas, efeitos da anestesia, trauma mecânico ao marcapasso, risco de infecção e desconhecimento das configurações do marcapasso.	Registrar no calendário cirúrgico e no prontuário. Confirmar ciência da equipe médica anestésica/cirúrgica a presença do técnico da empresa do dispositivo.
Piercing	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia, lesões mecânicas durante procedimento (lacerações e sangramentos), interferência no campo cirúrgico, risco de aspiração/obstrução vias aéreas (língua) momento de intubação ou extubação, lesão por pressão.	Orientar paciente/responsável retirada dos piercings, perguntar se local do piercing está com sinais de inflamação, confirmar retirada dos piercings na internação. Explicar os riscos na permanência dos piercings durante o procedimento anestésico/cirúrgico.
Tatuagem	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia (tatuagens que contém pigmentos metálicos como óxido de ferro), complicações relacionadas à anestesia regional (anestesia peridural ou bloqueios regionais podem levar pigmento para corrente sanguínea ou espaço subaracnoide), interferência com monitoramento (tatuagens densas, atrapalhar leitura dos sensores), riscos de reações alérgicas ou inflamatórias(sensibilização tardia aos pigmentos da tatuagem pelo calor ou estresse metabólico durante cirurgia), infecção (tatuagens feitas há menos de 6 meses), dificuldade no planejamento cirúrgico (obscurecer marcadores anatômicos ou áreas alvo para incisão), alterações na percepção estética pós cirúrgica.	Registrar em calendário cirúrgico e prontuário a quantidade e locais das tatuagens. Orientar a equipe a não instalar placa de retorno/dispersiva do bisturí elétrico sobre tatuagem. Orientar a equipe quanto a limpeza e assepsia adequada nas áreas da tatuagem.

Unhas postiças	Interferência no monitoramento de oximetria de pulso (dificuldade da leitura do sensor de oximetria principalmente de materiais de unhas opacas, levando a leituras imprecisas ou falhas na detecção de oxigenação, podendo levar a atraso na identificação de hipóxia). Risco de infecção (acúmulo de resíduos devido a fissuras ou falhas nas unhas). Possibilidade de desprendimento das unhas durante manipulação do paciente. Dificuldade na avaliação clínica (podem mascarar a coloração da unha, cianose ou palidez, perfusão capilar).	Orientar remoção das unhas postiças Explicar os riscos na permanência das unhas postiças durante o procedimento anestésico/cirúrgico. Confirmar retirada das unhas postiças no momento da internação
Cílios postiços	Risco de desprendimento durante manipulação (entrar nos olhos causando lesões de córnea), cílios volumosos ou rígidos podem impedir fechamento completo dos olhos causando ressecamento ocular ou abrasão da córnea), danos a superfície ocular (cílios rígidos ou mal fixados podem arranhar a córnea ou causar microtraumas durante a manipulação ou contato com a máscara facial, queimadura na fuga da corrente elétrica através da cola ou produtos sintéticos dos cílios postiços.	Orientar a retirada dos cílios postiços. Explicar os riscos na permanência dos cílios postiços durante o procedimento anestésico/cirúrgico. Confirmar retirada dos cílios postiços no momento da internação
Aplique de cabelos sintéticos/naturais	Pode causar queimadura devido ao uso de eletrocirurgia, na fuga da corrente elétrica em contato com os fixadores dos apliques como liga metálica, sintética, cola ou nylon. Risco de incêndio no campo operatório (materiais sintéticos podem ser inflamáveis, aumentando o risco de combustão quando entra em contato com fontes de calor, oxigênio suplementar ou falhas de equipamentos cirúrgicos. Dificuldade de posicionamento e manuseio da cabeça durante a anestesia/cirurgia. Desprendimento ou danos ao aplique e contaminação do campo operatório (partículas de acessórios ou resíduos de produtos de fixação.	Orientar retirada dos cabelos sintéticos e adereços dos mesmos Confirmar retirada dos cabelos sintéticos e adereços dos mesmos na admissão do paciente no centro cirúrgico
Dor	Sofrimento por falta de conhecimento Desencadear liberação de cortisol Aumento da pressão arterial	Perguntar local da dor Explicar as diferenças dos três tipos de dores (aguda, crônica e

	Aumento da glicose Aumento de risco de infecção	recorrente) para facilitar identificação pelo paciente. Verificar a intensidade da dor através da escala END (1 a 10), se está medicado, se não, orientar procurar consulta médica na unidade hospitalar de origem
Histórico de tratamento	Realizar procedimento anestésico/cirúrgico período inferior de 7 a 14 dias (período de efeito de nadir = Pacientes neutropênicos, ou seja, com contagem de leucócitos baixa) do último ciclo	Verificar com paciente data do último ciclo do tratamento (quimioterapia, radioterapia ou braquiterapia) e certificar ciência dos serviços de anestesia/cirurgia.
Cirurgias anteriores?	Respostas do paciente aos anestésicos (dependendo do tempo da cirurgia anterior). Histórico de eventos adversos em cirurgia anterior (sangramento excessivo, infecções, reações a anestésicos), experiências negativas ou traumáticas, cirurgias que alteraram a funcionalidade de órgãos ou sistemas (ex.; ressecções intestinais, mastectomia)	Registrar cirurgias anteriores, a quanto tempo ocorreu e se teve alguma intercorrência
Mastectomia/Linfadenectomia/ Lateralidade (este item somente quando paciente responder sim ao anterior nº 38)	Risco de linfedema (manipulação, punção, manguito pneumático e acesso venoso é contra indicado), dificuldade na administração da anestesia (anestesia regional), alterações na anatomia do tórax (necessidade de ajustes em procedimentos que envolvem ventilação mecânica), risco de trombose venosa profunda(TVP), sensibilidade (hipersensibilidade ou dormência no tórax e na braço), risco de comprometimento respiratório, impactos psicológicos (ansiedade e/ou medo relacionado ao novo procedimento).	Registrar no calendário cirúrgico e prontuário cirurgia, lateralidade a quanto tempo ocorreu e se houve intercorrências. Evitar utilização do membro superior da lateralidade que foi submetida à mastectomia com linfadenectomia e esvaziamento axilar.
Medicamentos	Incompatibilidade medicamentosa no procedimento anestésico/cirúrgico	Registrar medicações em uso, perguntar se informou na consulta de risco cirúrgico a fim do serviço de anestesiologia analisar a compatibilidade com as drogas que irá utilizar durante o procedimento anestésico/cirúrgico.
Nível de consciência	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, percebido confuso

		ou obnubilado, pedir parecer serviço de Psicologia da unidade hospitalar. Observar se o paciente encontra-se com o nível de consciência comprometido, nesse caso realizar a telenfermagem com responsável
Nível de orientação	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, percebido desorientado , pedir parecer serviço de Psiquiatria da unidade hospitalar. Observar se o paciente encontra-se com o nível de orientação comprometido, nesse caso realizar a telenfermagem com responsável legal
Nível de estado emocional	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, percebido que o estado emocional(ansiedade, agitação, medo, tristeza ou choro) não está permitindo absorver os esclarecimentos, pedir parecer serviço de Psicologia da unidade hospitalar Observar se o paciente encontra-se com o nível do estado emocional comprometido, nesse caso realizar a telenfermagem com responsável

7. OBSERVAÇÕES:

8. REFERÊNCIAS:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 0696/2022, art.01 de 23 de maio de 2022**. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem**.** Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global, 2020.** Relatório de uma consulta da OMS, http://www.who.int.

APÊNDICE 09

POP APÓS parecer dos juízes pareceristas

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	1ª Versão Data:	*Nº XX/2026*
	TELENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA	

1. OBJETIVO: Realizar a telenfermagem pré-operatória, constituída por coleta de informações e implementação de intervenções pertinentes.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a partir da Resolução Nº 707/2022 e 717/2023 normatizou a atuação da Enfermagem na Saúde Digital no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada, nos termos da norma técnica em anexo que a partir desta Resolução denomina-se Telenfermagem.

Este POP tem por finalidade apoiar os profissionais enfermeiros na prática clínica da Telenfermagem, considerando a Resolução do COFEN N. 0634/2020 que autoriza e normatiza a Teleconsulta de Enfermagem.

2. INDICAÇÃO(fluxo)/CONTRAINDICAÇÃO:

- **Indicações/requisitos:** Paciente cirúrgico oncológico em pré-operatório mediato de cirurgia eletiva, após ter passado por consulta deliberativa da clínica de origem e risco cirúrgico pelo serviço de anestesiologia em torno de 10 a 15 dias antecedentes à data de agendamento do procedimento cirúrgico.
- Deverão ser realizadas 3 tentativas 2 vezes por dia durante 2 dias, não conseguindo contato, identificar na planilha de agendamento “sem êxito” para que seja efetuada a visita pré-operatória de enfermagem na véspera da cirurgia e lançada na evolução em prontuário.
- O paciente será informado pela secretaria da clínica cirúrgica que receberá nos próximos dias em horário comercial uma mensagem de texto via whatsapp institucional, perguntando se aceita realizar uma telenfermagem, o paciente aceitando porém não naquele horário, será combinado um outro horário que atenda à ele e ao profissional enfermeiro, a fim de receber orientações para dar continuidade ao seu processo de preparação para a cirurgia.
- O termo de consentimento em participar da telenfermagem será firmado e registrado através do aceite da mensagem via whatsapp precedido ao momento da mesma, que ficará armazenado nesse canal para eventuais consultas.
- O enfermeiro deverá acessar o risco cirúrgico/evolução na intranet para conhecer previamente os fatores de risco do paciente e confrontá-los com o mesmo.
- A telenfermagem será realizada pelo enfermeiro em ambiente privado com boa iluminação, sem ruídos externos e internet sem interferência, indicado na sala da coordenação de enfermagem do centro cirúrgico ou sala cirúrgica desativada, ambas com portas trancadas com informativo “Realização de Telenfermagem”.
- O paciente ou acompanhante (de acordo com a necessidade, ex; idoso, nível de consciência rebaixado, demência etc..) deverão estar em lugar tranquilo, privativo e sem interferências ambientais (receberá essas informações via folder informativo que receberá no momento em que se apresenta a clínica de origem da cirurgia para informar liberação do risco cirúrgico).
- A realização da TEPO deverá ser realizada somente por vídeo para garantir a privacidade, permitindo que o enfermeiro possa visualizar a região do corpo do paciente que está sendo avaliada, facilitando a identificação dos fatores de riscos e implementação do cuidado.

- O tempo estimado de atendimento da TEPO é de 15’ a 20’ após a média de 108 telenfermagens, considerado um tempo eficaz porém havendo necessidade pode ser aumentado, aplicando uma escuta ativa.
- O formulário deverá ser carimbado, assinado e datado (local específico) pelos enfermeiros que realizam a telenfermagem e o que certifica as orientações na admissão do paciente no centro cirúrgico.
- **Contraindicações:** Não será considerada telenfermagem por meio somente de áudio (telefone).

3. RESULTADOS ESPERADOS:

3.1 - Identificar os fatores de risco por meio da telenfermagem e fornecer orientações que funcionem como intervenções a fim de minimizar/eliminar tais fatores no período perioperatório.

3.2 - Disponibilizar o formulário da telenfermagem na pasta específica (física) onde será consultada diariamente após liberação do mapa cirúrgico do dia posterior, nesse momento registra-se no mapa se o paciente possui a TEPO ou deverá ser realizada a VEPO.

3.3 - Na admissão do paciente no centro cirúrgico, o enfermeiro verificará as implementações (orientações) de enfermagem a fim de certificar que foram realizadas e viabilizar o formulário ao prontuário.

4. EXECUTANTE: Enfermeiros do centro cirúrgico e residentes de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional lotados no campo prático do centro cirúrgico, supervisionados pelos enfermeiros deste setor, em uma unidade hospitalar de um Instituto de Oncologia da cidade do Rio de Janeiro/RJ.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS: Sala privativa com boa iluminação sem presença de ruído externo no ambiente e internet sem interferência (no hospital e se possível no ambiente privado do paciente).

6. Cálculo do índice de massa corporal (IMC) segundo OMS/2000:

Dividir o peso em quilos pela altura ao quadrado em metros. IMC = peso (kg) / altura (m) x altura (m)

Ex: IMC = 70 K / $(1,60)^2$ = 70/2,56 = 27,3

Segue a classificação do IMC:

Abaixo do peso: menor que 18

Peso normal: entre 18,5 e 24,9

Sobrepeso: entre 25 e 29,9

Obesidade: igual ou acima de 30

7. LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES:

Nº	Item	Perguntar	Identificar
1	Contato por vídeo chamada	(Item não é pergunta) Fazer chamada de vídeo no horário acordado pelo paciente conforme protocolo.	Paciente ou familiar/residente atendam a vídeo chamada ou não, caso não atendam após três tentativas em horários diferentes, registrar em prontuário a

			tentativa frustrada da TEPO
2	Apresentação	Após cumprimentar quem o atendeu, se identificar, ex: aqui é a(o) enfermeira(o) (nome do profissional), do Hospital (nome da Instituição), com quem eu falo? Sempre chamar o paciente pelo nome e explicar o objetivo da telenfermagem (identificar fatores de risco para serem atenuados e não ocorrerem eventos adversos durante cirurgia) explicar que serão feitas algumas perguntas e orientações e que esse procedimento faz parte do processo de tratamento.	Identificação ou não da pessoa que atendeu a vídeo chamada, na situação da não identificação ou da desistência de realizar a TEPO, buscar entender o motivo, persistindo, acatar a decisão e registrar no prontuário.
3	Nome completo	Qual nome completo do(a) senh or(a) ?	Paciente consiga relatar seu nome completo ou não
4	Idade/DN	Qual a idade e data de nascimento do(a) senhor(a)?	Paciente consiga relatar sua idade ou não
5	Peso/altura	O(A) senhor(a) sabe seu peso e altura? pode ser aproximado, última vez que se pesou Ganhou ou perdeu peso nos últimos 3 meses?	Obesidade IMC > 30 Desnutrição IMC < 18 Se o paciente ganhou ou perdeu peso nos últimos meses (se está com abdmen volumoso por presença de massa pélvica e/ou ascite), Pacientes com massa pélvica e/ou ascite, abdômen volumoso, não será aplicado cálculo de IMC.
6	Ciente da cirurgia proposta	O(A) senhor(a) poderia me falar com suas palavras qual cirurgia vai fazer,	O conhecimento ou não do paciente/responsá vel quanto ao procedimento

		qual parte ou lado do corpo?	cirúrgico o qual será submetido
7	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico	O(A) senhor(a) assinou o termo de consentimento, de autorização para cirurgia?	A confirmação ou não do paciente/responsável em ter assinado o TCLE cirúrgico, quando não, emite comunicado a clínica cirúrgica de origem.
8	Termo de consentimento livre e esclarecido anestésico TCLE	O(A) senhor(a) assinou o termo de consentimento, de autorização para anestesia?	A confirmação ou não do paciente/responsável em ter assinado o TCLE anestésico, quando não, emite comunicado a clínica da anestesia.
9	Hipertensão arterial (HAS)	O(A) senhor(a) é hipertenso, tem pressão alta? quando afirmativo: geralmente quando mede, qual o valor apresentado? Qual o controle, medicações em uso?	Paciente com pressão arterial aumentada ou não, quando aumentada, saber valor e controle (medicações)
10	Diabetes (DM)	O(A) senhor(a) é diabético? quando afirmativo: o senhor mede, qual o valor apresentado? Qual o controle, medicações em uso?	Paciente com glicemia sanguínea aumentada ou não, quando aumentada, saber valor e controle (medicações)
11	Cardiopatia	O(A) senhor(a) tem alguma doença, problema de coração? Qual? a quanto tempo? informou na consulta anestésica e cirúrgica?	Alguma cardiopatia (Ex: débito cardíaco diminuído, função cardiovascular prejudicada, arritmia) ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
12	Histórico de trombose	O(A) senhor(a) já teve ou tem trombose, obstrução de vaso sanguíneo por trombos?	Histórico de trombose ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado com anticoagulante de acordo com conduta médica.
13	Doença do aparelho respiratório, pulmonar	O(A) senhor(a) tem ou tem alguma doença no aparelho respiratório, algum problema no pulmão, tuberculose, asma, bronquite ou outra? Está fazendo tratamento? a quanto tempo?	Alguma doença do aparelho respiratório, algum problema no pulmão, tuberculose, asma, bronquite, ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.

14	Doença do aparelho urinário, renal	O(A) senhor(a) tem alguma doença nos rins, aparelho urinário, cálculo, está urinando sem dificuldades? Está fazendo tratamento? a quanto tempo?	Alguma doença do aparelho urinário, renal ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
15	Constipação intestinal ou diarreia	O(A) senhor(a) evacuou com que frequência na última semana? Qual era a cor e a consistência das suas fezes na última semana?	Constipação intestinal, diarreia ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, intestino regular e liberado para cirurgia.
16	Outras comorbidades	O(A) senhor(a) tem outra doença(problema de saúde) que eu não tenha falado, qual?	Alguma outra doença ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
17	Grau de dependência para atividades de rotina	O(A) senhor(a) precisa de ajuda/auxílio das pessoas ou aparelhos para atividades de rotina, como movimentos de sentar, deitar, levantar?	Alguma ou total dependência de pessoas ou aparelhos para atividades de rotina, como movimentos de sentar, deitar, levantar, se afirmativo, perguntar o nível dessa dependência.
18	História prévia de queda	O(A) senhor(a) caiu da própria altura recentemente? Quando? Como foi?	Alguma história de queda recente ou não, se afirmativo, tomar conhecimento do motivo e a quanto tempo.
19	Doenças osteomioarticulares	O(A) senhor(a) tem ou já teve alguma doença nos ossos, articulações ou músculos?	Alguma doença osteomuscular ou não, quando afirmativo, espera-se que não interfira no processo de movimento do paciente.
20	Dificuldade de marcha(deambular)	O(A) senhor(a) está com alguma dificuldade para andar no momento?	Algum tipo de dificuldade de marcha, quando afirmativo, verificar o grau de dificuldade e o motivo
21	Histórico de AVC	O(A) senhor(a) já teve derrame ou isquemia?	Paciente com histórico recente ou tardio de AVC com sequelas ou não, se afirmativo, confirmar tipo de sequela para possível interferência no procedimento anestésico/cirúrgico.

22	Distúrbios neurológicos e síndromes	O(A) senhor(a) já teve epilepsia ou convulsão? qual? a quanto tempo?	Algum tipo de distúrbio neurológico ou síndromes, se já teve episódio de epilepsia e/ou convulsão ou não, se afirmativo, espera-se que o paciente esteja medicado, doença controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
23	Integridade da pele	O(A) senhor(a) tem algum machucado, ferida, escoriação, hematoma, queimadura em alguma parte do corpo? pode mostrar pela câmera (dependendo da localização informada)?	Algum tipo de lesão na derme e/ou epiderme ou não, quando afirmativo, registrar para devidos cuidados no posicionamento cirúrgico e para não confundir com lesões no intraoperatório (lesão por pressão ou queimadura pelo uso do bisturi elétrico).
24	Edema	O(A) senhor(a) está com alguma parte do corpo com edema, com inchaço?	Algum tipo de edema ou não, quando afirmativo, em qual parte do corpo, espera-se que o paciente esteja sob conduta médica e liberado pelo risco cirúrgico.
25	Alergia alimentar, medicamentosa ou outra	O(A) senhor(a) tem alergia a algum tipo de alimento, medicamento ou outro? Caso afirmativo, o que sente, qual reação (episódio), como descobriu (recebeu diagnóstico)? a quanto tempo ocorreu?	Algum tipo de alergia alimentar e/ou medicamentosa ou não, quando afirmativa, espera-se que o paciente esteja medicado, alergia controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
26	Alergia a látex	O(A) senhor(a) tem alergia ao látex, reação quando sopra balão de aniversário, usa luva de latex, alguns chinelos de borracha, preservativo (camisinha) ou alguma alimentação como banana, abacate, kiwi, castanha, manga, figo, papaia e maracujá? Caso afirmativo, o que sente, qual reação (episódio), como descobriu (recebeu diagnóstico)? a quanto tempo ocorreu?	Alergia a látex ou não, quando afirmativa espera-se que o paciente esteja medicado, alergia controlada e liberado pelo risco cirúrgico.
27	Acuidade visual Prótese ocular	O(A) senhor(a) tem problema de visão, usa óculos, lentes de contato ou prótese ocular?	Boa acuidade visual ou não, se usa óculos ou lentes de contato, quando afirmativo, orientar

		Prótese ocular (quando couber) foi orientado (a) pelo médico a retirar?	retirada antes de ir para centro cirúrgico
28	Avaliação oral	O(A) senhor(a) está com algum dente amolecido e/ou quebrado? se afirmativo, qual dente? Tem algum machucado na boca? Que tipo? a quanto tempo?Já consultou um dentista?	Dentes em boas condições ou não, quando não, espera que paciente esteja sob orientação e tratamento odontológico.. Lesão na cavidade oral ou não, quando afirmativo, espera-se que o paciente esteja orientado, medicado e liberado pelo risco cirúrgico.
29	Prótese dentária	O(A) senhor(a) usa prótese dentária, dentaduras? Superior e/ou inferior?	Uso ou não de prótese dentária, quando afirmativo, orientar retirada antes de ir para centro cirúrgico
30	Prótese auditiva	O(A) senhor(a) tem aparelho auditivo externo ou interno? Qual o problema que teve para indicação do aparelho interno?	Problema de audição com uso de aparelho externo/interno ou não.
31	Hemotransfusão Reação alérgica	O(A) senhor(a) já recebeu transfusão de sangue, teve alguma reação alérgica? Qual e a quanto tempo? Qual seu tipo sanguíneo?	Conhecimento ou não do tipo de reação na transfusão, quando afirmativo, confirmar se relatou na consulta do risco cirúrgico
32	Impedimento em realizar transfusão sanguínea	O(A) senhor(a) tem algum impedimento/motivo que não possa receber sangue? relacionado a crença e/ou religião	Algum motivo ou não para receber transfusão de sangue, quando tem motivo em não poder receber,espera-se a confirmação ou não do paciente/responsável em ter assinado o termo de recusa de hemotransfusão
33	Consumo de bebida alcoólica	O(A) senhor(a) consome bebida alcoólica? Quantas vezes por semana? Que tipo de bebida? Parou a quanto tempo?	Consumo ou não de bebida alcoólica
34	Tabagismo	O(A) senhor(a) fuma, desde que idade, quantos cigarros por dia? Que tipo de cigarro? Parou há quanto tempo?	Paciente tabagista ou não

35	Consumo de drogas	O(A) senhor(a) usa ou já usou drogas? Qual? Se ainda usa, quando foi a última vez? Parou a quanto tempo?	Uso ou não de drogas
36	Implante de prótese, órtese, fragmento metálico, prótese de silicone e prótese nasal (quando couber)?	O(A) senhor(a) já quebrou algum osso e precisou implantar prótese, placa e parafuso? Qual parte do corpo? Retirou ou ainda está com com ela? Tem fragmentos metálicos tipo projétil de arma de fogo? Qual parte do corpo? Algum tipo de prótese de silicone ou prótese nasal? Quando possui prótese nasal, foi orientado pelo médico a retirar?	Paciente com implante de placas, parafusos, próteses, fragmentos metálicos ou prótese de silicone, quando afirmativo, confirmar local/lateralidade.
37	Marcapasso	O(A) senhor(a) tem um marcapasso (regula o ritmo do coração) implantado debaixo da pele (no peito próximo do ombro)? Dispositivo para controlar(regular) os batimentos do seu coração Informou aos médicos da anestesia e cirurgia?	Paciente com implante de marcapasso ou não, quando afirmativo, confirmar ciência dos médicos no risco cirúrgico e presença do técnico da empresa do dispositivo.
38	Piercing	O(A) senhor(a) usa piercing? Quais locais do corpo?	Paciente possui piercing ou não, quando afirmativo, identificação dos locais no corpo.
39	Tatuagem	O(A) senhor(a) tem tatuagem? Quais locais do corpo?	Paciente possui tatuagem ou não, quando afirmativo, identificação dos locais no corpo.
40	Unhas postiças	O(A) senhor(a) tem unhas postiças (gel, acrigel, fibra de vidro ou adesivos?	Paciente possui unhas postiças, acrigel, gel, fibra de vidro, adesivos ou não.
41	Cílios postiços	O(A) senhor(a) tem cílios postiços?	Paciente possui cílios postiços ou não.
42	Aplique de cabelos sintéticos/naturais	O(A) senhor(a) tem aplique de cabelos sintéticos ou naturais? Estão presos com que tipo de material? Presilha, elástico, costurado ou cola?	Paciente possui aplique de cabelos sintéticos ou naturais, presos com presilha, elástico, costurado ou cola ou não
43	Dor	O(A) senhor(a) está com alguma dor no momento? Em que parte do corpo? quanto daria para sua dor agora? De zero a 10, sendo zero	Paciente com ou sem queixas álgicas ou não, quando afirmativo,

		sem nenhuma dor e 10 dor insuportável. Qual a frequência? Existem fatores que intensificam essa dor? Tomando algum remédio pra dor?	identificar localização e intensidade da dor
44	Histórico de tratamento	O(A) senhor(a) já fez tratamento de quimioterapia, radioterapia , braquiterapia, imunoterapia ou hormonioterapia? Quando foi o último ciclo?	Paciente em tratamento oncológico ou não, quando afirmativo, identificar tipo de tratamento
45	Cirurgias anteriores	O(A) senhor(a) já fez alguma cirurgia? Em que parte do corpo? Quanto tempo? Teve alguma complicação? náusea/vômito após a cirurgia? Se afirmativo, algum profissional de saúde explicou sobre essa complicação?	Paciente realizou cirurgia anterior ou não, quando afirmativo, identificar alguma complicação tipo,infecção, reações a anestésicos, náusea e vômito após procedimento.
46	Mastectomia/linfadenectomia/lateralidade (este item somente quando paciente responde sim ao anterior nº 38)	O(A) senhor(a) fez cirurgia da mama com esvaziamento da axila? Qual lateralidade da mama ou foram as duas? Há quanto tempo?	Paciente realizou mastectomia com linfadenectomia (esvaziamento axilar) ou não, quando afirmativo, identificar lateralidade e a quanto tempo realizou
47	Medicamentos	O(A) senhor(a) está usando algum medicamento no momento? Quais? Anticoagulantes? para afinar o sangue, AAS, aspirina, somalgin Fitoterápicos? castanha da índia, ginkgo biloba, kava kava	Uso atual de medicamentos ou não, quando afirmativo, identificar quais e a quanto tempo
48	Nível de consciência	Subjetiva observacional	Paciente alerta, confuso ou obnubilado..
49	Nível de orientação	Subjetiva observacional	Paciente orientado ou desorientado
50	Nível de estado emocional	Subjetiva observacional	Paciente tranquilo, ansioso, agitado, com medo e/ou choroso
51	Dúvidas	O (a) senhor(a) ficou com alguma dúvida? deseja fazer alguma pergunta?	Paciente esclarecido quanto às questões do período perioperatório ou não

8. MATRIZ DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AOS FATORES DE RISCO

Item	Fatores de risco	Intervenções de enfermagem
Peso/altura	Obesidade IMC > 30 Desnutrição IMC < 18	Usar valores de peso e altura para calcular IMC Registrar no calendário cirúrgico a utilização do POP nº xxx de paciente obeso/desnutrido no transoperatório (ex: montar sala cirúrgica adequada ao peso do paciente com mesa cirúrgica específica, materiais, insumos etc.)
Ciente da cirurgia proposta	Realizar procedimento cirúrgico sem o devido conhecimento do paciente/responsável..	Orientar o paciente em relação ao procedimento cirúrgico proposto
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) cirúrgico	Realizar procedimento sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	Orientar o paciente/família a obrigatoriedade de assinar o TCLE cirúrgico.
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) anestésico	Realizar procedimento anestésico sem o devido conhecimento e autorização do paciente/responsável.	Orientar o paciente/família a obrigatoriedade de assinar o TCLE anestésico
Hipertensão arterial (HAS)	Suspender procedimento cirúrgico devido HAS alterada (aumentada) Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico principalmente no sistema cardiovascular (infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas), renal (lesão renal aguda) e cerebral (acidente vascular cerebral-AVC isquêmico ou hemorrágico), sangramento e descolamento de suturas vasculares.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação.
Diabetes (DM)	Suspender procedimento cirúrgico devido glicose sanguínea alterada (aumentada) Complicações durante procedimento anestésico/cirúrgico no sistema cardiovascular (Infarto agudo do miocárdio perioperatório e insuficiência cardíaca), renal (nefropatia diabética), neurológico (neuropatia diabética), Infecção no sítio cirúrgico (alteração da resposta imunológica), retardo na cicatrização, distúrbios endócrinos e metabólicos e dificuldade de intubação (rigidez das articulações)	Conduzir o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação e controle do diabetes.
Cardiopatia	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade cardiovascular associada às suas condições de base.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento da cardiopatia, incluindo o uso da medicação.
Histórico de trombose	Trombose Venosa Profunda - TVP Embolia pulmonar - EP Acidente vascular cerebral - AVC Infarto agudo do miocárdio - IAM	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao uso da medicação para trombose venosa profunda - TVP, estar atento se foi orientado a interromper e quanto tempo antes do procedimento cirúrgico. Registrar no calendário cirúrgico, utilizar POP TVP nº xxxx no transoperatório

Doença do aparelho respiratório, pulmonar	Redução da capacidade respiratória, riscos de infecções pulmonares, hipersensibilidade e broncoespasmo, atelectasia, hipertensão pulmonar, risco de descompensação, intubação difícil e intolerância à anestesia	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação.
Doença do aparelho urinário	Comprometimento dos rins, retenção de líquidos	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação.
Constipação intestinal ou diarreia	Suspender ou comprometer o procedimento cirúrgico, Constipação intestinal: aumento do risco de impactação fecal, complicações infecciosas, íleo paralítico, alterações hemodinâmicas e complicações cirúrgicas. Diarreia: desequilíbrio eletrolítico, hipovolemia(hipotensão), contaminação e infecção, alteração na absorção de medicamentos.	Orientar o paciente a buscar orientação médica e se permanecer o quadro no dia da chamada para internação, informar a clínica.
Outras comorbidades? Qual?	Complicações Durante procedimento anestésico/cirúrgico devido à fragilidade hemodinâmica associada às suas condições de base.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação.
Grau de dependência para atividades de rotina	Risco de queda no período perioperatório. Esforço físico dos profissionais na transferência por falta de conhecimento da impossibilidade de ajuda do paciente.	Orientar o paciente a vir acompanhado e/ou trazer aparelhos de auxílio (andador, bengala) para realizar atividades de rotina, como movimentos de sentar, deitar, levantar. Registrar no calendário cirúrgico dificuldade de transferência do próprio paciente na mesa cirúrgica no pré-operatório.
História prévia de queda	Suspensão do procedimento cirúrgico por incidente de queda recente	Orientar paciente se afastar do motivo que o levou a queda
Doenças osteomioarticulares	Restrições de posicionamento cirúrgico, alterações na coluna (cervical) podem complicar a intubação, osteoporose aumenta risco de de fraturas durante o procedimento cirúrgico, deformidades articulares podem limitar o alinhamento ideal durante a cirurgia.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação.
Dificuldade de marcha (deambular)	Interpretação que o paciente adquiriu dificuldade de deambular após procedimento cirúrgico.	Registrar no calendário cirúrgico que o paciente tem dificuldade de deambular.
Histórico de AVC	Maiores riscos quanto mais próximo o evento do AVC do dia da cirurgia. Risco de novo evento vascular (AVC ou IAM), risco hemodinâmico, instabilidade cardiovascular, coagulopatias, complicações respiratórias pela sequela neuromuscular(fraqueza da musculatura respiratória) e riscos de infecções se estiver com sistema imunológico comprometido.	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia.
Distúrbios neurológicos e síndromes	Os riscos podem variar de acordo com a gravidade do distúrbio, natureza da síndrome e a complexidade da cirurgia. Alterações na resposta a anestesia, controle respiratório, risco cardiovascular,	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia

	progressão da doença neurológica, comunicação e colaboração limitadas.	
Integridade da pele	Cisalhamento (fricção/gravidade) na área lesionada/queimada durante o procedimento cirúrgico. Suspeitar/confundir a área lesionada com intercorrências de lesões por cisalhamento, pressão ou queimaduras que possam ocorrer com o uso do bisturi elétrico durante procedimento cirúrgico.	Identificar o local da epiderme e/ou derme alteradas com lesões, escoriações, hematomas e queimaduras.
Edema	Riscos respiratórios, cardiovasculares, alterações renais e hidroeletrolíticas, complicações hemodinâmicas, infecções locais, alterações neurológicas e riscos farmacológicos.	Identificar local do edema, quanto tempo, se está fazendo uso de medicação, se informou na consulta anestésica e cirúrgica
Alergia alimentar, medicamentosa ou outra	Reações alérgicas a medicamentos como anestésicos, relaxantes musculares, antibióticos, opioides e contrastes radiológicos que pode variar de leve a grave (anafilaxia)	Orientar o paciente a seguir orientação médica quanto ao tratamento, incluindo o uso da medicação, confirmar se relatou nas consultas de anestesia e cirurgia. Registrar no calendário cirúrgico as substâncias que desencadeiam os alérgenos.
Alergia a látex	Contato do paciente com partículas de látex (materiais e/ou ambiente). Absorção dos alérgenos no trato respiratório. Choque anafilático. Sensibilidade cruzada com alimentos com banana, abacate, kiwi, castanha, manga, figo, papaia e maracujá.	Registrar no calendário cirúrgico, utilização do POP nº xxx para paciente alérgico a látex no transoperatório. Eliminar partículas de látex do ambiente cirúrgico e produtos de borracha de látex natural.
Acuidade visual	Lesões corneanas como ressecamento ocular, contaminação, infecção, pela permanência das lentes de contato durante procedimento anestésico/cirúrgico.	Orientar o paciente a retirada dos óculos e lentes de contato e confirmar a retirada na admissão no centro cirúrgico
Avaliação Oral	Risco de quebra dos dentes amolecidos e/ou broncoaspirar no momento da intubação	Orientar o paciente sobre os riscos de ser intubado com dentes quebrados/amolecidos. Orientá-lo a possibilidade de uma consulta odontológica para informar que passará por procedimento anestésico (intubação)
Prótese dentária	Risco de broncoaspiração no momento da intubação ou obstruir vias aéreas no momento da sedação.	Orientar paciente a retirada da(s) prótese (s) e Informá-lo sobre os riscos de permanecer com as mesmas durante procedimento anestésico/cirúrgico.
Prótese auditiva	Prótese auditiva externa: Danos ao aparelho auditivo (exposição a líquidos, compressão ou deslocamento), interferência eletromagnética (equipamentos de monitoramento ou eletrocirurgia). Implantes cocleares: Donos ao implante (uso do bisturí elétrico), interferência eletromagnética	Orientar o paciente a retirar a prótese auditiva externa antes de ir para centro cirúrgico, na dependência total do mesmo, informá-lo que deverá ser retirada no centro cirúrgico após sua admissão e devolvida ao responsável através de protocolo institucional. Nos casos de próteses auditivas internas (implantes cocleares), registrar no calendário cirúrgico para conhecimento dos profissionais do transoperatório.

	(equipamentos de monitoramento e eletrocirurgia), riscos de queimaduras internas (aquecimento excessivo pela corrente elétrica do equipamento de bisturí).	Verificar a possibilidade com equipe cirúrgica de priorizar uso de bisturi bipolar ao invés de monopolar. Verificar com paciente a possibilidade de consultar o fabricante do implante para entender as limitações do dispositivo. Acordar com equipe cirúrgica, que o campo elétrico gerado durante o procedimento não passe pela área do implante.
Hemotransfusão Reação alérgica	Os principais fatores de risco são: Reação alérgica: Causa: Sensibilidade a proteínas plasmáticas ou outras substâncias presentes no sangue transfundido. Risco: Leve (urticária e/ou prurido) Grave (anafilaxia) Reação hemolítica: Causa: incompatibilidade ABO Risco: febre, calafrios, hemólise intravascular e insuficiência renal aguda.	Em caso afirmativo, os riscos são aumentados para nova transfusão. Identificar a causa da reação anterior, confirmar com paciente se informou ao serviço de hemoterapia, anestesia e cirurgia. Registro do tipo de reação no calendário cirúrgico. Monitorar rigorosamente o paciente durante o processo de transfusão.
Impedimento em realizar transfusão sanguínea	Realizar procedimento de transfusão sanguínea sem conhecimento e autorização do paciente. Conflito entre autonomia do paciente e beneficência médica, dilemas em situações de emergência, impacto na relação médico-paciente, conflito de valores entre a equipe de saúde, vulnerabilidade do paciente, atendimento a pacientes vulneráveis, como crianças.	Em caso afirmativo de não poder realizar a hemotransfusão,, confirmar com o paciente, se assinou o termo de recusa
Consumo de bebida alcoólica	Crise convulsiva Afetar o metabolismo de medicamentos devido comprometimento do fígado Maior risco de sangramento Risco de infecções Complicações cardíacas	Orientar se possível não consumir bebida alcoólica até a data da cirurgia.
Tabagismo	Crise convulsiva Complicações respiratórias Complicações cardiovasculares Infecção e/ou dificuldade de cicatrização da ferida cirúrgica pela redução do fluxo sanguíneo	Orientar se possível não fumar até a data da cirurgia.
Consumo de drogas	Crise convulsiva Crise hipertensiva Eventos cardiovasculares Aumento de risco de sangramento Sinergismo de drogas Dentre outros, dependendo da droga utilizada.	Orientar se possível não usar drogas até a data da cirurgia.

Implante de prótese, órtese, fragmento metálico, prótese de silicone e prótese nasal (quando couber)	Risco de interferência com equipamentos de eletrocirurgia (o metal pode conduzir eletricidade resultando em aquecimento e queimadura), risco de fragilidade ou deslocamento mecânico.	Registrar em calendário cirúrgico e prontuário, local da placa ou fr ,agmentos metálicos, confirmar por exame de imagem (conduta médica), prótese de silicone e nasal (quando couber) Orientar equipe quanto local de instalação da placa de retorno/dispersiva (placa neutra do bisturí elétrico), deve ser instalada distante de materiais metálicos.
Marcapasso	Interferência eletromagnética, riscos de alterações hemodinâmicas, efeitos da anestesia, trauma mecânico ao marcapasso, risco de infecção e desconhecimento das configurações do marcapasso.	Registrar no calendário cirúrgico e no prontuário. Confirmar ciência da equipe médica anestésica/cirúrgica a presença do técnico da empresa do dispositivo.
Piercing	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia, lesões mecânicas durante procedimento (lacerações e sangramentos), interferência no campo cirúrgico, risco de aspiração/obstrução vias aéreas (língua) momento de intubação ou extubação, lesão por pressão..	Orientar paciente/responsável retirada dos piercings, perguntar se local do piercing está com sinais de inflamação, confirmar retirada dos piercings na internação. Explicar os riscos na permanência dos piercings durante o procedimento anestésico/cirúrgico.
Tatuagem	Queimadura por ignição da corrente elétrica ao utilizar eletrocirurgia (tatuagens que contém pigmentos metálicos como óxido de ferro), complicações relacionadas à anestesia regional (anestesia peridural ou bloqueios regionais podem levar pigmento para corrente sanguínea ou espaço subaracnoide), interferência com monitoramento (tatuagens densas, atrapalhar leitura dos sensores), riscos de reações alérgicas ou inflamatórias(sensibilização tardia aos pigmentos da tatuagem pelo calor ou estresse metabólico durante cirurgia), infecção (tatuagens feitas há menos de 6 meses), dificuldade no planejamento cirúrgico (obscurecer marcadores anatômicos ou áreas alvo para incisão), alterações na percepção estética pós cirúrgica.	Registrar em calendário cirúrgico e prontuário a quantidade e locais das tatuagens. Orientar a equipe a não instalar placa de retorno/dispersiva do bisturí elétrico sobre tatuagem. Orientar a equipe quanto a limpeza e assepsia adequada nas áreas da tatuagem.
Unhas postiças	Interferência no monitoramento de oximetria de pulso (dificuldade da leitura do sensor de oximetria principalmente de materiais de unhas opacas, levando a leituras imprecisas ou falhas na detecção de oxigenação, podendo levar a atraso na identificação de hipóxia). Risco de infecção (acúmulo de resíduos devido a fissuras ou falhas nas unhas). Possibilidade de desprendimento das unhas durante manipulação do paciente. Dificuldade na avaliação clínica (podem mascarar a coloração da unha, cianose ou palidez, perfusão capilar).	Orientar remoção das unhas postiças Explicar os riscos na permanência das unhas postiças durante o procedimento anestésico/cirúrgico. Confirmar retirada das unhas postiças no momento da internação

Cílios postiços	Risco de desprendimento durante manipulação (entrar nos olhos causando lesões de córnea), cílios volumosos ou rígidos podem impedir fechamento completo dos olhos causando ressecamento ocular ou abrasão da córnea), danos a superfície ocular (cílios rígidos ou mal fixados podem arranhar a córnea ou causar microtraumas durante a manipulação ou contato com a máscara facial, queimadura na fuga da corrente elétrica através da cola ou produtos sintéticos dos cílios postiços.	Orientar a retirada dos cílios postiços. Explicar os riscos na permanência dos cílios postiços durante o procedimento anestésico/cirúrgico. Confirmar retirada dos cílios postiços no momento da internação
Aplique de cabelos sintéticos/naturais	Pode causar queimadura devido ao uso de eletrocirurgia, na fuga da corrente elétrica em contato com os fixadores dos apliques como liga metálica, sintética, cola ou nylon. Risco de incêndio no campo operatório (materiais sintéticos podem ser inflamáveis, aumentando o risco de combustão quando entra em contato com fontes de calor, oxigênio suplementar ou falhas de equipamentos cirúrgicos. Dificuldade de posicionamento e manuseio da cabeça durante a anestesia/cirurgia. Desprendimento ou danos ao aplique e contaminação do campo operatório (partículas de acessórios ou resíduos de produtos de fixação.	Orientar retirada dos cabelos sintéticos e adereços dos mesmos Confirmar retirada dos cabelos sintéticos e adereços dos mesmos na admissão do paciente no centro cirúrgico
Dor	Sofrimento por falta de conhecimento Desencadear liberação de cortisol Aumento da pressão arterial Aumento da glicose Aumento de risco de infecção	Perguntar local da dor Explicar as diferenças dos três tipos de dores (aguda, crônica e recorrente) para facilitar identificação pelo paciente. Verificar a intensidade da dor através da escala END (1 a 10), se está medicado, se não, orientar procurar consulta médica na unidade hospitalar de origem
Histórico de tratamento	Realizar procedimento anestésico/cirúrgico período inferior de 7 a 14 dias (período de efeito de nadir = Pacientes neutropênicos, ou seja, com contagem de leucócitos baixa) do último ciclo	Verificar com paciente data do último ciclo do tratamento (quimioterapia, radioterapia ou braquiterapia) e certificar ciência dos serviços de anestesia/cirurgia.
Cirurgias anteriores?	Respostas do paciente aos anestésicos (dependendo do tempo da cirurgia anterior). Histórico de eventos adversos em cirurgia anterior (sangramento excessivo, infecções, reações a anestésicos), experiências negativas ou traumáticas, cirurgias que alteraram a funcionalidade de órgãos ou sistemas (ex.; ressecções intestinais, mastectomia)	Registrar cirurgias anteriores, a quanto tempo ocorreu e se teve alguma intercorrência
Mastectomia/Linfadenectomia/ Lateralidade (este item somente quando paciente	Risco de linfedema (manipulação, punção, manguito pneumático e acesso venoso é contra indicado), dificuldade na administração da anestesia (anestesia	Registrar no calendário cirúrgico e prontuário cirurgia, lateralidade a quanto tempo ocorreu e se houve intercorrências.

responder sim ao anterior nº 38)	regional), alterações na anatomia do tórax (necessidade de ajustes em procedimentos que envolvem ventilação mecânica), risco de trombose venosa profunda(TVP), sensibilidade (hipersensibilidade ou dormência no tórax e na braço), risco de comprometimento respiratório, impactos psicológicos (ansiedade e/ou medo relacionado ao novo procedimento).	Evitar utilização do membro superior da lateralidade que foi submetida à mastectomia com linfadenectomia e esvaziamento axilar.
Medicamentos	Incompatibilidade medicamentosa no procedimento anestésico/cirúrgico	Registrar medicações em uso, perguntar se informou na consulta de risco cirúrgico a fim do serviço de anestesiologia analisar a compatibilidade com as drogas que irá utilizar durante o procedimento anestésico/cirúrgico.
Nível de consciência	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, percebido confuso ou obnubilado, pedir parecer serviço de Psicologia da unidade hospitalar. Observar se o paciente encontra-se com o nível de consciência comprometido, nesse caso realizar a telenfermagem com responsável
Nível de orientação	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, percebido desorientado , pedir parecer serviço de Psiquiatria da unidade hospitalar. Observar se o paciente encontra-se com o nível de orientação comprometido, nesse caso realizar a telenfremagem com responsável legal
Nível de estado emocional	Falta de esclarecimento do procedimento anestésico/cirúrgico	Esclarecer sobre as fases do período perioperatório ao paciente e/ou familiar responsável, percebido que o estado emocional(ansiedade, agitação, medo, tristeza ou choro) não está permitindo absorver os esclarecimentos, pedir parecer serviço de Psicologia da unidade hospitalar Observar se o paciente encontra-se com o nível do estado emocional comprometido, nesse caso realizar a telenfermagem com responsável

7. OBSERVAÇÕES:

8. REFERÊNCIAS:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 0696/2022, art.01 de 23 de maio de 2022**. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem**.** Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global, 2020.** Relatório de uma consulta da OMS, http://www.who.int.

9. ANEXO

9.1 - Formulário para realização da telenfermagem pré-operatória, constituído por coleta de informações e implementação de intervenções pertinentes.

APÊNDICE 10

1ª VERSÃO DO FORMULÁRIO – ANTES DO PARECER DOS JUÍZES

TELECONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Identificação do Paciente

Iformação do Paciente

Idade Peso

Altura

Entrevista				
Está ciente da cirurgia proposta	☐	Sim	☐	Não
Assinou o termo de consentimento cirúrgico?	☐	Sim	☐	Não
Assinou o termo de consentimento anestésico?	☐	Sim	☐	Não
Hipertensão arterial	☐	Sim	☐	Não
Diabetes	☐	Sim	☐	Não
Obesidade IMC>30	☐	Sim	☐	Não
Desnutrição IMC<18	☐	Sim	☐	Não
Cardiopatia - Qual?	☐	Sim	☐	Não
Histórico de trombose	☐	Sim	☐	Não
Aparelho respiratório - Qual?	☐	Sim	☐	Não
Doença renal - Qual?	☐	Sim	☐	Não
Outras comorbidades? Quais?	☐	Sim	☐	Não
Como está a integridade da sua pele?	☐	Íntegra	☐	Prejudicada Tipo: Local:
Possui algum edema?	☐	Sim Local:	☐	Não
Possui algum tipo de alergia? Alimentar, medicamentosa ou outras	☐	Sim Qual?	☐	Não
Possui alergia a látex	☐	Sim	☐	Não

Você tem algum risco de queda da própria altura?	☐ Sim	☐ Não

☐	Paciente com mais de 60 anos de idade	☐	Paciente em uso de órtese e/ou prótese de MMII
☐	Agitação psicomotora	☐	Confusão mental
☐	Déficit sensitivo	☐	Déficit visual grave sem lente corretiva
☐	Grau de dependência	☐	Distúrbios neurológicos e síndromes
☐	Uso de sedativo ou pós sedação	☐	Dificuldade de marcha
☐	Doenças osteomioarticulares	☐	Histórico de AVE
☐	História prévia de queda	☐	Obesidade IMC > 30

Acuidade visual	☐	Sem alterações	☐	Parcial	☐	Óculos	☐	Lentes de contato
			☐	Total			☐	Prótese ocular
Avaliação Oral	☐	Sem alterações	☐	Dentes Fraturados	☐	Dentes amolecidos	☐	Edentado
Prótese auditiva	☐	Não	☐	Unilateral	☐	Bilateral		

Algum impedimento em ser transfundido?	☐	Sim Qual?	☐	Não	☐	Termo de recusa assinado
Já recebeu transfusão de sangue?	☐	Sim Teve alguma reação? Qual?			☐	Não
Consumo de bebida alcoólica	☐	Sim	☐	Não		
Tabagismo	☐	Sim Quantos cigarros dia:	☐	Não	☐	Ex-fumante Quanto tempo parou:
Consumo de drogas	☐	Sim	☐	Não		

Possui prótese, órtese ou fragmento metálico?	☐	Sim Qual parte do corpo:	☐	Não
Possui marcapasso	☐	Sim	☐	Não
Usa piercing?	☐	Sim Local:	☐	Não
Tem tatuagem?	☐	Sim Local:	☐	Não
Unhas artificiais?	☐	Sim	☐	Não
Cílios postiços?	☐	Sim	☐	Não
Aplique de cabelos sintéticos/naturais	☐	Liga Metálica	☐	Não
	☐	Sintética		
	☐	Cola		
	☐	Linha nylon		

Cirurgias anteriores

Mastectomia/linfadenectomia	☐	lateralidade:	☐	Direita	☐	Esquerda
Outras:						

Faz uso de medicamentos? Qual?	
☐ Sim Quais?	☐ Não

Acuidade Sensorial				
Nível de consciência	☐ Alerta		☐ Confuso obnubilado	
Nível de orientação	☐ Orientado		☐ Desorientado	
Nível de estado emocional	☐ Ansioso	☐ Tranquilo	☐ Medo	
	☐ Agitado		☐ Entristeciso e / ou choroso	

Observações

Data: _____/_____/_____

Assinatura e carimbo da (o) Enfermeira (o)

APÊNDICE 11

2ª VERSÃO DO FORMULÁRIO – APÓS PARECER DOS JUÍZES

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ – OPERATÓRIA

Identificação do paciente

Identificação do paciente

Idade: Peso:

Altura: IMC:

Validade Risco cirúrgico ___/___/___ Dr(a): Tel.

Entrevista Realizada	☐ Paciente ☐ Acompanhante	**Intervenção de Enfermagem**	**Resultado na admissão do paciente no C.Cirúrgico**
Cirurgia proposta:			
Ciente da cirurgia proposta	☐ Sim ☐ Não		
Assinatura da TCLE cirúrgico	☐ Sim ☐ Não		
Assinatura da TCLE anestésico	☐ Sim ☐ Não		
Hipertensão arterial	☐ Sim ☐ Não		
Diabetes	☐ Sim ☐ Não		
Obesidade IMC > 30	☐ Sim ☐ Não		
Desnutrição IMC < 18	☐ Sim ☐ Não		
Cardiopatia	☐ Sim ☐ Não Qual:		
Marcapasso	☐ Sim ☐ Não		
Histórico de trombose	☐ Sim ☐ Não		
Aparelho respiratório	☐ Sim ☐ Não Qual:		
Doença renal	☐ Sim ☐ Não Qual:		
Outras comorbidades	☐ Sim ☐ Não		
Dor	☐ Sim ☐ Não EVA: Local:		
Integridade da pele	☐ Íntegra ☐ Prejudicada Tipo: _____ Local: _____		
Histórico de QT / Radio / Braqui / imunoterapia	☐ Sim ☐ Não Data:		
Edema	☐ Sim ☐ Não Local:		
Alergia	☐ Sim ☐ Não		
Alimentar, medicamentos ou outras			
Alergia a látex	☐ Sim ☐ Não		
Risco de queda	☐ Sim ☐ Não		
☐ Paciente com mais de 60 anos de idade	☐ Paciente em uso de órtese e/ou prótese de MMII		
☐ Agitação	☐ Confusão mental		
☐ Déficit sensitivo	☐ Déficit visual grave sem lente corretiva		
☐ Grau de dependência	☐ Distúrbios neurológicos e síndromes		
☐ Uso de sedativo ou pós sedação	☐ Dificuldade de marcha		
☐ Doenças osteomioarticulares	☐ Histórico de AVE		
☐ História prévia de queda	☐ Obesidade ou desnutrição		

Acuidade visual	☐ Sem alterações ☐ Cegueira ☐ Prejudicada ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral		
Método corretivo	☐ Óculos ☐ Lentes ☐ Prótese ocular		
Avaliação oral	☐ Sem alterações ☐ Dentes fraturados ☐ dentes amolecidos ☐ Dentição parcial ☐ Edentado		
Prótese dentária	☐ Superior ☐ Inferior ☐ Bilateral		
Prótese auditiva	☐ Não ☐ Sim ☐ Bilateral		
Histórico de hemotransfusão	☐ Não ☐ Sim Reações:		
Impedimento para realizar a hemotransfusão	☐ Não ☐ Sim ☐ Termo recusa transfusão assinado		
Consumo de bebida alcoólica	☐ Não ☐ Sim		
Tabagismo	☐ Não ☐ Sim ☐ Cigarros/dia ☐ Ex-tabagista Quanto tempo parou		
Consumo de drogas	☐ Não ☐ Sim		
Prótese / órtese / fragmento metálico	☐ Não ☐ Sim Local:		
Prótese / de silicone (Mama, nariz, outros)	☐ Não ☐ Sim Local:		
Piercing	☐ Não ☐ Sim Local:		
Tatuagem	☐ Não ☐ Sim Local:		
Unhas artificiais	☐ Não ☐ Sim		
Cílios postiços	☐ Não ☐ Sim		
Aplique de cabelos sintéticos / naturais	☐ Não ☐ Sim		
Cirurgias anteriores	☐ Não ☐ Sim Quais? _____ _____ _____		
Intercorrências	☐ Não ☐ Sim Quais?		
Mastectomia / Linfadenectomia	☐ Não ☐ Sim		
Medicamentos em uso	Não ☐ Sim _____ _____		
Fitoterápicos	☐ Não ☐ Sim		
Anticoagulantes	☐ Não ☐ Sim		

ACUIDADE SENSORIAL

Nível de consciência	☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Confuso
Nível de orientação	☐ Orientado ☐ Desorientado
Estado emocional	☐ Tranquilo ☐ Ansioso ☐ Agitado ☐ Entristecido ☐ Medo ☐ Choroso ☐ Outros
Orientações	✓ Jejum ✓ Camisola abertura para trás ✓ Retirar adornos ✓ Higiene corporal ✓ Retirar roupas íntimas ✓ Reforçar vir com acompanhante

Observações:

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM

Data: ____/____/____

_____

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

ADMISSÃO DO PACIENTE NO CC

Data: ___/___/___

_____

Carimbo e assinatura do Enfermeiro

APÊNDICE 12

FOLDER DIGITAL POR MEIO DA PLATAFORMA WHATSAPP

