

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

ADNAIRDES CABRAL DE SENA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PRÉ-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA NA PERSPECTIVA
DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

ADNAIRDES CABRAL DE SENA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PRÉ-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA NA PERSPECTIVA
DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional – Área Temática: O Cuidado para a Segurança do Paciente. Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

Orientadora: Dra Eliane Regina Pereira do Nascimento
Co-orientadora: Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia

**FLORIANÓPOLIS
2012**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

S474c Sena, Adnairdes Cabral

Cuidado de enfermagem ao paciente em pré-operatório de cirurgia eletiva na perspectiva das necessidades humanas básicas [dissertação] / Adnairdes Cabral Sena ; orientadora, Eliane Regina Pereira do Nascimento. - Florianópolis, SC, 2012.

135 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Enfermagem cirúrgica. 4. Cuidados pré-operatórios. 5. Necessidades básicas. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

ADNAIRDES CABRAL DE SENA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PRÉ-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA NA PERSPECTIVA DAS
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

E aprovada em 16 de fevereiro de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



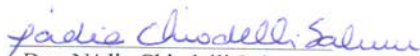
Dra. Francine Lima Gelbcke

Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem

Banca Examinadora:



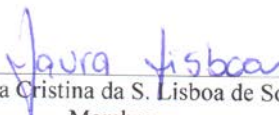
Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Presidente



Dra. Nádia Chiodelli Salum
Membro



Dra. Eliane Matos
Membro



Dra. Laura Cristina da S. Lisboa de Souza
Membro

AGRADECIMENTOS

Nesses 11 anos trabalhando no Hospital Universitário, aprendi a conviver com costumes diferentes dos meus, com clima frio e cultura peculiar da região sul. Nesta convivência, passei a adaptar-me nesta cidade linda, com mar e serra, lugares diferentes como se fosse um **cartão postal**, acolhedor com pessoas gentis, para quem chega de longe. Meu eterno agradecimento a SC/**Florianópolis**.

Para finalizar este estudo vários caminhos foram percorridos, com erros e acertos, enfim! Chegou a finalização, muitas pessoas compartilharam e vivenciaram comigo esta trajetória, acreditaram em mim, a imensa vontade de conseguir concretizar este estudo, vencendo, desafios e obstáculos. Faço meus agradecimentos aos meus companheiros destas descobertas para que o sonho fosse realizado, demorou mais aconteceu!

A Deus por me permitir estar aqui finalizando esta etapa de minha vida.

A minha família, mãe, cunhados(as) e irmãos, que mesmo distantes torcem por mim.

Ao meu marido Flávio, pela presença e companheirismo, por entender os momentos de ausência, soube dar uma palavra amiga e carinhosa.

Aos meus filhos Átila e Ânela, minhas eternas paixões, amo vocês.

As equipes de enfermagem do Núcleo Gerencial de Enfermagem Cirúrgica.

A enfermagem do centro cirúrgico, lugar onde aprendi, amei conhecer técnicas, equipamentos e como conduzir um centro cirúrgico, com apoio e carinho que recebi por toda a equipe de Saúde em especial a de enfermagem.

A Dra Prof Francine Lima Gelbcke pelos ensinamentos e dedicação no curso de Mestrado Profissional, sua determinação e competência são importantes para o HU como educadora e enfermeira, tenho o maior respeito e admiração.

A todos as professoras do Mestrado Profissional pela dedicação, através de seus conhecimentos, a presença e o empenho de vocês foram muito importantes para a concretização deste Mestrado.

A minha orientadora Dra. Prof. Eliane Regina Pereira do Nascimento, obrigada por tudo, por entender algumas limitações e sempre estar comigo incentivando e conduzindo, por assumir esse desafio, o seu jeito fez com que eu entendesse e conduzisse esta trajetória como aluna, com calma, tranquilidade e competência.

A minha Co-orientadora Dra Prof Ana Rosete Maia Rodrigues pelo incentivo nos momentos difíceis de incertezas e dúvidas e sempre com uma palavra amiga e carinhosa.

A Dra Prof Eliane Matos pela ajuda técnica, pela sabedoria, pela dedicação, sempre com calma direcionando os caminhos certos.

Aos participantes da banca por aceitarem o convite.

A minha turma do Mestrado Profissional 2010, a todos as(os) minhas colegas mestrandas, obrigada por compartilhar momentos de alegrias em sala de aula e a finalização deste estudo.

Ao grupo de pesquisa GEASS, pelo convívio e o crescimento científico.

As minhas colegas e amigas, Kátia Bertoncello, Simone, Sheila, Ilza, Nádia Salum, Kelly, Joice, Lourdinha, Terê, Elenir, Nina, Eliane Matos, Silvana Benedet, Eva, obrigada. Em particular aos meus amigos Gilson Bittencourt e Fabiana Minati, obrigada pelo carinho e pela presença de vocês no meu caminho.

As enfermeiras Bárbara, Fabíola, Michele, Adriana, Ângela, Elisa, Eunice, Eliana, Elizete, Patrícia, Cintia, Pâmela, Monique, Taise, Gabriela, Eunice, Magali, Joacir, Nair, Norberto, Taninha, Karine, Luiza, Margarete, Tatiana, Monique, Alda, Juliana, Claudia e a Claudinha.

A equipe da residência Multiprofissional, obrigada pela convivência com vocês, em especial agradeço a Sabrina e a Tamy.

A equipe multidisciplinar do transplante hepático, Neide, Maria Luiza, Andréia, Letícia, Tânia, aprendi muito com vocês.

As minhas amigas de fé Simone Cidade, Cibele e Lizete obrigada pela ajuda.

A equipe da CPMA e CEPEEn do HU.

Aos Sujeitos da pesquisa.

A todos que direta e indiretamente participaram e incentivaram esta conquista.

OBRIGADA!

SENA, Adnairdes Cabral. **Cuidado de Enfermagem ao paciente em pré-operatório de cirurgia eletiva na perspectiva das Necessidades Humanas Básicas**. 2012. 135 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Co-orientadora: Prof. Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial, realizada em um hospital público do estado de Santa Catarina, com o objetivo de construir coletivamente um instrumento para orientar os cuidados de enfermagem ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva na perspectiva das necessidades humanas básicas. Participaram do estudo 17 enfermeiros das Unidades Cirúrgicas e Centro Cirúrgico. A coleta dos dados ocorreu no período de abril a julho de 2011, em duas etapas. Na primeira realizou-se a entrevista individual semi estruturada com a participação dos 17 enfermeiros, tendo como objetivo conhecer e analisar o cotidiano dos cuidados dos enfermeiros aos pacientes no pré-operatório de cirurgia eletiva. Na segunda etapa, utilizou-se a técnica de grupo focal para a construção coletiva do instrumento. Realizou-se três encontros de grupo focal com média de participação de cinco enfermeiros. Para a organização e análise dos dados das entrevistas adotou-se a metodologia o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O instrumento foi elaborado com base nos cuidados presentes nos DSC, nas discussões em grupo, e na literatura. Estão contemplados no instrumento 21 cuidados relacionados às necessidades humanas básicas – psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais - fundamentados cientificamente. Constatou-se com esta pesquisa um bom conhecimento dos enfermeiros quanto aos cuidados ao paciente em pré-operatório de cirurgia eletiva, entretanto, o foco dos cuidados está voltado para atender as necessidades psicobiológicas em detrimento das psicossociais. Esse fato remete a necessidade de repensar a prática, uma vez que esta encontra-se em discordância com a metodologia da assistência utilizada no hospital, contexto deste estudo, sustentada pela teoria das necessidades humanas básicas. A PCA como estratégia metodológica foi de extrema importância para a elaboração

coletiva do instrumento de cuidados, uma vez que possibilitou a aproximação da prática assistencial com a pesquisa e o envolvimento dos enfermeiros nessa construção. Os enfermeiros assumiram não apenas a condição de informantes, mas também de atores. Tal constatação tem respaldo nos relatos dos enfermeiros, ocorridos no último encontro de grupo focal, a respeito de sua participação nesse processo de construção coletiva. Na oportunidade, foi referido que a atividade proporcionou crescimento profissional com as discussões e a busca na literatura, além da integração, motivação, troca de conhecimento, reflexão da prática e a satisfação de fazer parte desta construção. Este instrumento poderá auxiliar a prática assistencial e, assim, minimizar complicações no intra e pós-operatório do paciente submetido a cirurgia eletiva, e contribuir na promoção da qualidade e segurança no cuidado.

Palavras-Chave: Enfermagem; enfermagem perioperatória; cuidado pré-operatório; cuidados de enfermagem; necessidades humanas.

SENA, Adnairdes Cabral. **Nursing care to the elective surgery preoperative patient from the perspective of the Basic Human Needs.** 2012. 135 f. Dissertation (Professional Master's in Nursing) – Nursing Post-Graduation Programme, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Advisor: Prof. Dr. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Co-advisor Prof. Dr. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia

ABSTRACT

A descriptive research study with qualitative converging assistential approach conducted in a public hospital in the state of Santa Catarina, with the objective of collectively building an instrument to guide the nursing care to the patient in the immediate pre-operative for selective surgery from the perspective of basic human needs. Seventeen nurses from the Surgical Units and Surgical Centre participated in the study. Data collection was conducted from April to July 2011, in two stages. The first stage included an individual semi-structured interview with the participation of 17 nurses, aimed at knowing and analysing the daily routine of the nurses with the patients in the elective surgery preoperative. In the second stage, the focal group technique was used to collectively build the instrument. Three meetings with the focal group were held, with an average five participants. To organise and analyse the data from the interviews, the Discourse of the Collective Subject (DCS) was used. The instrument was elaborated based on the care found in the DCS, on the group discussions and on the literature. The instrument included 21 types of care related to the scientifically based basic human needs - psychobiological, psychosocial and psychospiritual. This research provided the nurses with good knowledge on patient care in the preoperative for elective surgery - the focus of care is geared towards catering for psychobiological needs rather than psychosocial needs. This fact presents the need to rethink the practice, since it disagrees with the care methodology applied at the hospital where this study took place, which is supported by the basic human needs theory. The use of Convergent Assistential Research as the methodological strategy was of utmost importance for the collective elaboration of the care instrument, since it allowed both the approximation of assistential care to the study and the involvement of nurses in this construction. The nurses played

the roles of informers and actors. This observation is supported by the nurses' reports, in the focal group's last meeting, regarding their participation in this collective construction building. At the time, they mentioned that the discussions and the literature research allowed their professional growth, in addition to the integration, motivation, exchange of knowledge, reflection on the practice, and satisfaction of being part of this construction. This instrument can help in assistential care and therefore minimize complications in the intra and post-operative stages of patients submitted to elective surgery, contributing to the promotion of quality and safety in care.

Key words: Nursing; perioperative nursing; preoperative care; nursing care; human needs.

SENA, Adnairdes Cabral. **Cuidado de Enfermería al paciente en pre-operatorio de cirugía electiva bajo la perspectiva de las Necesidades Humanas Básicas.** 2012. 135 f. Disertación (Maestrazgo Profesional en Enfermería) - Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Co-orientadora: Prof. Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia

RESUMEN

Investigación descriptiva, de abordaje cualitativa de tipo convergente asistencial, realizada en un hospital público del estado de Santa Catarina, con el objetivo de construir colectivamente un instrumento para orientar los cuidados de enfermería al paciente en el pre-operatorio inmediato de cirugía electiva bajo la perspectiva de las necesidades humanas básicas. Diecisiete enfermeros de las Unidades Quirúrgicas y del Centro Quirúrgico participaron del estudio. La cosecha de datos ocurrió en el período desde abril a julio de 2011, en dos etapas. En la primera etapa se realizó una entrevista individual semiestructurada con la participación de los 17 enfermeros, con el objetivo de conocer y analizar el cotidiano de los cuidados de los enfermeros a los pacientes en el pre-operatorio de cirugía electiva. En la segunda etapa, se utilizó la técnica de grupo focal para la construcción colectiva del instrumento. Fueron realizados tres encuentros de grupo focal con media de participación de cinco enfermeros. Para la organización y análisis de los datos de las entrevistas, la metodología adoptada fue el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). El instrumento fue elaborado con base en los cuidados presentes en los DSC, en las discusiones en grupo, y en la literatura. El instrumento contempla 21 cuidados relacionados a las necesidades humanas básicas - psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales - con fundamentación científica. Esta investigación permitió la constatación de buen conocimiento de los enfermeros cuanto a los cuidados al paciente en pre-operatorio de cirugía electiva; sin embargo, el foco de los cuidados está volteado para atender a las necesidades psicobiológicas en detrimento de las necesidades psicosociales. Este fato remete a la necesidad de repensar la práctica, una vez que está en desacuerdo con la metodología de asistencia utilizada en el hospital, en el contexto de este estudio, sostenida por la

teoría de las necesidades humanas básicas. La investigación convergente asistencial como estrategia metodológica fue de extrema importancia para la elaboración colectiva del instrumento de cuidados, pues ha posibilitado la aproximación de la práctica asistencial con la investigación y el involucramiento de los enfermeros en esta construcción. Los enfermeros asumieron tanto la condición de informante como la condición de actores. Esta constatación tiene respaldo en los relatos de los enfermeros, ocurridos en el último encuentro del grupo focal, a respeto de su participación en el proceso de construcción colectiva. En esta oportunidad, fue referido que la actividad proporcionó crecimiento profesional con las discusiones y la búsqueda en la literatura, además de la integración, motivación, troca de conocimiento, reflexión sobre la práctica y la satisfacción de ser parte de esta construcción. Este instrumento podrá auxiliar la práctica asistencial y minimizar las complicaciones en el intra y pos-operatorio del paciente sometido a cirugía electiva, y contribuir para la promoción de la calidad y seguridad en el cuidado.

Palabras-clave: Enfermería; enfermería perioperatoria; cuidado pre-operatorio; cuidados de enfermería; necesidades humanas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
AORN	Association of Operating Room
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Centro cirúrgico
CDC	Center for Disease Control
DEAI	Divisão de Enfermagem em atendimento Interno
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões-chaves
GEASS	Grupo de Estudo no Cuidado as Pessoas Situação Aguda de Saúde
HU	Hospital Universitário
IC	Idéias centrais
ISC	Infecção de Sitio Cirúrgico
MS	Ministério da Saúde
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NGEC	Núcleo Gerencial de Enfermagem Cirúrgica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PEN	Programa de Pós-Graduação em enfermagem
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatoria
SOBEC	Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
UIC I	Unidade de internação cirúrgica I
UIC II	Unidade de internação cirúrgica II
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação das necessidades humanas básicas segundo Horta.....	38
--	-----------

MANUSCRITO 2

Quadro 1: Ideias centrais, cuidados no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva e as necessidades humanas básicas extraídos dos DSC e dos GF.....	80
---	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
LISTA DE QUADROS	19
1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROCESSO CIRÚRGICO.....	27
2.2 AMBIENTE CIRÚRGICO	28
2.3 PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	29
2.4 SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO	37
3.1 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHB).....	37
3.1.1 Sub grupos de necessidades introduzidos por Horta	38
3.2 CONCEITOS QUE SUSTENTARAM O ESTUDO.....	39
3.2.1 Enfermagem	39
3.2.2 Enfermeiro	40
3.2.3 Ser Humano e a experiência cirúrgica	40
3.2.4 Cuidado pré-operatório	40
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	43
4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	43
4.1.1. Pressupostos da pesquisa convergente assistencial	43
4.1.2 O processo metodológico da pesquisa convergente assistencial	44
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 MANUSCRITO 1: A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ELETIVA.....	55
5.2 MANUSCRITO 2: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM INSTRUMENTO DE CUIDADOS NO PRÉ- OPERATÓRIO IMEDIATO AO PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	103

APÊNDICES.....	117
ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que “a cada ano 63 milhões de pessoas sejam submetidas a tratamentos cirúrgicos devido a injúrias traumáticas, outras 10 milhões de operações sejam realizadas devido complicações relacionadas à gravidez e mais 31 milhões para tratar malignidades” (BRASIL, 2009, p.11).

Apesar da crescente necessidade de atendimento cirúrgico, os serviços a esses atendimentos ainda são insuficientes e mal distribuídos, como aponta o Ministério da Saúde (MS).

Os serviços cirúrgicos são distribuídos de maneira desigual, com 30% da população mundial recebendo 75% das cirurgias maiores. A falta de acesso à assistência cirúrgica de alta qualidade continua sendo um problema significativo em boa parte do mundo, apesar das intervenções cirúrgicas poderem ser rentáveis no que diz respeito a vidas salvas e incapacidades evitadas (BRASIL, 2009, p.10).

O paciente cirúrgico é entendido como aquele cujo tratamento implica um ato operatório. Essa terapia por si só representa uma agressão orgânico-psíquica, embora controlada, o que confere ao paciente algumas características que o diferenciam daquele submetido a tratamento clínico (PITREZ; PIONER, 1999).

O período perioperatório (pré-operatório, transoperatório e pós-operatório) compreende o tempo total em que o paciente fica aos cuidados da equipe cirúrgica, desde o primeiro contato até sua alta. Pode variar de algumas horas até alguns anos e, em circunstâncias especiais, para o resto da vida (PITREZ; PIONER, 1999).

A cirurgia é o momento esperado pelo paciente e por mais que esta seja planejada e organizada oferece riscos, gera comportamento de aflição ao indivíduo, causa ansiedade e estresse (BIANZI, 2002). Dentro dessa perspectiva, Fernandes (1995) acrescenta que os altos níveis de ansiedade do paciente podem provocar a suspensão da cirurgia ou até mesmo a morte daqueles sujeitos de maior risco. Refere ainda que a ansiedade sentida pelos pacientes é consequente à situação de conflito – ter de operar *versus* não querer operar –, incerteza e sensação de perda de controle da situação.

Galvão (2002); Poveda, Galvão, Santos (2009) apontam que o principal objetivo da enfermagem perioperatória é a segurança do paciente. Dentro dessa concepção Christóforo (2006) e Bianzi (2002) referem que a atenção dispensada ao paciente cirúrgico deve envolver todas as necessidades e que a Enfermagem tem a responsabilidade de favorecer esse atendimento com conhecimentos especializados e com a finalidade de diminuir riscos, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório.

Atualmente, percebe-se que, em decorrência do aumento das cirurgias em centros cirúrgicos ambulatoriais e da internação de pacientes com curta permanência nos hospitais, estes ficam pouco tempo internados, o que requer à necessidade de orientação para uma melhor recuperação no hospital e no domicílio (SMELTZER; BARE, 2009).

A aproximação com esse tema surgiu a partir do momento em que iniciei minhas atividades como enfermeira-chefe e assistencial no Centro Cirúrgico (CC). Frequentemente percebia que muitos pacientes chegavam até nosso serviço sem os exames completos, medicamentos ou refeições que deveriam ser suspensos e não foram, com acessórios como *piercings* e outros cuidados não realizados. Essa situação traz como consequência atraso ou cancelamento do ato cirúrgico e descontentamento principalmente nos pacientes e familiares.

Insatisfeita com esse fato no ano de 2010, durante a disciplina Prática Assistencial no Curso de Mestrado, desenvolvi como atividade uma experiência de orientação no pré-operatório a pacientes cirúrgicos que, segundo informação dos profissionais da unidade, já haviam sido orientados. Nessa ocasião pude identificar conhecimentos, dúvidas e sentimentos dos pacientes quanto à cirurgia. Às dúvidas dos pacientes estavam relacionadas ao ambiente do CC, ao preparo para a cirurgia, ao transporte para o CC e sobre a cirurgia que iriam realizar. Quanto aos sentimentos expressaram medo e ansiedade.

A realização dessa atividade acadêmica reforçou a minha percepção quanto às fragilidades da Enfermagem no que se refere aos cuidados pré-operatórios.

Tratando dessa questão, Baggio et al. (2001) comentam que na admissão do paciente cirúrgico são percebidos alguns sentimentos de aflição e dúvidas e que o despreparo destes com relação aos aspectos físicos e emocionais são evidentes, principalmente por falta de orientação no período pré-operatório. Os autores recomendam que no pré-operatório a atenção deva ser dispensada a cada paciente de maneira planejada, baseada em evidências científicas, determinando o tipo de cirurgia que será realizada, a rotina implementada na instituição e o

tempo disponível entre a internação e a cirurgia.

Entendo que a segurança do paciente quanto ao preparo cirúrgico deve ser um compromisso assumido pelos profissionais que o atendem. Para tanto, faz-se necessário instrumentos de cuidados aos pacientes no período pré-operatório que contemple intervenções de enfermagem voltadas para as necessidades humanas básicas dos pacientes.

No intuito de tentar melhorar os cuidados necessários a clientela de pacientes em pré-operatório, buscou-se realizar esta pesquisa de forma a responder à seguinte questão: quais os cuidados de enfermagem são necessários para compor um instrumento que direcione a assistência a pacientes adultos hospitalizados, em período pré-operatório de cirurgia eletiva¹?

Para responder a esse questionamento, traçou-se como objetivo: construir coletivamente um instrumento para orientar os cuidados de enfermagem ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva na perspectiva das necessidades humanas básicas.

¹ A cirurgia é eletiva quando o tempo aproximado para a cirurgia coincide com a conveniência do paciente, isto é pode ser realizada com data prefixada (CHRISTÓFORO, 2006).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROCESSO CIRÚRGICO

Os registros do início da história cirúrgica “datam de 4.000 anos atrás, com a contribuição de Hipócrates, Pasteur, Lister, Billroth, Kocher, Halsted, Carref, Satarzl, Dudrick e Momet” (MARQUES, 2001, p.1)

Muitos dos procedimentos cirúrgicos como a fixação de fratura, amputações e trepanações cranianas eram executados sem nenhuma analgesia, ocorrendo muitas mortes por infecções e hemorragias (ALVES, 1974; BENEDET, 2002). Até o século XVIII, as pessoas não tinham noções de higiene e os locais cirúrgicos eram usados também como barbearia, ocorrendo simultaneamente aos procedimentos cirúrgicos, à prática de corte de cabelos e unhas. Os profissionais que atuavam nesses procedimentos eram chamados de práticos (ALVES, 1974, p.45).

A literatura aponta que a partir de 1846, a história da cirurgia evoluiu com a descoberta da anestesia, com a narcose sendo utilizada pela inalação do éter. Tornava-se real a possibilidade de realizar um procedimento cirúrgico indolor (FERNANDES, 2000).

Muitas descobertas contribuíram para a prevenção da infecção do paciente cirúrgico, entre elas o uso de máscaras, avental cirúrgico e a padronização da degermação das mãos. O uso de luvas na sala de operação foi introduzido em 1890, por William Halsted, não para proteção do paciente, e sim para proteger a enfermeira, sua noiva, que era alérgica a antissépticos (SILVA; RODRIGUES; CEZARETTI, 1997; POSSARI, 2004).

No período de 1900 a 1919, se tem registros históricos do preparo cirúrgico do paciente, se dava em casa, fazia-se uma hiperalimentação, tomava-se banho de sol e repousava-se como preparo do corpo. A enfermeira tinha o compromisso de buscar os pacientes momentos antes da cirurgia e colher informações dos familiares. Entre 1920 e 1939, os médicos passaram a se aproximar dos hospitais e iniciaram um modelo de preparo pré-operatório, com atenção à sala cirúrgica e ao instrumental cirúrgico, além de termos de consentimentos para autorização de cirurgias (OETKER-BLACK, 1993).

Entre os anos de 1940 a 1959, presenciaram-se muitas descobertas científicas; os cuidados de enfermagem aos pacientes

cirúrgicos tornaram-se mais complexos, assimilando as mudanças rápidas ocorridas na assistência cirúrgica. A educação do paciente tornou-se parte da preparação no pré-operatório, as necessidades individuais do paciente foram enfatizadas e a preparação psicológica foi amplamente reconhecida como importante. Também a pesquisa em enfermagem se desenvolveu e foi em parte conduzida e enfatizada para a preparação pré-operatória e a recuperação pós-operatória do paciente. As necessidades emocionais e os conceitos de instrução pré-operatória foram introduzidos e validados pela pesquisa em enfermagem (LADDEN, 1997).

A saúde, em especial a do paciente cirúrgico, vem se estruturando a partir do século XXI com os avanços e evolução científica e tecnológica. O avanço tecnológico tem como objetivo aumentar a eficiência humana em várias áreas e em particular à da saúde para atender a necessidade da demanda, aperfeiçoar equipamentos e instrumentais no que se refere à cirurgia, com a intenção de promover e proporcionar conhecimentos sistemáticos e especializados (KOERICH, 2006).

Tal evolução tecnológica tem como exigência a adaptação dos enfermeiros em acompanhar essa mudança de serviços e equipamentos, sendo estes responsáveis pelo ambiente cirúrgico, para que permaneça limpo, seguro e preparado para realização de cirurgias. Esta é uma necessidade presente, gerada do avanço tecnológico e aperfeiçoamento crescente, como o uso de computadores e robótica nas cirurgias (SOBECC, 2009).

2.2 AMBIENTE CIRÚRGICO

O centro cirúrgico é considerado uma unidade específica de uma instituição hospitalar, com área complexa e de acesso restrito, com arquitetura física e particularidades que exigem uma legislação própria que atenda essas necessidades estruturais. O Ministério da Saúde conceitua o CC como conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata (SOBECC, 2009).

Esse ambiente nasceu para atender as necessidades da equipe cirúrgica, para organizar uma unidade onde fossem realizadas as cirurgias, bem como o preparo de material e equipamentos indispensáveis ao procedimento cirúrgico. O trabalho em centro

cirúrgico faz parte da área da saúde e tem como característica ser coletivo, realizado por vários profissionais como cirurgiões, anestesistas, técnico de RX e laboratórios e a equipe de enfermagem, todos ocupando o mesmo espaço, mas com uma divisão técnica de trabalho onde cada um exerce uma determinada atividade (RODRIGUES; SOUZA, 1993).

Segundo a SOBECC (2009, p.19), esse ambiente deve conter:

Ambientes de apoio, como sala de utilidades, vestiários com banheiros, sala administrativas, laboratório para revelação de radiografias (in loco ou não), sala de preparo de equipamentos e matérias, depósito de equipamentos e matérias, sala de gases para guarda de cilindros, sala de distribuição de hemocomponentes (in loco ou não), copa, sala de espera com sanitários para acompanhantes, sala de estar para funcionários, área para guardar macas e cadeira de rodas e área de biopsia de congelamento.

O ambiente hospitalar, em especial o cirúrgico, é um ambiente gerador de ansiedade para os pacientes, onde existem rotinas diferentes do seu cotidiano. Os pacientes neste ambiente podem apresentar reações psicossomáticas como hipertensão arterial e taquicardia, levando à suspensão da cirurgia (CONCEIÇÃO et al, 2004).

2.3 PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Em se tratando de cuidado, independentemente do tipo de tratamento a que será submetido o paciente, se é cirúrgico ou clínico, creio ser oportuno apresentar o que refere Silva e Nakata (2005). O ser humano, quando afetado por uma enfermidade, se torna vulnerável, razão pela qual merece ser olhado com muito respeito, haja vista ser um doente e não uma máquina a ser reparada ou um objeto a ser reconstituído.

Com relação ao período pré-operatório, ele inicia no momento em que o paciente toma a decisão por prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência deste para a mesa cirúrgica. É uma etapa muito importante, pois o paciente pode se encontrar abalado

pelas informações acerca de sua doença, pela intervenção cirúrgica e principalmente quando a cirurgia provocará modificação de seu corpo, muitas vezes irreversíveis, por exemplo, nos pacientes com cirurgias gastrointestinais, com a necessidade de um estoma (MORAES; CARVALHO, 2007; MENDONÇA et al, 2007; SMELTZER; BARE, 2009).

Os cuidados pré-operatórios que merecem atenção são: a avaliação criteriosa do paciente quando da internação, data proposta da cirurgia, confirmação da assinatura do termo de consentimento, avaliação do risco cirúrgico, checagem dos exames por imagem e laboratoriais realizados. Se existir alguma falha, pode ocorrer a suspensão da cirurgia ou o paciente ficar por horas esperando a realização de tais cuidados. Esses cuidados são extremamente importantes para a realização da cirurgia, pois refletem o preparo eficiente e seguro do paciente que se submeterá a ela (NETO et al, 2008).

Nesse período, as atividades de enfermagem se voltam para a avaliação do paciente antes e no dia da cirurgia. Tais atividades consistem em verificar exames físicos, avaliação emocional, história anestésica prévia e identificação de alergias ou problemas genéticos que possam interferir no ato cirúrgico, além de ser preciso descrever etapas da realização do ato anestésico-cirúrgico, cumprir as normas de procedimentos burocráticos, administrativos, verificar os procedimentos terapêuticos a serem realizados, eletrocardiogramas, exames de sangue, urina, raios X de tórax, muitas vezes sendo necessária também a avaliação de especialistas para pareceres e condutas cirúrgicas (BIANCHI; VATTIMO, 2007; SMELTZER; BARE, 2009).

Ainda com relação aos cuidados no pré-operatório deve ser revista a necessidade do jejum do paciente. É importante ressaltar que o paciente não deve ingerir alimentos sólidos e líquidos em um período superior a oito horas. Seus familiares devem estar atentos e orientados para esse importante cuidado (MORO, 2004).

No que se refere aos pacientes em estado crônico, estes devem continuar a receber seus medicamentos regularmente prescritos, como os anti-hipertensivos, e a ingestão desses medicamentos devem ser feita com o mínimo de água, em torno de 20 ml. Outro cuidado, no pré-operatório, que deve ser ressaltado é o exame físico cefalo-caudal realizado pelo enfermeiro, verificando as condições dos sistemas orgânicos, a presença de sondas, drenos e infusões intravenosas (BIANCHI; VATTIMO, 2007).

Neto et al (2008) evidenciam os cuidados prestados aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, como: peso e altura; jejum; tricotomia

com indicação do local; banho; retirada de prótese e esmalte das unhas; as punções venosas com identificação de local, tipo e número do dispositivo utilizado; identificação do paciente; se existe reserva de hemoderivado, cuidado esse importante, pois se houver alguma restrição é necessário registrar e comunicar verbalmente. Acrescentam que é importante o registro do horário em que o paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico e qualquer informação que se julgue relevante deve ser registrada no prontuário do paciente (NETO et al 2008). Entendo serem esses cuidados pré-operatórios, extensivos às demais cirurgias.

O período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente ou algumas horas antes da cirurgia e termina com o início do ato cirúrgico. Neste período, é importante que todo o processo cirúrgico seja avaliado, para prevenir complicações ou riscos que possam influenciar no ato cirúrgico e no pós-operatório (SOBECC, 2009).

Entre os cuidados prestados aos pacientes nesse período encontram-se a tricotomia da região que será abordada, retirada de próteses, esmaltes, higiene corporal e esvaziamento vesical antes de ser encaminhar para o centro cirúrgico (SOBECC, 2009).

Com relação à remoção do pelo no preparo pré-operatório, estudos orientam que deve ser feito com cortadores elétricos e técnica correta, segura e imediatamente antes da cirurgia. Acrescentam que o risco aumentado associado com infecção no sítio cirúrgico ao realizar a tricotomia é atribuído a cortes microscópicos na pele, que mais tarde podem servir como focos para a multiplicação bacteriana (MANGRAM et al, 1999; BRASIL, 2009; CRHISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Cuidados no pré-operatório relacionados ao uso de acessórios também estão citados na literatura. É recomendado que as joias sejam retiradas, ainda no quarto, antes da cirurgia. A importância da retirada de óculos, prótese dentária e aparelho auditivo devem ser explicados ao paciente, uma vez que podem lhe causar constrangimento, já que dificultam sua interação com os profissionais da unidade cirúrgica. Um cuidado que também provoca constrangimento aos pacientes é quanto ao uso de camisola com abertura para trás e a retirada da roupa íntima. Essa prática é justificada por interferir no eletrocautério no período intraoperatório (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Uma situação atualmente frequente e que deve chamar atenção dos profissionais de enfermagem que atuam em unidades cirúrgicas e centros cirúrgicos é o uso de piercings pelos pacientes. Os profissionais devem prestar orientações àqueles que fazem uso desse acessório e explicar as possíveis complicações durante a cirurgia, como no

procedimento anestésico-cirúrgico, uma vez que, dependendo dos locais do corpo em que estes se encontram, podem provocar lesões por pressão ou mobilização durante o procedimento. Na indução da anestesia geral, podem ser deslocados para as vias aéreas, causando edema e hipóxia, ou para o trato gastrointestinal. Com relação à pele, podem provocar lesão decorrente da transferência da maca para a mesa cirúrgica ou da maca para a cama no quarto do paciente (DICCINI; NOGUEIRA, 2008).

O preparo gastrointestinal é muito importante para evitar acidentes traumáticos que podem acontecer durante cirurgias abdominais e pélvicas, como a liberação de conteúdo intestinal na cavidade do peritônio pelas fezes, além de o esvaziamento favorecer uma melhor visão do campo operatório. O jejum é importante para não ocorrer o risco de regurgitação do conteúdo gástrico. Quanto ao transporte para o centro cirúrgico, deve ser feito em maca, assim o paciente sente-se seguro e confortável (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Quanto à orientação do paciente que vivenciará o processo cirúrgico, Baggio et al (2001, p.123) salientam que se deve visar o esclarecimento de suas dúvidas e informações necessárias sobre possíveis experiências nesse processo. “Tais informações vêm contribuir para o aprendizado do paciente, visando restabelecimento e recuperação efetivos no pós-operatório”.

Sobre esse aspecto, outros autores acrescentam que as dúvidas também podem ser sanadas com materiais audiovisuais e por escrito. As informações, quando compreendidas, favorecem o alívio do quadro de ansiedade e medo e, conseqüentemente, a eficiência da recuperação. Os pacientes devem ser advertidos de que sentirão sede e tem de ser ensinados sobre as estratégias, quando permitido, para o enfrentamento desta, como escovar os dentes, lavar a boca e mastigar chicletes (BENEDET, 2002; SMELTZER; BARE, 2009).

Esse cuidado também é ressaltado por Kruse et al (2009), quando referem que as orientações no pré-operatório devem, além de levar em consideração as dimensões físicas e emocionais do cuidado aos pacientes, ser realizada de maneira individualizada e focadas nas necessidades de aprendizado do indivíduo. Referem ainda que as orientações são oferecidas, muitas vezes, de maneira rápida e com intenso fluxo de informações, sem muito tempo para que o paciente assimile e tire dúvidas. Acrescentam que, para as orientações, a enfermeira deve conhecer o que o paciente deseja saber, suas expectativas e percepções com relação ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido. Nesse momento, segundo as autoras, é importante

que exista, além do esclarecimento eficiente, interação e diálogo entre a enfermeira e o paciente.

Ainda a esse respeito, no dizer de Silva (2005) o período perioperatório é considerado o momento mais adequado para o relacionamento interpessoal, é quando o enfermeiro deverá aprofundar o preparo emocional do paciente em face de suas ansiedades quanto à cirurgia ao qual se submeterá.

Thiesen (2005) constata que no período pré-operatório a principal necessidade humana básica afetada, evidenciada por pacientes, é a segurança emocional, observada na forma dos seguintes diagnósticos de enfermagem: medo, relacionado à realização da cirurgia evidenciado por relato de medo de morrer, medo de não acordar da anestesia e a cirurgia não dar certo; ansiedade, devido à realização de procedimento cirúrgico, evidenciada por relato de apreensão pela possibilidade da cirurgia não dar certo e medo do desconhecido.

Ladin et al (2009) reforçam essa percepção quando expressa que, se por algum motivo, uma cirurgia não é realizada, existe um cenário de estresse e decepção nos pacientes e familiares. A não realização da cirurgia é caracterizada pelo adiamento da intervenção cirúrgica após ter-se iniciado todo um preparo pré-operatório. E quando é colocado como critério de avaliação a eficiência de um serviço de cirurgia, mais especificamente quando é avaliada a taxa de suspensão cirúrgica em termos de índice, quando este é baixo, o desempenho da unidade hospitalar está bom, em contrapartida, quando alto, reflete o insucesso institucional.

Com relação aos motivos da suspensão de uma cirurgia, Vieira e Furegato (2001, p. 135) citam:

...as ausências e atrasos da equipe cirúrgica, falhas de comunicação entre equipe médica, centro cirúrgico e unidades de internação, falta de material ou insumos necessários à cirurgia, falhas no preparo pré-operatório, assim como falta de exames de laboratório, entre outras.

Alguns sentimentos, manifestados por pacientes quanto à suspensão da cirurgia, são tristeza, desânimo, agressividade, choro, gerando um quadro de insegurança, descrédito, incertezas, ao realizar a cirurgia (VIEIRA; FUREGATO, 2001).

A visita pré-operatória, que contempla vários cuidados aqui mencionados, é referida como um dos primeiros passos para a avaliação

do paciente quanto ao seu estado físico e mental e se constitui como uma das fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). A SAEP “é um processo que tem como objetivos promover, manter e recuperar a saúde do paciente e de sua família e deve ser desenvolvido por enfermeiro” (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006, p.246).

2.4 SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO

As questões relacionadas à segurança do paciente, na enfermagem, tiveram início com a precursora da enfermagem Florence Nightingale, que, na sua época, tinha a preocupação de manter o ambiente de internação limpo e arejado. Florence, com condutas eficazes para a época, conseguia evitar infecções e agravos dos pacientes sob os seus cuidados. Pedreira (2009) considera que, por volta de 1859, período em que viveu Florence, com o olhar muito à frente do seu tempo, já visava à assistência de qualidade, pautada em controle de doenças provenientes de cuidados relacionados com a falta de higiene no ambiente de internação.

Mais recentemente, com relação à infecção cirúrgica, a “Organização Mundial de Saúde” (OMS), estabeleceu como meta até o ano de 2020 a redução das taxas de infecção do sítio cirúrgico em 25% o que implicará em uma significativa queda da morbidade (complicações) e da mortalidade. A infecção hospitalar continua a ser um flagelo particularmente nos países em desenvolvimento. Dentre elas, a infecção urinária é a mais freqüente, porém a infecção cirúrgica (incluindo a do sítio cirúrgico) é a que produz maior mortalidade, complicações e elevação do custo do tratamento” (FERRAZ, 2009, p. 282).

Assim, para proporcionar segurança no cuidado ao paciente cirúrgico, a OMS, em 2005, lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Nesse mesmo ano, a *The Joint Commission*, uma organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, ambos com sede nos Estados Unidos da América, foram designados como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”. É papel desse centro a elaboração e difusão de soluções que visem à Segurança do paciente. Em 2008, a OMS lançou oficialmente em Washington a campanha “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*”, com o

programa embasado no sistema de *checklist* em salas cirúrgicas, assim poderiam proporcionar maior segurança ao paciente no período cirúrgico. Essa campanha teve o apoio da *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN) (EINSTEIN, 2011; AORN, 2009).

O tema segurança do paciente vem ganhando visibilidade no mundo, sendo debatido em várias instituições de saúde. “A intenção é adotar medidas que venham proporcionar a segurança ao paciente, baseada em diretrizes e caminhos traçados pelas Políticas Públicas. As instituições governamentais e privadas criam protocolos de prevenção de erros² e eventos adversos³ relacionados ao procedimento cirúrgico” (VENDRAMINI et al., 2010, p. 827-32).

No contexto cirúrgico o erro humano é extremamente elevado. Estudos realizados constataram 150.000 óbitos por ano, nos Estados Unidos da América e 80.000 na Grã-Bretanha. No Brasil não existem estimativas. Quanto aos eventos adversos, ocorrem em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas, correspondendo a 23.4 milhões de casos por ano. Como eventos adversos, são considerados os descuidos de esterilizarão, a utilização inadequada de antibióticos, a queda em idosos, as queimaduras, a medicação trocada ou errada, os equipamentos defeituosos ou ausentes, a falta de leitos de terapia intensiva, as condições inadequadas de atendimento e a falta de práticas de processos seguros (FERRAZ, 2009).

Para garantir a segurança do paciente em sala cirúrgica foi criado um protocolo universal da *Joint Commission Board of Commissioners* (JCAHO), que inclui três etapas: “verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico e procedimento antes do início da cirurgia”. Já o protocolo da OMS contempla as seguintes etapas: *Sign in* (antes da indução anestésica), *Time out* (antes da incisão da pele) e *Sign out* (antes do paciente sair da sala cirúrgica) (VENDRAMINI et al., 2010, p.827-832; BRASIL, 2009). Esses autores justificam a segurança do paciente como um dos critérios para a qualidade da assistência que deve ser executada com interação e compromisso entre os profissionais envolvidos no processo de saúde.

² O erro é caracterizado pela negligência, imprudência e imperícia caracterizados nos códigos civil e penal (FERRAZ, 2009).

³ Eventos adversos “são definidos como lesão ou dano não intencional que pode resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, podendo prorrogar a internação podendo levar a morte. São ocorrências indesejáveis, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde (SOUZA et al, 2011; MENDES et al, 2005; PADILHA, 2004).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo tem como referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (1979). A escolha desse referencial se deve ao fato de ser utilizado como metodologia da assistência no hospital, onde foi desenvolvido este estudo.

3.1 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHB)

O referencial de Wanda de Aguiar Horta foi desenvolvido a partir da teoria da motivação humana, de Maslow. Esse autor baseia sua teoria nas necessidades humanas básicas classificadas por João Mohana em necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979).

As NHB “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos, dos fenômenos vitais”. Essas necessidades permanecem latentes, sem se manifestarem, em estados de equilíbrio dinâmico e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio que se instala e requerem resolução. (HORTA, 1979, p. 39).

Ao se referir às necessidades humanas básicas, Horta (1979) apresenta alguns pressupostos relacionados ao ser humano, tais como:

O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia; a dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço; o ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo; os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. (HORTA, 1979, p.28).

De acordo João Mohana as necessidades psicológicas são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo; as necessidades psicoespirituais derivam dos valores e crenças dos indivíduos; as

psicossociais são aquelas relacionadas com suas convivências com outros seres humanos, em sua família, nas instituições sociais e políticas (LEOPARDI, 1999).

3.1.1 Sub grupos de necessidades introduzidos por Horta

Em sua teoria, Horta (1979, p. 40) introduziu em cada nível proposto por Mohana subgrupos de necessidades de forma a ajustar esse modelo para a prática assistencial de enfermagem (BENEDET; BUB, 2001).

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e repouso	Criatividade.
Exercício e atividade física	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gregária
Abrigo	Recreação
Mecânica Corporal	Lazer
Motilidade	Espaço
Cuidado corporal	Orientação no tempo/espaço
Integridade cutâneo mucosa	Aceitação
Integridade física	Auto realização
Regulação térmica, neurológica, vascular.....	Auto estima
Locomoção	Participação
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Auto imagem;
Ambiente	Atenção
Terapêutica.	NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS: Religiosa ou teológica, Ética ou de filosofia de vida.

Quadro 1: Classificação das necessidades humanas básicas segundo Horta

Fonte: HORTA, 1979, p. 40.

De acordo com essa teórica as necessidades são inter-relacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal

forma que, quando qualquer uma se manifesta, todas sofrem algum grau de alteração. Desse modo, as prioridades para a assistência de enfermagem têm de ser ajustadas sistematicamente. Conforme a satisfação de certas necessidades, novas necessidades surgem, exigindo do paciente e profissional uma nova abordagem em termos de prioridade (HORTA, 1979).

3.2 CONCEITOS QUE SUSTENTARAM O ESTUDO

O Marco Conceitual proporciona ao profissional o embasamento de suas ações, apontando e justificando o porquê de selecionar um problema para um determinado estudo. Serve como uma importante ferramenta para embasar, direcionar e classificar as ações de toda a equipe de Enfermagem (CARRARO; BALDUÍNO; PERES, 2001).

3.2.1 Enfermagem

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p. 29).

A enfermagem no âmbito do processo cirúrgico é arte e ciência que assiste o ser humano de forma holística no pré, intra e pós-operatório a fim de recuperar, manter e promover sua saúde, atendendo suas necessidades humanas básicas afetadas, na tentativa de restabelecer seu equilíbrio ou amenizar a intensidade provocada pelo desequilíbrio. A atenção ao paciente cirúrgico deve ser pautada em buscar e promover orientação e educação do paciente, visando que este consiga a sua independência nesse processo (FERREIRA; BORGES; FIGUEREDO, 2007).

A Enfermagem é uma profissão que cuida do ser humano em suas várias experiências de saúde/doença, como a experiência cirúrgica,

visando o seu bem estar físico, psíquico, sócio e espiritual.

3.2.2 Enfermeiro

Horta refere que o “enfermeiro é um agente de mudança: através das atividades da enfermagem ele visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital. Visa incorporar novos conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação” (HORTA, 1979, p. 22)

A Enfermeira de unidade cirúrgica é um ser de relações, com conhecimentos técnicos científicos, com sensibilidade para cuidar de outro ser humano com necessidades humanas básicas afetadas e que requer, entre outros, cuidados cirúrgicos.

3.2.3 Ser Humano e a experiência cirúrgica

O ser humano é visto em sua totalidade como um ser indivisível e com dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual. A totalidade e a indivisibilidade do ser humano são caracterizadas pela impossibilidade de redução destas dimensões a nenhuma dimensão exclusiva (HORTA, 1979).

O ser humano, durante a experiência cirúrgica, deve ser atendido em suas várias dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. Algumas dessas dimensões se encontram mais exacerbadas do que outras, porém todas constituem a totalidade do ser em seu processo de saúde/doença.

A experiência cirúrgica do paciente em pré-operatório tem relação com a educação do mesmo neste período. O ensino e a orientação pré-operatória aos pacientes, demonstram que é possível melhorar os resultados e a satisfação vivenciadas pelos mesmos em suas experiências cirúrgicas (KRUIK, 2009).

3.2.4 Cuidado pré-operatório

Para Gasperi e Radunz (2006), o cuidado é algo inerente ao ser

humano. O trabalho da enfermagem é caracterizado pelo predomínio do cuidado às pessoas doentes, sendo desenvolvido de forma contínua, ou seja, é uma atividade profissional cotidiana.

O cuidado pré-operatório começa quando uma cirurgia é planejada e culmina na administração da anestesia. Ao longo da fase pré-operatória, o enfermeiro realiza uma investigação completa das condições de saúde do paciente para determinar as necessidades básicas afetadas. As metas do cuidado de enfermagem no preparo do paciente para a cirurgia são: redução da ansiedade, garantia da segurança, identificação e redução de riscos potenciais de complicações no ato cirúrgico e no pós-operatório.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para traçar os procedimentos metodológicos o pesquisador deve reexaminar a questão e o propósito de pesquisa, pois são eles que direcionam o tipo de metodologia a ser utilizada (TRENTINI; PAIM 2004). Considerando esses aspectos, foi utilizada como abordagem a pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA). A abordagem qualitativa permite apreender o significado da mensagem expressa pelo sujeito, sua motivação, suas aspirações, crença e valores (MINAYO, 2008).

4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A PCA, de acordo com suas autoras Trentini e Paim (2004) está orientada para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde, portanto está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado. Este tipo de pesquisa é realizado em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para as autoras, quando um pesquisador decide desenvolver uma PCA, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial. Esse tipo de pesquisa articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois seus resultados são canalizados progressivamente durante o processo da pesquisa para as situações práticas (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

Esse estudo se constitui numa PCA porque teve como finalidade a construção de um instrumento de intervenções de enfermagem ao paciente em pré-operatório com a participação dos enfermeiros do Centro Cirúrgico e das Unidades Cirúrgicas com vista à melhoria da qualidade do cuidado.

4.1.1. Pressupostos da pesquisa convergente assistencial

- ✓ O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar

problemas cotidianos em saúde e renovação da prática em superação, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber-pensar ao saber-fazer.

✓ O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.

✓ O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e o da investigação científica.

✓ A PCA implica o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes desse contexto.

✓ O profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual do trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 27-28).

4.1.2 O processo metodológico da pesquisa convergente assistencial

A PCA apresenta cinco fases ou procedimentos, que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação, fases essas que são inter-relacionadas (TRENTINI; PAIM, 2004). Essas etapas serão descritas a seguir de acordo com suas autoras e, como foram desenvolvidas nesta pesquisa.

4.1.2.1 Fase de concepção

Compreende a fase inicial da pesquisa, nela estão incluídos: a introdução e justificção do tema, a questão de pesquisa, o propósito, a revisão de literatura e o referencial teórico. Neste estudo, esta fase encontra-se descrita nos capítulos 1, 2 e 3.

4.1.2.2 Fase de instrumentação

Diz respeito às seguintes decisões metodológicas: escolha do

espaço físico da pesquisa, dos participantes e dos métodos e técnicas para obtenção dos dados.

4.1.2.2.1 Espaço físico da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em um hospital de Florianópolis (SC) mais especificamente nas unidades cirúrgicas I e II e no centro cirúrgico. Trata-se de uma instituição em que desenvolvo minhas atividades há 11 anos. Fundado em 1980, é um hospital público, concebida com a perspectiva do trinômio pesquisa, ensino e extensão, atende a comunidade de Florianópolis e também de outras localidades do estado. O hospital é referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área de oncologia e cirurgias de grande porte. O atendimento à população se dá exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia de assistência de enfermagem utilizada nessa instituição é a das Necessidades Humanas Básica de Wanda de Aguiar Horta.

As unidades em estudo estão vinculadas à Diretoria de Enfermagem e ligadas ao Núcleo Gerencial de Enfermagem Cirúrgica (NGEC) e estão localizadas no quarto andar do hospital.

A Unidade de Internação Cirúrgica I (UIC I) situa-se próxima ao CC, possui 12 quartos, totalizando 30 leitos (nove quartos com dois leitos e três quartos com quatro leitos). Recentemente essa unidade foi reformada, com copa, sala de passagem de plantão, área de lazer para clientes, rouparia, sala de medicação, sala de curativos, banheiro dos funcionários, recepção, sala de chefia, sala de descanso da enfermagem, sala de equipamentos de materiais e expurgo.

O ambiente dispõe de climatização, com ar central. Do total de leitos, 16 são destinados a pacientes do sexo masculino e 14 ao sexo feminino, sendo que internam pacientes com idade igual ou acima de 18 anos, submetidos a cirurgias de colecistectomia aguda, pancreatectomia, gastroplastia, apendicectomia e recentemente transplante hepático.

A equipe de enfermagem é composta por oito enfermeiros (sendo que um exerce o cargo de chefia da unidade) e 24 técnicos de enfermagem. No período matutino a unidade conta com quatro a cinco técnicos de enfermagem, no período vespertino com quatro e com três no período noturno. Em cada turno há uma enfermeira assistencial e cada técnico de enfermagem presta cuidados, aproximadamente, a sete pacientes por turno. As jornadas de trabalho dos funcionários de enfermagem, nos períodos matutino e vespertino, são de seis horas, e, no

noturno, de 12 horas (com descanso de 48 horas), tendo como horários: matutino das 7h às 13h, vespertino das 13h às 19h e no período noturno das 19h às 7h. A cobertura dos finais de semana é realizada em esquema de plantão de 12 horas.

A Unidade Cirúrgica II (UIC II) possui a mesma estrutura física da clínica cirúrgica I e atende clientes em situações de pré e pós-operatórios relacionados às cirurgias: vascular (dez leitos), proctologia (oito leitos), plástica (seis leitos) e urologia (oito leitos). Esses leitos são enfermarias que recebem as diversas especialidades sem especificação, 18 destinados ao sexo masculino e 16 ao feminino. O quantitativo da equipe de enfermagem e a jornada de trabalho são idênticos ao da Clínica Cirúrgica I.

Cabe registrar que nessas unidades não existe um instrumento que oriente os profissionais para o cuidado ao paciente no período pré-operatório, o que existe é um *check list* com alguns cuidados que deverão ser observados antes da transferência do paciente para o centro cirúrgico.

O CC localiza-se no 4º andar próximo às clínicas cirúrgicas. Sua estrutura física compreende: cinco salas cirúrgicas; um expurgo; duas salas que abrigam aparelhos e materiais; uma sala de recuperação pós-anestésica; uma sala de armazenamento de material anestésico; uma sala de armazenamento de materiais esterilizados; uma sala de armazenamento de material de vídeo laparoscopia; um posto de enfermagem; uma sala de armazenamento de soros, aventais de chumbo e geladeira específica para medicações; seis lavabos; dois locais de monta-carga (elevadores pequenos; sendo um utilizado para transportar materiais contaminados e outro para materiais limpos); uma sala de escritório utilizada pela enfermeira (chefe do setor); uma sala (escritório) utilizada pelo escriturário; localizada fora do ambiente restrito, onde os clientes são recepcionados e as famílias atendidas; uma sala de descanso com sofá, colchonetes e televisão; um vestiário com banheiro feminino e outro masculino e uma sala de lanche.

O CC atende, além de pacientes com cirurgias eletivas, as cirurgias de urgência e emergência. Realiza, em maior número, cirurgia geral (colecistectomia, apendicectomia, hernioplastia, laparotomia) e cirurgia plástica-estética (mamoplastia, abdominoplastia, rinoplastia e correção de queimaduras).

A equipe multiprofissional que participa do ato cirúrgico é composta pelo cirurgião, pelo anestesista e pela equipe de enfermagem (enfermeiro, instrumentador, circulante, técnicos e auxiliares de enfermagem), com atividades específicas de acordo com a função que ocupa.

Atualmente, a equipe de enfermagem conta com três enfermeiras, 17 técnicos de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de saúde e oito instrumentadores cirúrgicos.

4.1.2.2.2 Participantes

Considerando que na PCA, a amostragem deve ser constituída por sujeitos envolvidos no problema de pesquisa, e entre esses, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo, foram convidados a participar desta pesquisa os 20 enfermeiros lotados nas unidades cirúrgicas e Centro Cirúrgico.

Não foi estipulado, um número fixo de participantes, uma vez que conforme Trentini e Paim (2004) em pesquisa qualitativa, o pesquisador inicia a coleta de informações sem predeterminação do número de participantes, pois quando ocorre repetição de informações, geralmente a amostra é considerada adequada, ou seja, quando há saturação dos dados, pode-se encerrar a coleta.

Estabeleceu-se como critérios para participação no estudo: ter experiência no cuidado ao paciente cirúrgico, a concordância formal com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), a permissão para a gravação das informações, assim como a publicação dos resultados do estudo. Aceitaram participar do estudo e atenderam aos critérios de inclusão 17 enfermeiros sendo que destes dois atuam no CC.

Aos participantes foi explicado sobre os objetivos da pesquisa, as etapas do seu desenvolvimento, a garantia do anonimato das informações e a importância da sua participação na pesquisa para a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente no período pré-operatório.

Quanto às características dos participantes somente um é do sexo masculino, a idade variou de 25 e 59 anos, com um tempo de atuação profissional entre nove meses e 31 anos e o tempo de atuação na área cirúrgica variou de 8 meses a 29 anos. O quadro completo contendo as características dos participantes encontra-se no (APÊNDICE C).

4.1.2.2.3 Técnicas para a coleta de dados

Devido à sua propriedade de “dança”, que se revela pelos

movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, a PCA pode ser conduzida utilizando-se diferentes técnicas de pesquisa, tanto qualitativa como quantitativa, desde que sejam conduzidas de maneira a observar os principais critérios desse tipo de pesquisa. Na prática, os métodos de entrevista, discussão em grupo e observação participante, são os mais utilizados.

Neste estudo adotou-se para a coleta de dados a entrevista individual semi estruturada (APÊNDICE B) e grupo focal.

A entrevista tem a finalidade de obtenção de informações fidedignas por meio da conversação, constituindo uma condição social para a interação humana (TRENTINI; PAIM, 2004). Essa técnica de coleta de dados é, “acima de tudo um conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizado por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, tendo em vista o objetivo da mesma” (MINAYO, 2008, p.261).

As entrevistas foram realizadas com a intenção de obter informações dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem ao paciente no pré-operatório de cirurgia eletiva, realizados no cotidiano da prática profissional.

Com relação ao grupo focal, é um método de coleta de dados de pesquisa qualitativa que tem como base a relação direta entre pesquisador e participantes a fim de, problematizar e refletir temas pré-estabelecidos a partir do debate em grupo, estimulando com isso o repensar sobre o tema em foco de uma forma mais ampliada na busca de mudanças significativas no pensar e fazer da prática coletiva. É “qualquer discussão de grupo, contando que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando às interações do grupo”. O estímulo à interação do grupo está relacionado a conduzir a discussão do grupo focal e garantir que os participantes conversem entre si em vez de somente interagir com o pesquisador ou “moderador” (BARBOUR, 2009, p. 21).

A condução do grupo pode ser feita pelo próprio pesquisador ou por outra pessoa, que será o moderador do grupo, cujo papel é proporcionar uma atmosfera favorável ao debate, promover a participação de todos e controlar o tempo evitando dispersão dos objetivos da discussão (TEIXEIRA; MACIEL, 2009). As mesmas autoras acrescentam que nesse processo, o moderador poderá contar com observadores, que exercerão papel de relatores. Estes deverão estar atentos ao conteúdo das falas e ao comportamento dos participantes, pois expressões faciais e tom de voz, por exemplo, podem ter grande valor no momento da análise.

Para Gomes, Telles e Roballo (2009) o Grupo Focal é de extrema importância como estratégia para compreender processos de construção da realidade, práticas cotidianas, comportamentos e atitudes. Quanto ao tamanho do grupo Kind (2004) informa que o número indicado vai de 8 a 10 participantes por grupo, sendo ideal um número de 5 a 7 integrantes em cada grupo focal.

As discussões em grupo tiveram como finalidade socializar as informações obtidas nas entrevistas, aliado a experiência do pesquisador na área e ao conhecimento encontrado na literatura sobre o tema, elaborar um instrumento de intervenções para a prática do cuidado ao paciente no período pré-operatório de cirurgia eletiva.

4.1.2.3 Fase de perscrutação

Nesta fase, de acordo com as autoras desse método, se evidenciam quais estratégias serão utilizadas para a obtenção dos dados, ou seja, como os instrumentos para obtenção dos dados serão utilizados, descrevendo suas particularidades. As estratégias nascem da criatividade dos pesquisadores e têm que ter aderência ao método.

4.1.2.3.1 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no período de abril a julho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Parecer nº1009/10) (ANEXO A), e a assinatura do TCLE pelos participantes.

Os dados foram coletados em duas etapas: a primeira por meio de entrevista semi- estruturada e a segunda com grupo focal.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com os 17 enfermeiros, em local e horário previamente acordado e tiveram a duração média de 20 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento prévio e digitadas em programa *Word for Windows*. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foi ressaltado que, se no decorrer da pesquisa, por algum motivo não pudessem continuar a participar, poderiam se retirar sem prejuízo algum para si. Foi solicitado que falassem sobre a sua prática nos cuidados de enfermagem no período pré-operatório de pacientes submetidos à cirurgia eletiva.

Com a finalidade de manter o anonimato das informações, os

participantes foram identificados pela letra E (enfermeiro), seguida do número correspondente à ordem da entrevista, Ex: E1, E2, E3.... E17. No seu término foi reforçado o convite à participação na segunda etapa do estudo.

Na segunda etapa ocorreram três encontros de grupo focal. O primeiro encontro ocorreu 25 dias após a realização da última entrevista, tempo necessário para transcrever as entrevistas e organizar os cuidados citados pelos informantes relacionados às necessidades humanas básicas. Os encontros ocorreram em uma sala de aula do hospital, contexto deste estudo, no período vespertino, com duração média de duas horas. Todos os encontros foram gravados, com o consentimento dos participantes, transcritos logo em seguida e contaram com a presença de um observador, acadêmico da última fase do curso de enfermagem, membro do Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde – GEASS, do qual faço parte. Esse observador realizou o registro das informações comportamentais e das interações durante os encontros e, ao término desses, discutiu suas impressões e opiniões com o pesquisador.

No primeiro encontro participaram sete enfermeiros. Iniciei os trabalhos convidando a todos a sentarem em círculo, de forma que pudessem visualizar e ouvir quando cada pessoa expressasse suas opiniões. Inicialmente foi solicitado que todos se apresentassem e em seguida foi entregue aos participantes balas, com embalagens coloridas. As cores iguais das embalagens direcionaram a formação de duplas que teriam uma atividade no final do encontro. Dando sequência, foram lembrados os objetivos do estudo e a importância da participação dos enfermeiros nesse processo de construção coletiva de uma proposta de intervenção aos pacientes em pré-operatório.

Foi entregue a cada um dos participantes um impresso com a compilação dos cuidados citados nas entrevistas, além dos acrescentados por mim e os extraídos da literatura, Foi utilizado também o recurso multimídia para exposição desse material e para facilitar a discussão e as alterações que se fizessem necessárias. Durante a discussão assim como retirados e acrescentados cuidados.

Houve manifestações de surpresa e discordâncias dos participantes quanto às diferentes rotinas para um mesmo cuidado, como por exemplo, a realização da tricotomia da área a ser operada, que é realizada com diferentes intervalos de tempo entre o procedimento e a cirurgia, dependendo da unidade.

Nos trinta minutos restantes foi distribuída entre as duplas,

inicialmente formadas e a pesquisadora, a tarefa de procurar na literatura a fundamentação científica dos cuidados. Cada dupla ficou responsável pela fundamentação de alguns cuidados para ser apresentado e discutido na reunião seguinte. Foi orientado que o material a ser utilizado para a justificativa científica deveria ser, de preferência, dos últimos cinco anos; que não poderiam deixar de registrar a fonte consultada e que deveriam enviar para o meu e-mail, para que eu pudesse organizar e trazer para o próximo encontro.

O segundo encontro foi agendado para 15 dias após o primeiro, tempo esse acordado para a realização da justificativa científica dos cuidados. Esse encontro aconteceu na data prevista, no mesmo local e horário do primeiro, e contou com a participação de cinco enfermeiros. Os dois enfermeiros que não compareceram justificaram motivos pessoais. O encontro durou duas horas e meia e teve como finalidade a discussão da fundamentação científica dos cuidados, encaminhada por alguns participantes, assim como a inclusão, ou não, de cuidados.

Foi comunicado aos presentes que nem todos haviam encaminhado à fundamentação científica. Lembrei nesse momento, do compromisso assumido por todos na construção do instrumento. Foi entregue a relação dos cuidados de enfermagem elencados no encontro anterior, com a fundamentação científica.

Um dos participantes sugeriu que a leitura fosse feita pelos presentes em voz alta, sugestão acatada por todos. Nesse momento os participantes puderam expor suas opiniões e também foi um momento educativo, em que o confronto dos conhecimentos com a literatura trouxe esclarecimentos para alguns participantes. Durante essa discussão foram realizados ajustes como a inclusão de cuidados. A atividade dos dois enfermeiros ausentes, por sugestão da maioria, foi redistribuída entre os presentes, com o compromisso de ser apresentado no próximo encontro. Ainda neste encontro fez-se a relação dos cuidados com as necessidades humanas básicas.

O terceiro é último encontro, contou com a participação dos mesmos enfermeiros do encontro anterior e teve como objetivos, finalizar o material sobre os cuidados no pré-operatório e conhecer as percepções dos enfermeiros quanto à participação nesse processo de construção. Os participantes receberam o material com todos os cuidados e justificativas científicas para os ajustes finais.

No primeiro momento foram lidas e discutidas as justificativas que estavam pendentes e em seguida foi realizada uma leitura, em conjunto, de todo o material produzido. Na medida em que os cuidados e as justificativas eram lidos, ajustes iam sendo realizados como a

melhora na escrita e a readequações de alguns cuidados as necessidades humanas básicas.

No segundo momento foi entregue aos enfermeiros folhas coloridas (azul, amarelo, rosa, branco e verde), de maneira que cada um dos participantes recebeu folha de somente uma cor, para que respondessem a seguinte pergunta: como foi, para você, participar do processo de construção de um instrumento para direcionar a prática dos cuidados aos pacientes em pré-operatórios? Foi orientado que não precisariam identificar a resposta.

As folhas foram recolhidas, após todos responderem, e distribuídas aos participantes de modo que cada um ficou com uma folha que não a sua. Foi realizada uma rodada de leitura, em voz alta, dos depoimentos que serão apresentados resumidamente no capítulo relativo aos resultados do estudo, no manuscrito 2.

4.1.2.4 Fase de análise e interpretação

Na PCA essas duas fases ocorrem concomitantemente e compreendem quatro etapas conforme Morse & Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004): apreensão, síntese, teorização e transferência. A apreensão compreende a coleta e organização das informações. A síntese é a etapa que examina subjetivamente as associações e variações das informações. A teorização é feita à luz da fundamentação teórico-filosófica utilizada no estudo, de maneira a proceder à associação desta com os dados analisados. A transferência de resultados consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas contextualizando-os em situações similares (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para esse estudo foi utilizado como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre (2005). O DSC é um método de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, cartas, *papers*, revistas especializadas.

O DSC corresponde a um discurso síntese, elaborado com recortes dos discursos de sentido semelhante utilizando-se a primeira pessoa do -singular e visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Essa organização de dados segue os seguintes passos metodológicos:

Expressões-chaves (ECH): São trechos do discurso individual,

que devem ser destacados pelo pesquisador e expressam a essência do depoimento, ou mais exatamente, o conteúdo do discurso.

Idéias centrais: São expressões linguísticas que revelam ou descrevem de forma mais sintética, precisa e fidedigna o sentido de cada discurso analisado e de cada conjunto homogêneo de ECH. É um nome sintético dado para o sentido do discurso analisado. É uma descrição do sentido de um ou vários discursos.

Ancoragem: É a expressão linguística explícita de determinada teoria ou ideologia, crença, que o autor do discurso adota como uma afirmação.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): É o discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular, composto pelas ECH que tem a mesma IC ou AC; soma de pedaços isolados do discurso que forma um todo discursivo coerente.

No presente estudo foi utilizado três das quatro figuras metodológicas: ECH, IC e DSC

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos permearam todos os passos na realização deste estudo. Por ser um estudo envolvendo seres humanos teve a preocupação com a preservação dos direitos humanos, pautando-se nos princípios éticos universais sustentados pelas recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

O projeto, como informado, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, parecer nº 1009/10 (ANEXO A) emitido em 25 de outubro de 2010 e teve o consentimento da instituição para o seu desenvolvimento. Os participantes foram orientados sobre o propósito do estudo e a importância da participação na elaboração da proposta e assinaram o TCLE permitindo a gravação da coleta de dados.

Da mesma forma, tiveram garantido seu anonimato e sigilo de suas informações. Foi preservado e explicitado quanto à liberdade de participação espontânea e o direito de desistência, em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo algum.

Foi informado aos participantes que uma cópia do relatório seria entregue a Instituição e que os resultados seriam apresentado

verbalmente, em data a ser marcada.

As gravações foram eliminadas depois de transcritas e analisadas as informações, sendo que as transcrições dessas ficarão de posse do pesquisador por cinco anos. Ao término desse período, as mesmas também serão destruídas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Resolução 001/PEN/2008 que dispõe sobre a forma de apresentação dos resultados dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, os resultados provenientes deste estudo serão apresentados na forma de dois artigos.

Manuscrito 1: A prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva.

Manuscrito 2: Construção coletiva de um instrumento de cuidados no pré-operatório imediato ao paciente adulto hospitalizado.

O instrumento na íntegra com os cuidados de enfermagem ao paciente no pré-operatório imediato encontra-se no Apêndice D.

5.1 MANUSCRITO 1: A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ELETIVA

A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ELETIVA⁴

THE NURSES PRACTICE IN CARE OF PATIENT IN PREOPERATIVE IMMEDIATE OF ELECTIVE SURGERY

LA PRÁCTICA DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO AL PACIENTE EN EL PRE-OPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIA ELECTIVA

Adnairdes Cabral de Sena⁵
Eliane Regina Pereira do nascimento⁶
Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia⁷

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, com o objetivo de analisar os cuidados dos enfermeiros no cotidiano da prática profissional aos pacientes no pré-operatório imediato. Participaram do estudo, enfermeiros das Unidades Cirúrgicas e Centro Cirúrgico de um hospital da região sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu no período de abril a julho de 2011, por meio de entrevista individual semiestruturada. Para análise dos dados, utilizou-se o Discurso do

⁴ Recorte da Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. intitulada Cuidado de Enfermagem ao Paciente em Pré Operatório de Cirurgia Eletiva na Perspectiva das Necessidades Humanas Básicas.

⁵ Enfermeira do Núcleo Gerencial de Enfermagem Cirúrgica do HU-UFSC. Especialista em Gestão dos Serviços de Enfermagem. Mestranda do Curso de Mestrado profissional do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas (GEASS) da UFSC Telefones: Residencial – (48) 37337257 / Comercial - (48) 37219153. Endereço: Rodovia Amaro Antonio Vieira, 2731. Apt 311 / Condomínio Paris Dakar. CEP: 88034102 adnairdes@ibest.com.br

⁶ Enfermeira, Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e Professora Associado I do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Líder do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas (GEASS) da UFSC. Campus Universitário Trindade. CEP: 88040-970 - Florianópolis, SC – Brasil <http://www.nfr.ufsc.br> Telefone: (48) 37219480 Fax: (48) 37219787.

⁷ Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem. PEN/UFSC (2009) em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCES). Linha de Pesquisa: *A história da Enfermagem no Brasil*. Um Estudo Prospectivo. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade. CEP: 88040-970, Florianópolis, SC – Brasil <http://www.nfr.ufsc.br> .Telefone: (48) 37219480 Ramal: 39. Fax: (48) 37219787.

Sujeito Coletivo (DSC). As informações deram origem a três DSC com as ideias centrais: cuidados administrativos, orientação no pré-operatório e cuidados cirúrgicos no pré- imediato. Os resultados retratam que grande parte dos cuidados refere-se à orientação do paciente no pré-operatório; que o foco dos cuidados está relacionado aos aspectos físicos em detrimento do psicológico; que a maioria dos cuidados encontra justificativa na literatura. Os resultados encontrados poderão subsidiar a construção de um instrumento de intervenções de enfermagem ao paciente cirúrgico.

Descritores: Enfermagem perioperatoria; cuidado pré-operatório, Cuidado de enfermagem. Necessidade Humana.

ABSTRACT: This is a descriptive qualitative study, aiming to analyze the nurses' care in the everyday professional practice towards patients pre-operatively. Participated in the study nurses of the Surgical Center and Surgical Units of a Hospital in Southern Brazil. The data collection occurred from April to July 2011, through semi-structured individual interviews. For data analysis, the Collective Subject Discourse (CSD) was used. The obtained information led to three DSC with the following central ideas: administrative care, preoperative guidance and surgical care in the immediate pre. Results indicate that the majority of care refers to the orientation of the preoperative patient, that the focus of care is related to the physical aspects at the expense of the psychological, and that most of the care find justification in literature. These results may help constructing an instrument of nursing interventions to surgical patients.

Keywords: Perioperative Nursing, Nurse, Care, Nursing Care, Human Necessity

RESUMEN: Investigación cualitativa descriptiva, con el objetivo de analizar los cuidados de los enfermeros en el cotidiano de la práctica profesional a los pacientes en el pre-operatorio inmediato. Enfermeros de las Unidades Quirúrgicas y del Centro Quirúrgico de un hospital de la región sur de Brasil participaron del estudio. La cosecha de datos ocurrió en el período desde abril a julio de 2011, por medio de entrevista individual semiestructurada. Para análisis de los datos, se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Las informaciones dieron origen a tres DSC con las siguientes ideas centrales: cuidados administrativos, orientación en el pre-operatorio y cuidados quirúrgicos en el pre-operatorio inmediato. Los resultados retratan que grande parte de los cuidados se refieren a la orientación del paciente en el pre-operatorio;

que el foco de los cuidados está relacionado a los aspectos físicos en detrimento del psicológico; que la mayoría de los cuidados tienen justificativa en la literatura. Los resultados obtenidos podrán subsidiar la construcción de un instrumento de intervenciones de enfermería al paciente quirúrgico.

Descriptor: Enfermería perioperatoria; Cuidado pre-operatorio; Cuidado de enfermería; Necesidad humana.

INTRODUÇÃO

A cirurgia é eletiva quando o tempo aproximado para a cirurgia coincide com a conveniência do paciente, isto é, pode ser realizada com data prefixada (CHRISTÓFORO, 2006).

O período pré-operatório de cirurgia eletiva inicia no momento em que o paciente toma a decisão por prosseguir com a intervenção cirúrgica, e termina com a transferência deste para a mesa cirúrgica (MENDONÇA et al, 2007).

Nesse período a atenção dispensada ao paciente deve ocorrer de forma planejada, individualizada, baseada em evidências científicas, de acordo com o tipo de cirurgia que será realizada e a rotina implementada na instituição, observando-se o tempo disponível entre a internação e a cirurgia (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Na atenção ao paciente no pré-operatório, a equipe de enfermagem é responsável pelo seu preparo, estabelecendo e desenvolvendo diversas ações de cuidado de enfermagem, como orientação, preparo físico e emocional e avaliação, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório, uma vez que essas geralmente estão associadas a um preparo pré-operatório inadequado (NETTINA, 2007; CHRISTÓFORO, 2009).

A padronização no atendimento aos pacientes, considerando suas individualidades e seus aspectos subjetivos, além de contribuir oficialmente para os registros de enfermagem, propicia o melhor gerenciamento da assistência de enfermagem, conferindo ao profissional segurança para atender às necessidades afetadas do cliente (BERGAMO, 2005).

Deste modo, a busca pela qualidade da assistência ao paciente internado em instituições de saúde é responsabilidade conferida ao enfermeiro, e vem sendo objeto de seus estudos, com vistas à diminuição de erros, riscos e danos ao paciente (COSTA et al, 2011).

Julga-se que uma das estratégias para prosseguir nessa busca é conhecer como os profissionais estão desenvolvendo, no seu contexto de trabalho, os cuidados aos pacientes.

Frente ao exposto esta pesquisa teve como objetivo: **analisar os cuidados dos enfermeiros no cotidiano da prática profissional aos pacientes no período pré-operatório imediato de cirurgia eletiva.**

Os resultados encontrados poderão subsidiar a construção de um instrumento de intervenções de enfermagem a essa clientela.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva, realizada em um hospital público de Santa Catarina com enfermeiros de unidades cirúrgicas e centro cirúrgico. O hospital em questão adota como referencial teórico para a metodologia da assistência a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Protocolo nº 1009/11), seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo assim como acerca dos procedimentos de coleta de dados.

Adotou-se como critérios de inclusão dos participantes, ter experiência na assistência ao paciente cirúrgico, autorizar o uso de gravador no momento da coleta de dados e permitir a divulgação dos dados.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2011, por meio de entrevista individual semi estruturada, a 15 enfermeiros com atuação em UC e dois em CC, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aos participantes foi solicitado que falassem sobre a sua prática de cuidados ao paciente em pré-operatório de cirurgia eletiva e explicado que as informações coletadas na entrevista tinham como propósito subsidiar a construção de um instrumento para direcionar a assistência ao paciente cirúrgico. As entrevistas foram gravadas em formato MP3 e os enfermeiros foram identificados pela letra “E”, atribuídos números de acordo com a sequência das entrevistas.

Para o tratamento dos dados utilizou-se três das quatro figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): Expressões Chaves (ECH) que são trechos do discurso individual, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do

discurso; as Idéias Centrais (IC) são nomes ou expressões linguísticas que descrevem e nomeiam, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes no conjunto homogêneo de ECHs, e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que corresponde a um discurso síntese, elaborado com recortes dos discursos individuais e de sentido semelhante utilizando-se a primeira pessoa do singular. Portanto, o DSC é composto pelas ECHs que têm a mesma IC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

A partir dos DSCs foram extraídos os cuidados pré-operatórios os quais foram analisados à luz de estudos científicos.

RESULTADOS

Quanto às características dos 17 participantes, um é do sexo masculino, a idade variou de 25 e 59 anos, o tempo de atuação na enfermagem é entre nove meses a 31 anos e atuação na área cirúrgica de oito meses a 29 anos.

Os relatos deram origem a três DSC representados por DSC1, DSC2 e DSC3 com as ICs: cuidados administrativos; orientação no pré-operatório e preparo cirúrgico no pré- imediato. O DSC 1 contempla o discurso individual de sete participantes, o DSC 2 o depoimentos de nove e o DSC 3 de oito participantes.

IC: cuidados burocráticos/ administrativos

DSC1: *Os cuidados no período pré-operatório começam na admissão do paciente e no imediato iniciam no dia anterior a cirurgia, quando se recebe, no final da tarde, o mapa cirúrgico. Assim que se recebe a informação de quais as cirurgias serão realizadas no dia seguinte e o horário, é montado o prontuário com todos os exames necessários para a cirurgia do paciente e outros papéis. É verificado se tem o registro dos dados antropométricos (peso e altura) e dos sinais vitais e se tem a assinatura do termo de consentimento. No dia que a paciente interna, que às vezes ocorre no dia anterior ou até mesmo no dia da cirurgia, é feito o histórico de enfermagem e ele recebe informação sobre as rotinas da unidade (E2, E4, E5, E10, E12, E13, E14).*

IC: orientação no pré-operatório

DSC 2

O paciente é orientado no dia anterior sobre o horário da cirurgia; a tomar o banho pela manhã, ou antes, da cirurgia; não lavar o cabelo; aplicar o degermante no local, e colocar a camisola aberta nas costas.

Recebe orientação também quanto a retirar prótese dentária, esmalte, jóias; piercing, lente de contato; sobre exercícios respiratórios; a ficar em jejum à partir de meia noite, nem tomar água e suspender o uso da heparina. Aos homens é orientado a fazer a barba. Eu acho importante tirar as dúvidas dos pacientes. A gente vê que os pacientes têm muitas dúvidas, geralmente eles perguntam como vai ser a cirurgia, se irá sozinho para o CC e se alguém da família pode ficar junto com ele no CC (E1, E3,E5, E8, E10,E11, E13,E15,E17).

IC: cuidados cirúrgicos no pré-imediato.

DSC3

No dia da cirurgia é feito a higiene no sitio operatório, esvaziamento vesical uma hora antes, a tricotomia que deve ser feita duas horas antes, agora se fala que não deve ser feito com gilete, não é recomendado e tem que fazer o mais próximo possível do horário da cirurgia e usar tricotomizador. A gente verifica se o termo de consentimento da cirurgia está assinado e caso não esteja a gente solicita que assine, se verifica os sinais vitais, se confere se o paciente está em jejum, se tem pré-anestésico pra ser feito na unidade, é conferido o nome do paciente com o horário e com o nome da cirurgia. (E1, E2, E6, E7, E9, E11, E14, E17).

DISCUSSÃO

Percebe-se nos discurso, a preocupação dos enfermeiros com as dimensões físicos e aspectos organizacionais (burocrático-administrativos) no cuidado ao paciente em pré-operatório, em detrimento do psicológico. Essa situação chama atenção principalmente por dois fatos: por estar em descompasso com a metodologia assistencial utilizada na instituição, cujo referencial teórico é a teoria das necessidades humanas básica de Wanda Aguiar Horta que vê o ser humano na sua dimensão biológica, psicológica, social e espiritual; e o distanciamento da literatura quando traz que o paciente que irá se submeter a uma cirurgia geralmente encontra-se ansioso, com medo do desconhecido, do procedimento cirúrgico não dar certo e de não acordar da anestesia. Esse período é considerado o mais adequado para o relacionamento interpessoal (SILVA; NAKATA, 2005; THIESEN, 2005).

O DSC 1 refere-se as rotinas administrativas das unidades cirúrgicas, que se não forem observadas poderão interferir na assistência ao paciente em pré operatório.

O mapa cirúrgico, citado no discurso, é um documento confeccionado no centro cirúrgico, em que constam todas as cirurgias que serão executadas no dia (JOAQUIM, 2005). Os enfermeiros das unidades cirúrgicas utilizam esse instrumento para organizar as atividades, relacionadas principalmente aos cuidados no pré-operatório imediato.

Outro cuidado mencionado no discurso e que encontra respaldo na literatura se refere à checagem dos exames por imagem e laboratoriais. A não realização dos mesmos poderá retardar o início da cirurgia, ou na sua suspensão ou ainda ocasionar intercorrências no transoperatório (NETO et al, 2008).

Quanto ao histórico de enfermagem, citado pelos participantes, Horta (1979) refere que é um roteiro que possibilita o levantamento de dados importantes para a identificação dos problemas do paciente. Os dados são coletados através da entrevista, observação e exame físico e contemplados informações relacionadas às necessidades psicoespirituais, psicossociais e psicobiológicas. Porém, como já mencionado, constam nos discursos somente as necessidades psicobiológicas.

O DSC 2 retrata os cuidados relacionados a educação ou orientação do paciente no pré operatório. Uma das orientações presentes refere-se ao jejum. O propósito do jejum pré-operatório é permitir um tempo suficiente para o esvaziamento gástrico e diminuir o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico prevenindo assim a aspiração pulmonar e suas consequências (MORO, 2003).

Os participantes informaram que o paciente é orientado a permanecer em jejum a partir das 24 horas e inclusive a não tomar água. Entretanto, constata-se na literatura diferentes condutas adotadas até agora com relação a esse cuidado. Na maioria das vezes é levado ao extremo de deixar os pacientes em tempo excessivamente prolongado de 12 ou até 18 horas (SPLINTER, SCHREINER, 1999).

Em um estudo randomizado realizados com pacientes submetidos à cirurgia (colecistectomia), foi comparado o jejum tradicional noturno, com a oferta de bebida com carboidratos (CHO) duas horas antes da cirurgia, tendo como resultado uma conduta segura e menor ocorrência de complicações gastrointestinais; um dia a menos de internação após a cirurgia comparando com o grupo controle desta pesquisa (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2007).

A abreviação do jejum pré-operatório com oferta dessa está sendo vista como um dos fatores benéficos para diminuir a resposta orgânica, a resistência insulínica, o estresse cirúrgico e ainda, melhorar o bem estar do paciente. Essa prática mostra-se não apenas segura, mas também

essencial para a recuperação mais rápida do trauma cirúrgico. Portanto a diminuição do tempo de jejum pré-operatório deve ser empregada (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; PRADO, 2009).

A orientação para o paciente retirar esmalte, joias, piercing, e dentadura, referida no discurso, encontra respaldos na literatura. A indicação de retirar os esmaltes das unhas justifica-se pela necessidade de visualizar o retorno venoso das extremidades (CHRISTÓFORO; ZAGONEL; CARVALHO, 2006). Além do que, durante o intra-operatório o paciente faz uso do oxímetro de dedo, usado para registro da saturação da oxigenação.

Existem alguns aspectos que alteram ou limitam a eficiência do uso do oxímetro, causando leituras incorretas, como: anemia, vasoconstrição periférica, a cor do esmalte de unha, luz fluorescente e a movimentação do paciente (MIYAKE; DICCINI; BETTENCOURT, 2003).

A retirada das próteses dentárias, referida no discurso se deve, a possibilidade de deslizamento para as vias aéreas inferiores durante a indução anestésica além, da possibilidade de extravio durante a cirurgia (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009). Para Potter e Perry (2002) qualquer tipo de prótese pode facilmente se perder ou danificar durante a cirurgia. Desta maneira elas devem ser removidas e guardadas em local seguro, incluindo as próteses dentárias, membros artificiais e lentes de contato, aparelhos de audição e óculos. (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Os anéis e outras joias também devem ser retirados devido ao risco de garroteamento dos dedos e choque elétrico, no intra operatório, porém se o paciente recusar tirar anéis ou aliança é importante que realize uma cuidadosa lavagem das mãos para evitar risco de infecção (CHRISTÓFORO; ZAGONEL; CARVALHO, 2006; CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Quanto aos piercings se estiverem localizados na cavidade oral e nasal é aconselhável ser retirado, pois implicações anestésicas, com o deslocamento para as vias aéreas podem acontecer, necessitando de exames radiológicos na nasofaringe e orofaringe. Piercing “próximo à incisão cirúrgica dificulta a antisepsia da pele e a execução da cirurgia” (MUENSTERER, 2004, p 114). Em outras regiões do corpo podem causar lesões na pele, decorrentes da transferência da maca para a mesa cirúrgica, e vice versa ou durante o posicionamento cirúrgico no intraoperatório (DICCINI; NOGUEIRA, 2008).

No que se refere ao banho, é considerado uma etapa do preparo cirúrgico da pele (JAKOBSSON; PERLKVIST; WANN-HANSSON, 2011). Os participantes deste estudo, conforme consta no discurso,

orientam os pacientes a realizarem o banho no período da manhã da cirurgia ou um pouco antes além de aplicarem o degermante. Entretanto encontram-se controvérsias na literatura sobre a aplicação desse produto como medida de prevenção de infecção.

Há estudos que recomendam no pré-operatório usar sabão antisséptico, (gluconato de clorexidina, povidona-iodo, ou triclocarban), pelo menos a noite antes da cirurgia eletiva, para evitar infecção no sítio cirúrgico (NICHOLS, 2001; BRASIL, 2009).

Contudo, em um estudo prospectivo, randomizado, comparando o banho do paciente em pré-operatório com uso de gluconato de clorexidina e outro não, com amostra de 1400 pacientes, não foi encontrado significativa diferença nas taxas de infecção entre os dois grupos (ANDERSON, 2011).

Quanto ao uso dos produtos antissépticos à base de iodo-povidona e os à base de clorexidina, não existe consenso na literatura qual deles é melhor. Entretanto, há um estudo randomizado mostrando que a limpeza da pele com uma solução alcoólica de clorexidina é superior à limpeza da pele com iodo-povidona. Apresentam mecanismos antibacterianos diferentes, sendo aqueles à base de iodo de maior espectro e menor custo e os à base de clorexidina de maior ação residual, além de menor possibilidade de alergia (ANANIAS DE PAULA; CARVALHO, 2010).

Como atualmente, os pacientes candidatos a cirurgia eletiva são internados no mesmo dia da cirurgia e o quanto mais próximo possível do ato cirúrgico é recomendado então, que a internação seja feita com antecedência de duas horas antes da operação para dar tempo para o banho geral com sabão e aplicação de degermante na região a ser operada (ANANIAS DE PAULA; CARVALHO, 2010).

Outro cuidado presente no discurso é a suspensão dos anticoagulantes. De acordo com a literatura esses podem aumentar o risco de sangramentos durante o período intra-operatório devendo ser interrompido antes da cirurgia eletiva (sob orientação médica). “O cirurgião determinará quanto tempo antes da cirurgia eletiva o paciente deverá parar de tomar um anticoagulante, dependendo do tipo de procedimento planejado e da condição clínica do paciente” (SMELTZER; BARE, 2009, p. 411).

A justificativa na literatura para os exercícios respiratórios referidos no discurso, é a de que tempos cirúrgicos e anestésicos prolongados podem promover efeitos deletérios no sistema respiratório como alteração da troca gasosa e mecânica pulmonar, o que determina maior chance de ocorrência de complicações pulmonares (SILVA,

2009). Além do que, o paciente pode tornar-se relutante a tossir devido à dor e ter retenção de secreções devido a inibição do reflexo de tosse (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011). Por esta razão deve ser orientado o paciente no pré-operatório a fazer exercícios de tosse, deambulação precoce e exercícios fisioterapeúticos (SILVA, 2009).

No DSC 3 são citados cuidados ao paciente imediatamente antes de uma cirurgia como tricotomia, esvaziamento vesical, sinais vitais e administração da medicação pré anestésica.

Com relação à tricotomia há controvérsias na literatura quanto a sua eficácia na prevenção da infecção do sítio cirúrgico. Alguns estudos apontam que ser for necessária deve ser realizada com cortadores elétricos ou usar creme depilatório (testados antes para evitar alergias), que resultam em menor taxa de infecção do que a tricotomia feita com lâminas de barbear. Além disso, quando realizada deve ser num período que antecede a duas horas da cirurgia e evitar tricotomias amplas (ANANIAS DE PAULA; CARVALHO, 2010).

É recomendada a retirada de pelo somente em situações estritamente especiais e apenas nas áreas a serem operadas se atrapalharem o ato cirúrgico. O risco aumentado associado com infecção no sítio cirúrgico ao realizar a tricotomia na incisão cirúrgica atribui-se a cortes microscópicos na pele, que mais tarde poderão servir como focos para a multiplicação bacteriana (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009; BRASIL, 2009; MANGRAM et al, 1999; ANDERSON, 2011).

Entretanto, estudo clínico randomizado sobre a comparação da infecção do sítio cirúrgico com ou sem retirada de pelos diferentes métodos de tricotomia e em diferentes momentos antes da cirurgia, evidenciou que não houve diferença de infecção no sítio cirúrgico, entre pacientes que fizeram a tricotomia, antes da cirurgia e aqueles que não tinham realizado tricotomia, assim como não houve diferença de infecção no sítio cirúrgico entre os pacientes tricotomizados um dia antes da cirurgia e os que realizaram no dia da cirurgia (TANNER; WOODINGS; MONCASTER, 2006).

No que se refere ao esvaziamento vesical este deve ser espontâneo. A sondagem vesical é usada principalmente nas cirurgias laparoscópicas pois evita a distensão vesical que pode dificultar a cirurgia, reduz o risco de perfuração durante punção com agulha de Verres e permite o controle da infusão venosa de líquidos (REBUGLIO; REBUGLIO; REBUGLIO, 2004).

Sobre os sinais vitais, mencionado no discurso, estudo aponta que no período pré-operatório a medicação bem como o estresse provocado pelo ato cirúrgico pode provocar alterações fisiológicas nos sinais vitais

como o aumento na pressão arterial e na frequência cardíaca devido à ansiedade. Na vigência de alterações significativas, a cirurgia pode ser adiada e o paciente medicado, ou ainda a cirurgia pode ser suspensa até que e seja estabilizado o quadro (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Outro cuidado referido pelos participantes foi a administração do pré anestésico. Os medicamentos pré-anestésicos são drogas prescritas com a finalidade de conferir maior conforto ao paciente, facilitar os procedimentos do ato anestésico, reduzir a ansiedade do mesmo, facilitar a indução da anestesia e diminuir as secreções da faringe. Normalmente são administradas uma a duas horas antes das cirurgias. Os mais utilizados são os medicamentos do grupo dos anticolinérgicos, tranqüilizantes e hipnoanalgésicos (GUELLERE; ANTONIO; SOUZA, 1993; CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

CONCLUSÃO

Comparando-se o que aborda a literatura sobre os cuidados ao paciente no pré-operatório de cirurgia eletiva, a análise dos Discursos do Sujeito Coletivo evidenciou que os enfermeiros possuem um bom nível de conhecimento sobre os cuidados a essa clientela.

Considerando-se que os cuidados mencionados encontram fundamentações científicas, apesar de que alguns ainda não tem evidências comprovadas como o banho e a tricotomia na prevenção da infecção da ferida operatória, infere-se que a prática dos enfermeiros tem base científica.

Os resultados retratam que grandes partes dos cuidados referem-se à orientação do paciente no pré-operatório, e que o foco dos cuidados está relacionado aos aspectos físicos em detrimento do psicológico. A não abordagem psicológica remete a necessidade dos enfermeiros repensarem a sua prática, uma vez que está em discordância com a metodologia da assistência utilizada no hospital, contexto deste estudo, sustentada pela teoria das necessidades humanas básicas.

Embora tenha sido evidenciado um bom nível de conhecimento acerca dos cuidados, percebe-se a ausência de cuidados importantes como avaliar a ansiedade do paciente em relação à cirurgia; investigar a história prévia cirúrgica; identificar alergias, orientar quanto ao preparo gastrointestinal quando indicado, incluir a família nas orientações, dentre outros.

Os resultados encontrados, aliados a outros cuidados contemplados na literatura, poderão subsidiar a construção de um

instrumento de intervenções de enfermagem ao paciente cirúrgico.

Aponta-se como limitação desta pesquisa a não inclusão dos profissionais de enfermagem de nível médio que certamente poderiam contribuir com informações acerca dos cuidados.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. Ingestão pré-operatória de carboidratos diminui a ocorrência de sintomas gastrointestinais pós-operatórios em pacientes submetidos à colecistectomia. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 20, n. 2, p. 77-80, 2007.

AGUILAR-NASCIMENTO, J.E; PERRONE, F; ASSUNÇÃO, L. Í. P. Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 350-52, 2009.

ANANIAS DE PAULA, R; CARVALHO, M. V. H. Cuidados com a região a ser operada. **Perspectivas Médicas**, v. 21, n. 2, p. 33-38, 2010.
ANDERSON, D. J. Surgical Site Infections. **Infectious Disease Clinics of North America**, v.25, p.135-153, 2011.

BENEDET, S. **Cliente cirúrgico**: ampliando a sua compreensão. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BERGAMO, M. I .B. B. ABRAHÃO, P .S.; FURINI, A. C. A. Algoritmos: “as árvores da decisão”. **Nursing**, v. 84, n.8, p. 225-229, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 1996.

_____. **Segundo desafio global para segurança do paciente.** Cirurgias seguras salvam vidas. Recomendações. Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

CHRISTÓFORO, B. E. B. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 55-60, jan./abr. 2006.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

COSTA, S. G. R. F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p 676-81, 2011.

DICCINI, S.; NOGUEIRA, A. M. C. Remoção do *piercing* no perioperatório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 85-90, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

GHELLERE, T.; ANTÔNIO, M. C.; SOUZA, M. L. **Centro cirúrgico: aspectos fundamentais em enfermagem.** Florianópolis: Editora UFSC, 1993.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

JAKOBSSON, J.; PERLKVIST, A.; WANN-HANSSON, C. Searching

for evidence regarding using preoperative disinfection showers to prevent surgical site infections: a systematic review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 8, n. 3, p. 143-152, sep. 2011.

JOAQUIM, E. D. **Análise de um novo centro cirúrgico para o Hospital Universitário Cajuru**: estudo de caso baseado em simulação computacional. 2005. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

MANGRAM, A. J. et al. Guideline for Prevention of Surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 20, p. 250-278, 1999.

MENDONÇA, R.S. et al. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 4321-435, 2007

MIYAKE, M. H.; DICCINI, S.; BETTENCOURT, A. R. C. Interferência da coloração de esmalte de unha e do tempo na oximetria de pulso em voluntaries sadios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**., v. 29, n. 6, p. 386-90, 2003.

MORO, T. E. Jejum pré operatório. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 5, n. 1, p. 27-29, 2003.

MUENSTERER, O. J. Temporary removal of navel piercing jewelry for surgery and imaging studies. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, p. 384-6, 2004.

NETO, A. P. et al. Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n.1, p. 107-110, 2008.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NICHOLS, R. L. Preventing surgical site infections: a surgeons' s perspective. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, p. 220-224, 2001.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática – conceitos básicos, teoria e prática hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Santos, 2002.

REBUGLIO, R; REBUGLIO, G. M.; REBUGLIO, R. M. Anestesia para cirurgias videolaparoscópicas de grande porte. In: CAVALCANTI, I. L.; CANTINHO, F. A. F; ASSAD, A. (Editores). **Medicina perioperatoira**. Rio de Janeiro: SAERJ, 2004, p. 825-829.

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.

SILVA, M. A. A.; RODRIGUES, A. L.; CEZARETTI, I. U. R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 673-76, dez. 2005.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 2009.

SPLINTER, W. M, SCHREINER, M. S. Preoperative fasting in children. **Anesthesia & Analgesia**, v.89, p. 80-89, 1999.

TANNER, J.; WOODINGS, D.; MONCASTER, K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. **Cochrane Database System Reviews**, n. 2, CD004122, 2006.

THIESEN, M. **Sistematização da assistência de enfermagem Perioperatória: Contribuição ara o bem estar da pessoa cirúrgica**. 2005. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

5.2 MANUSCRITO 2: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM INSTRUMENTO DE CUIDADOS NO PRÉ- OPERATÓRIO IMEDIATO AO PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO

CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM INSTRUMENTO DE CUIDADOS NO PRÉ- OPERATÓRIO IMEDIATO AO PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO⁸

COLLECTIVE CONSTRUCTION OF NA INSTRUMENTO OF CARE IN THE IMMEDIATE PREOPERATIVE FOR HOSPITALIZED ADULT PATIENTS

CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE UN INSTRUMENTO DE CUIDADOS EN EL PRE OPERATÓRIO INMEDIATO AL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO

Adnairdes Cabral de SENA⁹, Eliane Regina Pereira do NASCIMENTO¹⁰, Ana Rosete Camargo Rodrigues MAIA¹¹

RESUMO: Pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial (PCA), cujo objetivo foi a construção coletiva de um instrumento para orientar os cuidados de enfermagem ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. Participaram enfermeiros da clínica cirúrgica e centro cirúrgico de um hospital público de Santa Catarina. A coleta dos dados ocorreu entre abril a julho de 2011, por meio de entrevista individual e grupo focal. Utilizou-se para a organização dos dados o Discurso do

⁸ Recorte da Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina intitulada Cuidado de Enfermagem ao Paciente em Pré Operatório de Cirurgia Eletiva na Perspectiva das Necessidades Humanas Básicas.

⁹ Enfermeira do Núcleo Gerencial de Enfermagem Cirúrgica do HU-UFSC. Especialista em Gestão dos Serviços de Enfermagem. Mestranda do Curso de Mestrado profissional do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas (GEASS) da UFSC Telefones: Residencial – (48) 37337257 / Comercial - (48) 37219153. Endereço: Rodovia Amaro Antonio Vieira, 2731. Apt 311 / Condomínio Paris Dakar. CEP: 88034102 adnairdes@ibest.com.br

¹⁰ Enfermeira, Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e Professora Associado I do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Líder do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas (GEASS) da UFSC. Campus Universitário Trindade. CEP: 88040-970 - Florianópolis, SC – Brasil <http://www.nfr.ufsc.br> Telefone: (48) 37219480 Fax: (48) 37219787.

¹¹ Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem. PEN/UFSC (2009) em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCES). Linha de Pesquisa: *A história da Enfermagem no Brasil*. Um Estudo Prospectivo. Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade. CEP: 88040-970, Florianópolis, SC – Brasil <http://www.nfr.ufsc.br> .Telefone: (48) 37219480 Ramal: 39. Fax: (48) 37219787.

Sujeito Coletivo e as necessidades humanas básicas. As ideais centrais que emergiram dos discursos foram orientação no pré-operatório e cuidados cirúrgicos. Os cuidados contemplados no instrumento estão respaldados cientificamente, entre eles o preparo emocional, orientação quanto ao jejum, tricotomia e retirar próteses. A PCA possibilitou a construção coletiva com o envolvimento dos enfermeiros. O instrumento poderá auxiliar a prática assistencial e conseqüentemente minimizar complicações no intra e pós- operatório do paciente submetido a cirurgia eletiva.

Descritores: Enfermagem; enfermagem perioperatória; cuidado pré-operatório; Cuidados de enfermagem; necessidades humanas.

ABSTRACT: A qualitative study of convergent type (PCA), wich aimed to collectively construct an instrument to guide nursing care towards patients in the preoperative period of elective surgery. Participated nurses of surgical clinic and surgical center of a public hospital in Santa Catarina. Data collection occurred between April and July 2011, through individual interviews and focus groups. In order to organize the data, the Collective Subject Discourse and basic human needs were used. The central ideas that emerged from the discourses were guidance preoperatively and surgical care. The care contemplated in the instrument is scientifically supported, including the emotional preparation, guidance as to fasting, trichotomy and prostheses removal. The PCA allowed the collective construction with the involvement of nurses. The tool may assist care practice and consequently minimize complications in the intra and postoperative period of patients undergoing elective surgery.

Keywords: Nursing; perioperative nursing; pre operative care; nursing care; human needs.

RESUMEN: Investigación cualitativa del tipo convergente asistencial (PCA), cuyo objetivo fue la construcción colectiva de un instrumento para orientar los cuidados de enfermería al paciente en el pre-operatorio inmediato de cirugía electiva. Enfermeros de la clínica quirúrgica y del centro quirúrgico de un hospital público de Santa Catarina participaron del estudio. La cosecha de datos ocurrió entre abril y julio de 2011, por medio de entrevista individual y de grupo focal. El Discurso del Sujeto Colectivo y las necesidades humanas básicas fueron utilizados para la organización de los datos. Las ideas centrales que emergieron de los discursos fueron la orientación en el pre-operatorio y cuidados quirúrgicos. Los cuidados contemplados en el instrumento están

respaldados cientificamente, entre ellos el preparo emocional, orientación cuanto al ayuno, tricotomía y retirada de prótesis. La PCA ha posibilitado la construcción colectiva con el involucramiento de los enfermeros. El instrumento podrá auxiliar la práctica asistencial y conseqüentemente minimizar complicaciones en el intra y pos-operatorio del paciente sometido a la cirugía electiva.

Descriptor: Enfermería; Enfermería perioperatoria; Cuidado pre-operatorio; Cuidados de enfermería; Necesidades humanas.

INTRODUÇÃO

A fase pré-operatória inicia no momento que o paciente opta pela cirurgia e culmina na administração da anestesia (MENDONÇA; VALADÃO; CASTRO, 2007).

O período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente ou algumas horas antes da cirurgia e termina com o início do ato cirúrgico. Neste período, é importante que todo o processo cirúrgico seja avaliado, para prevenir complicações ou riscos que possam influenciar no ato cirúrgico e no pós-operatório.

Os cuidados pré-operatórios que merecem atenção são: avaliação do risco cirúrgico, checagem dos exames por imagem e laboratoriais realizados. Se existir alguma falha, pode ocorrer a suspensão da cirurgia ou o paciente ficar por horas esperando a realização de tais cuidados. Esses cuidados são extremamente importantes para a realização da cirurgia, pois refletem o preparo do paciente que se submeterá a ela (NETO et al, 2008).

Nesse período, a avaliação consiste também em realizar o exame físico, avaliação emocional, história anestésica prévia e identificação de alergias ou problemas genéticos que possam interferir no ato cirúrgico, além de ser preciso descrever etapas da realização do ato anestésico-cirúrgico, cumprir as normas de procedimentos burocráticos, administrativos, verificar os procedimentos terapêuticos a serem realizados, eletrocardiogramas, exames de sangue, urina, raios X de tórax, muitas vezes sendo necessária também a avaliação de especialistas para pareceres e condutas cirúrgicas (BIANCHI; VATTIMO, 2007; SMELTZER; BARE, 2009).

A padronização no atendimento aos clientes, considerando suas individualidades e seus aspectos subjetivos, além de contribuir oficialmente para os registros de enfermagem, também propicia o

melhor gerenciamento da assistência de enfermagem, conferindo ao profissional segurança para atender às necessidades afetadas do cliente (BERGAMO, 2005).

Deste modo, a busca pela qualidade da assistência e, sobretudo, zelar pela manutenção da segurança do paciente internado em instituições de saúde é uma das principais responsabilidades conferidas ao enfermeiro e vem sendo objeto de seus estudos, com vistas à diminuição de erros, riscos e danos ao paciente (COSTA et al, 2011).

Julga-se, portanto, relevante à utilização de um instrumento com informações que oriente os profissionais de enfermagem nos cuidados pré-operatórios; que possibilite a equipe maior organização na assistência; maior qualidade para a redução de riscos potenciais de complicações no intra e no pós operatório e consequentemente maior segurança para o paciente cirúrgico.

Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo elaborar coletivamente uma proposta de instrumento de cuidados de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia eletiva, à pacientes adultos hospitalizados.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial utilizado neste estudo foi a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta, desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de Maslow, que por sua vez, baseia sua teoria nas necessidades humanas básicas classificadas por João Mohana em necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979).

As NHB “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos, dos fenômenos vitais”. Essas necessidades permanecem latentes, sem se manifestarem, em estados de equilíbrio dinâmico e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio que se instala e requerem resolução. (HORTA, 1979, p. 39).

Ao se referir às necessidades humanas básicas, Horta (1979) apresenta alguns pressupostos relacionados ao ser humano, tais como:

O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia; a dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço; o ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em

seu próprio dinamismo; os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. (HORTA, 1979, p.28).

De acordo João Mohana as necessidades psicológicas são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo; as necessidades psicoespirituais derivam dos valores e crenças dos indivíduos; as psicossociais são aquelas relacionadas com suas convivências com outros seres humanos, em sua família, nas instituições sociais e políticas (LEOPARDI, 1999).

Horta introduziu em cada nível proposto por Mohana, subgrupos de necessidades para ajustar a prática assistencial de enfermagem. Nas necessidades psicobiológicas, a teórica, inseriu entre outras, as necessidades de oxigenação, integridade física, eliminação, sono e repouso, cuidado corporal, regulação térmica, vascular e terapêutica. As necessidades de segurança, comunicação, aprendizagem, estão entre as incluídas no grupo das psicossociais e dentre as psicoespirituais estão religião e ética (HORTA, 1979, p. 40).

De acordo com essa teórica as necessidades são inter-relacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando qualquer uma se manifesta, todas sofrem algum grau de alteração. Desse modo, as prioridades para a assistência de enfermagem têm de ser ajustadas sistematicamente. Conforme a satisfação de certas necessidades, novas necessidades surgem, exigindo do paciente e profissional uma nova abordagem em termos de prioridade (HORTA, 1979).

Justifica-se a escolha deste referencial, uma vez que no hospital, contexto desta pesquisa, a metodologia assistencial tem a teoria das necessidades humanas básicas como fundamento teórico. Utilizou-se no estudo, essas necessidades, durante a organização dos dados, relacionando-as aos cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA). Esse tipo de pesquisa tem como

característica o compromisso de beneficiar o contexto assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA compreende cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. A fase de concepção diz respeito à introdução e justificativa, questão de pesquisa, objetivo, a revisão de literatura e o referencial teórico. A instrumentação corresponde a decisões metodológicas como local do estudo, participantes, estratégias de coleta de dados. Para este tipo de pesquisa as estratégias recomendadas são entrevista, observação e discussão em grupo. Na fase de perscrutação são descritas como as estratégias de coleta de dados foram realizadas, suas particularidades. Para a fase de análise e interpretação dos dados pode ser utilizado vários métodos qualitativos de análise. As autoras da PCA indicam o método de Morse e Fiel, utilizado em qualquer tipo de pesquisa qualitativa, e compreende quatro passos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Neste estudo, todas as etapas da PCA foram seguidas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Protocolo nº 1009/11). A pesquisa foi realizada obedecendo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), e em um hospital público de Santa Catarina, com 15 enfermeiros de duas unidades cirúrgicas e dois do centro cirúrgico que aceitaram participar do estudo. Estabeleceu-se, como critérios de inclusão dos participantes: ter experiência no cuidado ao paciente cirúrgico independente de tempo de atuação; autorizar o uso de gravador no momento da coleta de dados; permitir a divulgação dos dados e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo assim como acerca dos procedimentos de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2011 e ocorreu em duas etapas.

Na primeira etapa utilizou-se como estratégia, entrevistas individuais semi estruturadas. Foi solicitado aos 17 participantes que falassem sobre os cuidados no seu cotidiano ao paciente em pré-operatório de cirurgia eletiva. Visando preservar o anonimato dos enfermeiros adotou-se para sua identificação, o uso da inicial “E” e atribuído número de acordo com a sequência das entrevistas, por exemplo: (E.1, E.2E17).

Para o tratamento dos dados das entrevistas, utilizou-se três das quatro figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): Expressões Chaves (ECH) que são trechos do discurso individual, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso; as Idéias Centrais (IC) são nomes ou expressões linguísticas que descrevem e nomeiam, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes no conjunto homogêneo de ECHs, e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que corresponde a um discurso síntese, elaborado com recortes dos discursos individuais e de sentido semelhante utilizando-se a primeira pessoa do singular. Portanto, o DSC é composto pelas ECHs que têm a mesma IC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

A partir dos DSCs extraiu-se os cuidados pré-operatório. Esses cuidados foram relacionados às necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta e analisados com base na literatura.

A segunda etapa constou de encontros de grupo focal (GF), moderado pela pesquisadora. Esse método de coleta de dados busca problematizar e refletir temas pré-estabelecidos a partir do debate em grupo, estimulando com isso o repensar sobre o tema em foco de uma forma mais ampliada na busca de mudanças significativas no pensar e fazer da prática coletiva (BARBOUR, 2009).

Realizou-se três encontros, que tiveram em média a duração de duas horas. Todos os profissionais que participaram das entrevistas foram convidados para os encontros, porém participaram do primeiro encontro sete enfermeiros e do segundo e terceiro, cinco enfermeiros.

No primeiro encontro apresentou-se e discutiu-se os dados coletados nas entrevistas e os cuidados acrescentadas pelo pesquisador. Nesse encontro outros cuidados foram incluídos, e selecionados os que deveriam ser contemplados no instrumento. Em seguida foram distribuídos os cuidados, entre os participantes e a pesquisadora, para a fundamentação científica. O segundo encontro consistiu da apresentação e discussão da fundamentação científica dos cuidados e da relação destes com as necessidades humanas básicas. No terceiro é último encontro realizou-se os ajustes finais do instrumento para direcionar os cuidados de enfermagem no pré-operatório e conhecer as percepções dos enfermeiros quanto à participação nesse processo de construção.

Portanto, a realização do GF possibilitou socializar e complementar as informações coletadas; eleger de forma coletiva os cuidados para compor o instrumento de intervenções de enfermagem ao paciente em pré-operatório; adequar os cuidados as necessidades humanas básicas, além de possibilitar conhecer a opinião dos

enfermeiros em relação a participação na construção da proposta do instrumento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características dos 17 participantes, 16 são do sexo feminino, a média de idade é de 39 anos, com o tempo de atuação na enfermagem de nove meses a 31 anos sendo que a maioria (11) trabalha há mais de 10 anos. O tempo de desempenho na área cirúrgica variou de oito meses a 29 anos estando oito enfermeiros atuando há mais de 10 anos nessa área.

Da análise das entrevistas emergiram três DSC relacionados aos cuidados de enfermagem no pré-operatório imediato, que tiveram como IC: cuidados administrativos, orientação no pré-operatório e preparo cirúrgico no pré-imediato.

Neste artigo optou-se por apresentar duas ideias centrais com alguns cuidados contemplados nos discursos e nos encontros do GF e a relação destes com as necessidades humanas básicas. Cabe registrar que dos 23 cuidados presentes no instrumento, foram selecionados 10 para compor este artigo. A seleção foi norteadada pela frequência que esses são realizados nos pacientes no pré-operatório. Os cuidados estão organizados em um quadro.

Ideias Centrais (IC)	Cuidados extraídos dos DSC e GF	Necessidades Humanas Básicas
IC1: orientação/ensino no pré-operatório	Avaliar o estado emocional do paciente e a sua ansiedade em relação ao procedimento cirúrgico. Dar tempo para que faça perguntas e discuta preocupações	Segurança Comunicação
	Orientar a tomar banho no período da manhã, ou antes, da cirurgia e aplicar o degermante no local.	Cuidado corporal Segurança
	Orientar a retirar esmaltes, prótese dentária, piercing e joias.	Integridade Física Segurança
	Ensinar o paciente a apoiar o local proposto para a incisão, tossir e respirar profundamente.	Integridade Física, Oxigenação e Aprendizagem.
	Orientar a ficar em jejum à partir da meia noite e não tomar água.	Segurança
	Aplicar enema se necessário	Eliminação
IC2: cuidado cirúrgico no pré-operatório	Pedir o paciente para esvaziar a bexiga uma hora antes da cirurgia	Eliminação Segurança
	Realizar a tricotomia duas horas antes ou o mais próximo possível da cirurgia e usar tricotomizador.	Integridade Física Segurança
	Verificar os sinais vitais	Regulação Térmica e vascular Segurança
	Aplicar a medicação pré-anestésica se prescrito	Terapêutica

Quadro 1: Ideias centrais, cuidados no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva e as necessidades humanas básicas extraídos dos DSC e dos GF.

A seguir serão discutidos com base na literatura os cuidados elencados.

Aliviar a ansiedade no pré-operatório

Esse cuidado não foi mencionado pelos participantes nas entrevistas, porém foi acrescentado nos encontros de grupo focal dado a sua importância. A ansiedade encontra consenso na literatura como “uma reação adaptativa de emergência antes situações que representam, ou seja, interpretadas como ameaça ou perigo para a integridade psicofísica do indivíduo” (GUERZENSTEIN, 2006).

Uma situação que pode representar uma ameaça à integridade psicofísica e rapidamente mobilizar manifestações de ansiedade do indivíduo é a necessidade de uma intervenção cirúrgica.

O processo de submeter-se a uma cirurgia gera no paciente ansiedade decorrente de vários fatores como a interrupção no seu cotidiano, à perda do controle da vida; a dependência de pessoas que cuidarão dele, o medo do desconhecido, de entregar seu corpo a estranhos com a dúvida permanente de que será bem cuidado, o medo da dor, de não acordar da anestesia, da morte. A ansiedade está relacionada também à ruptura do vínculo familiar, ao desequilíbrio na dinâmica familiar principalmente em situações em que ele é a figura-chave da família (RAUBER et al., 2005; ISMAEL; OLIVEIRA, 2008).

Pacientes ansiosos podem apresentar reações psicossomáticas como hipertensão arterial e taquicardia levando a suspensão da cirurgia. As orientações de enfermagem pré-operatórias e a visita do anestesista podem amenizar essa situação (CONCEIÇÃO et al, 2004).

Estudos apontam que a orientação de enfermagem ao paciente é uma forma de diminuir os estressores do processo cirúrgico, esclarecendo suas dúvidas sobre a intervenção cirúrgica, sobre os cuidados pré e pós-operatórios. Esse cuidado torna o momento cirúrgico mais tranquilo, repercutindo numa boa recuperação do paciente (SOUZA; SOUZA, FENILI, 2005; CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Feldman (2003) chama atenção que o profissional de saúde deve ser cauteloso ao esclarecer dúvidas, e identificar o nível de ansiedade do paciente, evitando dar informações excessivas, podendo aumentar sua ansiedade.

Relacionou-se o preparo emocional ou alívio a ansiedade as necessidades psicossociais comunicação e segurança.

Banho antes da cirurgia e aplicação de degermante no local

Os profissionais que participaram da construção do instrumento orientam todos os paciente no pré operatório a tomarem o banho no período da manhã ou antes da cirurgia e aplicar o degermante,

clorexidina a 4% ou o idoso-povidine conforme critério médico. Entretanto, a literatura aponta controvérsias com relação a este cuidado.

Um estudo revela que não há evidências claras de quantas vezes deva ser recomendado o banho do paciente no pré-operatório e quanto ao uso de degermante, para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico (JAKOBSSON; PERLKVIST; WANN-HANSSON, 2011).

Estudos recomendam que o banho deve ser realizado na noite anterior à operação e deve ser feito com água e sabão (MACHADO et al, 2001). Entretanto existe a orientação para que seja utilizado o sabão antisséptico, pelo menos a noite antes da cirurgia eletiva, para evitar infecção do sítio cirúrgico (NICHOLS, 2001; BRASIL, 2009).

Quanto ao sabão antisséptico, é recomendado preferencialmente solução de clorexidina degermante 2% ou 4%, seguida de clorexidina alcoólica a 0,5%. A indicação desse degermante se deve a boa ação residual, não é inativado pela presença de sangue e não tinge a pele, o que possibilita melhor controle da viabilidade dos tecidos. Na falta deste produto é utilizado iodo-povidine (PVP-I) degermante, seguido de solução alcoólica de PVP-I, apesar de não terem ação residual tão boa, são inativados por sangue ou pus e colorem a pele. É orientado, evitar a associação de clorexidina com iodo-povidine durante o preparo da pele (FRANCO; CARDOSO; FRANCO, 2006).

Há recomendação do uso do degermante somente para cirurgias de grande porte, implante de próteses, ou em situações específicas como surtos (MACHADO et al, 2001). Um estudo, do tipo prospectivo, randomizado, comparando o banho do paciente em pré-operatório com uso de gluconato de clorexidina e outro não, com amostra de 1400 pacientes, não foi encontrado significativa diferença nas taxas de infecção entre os dois grupos (ANDERSON, 2011).

Diante da incongruência acerca desse cuidado na literatura, os profissionais decidiram por manter a orientação do banho a noite anterior a cirurgia e aplicação do degermante clorexidina ou PVPI como medida profilática de infecção do sítio cirúrgico. O banho e uso do degermante foram incluídos no grupo das necessidades psicobiológico no subgrupo cuidado corporal e segurança.

Orientar a retirar esmaltes, prótese dentária, piercing e joias.

A indicação de retirar os esmaltes das unhas justifica-se pela necessidade de visualizar o retorno venoso das extremidades (CHRISTÓFORO; ZAGONEL; CARVALHO, 2006). Além do que durante o intra-operatório o paciente faz uso do oxímetro de dedo, para registro da saturação da oxigenação e a cor do esmalte da unha é um dos

fatores que alteram a eficiência do oxímetro (MIYAKE; DICCINI; BETTENCOURT, 2003). A esse respeito há recomendação de que o esmalte deva ser removido de pelo menos uma unha, mesmo que o oxímetro possa ler a saturação através de esmaltes de cor clara (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

Em relação a este cuidado também existem controvérsias, pois quando a paciente está com esmalte claro alguns anestesiologistas não solicitam sua retirada. É indicado levar em conta também as rotinas da instituição (POTTER; PERRY, 2002).

A retirada das próteses dentárias se deve a possibilidade de deslizamento para as vias aéreas inferiores durante a indução anestésica além, da possibilidade de extravio durante a cirurgia (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997; CHRISTÓFORO; CARVALHO; 2009). Devem ser guardadas de acordo com a política da instituição de saúde ou entregues aos membros da família. Pelo desconforto causado ao paciente existe indicação de que as próteses sejam retiradas no centro cirúrgico, mas, a rotina em muitas instituições, é estas serem retiradas pela equipe de enfermagem no quarto do paciente antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico, bem como é retirado em todas as cirurgias independente do tipo de anestesia (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

No que diz respeito aos anéis e outras joias também devem ser retirados devido ao risco de garroteamento dos dedos e choque elétrico, no intra-operatorio (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Quanto ao piercing se estiver localizados na cavidade oral e nasal é aconselhável ser retirado, pois implicações anestésicas, com o deslocamento para as vias aéreas podem acontecer, necessitando de exames radiológicos na nasofaringe e orofaringe. Piercing “próximo à incisão cirúrgica dificulta a antisepsia da pele e a execução da cirurgia” (MUENSTERER, 2004; p 114). Em outras regiões do corpo, podem causar lesões na pele, decorrentes da transferência da maca para a mesa cirúrgica, e vice versa ou durante o posicionamento cirúrgico no intraoperatório (DICCINI; NOGUEIRA, 2008). Esses cuidados estão relacionados às necessidades psicobiológicas-integridade física e segurança.

Ensinar o paciente a apoiar a incisão, tossir e respirar profundamente

A justificativa na literatura quanto a apoiar com as mãos sobre o local proposto para a incisão, é de imobilizar o local durante a tosse diminuindo a dor e protegendo a incisão (NETTINA, 2007).

Quanto à orientação do exercício da tosse esta se deve ao fato de que o paciente pode tornar-se relutante a tossir devido à dor e ter retenção de secreções consequente a inibição do reflexo de tosse (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011). Por esta razão deve ser orientado o paciente no pré-operatório não somente a fazer exercícios de tosse como também a deambulação precoce e exercícios fisioterápicos (SILVA, 2009).

Os exercícios respiratórios referidos no discurso dos enfermeiros, e também contemplados no instrumento de cuidados encontra justificativa de que tempos cirúrgicos e anestésicos prolongados podem promover efeitos deletérios no sistema respiratório como alteração da troca gasosa e mecânica pulmonar, o que determina maior chance de ocorrência de complicações pulmonares (SILVA, 2009). A respiração profunda expande os pulmões e diminuem o risco de acúmulo de secreções no pós-operatório (NETTINA, 2007). Esse grupo de cuidados foi incluído nas necessidades psicobiológicas- integridade física, oxigenação e aprendizagem.

Orientar a ficar em jejum

Embora os enfermeiros que participaram da construção do instrumento orientem os pacientes no pré-operatório a permanecerem em jejum a partir das 24 horas do dia anterior a cirurgia e inclusive a não tomarem água, há controvérsia na literatura sobre essa prática.

A finalidade do jejum pré-operatório é permitir um tempo suficiente para o esvaziamento gástrico uma vez que é considerado que a restrição de ingestão de sólidos e líquidos por um determinado tempo reduz a gravidade do risco de pneumonite causada pela aspiração pulmonar do conteúdo gástrico (SPLINTER; SCHREINER, 1999; MORO, 2003).

Entretanto a conduta do jejum no pré-operatório, na maioria das vezes é levado ao extremo de deixar os pacientes em tempo excessivamente prolongado de 12 ou até 18 horas (SPLINTER; SCHREINER, 1999). Há recomendações de que pacientes adultos que necessitem de anestesia geral, regional e/ou sedação podem ingerir líquidos sem resíduos até duas horas antes do procedimento anestésico (ORTENZI et al., 2001).

Em um estudo randomizado realizado com pacientes submetidos à colecistectomia, foi comparado o jejum tradicional noturno, com a oferta de bebida com carboidratos (CHO) duas horas antes da cirurgia, tendo como resultado menor ocorrência de complicações gastrointestinais; um dia a menos de internação após a cirurgia, menor

estresse cirúrgico, comparando com o grupo controle da pesquisa e maior satisfação do paciente (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2007).

Numa revisão sistemática envolvendo 22 estudos, foi evidenciado que a ingestão de líquidos no pré-operatório imediato (duas a três horas antes da operação) é segura e não está relacionada com risco de aspiração, regurgitação e de mortalidade em relação a pacientes sob protocolos tradicionais. Esse estudo revelou ainda que alimentação líquida oral no pré-operatório foi tida como benéfica para o paciente, evitando hipoglicemia, a desidratação, e a sede. Foi ainda enfatizado que a rotina de “nada pela boca” no período noturno pré-operatório deve ser desencorajada (BRADY; KINN; STUART, 2003).

Apesar dos estudos contra indicarem o jejum pré-operatório tradicional ainda é considerado indispensável por muitos cirurgiões e utilizado devido a força de antigos conceitos e paradigmas clássicos da medicina (AGUILAR-NASCIMENTO; PERRONE; ASSUNÇÃO, 2009).

Portanto, de acordo com os estudos, os benefícios do jejum não prolongado incluem maior conforto ao paciente, menor risco de hipoglicemia e desidratação, sem aumentar a incidência de aspiração pulmonar perioperatória. Apesar das contradições encontradas na literatura, faz-se necessário repensar a prática do jejum prolongado na instituição onde foi realizado o estudo. Esse cuidado encontra-se relacionado a necessidade psicobiológica segurança.

Aplicar enema se necessário

Na preparação dos cólons para cirurgia eletiva também há controvérsia na literatura. De um lado, coerente à tradição de mais de um século, persiste a recomendação de, realizar a preparação mecânica dos cólons por meio de enemas e catárticos. Alguns autores acrescentam, ainda, agentes antimicrobianos não absorvíveis (FERNANDES et al., 2010).

A justificativa apontada na literatura para limpeza do cólon se deve ao risco de ocorrerem acidentes traumáticos durante cirurgias abdominais e pélvicas e conseqüentemente a liberação de conteúdo intestinal na cavidade do peritônio pelas fezes, além do que o esvaziamento, favorece uma melhor visão do campo operatório (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Em contrapartida, revisões sistemáticas atuais apontam no sentido da ausência de suporte em evidências científicas da prática da preparação mecânica do cólon para as operações eletivas, por desnecessária e, até mesmo, prejudicial (BUCHER et al., 2004; GUENAGA et al., 2005).

Ainda com relação ao preparo gastrointestinal das cirurgias eletivas sobre o intestino grosso, a literatura cita que um dos métodos mais usados consiste em instruir uma dieta líquida sem resíduos a partir de 48 horas antes da operação, uso de 1.500ml de manitol a 10%, hidratação venosa desde o início da administração de manitol e lavagem intestinal com 1.000ml de solução glicerinada a 12%, morna, podendo ser repetida, até que o líquido evacuado saia claro (MONTEIRO; SANTANA, 2006).

Este cuidado relacionado a necessidade humana básica eliminação e segurança ainda é frequente na instituição onde este estudo foi realizado sendo utilizado para a sua realização fleet enema e catárticos.

Pedir o paciente para esvaziar a bexiga

No que se refere ao esvaziamento vesical este deve ser espontâneo. Em casos de cirurgias de grande porte, geralmente é realizada a sondagem vesical. O cateter urinário de demora é instalado apenas quando for absolutamente necessário. A sondagem vesical é usada principalmente nas cirurgias laparoscópicas pois evita a distensão vesical que pode dificultar a cirurgia, reduz o risco de perfuração durante punção com agulha de Verres e permite o controle da infusão venosa de líquidos (REBUGLIO; REBUGLIO; REBUGLIO, 2004).

Quando não há indicação de sondagem vesical, antes de encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico, deve ser orientado a esvaziar a bexiga para prevenir distensão vesical para evitar que sinta vontade de urinar durante a cirurgia (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Realizar a tricotomia

No hospital contexto deste estudo, a tricotomia, cuidado este relacionado a necessidade básica integridade física e segurança ainda é uma prática realizada com frequência na unidade cirúrgica duas horas antes ou o mais próximo possível do horário da cirurgia, e utilizado tricotomizador que por ser elétrico não traumatiza a pele.

Com relação a este cuidado, há controvérsias na literatura quanto a sua eficácia na prevenção da infecção do sítio cirúrgico. Estudos recomendam não realizar tricotomia pré-operatória salvo se os pelos se situarem no local ou em torno da incisão e possam interferir com a operação. Se indicada, a tricotomia deve ser realizada imediatamente antes da operação (FERNANDES et al., 2010).

Tricotomia realizada na noite anterior à operação pode elevar

significativamente o risco de infecção. Deve ser realizada com cortadores elétricos ou usar creme depilatório (testados antes para evitar alergias), e deve ser imediatamente antes da cirurgia Preferencialmente, deve ser realizada por profissional treinado, dentro do ambiente do centro cirúrgico, (ANDERSON, 2011).

O risco aumentado associado com infecção no sítio cirúrgico ao realizar a tricotomia na incisão cirúrgica atribui-se a cortes microscópicos na pele, que mais tarde poderão servir como focos para a multiplicação bacteriana (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009; BRASIL, 2009; MANGRAM et al., 1999; ANDERSON, 2011).

Entretanto, estudo clínico randomizado sobre a comparação da infecção do sítio cirúrgico com ou sem retirada de pelos, diferentes métodos de tricotomia e em diferentes momentos antes da cirurgia, evidenciou que não houve diferença de infecção no sítio cirúrgico, entre pacientes que fizeram a tricotomia, antes da cirurgia e aqueles que não tinham realizado tricotomia, assim como não houve diferença de infecção no sítio cirúrgico entre os pacientes tricotomizados um dia antes da cirurgia e os que realizaram no dia da cirurgia (TANNER; WOODINGS; MONCASTER, 2006).

Verificar os sinais vitais

Os sinais vitais são verificados, de acordo com os enfermeiros que participaram deste estudo, na admissão do paciente na unidade cirúrgica durante a realização do exame físico no momento do histórico de enfermagem e minutos antes do encaminhamento para o centro cirúrgico. Este cuidado está vinculado às necessidades psicobiológicas-regulação térmica, vascular e segurança.

Os sinais vitais podem ser definidos como “parâmetros regulados por órgãos vitais, portanto revelam o estado funcional dos mesmos” (GABRIELLONI, 2005, p.112). Desta forma a mensuração destes parâmetros é um cuidado importante no pré-operatório de todas as cirurgias, pois permite a detecção imediata das condições clínicas, identificação de problemas, bem como avaliação das respostas do paciente frente às prescrições médicas e de enfermagem. Os sinais vitais devem ser checados registrados no prontuário com o horário da verificação na admissão do paciente e a intervalos regulares conforme indicação, bem como antes da medicação pré-anestésica. (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996, GABRIELLONI, 2005).

No período pré-operatório a medicação bem como o estresse provocado pelo ato cirúrgico pode provocar alterações fisiológicas nos sinais vitais, como aumento na pressão arterial e na frequência cardíaca.

Na vigência de alterações significativas, a cirurgia pode ser adiada e o paciente medicado, ou ainda a cirurgia pode ser suspensa até que e seja estabilizado o quadro (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Desta forma, quando o paciente é internado e antes dele ser encaminhado ao centro cirúrgico deve ser verificado os sinais vitais, pois o anestesista se baseia nestes dados para compará-los com os verificados durante a cirurgia, além das alterações apresentadas que devem ser comunicadas (POTTER; PERRY, 2002).

Aplicar a medicação pré-anestésica

Os medicamentos pré-anestésicos são drogas prescritas com a finalidade de conferir maior conforto ao paciente, facilitar os procedimentos do ato anestésico, reduzir a ansiedade do mesmo, facilitar a indução da anestesia e diminuir as secreções da faringe. Normalmente são administradas umas há duas horas antes das cirurgias. Os mais utilizados são os medicamentos do grupo dos anticolinérgicos, tranqüilizantes e hipnoanalgésicos (GUELLERE; ANTONIO; SOUZA, 1993).

Compete ao enfermeiro orientar o paciente sobre a medicação e explicar sua finalidade, além de cuidar para que ele receba a medicação no horário prescrito, de modo a permitir que o efeito desejado se processe no momento da anestesia. Deve o enfermeiro supervisionar a permanência do paciente no leito após receber a medicação lembrando-se dos efeitos causados como sonolência, tontura e boca seca (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

CONCLUSÕES

A proposta de instrumento de cuidado ao paciente no período pré-operatório de cirurgia eletiva construída coletivamente pelos enfermeiros participantes do estudo contemplou 10 recomendações e relacionadas às necessidades humanas básicas: preparo emocional, banho, retirar esmaltes e próteses, exercícios respiratórios, orientação quanto ao jejum, preparo gastrointestinal, orientar a esvaziar a bexiga, tricotomia, verificação e avaliação dos sinais vitais e medicação pré-anestésica.

É possível inferir que os profissionais que participaram do estudo possuem conhecimento acerca dos cuidados no pre-operatório de cirurgia eletiva, sendo que grande parte dos cuidados extraídos dos DSC, possuem evidências científicas quanto a sua utilização, apesar da literatura apontar falta de consenso quanto à aplicação de alguns cuidados. Esse fato pode estar relacionado ao tempo de atuação dos

profissionais na área cirúrgica.

A PCA como metodologia de pesquisa, favoreceu o envolvimento dos profissionais no processo de construção do instrumento, uma vez que os mesmos assumiram não apenas a condição de informantes, mas também de atores nessa construção. Tal constatação tem respaldo também nos relatos dos enfermeiros sobre sua participação nesse processo de construção coletiva, que ocorreu no último encontro de grupo focal. Na oportunidade, referiram que a atividade proporcionou crescimento profissional com as discussões e a busca na literatura além da reflexão da prática e a satisfação de fazer parte desta construção.

Espera-se que esse instrumento possa auxiliar a prática assistencial e, assim, minimizar complicações no intra e pós-operatório do paciente submetido à cirurgia eletiva e contribuir para promover a qualidade e segurança no cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E et al. Ingestão pré-operatória de carboidratos diminui a ocorrência de sintomas gastrointestinais pós-operatórios em pacientes submetidos à colecistectomia. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 20, n. 2, p. 77-80, 2007.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; PERRONE, F.; ASSUNÇÃO, L. Í. P. Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 350-352, 2009.

ANDERSON, D. J. Surgical Site Infections. **Infectious Disease Clinics of North America**, v.25, p.135-153, 2011.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Tradução Marcelo F. D. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BERGAMO, M. I. B. B.; ABRAHÃO, P. S.; FURINI, A. C. A. Algoritmos: “as árvores da decisão”. **Nursing**, v. 84, n. 8, p. 225-229, 2005.

BIANCHI, E. R. F.; VATTIMO, M. F. F. Recepção do paciente no centro cirúrgico. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. (Orgs.). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri: Manole, p. 162-175, 2007.

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. Luckman e Sorensen. **Enfermagem médico cirúrgica. Uma abordagem psicofisiológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 393.

BRADY, M.; KINN, S.; STUART, P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): MS, 1996.

_____. **Segundo desafio global para segurança do paciente**. Cirurgias seguras salvam vidas. Recomendações. Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

BUCHER, P; MERMILLOD, B; GERVAZ, P; MOREL, Ph. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. A meta analysis. **Archives of Surgery**, v. 139, p. 1359-1364, dec. 2004.

CHISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 55-60, jan./abr. 2006.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

CONCEIÇÃO, D. B. et al. A pressão arterial e a frequência cardíaca não são bons parâmetros para avaliação do nível de ansiedade pré-operatória. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 54, n. 6, dez. 2004.

COSTA, S. G. R. F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 676-81, 2011.

DICCINI, S; NOGUEIRA, A. M. C. Remoção do *piercing* no perioperatório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 85-90, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

FELDMAN, C. Construindo a relação profissional de saúde-paciente. In: Mezzomo AA. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma versão multiprofissional. São Paulo: Loyola; 2003. [s.p.].

FERNANDES, E. O. et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 2, p. 240-258, 2010.

FRANCO, D.; CARDOSO, F. L.; FRANCO, T. Uso de antibióticos em cirurgia plástica. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 21, n. 2, p. 112-115, 2006.

GABRIELLONI, M. C. Sinais vitais e dados antropométricos. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 6, p. 112-130.

GHELLERE, T.; ANTÔNIO, M. C.; SOUZA, M. L. **Centro cirúrgico**: aspectos fundamentais em enfermagem. Florianópolis: Editora UFSC, 1993.

GUENAGA, K. F. et al. **Preparacion mecânica del intestino para la cirurgia colorrectal electiva.** (Cochrane Review) The Cochrane Library, issue 1, 2005. Oxford: Update Software.

GUERTZENSTEIN, E. Z. Transtornos da ansiedade. In: MARTINS, H. S.; NETO, A. S., VELASCO, I. T. **Emergências clínicas baseadas em evidências.** São Paulo: Atheneu, 2006.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

ISMAEL, S. M. V.; OLIVEIRA, M. F. P. Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A. A.; ERLICHMAN, M. R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves.** São Paulo: Atheneu, 2008.

JAKOBSSON, J.; PERLKVIST, A.; WANN-HANSSON, C. Searching for evidence regarding using preoperative disinfection showers to prevent surgical site infections: a systematic review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 8, n. 3, p. 143-152, sep. 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: NFR/UFSC; Papa-livros, 1999.

MACHADO, A. et al. **Prevenção da infecção hospitalar.** Sociedade Brasileira de Infectologia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001.

MANGRAM, A. J. et al. Guideline for Prevention of Surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory

Committee. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 20, p. 250-278, 1999.

MENDONÇA, R. S. et al. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 4321-435, 2007.

MIYAKE, M. H.; DICCINI, S.; BETTENCOURT, A. R. C. Interferência da coloração de esmalte de unha e do tempo na oxímetria de pulso em voluntários sadios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 29, n. 6, p. 386-390, 2003.

MONTEIRO, E. L. C.; SANTANA, E. M. **Técnica cirúrgica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

MORO, T. E. Jejum pré operatório. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 5, n. 1, p. 27-29, 2003.

MUENSTERER, O. J. Temporary removal of navel piercing jewelry for surgery and imaging studies. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, p. 384-6, 2004.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NICHOLS, R. L. Preventing surgical site infections: a surgeons' s perspective. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, p. 220-224, 2001.

NETO, A. P. et al. Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n.1, p. 107-110, 2008.

ORTENZI, A. V. et al. **Recomendações para jejum pré-anestésico**. Consenso de jejum pré-anestésico da Sociedade de Anestesiologia do

Estado de São Paulo, 2001.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática – conceitos básicos, teoria e prática hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Santos, 2002.

RAUBER, M. M. et al. **Reconhecendo as emoções na visita pré operatória com indicação de cirurgia cardíaca**. Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste. 2005.

REBUGLIO, R; REBUGLIO, G. M.; REBUGLIO, R. M. Anestesia para cirurgias videolaparoscópicas de grande porte. In: CAVALCANTI, I. L.; CANTINHO, F. A. F; ASSAD, A. (Editores). **Medicina perioperatória**. Rio de Janeiro: SAERJ, 2004, p. 825-829.

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.

SILVA, M. A. A.; RODRIGUES, A. L.; CEZARETTI, I. U. R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, F. M. Orientação pré operatória ao cliente: uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005.

SPLINTER, W. M.; SCHREINER, M. S. Preoperative fasting in

children. **Anesthesia & Analgesia**, v. 89, p. 80-89, 1999.

TANNER, J.; WOODINGS, D.; MONCASTER, K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. **Cochrane Database System Reviews**, n. 2, CD004122, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos ao final desta pesquisa que devemos estabelecer uma síntese reflexiva em relação à escolha da temática, do marco referencial escolhido, da metodologia implementada e dos resultados da pesquisa, como também da experiência enquanto pesquisador ao percorrer e chegar ao fim desta caminhada.

Em relação à temática de escolha relacionada ao cuidado perioperatórios/pré-operatório, esta apresenta-se na atualidade como necessária, inquietante o que exige que sejam desenvolvidos mais estudos/pesquisas/tecnologias que qualifiquem os profissionais de enfermagem no uso de resultados de pesquisas, que mostrem evidências fortes que justifiquem os cuidados e práticas de enfermagem no preparo pré-operatório. A expressão da prática, e do cuidado pré-operatório verbalizado pelos profissionais de enfermagem sujeitos desta pesquisa, remete a um saber/fazer fundamentado na experiência e em normas ou rotinas estabelecidas pela Instituição, demonstrando desta forma uma prática pouco reflexiva e acrítica.

As vozes dos profissionais/participantes da pesquisa no discurso relacionado a organização e ao gerenciamento do cuidado pré-operatório, mostram uma ressonância do cuidado pré-operatório, preso a uma estrutura hospitalar e de uma enfermagem que atua de forma burocrática e hierarquizada, revelando uma divisão técnica do processo de trabalho, preocupada apenas em atender o modelo biomédico que é hegemônico na Instituição.

Percebemos que nesta forma de organização do cuidado, o ser humano em condição cirúrgica, não recebe um cuidado pré-operatório em sua integralidade, salvo em situações esporádicas, acontecendo mais em razão da forma de ser e dos valores éticos e bioéticos de cuidar dos profissionais de enfermagem, do que da filosofia/modelo de organização e gerenciamento de cuidado estabelecido pelas clínicas cirúrgicas da Instituição. A norma e a rotina estabelecida fazem acontecer um cuidado pré-operatório, verticalizado/obrigatório, coberto pela cortina do não questionamento de saberes/práticas de cuidado de enfermagem, como também de comportamentos e atitudes profissionais repetitivas e confirmadas na experiência cotidiana, sem uma busca a bases de dados de pesquisa ou de evidências atualizadas para o cuidado pré-operatório.

Por outro lado este estudo contribuiu para desvelar que existem práticas de cuidado pré-operatório, realizadas de forma rotineira/repetitiva/acrítica, estando calcadas em saberes sobre cuidado pré-operatório

cristalizados ou petrificados em razão da não capacitação, não atualização, tanto em relação a estes cuidados como também pela não incorporação da base teórico filosófico, que está fundamentando o modelo de sistematização da assistência da enfermagem da Instituição Hospitalar. Visto desta forma faz-se urgente visitar os conceitos, proposições e princípios sobre a natureza da enfermagem e seus métodos de trabalho relacionados à Teoria de Wanda Horta.

A prática Institucionalizada dos cuidados pré-operatórios expressa em todos os espaços ambientes do cuidado, relações de saber e poder entre e interprofissionais de enfermagem e também na equipe multidisciplinar e transdisciplinar. Os princípios éticos de autonomia, privacidade e confidencialidade são na maioria das vezes, negligenciados em favor de um fazer técnico, instrumental, impessoal, massificado, normatizado/rotinizado/ritualizado. Este discurso é um alerta aos profissionais de enfermagem, que lideram e realizam a prática assistencial e o cuidar pré-operatório. Entendemos que, é urgente que revisem ou busquem um novo modo de acolhimento e cuidado aos pacientes em condição cirúrgica pré-operatória, na perspectiva da integralidade do ser humano em condição cirúrgica, em todas as dimensões das necessidades humanas básicas tratando de forma equânime as dimensões psicossociais espirituais, respeitando-o em sua autonomia e dignidade.

É importante que os profissionais de enfermagem perioperatória direcionem o cuidado perioperatório, embasados em uma metodologia assistencial de base humanística, e que o cuidado contemple uma assistência fundamentada na integralidade, na humanidade, na solidariedade, na individuação e em uma relação dialógica de educação em saúde, pautada na segurança do paciente, documentação e avaliação que vise a continuidade, participação e uso de todas formas de cuidado e de tecnologias. Para tanto os profissionais de enfermagem precisam estar conectados e incorporados com as competências, para estabelecer o vínculo com o paciente, com afetividade, com respeito, com empatia, com interesse em expandir e adquirir conhecimentos, com maior comprometimento com seu trabalho e com os resultados de sua prática de atenção e com maior sensibilidade às dimensões do processo saúde-doença.

A meta desta prática de cuidado de enfermagem perioperatória/pré-operatória é cuidar do paciente para que este conquiste um estado de bem estar igual ou melhor do que apresentava antes da internação e do processo cirúrgico. Esta meta de cuidar exige que os profissionais de enfermagem sejam sensíveis a toda as dimensões das necessidades humanas básicas essenciais ao cuidado e disponibilizem o tempo para cuidar e estar com o paciente de forma a produzir uma nova ordem no

cuidado Peri/pré-operatório.

Em relação à comunicação do cuidado pré-operatório verbalizada pelos profissionais de enfermagem, em suas ideias centrais ancoradas nas vozes do discurso revelam uma preocupação apenas em atender as necessidades biológicas do paciente e no cumprimento de rotinas de ordem médica. As orientações relacionadas ao preparo do cuidado pré-operatório, são executadas de forma massificada/repetitiva/ritualizada sem reconhecer à individualidade e à singularidade do paciente. O que ocorre é apenas uma transmissão e realização de normas e rotinas de atividades e de procedimentos, e não parece ser uma efetiva ação de cuidar, não é estabelecida uma relação de diálogo ou comunicação ou condição de confiança vínculo para que o paciente possa expressar uma situação de ameaça às suas necessidades básicas físicas, psicossociais e espirituais.

O contexto estranho da clínica e ou do Hospital deixam o emocional do paciente aflorar em dúvidas/desinformação/desconhecimento, medo, aflição, ansiedade de toda ordem, o que exigem dos profissionais de enfermagem uma predisposição de abertura para conhecer o outro, o paciente em condição pré-operatória em sua singularidade e integralidade como ser humano. Acredita-se que profissional de enfermagem deve estar neste momento capacitado para estabelecer uma relação terapêutica visando responder, orientar ou educar o paciente em suas inquietações/dúvidas/desconhecimentos e proporcionar a educação para o cuidado. Para que esta comunicação seja estabelecida com os pacientes e família todos os profissionais devem estar capacitados para desenvolverem as dimensões instrumentais e expressivas do cuidado pré-operatório (técnicas, terapêuticas, interpessoais, ambientais, éticas e bioéticas).

O atendimento das dimensões instrumentais e expressivas do cuidado imprimem segurança e confiança ao paciente no pré-operatório acenando na certeza de um cuidado seguro e livre de riscos. Consideramos que, os resultados desta pesquisa revelam na voz e na ressonância do discurso dos profissionais de enfermagem uma necessidade de buscar uma nova forma de estabelecimento da comunicação com os pacientes como também de modelo de educação pré-operatória fundamentada no diálogo horizontal e na ética da vida.

O discurso emitido pelos profissionais de enfermagem desta pesquisa em relação à segurança do paciente revelam em suas ideias centrais uma preocupação com às medidas de controle e prevenção de infecção operatória, estando estas ancorados em saberes e práticas estabelecidas que são realizadas sem demonstrar inquietação ou

questionamento se estão fundamentadas em bases científicas atualizadas ou são decorrentes da experiência empírica.

As questões éticas e bioéticas relacionadas à segurança do paciente no pré-operatório relaciona esta apenas a verificação da assinatura pelo paciente do Termo de Consentimento Informado para realização da cirurgia e a checagem de condições físicas e biológicas do mesmo de forma rotineira. A sistematização da assistência perioperatória realizada desta forma é burocratizada, massificada cumpridora de um modelo tecnicista e biomédico de assistir/cuidar o ser humano paciente em condição cirúrgica.

Acreditamos que, a prática de enfermagem no cuidado pré-operatório deva ser realizada para além da checagem da rotina de cuidados preparatórios da cirurgia, deve ter conhecimento e habilidades para diagnosticar os riscos de infecção em que muitos fatores podem desencadear a infecção visto que estas informações podem fundamentar o planejamento de ações para o período perioperatório. As ações de prevenção e controle de infecção devem acontecer e ser compartilhadas e informadas através de uma abordagem inter e multidisciplinar respeitando os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia do paciente em condição cirúrgica pré-operatória e colocando-se em atitude permanente de alerta e reflexão com relação ao princípio da confidencialidade e sigilo.

A assinatura do Termo de Consentimento Informado pelo paciente mostra que esta é realizada apenas como uma formalidade legal sem referência de como o paciente é esclarecido/informado e como são respondidos seus questionamentos tanto os relacionados ao procedimento cirúrgico, aos riscos inerentes da intervenção/tratamento, como também os das possíveis complicações e necessidades de reabilitação futura. Entendemos que, o momento da assinatura do Termo de Consentimento Informado é a hora em que o profissional enfermeiro proporcione ao paciente o direito e a garantia de sua autonomia e das decisões sobre sua vida e saúde, é o momento do exercício da prática de enfermagem, seu dever moral e legal. Faz-se necessária que seja estabelecida uma relação terapêutica fundamentada no respeito, na confiança para que o consentimento informado ocorra pautado em diretrizes éticas e bioéticas e contribuirá para um cuidado pré-operatório mais digno e humanizado.

Em relação ao referencial teórico escolhido para esta pesquisa este se mostrou adequado em razão de fazer parte do cotidiano da prática dos profissionais de enfermagem. O referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta da Teoria das Necessidades Humanas Básicas é a teoria

que fundamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Instituição pesquisada, no entanto percebemos que seus conceitos, proposições e as crenças sobre a natureza da prática de enfermagem e do cuidado ainda apresentam-se pouco incorporadas de forma fragmentada pelos profissionais quando utilizam suas dimensões dando muita ênfase as dimensões físicas e biológicas do cuidado pré-operatório.

É urgente que, as bases teórico-conceituais Teoria das Necessidades Humanas Básicas, sejam revisadas e refletidas pelos profissionais de enfermagem para que esta filosofia de cuidado seja conectada ao método de cuidar. O desenvolvimento e a prática do cuidado pré-operatório prescindem da construção de uma metodologia assistencial integradora e transformadora que acene a um novo modo de cuidar contemplando todas as dimensões das necessidades do ser humano em condição pré-operatória.

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) escolhida para orientar a caminhada desta pesquisa reafirmou o propósito que a caracteriza da convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos em paralelo ao processo de construção do conhecimento, de modo intencional assegurando à representativa e a profundidade das informações. Proporcionou que as questões proposta para a pesquisa fossem desveladas, validadas pela experiência vivida do contexto da prática e que as instigações e inquietações proporcionadas pela sua realização tenham contribuído para a reflexão, atualização e capacitação e possibilitem a transformação da realidade da prática de cuidados de enfermagem pré-operatórios.

Um dos pontos favoráveis e importante para formação e motivação do grupo de convergência decorreu do envolvimento dos enfermeiros que trabalham nas clínicas cirúrgicas do Hospital do estudo e o do relacionamento e familiaridade de todos, pois estes trabalham há muito tempo juntos e tem a vivência na realização dos cuidados pré-operatórios e do uso do Referencial Teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Desta forma, o grupo de convergência facilitou a discussão, construção e legitimação do trabalho visando a construção coletiva da proposta dos cuidados pré-operatórios de enfermagem em cirurgia eletiva fundamentados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979). Os resultados desta pesquisa retratam uma prática/experiência profissionais no cuidado de pacientes cirúrgicos em condição pré-operatória em processo de qualificação do cuidado.

Acreditamos que esta pesquisa contribuiu para a concretização desta produção coletiva, fruto este da experiência do grupo de enfermei-

ros que trabalham nas clínicas cirúrgicas do Hospital Universitário da UFSC, em que participaram e estabeleceram uma reflexão sustentada em bases científicas da prática do cuidado pré-operatório. É importante destacar que, este momento de prática reflexiva deve continuar criando condições para implementar esta proposta coletiva de cuidado, que é formada por uma lista de vinte e um (21) cuidados pré-operatórios.

Por outro lado esta pesquisa proporcionou ao grupo convergente/enfermeiros a atualização e a motivação para impulsioná-los a ir à busca das evidências científicas, que permitam cuidar e intervir de forma segura, científica que assegure em sua realização os princípios éticos e bioéticos e os legais da profissão de Enfermagem. Portanto, a metodologia convergente assistencial mostrou-se pertinente e adequada para ser o caminho desta pesquisa, que buscou na prática profissional desenvolver coletivamente a cientificidade do saber fazer da enfermagem pré-operatória em cirurgia eletiva. Uma das limitações desta pesquisa foi não ter incluído no grupo convergente os profissionais de enfermagem do nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), na pesquisa por considerar que grande parte dos cuidados de enfermagem é realizada no dia a dia por esses profissionais, os mesmo poderiam trazer importantes contribuições acerca dos cuidados pré-operatórios.

Concluimos esta pesquisa, na certeza que a prática de enfermagem em cuidados pré – operatórios, devem ser construída e realizada em bases científicas e humanas tendo como ponto de partida o compromisso com a integralidade e a humanização deste cuidado, o que exige que a prática dos profissionais de enfermagem caminhe para além do modelo tecnicista e biomédico, proporcionando um cuidado qualificado, integral e ético aos pacientes em condição pré-operatória de cirurgias eletivas.

Enfim...

Depende de nós

Se esse mundo
Ainda tem jeito
Apesar do que
O homem tem feito
Se a vida sobreviverá...
(Ivan Lins & Sérgio Mendes)

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. Ingestão pré-operatória de carboidratos diminui a ocorrência de sintomas gastrointestinais pós-operatórios em pacientes submetidos à colecistectomia. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 20, n. 2, p. 77-80, 2007.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; PERRONE, F.; ASSUNÇÃO, L. Í. P. Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 350-352, 2009.

ALVES, J. B. de R. Cirurgia geral e especializada. Belo Horizonte: **Veja**, 1974. 8v.

ALVES, M. A. et al. Entradas e saídas. In: MOZAEHI, N. **O hospital manual do ambiente hospitalar**. Curitiba: os Autores, 2005. p. 1-14.

ANANIAS DE PAULA, R; CARVALHO, M. V. H. Cuidados com a região a ser operada. **Perspectivas Médicas**, v. 21, n. 2, p. 33-38, 2010.

ANDERSON, D. J. Surgical Site Infections. **Infectious Disease Clinics of North America**, v.25, p.135-153, 2011.

AORN. Association of Perioperative Registered Nurses. AORN Endorses the WHO Safe Surgery Saves Lives Initiative. Disponível em: <http://www.aorn.org/docs/assets/295E6F0F-1871-EBA3884DD2EC8C52C3D3/WHO_Press_Release.pdf>. Acesso em: 5 set. 2009.

BAGGIO, M. A. et al. Pré-operatório do paciente cirúrgico: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 122-139, jan. 2001.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Tradução Marcelo F. D. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BENEDET, S. **Cliente cirúrgico: ampliando a sua compreensão**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BENEDET, S.A.; BUB, MBC, **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. Florianópolis: Bernúcia, 2001.

BERGAMO, M. I. B. B. ABRAHÃO, P .S.; FURINI, A. C. A. Algoritmos: “as árvores da decisão”. **Nursing**, v. 84, n.8, p. 225-229, 2005.

BIANCHI, E. R. F; VATTIMO, M. F. F. Recepção do paciente no centro cirúrgico. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. (Orgs.). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri: Manole, p. 162-175, 2007.

BIAZIN, D.T. et al. **Importância da Assistência Humanizada ao paciente submetido à cirurgia cardíaca**. Terra e Cultura, Ano XVIII, n. 35, jul./dez. 2002.

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. Luckman e Sorensen. **Enfermagem médico cirúrgica. Uma abordagem psicofisiológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 393.

BRADY, M; KINN, S; STUART, P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 1996.

_____. **Carta dos direitos do doente internado**. Brasília: Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde, 2005.

_____. **Segundo desafio global para segurança do paciente**. Cirurgias seguras salvam vidas. Recomendações. Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

BUCHER, P.; MERMILLOD, B.; GERVAZ, P.; MOREL, Ph. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. A meta analysis. **Archives of Surgery**, v. 139, p. 1359-1364, dec. 2004.

CARRARO, T. E.; BALDUÍNO, A. F.; PERES, A. M. A metodologia da assistência de Enfermagem informatizada: MAEI. In: WESTPHALEN, M. E.; CARRARO, T. E. (Org.). **Metodologias para a Assistência de Enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. 1. ed. Goiânia: AB Editora, 2001. p. 101-113.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CESARETTI, I. U. R.; SAAD, S. S. Laminar and tubular drains in the abdominal surgery. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 97-106, 2002.

CHRISTÓFORO, B. E. B. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório**. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

CHISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 55-60, jan./abr. 2006.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

CONCEICAO, D. B. et al. A pressão arterial e a frequência cardíaca não são bons parâmetros para avaliação do nível de ansiedade pré-operatória. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 54, n. 6, dez. 2004.

COSTA, S. G. R. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v.32, n.4, p .676-81, 2011.

DICCINI, S.; NOGUEIRA, A. M. C. Remoção do *piercing* no perioperatório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 85-90, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

EINSTEIN, A. **Quais são os riscos envolvidos em uma cirurgia?** Disponível em: <<http://www.einstein.br/pagina-einstein/Paginas/quais-sao-os-riscos-envolvidos-em-uma-cirurgia.aspx>>. Acesso em: 28 ago. 2011.

FELDMAN, C. Construindo a relação profissional de saúde-paciente. In: Mezzomo, A. A. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma versão multiprofissional**. São Paulo: Loyola; 2003. [s.p.].

FERNANDES, A. T. O desafio das infecções hospitalares;visão histórica, atualidade e perspectivas. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO, F. N. **Infecção hospitalar e suas**

interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNANDES, E. O. et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 2, p. 240-258, 2010.

FERNANDES, M. V. L., Identificação das expectativas dos pacientes cirúrgicos relacionadas às orientações pré-operatórias. In: Congresso brasileiro de enfermagem em centro cirúrgico, II, São Paulo, 1995. **Anais...** p.81-88.

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. Editorial. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, p. 281-282, 2009.

FERREIRA, E.; BORGES, H. V.; FIGUEIREDO, M. S. D. **Visita pré-operatória**: um instrumento para o cuidar do enfermeiro de centro cirúrgico. 2007. 71 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FRANCO, D.; CARDOSO, F. L.; FRANCO, T. Uso de antibióticos em cirurgia plástica. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 21, n. 2, p. 112-115, 2006.

GABRIELLONI, M. C. Sinais vitais e dados antropométricos. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 6, p. 112-130.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências**: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória 2002.. Tese (Livre-docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.

GASPERI, P.; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 82-87, jan./mar.; 2006.

GHELLERE, T.; ANTÔNIO, M. C.; SOUZA, M. L. **Centro cirúrgico**: aspectos fundamentais em enfermagem. Florianópolis: Editora UFSC, 1993.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 856-862, out./dez. 2009.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 245-251, set./dez. 2006.

GUENAGA, K. F. et al. **Preparacion mecânica del intestino para la cirugía colorrectal electiva**. (Cochrane Review) The Cochrane Library, issue 1, 2005. Oxford: Update Software.

GUERTZENSTEIN, E. Z. Transtornos da ansiedade. In: MARTINS, H. S.; NETO, A. S., VELASCO, I. T. **Emergências clínicas baseadas em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

ISMAEL, S. M. V.; OLIVEIRA, M. F. P. Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A. A.;

ERLICHMAN, M. R. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008.

JAKOBSSON, J.; PERLKVIST, A.; WANN-HANSSON, C. Searching

for evidence regarding using preoperative disinfection showers to prevent surgical site infections: a systematic review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 8, n. 3, p. 143-152, sep. 2011.

JOAQUIM, E. D. **Análise de um novo centro cirúrgico para o Hospital Universitário Cajuru**: estudo de caso baseado em simulação computacional. 2005. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.

KRUSE, M. H. L. et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v. 11, n. e, p. 494-500, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>>.

KRUZIK, N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. **AORN Journal**, v. 90, n. 3, p. 381-387, 2009.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 1, p. 178-185, 2006.

LADDEN, C. S. **Conceitos básicos de enfermagem perioperatória**. In: MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 3-17.

LAGES, N. et al. Nauseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão de “pequeno-grande” problema. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 55, n. 5, p. 575-585, 2005.

LANDIM, F. M. et al. Análise dos fatores relacionados à suspensão cirúrgica em um serviço de cirurgia geral de média complexibilidade. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 4, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/rcbc>>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC; Papa-livros, 1999.

LJUNGQVIST, O.; DARDAI, E.; ALLISON, S. P. Nutrição Perioperatória. In: SOBOTA, L. **Bases da Nutrição Clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 269-275.

MACHADO, A. et al. **Prevenção da infecção hospitalar**. Sociedade Brasileira de Infectologia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001.

MARQUES, R. G. **Cirurgia:** instrumental e fundamentos técnicos. São Paulo: Cultura Médica, 2001.

MANGRAM, A. J. et al. Guideline for Prevention of Surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 20, p. 250-278, 1999.

MENDONÇA, R. S. et al. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 4321-435, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa

em saúde. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIYAKE, M. H.; DICCINI, S.; BETTENCOURT, A. R. C.
Interferência da coloração de esmalte de unha e do tempo na oximetria de pulso em voluntários sadios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 29, n. 6, p. 386-390, 2003.

MONTEIRO, E.L.C; SANTANA, E..M. **Técnica cirúrgica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

MORAES, M. W; CARVALHO, R. A. Inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri: Manole, p. 1-21, 2007.

MORO, T. E. Jejum pré operatório. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 5, n. 1, p. 27-29, 2003.

_____. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 54, n. 2, p. 261-75, 2004.

MUENSTERER, O. J. Temporary removal of navel piercing jewelry for surgery and imaging studies. **Pediatrics**, v. 114, n. 3, p. 384-6, 2004.

NETO, A. P. et al. Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n.1, p. 107-110, 2008.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

_____. **Prática de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 2011.

NICHOLS, R. L. Preventing surgical site infections: a surgeons' s perspective. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, p. 220-224, 2001.

ODOM, J: Cuidados pós-operatórios e complicações. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. A. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, p.189.

OETKER-BLACK, S. L. Preoperative preparation: historical development. **AORN Journal**, v. 57, n. 6, p.1402-1410, 1993.

ORTENZI, A. V. et al. **Recomendações para jejum pré-anestésico**. Consenso de jejum pré-anestésico da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo, 2001.

PAULA, A. R.; CARVALHO, M. V. H. Cuidados com a região a ser operada. **Perspectivas Médicas**,v. 21, n. 2, p. 33-38, 2010.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente.Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem – UNIFESP**, v. 22, n. 4, 2009.

PERRANDO, M. S. et al. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 61-70, jan./abr. 2011.

PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós operatório**: em cirurgia geral e especializada, Porto Alegre: Artmed,1999.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico**: planejamento, organização e gestão. São Paulo:Iátria, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática – conceitos básicos, teoria e prática hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Santos, 2002.

POVEDA, V. B.; GALVÃO, C. M.; SANTOS, C. B. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intraoperatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.2, 2009, p. 228-233.

RAUBER, M. M. et al. **Reconhecendo as emoções na visita pré operatória com indicação de cirurgia cardíaca**. Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste. 2005.

REBUGLIO, R; REBUGLIO, G. M.; REBUGLIO, R. M. Anestesia para cirurgias videolaparoscópicas de grande porte. In: CAVALCANTI, I. L.; CANTINHO, F. A. F; ASSAD, A. (Editores). **Medicina perioperatoira**. Rio de Janeiro: SAERJ, 2004, p. 825-829.

RODRIGUES, R. A. P.; SOUSA, F. A. E. F. O trabalho da enfermagem em centro cirúrgico: análise de depoimentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 21-34, jul. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n2/v1n2a03.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2010.

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.

SEGERS, P. et al. Prevention of nosocomial infection in cardiac surgery by decontamination of the nasopharyns and oropharyns with chlorhexidine gluconate: a randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Association**, v. 296, p.2460-2466, 2006.

SILVA, A. K. M. B. **Efeitos da fisioterapia respiratória pré-operatória em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica**. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, M. A. A.; RODRIGUES, A. L.; CEZARETTI, I. U. R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.

SILVA, N. W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 673-76, dez. 2005.

SILVEIRA, I. R. et al. Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2012.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, F. M. Orientação pré operatória ao cliente: uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005.

SPLINTER, W. M, SCHREINER, M. S – Preoperative fasting in children. **Anesthesia & Analgesia**, v. 89, p. 80-89, 1999.

STIRN, A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. **Lancet**, v. 361, n. 9364, p. 1205-1215, 2003.

TANNER, J.; WOODINGS, D.; MONCASTER, K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. **Cochrane Database System Reviews**, n. 2, CD004122, 2006.

TEIXEIRA, S. R.; MACIEL, M. D. **Grupo focal**: técnica de coleta de dados e espaço de formação docente. Encontro Nacional de Pesquisa em educação em ciências. Florianópolis, 2009.

THIESEN, M. **Sistematização da assistência de enfermagem Perioperatória: Contribuição ara o bem estar da pessoa cirúrgica**. 2005. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2004.

VENDRAMINI et al. Segurança do paciente em Cirurgia Oncologia: Experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, p. 827-832, 2010.

VIEIRA, M. J.; FUREGATO, A. R. F. Suspensão de cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 35, n. 2, p. 135-40, jun. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Adnairdes Cabral de Sena e estou desenvolvendo um estudo intitulado: **CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA NA PERSPECTIVA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**, como pesquisa do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo minha orientadora a professora: Dr^a Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Esse estudo tem por objetivo **construir coletivamente um instrumento para orientar os cuidados de enfermagem ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva na perspectiva das necessidades humanas básicas**.

A pesquisa é importante de ser realizada porque será oferecida aos enfermeiros (as) a oportunidade de participarem da padronização dos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar, a pacientes no período pré-operatório de cirurgia geral, contribuindo para um cuidado mais seguro.

Será utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista individual, semi- estruturada, com os sujeitos participantes do estudo e três encontros para discussão em grupo focal. As entrevistas terão como finalidade conhecer o que os enfermeiros sabem sobre os cuidados de enfermagem no período pré-operatório à pacientes submetidos à cirurgia eletiva e está prevista a duração em média de 30 minutos. Essas serão realizadas em local a ser combinado e em data e horário conforme a sua e a minha disponibilidade. As discussões em grupo terão como objetivo a construção dos cuidados no pré-operatório a pacientes submetidos à

cirurgia eletiva. Estão previstos três encontros, com duração de três horas cada, com intervalo de 10 a 15 dias e ocorrerão na sala de aula de Clínica Cirúrgica II.

No instrumento de coleta de dados (ou entrevista), os participantes da pesquisa serão identificados apenas através da letra (E), preservando assim suas identidades.

Os aspectos éticos a serem observados referem-se a: garantia a todos participantes de que as informações coletadas serão sigilosas, de que o anonimato dos participantes e da instituição será resguardado e de que as gravações e anotações somente serão feitas de comum acordo com os participantes do trabalho.

Caso você tenha alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser fazer mais parte do mesmo, pode entrar em contato pelo fone (48) 37337257 e-mail: adnairdes@ibest.com.br, ou com sua Orientadora Prof^o Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, telefone: (48) 37219787 e-mail pongopam@terra.com.br

Eu,
 Consinto voluntariamente em participar desta pesquisa. Fui esclarecido sobre o estudo **CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ELETIVA NA PERSPECTIVA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS** e concordo que minhas informações sejam gravadas e utilizadas na realização e divulgação do mesmo.

Uma cópia desse documento se encontra sob minha guarda. A segunda cópia está sobre guarda do pesquisador responsável. **MINHA PARTICIPAÇÃO NESSA PESQUISA É VOLUNTÁRIA.** Eu sou livre para recusar a participar desta pesquisa ou para desistir dela a qualquer momento. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha pessoa.

Fpolis,..... dede 2010.

Assinatura do voluntário:

Assinatura do Pesquisador Principal:

Adnairdes Cabral de Sena

APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL**

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1 Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Setor de Trabalho: _____

Tempo de serviço na saúde: _____

Tempo de serviço na área cirúrgica: _____

Pergunta (Subjetiva)

2- Fale sobre a sua prática de cuidados ao paciente em pré operatório imediato de cirurgia eletiva.

APÊNDICE C – Características dos participantes com relação à idade, tempo de serviço na área cirúrgica e o tempo de serviço na saúde. Florianópolis - 2011

Enfermeiros (E)	Idade	Tempo de serviço em área cirúrgica	Tempo na área da saúde
E-1	40 anos	18 anos	18 anos
E-2	30 anos	9 meses	9 meses
E-3	34 anos	8 meses	11 anos
E-4	35 anos	4 anos	11 anos
E-5	31 anos	8 anos	9 anos
E-6	25anos	9 meses	1 ano e 3 meses
E-7	30 anos	3 anos e meio	3 anos e meio
E-8	52 anos	29 anos	30 anos
E-9	59 anos	27 anos	30 anos
E-10	29 anos	3 anos	8 anos
E-11	45anos	20 anos	28 anos
E-12	45 anos	23 anos	26 anos
E-13	29 anos	2 anos e meio	2 anos e meio
E-14	55 anos	16 anos	31 anos
E-15	51 anos	16 anos	25 anos
E-16	42 anos	14 anos	25 anos
E-17	34 anos	5 anos	14 anos

APÊNDICE D – Instrumento de cuidados de enfermagem ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva

É importante esclarecer que o modelo assistencial de enfermagem adotado na instituição onde ocorreu a pesquisa, prevê a realização de todo um processo que inicia com o histórico de enfermagem ou coleta de dados iniciais. Através da entrevista com familiares e pacientes e exame físico o enfermeiro identifica as principais necessidades humanas afetadas no indivíduo, para as quais deve prever cuidados de enfermagem. Na sequência do processo, após a identificação dos problemas são prescritos os cuidados, são implementadas as ações de enfermagem e realizado diariamente a evolução do paciente, relacionando sua evolução aos cuidados prestados. Neste momento do processo novos cuidados podem ser suspensos, mantido ou acrescentado.

Outro cuidado importante no preparo do paciente cirúrgico está relacionada ao controle e conferência de solicitações de exames laboratoriais, radiológicos, ultrassom, e pedido de transfusão de hemocomponentes. Geralmente nas instituições hospitalares, a enfermeira é quem faz a conferência de todos esses impressos existente no prontuário.

Feitas estas considerações, passamos a apresentação dos cuidados necessários aos pacientes em pré-operatório imediato extraídos das entrevistas e discussão de grupo focal e aqueles acrescentados pela pesquisadora. Todos os cuidados estão relacionados as necessidades humanas básicas e justificados cientificamente.

Cuidados de Enfermagem a pacientes no pré-operatório de cirurgia eletiva	
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE AGUIAR HORTA	
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
<i>Cuidados</i>	<i>Justificativa</i>
<p>✓ Oxigenação Orientar o paciente a apoiar a incisão, tossir e respirar profundamente.</p> <p>Orientar o paciente sobre a forma de usar o espirômetro de incentivo.</p>	<p>O apoio com as mãos sobre o local proposto para a incisão tem a finalidade de imobilizar o local durante a tosse diminuindo a dor e não prejudicar a incisão A tosse promove a retirada de secreções do tórax. A respiração profunda expande os pulmões e diminuem o risco de acúmulo de secreções no pós-operatório (NETTINA, 2011).</p> <p>No pré-operatório, o paciente faz uso de um espirômetro para medir as inspirações profundas. Estas expandem os alvéolos o que impede a atelectasia e outras complicações pulmonares no pós operatório (NETTINA, 2007)</p>
<p>✓ Alimentação Avaliar o jejum</p>	<p>O objetivo do jejum pré-operatório é diminuir o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico prevenindo assim a aspiração pulmonar e suas conseqüências. (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2007).</p>
<p>✓ Eliminação Esvaziar a bexiga/Sondagem vesical (com indicação).</p> <p>Preparo de colon/lavagem intestinal</p>	<p>O esvaziamento vesical deve ser espontâneo. A sondagem vesical deve ser usada nas cirurgias laparoscópicas e sua importância se deve ao fato de evitar a distensão vesical que pode interferir dificultando a cirurgia, além do que reduz o risco de perfuração durante punção com agulha de Verres e permite o controle da infusão venosa de líquidos. (REBUGLIO, REBUGLIO, REBUGLIO, 2004).</p> <p>A limpeza do cólon no pré-operatório se deve ao risco de ocorrerem acidentes traumáticos durante cirurgias abdominais e pélvicas e consequentemente a liberação de conteúdo intestinal na cavidade do peritônio pelas fezes, além do que o esvaziamento, favorece uma melhor visão do campo operatório (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).</p> <p>A justificativa do emprego da lavagem intestinal é de que se o intestino grosso estiver sem fezes, o risco de infecção pós-operatória pode ser reduzido. Esta rotina e sua hipótese têm sido questionadas. Estudos recentes não demonstram benefício do uso dessa rotina, e até mesmo uma desvantagem do aumento das taxas de infecção pós-operatória (LJUNGGVIST; DARDAI; ALLISON, 2008)</p>

<p>✓ Sono e repouso Avaliar sono e repouso</p>	<p>O distúrbio do padrão do sono está relacionado com a quantidade e qualidade do padrão do repouso. O padrão de sono pode ser alterado diante de modificações fisiológicas, psicológicas, sociais, ambientais e maturacionais. Sendo que o sono é parte essencial da vida, é um período em que ocorre a restauração física e que protege o indivíduo do desgaste das horas que permanece acordado (CARPENITO, 2002).</p>
<p>✓ Integridade Física Retirar prótese dentária</p>	<p>As próteses dentárias devem ser removidas dadas as possibilidades de deslizamento para as vias aéreas inferiores, durante a indução anestésica, como também pela possibilidade de extravio durante a cirurgia. Desta maneira, quando removidas devem ser identificadas e guardadas em local seguro (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).</p>
<p>✓ Cuidado corporal Retirar esmaltes das unhas</p> <p>Retirar jóias (<i>piercings</i>), aliança e adereços metálicos</p>	<p>A indicação de retirar os esmaltes das unhas justifica-se por ter necessidade de visualizar o retorno venoso das extremidades (CHRISTÓFORO, 2006).</p> <p>Durante o intra-operatório o paciente faz uso do oxímetro de dedo, usado para registro da saturação da oxigenação. Existem alguns aspectos que alteram ou limitam a eficiência do uso do oxímetro, causando leituras incorretas, como: anemia, vasoconstricção periférica, a cor do esmalte de unha, luz fluorescente e a movimentação do paciente (MIYAKE; DICCINI; BETTENCOURT, 2003).</p> <p>Justifica-se retirar os anéis e jóias, pois pode acontecer garroteamento dos dedos e choque elétrico, no intra-operatório, porém se o paciente recusar tirar basta que realize uma cuidadosa lavagem das mãos para evitar risco de infecção. A retirada de uma aliança para o paciente pode ser traumatizante, especialmente se este nunca foi removido por crença, desde a data do casamento (CHRISTÓFORO, 2006; CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009, p. 14-22).</p> <p>Os <i>piercings</i> se estiverem localizados na cavidade oral e nasal, é aconselhável ser retirado, pois implicações anestésicas, com o deslocamento para as vias aéreas podem acontecer e necessitando de exames radiológicos, nas cavidades nasofaríngea e orofaríngea e estudo radiológicos de imagem para excluir se estão localizados no trato aéreo digestivo e a aspiração de retenção de parte faltante da joia, sendo estas medidas de segurança adotadas aos pacientes que irão ser</p>

Retirar roupa íntima	<p>submetidos a cirurgias. Os <i>piercings</i> próximo à incisão cirúrgica dificultam a antisepsia da pele e a execução da cirurgia. E nas cirurgias laparoscópicas a antisepsia da área circunvizinha ao <i>piercing</i> ajuda a prevenir infecções perioperativas (MUNSTERER, 2004, p. 114).</p> <p>A presença do <i>piercing</i> em outras regiões do corpo, pode causar lesões na pele, decorrentes da transferência da maca para a mesa cirúrgica, mesa cirúrgica para maca, da maca para a cama do paciente ou mesmo durante o posicionamento cirúrgico no intra-operatório (DICCINI; NOGUEIRA, 2008).</p> <p>A roupa íntima deve ser retirada devido a presença do material sintético em sua composição. O paciente fica em exposição a uma corrente elétrica durante a eletrocauterização na cirurgia, correndo o risco de queimaduras (STIRN, 2003, p. 361; CRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).</p>
Realizar banho	<p>Utilizar a clorexidina a 4%, como antiséptico na pele do paciente, após o paciente ter tomado banho. Orientar o paciente a usar seu próprio sabonete e após passar clorexidina. Esse procedimento deve garantir a remoção, a destruição da flora transitória da pele, também chamada de flora de contaminação ou aquela que não pertence à flora de colonização, e parte de colonização (BRASIL, 2009).</p> <p>Atualmente, não há evidência de quantas vezes deva ser recomendado o banho do paciente no pré-operatório para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico, alguns autores ressaltam que o banho no pré-operatório é considerado uma etapa do preparo cirúrgico da pele. É prudente seguir as recomendações do banho e os profissionais de saúde devem ter conhecimento para orientar os pacientes com informações e instruções claras sobre os procedimentos de banho de desinfecção (JAKOBSSON; PERLKVIST; WANN-HANSSON, 2011).</p> <p>Como recomendação do banho do paciente no pré-operatório é usar sabão antiséptico (gluconato de clorexidina, povidona-iodo, ou triclocarban), pelo menos a noite antes da cirurgia eletiva, seguindo as recomendações para evitar infecção no sítio cirúrgico</p>

<p>Realizar tricotomia</p> <p>Realizar higiene oral</p>	<p>(NICHOLS, 2001; BRASIL, 2009).</p> <p>O pêlo deve ser removido com cortadores elétricos ou usar creme depilatório (testados antes para evitar alergias), utilizados para a remoção segura dos pelos imediatamente antes da cirurgia. Recomenda-se a retirada de pelo somente em situações estritamente especiais antes da cirurgia e apenas nas áreas a serem operadas se atrapalharem o ato cirúrgico. O risco aumentado associado com infecção no sítio cirúrgico ao realizar a tricotomia na incisão cirúrgica atribui-se a cortes microscópicos na pele, que mais tarde podem servir como focos para a multiplicação bacteriana (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009; BRASIL, 2009; MANGRAM et al, 1999; ANDERSON, 2011).</p> <p>Para a higiene oral no pré-operatório é recomendado utilizar o clorexidina (CHX), com concentração de (0,12%, 0,20% e 2%), para o controle de infecção respiratória hospitalar após cirurgia(SILVERIA et al, 2010; SEGERS et al, 2006).</p>
<p>✓ Regulação Térmica Verificar temperatura</p> <p>✓ Regulação Vascular Verificar pressão arterial</p>	<p>No período pré-operatório a medicação bem como o estresse provocado pelo ato cirúrgico pode provocar alterações fisiológicas nos sinais vitais, assim certo aumento na pressão arterial ou da pulsação é frequente, devido à ansiedade. Podem ocorrer também alterações dos sinais vitais como hipotensão, hipertensão e hipotermia no período trans-operatório. Na vigência de alterações a cirurgia pode ser adiada e o paciente medicado, ou ainda a cirurgia pode ser suspensa até que ele seja estabilizado o quadro (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).</p>
<p>✓ Terapêutica Administrar medicação pré-anestésica</p>	<p>Os medicamentos pré-anestésicos são drogas prescritas com a finalidade de conferir maior conforto ao paciente, facilitar os procedimentos do ato anestésico, reduzir a ansiedade do mesmo, facilitar a indução da anestesia e diminuir as secreções da faringe. Normalmente são administradas uma a duas horas antes das cirurgias. Os mais utilizados são os medicamentos do grupo dos anticolinérgicos, tranquilizantes e hipnoalérgicos (GHELLERE; ANTONIO; SOUZA, 1993; CHRISTÓFORO, 2009, p. 28).</p>

Cuidados de Enfermagem a pacientes no pré-operatório de cirurgia eletiva	
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE AGUIAR HORTA	
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
<i>Cuidados</i>	<i>Justificativa</i>
<p>✓ Segurança emocional; Atenção Avaliar o estado emocional do paciente: ansiedade</p>	<p>O paciente em pré-operatório frequentemente apresenta ansiedade. A ansiedade é devido à hospitalização, a perda do controle da vida; o medo relacionado à morte, e de não acordar da anestesia. O nível de ansiedade do paciente cirúrgico está relacionado também à ruptura do vínculo familiar, ou seja, a ausência da família no hospital, sendo que o contato com a mesma se restringe apenas ao horário de visita. Esse processo de separação gera no paciente um dano emocional proporcionando medo e insegurança (RAUBER et al, 2005).</p> <p>A enfermagem deve proporcionar aos pacientes espaço de escuta para que este possa expressar seus medos, inseguranças e dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico e poder ser orientado.</p>
<p>✓ Liberdade-Participação Assinar termo de consentimento</p>	<p>Para não existir dúvidas com relação ao entendimento sobre o preenchimento do termo de consentimento este deve ser obtido em uma linguagem que o paciente entenda ou por um interprete. Solicita-se que o paciente assinie o termo. Pode-se abrir mão do protocolo de consentimento em casos de emergência com ameaça a vida (BRASIL, 2009).</p>
<p>✓ Educação para a saúde Orientar quanto a: Sobre o procedimento cirúrgico e horário da cirurgia</p> <p>Esclarecer a dúvidas dos pacientes e familiares</p> <p>Rotinas da</p>	<p>As orientações sobre o processo cirúrgico que o paciente vai vivenciar devem ser iniciadas o mais cedo possível, de preferência alguns dias antes da cirurgia, no período da consulta de pré-admissão, quando os exames de pré-diagnóstico estão sendo realizadas, e continuar até que o paciente chegue à sala de operação (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).</p> <p>É necessário que a família seja comunicada sobre do término da cirurgia e por quanto tempo ele ficará anestesiado e inconsciente após o final do procedimento. Pacientes e familiares devem ser orientados quanto aos procedimentos como raio X, exame de sangue, enemas, sondagens, tricotomia, que serão realizados qdo necessário, além do ambiente físico cirúrgico, vestuário específico da equipe e o procedimento anestésico-cirúrgico (RAUBER et al, 2005).</p> <p>Recepcionar pacientes e familiares na unidade de</p>

<p>unidade/recepcionar paciente e familiares/apresentar a equipe.</p> <p>Uso de drenos, bolsa de colostomias, e o local da incisão cirúrgica</p> <p>Punção venosa periférica</p> <p>Náuseas e Vômito</p>	<p>internação cirúrgica. O enfermeiro se identifica, apresenta a equipe, encaminha o paciente e familiares para o quarto e orienta sobre as rotinas da unidade: horários de visitas, de medicações, tipo de anestesia, das refeições e cuidados específicos da cirurgia que o paciente irá fazer (RAUBER et al, 2005).</p> <p>O paciente e seu familiar devem estar informados sobre o nome e a função dos profissionais da unidade. Assim, todos deverão estar devidamente identificados, com um cartão de identificação, segundo legislação em vigor (BRASIL, 2005).</p> <p>Caso necessário o enfermeiro deve orientar o paciente quanto à finalidade do dreno, que é estabelecer ou criar um trajeto artificial, para a saída de sangue e secreção. É importante que a equipe de Enfermagem proporcione suporte emocional ao paciente que necessita deste procedimento, assim como orientar sobre bolsa de colostomia e o local da incisão (CESARETTI; SAAD, 2002).</p> <p>A punção de um acesso venoso periférico é uma prática realizada rotineiramente pela equipe de enfermagem em uma unidade de internação. É realizada para administração de medicação e hidratação venosa e hemoderivados (PERRANDO et al, 2011).</p> <p>Náuseas e vômitos são problemas pós-operatórios que afetam um grande número de pacientes. O controle da náusea e vômitos atualmente começa no pré-operatório e continua em todo o período intra-operatório. Evitar conversações no pós-operatório, que poderiam suscitar náuseas e vômito, prevenir o movimento rápido e elevar a cabeça do paciente (ODOM, 1997; LAGES et al, 2005).</p>
<p>Exercícios respiratórios</p>	<p>Os tempos cirúrgicos e anestésicos prolongados podem promover efeitos deletérios no sistema respiratório como alteração da troca gasosa e mecânica pulmonar, o que determina maior chance de ocorrência de complicações pulmonares. Assim, orienta-se no pré-operatório quanto a incisão cirúrgica, importância da tosse, deambulação precoce e exercícios fisioterapêuticos (SILVA, 2009).</p> <p>O paciente cirúrgico pode ter retenção de secreções, inibição do reflexo de tosse ou tornar-se relutante a</p>


	tossir devido à dor. O enfermeiro deve estimular o paciente a realizar exercícios, para que o mesmo consiga eliminar essa secreção no pós-operatório (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011).
Sobre o procedimento cirúrgico e horário da cirurgia	A explicação acerca dos passos do processo cirúrgico deve ser elaborado pela enfermeira de maneira clara e objetiva, em vocabulário simples, para que não seja essa uma orientação ritualizada, repetitiva (BAGGIO et al, 2001).

Cuidados de Enfermagem a pacientes no pré-operatório de cirurgia eletiva	
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE AGUIAR HORTA	
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
<i>Cuidados</i>	<i>Justificativa</i>
✓ Religiosa-Ética	
Conhecer as crenças religiosas do paciente e proporcionar conforto espiritual.	<p>Quanto ao cuidado espiritual, o enfermeiro deve ter conhecimento das crenças religiosas que podem influir profundamente na recuperação da cirurgia do paciente e na reposta à hospitalização. Além de que crenças de determinadas religiões podem ser restritas com relação a alguns exames diagnósticos, a tratamentos terapêuticos e ainda doação de órgãos (CHRISTÓFORO, 2006).</p> <p>Importante não deixar o cuidado espiritual em segundo plano uma vez que traz benefício ao paciente (CHRISTÓFORO, 2006).</p> <p>A dimensão espiritual é compreendida a partir do significado de alma como consciência, que está relacionada à capacidade de agir e de pensar sobre si mesmo. É essa capacidade reflexiva do ser humano que denota sua singularidade e que representa a sua liberdade (BENEDET, 2002).</p>
Orientar pacientes e familiares sobre cultos religiosos oferecidas pelo hospital.	<p>O enfermeiro deve buscar o estabelecimento de um ambiente de paz e serenidade, ser facilitador do encontro do paciente consigo, com a sua fé e a realidade que o cerca (ALVES et al, 2005).</p> <p>Todos os doentes têm direito à assistência religiosa sempre que o solicitarem (BRASIL, 2005).</p> <p>Nos estabelecimentos de saúde existem serviços religiosos aos quais compete explicitamente garantir o respeito pela identidade espiritual e religiosa dos doentes e procurar ir ao encontro de todos, sem exceção, diretamente ou facilitando o acesso aos ministros de outras religiões de modo a encontrar a resposta pessoal pretendida por cada um (BRASIL, 2005).</p>

ANEXOS

ANEXO A - Certificado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC

Certificado http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO nº 1009

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP


APROVADO

PROCESSO: 1009 FR: 369955

TÍTULO: Protocolo de cuidados de Enfermagem para pacientes no período pré-operatório de cirurgia geral

AUTOR: Eliane Regina Pereira do Nascimento, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Adnairdes Cabral de Sena, Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia

FLORIANÓPOLIS, 25 de Outubro de 2010



Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Pereira de Souza
Coordenador do CEP/PPGp/UFSC

1 de 1 26-10-2010 09:09