



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELAINE FERREIRA
HENRIANA VELOSO BORGES
MARCELA DE SOUZA DIAS FIGUEIREDO

VISITA PRÉ – OPERATÓRIA:
UM INSTRUMENTO PARA O CUIDAR DO ENFERMEIRO DE
CENTRO CIRÚRGICO

FLORIANÓPOLIS

2007

**ELAINE FERREIRA
HENRIANA VELOSO BORGES
MARCELA DE SOUZA DIAS FIGUEIREDO**

**VISITA PRÉ – OPERATÓRIA:
UM INSTRUMENTO PARA O CUIDAR DO ENFERMEIRO DE
CENTRO CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina INT5162 Estágio Supervisionado II de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

ORIENTADOR: Dra. Francine Lima Gelbcke

FLORIANÓPOLIS

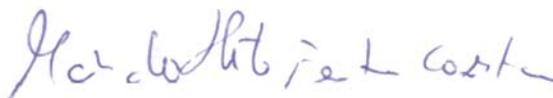
2007

**ELAINE FERREIRA
HENRIANA VELOSO BORGES
MARCELA DE SOUZA DIAS FIGUEIREDO**

**VISITA PRÉ – OPERATÓRIA:
UM INSTRUMENTO PARA O CUIDAR DO ENFERMEIRO DE
CENTRO CIRÚRGICO**

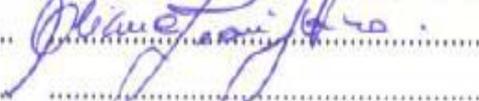
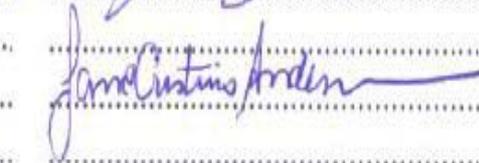
Este Trabalho de Conclusão da disciplina INT5162 Estágio Supervisionado II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido curso, foi julgado adequado e aprovado.

Florianópolis, 27 de novembro de 2007



Maria do Horto Fontoura Cartana
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Banca Examinadora:

Prof. Dra Francine L. Gelbcke		(Orientadora)
Enf ^ª . Eliana Leoni		(Supervisora)
Prof. Dra Jane C. Anders		(Membro Avaliador)

AGRADECIMENTOS

Se a gratidão é a memória do coração, levaremos para sempre do lado esquerdo do peito todos aqueles que se tornaram mais que colaboradores em nosso trabalho de conclusão de curso, pois agora fazem parte de nossas vidas.

Não temos nenhuma razão de querer fazer diferente e não agradecer primeiramente a Deus, por nossas vidas, por nossa saúde e principalmente pelo dom divino da sabedoria. Dom este que nos tornou capazes de usar a inteligência em favor da vida.

Aos nossos pais que souberam nos educar e que, perto ou muito longe, sempre nos incentivaram, nos fizeram acreditar em nossos sonhos e que hoje enchem o peito de orgulho para dizer: “Minha filha está se formando na UFSC, ela vai ser enfermeira!”.

A Universidade Federal de Santa Catarina, instituição esta que nos enche de orgulho e prestígio. Que nos proporcionou a bagagem inicial de nossa formação superior.

Ao Hospital Universitário e todos seus colaboradores, que sempre nos receberam de portas abertas e permitiram nossas práticas pré-profissionais.

Ao Departamento de Enfermagem, na pessoa da professora Edilza, coordenadora da fase, a qual não mediu esforços para organizar esta primeira 8ª fase do novo currículo. “Obrigada professora, por nos ensinar a amar o que de início é desconhecido, mas que com determinação se torna parte de nossas vidas”.

A professora Francine Gelbcke que aceitou nos orientar mesmo sem prática profissional no Centro Cirúrgico. Contudo nos fez refletir o verdadeiro papel do enfermeiro, ou seja, a assistência direta ao paciente.

A professora Jane, nossa quase orientadora e quase coorientadora, mas nossa disputadíssima convidada da banca. Nossos sinceros agradecimentos pelo seu profissionalismo, ética e por tantas colaborações durante nosso período de estágio.

A enfermeira chefe do Centro Cirúrgico, Eliana Souza, que representou para nós muito mais que uma supervisora comprometida com nossa aprendizagem técnica, administrativa e assistencial. Essa super mulher é o exemplo de profissional que queremos ser. Seu modo particular e gentil de tratar a todos, faz do ambiente de

trabalho um lugar prazeroso e um porto seguro para os pacientes. Receber seus cuidados é um privilégio. Esta recebe nosso obrigada mais especial.

`A nossa quase supervisora e nossa amiga, a nova enfermeira Ângela Karina Torri, que mesmo recém formada vem se mostrando uma excelente profissional e uma grande e já saudosa amiga. Aprendemos, rimos e choramos juntas.

`A equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico que nos recebeu de braços abertos, compartilhando todo seu conhecimento. Com esta equipe aprendemos a valorizar cada profissional, seja ele circulante, instrumentador e/ou auxiliar de anestesia e acima de todos aprendemos a importância de uma equipe unida.

`As meninas da limpeza, sempre dispostas a agilizar a limpeza das salas cirúrgicas e claro, por nos garantir o cafezinho gostoso de todas as manhãs.

`A toda equipe médica: anesthesiologistas, cirurgiões, residentes e doutorandos que contribuíram na troca de conhecimentos técnicos e nos mostraram a relevância de uma equipe multidisciplinar.

Aos pacientes deste estudo que foram sempre muito receptivos e nos proporcionaram inúmeras lições de coragem e superação.

Aos nossos amigos que nos proporcionaram momentos de distração e souberam entender nossa falta de tempo.

Às enfermeiras das unidades internação cirúrgica que permitiram desenvolver nosso cuidado.

Aos amigos e colegas do curso de Enfermagem que sempre se mostraram preocupados com o andamento do trabalho. Em especial a Ana Paula Trombetta, que nos ajudou muito na formatação deste trabalho.

Aos nossos companheiros, marido e namorados, que agüentaram nossa irritação, nosso estresse e mesmo assim não negaram jamais um colo ou uma palavra de incentivo e de amor.

Aos nossos familiares, alicerce de nossas vidas.

E por fim, mas não menos importante, ao destino que nos colocou no mesmo caminho e nos presenteou com amizades que serão para vida. Aprendemos a respeitar uma a outra e a nos amar cada vez mais. Sucesso a nós três.

FERREIRA, Elaine; BORGES, Henriana Veloso; FIGUEIREDO, Marcela de Souza Dias. **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.

Orientador: Enf^ª. Prof^ª. Dra. Francine Lima Gelbcke

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de Curso foi desenvolvido no Centro Cirúrgico e Unidades de Internação Cirúrgica I e II do Hospital Universitário Prof^º Polydoro Ernani São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina, com pacientes submetidos a cirurgias eletivas das especialidades geral e vascular, e com profissionais da equipe cirúrgica. Teve como objetivo contribuir para a implantação da visita pré-operatória pelo enfermeiro de centro cirúrgico, com intuito de humanizar a assistência de enfermagem aos pacientes cirúrgicos. Para o desenvolvimento deste trabalho utilizamos o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). Construímos um instrumento metodológico para a realização da visita pré-operatório a partir de uma revisão de literatura, e posteriormente reformulamos com contribuições e sugestões de dezoito profissionais da equipe cirúrgica, dentre eles, sete enfermeiras, sete anestesiólogos e quatro cirurgiões. Com o instrumento em mãos, realizamos visitas pré-operatórias a quinze pacientes. Obtivemos um retorno acerca da efetividade do instrumento, bem como das vantagens e dificuldades da realização das visitas, através dos depoimentos de profissionais da equipe cirúrgica e dos pacientes que receberam nossas visitas. Constatamos que a visita, primeiro passo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP, representa um valioso instrumento para a humanização da assistência de enfermagem; proporciona ao paciente cirúrgico apoio emocional e assiste o mesmo de forma individual, através do planejamento e implementação da assistência de acordo com as necessidades evidenciadas. Tivemos ainda o reconhecimento e aceitação dos profissionais da equipe cirúrgica frente à realização da visita. Todos evidenciaram inúmeras vantagens, dentre elas, a interação da assistência multiprofissional. Temos certeza, portanto, que ao ser implantada, a visita pré-operatória será um instrumento do cuidar do enfermeiro, assegurando assim a assistência humanizada ao paciente cirúrgico.

Palavra chave: Enfermagem perioperatória. Visita pré-operatória. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP.

FERREIRA, Elaine; BORGES, Henriana Veloso; FIGUEIREDO, Marcela de Souza Dias. **PRE-OPERATORY VISIT: One Tool to the Care of the Nurse of Surgical Center**. 2007. 71p.. Monograph (Course Conclusion Work) – Course of Graduation in Nursing, Santa Catarina Federal University: Florianópolis, 2007.

Orientation: Enf^ª. Prof^ª. Dra. Francine Lima Gelbcke

ABSTRACT

The present study, following the assistencial methodology, was developed in the Surgical Center and Units of Surgical Internment I and II of the University Hospital Prof^º Polydoro Ernani Are Thiago, of the Federal University of Santa Catarina, with patients submitted to elective and marked surgeries of general and vascular specialties and professionals of the surgical team. It had as objective to contribute for the implantation of the pre-surgery visit from the nurse of surgical center, with intention of humanize the assistance of nursing to the surgical patients. For the development of this work we used the theoretical referencial of the Necessities Basic Humans (HORTA, 1979). We construct an instrument for the accomplishment of the visit through a literature revision, and later we reformulate with contributions and suggestions of eighteen professionals of the surgical team, amongst them, seven nurses, seven anesthesiologists and four surgeons. With the instrument in hands, we carry through the pre-surgery visit to fifteen patients. We got a return about the effectiveness of the instrument, as well as of the advantages and difficulties of the accomplishment of the visits, through the depositions of professionals of the surgical team and the patients who had received our visits. We evidence that the visits represented a valuable instrument for the humanization of the nursing assistance, provides to the surgical patient emotional support and attends the same of individual form, through the planning and implementation of the assistance in accordance with the evidenced necessities. We still had the recognition and acceptance of the professionals of the surgical team front to the accomplishment of the visit. All had evidenced innumerable advantages, amongst them, the interaction of the multiprofessional assistance. We are certain that, in such a way, the implanted of the pre-surgery visit, will be a valious instrument of the nursing care, thus assuring humanize assistance to the surgical patient.

Key-words: Pre-surgery nursing. pre-surgery visit. Pre-surgery nursing sistematication.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.2 Objetivos.....	10
1.2.1 Objetivo Geral	10
1.2.2 Objetivos Específicos	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Evolução histórica da cirurgia	11
2.2 A enfermagem e seu papel no processo cirúrgico.....	13
2.2.1 Enfermagem Perioperatória.....	14
2.3 Visita Pré – Operatória, primeiro passo para Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).....	20
3 MARCO CONCEITUAL	24
3.1 Biografia da Teórica.....	24
3.2 Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	25
3.3 Conceitos Interrelacionados	27
3.3.1 Enfermagem:	27
3.3.2 Enfermeiro:.....	28
3.3.3 Ser Humano	29
3.3.4 Paciente.....	29
3.3.5 Saúde	30
3.3.6 Doença:.....	30
3.3.7 Ambiente/Ambiente Cirúrgico	31
3.3.8 Necessidades.....	31
3.3.9 Assistência de Enfermagem.....	32
3.3.10 Visita Pré - Operatória.....	33
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 Tipo de Estudo	34
4.2 Sujeitos do estudo	34
4.3 Contextualização do local de estágio	35
4.3.1 Centro Cirúrgico	37
4.4 Aspectos Éticos do Estudo	38
5 VISITA PRÉ-OPERATÓRIA – DO SONHO À REALIDADE	40
5.1 Construção do instrumento	40
5.2 Do sonho à realidade – Visita Pré - Operatória.....	45
5.3 A satisfação ao implementarmos o nosso sonho	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	67
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre esclarecido do sujeito de pesquisa – profissionais da equipe cirúrgica do Hospital Universitário – UFSC.	68
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido do sujeito de pesquisa – pacientes cirúrgicos do Hospital Universitário – UFSC.....	69
APÊNDICE C - instrumento para visita pré-operatório do enfermeiro	70
APÊNDICE D - Instrumento para visita pré-operatório do enfermeiro.....	71

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem é parte da disciplina Estágio Supervisionado II, no qual buscamos aprofundar o conhecimento acerca da visita pré-operatória como um espaço de cuidado do enfermeiro que atua em centro cirúrgico, local em que realizamos nosso estágio. O fazer do enfermeiro de centro cirúrgico envolve em seu processo de trabalho o assistir, o educar e o gerenciar, sendo que na visita pré-operatória articula-se o cuidar e o educar de pacientes¹ submetidos às intervenções cirúrgicas.

A assistência de enfermagem é um processo interativo que promove e/ou recupera a integridade e a plenitude bio-psico-sócio-espiritual do paciente. Esta envolve sentimentos, emoções, comprometimento, ética e comunicação efetiva que promova a troca de experiências entre o enfermeiro e o paciente (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

Esta troca é realizada pelo enfermeiro, o qual se engaja na elaboração do histórico de enfermagem; coleta, organiza e prioriza os dados do paciente; estabelece o diagnóstico de enfermagem; identifica os resultados desejados pelo paciente; desenvolve, implementa e avalia o plano de cuidados de enfermagem. Todos estes cuidados são realizados na busca de uma assistência integral e individualizada (LADDEN, 1997).

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (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, com conhecimentos técnicos e científicos (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

¹ Utilizamos a palavra paciente, pois este é ainda o termo utilizado na literatura e mesmo no cotidiano. Estudamos este paciente como um ser humano, que deve ser tratado com respeito e individualidade, como um cidadão que tem desejos, emoções, ou seja, manifestações de mais diversas ordens.

No ambiente cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a SAEP se inicia a partir da recepção do paciente pelo enfermeiro no centro cirúrgico, envolvendo os períodos pré e intra-operatório até sua liberação da sala de recuperação pós-anestésica - SRPA. Tendo em vista esta lacuna no processo de assistência deixada pela não realização da etapa da visita pré-operatória, este estudo busca implantar esta prática que ao nosso entendimento carrega um papel imprescindível na promoção e recuperação do paciente cirúrgico.

O interesse pelo tema: visita pré-operatória surgiu pela necessidade de prestar uma assistência mais humanizada ao paciente cirúrgico, observada quando desenvolvemos as atividades teórico-práticas da 4ª e 7ª unidades curriculares, das disciplinas de centro cirúrgico, clínica cirúrgica e de administração hospitalar na unidade cirúrgica. Durante as atividades teórico-práticas, observamos que os pacientes cirúrgicos apresentavam um nível elevado de estresse no período pré-operatório, independente do grau de complexidade da cirurgia. Identificamos que em alguns casos isso é decorrente da desinformação sobre os acontecimentos que sucedem cada uma das fases da cirurgia, bem como pelas demais situações que a internação hospitalar proporciona aos pacientes.

Estas constatações foram conferidas logo no primeiro mês do estágio supervisionado II, realizado no serviço de Centro Cirúrgico do Hospital Universitário-UFSC, local também do estudo em discussão. Neste período, verificamos que algumas cirurgias foram canceladas quando o paciente já estava em sala cirúrgica, em decorrência de alteração do seu estado geral, o qual poderia ser identificado previamente no atendimento pré-operatório.

Acreditamos que este atendimento possa ser garantido através da realização da visita pré-operatória pelo enfermeiro do centro cirúrgico. Neste sentido, Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997) compartilham da afirmação que o enfermeiro de centro cirúrgico é o profissional mais capacitado para detectar os problemas e/ou alterações importantes do paciente para o momento cirúrgico.

Os sentimentos de diversas ordens como, a ansiedade e estresse do paciente frente ao ato operatório, somando a carência de informações sobre o processo e educação perioperatória, os cancelamentos de cirurgias com o paciente já na mesa

cirúrgica, a deficiência no atendimento humanizado, dentre muitos outros motivos, são grandes razões para que se institucionalize a visita pré-operatória pelo enfermeiro do centro cirúrgico, procedimento básico e indispensável para a avaliação dos pacientes submetidos à cirurgia eletiva.

Neste sentido, nossa proposição com este trabalho é fundamentar esta atividade a ser realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico, buscando uma assistência de enfermagem mais efetiva, minimizando o processo de desgaste emocional do paciente submetido ao procedimento cirúrgico, mas principalmente, concretizar um fazer de qualidade no trabalho deste profissional.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Contribuir na implantação da visita pré-operatória pelo enfermeiro de centro cirúrgico, com intuito de humanizar a assistência de enfermagem aos pacientes cirúrgicos.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Proporcionar ao paciente cirúrgico apoio emocional, atenção e orientações acerca de todo o processo cirúrgico, abordando as três fases: pré, intra, e pós - operatória;
2. Propor um instrumento metodológico para realização das visitas pré-operatórias aos pacientes cirúrgicos, pelo enfermeiro do Centro Cirúrgico que dinamize o processo de coleta de dados e individualize as necessidades de cada paciente.
3. Realizar visitas pré-operatórias a pacientes internados na Clínica Cirúrgica I e II, que se submeterão à cirurgia geral e vascular, visando testar o instrumento metodológico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura buscaremos dar sustentação ao nosso estudo, abordando a evolução histórica da organização do centro cirúrgico como ambiente de realização das intervenções cirúrgicas, o papel do enfermeiro no centro cirúrgico, a enfermagem peri-operatória e o tema principal do estudo, a visita pré-operatória.

2.1 Evolução histórica da cirurgia

Para compreendermos melhor a assistência de enfermagem, é preciso, antes de tudo, resgatar um pouco da origem dos procedimentos cirúrgicos e relatar como eles vêm se desenvolvendo ao longo do tempo.

Segundo Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997), tratamento cirúrgico é uma das formas terapêuticas utilizadas pela medicina no tratamento de doenças. Gallutti (1968), citado pelos autores acima, diz que a cirurgia, através de técnicas manuais e instrumentais, procura remover focos de infecções, retirar órgãos doentes e restaurar funções alteradas no organismo.

Desde a pré-história já eram realizados procedimentos como ajustamentos de fraturas, amputações e trepanagens cranianas, segundo registros daquela época (BENEDET, 2002). Acredita-se que, na maioria das vezes, o tratamento era realizado não com o objetivo primordial de terapêutica, mas para permitir a expulsão de espíritos malignos, pois a Medicina primitiva tinha como base a crença ampla nos poderes sobrenaturais. (SILVA, RODRIGUES E CESARETTI, 1997).

Nos séculos VI e V a.C., na Grécia, tiveram origem as escolas médicas, nas quais os médicos gregos tratavam fraturas, luxações, entorses, feridas na cabeça, úlceras, fístulas e hemorróidas, com ênfase no modo conservador mais do que

cirúrgico. Deriva do grego a palavra cirurgião (cheir = mão; ergon = trabalho), assim como outras terminologias médicas.

No período medieval surgiram os cirurgiões-barbeiros que realizavam sangrias, extração dentária, drenagem de abscessos, entre outros procedimentos que eram realizados sem qualquer noção de higiene ou processos anestésicos, o que provocava naquela época um grande número de mortes por hemorragias e infecções (ALVES, 1974).

A partir do século XIX, com a melhoria nas condições de higiene, o alto índice de mortalidade foi diminuindo. Uma das grandes responsáveis pela queda no índice de mortalidade foi Florense Nightingale, que através de suas medidas de limpeza, alimentação e vigilância adequadas junto aos soldados na Guerra da Criméia, possibilitou que o índice de mortalidade diminuísse de 42% para 2% (DONAHUE, 1996 apud BENEDET, 2002).

De acordo com Benedet (2002), foi somente em 1842, com o descobrimento do óxido nitroso e do uso do éter como anestésico, que a cirurgia teve desenvolvimento maior pela possibilidade de controlar a dor.

Ainda restava o problema das infecções pós-operatórias. Foi quando Pasteur (1822- 1885) descobriu que os microorganismos e o crescimento destes podiam ser eliminados pela ação do calor, e Lister (1827 – 1912) descobriu o poder de substâncias anti-sépticas que as infecções operatórias puderam ser prevenidas. Outras medidas foram descobertas depois para contribuir na eliminação de infecções, como o uso de máscaras, luvas de borracha, avental cirúrgico e a padronização de degermação das mãos (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Ainda estes autores acrescentam que a cirurgia sofreu com o passar dos anos, muita influência das evoluções técnico-científicas em todos os ramos das ciências físicas e biológicas, e dos avanços tecnológicos como a produção de equipamentos altamente especializados, que possibilitam a exatidão de diagnóstico clínico, como por exemplo: tomógrafo, ressonância magnética, densitômetro ósseo; outros que facilitam a terapêutica como videolaparoscopia, raio laser, próteses diversas e outros. Tais avanços tecnológicos constituem meios indispensáveis para garantir maior exatidão no diagnóstico clínico pré-operatório, segurança na indicação cirúrgica como terapêutica

e no planejamento da técnica cirúrgica a ser utilizada no paciente, podendo contribuir ainda para uma recuperação pós-operatória mais rápida.

Resgatando historicamente a questão do papel da enfermagem no preparo do paciente cirúrgico, encontramos Ladden (1997), que através de uma revisão histórica, cita o Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal, identificando uma mudança de foco na preparação pré-operatória do paciente cirúrgico e será descrita a seguir.

De 1900 a 1919, o preparo se dava na sua própria casa. O paciente tomava sol, fazia uma hiperalimentação, tomava banhos e repousava. O Enfermeiro chegava à casa do paciente poucas horas antes da cirurgia, escolhia o quarto mais adequado, esvaziando-o de mobílias, fervia as lâmpadas e instrumentos e acalmava o paciente. Também providenciava a história pessoal e familiar, porém pouco se ensinava ao doente.

Entre 1920 e 1939, os médicos afiliaram-se aos hospitais e um modelo mínimo de preparo pré-operatório começava a surgir. O conceito de consentimento do paciente para a cirurgia foi iniciado e o preparo da sala de operação e dos instrumentos eram realizados. Existiam manuais de enfermagem, onde constavam os cuidados com o paciente cirúrgico, incluindo noções de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, tratamento clínico e cirúrgico e intervenções de enfermagem.

Nos anos 40 e 50 presenciaram-se muitas descobertas científicas, tornando os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgicos muito mais complexos. A educação pré-operatória tornava-se parte do preparo do paciente, enfatizando as necessidades individuais e reconhecendo a importância do cuidado psicológico deste ser que passa por um momento de vulnerabilidade.

Finalmente, durante o período de 1960 a 1979, a pesquisa em enfermagem começa a ser conduzida e enfatizada, surgindo evidências que demonstraram a importância da instrução pré-operatória como forma de suprir as necessidades emocionais do paciente.

2.2 A enfermagem e seu papel no processo cirúrgico

Como observamos acima, a enfermagem foi tornando-se uma profissão importante junto à equipe que realiza os diferentes procedimentos cirúrgicos. Esta

ampliação do espaço da enfermagem que atua junto ao paciente cirúrgico constitui o que se denomina enfermagem perioperatória, que descreveremos a seguir.

2.2.1 Enfermagem Perioperatória

Smeltzer e Bare (1996) definem enfermagem perioperatória como uma expressão para descrever uma vasta variedade de funções de enfermagem relacionadas à experiência cirúrgica. Ladden (1997) compartilha que a mesma é reconhecida e têm sido praticada em salas cirúrgicas, centros ambulatoriais de cirurgia, serviços de endoscopia e consultórios médicos.

Enfermagem perioperatória é um termo descrito no escopo e prática de enfermagem nos serviços de cirurgia, o qual tem sido amplamente aceito. Advindo do trabalho e da influência da Association of Operating Room Nurses (AORN), o termo tem ajudado a definir e elucidar as atividades da enfermeira profissional durante as fases de assistência ao paciente cirúrgico (LADDEN, 1997).

Para passar por uma experiência cirúrgica, o paciente trilha por todo um processo cirúrgico “perioperatório” que se constitui de três fases: pré-operatória, intra-operatória e a pós-operatória.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005, p.425):

- **fase pré - operatória** começa “[...] quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia”. As atividades desenvolvidas são através da realização de uma linha de base através do histórico do paciente na clínica ou domicílio, a realização da entrevista pré-operatória e a preparação do paciente para o anestésico a ser ministrado e para a cirurgia.
- **fase intra – operatória** é caracterizada pelo período em que “[...] o paciente é transferido para sala de cirurgia e termina quando ele é internado na unidade de recuperação pós – anestésica (SRPA)”. Na fase intra – operatória, dentre as atividades, pode-se incluir do início de uma infusão endovenosa, a administração de medicações endovenosas, a realização de toda monitorização fisiológica ao longo do procedimento cirúrgico e promoção de segurança do paciente.

- **fase pós-operatória**, concluindo o processo cirúrgico, inicia “[...] com a admissão do paciente na SRPA e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou em casa”. O foco das atividades nessa fase inclui a avaliação sobre os efeitos dos agentes anestésicos, a monitorização das funções vitais e a prevenção das complicações que possam resultar da anestesia e/ou do ato cirúrgico.

O sucesso de cada cirurgia depende de uma série de fatores. Além de uma equipe cirúrgica eficiente, capaz e que preze por um atendimento humanizado ao paciente cirúrgico, considerando-o como um ser único. O ambiente cirúrgico deve ser organizado e estruturado a fim de favorecer a concentração da equipe e dinâmica do trabalho, preservar a assepsia, contribuir para o fluxo do paciente, pessoal e material (SILVA; RODRIGUES; CASARETTI, 1997).

O ambiente de trabalho em questão é definido como o setor do hospital onde se realizam intervenções cirúrgicas, visando atender a resolução de intercorrências cirúrgicas por meio de ação ou uma equipe integrada (GHELLERE et al., 1993), ou ainda por um local que apresenta um conjunto de elementos destinados as atividades cirúrgicas, bem como a recepção anestésica e pós-operatória (BRASIL, 1987).

O enfermeiro do centro cirúrgico deve garantir as melhores condições para que a cirurgia seja realizada com segurança e sucesso, logo, tudo deve estar funcionando e todos os critérios seguidos. Para Smeltzer e Bare (2005) estes critérios são: a localização do centro cirúrgico deve ser central, com boa circulação (filtração do ar), controle rigoroso da temperatura e umidade. Este mesmo autor afirma que a unidade cirúrgica deve ser dividida em três áreas a fim de ajudar a diminuir os micróbios. As três áreas são:

Área irrestrita, onde se permitem as roupas comuns; área semi-restrita, onde as roupas consistem em roupa cirúrgica e gorros; e a área restrita, onde são usadas as roupas cirurgias, sapatilhas, gorros e máscaras. Os cirurgiões e outros membros da equipe cirúrgica usam roupas estéreis adicionais e dispositivos de proteção durante a operação (SMELTZER; BARE, 2005 pg. 322).

Segundo Ghellere et al. (1993), os objetivos do centro cirúrgico são:

- Realizar intervenções cirúrgicas e encaminhar o paciente à unidade de origem, na melhor condição possível de integridade;

- Servir de campo de estágio para a formação e o aprimoramento de recursos humanos;
- Desenvolver programas e projetos de pesquisa, voltados especialmente para o desenvolvimento científico e tecnológico de ponta;
- Constituir - se em unidade de referência e contra referência.

Considerada a alta complexidade do ambiente de trabalho, várias são as atribuições específicas das enfermeiras de centro cirúrgico, sendo ela chefe ou assistencial, como descreve Oliveira (2002):

➤ Enfermeira Chefe

- Proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado em condições ideais e visando assistência integral, ensino e pesquisa;
- Proporcionar um serviço de qualidade, confiável, acessível, rápido, atendendo, em tempo hábil, as necessidades dos clientes;
- Fazer previsão e provisão de equipamentos e materiais indispensáveis ao ato anestésico-cirúrgico;
- Planejar as ações assistenciais e administrativas do centro cirúrgico (CC) norteando-se pelo regulamento interno;
- Organizar, planejar e implementar as intervenções, avaliar qualitativamente e quantitativamente o cuidado prestado;
- Ter conhecimento e habilidade para o manuseio dos equipamentos biomédicos e as tecnologias da comunicação e informação;
- Planejar ações e supervisionar o suprimento e controle do estoque de materiais permanentes, de consumo e medicamentos;
- Planejar o atendimento da equipe, racionalizando o tempo e os custos com menor desgaste físico e mental;
- Promover ambiente adequado para realização do ato anestésico cirúrgico tanto para a segurança física e psicológica do paciente quanto da equipe cirúrgica;

- Opinar sobre a qualidade e quantidade de recursos materiais, possibilitando maior acerto na aquisição desses;
- Planejar, efetuar e avaliar programas de educação continuada aos componentes da equipe de enfermagem;
- Fazer reuniões periódicas com a equipe de enfermagem;
- Elaborar escalas mensais, diárias, férias e folgas dos componentes da equipe de enfermagem, de forma que atenda as suas solicitações;
- Cultivar e manter um bom relacionamento com toda a equipe cirúrgica e de anestesia;
- Manter integração com os enfermeiros das unidades de internação, chefias dos departamentos e setores do hospital e outros serviços extra-hospitalares;
- Colaborar no desenvolvimento do ensino e da pesquisa no hospital;
- Elaborar e atualizar o regulamento interno e o manual de procedimentos;
- Elaborar e apresentar relatório mensal e anual sobre as atividades realizadas no centro cirúrgico.
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

➤ Enfermeira Assistencial de Centro Cirúrgico

- Receber o plantão e providenciar as necessidades relativas às atividades administrativas e assistenciais;
- Realizar visita pré-operatória na véspera da cirurgia, promovendo a interação e comunicação enfermeiro-paciente através da mesma;
- Providenciar o transporte do paciente para o CC;
- Receber e avaliar o paciente na recepção do CC;
- Coordenar as atividades assistenciais prestadas pelos componentes da equipe de enfermagem;
- Ter conhecimento e habilidade para o manuseio dos equipamentos biomédicos e as tecnologias da comunicação e informação;
- Controlar, diariamente, os gastos com entorpecentes e psicotrópicos;

- Elaborar o mapa operatório para o dia seguinte, com base nos pedidos de cirurgias e encaminhar para os setores que necessitam para realizar programação;
- Supervisionar a limpeza diária do CC e das salas de cirurgias;
- Controlar o número de pessoas na Sala de Operação (SO) durante o ato cirúrgico e exigir uso correto de roupa privativa no CC de todos os profissionais que entrem na unidade;
- Providenciar avaliação médica e laboratorial periódica de todos os profissionais do CC;
- Controlar e avaliar, periodicamente, as condições dos equipamentos e instrumentais;
- Fazer pesquisa bacteriológica periódica no ambiente do CC;
- Avaliar e controlar os produtos químicos usados na limpeza e desinfecção da unidade;
- Colaborar com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Conhecer as práticas de enfermagem, procedimentos, instrumentos e equipamentos essenciais durante a fase de implementação do cuidado de enfermagem;
- Estar atualizada com as técnicas a fim de desenvolver os cuidados ao paciente cirúrgico;
- Detectar o problema do paciente, planejar cuidados de enfermagem e avaliar as medidas adotadas;
- Manter um atendimento humanizado na unidade;
- Promover a humanização da assistência prestada ao paciente cirúrgico, proporcionando segurança, auto-estima, integridade física e emocional;
- Respeitar e fazer respeitar os direitos do paciente durante os procedimentos realizados;
- Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

Em virtude de todas essas atribuições, as enfermeiras acabam por desempenhar diversas funções dentro do centro cirúrgico, como afirma Smeltzer e Bare (2005, p. 5) “As enfermeiras são instrumentadoras, circulantes, assistentes do cirurgião, chefes de serviço, educadoras e pesquisadoras”.

As atribuições do enfermeiro chefe de seção e assistencial pode variar de acordo com cada instituição, porém devem estar de acordo com a legislação em vigor e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Ladden (1997), a enfermagem perioperatória é uma prática especializada da enfermagem, com um compromisso vibrante com a profissão e duradouro com o paciente. Sendo generalista ou especialista, a enfermeira desempenha suas funções pautadas no conhecimento acumulado relacionado à anatomia cirúrgica, as alterações fisiológicas e as suas conseqüências para o paciente, fatores de risco intra-operatório, potenciais de trauma e o significado de prevenção, e as implicações sociais da cirurgia ao paciente e seus entes queridos, bem como os desafios trazidos por suas necessidades do mesmo ou da equipe.

A enfermeira reconhece-se e é reconhecida pelos demais membros da equipe de saúde, como um membro indispensável à equipe, verdadeiramente uma *expert*. As enfermeiras historicamente têm assumido responsabilidades no fornecimento de um ambiente assistencial seguro, eficiente para os pacientes cirúrgicos, no qual a equipe cirúrgica pode atuar com delicadeza e eficiência para que o paciente alcance resultados positivos (LADDEN, 1997).

Em 1982, um grupo de enfermeiros de centro cirúrgico, integrantes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), seção cidade de São Paulo, entendeu que era preciso haver discussões focadas na prática de enfermagem e pesquisa científicas sobre a assistência prestada no bloco operatório. Com base nessa demanda, os profissionais resolveram criar o Grupo de Estudo em Centro Cirúrgico e Centro de Material (GECC).

Nove anos depois, o GECC havia se consolidado de forma suficiente para se transformar numa associação voltada à educação continuada dos profissionais da área. Assim nasceu a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico - SOBECC, no dia 4 de setembro de 1991, um núcleo de estudos e pesquisas de enfermagem. (SOBECC, 2007). Esta associação tem contribuído para subsidiar o fazer, educar e gerenciar das enfermeiras perioperatórias.

2.3 Visita Pré – Operatória, primeiro passo para Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)

A assistência de enfermagem sistematizada é de relevante importância do período perioperatório. Neste sentido, Castellanos e Jouclas (1990) propõem um modelo conceitual que visa à sistematização da assistência de enfermagem - SAEP. Esta sistematização possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada, pois se torna um processo individualizado, planejado, avaliado e contínuo. Galvão, Sawada e Rossi (2002, p. 691) compartilham a importância do processo de enfermagem entendendo que o mesmo é “uma atividade deliberada, lógica e racional, por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente”. Como filosofia do modelo conceitual da SAEP, os autores acreditam que:

O paciente é singular e tem direito à assistência de enfermagem integral, individualizada, documentada e participativa;

- a qualidade da assistência de enfermagem no período perioperatório, está vinculada a uma intervenção conjunta dos enfermeiros das unidades de internação e do centro cirúrgico;

- o sistema da assistência de enfermagem promove a continuidade dessa assistência, a participação do paciente, família e condições de documentação e de avaliação da assistência prestada;

- os padrões de assistência de enfermagem promovem a educação continuada do pessoal de enfermagem;

- a avaliação da assistência prestada proporciona subsídios para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e para o desenvolvimento da profissão;

- a assistência de enfermagem ao paciente consciente, semi-consciente e inconsciente deve proporcionar respeito pelo indivíduo com proteção aos seus direitos humanos e à sua dignidade pessoal, satisfação das suas necessidades sentidas, prevenção de acidentes e lesões passíveis de acontecer por negligência, imperícia ou omissão, e estado de alerta e proteção contra perigos peculiares ao ambiente do centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e/ou procedimentos específicos” (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p. 363 e 364).

Com base nos autores supracitados, a SAEP tem por finalidade proporcionar assistência integral, individualizada e continuada, preparando o paciente e familiar

para o processo cirúrgico; possibilitar a integração multiprofissional; estimular e desenvolver pesquisas na área da assistência.

A operacionalização da SAEP, nas três fases do ato cirúrgico (pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório) segue cinco momentos, os quais, segundo os autores, devem ser anotados no prontuário do paciente, como respaldo legal e garantia de continuidade dos cuidados de enfermagem. Os momentos da SAEP são:

- Avaliação pré-operatória: através da realização da visita pré-operatória, por meio de entrevista com o paciente e sua família;
- Identificação de problemas: na visita pré, o enfermeiro evidencia e registra os problemas sentidos pelo paciente;
- Planejamento de cuidados: neste momento se faz a análise dos problemas e a elaboração da evolução e prescrição de enfermagem para o período intra-operatório;
- Implementação da assistência de enfermagem para o período intra-operatório, a qual foi elaborada na visita pré-operatória e evolução de enfermagem ao final da cirurgia para a efetuação de nova prescrição para fase de recuperação pós-anestésica e alta na SRPA.
- Avaliação pós-operatório: através da visita pós-operatória, o enfermeiro do centro cirúrgico tem condições de avaliar a assistência e corrigir eventuais falhas.

Assim, para garantir uma assistência humanizada ao paciente cirúrgico, o enfermeiro deve se comprometer com a realização de todas as fases da SAEP. Contudo, a literatura nos mostra que muitos enfermeiros de centro cirúrgico não desenvolvem a SAEP em sua totalidade. Em pesquisa realizada por Campos et al (2000) sobre a percepção dos enfermeiros acerca da sistematização, os autores relatam que os enfermeiros não tiveram informações sobre a SAEP na graduação, outros afirmam que mesmo depois de formados não desenvolvem a SAEP em suas unidades de centro cirúrgico, principalmente por considerarem o planejamento dos cuidados uma etapa difícil de ser realizada.

Em outra pesquisa, enfermeiros relatam que a visita pré-operatória, apesar de ser importante e parte de suas atribuições, é o momento da SAEP raramente realizado e justificam esta ausência apontando inúmeras dificuldades como: funções

administrativas assistenciais concomitantes, falta de tempo, horário de internação, escassez de recursos humanos, falta de ficha específica para a visita, excesso de rotinas nas unidades, falta de planejamento, falta de um protocolo na instituição para realização da visita, rotina de serviço que impede a saída da unidade, mapa cirúrgico não confiável e falta de prioridade à visita (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

É indiscutível a relevância da realização da visita pré-operatória do Enfermeiro, visto a quantidade de literaturas encontradas acerca deste tema, no entanto, observa-se que muitas vezes inúmeros fatores dificultam a viabilização da mesma, como citado na pesquisa acima.

As autoras afirmam que a visita consiste no primeiro passo para a SAEP, processo este que tem como objetivo promover, manter e recuperar a saúde do paciente e de sua família. Vale lembrar que o planejamento e implementação da assistência de enfermagem é uma atribuição do Enfermeiro de Centro Cirúrgico, o que, portanto, transfere a responsabilidade da visita pré-operatória para este profissional.

É no momento da visita, citando estas mesmas autoras, que se firma um elo de comunicação entre o profissional enfermeiro e o paciente, buscando respeitá-lo como pessoa dotada de valores, crenças, medos e expectativas. Por meio da visita o enfermeiro coleta informações a respeito do paciente; identifica suas necessidades; torna a assistência de enfermagem individualizada e eficaz; auxilia no planejamento e implementação dos cuidados, os quais têm por objetivo proporcionar ao paciente uma recuperação mais rápida e diminuir as complicações no pós-operatório.

Santos e Caberlon (1981) apud Araujo e Noronha (1998) conceituam a visita pré-operatória como um procedimento técnico-científico planejado pelo enfermeiro do centro cirúrgico com o objetivo de prestar assistência mais individualizada ao paciente cirúrgico e proporcionar a comunicação entre as unidades cirúrgicas e o centro cirúrgico.

A visita pré-operatória de enfermagem, de acordo com Paula e Carvalho (1997, p. 35):

Tem como algumas de suas principais finalidades: reduzir o nível de ansiedade do paciente, colaborar na recuperação da saúde e prestar assistência qualificada ao paciente que se submeterá a tratamento cirúrgico; e deve oferecer informações que contemplem o detalhamento das ações de enfermagem desenvolvidas no pré, trans e pós-operatório (período perioperatório), sendo transmitida de forma individual ou em grupo, numa linguagem clara e objetiva, compatível com o nível de escolaridade e compreensão do paciente.

Araújo e Noronha (1998) propõem a realização da visita pré-operatória a partir de um instrumento a fim de contribuir para que a visita seja prática, ágil e facilite a comunicação entre o centro cirúrgico e as unidades de internação. Na pesquisa realizada, as autoras concluem que o instrumento elaborado pelas alunas da graduação de enfermagem em um hospital escola de São Paulo, estimulou a realização das visitas por ser de fácil preenchimento e contemplarem informações necessárias à assistência de enfermagem.

A visita pré-operatória é considerada parte da consulta de enfermagem, pois no ambiente cirúrgico, a consulta compreende a assistência de Enfermagem prestada ao paciente durante todo o processo perioperatório, desde sua admissão, seguindo o momento pré, intra, pós-operatório até a alta hospitalar.

Ainda sobre a consulta, vale ressaltar que a mesma foi considerada atividade privativa do enfermeiro a partir de 1986, com a aprovação da nova legislação do exercício profissional, Lei 7498/86 (COFEN, 1986). A partir desta legislação, entende-se como objetivo da consulta de enfermagem a avaliação do estado de saúde do indivíduo durante o ciclo vital, bem como a educação em saúde, propondo o preparo do indivíduo e sua família para o auto-cuidado, em termos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. A partir da institucionalização da visita pré-operatória cumprem-se todas as etapas da SAEP, assistindo o indivíduo de modo integral.

3 MARCO CONCEITUAL

De acordo com Westphalen e Carraro (2001, p.32) o “Marco conceitual é uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação”. É definido ainda “como um conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais, intimamente relacionadas”.

A construção de um Marco Conceitual, partindo da prática ou da teoria, é um processo reflexivo que se configura num ir e vir aos conceitos, reformulando-os tantas quantas forem necessários para que estes reflitam o pensamento do seu autor. Busca-se, a inter-relação entre os conceitos de tal modo que, lendo um deles, os demais estejam implícitos, mostrando forte relação entre si (WESTPHALEN & CARRARO, 2001, p.35).

O mesmo direciona as ações da equipe de Enfermagem, embasando, direcionando e clarificando estas ações. É a base para a proposta e o desenvolvimento da Metodologia de Assistência de Enfermagem que necessita estar estruturada coerentemente com seus conceitos.

Para nos guiar no desenvolvimento da prática assistencial utilizamos o marco teórico de Wanda de Aguiar Horta, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

3.1 Biografia da Teórica

Wanda de Aguiar Horta nasceu em Belém do Pará no dia 11/08/1926. Formada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, em 1948. Em 1953, recebeu o diploma de Licenciada em História Natural, na Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras da Universidade do Paraná. Pós-Graduada em 1962, em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Conquistou o

título de Doutor Livre Docente em Fundamentos de Enfermagem no ano de 1968, pela Escola Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Recebeu, também, o título de professora adjunta após aprovação em concurso realizado em 2 de abril de 1974. Exerceu funções didáticas, técnicas e administrativas, além de ter realizado palestras, aulas, conferências e cursos (LEOPARDI, 1999).

Em 1979, no Brasil, Wanda de Aguiar Horta publica o livro da Teoria das Necessidades Humanas Básicas que se fundamenta em uma abordagem humanista e empírica, desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana com a hierarquia das necessidades, de Maslow, e a partir disso operacionaliza um Processo de Enfermagem. A maioria dos cursos de Enfermagem adotou os trabalhos de Horta como base para a aprendizagem da Metodologia da Assistência (HORTA, 1979).

3.2 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

A Teoria de Wanda Aguiar Horta, a qual escolhemos para nortear nosso estudo, é também o referencial teórico que dá sustentação ao processo de enfermagem desenvolvido no Hospital Universitário – UFSC. Baseia-se no fato de que o ser humano está sempre em busca de suprir alguma de suas necessidades, sendo elas de ordem fisiológica, psicológica ou social. Necessidades estas que podem sofrer influência direta dos fenômenos universais, na tentativa constante de busca do equilíbrio, adaptação e holismo (HORTA, 1979).

As necessidades humanas básicas, segundo Horta (1979, p.38) “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos, dos fenômenos vitais”. Estas necessidades permanecem latentes, sem se manifestarem, em estados de equilíbrio dinâmico e, surgem com maior ou menor intensidade, dependendo muito do desequilíbrio que se instala, atingindo alguma necessidade humana básica do indivíduo, família ou comunidade, a qual requer solução imediata ou não, podendo ser ou não expressa.

Podemos constatar que as necessidades são universais a todo ser humano, alterando apenas a forma como são manifestadas e os modos para satisfazê-las. A

individualidade, idade, sexo, cultura, fatores sócio-econômicos, escolaridade, o ciclo saúde-enfermidade e o ambiente físico são fatores que podem interferir na manifestação e atendimento das necessidades, caracterizando assim a particularidade de cada indivíduo.

Psicólogo e consultor americano, Maslow baseou a teoria das necessidades humanas básicas na motivação humana. Dividindo-as em cinco níveis de excelência, hierarquizando-as conforme o grau de importância e de influências. São elas: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de auto-realização (HORTA, 1979).

Maslow, apud Horta (1979, p.39), afirma que “nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, conforme a teoria se estabelece, não haveria mais motivação individual”.

As necessidades estão intimamente inter-relacionadas, pois fazem parte de um todo, o ser humano, caracterizando assim o ser holístico, pois o homem é um todo indivisível e não uma soma de suas partes. Percebe-se estreitamento entre algumas necessidades e distanciamento entre outras, no entanto, todas sofrem alterações quando uma encontra-se alterada, seja por desequilíbrio causado por escassez ou excesso de atendimento (HORTA, 1979).

Horta (1979, p.31) utilizou alguns pressupostos em sua teoria, os quais serviram de base para o nosso estudo, e acreditamos serem de vital importância para a real e efetiva assistência do cuidar em enfermagem. São eles:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.
- A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.
- Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.
- A Enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo do ser autocuidado.

3.3 Conceitos Interrelacionados

Para dar sustentação ao nosso estudo, alguns conceitos foram definidos, os quais se encontram interrelacionados. Estes conceitos têm suporte na teoria de Wanda Horta e em outros autores, tendo em vista que alguns conceitos não foram definidos por Horta.

3.3.1 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 auto-cuidado; 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.

Enfermagem perioperatória na unidade de centro cirúrgico, a nosso ver é parte primordial do cuidado, parte integrante do sistema em que o paciente se encontra inserido e parte fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico. A equipe de enfermagem encontra-se em contato direto com o paciente em todas as etapas, seja na admissão do paciente, nas salas cirúrgicas e na sala de recuperação pós – anestésica. Em virtude disso, a equipe de enfermagem constitui-se no conjunto de pessoas que estão mais próximas do paciente nesse ambiente estranho e estressante, desencadeador de medos, ansios, preocupações e até de alterações fisiológicas.

Cabe a enfermagem fornecer conforto, segurança, apoio, atenção para situações de aflição e desequilíbrio, buscando minimizar os estressores que a cirurgia traz, além da orientação e educação permanente do paciente visando à independência do mesmo.

3.3.2 Enfermeiro:

“É um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida e, nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem... o ser-enfermeiro é gente que cuida de gente” (HORTA, 1979, p.3).

As funções do enfermeiro podem ser consideradas em três áreas ou campos de ação distintos:

- a) Área específica: assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente dessa assistência, quando possível pelo ensino do auto cuidado.
- b) Área de interdependência ou de colaboração: a sua atividade na equipe de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde.
- c) Área social: dentro de sua atuação como profissional a serviço da sociedade, funções de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe (HORTA, 1979 pg. 30).

Considerando os pressupostos trazidos acima, no ambiente de estudo, o enfermeiro deve estar atento não só aos cuidados de rotina, mas também às alterações apresentadas pelo paciente em resposta ao estresse gerado pela cirurgia e as alterações em suas necessidades biopsicossociais. É um ser humano dotado de conhecimento científico, conhecedor das patologias que procura ensinar direta ou indiretamente, através de cuidados ou orientações acerca de todas as etapas do processo cirúrgico. É ainda, um profissional que colabora para a construção de novo conhecimentos, através da pesquisa.

Entretanto, não podemos deixar de considerar que o enfermeiro também sofre com as agressões que este meio apresenta como o sofrimento do paciente e do familiar, patologias e falta de condições de trabalho, sendo o mesmo igual a qualquer outro ser humano frágil e suscetível ao desequilíbrio orgânico, necessitando do descanso e ambiente de trabalho adequado.

3.3.3 Ser Humano

Para Horta:

O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, e como tal, sujeito a todas as leis que o regem no tempo e no espaço. 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 no espaço. Distingue-se dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado de poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro. Estas características permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade. É também agente de mudanças no universo dinâmico, no tempo e no espaço. Como agente de mudança, é também causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades (HORTA, 1979, p.28).

Entendemos que ser humano é um indivíduo que se diferencia dos demais seres por possuir a capacidade de raciocínio, reflexão e imaginação, tornando-o único, autêntico e individual. Está em sintonia com o universo constantemente e através de forças externas do espaço e do tempo ou pelas próprias forças do indivíduo, podem gerar estados de equilíbrio ou de desequilíbrio afetando assim alguma necessidade biopsicossocial do mesmo. Ser humano engloba todos os seres, seja o ser-enfermeiro, o ser – paciente, entre outros.

3.3.4 Paciente

Sendo o ser humano parte integrante do universo, do ponto de vista bio-psico social, está sujeito a ações do ambiente que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Os desequilíbrios geram necessidades que o fazem buscar algo que possa supri-las, mantendo assim seu equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. As necessidades não atendidas trazem desconfortos, o que se for prolongado por muito tempo pode ocasionar a doença (HORTA, 1979). Seguindo o pensamento da autora, podemos concluir que paciente é o ser humano que carece satisfazer necessidades vitais para seu processo de viver.

Definimos como paciente cirúrgico aquele cujo tratamento implica um ato cirúrgico. Entendemos que este é um ser humano dotado de reações e sentimentos iguais aos dos demais indivíduos, entretanto, devido ao processo cirúrgico experimenta

maior suscetibilidade aos estressores que o sistema apresenta, como por exemplo, a anestesia, punções venosas, incisão cirúrgica, monitorização, medicação anestésica, e o próprio ambiente hospitalar.

Para Horta (1979), o indivíduo que passa por um processo cirúrgico sofre de síndrome cirúrgica, em que passará de um estado de independência ao de dependência. Horta relata, ainda, que neste período, o paciente pode sofrer alterações nas suas necessidades de segurança, educação à saúde, religiosa, integridade cutâneo-mucosa, percepção sensorial dolorosa, oxigenação, eliminação, nutrição, regulação hidroeletrólítica, regulação vascular e térmica, regulação imunológica, comunicação, mecânica corporal, postura, deambulação, auto-imagem, integridade física e outras.

O termo “paciente” gera controvérsia pela conotação de passividade que traz. No entanto, ao pesquisar este termo encontramos que a palavra “paciente” é derivada do vocábulo grego “*pathos*” de onde surgiu a palavra patologia, estudo das doenças humanas (STEDMAN, 1990, p. 956). Portanto, ao utilizarmos tal termo, não pensamos num ser humano passivo, mas alguém que se encontra mais frágil e que necessita de cuidados para que possa voltar ao seu estado de equilíbrio.

3.3.5 Saúde

“Estar com saúde significa estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço” (HORTA, 1979, p.29).

Acreditamos que para o paciente cirúrgico a saúde se reflete nas respostas que o mesmo vai apresentar frente ao processo operatório e principalmente no pós – operatório, ou seja, redução da ansiedade, minimização da dor causada por algumas patologias, retirada do órgão doente, todos visando o bem estar. Voltando assim a realizar suas atividades habituais normalmente, na tentativa de se restabelecer o equilíbrio ou amenizar a intensidade da necessidade desequilibrada.

3.3.6 Doença:

“É o resultado do não atendimento ou atendimento inadequado das necessidades humanas básicas” (HORTA, 1979, p.29).

Para o ser humano que se submete à cirurgia, doença é, possivelmente, um desequilíbrio nas necessidades, sejam elas de ordem fisiológica ou emocional - alguma alteração da função ou do metabolismo normal dos órgãos, que necessite de intervenção cirúrgica, sendo esta indicada como último recurso no tratamento. Este desequilíbrio das necessidades se expressa intensamente aos pacientes que abordamos no estudo, no entanto, outras necessidades podem também estar alteradas, direta ou indiretamente.

3.3.7 Ambiente/Ambiente Cirúrgico

O meio ambiente é o local em que o ser humano está inserido, usufruindo e interagindo com ele, por isso, pode ser considerado um fator determinante para o equilíbrio de suas necessidades humanas básicas (BENEDET, 2002).

Ao nosso entendimento, o ambiente que abriga o paciente perioperatório constitui-se pelo centro cirúrgico e também a unidade de internação cirúrgica, e por vezes até a unidade de terapia intensiva (UTI). Também abriga o imaginário que é criado pelo mesmo a partir de fantasias ou experiências vividas, devido ao desconhecimento destes locais.

Este ambiente cirúrgico traz uma influência positiva, pois é um espaço de cuidado e cura; por outro lado, acreditamos que ele possa contribuir para o desequilíbrio de suas necessidades psicológicas, sociais, culturais e espirituais, devido ao estresse vivido no processo cirúrgico ou mesmo pelo próprio imaginário do paciente.

3.3.8 Necessidades

Para Horta (1979, p.39) as necessidades são “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”.

A autora partiu do pressuposto que as necessidades são universais, contudo, a forma de manifestação e satisfação das mesmas varia conforme idade, gênero, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, ciclo de saúde-doença e ambiente, entre outros.

Para o nosso estudo, as necessidades apresentam-se como estados de desequilíbrio, tanto físicas quanto emocionais. Assim, o tratamento cirúrgico e o apoio psicológico se fazem necessários para restabelecer o equilíbrio. Partimos da premissa que tais necessidades precisam ser atendidas, uma vez que interferem direta ou indiretamente na realização de um tratamento cirúrgico eficaz e ainda numa recuperação física e emocional satisfatória.

3.3.9 Assistência de Enfermagem

“Assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais” (HORTA, 1979, p.30).

Em nosso trabalho, assistir em enfermagem é todo e qualquer cuidado prestado ao paciente cirúrgico que visa o restabelecimento do seu equilíbrio. Este assistir do enfermeiro de centro cirúrgico é realizado a partir da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória – SAEP. Esta sistematização é realizada em todo processo cirúrgico, ou seja, nos períodos pré, intra e pós-operatório e através da mesma asseguramos um atendimento ao paciente cirúrgico de maneira individualizada, planejada e contínua.

O “fazer pelo ser humano” na assistência de enfermagem perioperatória é realizado desde o momento em que o paciente é internado no hospital, no qual o enfermeiro deve elaborar o histórico; realizar a visita pré-operatória, preferencialmente pelo enfermeiro do centro cirúrgico, no qual este profissional irá coletar dados e fornecer orientações; este mesmo enfermeiro deve, se possível, recebê-lo no centro cirúrgico e assegurar assistência no intra e pós-operatório imediato; liberá-lo para unidade de internação ou alta, com as prescrições de enfermagem e por fim realizar a visita pós-operatória, com objetivo de avaliar o estado geral do paciente após o ato cirúrgico, bem como averiguar a qualidade da assistência perioperatória prestada.

3.3.10 Visita Pré - Operatória

Muito embora Wanda Horta não faça referência à visita pré-operatória em sua teoria, podemos destacar através de dois de seus pressupostos, a importância que a mesma discorre sobre o atendimento individualizado ao paciente e considerar o mesmo como elemento participante do cuidado. Com isto, percebemos que por meio da realização da visita pré-operatória o enfermeiro estará garantindo este atendimento individualizado e participativo que a autora menciona.

Assim, neste estudo, enfatizamos a importância da visita pré-operatória a ser realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico, pois acreditamos que o mesmo, por conhecer e vivenciar todo processo cirúrgico é o profissional mais capacitado para realizar a visita ao paciente cirúrgico, coletando informações imprescindíveis que garantam um cuidar individualizado, como a constatação de problemas ou alterações relacionados aos aspectos biopsico-sócio-espirituais. De acordo com as necessidades levantadas, o enfermeiro traça um plano de cuidados para o paciente cirúrgico, bem como o orienta acerca dos procedimentos cirúrgicos (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Face a natureza do fenômeno a ser estudado e do objetivo proposto, nosso estudo partiu de uma prática assistencial, na busca da observação da realidade existente e a partir dela elaboramos um instrumento para possível efetivação da visita pré-operatória do enfermeiro.

4.2 Sujeitos do estudo

Participaram deste estudo duas populações distintas. Para elaboração e avaliação do instrumento, contribuíram dezoito profissionais que atuam no cenário cirúrgico, dos quais sete são enfermeiras, quatro cirurgiões e sete anesthesiologistas. Outra população considerada foi a de quinze pacientes adultos, de ambos os sexos, internados nas clínicas cirúrgicas I e II, que iriam se submeter às cirurgias eletivas das especialidades geral e vascular.

Os sujeitos supracitados aceitaram participar deste estudo mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices: A e B), e foram referidos no trabalho através de siglas de acordo com a classe profissional, ou seja, A para o profissional Anesthesiologista; C para o profissional Cirurgião; E para o profissional Enfermeiro e P para os pacientes. Foram numerados conforme a quantidade de entrevistas realizadas aos profissionais e visitas realizadas aos pacientes.

4.3 Contextualização do local de estágio²

As atividades práticas deste estudo foram realizadas no Centro Cirúrgico e Unidades de Internação Cirúrgica I e II do Hospital Universitário Prof^o Polydoro Ernani São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A coleta dos dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2007, concomitante com o estágio supervisionado II, no qual pudemos conhecer a realidade do local e adaptar nossas perspectivas para o início da implantação da visita pré - operatória do enfermeiro de centro cirúrgico.

As obras do Hospital Universitário, tiveram início em 1964 no Campus Universitário Trindade, mas somente foi fundado em 1980, após, intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais.

Esta instituição concentra todos os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. Todas essas funções convivem em plena integração, transformando o HU em um Centro de Excelência no atendimento à saúde como poucos no país e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atua nos três níveis de assistência: atenção básica, média e alta complexidade. O HU é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades.

Seu corpo clínico constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e de pesquisa; os médicos e demais profissionais da enfermagem, farmácia e bioquímica, nutrição, serviço Social, odontologia, psicologia e engenharia biomédica, que possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e prática clínicas, conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário.

Atualmente conta com 268 leitos e disponibiliza aos seus pacientes tratamentos clínicos e cirúrgicos, Obstetrícia/Alojamento conjunto, Unidade Neonatal,

² O presente subtítulo tem como referência o “Site” do Hospital Universitário Prof^o Polydoro Ernani São Thiago (HU, 2007)

pediatria, Unidade de Terapia Intensiva - adulto e neonatal, Emergências adulto e pediátrica, Ginecologia e um Centro de Tratamento Dialítico.

O Corpo Clínico Multidisciplinar conta ainda com diversas especialidades da medicina moderna, tanto em nível de Ambulatório, quanto nas especialidades médico-cirúrgicas, dentre as quais podemos citar: Buco Maxilar, Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Angiologia, Endocrinologia, Proctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Hemoterapia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Obstetrícia, Vídeo-Cirurgias, Cirurgia Vasculiar e Cirurgia Torácica.

Apresenta também com Serviços simples e complexos, com equipamentos para realização de exames, além de serviços auxiliares como: Hemoterapia (Banco de Sangue); Laboratório de Análises Clínicas e de Anatomia Patológica, Serviço de Hemodinâmica; e Serviço de Quimioterapia Ambulatorial.

Inserida no contexto do HU, encontra-se a diretoria de enfermagem, que ao longo destes anos têm buscado pela qualidade da assistência, participando ativamente das reformulações curriculares, buscando a integração docente-assistencial.

O Hospital conta hoje com um efetivo de 1279 funcionários, sendo destes cerca de 600 trabalhadores na área da enfermagem, dos quais 136 enfermeiras (os), 391 técnicas (os) e auxiliares de enfermagem, 37 auxiliares de saúde, 16 escriturários, 02 maqueiros e 07 instrumentadores cirúrgicos. Entre os trabalhadores, vários já contam com cursos de especialização, mestrado e doutorado.

A educação é uma busca permanente através da capacitação pessoal e profissional do corpo de enfermagem, com vistas a alcançar a qualidade da assistência, oferecida por meio de atividades de educação realizadas pela Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem – CEPEN.

A assistência de enfermagem é realizada de forma integral e se dá durante as 24 horas em todas as unidades. Para a realização desta assistência de enfermagem, a Unidade de Centro Cirúrgico bem como toda a parte de internação da instituição, adota

metodologia baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

4.3.1 Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico do HU localiza-se no 4º andar próximo a UTI e 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 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; um consultório para clientes externos de consultas no pré-operatório especificamente de anestésias; seis lavabos; dois monta-cargas (sendo um utilizado para transportar materiais contaminados e outro para materiais limpos); uma sala de escritório utilizada pela enfermeira (chefe do setor); uma sala de escritório utilizada pelo escriturário, localizada fora do ambiente restrito, onde os pacientes são recepcionados e as famílias atendidas; uma sala de descanso com sofá, colchonetes e televisão; dois vestiários, feminino e masculino e uma sala de lanche.

De acordo com Souza (2006) são realizadas em média 260 cirurgias mensais. Em maior número, são realizadas as cirurgias gerais (colecistectomia, apendicectomia, hernioplastia, laparotomia) e cirurgias plástica-estéticas (mamoplastia, abdominoplastia, rinoplastia e correção de queimaduras).

A equipe de enfermagem do CC constitui-se de 03 enfermeiras, 27 técnicos de enfermagem, 03 auxiliares de enfermagem, 04 instrumentadores, 02 maqueiros e 01 escriturário, distribuídos nos três turnos de atendimento. Completando a equipe cirúrgica, a unidade conta com cirurgiões, anestesistas, residentes de medicina nas diversas especialidades, 02 bolsistas na secretaria da unidade, estudantes de enfermagem e medicina configurando o cenário de hospital escola.

O mapa cirúrgico diário é feito pela enfermeira da unidade às dezesseis horas de acordo com os avisos de cirurgias deixados pelas equipes médicas de cada especialidade na secretaria do centro cirúrgico. Cada serviço agenda suas cirurgias, conforme a distribuição das salas e dias disponíveis para cada especialidade e

disponibilidade das mesmas, sendo feito rodízio entre as especialidades no caso de falta de salas, conforme o quadro I a seguir:

Quadro I: Distribuição de escala cirúrgica, conforme especialidades por dia da semana.

	Segunda - feira	Terça - feira	Quarta – feira	Quinta – feira	Sexta - feira
M A N H A	Vascular Cabeça e Pescoço Ortopedia Buco – Maxilo	Geral Geral Proctologia Torácica	Urologia Geral Ginecologia Plástica	Geral Proctologia Mastologia Vascular	Geral Urologia Plástica Vascular
T A R D E	Plástica Ginecologia Otorrinolaringologia Oftalmologia Geral	Otorrinolaringologia Ginecologia Cabeça e Pescoço Geral Oftalmologia	Ginecologia Plástica Geral Oftalmologia Vascular	Mastologia Plástica Ortopedia Oftalmologia	Ginecologia Plástica Geral *Odontologia

*Especialidade realiza cirurgia na última sexta-feira de cada mês a pacientes com déficit neurológico.

4.4 Aspectos Éticos do Estudo

Como o estudo foi realizado com seres humanos, ficou claro que os aspectos éticos foram levados em consideração durante a realização e levantamento de dados junto aos sujeitos em questão.

Conforme a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, que dita às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, são incorporados quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos do estudo e ao Estado (BRASIL, 1996).

Os princípios éticos aplicados neste estudo foram:

- Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); (Apêndices: A e B conforme citados anteriormente);

- Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);
- Respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes;
- Assegurar aos sujeitos do estudo os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes do estudo (BRASIL, 1996).

5 VISITA PRÉ-OPERATÓRIA – DO SONHO À REALIDADE

A visita pré – operatória representa um momento de interação entre enfermeiro e paciente, favorece o levantamento de problemas de saúde que possam interferir no processo cirúrgico, além de contribuir para uma assistência emocional e educativa. As ações do enfermeiro convergem para um cuidar individualizado a partir da compreensão dos problemas relatados pelos pacientes. Um cuidar que busca a visão do paciente como um todo, respeitando aspectos bio-psico-sociais, a partir da construção de um novo instrumento para o registro de dados, como subsídio para a melhoria da assistência. A comunicação estabelecida no momento da visita é um importante aspecto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade (ORÍÁ; MORAIS; VICTOR, 2004).

O presente estudo, cujo objetivo citado anteriormente, foi realizado em três momentos distintos. No primeiro momento, construímos um instrumento para a realização da visita. O segundo constitui da realização de visitas à pacientes com cirurgias eletivas marcadas. Por fim, a análise do instrumento proposto, identificando as dificuldades e benefícios da realização das visitas. Estes momentos serão relatados a seguir.

5.1 Construção do instrumento

Com o propósito de facilitar a realização da visita pré-operatória pelo enfermeiro do centro cirúrgico, optamos por elaborar um instrumento metodológico que contivesse dados imprescindíveis para realização da cirurgia, mas, acima de tudo, que pudesse proporcionar uma assistência integral e individualizada ao paciente.

Através da revisão bibliográfica sobre a visita pré-operatória e a assistência de enfermagem perioperatória, visamos nos instrumentalizar teoricamente para a criação

do instrumento e nos ambientarmos com a situação do processo cirúrgico, suas implicações para o paciente, assim como possibilitar, através de inúmeras discussões, identificarmos o real papel do enfermeiro de centro cirúrgico.

Além da revisão de literatura acerca destes temas, procuramos desenvolver o instrumento com base na teoria de Wanda de Aguiar Horta, sustentada nas Necessidades Humanas Básicas, teoria esta que além de se constituir no referencial teórico da sistematização da assistência do Hospital Universitário, permite assistir o paciente em sua totalidade e assegurar sua plenitude bio-psico-sócio-espiritual.

Com o instrumento semi-pronto (APÊNDICE: C), iniciamos a apresentação do mesmo para profissionais da equipe cirúrgica. Tivemos a oportunidade, neste momento, de colher valiosas contribuições, tais como críticas e sugestões para que o instrumento ficasse claro, objetivo, e ainda contemplasse todos os aspectos do ser humano presentes na teoria do referencial escolhido. A coleta de dados foi realizada com profissionais através de entrevistas gravadas.

Na parte inicial do instrumento, pouco foi modificado. Apenas acrescentamos a escolaridade do paciente, considerando a sugestão de um profissional:

Vocês tem que colocar a escolaridade... isso pode ser importante. (A1)

Concordamos que este item é de extrema importância a fim de realizar uma educação em saúde mais individualizada, adaptando termos e disponibilizando informações de acordo com o grau de instrução do indivíduo.

O segundo quadro do instrumento contém dados relevantes do histórico de enfermagem. Foram elencadas informações indispensáveis e determinantes para o momento cirúrgico, como presença de alguma doença crônica, fatores de risco, alergias e medicações em uso. Estas informações são de grande valia e podem comprometer o processo anestésico seguro. Além disso, incluímos um espaço destinado ao registro de casos de alguma intercorrência anestésica, caso o paciente já tenha sido submetido a outro processo cirúrgico. Percebemos a relevância desta informação no relato de um anestesologista:

Sempre perguntamos se o paciente ou algum membro da família já teve problemas com anestesia, a escolha do método anestésico deve ser cautelosa nestes casos.(A3)

No decorrer das entrevistas, notamos que alguns termos referentes à Teoria das Necessidades Humanas Básicas geraram dúvidas, como na fala abaixo:

Necessidades Humanas?... Sinais vitais não ficaria melhor?(A5)

Percebemos que estas dúvidas estão presentes na fala de outros profissionais de saúde, que desconhecem o referencial teórico de Wanda Horta. No entanto, buscamos manter de forma mais fidedigna possível os conceitos e pressupostos da teorista como forma de nos guiar e para que pudéssemos cumprir nosso objetivo de individualizar a assistência e suprir necessidades específicas do paciente. As frases abaixo sustentam nossas intenções:

O referencial teórico é importante para nos dar um norte, direcionando o processo de cuidar. (E4)

Hoje, com tantas especialidades, devemos ter cuidado para não fragmentar o ser humano e é o referencial que vai nos dar subsídios para isso. (E3)

Considerando que no processo de enfermagem, Wanda Horta identifica as necessidades bio-psico-sociais, mantivemos tais necessidades no instrumento, principalmente as biológicas, que interferem em muito no processo cirúrgico, tais como regulação neurológica, eliminações, condições do abdômen, condições de mobilidade, integridade cutânea, utilização de próteses e condições dos órgãos do sentido, sem, no entanto, esquecermos dos aspectos psico-sociais. Concordamos com a visão do profissional abaixo e optamos por estruturar esta parte com alternativas prontas para definir cada item. Com o propósito de dinamizar o processo da visita.

Acredito que o instrumento deva ser auto-explicativo e bem destrinchado para que a pessoa que for realizar a visita possa entender e realizá-la com sucesso.(E1)

Sabemos que a realização da visita pré-operatória é uma função do enfermeiro de centro cirúrgico, segundo o que observamos no manual de atribuições dos profissionais de enfermagem do HU/UFSC. No entanto, enquanto a visita não se

institucionaliza oficialmente, acreditamos que outros profissionais possam contribuir para que esta assistência seja feita, visto o grande benefício que ela traz. Tivemos grande abertura de enfermeiros dos serviços cirúrgicos, como podemos constatar no relato abaixo, e por isso, acreditamos que a ajuda de todos neste momento é fundamental para concretizarmos este sonho.

A gente aqui da Clínica Cirúrgica pode ajudar e estar fazendo a visita até que esta questão de disponibilidade de tempo se resolva. O que podemos fazer também é indicar os pacientes mais suscetíveis e que necessitem mais de apoio e orientações. (E2)

Em relação às expectativas e sentimentos do paciente referentes ao seu processo cirúrgico, optamos por abordar esta questão de uma forma ampla e aberta, pois acreditamos que é a partir da resposta do indivíduo que vamos encontrar o caminho para auxiliá-lo em suas necessidades psicossociais. Nossas crenças se confirmam com os ensinamentos da enfermeira abaixo:

Vocês devem perguntar: “Como você está se sentindo?”... “Como posso lhe ajudar?”... O paciente é que vai lhe dizer qual é a sua necessidade, assim você estará fazendo um processo de cuidado de enfermagem eficaz. (E3)

Um item em especial foi sugerido por uma enfermeira da clínica de internação cirúrgica com base em sua vivência diária:

É importante saber do paciente o que ele sabe sobre sua doença e cirurgia, porque muitas vezes o que ele sabe não é o que realmente está se passando. (E2)

Aprendemos que é preciso ter cautela quando se trata desta questão, muitas vezes os familiares preferem poupar o ente adoecido do seu diagnóstico, por isso incluímos esta pergunta no instrumento para que, caso se constate que o paciente não sabe de sua doença, possamos respeitar a decisão da família. + CITAÇÕES AUTORES

Reconhecemos a importância do acolhimento à família não só no momento da visita, mas em toda a internação do paciente. Ela é parte fundamental no processo de enfrentamento e reabilitação da cirurgia. É preciso dar guarida, receber, confortar e

suprir necessidades que surgem no decorrer do processo cirúrgico, como necessidades de alívio da ansiedade, necessidade de informações, necessidades de explicação sobre procedimentos e equipamentos. Neste sentido, incluímos um espaço para especificar se a família está presente ou não e se está instruída ou não sobre a cirurgia. A preocupação da enfermeira abaixo demonstra a sua relevância:

Dados sobre acompanhantes são imprescindíveis, saber se eles estão cientes da situação de doença e cirurgia. Além deles poderem ajudar no cuidado do paciente no pós-operatório, são carentes de apoio também. Cabe a enfermagem estar atento a isso. (E2)

Como último item do instrumento, incluímos as orientações pré-operatória, cuja relevância é inestimável. Mellis e Zago (1999) relatam que a educação do paciente é uma ação instrumental e de proteção, do enfermeiro para com o paciente, em que o fornecimento de informação é sua essência. Entretanto, educar implica no desenvolvimento de outras hierarquias de aprendizagem, como as de atitude, por exemplo, e todas elas associadas é que poderão constituir-se em subsídios para as alterações de comportamentos em prol da saúde.

“A educação para saúde é importante para o cuidado de enfermagem, uma vez que ela pode determinar como os indivíduos e as famílias são capazes de ter comportamentos que conduzam ao auto-cuidado” (SMELTZER; BARE, 1996, p. 39).

Reconhecemos, assim como os autores acima, o grande valor que tem a educação em saúde e de quanto às orientações referentes aos inúmeros aspectos do processo cirúrgico podem contribuir para que a vivência deste momento seja menos traumática e mais breve. Buscamos enfatizar esta questão sabendo da responsabilidade do enfermeiro em contemplar este aspecto. Tivemos, através das falas dos profissionais, constatações de que as orientações perioperatórias são de relevância extrema:

O que eu acredito ser o mais importante neste instrumento são as orientações perioperatórias. Informações gerais como anestesia, tempo de cirurgia, encaminhamento para sala de recuperação... Além das orientações do pós como dor operatória, exercícios respiratórios, deambulação e dieta. Essas informações são importantes para diminuir a ansiedade do pré e contribuir para uma recuperação mais eficiente, já que o paciente está a par da situação e pode contribuir para seu cuidado. (C2)

Reestruturamos o conteúdo do instrumento após as sugestões, críticas e contribuições dos nossos participantes desta primeira etapa do estudo. Contudo, a fala do profissional abaixo nos fez pensar na importância da estrutura do material metodológico:

Ta muito poluído! Seria interessante bolar uma maneira de evidenciar os dados anormais, para chamar atenção. Tem que mudar o layout!(A1)

Estimuladas pela crítica do profissional anesthesiologista, começamos a testar diferentes formatações para que o instrumento ficasse limpo, claro e que evidenciasse aspectos alterados do paciente. Decidimos ainda, que o instrumento seria amarelo claro para que se destacasse no prontuário e fosse de fácil acesso.

O instrumento idealizado (Apêndice: D) estava pronto, estávamos concretizando parte do nosso sonho, foram quinze dias de pesquisa, entrevistas, discussões e formatações. Porém, tudo foi válido, acreditamos que o instrumento ficou a altura da grandiosidade que carrega a visita pré-operatória do enfermeiro. Vejamos a fala de um profissional que enfatiza essas questões:

Ótimo, ótimo!(A1)

5.2 Do sonho à realidade – Visita Pré - Operatória

A visita pré-operatória foi realizada com 15 pacientes de ambos os sexos, com cirurgias eletivas marcadas, nas especialidades geral e vascular. Estas especialidades foram selecionadas devido à demanda, principalmente da cirurgia geral, a qual ocorre em maior número no local de estágio.

A cirurgia vascular foi destacada, por ser uma especialidade mais complexa. Frequentemente, o pós-operatório de pacientes que se submetem a cirurgia dessa especialidade, é bastante delicado; cujos cuidados implicam em diversos procedimentos invasivos. Além disso, muitos pacientes são transferidos no pós-operatório imediato para UTI. Este local, carregado de estigma, gerador de medo, ansios e estresse em função dos cuidados intensivos; necessita de uma atenção

especial em termos de orientações. Um cirurgião dessa especialidade evidencia tais aspectos em sua fala:

Acho que deveriam abordar essas visitas aos pacientes que submetessem a cirurgia vascular,... não “puxando” para o meu lado, mas sim por ser pacientes que necessitam de diversos procedimentos que são da enfermagem, como sondagem vesical, punções de veias de pequeno e grande calibre, como para uma PAM, PVC, e fora a UTI que muitos pacientes passam e tem medo por ser um ambiente estranho, frio, assustador para eles e seus familiar, em que vocês poderiam diminuir esses anseios através das orientações...(C1)

Nessas falas do cirurgião observamos a necessidade e grande colaboração que estaríamos fazendo ao abordar os pacientes que submeteriam a cirurgia vascular, poderíamos realizar a assistência mais humanizada a esses pacientes que apresentam maior fragilidade, condicionado ao fato de muitos serem submetidos à internação na UTI.

Os pacientes, para realização de nossas visitas, eram selecionados diariamente de acordo com o mapa cirúrgico e avisos de cirurgia. O fato de que as cirurgias que acontecem no dia serem somente confirmadas às dezesseis horas do dia anterior representou nossa maior dificuldade nessa etapa do estudo. Além de restar um tempo curto para realização das visitas, o período disponível não correspondia ao nosso horário de estágio.

Para driblar essas dificuldades adotamos algumas estratégias, tais como: nos dirigimos ao local de prática em horários alternativos, realizamos visitas no início da manhã de pacientes que realizariam cirurgias seguintes neste mesmo turno e ainda, pegamos os avisos de cirurgias dos próximos dias, sem saber ao certo se estas últimas iriam realmente acontecer. Além disso, fizemos o possível para estar presente no centro cirúrgico no momento das cirurgias dos pacientes a quem visitamos, no intuito de ser referência neste ambiente desconhecido para a maioria dos pacientes. As visitas eram realizadas em sua maioria nas terças, quartas e quintas – feiras visto que as cirurgias da geral eram realizadas principalmente nas quartas-feiras e nas sextas-feiras e as da vascular nas quintas-feiras.

Nas unidades de internação cirúrgicas I e II, nos apresentamos, explicamos os objetivos do trabalho para as enfermeiras de todos os turnos, que reconheciam o

trabalho que estávamos desenvolvemos e muitas vezes nos ajudavam, reportando-nos aos leitos dos pacientes e aos mais vulneráveis, indicando-os para visita.

Antes de nos dirigirmos aos quartos dos pacientes checamos os prontuários para coleta de dados do histórico de enfermagem, prescrição médica, bem como o controle dos sinais vitais. No quarto dos pacientes, nos apresentamos como membros da equipe cirúrgica e explicamos que estávamos ali para conhecer um pouco de sua história, falar sobre as etapas da cirurgia que iriam trilhar, enfocando as orientações tanto pré, intra, como pós - operatórias. Foram assinados os termos de consentimento (Apêndice:D) e realizadas as visitas seguindo os itens do instrumento (Apêndice: D).

Conforme relatado na construção do instrumento, o mesmo foi dividido em quatro partes que constam os dados de identificação, aspectos relevantes do histórico de enfermagem, as necessidades humanas básicas e a educação pré - operatória. Tomamos o cuidado de dispor os problemas levantados somente do lado direito do instrumento para que ficassem evidenciados.

No primeiro item, Identificação, observamos alguns tópicos relevantes para nossa abordagem ao paciente, como idade e escolaridade, para introduzir uma linguagem que fosse acessível ao seu entendimento.

Um item bastante questionado pelos pacientes foi em relação ao tempo estimado de cirurgia, como observamos nas falas a seguir:

Quanto tempo de cirurgia?[...] (P1, P4, P5, P10)

Em quanto tempo eu já vou estar no quarto? (P3, P7, P11)

Quanto tempo demora? (P12, P2)

[...] depois da cirurgia eu já venho por quarto, não é? (P13, P15)

Com base na literatura, procuramos compreender o processo das cirurgias mais freqüentes, afim de sanar estes questionamentos, relacionados ao tempo estimado de cada cirurgia, etapas do processo e permanência em Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

No segundo item, o qual abordava na ficha de visita os dados relevantes do Histórico de Enfermagem do paciente, pudemos constatar importantes alterações como algumas doenças crônicas, medicamentos em uso, fatores de risco e possíveis alergias

relatadas pelos próprios pacientes e que confirmamos no prontuário dos mesmos. Essas alterações foram destacadas para o nosso conhecimento, dos cirurgiões e principalmente dos anestesistas para a realização e sucesso da cirurgia.

Durante o início do estágio pudemos passar por algumas situações que nos levaram a colocar esses itens em evidência, pois observamos no centro cirúrgico que algumas cirurgias eram canceladas com o paciente já em sala operatória devido a não suspensão de alguns medicamentos que interferem no momento cirúrgico, como os antiadesivos plaquetários, que podem aumentar o risco de sangramento. Este incidente foi observado algumas vezes num curto período de tempo, o qual gerou grande desconforto para os profissionais e principalmente para o paciente. Outro exemplo é a complicação no intra-operatório por alergia ao látex, o que precisa também ser constatado previamente.

Smeltzer e Bare (2005) evidenciam a importância dos dados colhidos através do histórico de enfermagem, ao relatarmos as atividades da enfermagem no período pré-operatório, a avaliação basal do paciente antes do dia da cirurgia que inclui o exame físico, avaliação emocional, a história anestésica prévia e a identificação de alergias e doenças conhecidas que possam afetar o resultado cirúrgico.

Ainda no mesmo item era questionado o relato de cirurgias anteriores, para observarmos o quanto dos procedimentos de uma cirurgia o paciente conhecia; evidenciando assim seu estado emocional e as alterações que apresentou durante alguma cirurgia anterior, como intercorrências com o procedimento anestésico.

Ihh meu bem, essa é a terceira cirurgia que eu faço, não tenho medo de nada não, já conheço tudo [...]. (P11)

Querida, já fiz cirurgia sim, to bem tranqüila. (P7)

É minha terceira cirurgia, já sou velhaco aqui no hospital, sem problemas. (P5)

Olha, já fiz cesariana, e pelo visto o médico disse que vai ser a mesma anestesia, então não tive nenhuma complicação com ela quando recebi a anestesia [...]. (P10)

Esses relatos mostram como o paciente estava frente à cirurgia. Assim, abordarmos ou aprofundamos as orientações quanto ao momento cirúrgico,

dependendo do conhecimento prévio que cada paciente nos trazia e assim acontecia a troca de saberes.

Por outro lado, outros pacientes se demonstravam apreensivos frente ao processo cirúrgico:

É minha primeira cirurgia, estou muito tensa e nervosa, a “pressão” tem subido aqui no hospital. (P3)

Minha primeira vez, tenho medo da anestesia, de como é lá dentro durante a cirurgia, [..]. (P8)

Quando é a primeira a vez a gente não conhece nada, neh! (P3)

Tenho tanto medo de morrer, vou perder muito sangue? (P8)

Podemos observar que o medo do desconhecido gera maior insegurança e ansiedade no paciente, o qual interfere diretamente no seu estado psíquico normal, podendo assim manifestar sintomas orgânicos, alterando toda sua hemodinâmica, como a elevação da pressão arterial.

A instrução, o apoio emocional dos profissionais e dos familiares é de grande importância nessa hora como artifício para tranquilizar o paciente. Santos e Luis (2002), trazem que o desconhecimento do procedimento ao qual o paciente será submetido é provavelmente um dos fatores que gera maior insegurança no paciente, pois implica na mudança do estilo de vida e ameaça para sua integridade, somando-se a incerteza do inesperado no decorrer da cirurgia e no período que ela se segue.

No mesmo estudo os autores supracitados também evidenciam que o paciente além da sintomatologia psíquica (tristeza), também experimenta sintomas orgânicos, (dor no peito) relatado em uma de suas entrevistas, devido ao estado de alerta que o paciente se encontra durante todas as etapas cirúrgicas, na expectativa de ser operado.

Contemplando o terceiro item da visita pré – operatória realizamos a anamnese do paciente, aferindo suas funções vitais, exame clínico sistêmico e coletando os dados relativos às necessidades biológicas. Dentre elas, algumas são de suma importância para os anestesiólogos e cirurgiões como observamos nas falas dos mesmos:

[...] sempre salientar as alterações, principalmente as que o paciente teve nas vésperas da cirurgia, pois, tipo vômitos, ânsia, são dados que podem alterar a conduta anestésica do paciente. (A7)

Atentamos a temperatura, a pressão do paciente, aos sinais vitais ao todo na véspera da operação, pois os mesmo são indicativos de algum desequilíbrio orgânico quando estão alterados.(C2)

Percebemos nesses comentários dos profissionais a importância do estado orgânico do paciente na véspera da cirurgia, pois quando alterado pode gerar complicações durante o processo anestésico e/ou cirúrgico. Evidenciamos, durante nosso estágio, cirurgias canceladas devido à pressão arterial elevada do paciente e outro caso por hipertermia há dias consecutivos.

Concordamos com Smeltzer e Bare (2005) que antes de se iniciar qualquer tratamento cirúrgico, deve-se obter uma história de saúde e aferição dos sinais vitais, para que se estabeleça uma base de dados para as futuras comparações. No exame físico são considerados inúmeros fatores que apresentam potencial para afetar o paciente e a cirurgia a qual será submetido.

Seguindo as necessidades humanas básicas do terceiro item, atentamos para as alterações que requerem um cuidado individualizado de cada paciente, algumas peculiares, como mobilidade física prejudicada, uso de próteses, amputações, idosos com astenia ou fragilidade óssea, dentre outros. Estes são dados importantes para o transporte, auxílio e proteção ao paciente e posicionamento na mesa cirúrgica.

Outras alterações destacadas foram dos órgãos dos sentidos, para que nas visitas e também no momento cirúrgico pudéssemos realizar cuidados especiais de acordo com cada necessidade, como o falar em tom mais alto aos pacientes com acuidade auditiva diminuída.

Neste item do instrumento pré-operatório, buscamos contemplar os ensinamentos da teórica, Horta (1979), em que a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, prevenindo estados de desequilíbrio e os reverte em equilíbrio através da assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. Há que se considerar que cada ser humano apresenta necessidades peculiares, sendo estas atendidas de forma individual.

Finalizando o terceiro item, de grande importância para nós e também mencionado nos relatos dos profissionais participantes, buscamos saber por meio das falas, expressões e gestos dos pacientes, suas preocupações, dúvidas e expectativas quanto ao processo cirúrgico e a hospitalização. Esta preocupação faz a diferença no assistir em enfermagem, no cuidado do enfermeiro que busca conectar o estado psíquico, emocional e social completando assim o ser integral e holístico que tanto nos motivou a realizar esse instrumento e prestar uma assistência mais qualificada, integral e humanizada através da visita pré-operatória.

Acho bem importante a expectativa do paciente quanto ao resultado final, pois poderemos saber como ele está se sentindo frente ao procedimento e o que espera dele. (A2)

[...] questionar sempre a principal preocupação do paciente e terão respostas surpreendentes, onde as preocupações podem estar em casa, nos filhos, netos, entre outras. (A3)

Através dessas observações feitas pelos profissionais colhemos dos pacientes suas reais preocupações, as quais são de diversas naturezas, podendo estar ou não relacionadas ao processo cirúrgico, mas que indiretamente refletem no estado emocional e físico do paciente.

Na verdade estou me sentindo bem em relação à cirurgia, o que me preocupa são meus netos,... estou com muita saudade deles. (P4)

Espero que fique boa com a cirurgia, pois eu e meu marido estamos preocupados, pois estamos faltando ao trabalho. (P4)

Na verdade, o que me preocupa é ter que ficar sem roupa na frente das pessoas, tenho vergonha. (P5)

Nessas falas podemos observar as preocupações que estão por traz de cada expressão do paciente e através delas tentamos de alguma forma minimizar esse estresse. Às vezes, com palavras de otimismo, uma orientação, um aperto de mão e até mesmo fazendo um contato com a família ou junto ao médico responsável, para o paciente obter atestado médico, pois somos o elo dos pacientes com a equipe cirúrgica.

As preocupações que o paciente traz podem ser diversas, desde o medo do desconhecido, da morte, da anestesia, do câncer, assim como sobre a perda do tempo de trabalho, perda do emprego, responsabilidades ou carga aumentada sobre os membros da família e a ameaça de incapacidade permanente contribuem ainda mais para tensão emocional criada pela perspectiva da cirurgia (SMELTZER; BARE, 2005).

Em virtude disso concordamos com Quinn (1999) apud Smeltzer e Bare (2005), ao afirmar que obtendo-se uma história de saúde cuidadosa do paciente, a enfermeira traz a tona preocupações do mesmo que podem ter impacto no curso da experiência cirúrgica.

Contemplando o quarto e último item de grande importância do papel do enfermeiro como educador, realizamos as orientações, educação pré – operatória, acerca dos procedimentos no processo cirúrgico. Abordamos os cuidados pré-operatórios quanto ao jejum, boa higiene geral e da região a ser operada, a tricotomia quando necessária e eliminações, como urinar antes de ir para cirurgia. Explicamos o porquê de cada etapa antes da operação, visto que muitos pacientes não entendiam o porquê precisavam realizar esses cuidados.

Orientamos quanto ao processo intra – operatório como: transporte do paciente à unidade de centro cirúrgico; por quem seriam recepcionados; o processo de monitorização na sala de operação como a colocação dos eletrodos cardíacos; a realização dos procedimentos invasivos, como punções, sonda vesical, os drenos, de acordo com a peculiaridade de cada cirurgia a ser realizada.

O tipo de anestesia também era orientado, conforme nosso conhecimento de cada cirurgia. Observamos que esta orientação deixava os pacientes mais calmos, pois muitas vezes não recebiam a visita pré – anestésica do anestesiológico, com isso colaboramos para um trabalho multidisciplinar.

Outros procedimentos também eram orientados, como o tipo de curativo e quando deveriam solicitar sua troca junto à equipe de enfermagem.

E ainda com intuito de abordar todo o processo, orientamos quanto a Sala de Recuperação Pós – Anestésica, local desconhecido por alguns pacientes e familiares. Constatamos que muitos pacientes, como seus familiares, não têm conhecimento dessa

sala e pensam que ao terminarem a cirurgia vão direto para o quarto. Ou seja, essa desinformação gera angústia tanto para o paciente quanto para o familiar, que pensam que a demora de ir para o quarto é devido alguma complicação durante a cirurgia.

E por final, abordamos orientações referentes ao pós – operatório, pois para Smeltzer e Bare (2005), o ensino deve ser realizado logo que possível, de forma individual, considerando para quaisquer preocupações ou necessidades próprias do paciente. Sendo assim, as enfermeiras perioperatórias reconhecem o valor da instrução, em que as mesmas devem começar no consultório médico e continuar até que o paciente chegue à sala cirúrgica.

Foram elucidados os cuidados gerais a todas as cirurgias, como tosse e respiração profunda; mobilidade no leito e deambulação precoce; tratamento da dor e o tipo de dieta que o paciente poderia ingerir após a operação. Algumas orientações variam de acordo com cada tipo de cirurgia, como por exemplo a dieta, o que nos fez buscar nas literaturas e junto aos cirurgiões informações para que realizássemos uma educação em saúde eficiente.

Em relação a estes cuidados Smeltzer e Bare (2005) contribuem dizendo que uma meta do cuidado da enfermagem pré-operatória consiste em ensinar o paciente o modo de promover uma expansão pulmonar ótima e conseqüentemente oxigenação sanguínea depois da anestesia. Outros cuidados são importante, como mobilidade e movimento corporal ativo pra melhora da circulação evitando estase venosa e promovendo função respiratória ótima, além da diferenciação da dor aguda da dor crônica no pós-operatório.

Ao final da realização de cada visita, despedíamos dos pacientes, que por gestos carinhosos, por um sorriso, aperto de mão ou um obrigado, transmitiam compreensão, tranquilidade, demonstrando um elo estabelecido naquele momento. Com isso nos sentimos realizadas por, de alguma forma, ter contribuído para minimizar o estresse que uma cirurgia ocasiona, além de realizarmos educação em saúde e ter dado início a implantação da visita pré – operatória do enfermeiro de centro cirúrgico de maneira satisfatória no hospital universitário.

Concordamos com Ladden (1997) que através da realização da visita pré-operatória possibilita as enfermeiras conhecer os pacientes, e também permitem que

elas dêem informações sobre as rotinas, reações, sensações, e procedimentos de enfermagem no pré, trans e pós-operatório, visto o desconhecimento da maioria dos pacientes pelos procedimentos e etapas cirúrgicas, o que gera maior ansiedade.

5.3 A satisfação ao implementarmos o nosso sonho

Para avaliarmos a implantação da visita pré-operatória pelo enfermeiro de centro cirúrgico, consideramos as avaliações feitas pelos profissionais da equipe de cirurgia, bem como a opinião dos pacientes e a nossa percepção frente à visita, incluindo nesta as dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento desta prática assistencial.

As enfermeiras, cirurgiões e anestesistas que participaram desta etapa do estudo com o instrumento da visita no prontuário do paciente, compartilham a mesma opinião de que a visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico é de grande relevância para assegurar ao paciente cirúrgico uma assistência integral, do período pré ao pós-operatório.

Grittem, Meier e Gaievicz (2006) afirmam que a visita representa um valioso instrumento para a humanização da assistência de enfermagem, em que o enfermeiro atua de modo expressivo, proporciona ao paciente cirúrgico apoio emocional e assiste o mesmo de forma individual, através do planejamento e implementação da assistência de acordo com as necessidades evidenciadas.

Estas vantagens enumeradas pelas autoras, não só contribuem para a assistência da equipe de enfermagem, pois refletem diretamente na assistência prestada por outros profissionais. Ou seja, o enfermeiro ao evidenciar que o paciente apresenta surdez crônica, hepatite, intercorrências anestésias anteriores, hipertensão arterial e/ou inúmeras outras alterações, está na verdade contribuindo para a tomada de decisões de toda a equipe cirúrgica.

Em diversas falas dos profissionais, observamos que todos, sem exceção, consideram a implantação da visita pré-operatória pelo enfermeiro de Centro Cirúrgico necessária e se torna um instrumento relevante na assistência perioperatória:

A visita pré-operatória tem o intuito de apoiar o paciente no Centro Cirúrgico e tranquilizá-lo no pós. (E1)

Muito bom, pois as orientações pré-operatórias que são dadas pelas Enfermeiras das clínicas cirúrgicas, acabam sendo muito geral, o que com certeza acarreta num buraco do cuidado cirúrgico. (E2)

Nos EUA, existe um questionário feito pela Enfermeira junto ao paciente. Ao chegar à consulta com o anestesista, o paciente trás este questionário e isso dinamiza e otimiza os processos cirúrgicos, além de qualificar o trabalho da Enfermeira. (A4)

O resultado dessas visitas para o paciente também é citado pelos profissionais. Os mesmos discorrem sobre a importância de conhecer o que o paciente deseja saber, e partir destas informações, assistindo-o de forma adequada, de acordo com sua percepção e expectativa, direcionando as orientações segundo suas particularidades e sua capacidade de assimilar as informações.

Santos e Luiz (2002) afirmam, ao citar Novaes, que o paciente ao ser considerado como pessoa humana e não apenas como doente portador de uma doença estará mais motivado e sua participação será mais efetiva. Zago (1997) relata ainda que pela orientação e ensino do paciente há diminuição da ansiedade, das complicações pós-operatórias e ainda o faz participante ativo em sua reabilitação.

As orientações de procedimentos como dreno, sonda e intubação são muito importantes para que o paciente não se assuste ao acordar da anestesia e tenha condições de ajudar na sua recuperação. (E1)

Gostei bastante do instrumento, acho muito importante, esclarecer o que o paciente quer saber [...]. (A5)

Outro aspecto levantado são os benefícios que esta visita soma na assistência multiprofissional. Observamos que a maioria dos profissionais lia o instrumento e considerava as informações contidas no mesmo, sem a necessidade de perguntar novamente ao paciente sobre sua situação de saúde e doença.

Cabe ressaltar que não temos o intuito de substituir a visita do anestesista e/ou cirurgião pela visita do enfermeiro, contudo a implantação da mesma irá dinamizar o processo, e acima de tudo atender as necessidades psico-sociais, as quais em geral são pouco abordadas pelos anestesistas e/ou cirurgiões.

Muito importante, consegui cruzar as informações e não perguntar tudo de novo ao paciente. Também facilita e dinamiza nosso processo de conversa e o tipo de anestesia que iremos fazer, pois depende muito do histórico de enfermagem. (A7)

A maioria das informações estão neste instrumento, isto permite acesso fácil as informações, evitando muitas vezes a busca por dados nos prontuários que normalmente estão desorganizados. (C3)

Adianta bastante pra nós, pois não precisa fazer revisão do prontuário e os questionamentos sobre a saúde do doente. (C4)

Utilizei e utilizarei com certeza este instrumento, pois otimiza o tempo e aqui no centro cirúrgico otimizar o tempo é muito importante. (A6)

Para os pacientes os reflexos da visita ainda são mais gratificantes. Poder contar com um profissional que atue no centro cirúrgico e receber orientações sobre o processo cirúrgico são, para os pacientes, as maiores contribuições da visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico.

Estes relatos foram feitos pela maioria dos pacientes na própria visita pré ou em visita no pós operatório realizada na unidade de internação. Contudo, como muitos pacientes já recebiam alta no dia seguinte, optamos em colher a opinião do paciente frente à visita logo após a realização da mesma.

Para Santos e Luis (2002) a boa comunicação tende a diminuir a carga de problemas emocionais do paciente e pode ajudá-lo a enfrentar melhor a cirurgia. Tal afirmação reforça o que realmente acreditamos atingir através da realização da visita, pois os pacientes ao conversarem e trocarem informações demonstraram diminuir a ansiedade/medo e, sobretudo, se tornaram co-participantes do processo cirúrgico.

De acordo com Brescia (1997) o paciente valoriza as informações técnico-médicas recebidas, procurando incorporá-las e segui-las. Cabe a enfermagem esclarecer não só os aspectos biológicos e rotina do processo, mas sobretudo as dúvidas, expectativas e temores dos pacientes. Cada paciente sabe o que lhe traz preocupação e são estas preocupações específicas que devem também ser respondidas.

O ambiente cirúrgico por si só funciona como um estressor na medida que afasta a pessoa do seu ambiente físico e social e introduz mudanças nas suas atividades diárias, tirando a sua privacidade e intimidade e impõe disciplina para se alimentar e se

auto-cuidar (MELLO, 1994). Além disso, a cirurgia inclui um leque de distúrbios fisiopatológicos que implicam em ameaças reais, tais como o risco de morte, perda de órgão ou parte dos mesmos, de lesões, prejuízos financeiros, além do sofrimento e dor do ato cirúrgico (MENDELSSONH; BARBOSA, 1992).

Essas variáveis impostas pelo processo cirúrgico podem ser minimizadas através da visita pré-operatória feita pelo enfermeiro, a qual busca diminuir estes sentimentos de despersonalização do paciente e promove a relação enfermeiro-paciente.

Assim, observamos nas declarações dos pacientes que ao receberem orientações de como será sua cirurgia, os porquês dos procedimentos como jejum, tricotomia, educação em saúde e em especial por saberem que estaríamos no centro cirúrgico para recebê-los, que os mesmos ficaram mais tranquilos e confiantes de que “tudo vai dar certo”.

Achei muito boa nossa conversa. Fiquei mais tranquilo. Tu és uma benção minha filha. (P1)

O que posso resumir é segurança. Você me deixou mais segura, estava muito nervosa, mas agora você me explicou e então tenho certeza que vai dar tudo certo. Vou dormir mais aliviada. (P2)

Que bom que você vai estar lá, assim fico mais tranquilo e tenho alguém de confiança comigo. (P1)

Ai que bom que você está aqui comigo, enquanto eu estiver vendo seus óculos, sei que estou em boas mãos. (P2)

Ai que bom que você chegou, me dê sua mão, vais ficar comigo na cirurgia, neh? (P3)

Bem legal saber quem é que vai estar na minha cirurgia, senão fico nervosa. (P4)

Qual é o seu nome? Pois se precisar de alguma coisa lá na cirurgia, vou chamar por você. (P4)

Gostei bastante de saber como ia ser la dentro, fiquei menos nervosa. (P6)

Foi muito bom, porque você foi comigo pro CC, não cheguei la sozinha e você já tinha me explicado como ia ser na sala de cirurgia, fiquei bem mais calma. (P3)

Se fizéssemos uma análise quantitativa, todos os pacientes visitados consideraram a visita pré-operatória um cuidado significativo da assistência de enfermagem. Isto talvez não possa ser somente considerado um mérito da proposta do nosso trabalho, mas sim uma lacuna que deve ser preenchida na instituição.

Poderíamos, então, iniciar nossa reflexão, enquanto acadêmicas e autoras deste presente trabalho acerca da visita pré-operatória, discutindo e criticando a não realização desta na instituição. Contudo, pela experiência vivida nestes meses de estágio, podemos justificar a não realização da visita por duas óticas que se chocam entre si e que por isso preferimos não determinar a mais certa ou a mais errada. A primeira destaca as reais dificuldades encontradas pelas enfermeiras do centro cirúrgico, como a falta de funcionários, excesso de rotinas e atribuições que impedem o enfermeiro de sair da unidade. A segunda justificativa é a falta de planejamento e de atividades que poderiam ser delegáveis à equipe de enfermagem, permitindo assim que o enfermeiro saísse do centro cirúrgico e realizasse as visitas nas unidades de internação cirúrgica.

Porém, mais do que nos preocuparmos em buscar justificativas para a lacuna encontrada, optamos por refletir sobre a repercussão desta prática assistencial, considerando-a pertinente e viável de ser implantada no hospital universitário, tanto pela aceitação dos profissionais da equipe de saúde, bem como dos pacientes que receberam a visita.

Logo que o instrumento ficou realmente pronto e pudemos enfim iniciar a realização da visita, inúmeros questionamentos surgiram: Será que os pacientes vão falar? Saberemos responder as perguntas deles? Vai ter resultado mesmo? A equipe cirúrgica vai achar válido e utilizar?

Muitas eram as dúvidas, porém, logo nas nossas primeiras visitas a repercussão foi positiva. Nós nos emocionamos, nos sentimos “as enfermeiras” e começamos realmente a acreditar na seriedade e magnitude do trabalho proposto.

Além das falas dos profissionais e pacientes acima citadas, o fator preponderante da proposta da visita foi no dia em que as três enfermeiras do setor se reuniram e decidiram então elencar a visita pré-operatória como mais umas de suas atribuições a partir do mês de dezembro deste presente ano.

Sabemos, no entanto, que apesar de ser uma vontade e uma necessidade percebida, contudo nada garante a efetivação da mesma. Porém mesmo que ainda não seja efetivamente implantada, consideramos que enquanto trabalho acadêmico é um mérito ter seu trabalho reconhecido e respeitado por toda a equipe e isto conseguimos detectar. Mais que sonhar e se deixar levar pelo sonho, o tornamos uma realidade e a partir da visita pré-operatória pudemos contribuir para que o papel do enfermeiro de centro cirúrgico seja ampliado e reconhecido pelos pacientes e profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso, que foi desenvolvido concomitantemente à disciplina de Estágio Supervisionado II do Curso de Graduação em Enfermagem, transformou-se num momento muito rico para a avaliação da assistência de enfermagem perioperatória do Hospital Universitário, bem como nos ofereceu inúmeras ferramentas para discutirmos e praticarmos o cuidar do enfermeiro de centro cirúrgico.

O caminho percorrido para alcançar nosso objetivo principal do trabalho, ou seja: contribuir para implantação da visita pré-operatória pelo enfermeiro de centro cirúrgico, com intuito de humanizar a assistência de enfermagem aos pacientes cirúrgicos, foi longo, muitas vezes árduo, mas sobretudo, infinitamente recompensador.

O conhecimento adquirido através da revisão da literatura nos tornou acadêmicas mais capazes de fazer e de refletir sobre o que estávamos desenvolvendo. Através das literaturas consultadas reafirmamos a magnitude de nossa proposta e a relevância da atuação da enfermagem no processo cirúrgico vivenciado pelos pacientes.

Assim, acreditamos que o atuar do enfermeiro de centro cirúrgico deve preconizar o cuidado individualizado, planejado, avaliado e contínuo do paciente cirúrgico. E concordamos que através da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória – SAEP, proposta por Castellanos e Jouclas (1990), podemos assegurar este cuidar integral.

Ao compreendermos que a SAEP é um processo que busca a satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica e que o mesmo acontece através da assistência de enfermagem nos três períodos cirúrgicos: pré, intra e pós-operatório, tivemos a certeza de que a visita pré-operatória é uma lacuna essencial da assistência a ser preenchida no HU.

Entendemos que através da realização das visitas pré-operatórias a assistência no intra e pós-operatório muitas vezes, aliás, na maioria das vezes, se torna um processo mais tranquilo não só para o paciente, mas também para toda a equipe cirúrgica que tem em mãos dados importantes sobre as necessidades humanas básicas alteradas e por meio desses dados pode assistir de modo individual cada paciente.

Em relação às necessidades humanas básicas, esta sem dúvida, serviu como alicerce para a nossa prática assistencial. Conscientes que as necessidades são “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 1979, p.39), concluímos que o paciente cirúrgico é o ser humano que carece satisfazer suas necessidades não supridas. Assim, o tratamento cirúrgico e o apoio psicológico se fazem necessários para restabelecer o equilíbrio.

Neste sentido, estruturamos o instrumento da visita seguindo as necessidades humanas básicas propostas por Horta, por acreditarmos que o processo cirúrgico não se resume jamais ao procedimento anestésico e a ferida cirúrgica. A particularidade de cada indivíduo: sua cultura, escolaridade, condição de saúde-doença, seus medos, angústias, enfim, suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais são fatores que devem ser considerados ao planejarmos a assistência ao paciente.

O instrumento proposto dinamizou a realização da visita pré-operatória por ser objetivo, fácil de ser preenchido e principalmente por contemplar informações necessárias à assistência perioperatória. Neste sentido, consideramos importante a institucionalização deste, como um instrumento do cuidar do enfermeiro do centro cirúrgico do Hospital Universitário da UFSC.

A intenção de elaborar um instrumento prático foi, e é, driblar as dificuldades observadas por nós e relatadas pelas enfermeiras do setor. Assim, concordamos que a falta de funcionários, funções de chefia concomitantes, falta de tempo, excesso de rotina, dependência da figura do enfermeiro por parte de toda a equipe, dentre outras razões, são motivos que prejudicam a realização da visita, contudo acreditamos que através de um planejamento eficaz e união de forças será possível sim, contemplar todas as fases da SAEP.

Thiesen (2005) ressalta que a operacionalização da SAEP, implica necessariamente em maior número de profissionais enfermeiros, para que se possa garantir a realização da visita e a assistência na sala de recuperação pós- anestésica. Afirma, ainda, que a implantação da SAEP e a melhoria da assistência é diretamente proporcional ao tempo investido na coleta de dados com o paciente e planejamento da assistência de enfermagem. Por isso reafirmamos que somente através de um planejamento em que acrescente à visita pré-operatória como mais uma atribuição do enfermeiro do centro cirúrgico, e o mesmo preconize este cuidado como parte fundamental da assistência, além de se conseguir o apoio por parte da instituição, acreditamos que a visita passará do sonho à realidade.

A satisfação de poder sonhar com a visita neste período de estágio nos proporcionou grandes alegrias e recompensas, pois através dela asseguramos ao paciente cirúrgico um cuidado individualizado, reduzimos o nível de estresse e medo, fizemos dos mesmos co-participantes de seu processo de saúde e doença através da educação em saúde e acima de tudo, fomos um referencial dentro do centro cirúrgico, onde muitas vezes “advogamos em favor do paciente”, pois tínhamos informações a respeito de suas necessidades e desejos.

Outra recompensa foi a aceitação e o reconhecimento dos profissionais da equipe cirúrgica frente à realização da visita. Todos, sem exceção, evidenciaram inúmeras vantagens, dentre as quais a interação da assistência multiprofissional foi o grande aspecto levantado. Temos certeza, portanto, que ao ser implantada, a visita pré-operatória será um instrumento do cuidar do enfermeiro, contudo, com respaldo e utilização pelos demais profissionais da equipe, assegurando assim a assistência humanizada ao paciente cirúrgico.

Este estudo ainda nos oportunizou refletir outros aspectos inerentes à assistência perioperatória. Com isso, deixamos como sugestão explorar o universo acerca do processo cirúrgico, ou seja, assistir o familiar enquanto espera seu ente querido em frente à porta do centro cirúrgico e aprofundar o conhecimento e a importância da assistência do profissional enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica, já que identificamos estes aspectos como lacunas na assistência prestada, além da carência de literatura e pesquisa na área, que com certeza resultarão num

valioso trabalho de conclusão de curso e porque não para nós, numa dissertação de mestrado.

Acreditamos que com a realização deste trabalho acadêmico, contribuímos para a assistência de enfermagem perioperatória do HU. Além de construirmos um instrumento que facilitará a realização da visita pré-operatória, instigamos nos profissionais a relevância desta como atribuição específica do enfermeiro, possibilitando que estes reflitam e analisem seu modo de agir e cuidar, sendo este, para nós, o primeiro passo para se “tentar fazer diferente”.

Mas se por ventura, todas as observações e reflexões que fizemos no que diz respeito ao tema proposto caírem no esquecimento e se tornarem mera formalidade, certamente, só pelo exercício e compreensão deste outro “jeito de sonhar”, a nossa prática de estágio terá valido a pena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, J. B. de R. **Cirurgia geral e especializada**. Belo Horizonte: Veja, 1974. 8v.
- ARAÚJO, I. E. M.; NORONHA, R. Comunicação em enfermagem: Visita Pré-operatória. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. V. 11, n.2, p. 35-46, maio/ago. 1998.
- BENEDET, Silvana Alves. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Cliente Cirúrgico** : ampliando a sua compreensão. Florianópolis, 2002. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de saúde**. 2ª ed. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.196, 10 de outubro de 1996.
- BRESCIA, S.; QUAYLE, J. A percepção do paciente em relação à visita médica num hospital-escola: um estudo exploratório. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 21, n. 2/3, p. 36-43, maio/dez. 1997.
- CAMPOS, S. M. C. L. et al. Sistemática da assistência perioperatória – percepção de enfermeiros assistenciais. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 5, n.4, p. 21-25, out/dez. 2000.
- CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo. V. 24, n. 3, p. 359-370, dez. 1990.
- COFEN- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Disponível em: www.portalcofen.org.br. Acesso em: 13 de agosto de 2007.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. V.10, n. 5, p. 690-695, set/out. 2002.
- GHELLERE et al. **Centro Cirúrgico: aspectos fundamentais para a enfermagem**. 3ªed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.

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.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HU- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO TIAGO. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 17 de outubro de 2007.

LADDEN, C. S. **Conceitos básicos de Enfermagem Perioperatória**. in.ROTHROCK, J. C.; MEEKER, M. H. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC. Ed. Papa-Livros, 1999.

MELLES, A. M.; ZAGO, M. M. F. Análise da educação do cliente/paciente na Literatura Brasileira de Enfermagem. Ribeirão Preto. **Revista latino-americana de enfermagem**. V. 7, n. 5, p. 85-94, dez. 1999.

OLIVEIRA, M. A. N. **Gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana - BA**. Florianópolis, 2002. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

ORIÁ, M. O. B.; MORAIS, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>. Acesso em: 10 novembro 2007.

PAULA, A. A. D.; CARVALHO, E. C. C. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. Ribeirão Preto. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v. 5, n. 3, p. 35-42, julho 1997.

RIBEIRO, C. R. V. **Assistência de enfermagem em centro cirúrgico: uma proposta de sistematização humanizada e ética**. Florianópolis, 2004.1 v. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2004.

SANTOS, S. S. C; LUIS, M. A. V. **A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico**. 2. ed. Goiânia: AB, 2002.

SILVA, M.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I. U. R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo: EPU, 1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed., vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1993.

_____. **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed., vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

_____. **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed., vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOBECC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. Nacional – SP. **Histórico**. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/historico.htm>. Acesso em: 12 de outubro de 2007.

SOUZA, E.L. **Relação entre os tipos de drenos utilizados em cirurgias de tireoidectomia e os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes tireoidectomizados no pós-operatório imediato**. 2006. 51f. Monografia – Programa de pós-graduação – Especialização em Enfermagem de Centro Cirúrgico, Colégio Brasileiro dos Estudos Sistêmicos. Curitiba, 2006, p. 25.

STEDMAN, T. L. **Dicionário Médico**. 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990, p.956.

THIESEN, M. **Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica**. Florianópolis, 2005. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

WATPHALEN, M. E.A.; CARRARO, T. E. **Metodologia para a Assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001.

ZAGO, M. M. F. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. Ribeirão Preto. **Revista latino-americana de enfermagem**. V. 5, n. 4, p. 69-74, out. 1997.

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito de Pesquisa – Profissionais da Equipe Cirúrgica do Hospital Universitário – UFSC

Eu,.....estou plenamente de acordo com a minha participação do projeto **A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC**, desenvolvido pelas acadêmicas Elaine Ferreira, Henriana Borges e Marcela Figueiredo, estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da enfermeira Doutora Francine Lima Gelbecke e sob a supervisão da enfermeira Eliane Leoni.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é realizar um levantamento de dados junto aos profissionais da equipe cirúrgica para criação de um instrumento de atendimento pré-operatório do enfermeiro. Este instrumento visa auxiliar todos os profissionais na realização de um processo cirúrgico individualizado, focado no paciente e em suas necessidades de cuidados. Podendo assim dinamizar o momento operatório e minimizar o estresse causado pela situação de hospitalização e cirurgia, além de promover uma recuperação pós-operatória mais eficiente. Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados nos princípios contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre Esclarecido”.

Tenho conhecimento que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá nenhum ônus para os sujeitos participantes.

Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para a divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento.

Florianópolis ___/___/___.

Assinatura do participante

Pesquisadoras responsáveis: Elaine Ferreira, Henriana Borges e Marcela Figueiredo

Telefones para contato: 9968-9546, 9608-2640 e 9911-5080

3721-9840 (Depto. De Enfermagem)

Nota: Estes termos assinados em 2 vias, ficará uma de posse do pesquisador e a outra do(a) participante da pesquisa.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito de Pesquisa – Pacientes Cirúrgicos do Hospital Universitário – UFSC.

Eu,.....estou plenamente de acordo com a minha participação do projeto **A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC**, desenvolvido pelas acadêmicas Elaine Ferreira, Henriana Borges e Marcela Figueiredo, estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da enfermeira doutora Francine Lima Gelbecke e sob a supervisão da enfermeira Eliane Leoni.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é realizar um levantamento de dados junto aos pacientes cirúrgicos para testar um instrumento metodológico e da visita pré-operatório do enfermeiro de centro cirúrgico. Este instrumento visa atender as necessidades de forma individualizada e humanizada de cada paciente ajudando a diminuir o estresse causado pela cirurgia, pela hospitalização e além de promover uma recuperação pós-operatória mais eficiente. Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados nos princípios contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre Esclarecido”.

Tenho conhecimento que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá nenhum ônus para os sujeitos participantes.

Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para a divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento.

Florianópolis ___/___/___.

Assinatura do participante

Pesquisadoras responsáveis: Elaine Ferreira, Henriana Borges e Marcela Figueiredo

Telefones para contato: 9968-9546, 9608-2640 e 9911-5080

3721-9840 (Depto. De Enfermagem)

Nota: Estes termos assinados em 2 vias, ficará uma de posse do pesquisador e a outra do(a) participante da pesquisa.

APÊNDICE C - instrumento para visita pré-operatório do enfermeiro

INSTRUMENTO PARA VISITA PRÉ OPERATÓRIA DO ENFERMEIRO

Identificação

Nome:..... Idade..... Sexo..... Registro:.....
Peso:..... Altura:..... Data de Internação:.....
Religião:.....
Cirurgia proposta:..... Tipo: ()Eletiva ()Emergência ()Urgência
Duração:.....

Dados importantes do Histórico de Enfermagem

O que sabe sobre sua doença:..... Há quanto tempo:.....
Doenças crônicas: ()Diabetes ()HAS ()DPOC ()Câncer
Medicação em uso: ()Hipoglicemiante ()Anti-hipertensivo ()Diurético ()Anticoagulante
()Antiadesivo Plaquetário ()Antibiótico ()Psicotrópico
Observação:.....
Fatores de risco: ()Tabagismo ()Etilismo ()Drogas Ilícitas ()Medicamento Imunossupressor
Alergias: ()Medicamento..... ()Alimento..... ()Látex..... ()Tópico.....
Cirurgias Anteriores: ()Sim ()Não Intercorrência com Anestesia: ()sim ()não
Observação:.....

Necessidades Humanas Básicas

Regulações: PA.....mmHg T:.....°C Pulso:.....bpm Respiração:.....mrpm. (.....)
Regulação Neurológica: ()Orientado ()Confuso ()Doença Psiquiátrica
Hidratação: ()Hidratado ()Levemente desidratado ()Desidratado
Eliminações:
Vesical: ()Espontânea ()Retenção ()Incontinência ()Uso de SVD () Cateterismo Intermitente
Intestinal: ()Normal ()Constipação ()Diarréia ()Sangramento - Local:.....
Gástrica: ()Vômitos ()Náusea ()RGE
Integridade física prejudicada: ()Cutânea ()Tissular ()Mucosa
Mobilidade física prejudica: ()Sim ()Não Local:.....
Alteração órgãos dos sentidos: ()Visual ()Auditiva ()Dor.....
Psicossocial: Como está se sentindo?.....
()Medo ()Ansiedade
Acompanhante: ()Presente ()Ausente Instruído: ()Sim ()Não

ORIENTAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Prestar orientação sobre cuidado pré-operatório: ()Jejum ()Higiene ()Tricotomia ()Eliminações ()Preparos Específicos
Prestar orientação sobre o processo trans-operatório: ()Transporte e recepção no C.C ()Monitorização
()Procedimentos invasivos (SVD, Drenos, Punção, Outros) ()Anestesia – Tipo:.....
() Curativo ()SRPA
Prestar orientação e ensinar sobre cuidado pós-operatório: () Tosse () Respiração Profunda () Mobilidade no leito e
Deambulação Precoce () Tratamento da dor () Dieta
Dúvidas/Preocupações:.....

Necessita de UTI () - Orientar

BCO de Sangue ()

ATENÇÃO!!!!

.....
.....
Florianópolis,/...../..... Enfermeira (o):.....

APÊNDICE D - Instrumento para visita pré-operatório do enfermeiro

INSTRUMENTO PARA VISITA PRÉ OPERATÓRIA DO ENFERMEIRO

Identificação

Nome:	Quarto/leito:	Registro:	Sexo:	Idade:
Peso:	Altura:	Religião:	Procedência:	
Escolaridade:		Cirurgia proposta:	Data:	Duração:

Dados Relevantes do Histórico de Enfermagem

Alterações apresentadas

Doenças crônicas () Diabetes () HAS () DPOC () Câncer () Doença Infecto-contag.	
Medicação em uso: () Sim () Não	
Fatores de risco: () Tabagismo () Etilismo () Drogas ilícitas () Quimioterapia () Uso de Marcapasso	
Alergias: () Medicamento () Alimento () Tópico () Látex	

Cirurgias anteriores: () Sim () Não Qual:.....	Intercorrência com Anestesia:
--	--------------------------------------

Necessidades	Humanas Básicas	Alterações apresentadas
PA:		
T:		
Pulso:		
Respiração:	Característica:	

	Alterações apresentadas
Neurológica: () Orientado () Confuso () Doença Psiquiátrica	
Abdômen: () Plano () Distendido () Globoso	
Eliminação Gástrica: () Náusea () Vômito () Refluxo Gast.Esof.	
Eliminação Vesical: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Uso Sonda Vesical	
Eliminação Intestinal: () Normal () Constipação () Diarréia () Colostomia	
Mobilidade prejudicada: () Sim () Não	
Uso de próteses: () Sim () Não	
Integridade Cutânea prejudicada: () Sim () Não	
Alteração Órgãos dos sentidos: () Visual () Auditiva () Dor	
Psicossocial: () Medo () Ansiedade Como está se sentindo?.....	
Acompanhante: () Presente () Ausente Instruído: () Sim () Não	
Sabe o motivo da cirurgia? () Sim () Não	
Dúvidas/Preocupações:	

Educação Pré-operatória

Orientar cuidados pré-operatórios: () Jejum () Higiene () Tricotomia () Eliminações
Orientar processo trans-operatório: () Transporte e recepção no C.C () Monitorização () Procedimentos invasivos (SVD, Drenos, Punção, Outros) () Anestesia - Tipo:..... () Curativo () SRPA () Necessidade de UTI
Orientar cuidados pós-operatórios: () Tosse () Respiração Profunda () Mobilidade no leito e Deambulação () Tratamento da dor () Tipo de Dieta

Florianópolis,/...../..... Enfermeira (o):.....



DISCIPLINA INT 5162: ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO II

Parecer Final da Orientadora sobre o Trabalho de Conclusão de Curso

O presente estudo alcançou os objetivos do Trabalho de Conclusão de Curso da disciplina Estágio Curricular Obrigatório II, no qual as alunas Elaine Ferreira, Henriana Veloso Borges e Marcela de Souza Dias Figueiredo desenvolveram um instrumento para viabilizar a implantação da visita pré-operatória a ser realizada pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico. Mais do que um sonho das alunas, a realização do TCC intitulado “Visita pré-operatória: um instrumento para o cuidar do enfermeiro de centro cirúrgico” possibilitou uma ação visando suprir uma lacuna na assistência de enfermagem.

Para tanto, “mergulharam” num mundo até então desconhecido, aprofundando conhecimentos acerca da visita pré-operatória, dos procedimentos cirúrgicos, buscando na literatura o referencial teórico necessário para o desenvolvimento do instrumento, aliado aos depoimentos dos profissionais (médicos e enfermeiros) e dos próprios sujeitos do cuidado, ou seja, àqueles que seriam submetidos aos procedimentos cirúrgicos. Desenvolveram ações visando entender e apreender as necessidades de cuidado dos pacientes, elaborando um instrumento que pudesse contemplar aspectos objetivos e subjetivos e que contribuíssem para uma assistência mais integral e de qualidade.

Alcançaram os objetivos da disciplina, mas principalmente vislumbraram uma área de atuação do enfermeiro de Centro Cirúrgico que pouco tem sido explorada na graduação e na prática, definindo a visita pré-operatória como um instrumento para o cuidar do enfermeiro de Centro Cirúrgico, ampliando e consolidando o fazer destes profissionais. Há que se salientar que compreender o processo de trabalho dos enfermeiros, a partir do que vivenciaram na disciplina Estágio Curricular Obrigatório II possibilitou identificar esta lacuna no processo de assistir, aliando nesta assistência a educação para a saúde, e desta forma concretizaram não apenas uma etapa curricular, com a realização do estágio e do TCC, mas principalmente consolidaram um novo olhar para o papel dos enfermeiros que atuam em Centro Cirúrgico.

Além disto, contribuíram na produção do conhecimento nesta área de atuação, haja vista a lacuna em relação a esta temática também identificada pelas alunas.

Este estudo, portanto, é recomendável para aqueles que buscam conhecer um pouco mais o papel do enfermeiro de Centro Cirúrgico e as possibilidades de um fazer alicerçado no conhecimento, vinculando, desta forma, teoria e ação.

Janice Lúcia Pella

