



UNIVERSIDADE DO MINHO
Curso de Complemento de Licenciatura em Enfermagem

**A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA: PERTINÊNCIA DA
CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM**

DEFESA DE MONOGRAFIA

Orientador: Mestre Carlos David

Discentes:

Lígia Maria Lopes Araújo

Lúcia Rodrigues David

Maria Júlia dos Reis Duarte

Mindelo, Fevereiro de 2013

CURSO DE COMPLEMENTO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA: PERTINÊNCIA DA
CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM**

DEFESA DE MONOGRAFIA

Orientador: Mestre Carlos David

Discentes:

Lígia Maria Lopes Araújo

Lúcia Rodrigues David

Maria Júlia dos Reis Duarte

Mindelo, Fevereiro de 2013

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do Curso de Complemento de Licenciatura em Enfermagem”.

DEDICATÓRIA

À família, pelo amor, apoio, tolerância, compreensão e acompanhamento em todos os momentos. Sem a vossa ajuda não teria sido possível a concretização deste trabalho.

Muito obrigada a todos!

AGRADECIMENTO

Gostaríamos, antes de mais, de agradecer a todos os nossos familiares, sem excepção, pois foram nossos portos seguros após momentos de muita tempestade, por compreenderem a nossa ausência e serem a fonte de inspiração, a força e a motivação para continuarmos esta caminhada, por vezes um pouco atribulada de confusões, fazendo com que repousássemos para recuperar a calma necessária nesse mar de sentimentos.

Ao orientador Professor Carlos David pelo apoio, partilha de conhecimentos e ideias, mas sobretudo pelas preciosas contribuições que tornaram possível este trabalho.

Aos professores e amigos do curso, que cruzaram nossos caminhos durante esta trajetória compartilhando seus conhecimentos e nos orientando inúmeras vezes em nossa caminhada pessoal e profissional. Um muito obrigada pela disponibilidade e paciência com que se dispuseram em nos ensinar durante o curso.

Aos colegas do bloco, pela forma como sempre nos apoiaram, desde o início do curso até à fase final deste trabalho, sem descuidar a atenção pessoal necessária para levarmos o nosso projecto à frente e atingirmos o nosso objectivo, sem o qual esta caminhada seria mais árdua.

Os utentes e seus familiares que participaram neste estudo, cuja disponibilidade tornou viável a sua realização, um especial agradecimento.

A todos que, de uma forma ou de outra, tiveram a disponibilidade de colaborar connosco, prestando informações e sugerindo correcções, disponibilizando um pouco do seu tempo para auxiliar e incentivar o propósito deste estudo.

A todos, o nosso sincero obrigado!

EPÍGRAFE

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado”.
Cuidar é mais que um acto; é uma atitude. Portanto, abrange
mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo.

“Representa uma atitude de ocupação, preocupação de
responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

RESUMO

Este trabalho está inserido no âmbito do curso de complemento de licenciatura em enfermagem, tendo como tema “**A pessoa submetida a cirurgia: Pertinência da consulta pré-operatória de enfermagem**”, que traduz a consciência de uma necessidade clara da equipa de Enfermagem no Bloco Operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa, tentando retratar as vivências, com base nos conhecimentos e experiências de longos anos de profissão. Constitui nossa intenção de propor melhorias do desempenho das equipas de Enfermagem, proporcionando maior satisfação aos utentes/família.

Trata-se de um trabalho que se orienta pelos pressupostos de um estudo exploratório a partir da colheita de dados através de levantamento de dados relativos à cirurgia, entrevistas às equipas do bloco operatório, aos utentes/família, e observações no pré-operatório do referido Hospital.

O estudo decorreu durante o mês de Novembro de 2012, com o objectivo de demonstrar a importância da consulta pré-operatória no preparo psico-socio-espiritual e emocional do utente/família, possibilitando-os a tomada de decisões.

A pergunta de partida elaborada foi, “**Até que ponto uma consulta pré-operatória de enfermagem contribui para a resolução das necessidades humanas fundamentais dos utentes /família?**” e serviu de fio condutor para o desenvolvimento e conclusão do estudo.

O trabalho encontra-se estruturado no primeiro momento, num enquadramento teórico resultante da revisão bibliográfica para perceber a influência desta na planificação e intervenção da enfermagem, apoiando a reflexão baseada no modelo de Virgínia Henderson – Necessidades Humanas Fundamentais (NHF’s).

No segundo momento, avaliar os dados obtidos, que permitiu identificar e compreender a importância da assistência sistematizada para este procedimento tão relevante que é a cirurgia, possibilitando, através do cuidado integral, a reabilitação do utente.

Palavras-chaves: Cuidados de Enfermagem; Necessidades; Pré-Operatório; Doente/família.

ABSTRACT

"A person undergoing surgery: Relevance of preoperative consultation nursing" is a work of the course of complement in nursing, which translates the consciousness of a clear need filled by the nursing team of Operating Room of the Hospital Dr. Baptista de Sousa, , trying to portray the experiences, based on the knowledge and experience of long years of day-by-day work.

With the intention to propose improvements to the performance of the nursing teams, providing higher user and family satisfaction.

This is an exploratory study from data collection, interviews with the surgical team, the users / family, and preoperative observations in Hospital Dr. Baptista de Sousa.

The study took place during the month of November 2012, to demonstrate the importance of preoperative consultation in the psycho-socio-spiritual and emotional preparation of the user / family, enabling them to make their decisions.

The starting question designed to see how far the preoperative nursing consultation helps to address fundamental human needs of clients / family, has served as a guideline for the development and conclusion of the work.

At first, the work is structured in a theoretical framework resulting from the literature review and to understand their influence on planning and nursing intervention, supporting the reflection based on the model of Virginia Henderson - Fundamental Human Needs (NHF's).

In the second step, the data evaluation, which allowed us to identify and understand the importance of systematic care for such a procedure as surgery, enabling the rehabilitation of the user through a thorough and comprehensive care.

Keywords: Nursing; Needs; Preoperative; Patient / family.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	9
TABELA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1	15
1.1 - Revisão da Literatura	15
1.1.1 - Cuidar em enfermagem.....	15
1.1.2 – Doente submetido à cirurgia – O cuidado pré-operatório.....	18
1.1.2.1 -A comunicação como o alicerce dos cuidados	21
1.1.2.2 -A segurança e integridade do utente	23
1.1.2.3 -Transferência do utente para a sala de operação.....	25
1.1.2.4 - A segurança e integridade dos profissionais	25
1.1.2.5 - Respeito pelos direitos do utente	26
1.1.3 – Consulta de enfermagem	26
1.2 - Reflexão e Caracterização da Prática Clínica no Bloco Operatório H.B.S.....	29
1.2.1 - Recursos humanos do bloco operatório do H.B.S.....	29
1.2.2 - O espaço arquitetónico e o circuito do bloco operatório H.B.S.	30
1.2.3 -A equipa de anestesista do bloco operatório do H.B.S.	31
1.2.4 - A equipa dos auxiliares de serviços gerais	31
1.2.5 -O Auxiliar administrativo.....	31
1.2.6 -Prática diária dos cuidados de enfermagem no pré-operatório.	32
1.2.7 - Processo pré-operatório.....	35
CAPITULO 2	37
2.1 -Metodologia	37
2.1.1-Caracterização dos participantes	38
2.1.2 -Método e técnicas de pesquisa	39
2.1.3 -Procedimentos éticos	40
CAPITULO 3	43

3.1 - Reflexão Crítica - Análise da Informação Colhida da Revisão da Literatura e das Idas a Campo.....	43
CAPITULO 4.....	48
4.1 - Considerações Finais.....	48
4.2 - Propostas.....	50
4.2.1 - Proposta de consulta pré-operatória de enfermagem.....	50
4.2.2 - Planificação da consulta/Aspectos a considerar.....	51
4.2.3 - Implementação da consulta pré-operatória de enfermagem.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	57
Anexo 1 – Autorização da Direcção do H. Dr. B. de S. para Elaboração do Estudo.	57
Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	58
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	58
Anexo 3 – Ficha de consulta pré-operatória de enfermagem (Proposta)	59
FICHA DE CONSULTA PRÉ-OPERTÁRIA DE ENFERMAGEM	59
Anexo 4 – Desdobrável para consulta pré-operatória.....	62
Anexo 5 – Questionário feito aos utentes/família no pré-operatório	63
QUESTIONÁRIO FEITO AOS UTENTES/FAMÍLIA NO PRÉ-OPERATÓRIO.....	63
Anexo 6 – Transcrição de uma entrevista com um doente de foro urológico	65

TABELA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP	Associação de Enfermeiros de Sala de Operações
AORN	American Association of Operating Room Nurses
B.OP.	Bloco Operatório
CIPE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
H.B.S.	Hospital Baptista de Sousa
NHF'S	Necessidades Humanas Fundamentais
UNAIBODE	União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado
O E	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
O.R.L.	Otorrinolaringologia

INTRODUÇÃO

Este trabalho, de monografia intitulado “ **A pessoa submetida à cirurgia: pertinência da consulta pré-operatória de enfermagem**” está enquadrada no curso de Complemento de Licenciatura em Enfermagem.

A experiência acumulada ao longo dos anos, e na pretensão de contribuir para a mudança do paradigma de Enfermagem do Bloco Operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa (H.B.S.), em São Vicente, para que haja melhorias significativas na prática enquanto profissionais da saúde, reflectindo, como é óbvio, na melhoria dos níveis de prestação de serviços do hospital supra citado.

A escolha do tema reside no facto de estarmos ligados, há muito tempo, ao Bloco Operatório e, por constatar algumas lacunas nesta área, em especial na prestação de cuidados de enfermagem aos utentes/família durante o período pré-operatório, constatação essa, evidenciada pelas demais equipas.

Melhorar a qualidade de serviços prestados neste sector do hospital constitui a grande meta. Pretende-se pois ajudar os utentes/família na gestão das suas Necessidades Humanas Fundamentais e na independência, tão rápida quanto possível. (Virgínia Henderson, 1958).

Um outro aspecto que nos motivou para fazer o referido estudo foi a constatação sistemática dos utentes que se apresentam frequentemente com uma deficiente preparação, tanto a nível físico como psicológica, necessitando, por isso, de um acompanhamento na realização dos cuidados pessoais durante Período Pré-operatório.

Virgínia Henderson (2007), citando Nightingale, diz que a “enfermagem significa intervenções (habilidades, procedimentos, tarefas) feitas pelas enfermeiras aos doentes. Ao que ela definiu como “as intervenções e habilidades-chave para a enfermagem eram as atividades que os doentes (fariam por si próprios se tivessem a força, a vontade ou o conhecimento necessários).”

A implementação da consulta Pré-Operatória de enfermagem assume-se como peça fundamental na individualização e no planeamento dos cuidados de enfermagem, na medida em que nos leva a reflectir e avaliar a recuperação dos utentes no pós-operatório.

Esta certeza é-nos dada, como referimos anteriormente, pelo nosso sentir, pelas trocas de experiências com as diferentes equipas com que trabalhamos, pela nossa relação com os utentes/família e, agora, com a nossa formação.

Segundo Virgínia Henderson (1993) “Encaminhar pessoas de modo a que se dirigem à melhoria do seu estado de saúde, não esquecendo que a pessoa é um ser bio-psico-social e que deverá ser abordada de forma Holística sempre e ou em qualquer circunstância.”

A consulta de enfermagem no pré-operatório é uma necessidade na medida em que todo o utente, a partir do momento que é diagnosticado, e lhe é proposto a cirurgia, precisa de uma avaliação no seu todo.

A consulta de enfermagem é uma das actividades da função autónoma de enfermagem, realizada pelo enfermeiro, cujo objectivo se prende com o favorecimento de melhor qualidade de vida, que, o utente, nos contextos do pré-operatório sente muito ameaçado, independentemente das propostas terapêuticas que lhe foi feita. Esta ameaça gera níveis de sofrimento elevado que não favorecem o processo reabilitativo e a cura. A consulta de enfermagem como uma abordagem contextualizada e participativa parece-nos ser uma necessidade a ser suprida nos actuais contextos de trabalho.

O profissional enfermeiro, além da competência técnica, deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. Partindo deste pressuposto e sustentados nas reflexões feitas em contextos, avançamos no desenvolvimento da nossa temática. Colocamos como pergunta de partida organizadora do nosso percurso: **Até que ponto é que uma consulta pré-operatória de enfermagem ajuda a resolver as necessidades humanas fundamentais dos utentes/família?**

Perante esta questão elaborou-se os seguintes objectivos:

Refletir sobre a importância da consulta pré-operatória - preparação psico-socio-espiritual e emocional do utente/família, e facilitando a sua a tomada de decisão;

Apresentar os propósitos da consulta pré-operatória de Enfermagem;

Identificar as necessidades dos utentes face à consulta pré-operatória de enfermagem;

A pergunta de partida elaborada para perceber até que ponto uma consulta pré-operatória de enfermagem ajuda a resolver as necessidades humanas fundamentais dos utentes /família? Serviu de fio condutor para o desenvolvimento e conclusão do trabalho.

O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

No **Capítulo 1** - fez-se a revisão de conceitos tais como: - cuidar em enfermagem; o cuidado de enfermagem à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica; Consulta de enfermagem.

No **Capítulo 2** - apresenta-se a metodologia utilizada, a caracterização dos entrevistados (trabalho de campo) e a organização das pesquisas da literatura.

Capítulo 3 - Realça a reflexão crítica, através de análise das informações colhida através da revisão bibliográfica e o trabalho de campo.

Capítulo 4 -Apresentação de considerações finais bem com as propostas.

CAPÍTULO 1

1.1 - Revisão da Literatura

1.1.1 - Cuidar em enfermagem

A Pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, e nas crenças e desejo de natureza o que a torna um ser único, com dignidade própria e direito a auto determinação. (Ordem dos Enfermeiros 2001)

Não se pode falar dos cuidados de enfermagem, das necessidades da pessoa como doente sem estabelecer a relação com o conceito de saúde. Tendo em conta que a saúde não é somente ausência de doença, esta pode ser abordada em diferentes perspectivas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de patologias.

Cabral (2004:123) refere que Virgínia (1966) considera o indivíduo completo, inteiro e independente quando as suas necessidades fundamentais são satisfeitas. As necessidades são, por elas definidas, como requisitos ou exigências de que precisa e não, falta de algo; considerando, assim, as necessidades como algo positivo.

Tendo em conta que a saúde não é somente ausência de doença, esta pode ser abordada em diferentes perspectivas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de patologias.

Virgínia Henderson, citado por Tomey (2004:114) não definiu a saúde mas equiparou-a à independência. “é a qualidade da saúde e não a própria vida, a margem de vigor mental/físico que permite a uma pessoa trabalhar com maior eficácia e obter o nível de satisfação potencial mais elevado na vida.”

Isso significa que ter saúde é “*Ser independente tão rápido quanto possível*” Virgínia Henderson (2007:03)

Tomey, Ann Marriner (2004:114), citando Virgínia Henderson, diz que ela via o utente “como um indivíduo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou morte pacífica. Corpo e mente são inseparáveis. O doente e a sua família são vistos como uma unidade.”

Doenges e Moorhouse (2010:1) Diz que “A essência da enfermagem caracteriza-se pela protecção, promoção e optimização da saúde e das capacidades, prevenção da doença e lesões, alívio do sofrimento através do diagnóstico e tratamento da resposta humana e apoio aos cuidados dos indivíduos, das famílias e das populações”.

Como ciência, envolve as preocupações físicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais do indivíduo.” Marilyn et al E. Doenges e Mary Frances Moorhouse (2010:1). De acordo com essa definição pensa-se que ela deverá estar em perfeita sintonia com o meio ambiente.

Segundo Virgínia Henderson, citado por Tomey et al, não definiu o ambiente em vez disso, utilizou Webster’s New Collegiate Dictionary, de 1961, que definiu ambiente como “o agregado de todas as condições e influências externas que afectam a vida e o desenvolvimento de um organismo”.

Para O.E. (2001) o ambiente é “o meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”.

A família é, então, definida como um sistema complexo de elementos em mútua interacção na perspectiva de Lorraine M. Wright e Maureen Leahey (2002: 21).

Na óptica dos cuidados deve-se perspectivar a pessoa como um ser único e um fim em si mesma, fazer com que os cuidados de enfermagem sejam acções inscritas num registo de intervenção terapêutica (Lopes, 2001).

“ (...) a enfermeira possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência no cliente do que qualquer medicamento ou terapia: ele (ela) mesmo.” Para isso, é necessário uma auto-análise que constitui um aspecto essencial para ser capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêuticos.” (Taylor, 1992). Aula Desenvolvida: Lúcia Vaz Velho 2012.

Jean Watton (2002: 27), “Enfermagem é uma arte e uma ciência, tornando-a mais parecida com uma ciência humana tradicional, e à qual chamei a ciência do cuidar. Uma segunda posição que tomei é a de que a enfermagem submergiu as suas duas heranças do científico e do artístico, na sua procura científica.

Tomey, Ann Marriner (2004:114), citando Virgínia Henderson, definiu a enfermagem em termos funcionais. Afirmou que:

A única função da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria, sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a Independência tão rapidamente quanto possível. (TOMEY, ANN MARRINER, 2004:114)

Para Walter Hesbeen (1997), “Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elemento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.”

Leonardo Boff (1999), diz que “cuidar é mais que um acto, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro.”

Para Tomey, Ann Marriner (2004:114), citando Virgínia Henderson, não se encontra uma definição específica dessas necessidades mas, segundo Henderson, a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro deve ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades, o mais cedo possível, entendendo por necessidade o requisito ou exigência e não a falta.

Virgínia Henderson baseia a sua concepção de Enfermagem nos seguintes pressupostos:

- Tanto o enfermeiro como a pessoa valorizam a independência sobre a dependência;
- A saúde tem um significado social bem como um significado individual;
- Toda a pessoa tende a alcançar o mais alto nível de saúde ou, na sua impossibilidade, uma morte serena;
- Quando a pessoa tem conhecimento, força e/ou vontade tende a alcançar a saúde;
- Tanto a pessoa como o enfermeiro devem definir objectivos congruentes;
- Os cuidados de enfermagem devem basear-se na satisfação de 14 necessidades básicas;
- O enfermeiro deve ter em conta o plano terapêutico prescrito pelo médico ao definir os objectivos dos cuidados;
- A prática profissional do enfermeiro deve basear-se nos contributos gerados pela investigação em enfermagem/conhecimento. (Virgínia Henderson).

Para Virgínia Henderson todas as necessidades se encontram inter-relacionadas, sendo a satisfação de qualquer uma delas diferente de pessoa para pessoa, variando com os factores psicológicos, sociais e culturais e com a sua própria percepção de “correcto” ou “normal”.

As catorze necessidades identificadas neste modelo são: Respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar os resíduos corporais, mover-se e manter posturas correctas, dormir e descansar, vestir-se e despir-se, seleccionando vestuário adequado, manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente, manter a higiene e a protecção da pele, evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros, comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões, viver segundo crenças e valores, trabalhar de forma a obter realização e satisfação, praticar desporto ou participar em diferentes actividades recreativas, aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis (Virgínia Henderson, 2004: 114).

1.1.2 – Doente submetido à cirurgia – O cuidado pré-operatório

Cada utente é um ser único, e com tal, possui a sua originalidade e também deve receber cuidados personalizados. A não realização dos mesmos poderá implicar um aumento da ansiedade, pois como refere Grieve (2002), o que é rotina para o enfermeiro poderá não o ser para o utente.

O pré-operatório é o primeiro período do perioperatório, é considerado como essencial no decurso desse processo, “começa quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica, terminando quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório e recebido pelo enfermeiro para receber os cuidados adequados.” (Phipps, Sands e Marek, 2003: 526).

Portanto, o pré-operatório constitui “As atividades de melhoria no desempenho dirigem-se especialmente para os resultados alcançados pela aplicação dos cuidados aos pacientes” (JCACHO, 1993; citado por MeeKer e Rothrock-1997: 14).

Deste modo, facilmente se compreende que uma preparação pré-operatória correctamente orientada poderá permitir ao utente desenvolver as suas capacidades que contribuam para que se adapte à sua situação, reduzindo o seu nível de incerteza e, conseqüentemente, o seu nível de ansiedade.

Conforme SARMENTO A, et al (2004) “O Diagnóstico de Enfermagem nesse processo e a avaliação do real estado de saúde de um cliente, podendo ser individual ou familiar, possibilitando que o enfermeiro crie suas opiniões e considerações e assim contribua para evolução do mesmo.”

Cada utente é um ser único, e com tal, possui a sua originalidade e também deve receber cuidados personalizados. A não realização dos mesmos poderá implicar um aumento da ansiedade, pois como defende Grieve (2002), o que é rotina para o enfermeiro poderá não o ser para o utente.

O enfermeiro pré-operatório terá que ser capaz de “ (...) avaliar as reais necessidades do doente, realizar os diagnósticos de enfermagem, promover as acções de enfermagem e desenvolver e avaliar os resultados das mesmas” (AESOP, 2006: 109).

As intervenções de enfermagem, nesse processo consistem, segundo Lima (2006) em:

- Apoiar e ajudar a pessoa a ultrapassar o momento de crise representado pela intervenção cirúrgica;
- Promover o autocuidado;
- Em caso de dúvidas ou complicações, fazer os devidos encaminhamentos.

O processo de enfermagem introduziu termos como assistência e cuidado de enfermagem. Entende-se a assistência de enfermagem como a aplicação do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano. O cuidado de enfermagem, por outro lado, é visto como a acção planeada, deliberada ou automática da enfermeira, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano (HORTA:1979).

De acordo com Long (1999: 456), “a cirurgia é um desencadeador de stress, tanto psicológico (ansiedade, medo) como fisiológico (reações neuroendócrinas).”

Flores *apud* AESOP (2006: 122), afirma que “só a proposta de intervenção cirúrgica causa medo, desconfiança e angústia à maioria das pessoas.” Mais nos diz que, “todo o ser humano tem medo do desconhecido: o que é desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrollável”

Entretanto, Conceição (2003: 81), considera que a ansiedade é a emoção mais comum nos utentes hospitalizados e na relação com os profissionais de saúde “são frequentemente referidas duas características: a falta de informação dada aos doentes e a despersonalização nos cuidados prestados”.

A qualidade é um atributo muito utilizado em vários domínios e no contexto dos cuidados também é bastante relevante. Hesbeen (2001: 47) define qualidade como um *continuum* que medeia a mediocridade e a excelência.

Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, demonstrada pela preocupação com o respeito por elas (...). (HESBEEN, 2001: 52)

Para avaliar o nível de qualidade de cuidados, é necessário recorrer a um quadro de referência de indicadores através dos quais se pode perceber como os actos estão sendo executados e até mesmo a sua satisfação, apesar desde procedimento não ser muito mensurável, isso não significa que este não é passível de avaliação. Ibi dem

Apresenta-se alguns elementos que poderão contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados no pré- operatório.

1.1.2.1 -A comunicação como o alicerce dos cuidados

De acordo com Chiavenato (2005), “Para que haja comunicação é necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. A informação simplesmente transmitida mas não recebida ou não compreendida não foi comunicada. Comunicar significa tornar comum a uma ou mais pessoas determinada informação ou mensagem”.

A comunicação proporciona um melhor relacionamento entre a equipa de Enfermagem e os utentes/família, pois, permite a troca de ideias, esclarecimento das dúvidas que poderão existir desde a decisão de cirurgia à alta do mesmo.

A boa comunicação proporciona a criatividade, a qualidade do trabalho e a produtividade, obtendo um melhor resultado, proporcionando um ambiente saudável. Para um bom trabalho de equipa a comunicação deve ser clara e precisa.

Citando Paim (1978: 92), “comunicar é provocar uma resposta do recebedor. Toda fonte ao se comunicar, pretende que o recebedor faça alguma coisa e passa a saber alguma coisa, aceite alguma coisa.”

De acordo com Rogers (1998) empatia é “entrar-se no mundo percetual privado do outro e ficar-se completamente à-vontade no mesmo”. Por outro lado, Burton e Watson (1998) sugerem que a empatia é a “capacidade de um indivíduo tem de perceber o mundo dos significados sentidos pela outra pessoa, como se fossem do próprio.” “Tem-se sugerido, frequentemente, que o uso de competências de comunicação por parte dos(as) enfermeiros(as) é uma parte integral e essencial dos cuidados que prestam, fundamental a

toda a prática de enfermagem, e uma preocupação de todos(as) os(as) enfermeiros(as) a trabalharem nas diversas especialidades (Macleod Clark e Sims, 1988; Brereton, 1995; Naish, 1996; Wikinson, 1999).

Uma das funções da enfermagem como referimos no capítulo anterior, passa pela gestão com diferentes situações emocionais, situações essas que não são relativas ao utente mas sim ao próprio enfermeiro. Na nossa prática somos confrontados com situações que nos tocam e que por vezes podem toldar os objectivos.

Assim, torna-se necessário recorrer e identificar instrumentos e procedimentos de intervenção tais como refere Machado & outros: “o diálogo e os procedimentos técnicos capazes de permitir ao cliente desfrutar bem-estar, compreensão de seus problemas e ter razões para atingir a cura”.

Johnston (1980:..), “apurou que a informação pode: influenciar a recuperação; reduzir o internamento, a ansiedade, os níveis de dor e, conseqüentemente, a ingestão de analgésicos.” Esta evidência foi reforçada por um estudo efetuado por Young & Humphrey (1985) em que “forneceram, a doentes que iam ser hospitalizados, informação sobre o modo como se podiam ajustar às condições inerentes ao seu internamento.” Este procedimento fez com que os doentes tivessem um menor internamento e menos sofrimento.

Segundo Rodrigues (1998)

Os registos em si mesmo propõem melhorar a comunicação entre todos os que cuidam da pessoa, proporcionando uma atenção comum para os problemas desta.” E ainda ”salientamos que a utilização de registos contribui seguramente para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos.

A nossa postura e as nossas atitudes em relação ao nosso tom de voz, o saber escutar, o nosso olhar, o sorriso e gestos discretos na forma como são abordados os utentes/família vão influenciar as relações futuras. Por outras palavras, podemos dizer que “A atitude é

uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento” (AJEN, 1988).

De acordo com Jos Jaspars, (1986) esta ideia é reforçada quando define “as atitudes não podem ser medidas diretamente, mas tem de ser inferidas no comportamento.”

É bom ter atenção na qualidade de informações que passamos aos nossos pares e aos utentes/família, pois resolvendo os principais obstáculos existentes poder-se-á contribuir grandemente para uma melhor relação que automaticamente vai traduzir numa melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Para Peplau, (1952) A enfermagem é uma relação terapêutica em que está implícito um processo de crescimento mútuo - enfermeiro/utente. A relação de empatia que nasce entre o utente e o enfermeiro é de extrema importância para a postura do primeiro durante a cirurgia. Exemplo disso é a mudança de atitude do nosso entrevistado, como se pode constatar na leitura da transcrição da entrevista (Anexo nº seis).

A orientação pré-operatória do paciente consiste em dar toda a informação podendo ser ministrada numa conversa, numa discussão, pelo uso de meios audiovisuais e pela demonstração de “(...) destinado a ajudar o utente a compreender o que está prestos a experimentar para que possa participar inteligentemente numa recuperação mais eficaz da cirurgia e da anestesia”. (SUDDARTH, 1980: 84)

1.1.2.2 -A segurança e integridade do utente

A qualidade assenta também na prevenção e gestão dos riscos, tanto a nível ambiental como associados ao processo cirúrgico. A improvisação de técnicas ou materiais são uma das principais causas de acidentes no bloco operatório. Por esta razão, torna-se, fundamental que o bloco seja apetrechado de materiais suficientes e adequados para o bom desempenho das actividades de enfermagem, não expondo, assim, o utente a determinados riscos.

Nightingale cit in UNAIBODE (2001:6) diz que não existe qualidade sem medida e sem acompanhamento da medida. Nesta perspectiva, todo o trabalho realizado pelo enfermeiro deve ser alvo de uma avaliação constante, sob pena de não conseguir os objectivos preconizados, isto é, se realmente a sua actuação serviu para a melhoria da qualidade de vida do utente.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde, sendo, por isso, prioritário a criação de sistemas de qualidade em saúde.

A manutenção da segurança e integridade do utente é responsabilidade de toda a equipa que interage no pré-operatório. A segurança passa pela identificação de factores que podem interferir no bom decurso da intervenção.

Para garantir a segurança ao utente, UNAIBODE (2001:108) aconselha a aplicação do decreto referente à materiovigilância. Com efeito, este estipula que:

Os incidentes que provocaram ou que são susceptíveis de provocar a morte ou a degradação grave do estado de um paciente, de um utilizador ou de um terceiro, devem ser comunicados à autoridade administrativa local ou materiovigilância, qualquer que seja o grau de gravidade. (UNAIBODE, 2001:108)

Cada estrutura de saúde deverá desenvolver uma política de materiovigilância, que regulamenta a obrigatoriedade em avaliar a incidência e prevenir determinados riscos, e de os profissionais zelarem pelo cumprimento dos cuidados.

Portanto, cabe ao enfermeiro criar mecanismos e instrumentos, com a finalidade de elaborar e obter informações específicas e relevantes em relação ao utente, de maneira holística, assegurando que as esferas biológicas, sociais, psicológicas e espirituais desse ser humano sejam levadas em conta, conforme a teoria de enfermagem utilizada.

Para alguns autores, citados por BOTELHO (1998), constituem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outros, os seguintes:

Ausência de úlceras de pressão; ausência de infecção e outras complicações que possam resultar dos cuidados prestados pelos enfermeiros; ausência de erros de medicação; ausência de indicações de agressões físicas ou verbais; ausência de queixas por parte dos utentes; satisfação das visitas pelos cuidados que são prestados aos utentes; satisfação dos utentes pelos cuidados que recebem. (BOTELHO, 1998)

Meekere e Rothrock (1995: 20) defendem que os profissionais de saúde são, mais que a arquitetura e o acabamento, os reais obstáculos para a criação e manutenção de um ambiente seguro.

1.1.2.3 -Transferência do utente para a sala de operação.

O enfermeiro deverá manter o fiel princípio de manter o conforto e a segurança do utente, auxiliando na transferência do leito para maca, acompanhando-o e coordenando o trabalho de grupo para assegurar a chegada do utente na sala na hora apropriada. (SUDDARTH, 1980: 90).

Costa (1994) refere que “ (...) a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação, quer de quem presta cuidados como de quem recebe.”

1.1.2.4 - A segurança e integridade dos profissionais

Entre todos os serviços prestadores de cuidados, o bloco operatório segundo UNAIBODE (2001:25), é um dos locais onde as técnicas utilizadas e o material é susceptível de expor o profissional a determinados riscos. Portanto, a manutenção sistemática dos equipamentos e dos locais é de extrema importância.

Vários são os riscos que os profissionais do bloco são submetidos, desde os riscos eléctricos a químicos, tóxicos, biológicos entre outros.

Há necessidade do profissional redobrar as medidas de protecção individual, respeitar as normas e condições de diluição dos produtos, e uma atenção especial à gestão dos resíduos no serviço.

Não se pode deixar de realçar outros riscos específicos como as lombalgias, problemas circulatórios do tipo varizes, o “stress” ligados à sobrecarga de trabalho. (UNAIBODE, 2001:29)

1.1.2.5 - Respeito pelos direitos do utente

Com se sabe, os utentes possuem direitos e deveres internacionalmente instituídos, pelo que é de responsabilidade dos prestadores de cuidados informá-los sobre os mesmos.

De acordo com a carta dos direitos e deveres instituídos em Cabo-verde, o utente tem direito à informação sobre o seu estado de saúde, prognóstico, alternativas de tratamento bem como os seus custos.

Consentimento informado, consiste num formulário assinado pelo utente dando permissão para a realização do procedimento cirúrgico conforme descrito ao paciente pelo cirurgião após uma explicação clara e simples acerca do que se deve ser feito. (SUDDARTH,1980: 99).

1.1.3 – Consulta de enfermagem

Consulta de Enfermagem " É uma atividade utilizada por profissionais capacitados para fornecer parecer, instrução ou examinar determinada situação a fim de decidir sobre um plano de ação sobre sua área de conhecimento em relação às necessidades apresentadas pelo cliente." (GALPERIN E PORTELLA, 1990: 1)

A consulta de enfermagem, uma das actividades da função autónoma, realizada pelo enfermeiro, cujo objectivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de

vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade.

Para Virgínia Henderson “Os cuidados básicos de enfermagem são predominantemente, um serviço prestado aos doentes e aos que precisam de ajuda.”

Segundo AESOP, (1998) podemos definir cuidados pré-operatório como sendo um “Conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros pré-operatório para dar resposta às necessidades do doente que vai ser submetido à cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo”

É fundamental conhecer o utente de forma holística, o que vai permitir planear os cuidados de Enfermagem individualizado e personalizado, decidir e tomar as medidas do ponto de vista físico, psicológico e espirituais, dando um carater mais humanizado e menos técnico das pessoas que trabalham nessa área. “Tal melhoria de desempenho inclui cinco atividades: planejar, projetar, medir, avaliar e melhorar (OR MANAGER, 1993 cit in MEEKER E ROTHROCK, 1997: 14)”.

Tanure (2008), diz que o processo de enfermagem “é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente, e é composto por etapas que devem ser previamente estabelecidas, tais como a coleta de dados, os diagnósticos, o planeamento, a implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados”.

Na primeira consulta, além da realização da anamnese e do exame físico pelo enfermeiro, são levantadas outras informações de atendimentos e internamentos prévios através de registros anteriores no processo do utente. É durante a consulta que o enfermeiro vai compreender o modo de estar dos utentes, dando-lhes oportunidades de exporem os seus sentimentos, suas emoções e pontos de vista diante dos problemas que estão vivenciando, esperando respostas coerentes dos profissionais.

O acolhimento do utente/família no bloco operatório, deve ser um processo contínuo, dinâmico, facilitador de desenvolvimento de relação de confiança e ajuda. Deve ser feito sem pressa e num ambiente calmo e protector para o utente, dando respostas às suas necessidades.

Torna-se, também, relevante informar, de forma clara e precisa, ao resto da equipa de algumas necessidades e problemas do utente, com os quais se vai confrontar no momento da cirurgia (por exemplo: as alergias, as doenças crónicas, os medos, as suas crenças, entre outros).

Para isso, a comunicação e o registo de dados são dois momentos significativos e devem ser assegurados que os outros membros da equipa interdisciplinar tenham conhecimento da situação do utente, garantindo-lhes a detecção precoce dos seus problemas. O registo de dados promove a continuidade da assistência, a exactidão das anotações e o pensamento crítico.

Segundo a AESOP (2006: 108) é fundamental na relação de ajuda

(...) A empatia, o respeito, a compreensão, a escuta, a escuta activa, o silêncio, o saber colocar-se no lugar do outro, a assertividade, a unicidade do doente, o encorajamento, a “advocacia”, a motivação e o estímulo, entre outros, embora não sejam observáveis nem mensuráveis no imediato, refletem-se no cuidar do doente. (AESOP, 2006: 108)

Assim, exige que se estabeleça na consulta pré- operatória uma verdadeira relação de confiança com o utente/família significativa para que estejam aptos para o vivenciar da experiência cirúrgica, respeitando as normas exigidas nas cirurgias (o jejum, a pré-medicação prescrita pelo anestesista, bem como a medicação nos doentes crónicos, o vestuário, os adornos).

Independentemente da intervenção cirúrgica levar ao internamento ou ser feita em regime de ambulatório, cabe ao enfermeiro, durante a consulta pré-operatória, preparar o utente para o pós-operatório, em relação à medicação, cuidados a realizarem e orientando-lhe sobre o que deve fazer no domicílio, em situação de complicação.

Assim, na consulta de enfermagem realizada no pré-operatório é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica do enfermeiro com o utente/familiar, onde a comunicação é de extrema importância, para a transmissão de segurança, empatia e promoção de um ambiente acolhedor e esclarecedor de dúvidas.

A consulta de enfermagem permite validar se o utente tem critérios para ser atendido em regime ambulatorial, pois permite:

- Identificar as necessidades físicas e psicológicas do utente/família;
- Descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão à alta;
- Envolver a família/adulto responsável nos requisitos da cirurgia de ambulatório;
- Fornecer documentação com as indicações pré-operatória e norma de funcionamento do serviço;
- Facultar informação para a alta e pós-operatório.

Silva (1996), diz que:

“A sistematização da assistência, a ordenação e direcionamento das atividades não beneficiará somente os enfermeiros mas, também, as instituições que terão como avaliar melhor o trabalho desenvolvido;” relata ainda que, “independente do referencial teórico, se essa sistematização for realizada de maneira incorrecta poderá resultar em planeamento e implementação equivocados no atendimento ao paciente”. (SILVA, 1996)

1.2 - Reflexão e Caracterização da Prática Clínica no Bloco Operatório H.B.S.

Hospital é (...) um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objetivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante vinte e quatro horas por dia... (WILSON CORREIA DE ABREU, 2007: 28).

Já para Portugal (1998), o hospital é

(...) um estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. (WILSON CORREIA DE ABREU, 2007: 28)

1.2.1 - Recursos humanos do bloco operatório do H.B.S.

Os recursos humanos do Bloco são constituídos pelo pessoal fixo que são: a equipa de enfermagem com treze elementos; equipa de anestesistas com seis elementos, auxiliar de serviços gerais com seis elementos e um administrativo. Convém, ainda, contabilizar o pessoal não fixo, que é afecto ao serviço das especialidades cirúrgicas. São considerados como pessoal rotativo, mas que, exercem as suas funções tanto no bloco operatório como nas próprias enfermarias, nas consultas de especialidades, bem como nos bancos de urgências e unidade de cuidados especiais.

Para as cirurgias electivas, o bloco operatório funciona das oito às quinze horas, de segunda a sexta-feira com dias pré definidos para cada especialidade, que deverá encaminhar ao bloco a sua programação até ao meio dia, da véspera da cirurgia. Em relação às cirurgias de urgências, este serviço está disponível ao longo das vinte e quatro horas do dia e a entrada no bloco é determinada pela gravidade do caso.

A cirurgia é, segundo Marek e Boehnlein (2003: 525), “o diagnóstico e tratamento médicos do traumatismo, deformidade e doença, por actos manuais e instrumentais”.

1.2.2 - O espaço arquitetónico e o circuito do bloco operatório H.B.S.

O Bloco Operatório está situado na ala nova do Hospital Dr. Baptista de Sousa, funcionando diariamente, vinte e quatro sob vinte e quatro horas com urgências e das oito às quinze para as programações. Dentro destas temos as cirurgias de utentes internados e as ambulatoriais, atendendo as valências de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Ortopneumatologia, Urologia, Oftalmologia, O.R.L., Ginecologia/Obstetrícia, Maxilofacial, Estomatologia, distribuídos ao longo da semana.

É constituída por três salas cirúrgicas igualmente equipadas e destinadas à realização de cirurgias. As salas cirúrgicas são todas equipadas de igual modo de forma a garantir a monitorização dos utentes e a segurança dos mesmos e das equipas de saúde;

Pretendemos referenciar apenas as equipas fixas do bloco operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa, com ênfase para a equipa de enfermagem.

1.2.3 -A equipa de anestesista do bloco operatório do H.B.S.

Esta equipa é constituída por seis elementos, três nacionais e três estrangeiros. Trabalham diariamente das oito às quinze horas, estando um em cada sala e numa escala rotativa com regime de permanência fixa. Isto é, cada vez fica um de serviço por vinte e quatro horas com direito à folga no dia seguinte. Estão sob a coordenação do diretor do bloco, que elabora uma escala mensal distribuindo as funções de cada um.

1.2.4 - A equipa dos auxiliares de serviços gerais

Esta equipa é constituída por seis elementos, e que apresentam perfil para trabalhar no bloco. Depois de colocados no serviço é-lhes dado uma formação em contexto de trabalho. Trabalham com funções definidas numa escala de turnos, ficando três auxiliares no turno de manhã, um no turno da tarde, um no turno da noite e um de folga, sob a supervisão do enfermeiro chefe, em colaboração com os enfermeiros de turnos.

São em número insuficientes para as solicitações e exigências do bloco, têm a principal função de limpeza do espaço físico, dos mobiliários, e dos materiais do serviço. Para além dessas funções são solicitados para o transporte dos doentes no bloco, são responsáveis pela recolha e transporte do lixo, pela troca de roupas na lavandaria, e por tudo que for necessário transportar do bloco e para o bloco.

1.2.5 -O Auxiliar administrativo

Trata-se de um elemento que faz o papel de secretariado do serviço, trabalha num gabinete à entrada do bloco, de segunda a sexta-feira das sete horas e trinta minutos às catorze horas e trinta minutos. Faz a recepção dos utentes/família e verifica a sua documentação para ver se está tudo em ordem e, em caso contrário, providencia o que estiver em falta, trata das requisições para a secretaria, faz as ligações entre o bloco e as diversas enfermarias e por fim presta informações às pessoas que se dirigem a este serviço.

1.2.6 -Prática diária dos cuidados de enfermagem no pré-operatório.

“O **saber ser** no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida às emergências, controlo de stress.” (AESOP 2006: 8).

O autor continua dizendo que “(...) o enfermeiro põe em prática os seus saberes específicos, antes, durante e após as cirurgias, e desenvolve as suas funções de prestador de cuidados, de advogado do doente, de líder, de investigador e de gestor.” (AESOP 2006: 8).

Os Enfermeiros são colocados neste sector de cuidados através de uma escala rotativa. São colocados dois enfermeiros em cada sala, com conhecimento e qualificação para exercerem as seguintes funções:

A enfermeira circulante “assegura as suas funções junto do operado na sala de operações. Recolhe e analisa as informações, planifica, presta e avalia o conjunto dos cuidados de enfermagem. Assegura mais particularmente a traçabilidade e a transmissão das suas acções e do decurso da intervenção”.

A enfermeira instrumentista “participa no acto cirúrgico na zona protegida, mais perto do paciente. Tem a seu cargo a organização da instrumentação em função da cronologia dos tempos operatórios e das suas especificidades”.

A enfermeira ajudante “operatória colabora com o cirurgião nos gestos técnicos operatórios” (UNAIBODE, 2001:43).

Nas cirurgias programadas, por falta de número suficiente de especialistas e em situação de urgência, o enfermeiro instrumentista desempenha o papel de ajudante do cirurgião.

Silva (1995: 46) salienta que “Florence Nightingale não explicitou o termo ser humano no seu sistema conceptual, no entanto, está implícito a visão da individualidade,

singularidade, originalidade e totalidade deste ser com atributos e potencialidades físicas, intelectual, emocional, social e espiritual “.

A equipa de Enfermagem do Bloco Operatório do H.B.S, na busca incessante de respostas de qualidade para oferecer aos utentes em cada contexto específico, tem feito um grande esforço a fim de adquirir conhecimentos através de formações visando melhoria dos cuidados prestados aos utentes / família.

Segundo Association Operating Room Nurses (AORN, 2006: 108) o enfermeiro deve:

Identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente, pôr em práticas um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de Enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia.

Dentro deste contexto, hoje o Bloco dispõe de um Enfermeiro no pré-operatório que recebe os utentes, desempenhando um papel extremamente importante nessa fase, tentando minimizar a sua ansiedade e a angústia do impacto desse momento, através de relacionamento estabelecido entre ambos, transmitindo-lhe segurança e confiança nas equipas que vão cuidar dele.

A equipa de Enfermagem do Bloco Operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa, consciente da existência dos estudos que comprovam que os utentes reagem melhor quando têm os familiares por perto, e, por isso, nos nossos serviços, é normal facultar o acompanhamento a menores, a pessoas deficientes ou muito dependentes.

Tal como Long (1991: 456) nos refere, a ansiedade no doente cirúrgico:

[...] é uma reacção adaptativa normal ao stress da cirurgia. A ansiedade ocorre no pré-operatório, quando o doente antecipa a cirurgia ou problemas pós-operatórios, como dor e desconforto, alteração na imagem corporal ou na função corporal, maior dependência, perda de controlo, preocupações familiares ou alterações potenciais no estilo de vida.

A nível de cuidados prestados, da organização e gestão da equipa de Enfermagem, este ano foram introduzidas melhorias tais como:

- Elaboração de plano de trabalho, distribuindo os enfermeiros por salas (instrumentista, circulante, no pré e pós-operatório). Deste modo, na véspera, cada elemento já sabe em que sitio está colocado;
- Delegação de funções para que todos participem activamente no serviço;
- Implementação de registo de enfermagem desde a chegada dos utentes no pré-operatório, intra-operatório, no pré-operatório até a sua transferência para o serviço de internamento;
- Nomeação do enfermeiro-chefe de equipa para que em cada turno, na ausência da enfermeira- chefe de equipa ter alguém que responda pelo serviço.

É norma no bloco operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa os seguintes procedimentos:

- Depois da entrada do utente na sala operatória o familiar passa a aguardar no corredor à frente da porta do Bloco onde improvisamos uma sala de espera, até serem chamados de novo para acompanhar o seu familiar no pós-operatório;
- Nem sempre o enfermeiro tem disponibilidade de falar com os doentes/famílias sobre os seus medos a fim de diminuir-lhes o stress inerente cirurgia;
- Os utentes/famílias na maioria chegam ao Bloco com informações escassas, muitos nem sabem o que vão fazer, e chegam cheios de medo do desconhecido.

Em 1903, Leila Clark (Groah) refere que:

(...) regra geral, a preparação do doente e o ambiente estranho desta área do hospital deixam os doentes muito apreensivos e num deplorável estado de espírito. Uma boa enfermeira de sala de operações com tato, palavras de conforto e animadoras pode reverter o pensamento do doente ou minorar os seus medos. (AESOP, 2006:5).

Reconhece-se que, a colocação de um enfermeiro no pré-operatório foi um ganho, mas constata-se que ainda os utentes chegam mal informados e mal preparados.

Portanto, permanece o sentimento dos enfermeiros em querer desempenhar as funções de uma forma mais eficiente e eficaz, só é possível, com a implementação da consulta de Enfermagem no Pré-Operatório.

“A motivação é de cunho interno, pessoal [...] tem origem no interior do individuo ou seja, [...] é o desejo de esforçar-se para alcançar uma meta ou recompensa de modo que diminua a tensão causada pela necessidade”. (MARQUIS; HUSTON, 1999: 303)

1.2.7 - Processo pré-operatório

Segundo (AESOP, 1998) podemos definir cuidados pré-operatório como sendo um “Conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros pré-operatório para dar resposta às necessidades do doente que vai ser submetido à cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo”.

Castellanos & Jouclas (1990) entendem como premissa para nortear a implantação de um sistema de assistência de enfermagem, um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado. Por outro lado, Jouclas & Salzano (1981), realçam que o estado emocional do paciente quando está muito alterado poderá levar ao cancelamento da cirurgia, bem como expô-lo a um número maior de complicações pós-operatórias.

O Bloco Operatório é uma unidade orgânica-funcional, autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a utentes, total ou parcialmente dependentes, com o objectivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida (AESOP: 20)

A gestão do bloco operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa é feita por uma equipa, formada pelo Médico que tem como principal função coordenar a equipa de anestesia e pela enfermeira-chefe que é a responsável pela gestão do espaço físico, as equipas de enfermagem, dos auxiliares dos serviços gerais e administrativo.

Tendo em conta as condições do país, a gestão do bloco operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa não é tarefa fácil, pois pressupõe aplicar fundamentos básicos de gestão com eficiência e eficácia, num serviço de grandes exigências, mas com fracos recursos. O trabalho dos gestores avalia-se principalmente por padrões que são conceitos bem diferentes. Assim, segundo Teixeira (2005).

Eficiência é a relação existente entre a qualidade e quantidade, de quanto maior for o volume de produção alcançado com o mínimo de factores, maior o grau de eficiência; Eficácia-é a medida em que os outputs produzidos através do processo se aproximam dos objectivos iniciais, sendo que quanto menor os desvios entre o planeado e o produto final maior é o grau de eficácia.

Já para Pereira (2004) “efetividade é decorrente dos resultados de um procedimento ou tecnologia médica aplicada à prática. “A efetividade em um programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais”.

CAPITULO 2

2.1 -Metodologia

A metodologia refere-se a percursos, práticas e técnicas usados para reunir, processar, utilizar e interpretar informações que podem ser usadas para testar ideias e teorias sobre a vida social. (JONHSON,1995:147)

Este estudo é o resultado de uma revisão da literatura científica produzida sobre o tema. Esta revisão foi feita concomitantemente com idas a campo (unidades de internamento de cirurgia), onde foram realizadas entrevistas com utentes em situação de pré-operatório. As entrevistas orientaram e objectivaram as questões teóricas na pesquisa bibliográfica. Pode-se dizer que foram essas respostas dos entrevistados, os textos teóricos, artigos publicados e trabalhos de investigação produzidos em âmbito académico.

A pesquisa bibliográfica feita on-line, na base de dados da Scielo, no motor de busca EBESCO, e no motor de busca Google, utilizaram-se palavras-chaves como: **Cuidar, consulta de enfermagem e cuidado pré-operatório**, tendo encontrado alguns artigos, monografias e teses que serviram como suporte do trabalho.

Recorreu-se também, à pesquisa em manuais teóricos da área referenciada na bibliografia. Para a realização das entrevistas construiu-se um guião (Anexo nº cinco) que teve como pressupostos o preconizado por Teixeira, F. & outros. (2010:480):

1. *Adquirir confiança e credibilidade do paciente;*
2. *Levantar problemas de enfermagem segundo as NHF;*
3. *Avaliar condições físicas do paciente;*
4. *Avaliar parâmetros de sinais vitais;*
5. *Averiguar medidas antropométricas;*
6. *Esclarecer quanto à cirurgia e dúvidas relatadas;*
7. *Sensibilizar a adesão terapêutica:*
 - *não-medicamentosa;*
 - *medicamentosa, conforme prescrição;*
8. *Solucionar/reduzir alterações, medos e ansiedades.*

Para Alvaro-Lefvre (2005) existem passaos que podem ajudar o enfermeiro a realizar uma pesquisa sistemática e ordenada, necessária à consulta de enfermagem, como:

- Colheita de dados: “os dados referentes ao estado de saúde do usuário são investigados de maneira directa ou indirecta. Os dados directos são coletados directamente do cliente, por meio de anamnese e do exame físico e os indirectos são obtidos por outras fontes como prontuários, familiares ou amigos”.

Essa colheita de dados pode ser direccionada através da criação e da utilização de instrumentos investigativos para o registo e a organização das informações coletadas.

- “Validação dos dados, o enfermeiro deve comprovar se os dados coletados estão correctos comparando-os com valores normais ou padrões, ou seja, verificar se a informação coletada é factual e completa”.

Nas entrevistas seguiu-se as orientações quer no questionamento quer no registo de dados, é de referir que nos primeiros dez dias, em que se fizeram as entrevistas e observações em campo, não houve interacção em contextos de enfermeiro/utente numa consulta de enfermagem. Limitou-se a aplicar o questionário elaborado, fazer a observação, dando somente as informações relativas ao objectivo do estudo sem, no entanto, partilhar com eles algum momento de dedicação e informação.

Esta estratégia permitiu a reformulação de questões, possibilitando uma melhor capacitação em contextos terapêuticos de consulta de enfermagem no pré-operatório.

2.1.1- Caracterização dos participantes

Devido a abrangência do tema e da população em estudo optou-se por seleccionar um grupo de utentes planeados para cirurgias, com o objectivo de recolher as informações necessárias para a problemática em estudo.

No primeiro momento foi aplicado uma entrevista exploratória aos funcionários de cada categoria profissional que faz parte da equipa do bloco operatório.

Isso significa que foram entrevistados seis enfermeiros, cinco cirurgiões, três anesthesiologistas e três ajudantes de serviços gerais.

No segundo momento entrevistaram-se os utentes, que se encontravam nos planos cirúrgicos, tanto nas unidades de internamento que dependem do centro cirúrgico, bem

como os do regime ambulatorio, no período compreendido entre onze a trinta de Novembro de 2012.

Em relação ao serviço, à idade, ao sexo e a naturalidade, os utentes programados para as cirurgias electivas, durante o mês de Novembro de 2012, encontram-se distribuídos nos diferentes sectores de internamento da seguinte forma:

Tabela Nº 1 – Serviços Estudados no H.B.S.

Serviços	Idade	Sexo		Naturalidade			
		Masc.	Fem.	São Vicente	Sto Antão	São Nicolau	Sal
Cirurgia Geral	[02 a 78]	16	15	18	04	07	02
Cirurgia Urologia	[01 a 76]	15	00	09	04	02	00
Cirurgia O.R.L.	[02 a 83]	10	10	12	05	03	00
Ortotraumatologia	[06 a 82]	09	06	07	04	02	02
Ginecologia	[38 a 43]	00	02	01	01	00	00
Total		50	33	47	18	14	04

2.1.2 -Método e técnicas de pesquisa

Para a análise dos dados, seguiu-se os pressupostos preconizados na análise qualitativa através do estudo exploratório, que permitiu identificar as necessidades dos utentes e apresentar algumas propostas.

Segundo Michel, (2005:32) “(...) o estudo Exploratório não se trata de uma pesquisa no sentido restrito, pois envolve apenas, uma busca de conhecimentos, para problemas e soluções, cujas fontes são conhecidas; e também, porque dispensa o emprego de processos rigorosos de investigação (...)”.

Adotou-se o método qualitativo, que segundo o mesmo autor na pesquisa qualitativa, a verdade não se comprova numérica ou estatisticamente, mas convém-se na forma da experimentação empírica, partir de análise feita de forma detalhada, abrangente, consistente e coerente, assim como na argumentação lógica das ideias, pois, os factos em Ciência Sociais, são significados sociais, e na sua interpretação não pode ficar reduzida a quantificações frias e descontextualizadas da realidade. (MICHEL, 2005:32)

Utilizou-se os seguintes métodos:

- Pesquisa documental

“Visa seleccionar, tratar e interpretar informação bruta existente em suportes estáveis (escrito, audio, video,) com vista a extrair algum sentido “. (Hermano 2005:59).

- Entrevistas exploratórias

Segundo Quivy (2003:69) as entrevistas exploratórias têm como função principal revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensando em si mesmo, e assim completam as pistas de trabalho sugeridas pelas leituras.

- Entrevista Semi-estruturada

Onde “o entrevistador faz certas perguntas principais mas é livre de alterar a sequência ou introduzir novas questões em busca das informações”. (Moreira 1994:133).

2.1.3 -Procedimentos éticos

Ética é uma área de estudo que tem sido largamente difundida. Tem-se feito várias tentativas em defini-la no contexto da enfermagem, porém ela pode ser entendida em ângulos diferentes. O foco da ética da enfermagem é o desenvolvimento de uma relação enfermeiro/utente, o que significa que o ramo da ética de enfermagem tende a examinar as éticas de cuidado ao invés da ética da cura, explorando o relacionamento entre o enfermeiro e os utentes, analisando mais as obrigações dos enfermeiros para respeitar os direitos humanos da pessoa, com reflexos nos códigos de ética profissionais de enfermagem.

É nesse âmbito que o enfermeiro deve pautar as suas intervenções lembrando que a humanização diz respeito à defesa dos valores do utente e ao atendimento de suas

expectativas e necessidades. O utente não é apenas objecto de tratamento decidido por critérios técnicos, mas é sempre um sujeito e, como tal precisa e deve ser chamado a participar no processo de atenção a que está sendo submetido. Ele deve, inclusive, ser informado sobre as possíveis opções de tratamento, a fim de poder pronunciar a respeito das mesmas.

Thompson, Melia e Boyd (2004) defendem que a” função da ética é explorar a natureza dos limites entre as pessoas que se relacionam umas com as outras em comunidade”. Os mesmos autores, citando Thomson (1976), realça que “competência em ética implica ter conhecimentos, capacidade e confiança para se ser pró-activo, para correr riscos e para aceitar a responsabilidade pelas decisões difíceis”.

Os enfermeiros, cientes das suas obrigações, tiveram a preocupação de, no início da entrevista, explicar os objectivos e a metodologia do estudo e, acima de tudo, garantir o direito à privacidade, assegurando, deste modo, a confidencialidade e o anonimato das respostas uma vez que os dados coletados serão tratados sem identificação do utente, utilizadas apenas para fins académicos.

Foi solicitado a autorização para a realização do estudo à direção do Hospital Baptista de Sousa, bem como assinatura do consentimento informado pelo utente/família. Em caso de menores ou pessoas incapacitadas, o documento foi assinado pelos pais/encarregados de educação ou por seus responsáveis.

Segundo Streubert Helen J. e Cartenter Dona R. citando in Polit e Hungler (1997) O consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.

Ainda os mesmos autores, citando in Behi & Nolan (1995), “No mínimo, [o consentimento informado] exige que seja dado aos seres humanos informação verdadeira e suficiente para os ajudar a decidir se desejam ser participantes na investigação.”

Portanto, torna-se claro que a consulta de enfermagem seja uma ferramenta de trabalho pelo facto de projectar a enfermagem no que toca à assistência ao normatizar suas acções, ressaltando a importância dos preceitos éticos e legais do cuidar em enfermagem.

CAPITULO 3

3.1 - Reflexão Crítica - Análise da Informação Colhida da Revisão da Literatura e das Idas a Campo

O processo de (re)construção das categorias de análise e das dimensões, deu-se a partir de um processo de interpretação do conteúdo dos depoimentos e nas falas do sujeito, numa constante reflexão sobre a prática de enfermagem.

As categorias surgiram e inspiraram a trajetória investigativa que se percorreu de forma que, à medida que se avançou no estudo, nas leituras e na pesquisa, elas sofreram modificações/reestruturações, e novas categorias foram construídas, surgiram obstáculos que transformaram em desafios e motivações para entrar nesta misteriosa actividade que é a pesquisa.

Foi através da leitura, da experiência e da pesquisa que surgiu a possibilidade de dar sentido ao que se procurava. Foi no encontro das palavras com a experiência que as categorias e as dimensões surgiram e foram vislumbradas num processo de (re)descoberta e de pesquisa.

Após as entrevistas exploratórias aos profissionais do bloco operatório, as dos utentes decorreram em dois momentos distintos.

Questionados sobre as informações tidas quase todos os utentes responderam que não sabiam explicar, porque não procuraram esclarecer as dúvidas junto do médico, e que esperava esses esclarecimentos no bloco operatório.

Alguns dos entrevistados não sabiam o diagnóstico, nem o nome do profissional que deu essas informações, o que explica a falta de conhecimento da ficha de consentimento.

A comunicação é um fenómeno bastante complexo, onde interfere diferentes factores nomeadamente os intrínsecos ao sujeito, como a ansiedade, a dificuldade de expressão e a

compreensão ou articulação. Interferem, também, factores extrínsecos, como o tipo de códigos e símbolos usados, o contexto e ainda os factores ambientais como o ruído e falta de condições físicas. Deste modo, é importante ter consciência da influência dessas interferências para que a mensagem seja compreendida por ambos os intervenientes na comunicação.

Segundo Atkinson e Murray (1989), outros factores que influenciam a comunicação de uma forma mais objectiva e directa são: idade, sexo, cultura e costumes, língua, personalidade, religião, crenças e valores, raça, educação e papel que cada um desempenha.

Reflectindo sobre os conceitos de Chalifour (1993); Phaneuf (1995); Bramer *apud* Lazure (1994), podemos definir a ajuda do enfermeiro como uma relação profissional no sentido de promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade do doente para satisfazer as suas necessidades fundamentais e atingir uma melhor compreensão da realidade própria, das emoções, dos conflitos, dos valores, dos limites e das aspirações.

Quanto aos utentes no regime ambulatorio, apresentam-se directamente no bloco operativo momentos antes da cirurgia, perdendo-se, muitas vezes, pelos corredores.

Sendo o acolhimento um momento indispensável no pré-operatório, este pode ser influenciado pela realização da consulta pré-operatória, onde se estabelece uma relação terapêutica com o utente, facilitando, assim, este processo.

Existem, no entanto, limitações para a sua realização, que, segundo a UNAIBODE (2001) podem ser: a falta de pessoal, a falta de tempo; os locais inadequados; as patologias muito complexas, entre outras.

Segundo Silva *et al.* (2006), na ausência da consulta pré-operatória, percebe-se a chegada do doente ao bloco operativo, como um momento de primordial importância no acolhimento do mesmo.

O primeiro contacto deve proporcionar ao utente a empatia, segurança e descontração de que este necessita. Por conseguinte, um bom e adequado acolhimento no momento de admissão do utente no bloco operatório é, sem dúvida, um ponto de partida para um bem-estar do utente durante a sua estadia.

Os entrevistados demonstraram a necessidade de maior acompanhamento por parte dos profissionais, nessa fase, por forma a ajudá-los no esclarecimento das dúvidas.

Como elemento da equipa responsável por receber e acolher o utente, o enfermeiro do bloco operatório, estabelece o primeiro contacto com ele. Assim, o acolhimento proporciona uma relação interpessoal entre os profissionais e o utente, pretendendo-se estabelecer um vínculo entre os intervenientes, onde prevalece a humanização e personalização da atenção e dos cuidados prestados.

A ansiedade e o medo foram conceitos referidos por todos os entrevistados. Existem evidências que mostram que os utentes que estão mais ansiosos antes da cirurgia terão maior probabilidade de apresentar uma pior evolução no período pós-operatório do que aqueles que se apresentam menos ansiosos (Conceição, 2003).

Com a finalidade de diminuir esses factores geradoras de stress, compete ao enfermeiro observar e interpretar o comportamento do utente, avaliando, deste modo, o seu nível de ansiedade e esclarecer dúvidas existentes, mostrando disponibilidade para responder as questões. Nesta óptica, o enfermeiro deve fornecer-lhes informações claras, adaptadas e adequar o vocabulário ao nível e desenvolvimento socio cultural e diferenciada do utente.

Segundo Conceição (2003), podem ser mencionadas três hipóteses diferentes que tentam fazer a ligação entre a ansiedade no pré-operatório e a recuperação no pós-operatório, a saber: cognitivo-comportamental, psicofisiológica e de comunicação.

As hipóteses de comunicação sugerem que o comportamento do utente ansioso transmite um nível de recuperação diferente às equipas técnicas. Como estes parâmetros indicam geralmente o índice de recuperação, o progresso do utente pode parecer mais atrasado se ele descrever ou agir como se estivesse com dores intensas. Assim, este pode ser visto

como estando a apresentar uma recuperação mais lenta ou não. Estes utentes acabam por não beneficiar tanto como os outros das comunicações pré-operatórias, talvez porque não comunicam as suas reais preocupações ou porque não prestam atenção às mensagens.

Não tendo utilizado a escala de medição do medo, ou a ansiedade, percebeu-se, ao longo dos seus discursos, algum medo, stress e preocupação.

Desta forma, mesmo que para os profissionais de saúde, algumas intervenções cirúrgicas sejam consideradas como pouco complexas, a cirurgia é sempre um processo marcante para o utente/família.

De acordo com Long (1999: 456), “a cirurgia é um desencadeador de stress, tanto psicológico (ansiedade, medo) como fisiológico (reações neuroendócrinas).” Assim, a cirurgia é uma ameaça potencial ou mesmo real para a integridade corporal do indivíduo, enquadrando-se perfeitamente no grupo dos factores desencadeantes de ansiedade, do mundo real.

No que se refere as observações feitas aos utentes no pré-operatório contactou-se em termos de preparação física, alguns apresentam uma deficiente preparação sobretudo a higiene pessoal, cuidados específicos (respeitar o jejum, enema de limpeza, entre outros).

Essas situações conduzem a reflexões sobre questões inerentes à intervenção enquanto enfermeiros em contexto de Bloco operatório.

Deve-se conhecer o utente de forma holística, o que vai permitir planear os cuidados de enfermagem individualizado e personalizado, decidir e tomar as medidas do ponto de vista físico, psicológico e espirituais, dando um carácter mais humanizado e menos técnico das pessoas que trabalham nessa área.

Para AORN (1998),

Identificar a necessidade física, psíquica, social e espiritual do utente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia.

A reflexão feita confirma a proposta de AORN, como se pode ver pelo exposto anteriormente.

Com a implementação da consulta Pré-Operatória de Enfermagem, no Hospital Dr. Baptista de Sousa, no futuro próximo, acredita-se que irá traduzir numa melhoria significativa nos cuidados de enfermagem prestados nesta Instituição, constituindo, assim, uma peça fundamental no planeamento e individualização dos cuidados de enfermagem prestados a cada utente/família.

CAPITULO 4

4.1 - Considerações Finais

O Bloco operatório do Hospital Dr. Baptista de Sousa apresenta as maiores dificuldades ligadas à organização e gestão do serviço, pela falta de regulamentos e normatizações para os cuidados de Enfermagem.

Este é o momento oportuno para se fazer uma reflexão sobre o que é, realmente, uma consulta de enfermagem pré-operatória. O que tem vindo a acontecer com os utentes no pré-operatório está muito distante do que se ambiciona para um cuidado de qualidade.

Cada vez mais é notório que o utente/família aceita o facto de sermos pessoas com emoções e, por isso, susceptíveis de cometer erros. Por outro lado, espera dos profissionais de saúde a possibilidade de promover a satisfação das suas necessidades em todos os níveis.

Tem sido um desafio para a equipa de Enfermagem perceber e potenciar as respostas às necessidades de cada utente, como pessoa e ser único, portadora de toda uma história de vida, crenças e valores próprios, que em qualquer ciclo de vida poderá ter a necessidade dos cuidados durante o seu processo de saúde/doença.

Para Abreu (2007: 93)

Há saberes e formas de estar que só aprendemos na prática, quando temos necessidade de adequar o que aprendemos aos casos com os quais nos deparamos. Esta adequação, que é experimentação, coloca-nos em contacto com os problemas e desenvolve as nossas próprias capacidades. Há conhecimentos, por exemplo como lidar com um doente, que só se conseguem adquirir na prática.

Existem vários condicionalismos que interferem na relação enfermeiro/utente/família nos serviços médico-cirúrgico no Hospital Dr. Baptista de Sousa, mas acredita-se que independentemente das condições económicas e socioculturais do país, a sensibilidade e a capacidade do enfermeiro em prestar cuidados diferenciados, criativos, humanizados e holísticos é de extrema importância.

Esta reflexão vai de encontro ao que a UNAIBODE (2001) nos refere, quando considera a falta de pessoal, a falta de tempo, as limitações estruturais, a complexidade das patologias, entre outras, como agentes causadores da existência de limitações à execução do acolhimento

O bem-estar do utente cirúrgico/família constitui o principal objectivo da equipa de enfermagem do Bloco Operatório do H.B.S.

Pelas conversas e pelos agradecimentos dos utentes/família, vê-se claramente o quão importante foi receber uma visita pré-operatória do enfermeiro, tanto pelas informações recebidas, como pelo apoio emocional, manifestada através da confiança sentida na equipa durante a cirurgia.

É importante, realçar que um estudo desta natureza consome muitas horas de trabalho, dedicação e sobretudo envolvimento pessoal. Durante o desenvolvimento do mesmo encontrou-se algumas dificuldades, sobretudo as limitações de tempo. Outro aspecto prende-se com a exigência das nossas actividades concomitantes, sendo estas profissionais e familiares

A inexistência de estudos, no H.B.S., relacionados com a necessidade da consulta de enfermagem no pré-operatório, explica a razão de se ter recorrido aos depoimentos tanto das equipas do bloco como também dos utentes /família.

A consulta de enfermagem fundamenta-se numa actividade desenvolvida pelo enfermeiro do bloco operatório, com o objectivo de conhecer o utente, identificar os seus problemas e necessidades e prepará-lo psicologicamente para a cirurgia.

Com isso, é possível estabelecer, no dia da cirurgia, uma relação mais próxima com o utente e perceber o seu estado, promover a tranquilidade e dar oportunidade para fazer questões e verbalizar os seus medos e receios, transmitindo-lhe confiança e optimismo.

Essa abordagem personalizada, através da consulta de enfermagem, requer dos enfermeiros o emprego de seu tempo, conhecimento, competência e planejamento para melhorar a qualidade da assistência e obter resultados satisfatórios na manutenção ou recuperação da saúde do utente.

4.2 - Propostas

Não se pode terminar este trabalho sem antes deixar algumas propostas, que poderão melhorar sobremaneira, a qualidade dos serviços prestados no bloco operatório do H.B.S, abaixo designadas, e, em especial a pertinência de **“Implementar a Consulta Pré-Operatória de Enfermagem”**, que é o propósito deste trabalho.

4.2.1 - Proposta de consulta pré-operatória de enfermagem

Depois das revisões bibliográficas feitas, das idas a campo e associadas à nossa experiência, pensa-se que sem dúvida a implementação da consulta pré-operatória de enfermagem, apesar de todos os condicionalismos do H.B.S. atrás referidos, as evidências científicas diz-nos que será uma mais-valia para esta instituição.

O mesmo possibilita além da assistência integral e individualizada ao utente, a discussão da assistência Perioperatória com as demais classes profissionais envolvidas nesse processo. Essa consulta será implementada com base na nossa realidade, isto é, com os recursos humanos e materiais existentes.

O modelo de organização dessas consultas centra-se na avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson com a utilização da linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Tem como objectivo o estabelecimento de uma relação de confiança entre o cuidador e o utente/família, promovendo a diminuição do stress e da ansiedade – *medo e preocupação*, nos utentes, aumentando, por outro lado, o bem-estar dos familiares no pré-operatório.

4.2.2 - Planificação da consulta/Aspectos a considerar

- Analisar os recursos existentes, para determinar quem deverá ir às consultas;
- Determinar a média das cirurgias electivas por mês, com o objectivo de determinar o número de consultas por dia;
- Dimensionar com que frequência as consultas de enfermagem serão realizados no período pré-operatório, bem como o horário que serão feitas;
- Descrever os cuidados de enfermagem no período pré-operatório de modo a serem percebidos pelos utentes e a maneira como serão realizados pela equipe de enfermagem;
- Em que espaço do H.B.S. serão realizadas;
- Envolver os sectores na instituição afectos ao bloco, ligados ao processo cirúrgico;
- Elaborar uma ficha Pré-Operatória de enfermagem, que deverá acompanhar o utente ao bloco.
- Produção de um desdobrável como complemento da consulta com informações sobre o pré-operatório e como chegar ao bloco cirúrgico, para ser entregue em cada consulta.
- Futuramente, que a consulta seja feita por uma equipa multidisciplinar, com todos os recursos disponíveis.
- Antes de implementar a consulta pré-operatória de enfermagem, elaborar um projecto que respeite todos os requisitos a uma intervenção do tipo.

4.2.3 - Implementação da consulta pré-operatória de enfermagem

Acredita-se que recorrendo ao serviço suplementar dos enfermeiros do bloco, isto é, nos dias em que fazem os turnos de noite fazerem mais um turno de manhã e nos dias que estão de folga fazerem um turno da tarde será possível a sua implementação, é de realçar que os enfermeiros no serviço aderiram a esta proposta.

A proposta atrás referida manterá até o enquadramento de mais quatro elementos de enfermagem no serviço, que segundo o Ministério de Saúde será para breve.

É importante iniciar o acolhimento do utente/família no bloco operatório, constituindo um processo contínuo, dinâmico, facilitador de desenvolvimento de relação de confiança e ajuda. Deverá ser feita sem pressa, num ambiente calmo e protector para o utente dando respostas às suas necessidades. O discurso dos entrevistados assim como a pesquisa desenvolvida ressaltam a importância desta intervenção.

Durante essa consulta é fundamental o utente ser entendida como um todo em interacção e os cuidados de Enfermagem serem prestados com a finalidade de assistir a pessoa em todas as suas dimensões, isto é, inserida na família e no seu meio, com as suas crenças e costumes.

Kérouac (1994: 12) cit in Gomes (2009), defende que o paradigma da transformação representa uma mudança de mentalidade, perspectivando os fenómenos como únicos, jamais iguais a um outro.

[...] narram que os fenómenos apresentam algumas similaridades, mas nenhum se assemelha completamente. No entanto cada fenómeno pode definir-se por um estrutura e um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global mais larga, o mundo que o rodeia.

- A consulta que se propõe, de acordo com o que foi exposto no trabalho, será feita na véspera das cirurgias, no período de manhã, em cada serviço, pelo enfermeiro que no dia seguinte estará escalado no pré-operatório, para a sua recepção.

Para além da proposta de implementação da consulta pré-operatória de enfermagem, ainda pode-se deixar, como já foi referido, mais algumas propostas que poderão traduzir em melhoria dos cuidados prestados aos utentes/família:

- Convém informar, de forma clara e precisa, ao resto da equipa de algumas necessidades e problemas do utente, com os quais se vai confrontar no momento da cirurgia (por exemplo: as alergias, as doenças crónicas, os medos, as suas crenças).
- Apostar em formações visando mudanças de comportamento, ou seja, melhorar a prestação de cuidados humanizados aos utentes/família.

- Criar hábitos de registos correctos, bem como a formulação de normas e regulamentos a fim de uniformizar os procedimentos de Enfermagem.
- Apostar na qualidade e segurança quer para o próprio funcionário como para o utente/família.
- Tendo em conta o número insuficiente de enfermeiros, propõe-se que seja realizado os cuidados mais urgentes ou prioritários e que se cumpram as rotinas instituídas.

Chegando ao fim deste trabalho, podemos dizer que esta experiência foi extremamente enriquecedora, pois permitiu o aprofundamento de conhecimentos numa área de grande importância para a prática de enfermagem. Mostrou-se, também, gratificante, pois contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Apesar da elaboração da monografia ter constituído um grande desafio para nós, contribuiu muito para o nosso desenvolvimento pessoal e intelectual, bem como para o aperfeiçoamento de algumas capacidades que, quanto a nós, irão ter reflexos significativos na nossa prática enquanto pessoas e profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações, (2010) “Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório”, Portugal, Impressão e acabamento – Multitema, SA.
- AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações, (2006) “Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática de Cuidados” Portugal, LUSODIDACTA – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- BOFF, Leonardo (1999) “Saber Cuidar Ética do humano – compaixão pela terra”, Brasil, Editora Vozes.
- BOTELHO, José Rodrigues – Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem in Revista Servir, Volume 46, n.º5, Set.-Out.
1998, p. 262-266.
- CABRAL,D.M (2004) Cuidados Especializados em enfermagem peri- operatório: contributo para a sua implementação.” [Tese de Doutoramento]. Porto: Instituto Ciências Biomédica de Abel Balazar – Universidade do Porto
- CHIANETO, Idalberto (2005), “Comportamento Organizacional, A Dinâmica do Sucesso das Organizações” 2ª edição, Rio de Janeiro, Elsevier.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999), “Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem”, Portugal, Tipografia Lousanense, Lda.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003), “Cuidar... A primeira arte da vida”, Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- DOENGES, Marilyn E e MOORHOUSE, Mary Frances (2010) ”Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem – Um Texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico” Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- GOMES, Germana (2010) “História da Enfermagem em Cabo Verde”, São Vicente – Cabo Verde, Gráfica do Mindelo, Lda.
- GOMES, Noélia Cristina Rodrigues Pimenta (Março 2009), “O DOENTE CIRÚRGICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: DA INFORMAÇÃO

RECEBIDA ÀS NECESSIDADES EXPRESSAS, Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Portugal.

- HENDERSON, Virgínia (2007) “Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE” Portugal, LUSODIDACTA, - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- HESBEEN, Walter (2000) “CUIDAR NO HOSPITAL Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar”, Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- LAMAS, Estela P. R.; TARUJO, Luís Manuel; CARVALHO, Maria Clara e CORREDOIRA, Teresa (2001) “Contributos para uma Metodologia Científica mais Cuidada”, Portugal, Tipografia Tadinense.
- LEAHEY, Maureen, e WRIGHT Lorraine M., RN, PHD (2009), “Enfermeiras e Famílias” um Guia para Avaliação e Intervenção na Família – Editora Roca Ltda.
- MALLET, Jane; DANGHERTY, Lisa (2000) “Manual de Procedimentos Clínicos de Enfermagem”, Portugal, Tipografia Tadinense.
- MARILYNN, E. Doenges E MOORHOUSE, Mary Frances (2010) “Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem – Um texto Interativo para o Raciocínio Diagnóstico, 5º Edição, Portugal, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- MATSUDA, Laura Misue; ÉVORA, Yolanda e Martnez, Dora (2003) “Gestão da Equipa de Enfermagem de uma UTI: A Satisfação Profissional em Foco”, Artigo de pesquisa.
- MELO, Maria da Luz (2005) “Comunicação com o Doente, certezas e incógnitas”, Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- MINAYO, Maria Cecília de S. e SANCHES, Odécio (Jul/Sep, 1993) “Quantitativo- Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?”, Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262.
- UNAIBODE (2001), “Práticas e Referências de Enfermeiros de Bloco Operatório – Desenvolver uma Cultura da Qualidade”, Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (Março de 2001) – *Padrões de Qualidade*, Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º2, p.15, Portugal.


- ORDEM DOS ENFERMEIROS (Outubro de 2001), *Fórum nacional de política de saúde* – Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º4: 12, Portuga.
- RISPAIL, Dominique (2002), “Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar – Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de enfermagem” Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- SIMÕES, Cláudia Maria Antunes Rego; SIMÕES, João Filipe Fernandes Lindo (Jun. 2007) “Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE Segundo as Necessidades Humanas Fundamentais”, Portugal, Artigo da Revista Referência IIª Série-nº4.
- STREUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona R. (2002) “Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista” Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda.
- TAPPEN, Ruth M (2005) “Liderança e Administração em Enfermagem; Conceitos e Práticas”, Portugal, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M e BOYD, Kenneth M (2004) “Ética Em Enfermagem” Portugal, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da Direcção do H. Dr. B. de S. para Elaboração do Estudo.

Autorizado
14/Fev/13

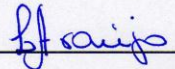
Exma. Senhora
Directora do Hospital Dr. Baptista de Sousa

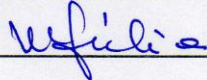


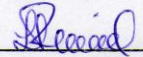
Tendo necessidade de elaborar uma proposta de implementação de consulta de enfermagem ,tema da monografia do final de licenciatura em enfermagem , vimos por esta via solicitar a Direcção a devida autorização para a realização do estudo ,no serviço do Bloco Operatório deste Hospital .

Melhores cumprimentos

São Vicente ,08 de Fevereiro de 2013

Ligia Maria Lopes Arújo


Maria Júlia Duarte


Lúcia David


Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,-----, de ----- anos de idade, portador do BI nº----- após ter tido esclarecimentos com relação à natureza e os objectivos do estudo “pertinência de implementação de consulta pré-operatória de enfermagem”, concordo em participar deste e autorizo a utilização da minha entrevista, desde que seja assegurado o sigilo.

Asseguro ter sido esclarecido sobre a minha autonomia em decidir participar do estudo, garantindo que serão utilizados nomes fictícios e, caso haja desistência ou recusa da minha parte a qualquer momento do estudo até a sua publicação, o conteúdo da minha entrevista será imediatamente retirada do estudo sem qualquer prejuízo.

Declaro estar ciente das informações contidas neste termo de consentimento livre e esclarecido, e, concordo em fazer parte deste estudo.

Mindelo,----- de Novembro de 2012

O entrevistado:-----

As entrevistadoras: Lígia Lopes Araújo

Lúcia Rodrigues David

Maria Júlia Duarte

Anexo 3 – Ficha de consulta pré-operatória de enfermagem (Proposta)

FICHA DE CONSULTA PRÉ-OPERTÁRIA DE ENFERMAGEM

Serviço de Enfermagem

Dados de Identificação

Utente:----- Idade:----- Sexo:-----
Naturalidade: ----- Residência: -----
Data da visita pré-operatória: -----/-----/----- Hora:-----
Estado Civil: ----- Especialidade Cirúrgica:-----
Cama nº: ----- Diagnóstico médico inicial: -----
Cirurgia proposta: -----
Anestesia proposta: -----

Visita Pré-operatória de Enfermagem

1.1 Sistema respiratório: R:----- rpm

Características: () eupneico () dispneico () taquipneico () ortopneico () superficial
() profunda () ruidosa

Observações:-----

1.2 Sistema cardiovascular: F.C.: ----- bpm / P.A.: ----- mmHg

Observações: -----

1.3 Sistema gastrointestinal: Peso: ----- Kg / Jejum: () sim () não

Presença de prótese dentária: () sim () não

Observações: -----

1.4 Sistema tegumentar: Temp.: -----° C / Integridade cutânea: () sim () não

Observações: -----

1.5 Sistema neurológico: Acuidade auditiva e visual preservada: () sim () não

Dor: () sim () não / Local e tipo: -----

Alterações no padrão do sono: () sim () não

Observações: -----

1.6 Sistema músculo-esquelético:

Deambulação: () preservada () prejudicada / Especificar: -----

Observações: -----

1.7 Sistema imunológico: Alergias: () sim () não () não sabe / Quais: -----

Vacinas: () anti-hepatite B () anti-tetânica

Observações: -----

1.8 Procedimentos Invasivos: Sondas: () sim () não / Especifica: -----

Punção venosa: () sim () não / Local: -----

Tricotomia: () sim () não / Local: -----

1.9 Fatores relacionados ao procedimento anestésico/cirúrgico:

Cirurgias anteriores: () sim () não / Especificar: -----

Anestésias anteriores: () sim () não / Especificar: -----

Observações:-----

1.10 Fatores relacionados ao estado geral do utente: História de doenças associadas

relevantes: -----

Medicamentos em uso no domicílio: () sim () não / Especificar: -----

Medicamentos prescritos: () sim () não / Especificar: -----

Condições de higiene: () satisfatória () insatisfatória

Encaminhado ao banho pré-operatório: () sim () não / Especificar: -----

Orientações relativas ao preparo físico: -----

1.11 Factores relacionados a integridade pessoal e social:

Presença da família: () sim () não

Como é percebido o entendimento da família sobre a situação: -----

Como é percebido o entendimento do utente sobre a situação: -----

O utente conhece a unidade de centro cirúrgico? -----

Sentimentos do utente: () calma () apatia () ansiedade () medo () agitação ()

() isolamento

Houve mudança no dia-a-dia em virtude da necessidade do procedimento anestésico/cirúrgico? () sim () não Especificar: -----

1.12 Diagnósticos de enfermagem: -----

1.13 Prescrição de enfermagem para o período perioperatório: -----

Anexo 4 – Desdobrável para consulta pré-operatória

(Será um complemento da consulta quando ela for implementada)



1 – NA VÉSPERA DA CIRURGIA NA ENFERMARIA:

- Se ainda não tiver feito consulta de anestesia, será encaminhado para uma consulta;
- Serão feitos análise ou outros exames se necessário;
- Ser-lhe-á feito a tricotomia (rapação dos pelos) da zona a operar;
- Deverá retirar todos os adornos (brincos, anéis, etc.) próteses dentária (dentaduras) e o verniz das unhas;
- Receberá a visita de um enfermeiro do Bloco Operatório, que procurará esclarecer-lhe todas as suas dúvidas e explicar o que irá encontrar no dia seguinte;
- Deverá ficar em jejum a partir da meia-noite;
- Poderá ser-lhe administrado algum medicamento na véspera à noite e no dia da cirurgia de manhã;
- Se estiver muito nervoso e não conseguiu descansar à noite, fale com o enfermeiro de serviço;
- Se tiver alguma doença crónica e se necessário prestado mais algumas informações.

2 – COMO CHEGAR AO BLOCO OPERATÓRIO:

- O Bloco Operatório está situado no segundo piso frente a frente com a enfermaria de ortopedia, por cima dos quartos particulares e a farmácia, na ala nova do Hospital;
- Se está internado, será transportado ao Bloco Operatório de maca, cadeira de rodas ou a pé dependente da sua situação clínica será acompanhado por um servente ou por um enfermeiro;
- Se é ambulatório (se vem de casa), deve dirigir para a porta de entrada que dá acesso aos quartos particulares, vire à direita e segue em frente até à porta do laboratório, volta de novo à direita e sobe as escadas. Chegando ao piso de cima vire agora à

esquerda e esta à frente da porta do Bloco Operatório, aí encontra um administrativo que poderá dar-te todas as informações necessárias.

3 – NO DIA DA CIRURGIA:

- Deverá tomar um banho logo de manhã cedo e manter-se em jejum, também não deve beber água;
- No Bloco estamos todos vestidos com um fato branco, verde ou azul e usamos barretes. Dentro das salas de cirurgias usamos ainda uma máscara;
- Ao chegar ao Bloco será recebido por um administrativo e um enfermeiro que o ajudará a trocar de roupa. Usará somente uma bata;
- Ser-lhe-á colocado um barrete e calçado botas;
- Ficará numa sala pequena, onde aguardará a sua vez de entrar para a sala de operações;
- Crianças, deficientes ou pessoa muito dependente poderão ser acompanhadas por um familiar. Após a sua entrada na sala operatória o seu familiar aguardará fora do serviço até ser chamado de novo;
- Caso não tenha colocado um soro, ser-lhe-á canalizado (picado) uma veia. Dependente do tipo de anestesia será o único tratamento que lhe causará alguma dor ou desconforto.

4 – NA SALA DE OPERAÇÕES:

- Na sala de Operações, existe vários equipamentos, que fazem parte do ambiente normal de um Bloco Operatório e são necessários para manter a sua segurança;
- Na sala, vão ser-lhe colocados: uns eletrodos autocolantes no seu peito, uma braçadeira que vai apertando o seu braço para medir-lhe a tensão arterial durante a operação e uma pequena deadeira para medir o oxigénio no seu sangue;
- Estará sempre acompanhado pelo enfermeiro e pelo anestesista

durante toda a cirurgia;

- Toda a equipa presente durante a sua operação respeitará a sua privacidade, só ficará destapado a zona que vai ser operada, pois será coberto com lençóis cirúrgicos;
- Se for feito anestesia geral, só acordará quando terminar a cirurgia, sairá acordado da sala de operações, embora possa não recordar.

5 – NA SALA DE RECOBRO:

- Ao terminar a cirurgia, será transferido para a sala de recobro, que se situa dentro do Bloco Operatório, onde irá ter maior vigilância nas primeiras horas após a cirurgia;
- Permanecerá no recobro até que esteja Bem Acordado e possa ser transferido para o serviço de internamento ou para casa se a sua cirurgia for ambulatorial;
- No recobro será cuidado por um enfermeiro que ficará responsável por si, enquanto lá permanecer;
- É normal que ao acordar sinta a boca seca, frio, ligeiras náuseas e alguma dor. Não se preocupe que o seu enfermeiro estará sempre atento a todas estas alterações e procurará diminuir o seu desconforto;
- Em geral, algumas horas depois de estar tudo equilibrado, vai ser transferido para o serviço de internamento.

6 – NÃO SE ESQUEÇA, NO DIA DA OPERAÇÃO:

- Qualquer dúvida ou receio podem ser esclarecidos junto ao enfermeiro;
- Os seus familiares ou amigos podem obter informações sobre si, enquanto estiver no Bloco Operatório, através dos telefones: 2311879/2312404 e das extensões 365/304;
- A equipa de enfermagem deseja-lhe muitos sucessos na sua recuperação.

Anexo 5 – Questionário feito aos utentes/família no pré-operatório

QUESTIONÁRIO FEITO AOS UTENTES/FAMÍLIA NO PRÉ- OPERATÓRIO

Senhores utentes/familiares/acompanhantes

Nós, Enfermeiros do curso do Complemento da Licenciatura em Enfermagem na **UNIVERSIDADE DO MINDELO**, responsáveis pela assistência da Enfermagem do Bloco Operatório do Hospital Dr Baptista de Sousa, gostaríamos de melhorar cada vez mais o atendimento neste serviço. Para isso, pedimos a sua opinião sobre o cuidado que foi dispensado ao(à) senhor(a) pela equipa de enfermagem, para que possamos melhorar o nosso atendimento.

1-O (A) senhor (a) conhece a (os) enfermeira (os) responsável (is) pela sua assistência?

Sim

Não

2- O Sr. (a) recebeu alguma informação (ões) acerca da sua intervenção cirúrgica?

Sim

Não

Não se recorda

3- Da (s) informação (ões) recebida (s) entendeu tudo?

Sim

Não

Não se recorda

4- Que tipo de informação (ões) o Sr. (a) recebeu do (s) profissional (ais) de saúde sobre a cirurgia?

Sim

Não

Não se recorda

5- Quem foi o (s) profissional (ais) que deu essa (s) informação (ões)?

Sim

Não

Não se recorda

6- O (A) Sr (a) sentiu necessidade de mais informações sobre a sua preparação pré-operatória?

Sim

Não

Não se recorda

7- O senhor(a) tem alguma sugestão para a melhoria do atendimento de enfermagem?

Unidade de Internamento _____

Agradecemos a sua disponibilidade e informações prestadas

Mindelo, ___/___/___

Anexo 6 – Transcrição de uma entrevista com um doente de foro urológico

1.1 - A primeira entrevista na enfermaria:

Começamos a entrevista nos apresentando para de seguida explicar os nossos objectivos, dizendo:

Enfermeiro-Bom dia, sou a enfermeira **F.** trabalho no Bloco Operatório onde o Sr. vai ser operado. Os enfermeiros do Bloco, preocupados com o bem-estar dos utentes/família, pretendem implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem com a finalidade de diminuir o stress e prestar informações úteis que vão ajuda-lo a ultrapassar essa etapa da melhor forma possível.

Para isso precisamos de fazer um estudo prévio para ver a sua viabilidade, portanto dentro deste projecto, solicitamos a sua colaboração. Estou cá para conversarmos um pouco sobre o motivo do seu internamento e esclarecer as suas dúvidas. O Sr. pode ficar tranquilo esta é uma conversa informal, vamos garantir o seu anonimato e para comprovar-lhe isso trago comigo uma autorização para o Sr. ler e assinar se estiver de acordo.

O Sr. sabe ler e assinar o seu nome?

Doente - Mais ou menos.

Enfermeiro- Vou começar por preencher a ficha de consentimento, não se importa de me dar a sua identificação?

Doente- Sem problema, meu nome é A. J. P. (nome fictício)

Enfermeiro- A sua idade?

Doente- Cinquenta e nove anos.

Enfermeiro- É natural de onde?

Doente- Sou natural de Santo Antão.

Enfermeiro- O Sr. sabe o motivo do seu internamento?

Doente- Sim, vou ser operado à próstata.

Enfermeiro- O Sr sabe o que significa ser operado de prostatectomia? O que o seu médico assistente explicou-lhe sobre isso?

Doente- Não, o Sr. Dr. é que disse que eu preciso desta cirurgia, mas não entendi muito bem pois ele fala estrangeiro não percebia o que ele dizia.

Perante esta resposta e pela nossa experiência, leva-nos a concluir que o doente está muito mal informado.

Enfermeiro- O Sr sente a necessidade de saber mais alguma coisa sobre a sua doença e operação?

Doente- Sim agradecia, estou confuso e com medo do que me vai acontecer.

Enfermeiro- Tem alguma pergunta que queira fazer?

Doente – Sim, queria saber o que vai acontecer comigo e se depois posso continuar a trabalhar, sou o sustento da minha família.

Enfermeiro- Ok, vou tentar, com palavras simples, esclarecer as suas dúvidas. Enquanto estiver a falar se o Sr. não perceber alguma coisa, pode interromper-me que eu volto a explicar-lhe. Primeiro, em relação à sua operação, se todos os seus exames estiverem com valores normais, se for considerado apto na consulta de anestesia e depois de passar pelo departamento de admissão de pacientes, o Sr. vai ser internado na véspera da sua cirurgia e ai será sujeito a alguns procedimentos, como clister (enema) de limpeza, depilação da área púbica e à noite vão dar-lhe uns comprimidos prescritos pelo anestesista que o consultou que vão deixá-lo mais calmo e ajudá-lo a dormir melhor.

Na manhã seguinte quando acordar, o enfermeiro vai-lhe ver a sua temperatura, a tensão arterial e o pulso para de seguida fazer o seu banho e a higiene normalmente, é-lhe dado uma roupa da enfermaria para vestir, depois o enfermeiro vai ver o seu processo e se estiver tudo bem é transportado para o Bloco Operatório por um servente e ali vou estar à sua espera.

No Bloco vou trocar-lhe a sua roupa para uma bata, vou dar-lhe um barrete para colocar na cabeça, um par de botas para calçar e ficará numa sala a aguardar a sua vez de ser operado.

Dentro da sala operatória vamos deitar-lhe numa mesa, vamos colocar-lhe uma braçadeira que vai ficar a apertar-lhe o braço enquanto vai medindo-lhe a tensão arterial durante a operação, vou colocar-lhe uns eletrodos no peito que vão ajudar-nos a vigiar a sua função cardíaca e ainda vou puncionar-lhe uma veia para colocar-lhe um soro em curso e por onde vamos injectando-lhe algum medicamento que for preciso durante a operação.

Para a anestesia, o anestesista vai fazer-lhe uma picada nas costas, por onde vai-lhe injectar a anestesia, ficando assim sem movimento e sem sensibilidade de cintura para baixo. Logo que o efeito da anestesia passar volta a recuperar os seus movimentos das pernas. Durante a operação o anestesista vai controlar para que não sinta dor e prescrever medicamentos que serão feitos caso vir a ter dor no pós-operatório.

Durante a cirurgia o Sr. Dr. vai abrir a sua barriga e retirar-lhe a sua próstata, no final vai deixar-lhe um tubinho por onde vai entrar um soro e ainda vão colocar-lhe uma algália ligada a um saco colector. Portanto, durante algum tempo não vai poder urinar de forma normal. É natural que inicialmente tenha algum desconforto, mas que vai passando com o tempo até retomar a sua vida normal.

Quanto a se vai poder trabalhar ou não, inicialmente vai ter um período de convalescença mas como já lhe disse gradualmente vai conseguindo retomar a sua vida normal.

Enfermeiro- O Sr. ficou esclarecido ou tem mais alguma dúvida?

Doente – Em relação à operação sim, mas...(fez uma pausa).

Enfermeiro- O Sr. deseja saber mais alguma coisa? Pergunte, se eu souber, respondo com todo o gosto, caso contrário vou arranjar quem o possa responder.

O Sr. ficou acabrunhado e com a cara para baixo, perguntou.

Doente –Eu queria saber se vou continuar um homem inteiro?

Enfermeiro- Inteiro como? O Sr. está a querer saber se vai continuar com a sua vida sexual depois da operação?

Doente- Sim senhora. É que a minha esposa é mais jovem e estou preocupado com isso.

Enfermeiro – O Sr. não falou com seu médico sobre esse assunto?

Doente – Não, eu não consegui, não entendia o que ele dizia.

Enfermeiro – Eu não vou poder dar-lhe garantias, mas penso que se tudo correr bem como espero que aconteça, acredito que gradualmente a sua vida vai retomar à normalidade e a sua vida sexual também. Mas de qualquer forma vou pedir ao seu médico para vir esclarecer as suas dúvidas nesse sentido.

Doente – Muito obrigada por esta conversa, a senhora ajudou-me a ficar mais calmo.

Enfermeiro- Fico contente em ter sido útil, então até amanhã, fico à sua espera no Bloco.

2.2 – Continuação da entrevista no pré-operatório:

Enfermeiro – Bom dia Sr. A.J.P., dormiu bem?

Doente – Sim senhora, a nossa conversa ajudou-me a ficar mais relaxado e depois a senhora enfermeira de serviço deu-me um comprimido e eu dormi um “sono só”.

Enfermeira – Ainda bem que conseguiu dormir. Como lhe prometi, cá estou. O Sr. continua na disposição de continuar a colaborar com a equipa de enfermagem no estudo que estamos a efectuar?

Doente – Sem dúvida, é para o nosso bem!

Enfermeiro – Então, esta nossa conversa vai ser na sequência do que começamos ontem, certo?

Doente – Sim Senhora!

Enfermeira – O seu médico foi falar consigo como lhe prometi?

Doente – Sim senhora.

Enfermeira – E agora o Sr. continua com mais alguma dúvida?

Doente – Não, fiquei mais ou menos esclarecido.

Enfermeiro – Ok, agora vai acontecer exactamente como lhe expliquei ontem.

Doente – Estou só com um bocadinho de medo, mas tenho fé que tudo vai correr bem.

Enfermeiro – Isto mesmo, ter algum receio é natural, pois vai ser operado pela primeira vez.

Doente – Tenho confiança em Deus e em vocês que vão cuidar de mim.

Enfermeiro – Isso mesmo! Ter pensamento positivo ajuda muito. Bom, agora vamos passar à outra parte, a prepará-lo para entrar na sala, está certo?

Doente – Sim senhora, o que é que eu preciso fazer?

Enfermeira – Como lhe expliquei ontem, Vamos avaliar (os sinais vitais), a sua temperatura, a tensão arterial, o pulso e a respiração para depois trocar de roupa.

Doente – Sim senhora, vamos a isso.

Passamos a fazer os preparativos pré-operatórios de rotina.

Enfermeira – Está tudo bem? (o doente faz que sim com a cabeça). Ok, agora vai ficar a aguardar a sua vez de entrar na sala para ser operado. Esteja à vontade, se preferir pode deitar-se ou ficar sentado a ouvir a sua música. Se preferir temos aqui algumas revistas para se distrair. Enfim, fique como achar melhor.

Doente – Muito obrigada por tudo senhora enfermeira! Que Deus vos dê em dobro tudo que fazem por nós.

Enfermeira – De nada, não tem que nos agradecer, estamos a fazer o nosso trabalho. Nós somos que temos que agradecer-lhe pela sua colaboração.

Eu vou ter que cuidar de outros doentes, mas vou estar sempre por perto se precisar de qualquer coisa é só chamar.

Doente – Mesmo assim, muito obrigada por tudo. Foi muito bom ter tido esta conversa com a senhora.

Enfermeira – O prazer foi todo meu, até já!