



TRACKING RISKS IN PRE-OPERATIVE PATIENTS: IDENTIFICATION OF THE NECESSITY FOR NURSING INTERVENTION

RASTREAMENTO DE RISCOS EM CLIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO: IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS EN CLIENTES EN EL PREOPERATORIO: IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mariana Braune¹, Nébia Maria Almeida Figueiredo², Monike Nascimento Munay³

ABSTRACT

Objectives: To identify in the preoperative client expectations, feelings, needs and desires about the surgery and to indicate nursing interventions; to analyze risks of interest for nurses found in the pre-op; to discuss interventions against the risks identified for nurses. **Methods:** Descriptive study with a qualitative approach. The subjects interviewed were volunteers in a preoperative situation in an infirmary ward of an University Hospital in Rio de Janeiro. The work with the information gathered was grounded in the Bardin's content analysis. **Results:** Three analytical categories were created as indicators of care: 1) physical,- emotional, professional, family and religious feelings; 2) Confirmation of previous feelings and present expectations; 3) Desires, hope and orientation. **Conclusion:** The preoperative clients have feelings which can put their surgery at risk. The communication and orientation given by the nursing crew, according to client's statements, were considered failures. This in turn increases the risk in this phase, as the poor communication brings anxiety to the client, resulting in complications in the trans and post-op. **Descriptors:** Nursing, Risk, Preoperative, Feelings.

RESUMO

Objetivos: Identificar no cliente em pré-operatório, expectativas, sentimentos, necessidades e desejos acerca da cirurgia e indicar intervenções de enfermagem; analisar riscos encontrados de interesse para enfermagem no pré-operatório; discutir intervenções frente aos riscos identificados para enfermagem. **Métodos:** Estudo descritivo qualitativo. Os sujeitos foram voluntários em situação pré-operatória em uma enfermaria de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. O trabalho com as informações foi fundamentado na análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Originou-se três categorias de análises como indicadores de cuidado: 1) sentimentos físicos-emocionais-profissional-familiar e religioso; 2) confirmação de sentimentos anteriores e expectativas atuais; 3) desejos, esperança e orientação. **Conclusão:** Os clientes em pré-operatório possuem sentimentos que podem colocar sua cirurgia em risco. A comunicação e as orientações pela equipe de enfermagem, segundo as falas obtidas, foram consideradas falhas, o que aumenta o risco nesta fase, uma vez que leva ansiedade ao cliente resultando em complicações no trans e pós-operatório.

Descritores: Enfermagem, Risco, Pré-operatório, Sentimentos

RESUMEN

Objetivos: identificar en el cliente en preoperatorio, sus expectativas, sentimientos, necesidades y deseos acerca de la cirugía e indicar intervenciones de enfermería; analizar los riesgos de interés para enfermería preoperatoria; discutir intervenciones frente a los riesgos identificados para enfermería. **Métodos:** Estudio descriptivo cualitativo. Los sujetos fueron voluntarios en pre-operatorio en una enfermería de un hospital universitario en Río de Janeiro. El trabajo con las informaciones se basó en el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** se originaron tres categorías de análisis como indicadores de la atención: 1) sentimientos físicos - emocionales - profesional - familiar y religioso; 2) confirmación de los sentimientos anteriores y expectativas actuales; 3) deseos, esperanza y orientación. **Conclusión:** los clientes en el preoperatorio poseen sentimientos que pueden poner en riesgo la cirugía. La comunicación y las orientaciones por el personal de enfermería, de acuerdo con el discurso obtenido, se consideraron fallas, aumentando el riesgo en esta fase, ya que lleva ansiedad al cliente resultando en complicaciones en el trans y pos operatorio.

Descriptorios: Enfermería, Riesgos, Preoperatorio, Sentimientos.

^{1,3} Residentes de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela UNIRIO, alocadas no Hospital Universitário Graffree e Guinle. E-mails: marianaabraune@gmail.com, mmunay@gmail.com. ² Enfermeira, Doutora em Enfermagem/UFRJ. Professora Titular do DEF/EEAP/UNIRIO. E-mail: nebia@unirio.br.

INTRODUÇÃO

Esse estudo envolve situações-problema entendidas como riscos previsíveis que se encontram no ambiente e na prática de cuidar de clientes em pré-operatório que, na maioria das vezes, são identificados, mas não considerados como problemas que a enfermagem necessita intervir quer no ambiente, quer na prática ou nas relações com os outros da equipe de saúde.

É importante que se leve em consideração que uma pessoa ao ser internada encontra-se com déficit em suas necessidades humanas básicas, tendo em vista que há uma ruptura no seu corpo e ambiente habitual modificando sua rotina. Segundo Maslow, essas necessidades são: fisiológicas, segurança e proteção, amor e gregarismo, auto-estima e auto-realização. Estas acabam sofrendo uma solução de continuidade entre o cliente/família e hospital/equipe de enfermagem, pois não fazem parte das ações de enfermagem como itens de interesse para identificação, registros e plano de cuidados. Normalmente a atenção da equipe de enfermagem está voltada para os sinais e sintomas das necessidades bio-fisiológicas e que dizem respeito à oxigenação, eliminações, alimentação e sinais vitais - tudo possível de ser mensurado. O atendimento as necessidades está presente nas práticas de enfermagem quando se preocupam com o ambiente, com a roupa de cama, com a família. A ausência da preocupação com esses itens pode ser considerada de riscos, pois estão presente no ambiente como riscos: biológicos (secreções), físicos (dor no corpo), químico (soluções usadas) e de relações humanas.

No entanto, ainda não há preocupação em entender o medo ou a angústia como risco, mesmo que ele seja identificado como sentimentos de clientes que necessitam de

cirurgias seletivas ou de emergência. O medo é um dos grandes vilões da alma, pois habita o imaginário do homem, especialmente no que se refere ao desconhecido¹. Quando este envolve o cliente cirúrgico pode fragmentá-lo em: medo do local; medo de pessoas fazerem do seu corpo apenas o local a ser operado; medo da morte e da enfermidade, pois causa apreensão quanto à invalidez que ela possa causar. Para nós, o medo deve ser considerado como um risco, pois é um fenômeno emocional com interferência no corpo que se prepara para a cirurgia e que dependendo de sua intensidade pode ser um inibidor de respostas positivas para recuperação no pós-operatório.

Além do medo é costume ouvir (empiricamente) dos clientes sobre a ansiedade, um outro risco para sofrer intervenção através de cuidados, e entendida como aquela que pode ser traduzida como transitória e caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo², e definido como uma relação existente da pessoa com o meio e fatores neurofisiológicos³, visto que estes podem levar a complicações no trans e pós-operatório, uma vez que atuam diretamente no fisiológico da pessoa, aumentando a frequência cardíaca, pressão arterial, nível glicêmico, ventilação, dentre outros efeitos⁴.

Também no cotidiano de alunas, em estágio em clínicas cirúrgicas percebemos que a enfermagem tem pouco tempo para se comunicar (como deveria) com os clientes, ação esta fundamental e entendida como essencial nesta fase, pois ouvir o que o cliente tem a dizer sobre seus medos e anseios, e esclarecer suas dúvidas e incertezas produz uma relação mais próxima enfermeiro-cliente, passando segurança e

conforto ao mesmo, pois é sabido que o conhecimento desenvolvido pelo cliente pode alterar seu comportamento de saúde⁵.

Provavelmente estes sentimentos, medo e ansiedade, presentes em qualquer cirurgia, variam de intensidade e forma de acordo com a cirurgia a ser realizada, sem esquecer que os indivíduos têm características culturais, sociais e individuais que o diferem do outro e, sendo assim, sentem de formas diferentes sentimentos comuns.⁴ Além do fato de que existem muitas conexões entre os sentimentos psíquicos e os corporais. Algumas emoções e sentimentos são mais naturalmente expressos por meio do corpo.⁶ Portanto, não podemos esperar que um cliente que se submete a uma cirurgia cardíaca tenha os mesmos sentimentos ou os sinta da mesma forma, de um que se submete a uma ortopédica ou até mesmo uma cirurgia cardíaca, por exemplo. Baseado na tentativa de promover a redução desses e de outros fatores, é que a enfermagem tem o seu papel delineado em uma assistência individualizada e sistematizada.

Além disso, a enfermagem não tem considerado a importância do amor e gregarismo, auto-estima e auto-realização quando convive com situações de pré-operatório.

A enfermagem tem um papel a desempenhar que começa antes da hospitalização do indivíduo, até depois da sua saída do hospital. No que se refere ao cliente que irá sujeitar-se a uma intervenção cirúrgica, existe uma série de atividades e protocolos, que devem ser seguidos com o objetivo de identificar fatores de riscos antes, durante e após a cirurgia, com o objetivo de promover o retorno às atividades fisiológicas e sociais do indivíduo. Cabe a enfermagem o papel “educador” no que diz respeito às orientações sobre o pré-operatório e o pós-operatório e essas orientações muitas vezes estão respaldadas

apenas no propósito desse retorno as atividades fisiológicas. Neste presente estudo, o objeto de investigação são os riscos no pré-operatório como indicador de cuidado de enfermagem e assim estaremos melhor ampliando o que é risco entendido como situação problema de enfermagem, que não é de ordem do entendimento da epidemiologia.

Diante disso, a questão norteadora desse estudo é: quais os riscos apresentados pelos clientes e pelo ambiente em situação pré-operatória, que possam indicar intervenções de enfermagem?

Esse estudo tem como objetivos: identificar no cliente em pré-operatório, suas expectativas, sentimentos, necessidades e desejos acerca da cirurgia e indicar intervenções de enfermagem; analisar os riscos encontrados de interesse para a enfermagem no pré-operatório; discutir as intervenções frente aos riscos identificados para enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. No estudo descritivo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem a interferência do pesquisador⁷. A abordagem qualitativa traz um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁸.

O estudo foi realizado em uma enfermaria de um Hospital Universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro, uma vez que esta comporta os clientes em pré e pós-operatório. Os sujeitos foram voluntários que bastavam estar em situação pré-operatória, lúcido e orientado no tempo e no espaço, que fossem capazes de assinar e compreender o termo de Livre Consentimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Não foi abordada a causa clínica, pois a nossa preocupação foram os riscos e não o motivo da cirurgia. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre a primeira semana de março e a terceira semana de abril, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Graffrée e Guinle, sob o número de protocolo 58/2007. A pesquisa atendeu fielmente aos preceitos estabelecidos na Resolução 196/96 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde⁹. Após a concordância, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, onde o pesquisador e o participante assinaram. Considerou-se suficiente o número de entrevistas quando se percebeu a saturação das informações.

Foi composto por entrevista semi-estruturada, que é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo da entrevista¹⁰.

A entrevista contemplou questionamentos sobre sentimentos, expectativas e necessidades, além de investigar se houve orientação por parte da equipe multidisciplinar. Através dele buscou-se rastrear os principais riscos para o cliente em pré-operatório, que estejam relacionados com o indivíduo, com o ambiente e com as relações interpessoais.

No primeiro momento de trabalho com as informações fizemos a leitura das respostas de cada item e após destacamos elementos que indicaram riscos de interesse de enfermagem, em seguida selecionamos todas as informações relativas a cada conteúdo sobre: experiência, expectativa, desejo, relações entre a equipe de enfermagem, organizados por dimensões de interesses como riscos físicos e riscos emocionais, fundamentado na análise de conteúdo de Bardin¹¹.

Trabalhamos em dois momentos distintos: o primeiro foi a tabulação das informações acerca dos dados demográficos como identificadores dos sujeitos do estudo. O segundo, foi a leitura cuidadosa sobre as informações qualitativas, organizadas a partir das questões contidas no questionário que envolvia uma situação diagnóstica anterior a cirurgia que iria se submeter, suas expectativas, sentimentos e desejos antes da cirurgia- como questões mais específicas de cada cliente, depois trabalhamos outros mais gerais e relacionadas a equipe de enfermagem, orientações, conhecimento do espaço cirúrgico e o que esperava da experiência.

A faixa etária das pessoas abordadas foi compreendida entre 45 a 74 anos, sendo que 55% destes são casados; 88 % possuem filhos e destes 22% tem somente um filho. Em sua totalidade brasileira. 77,7 % apresentavam o primeiro grau completo ou incompleto e 22,3 % segundo grau completo ou incompleto. Apenas 11,1% moram sozinhos. Dentre os abordados, 100% dispunha de acesso a serviços (saneamento básico, tratamento de esgoto, água encanada e coleta de lixo) e urbanização. Questões como hábito de vida, compreendendo tabagismo e etilismo, foram abordadas. Somente 11,1% relataram possuir este hábito, declarando também a cessação do mesmo.

As informações qualitativas foram organizadas após identificação de sentimentos que diziam respeito a dimensões da vida segundo a fala dos entrevistados. Para melhor entendimento estaremos atribuindo a sigla P.O, pré-operatório, para cada identificação das falas dos clientes.

- Sobre sentimentos antes da cirurgia anterior:
 - Dimensão do corpo emocional: ansiedade e preocupação.

Dimensão do corpo profissional: ...muita gente diferente e desconhecida entrando e saindo. (P.O 1)

- Dimensão do corpo familiar: presença do esposo, apoio do emprego

Dimensão do corpo religioso: ...tranqüilidade, pois na presença de Deus tudo fica bem. (P.O 5)

● Sentimentos acerca da experiência anterior:

- Dimensão do corpo pré-operatório:

dor suportável; ... me senti bem pois era uma cirurgia que queria (P.O 3).

...estava preparado para cirurgia então ocorreu tudo bem. (P.O 5)

...ruim, pois operei muitas vezes por problemas na recuperação. (P.O 7)

● Expectativas do corpo antes da cirurgia atual:

- Dimensão do corpo expectante:

... acabar logo com o problema para ter uma vida boa após a cirurgia. (P.O 2)

...com o pensamento positivo tudo fica melhor. (P.O 5)

... espero que passe logo e que a recuperação seja rápida para voltar para casa para cuidar da casa e das netas. (P.O. 10)

- Dimensão do corpo religioso:

Deus vai ajudar... (P.O. 5)

● Sentimentos do corpo antes da cirurgia atual:

- Dimensão do corpo emocional: medo, ansiedade, pavor:

...medo da borrachinha que vai passar pelo nariz. (P.O 7)

...medo de não saber o que vai acontecer (P.O 6).

tranqüilidade;... medo, já tentei o suicídio. (P.O 1)

- Dimensão do corpo conhecimento:

...sei que a cirurgia é grande. (P.O 5)

...não queria ser operada. (P.O 7)

- Dimensão corpo família:

...não tem ninguém para cuidar de mim após a cirurgia. (P.O 2)

● Desejos conseqüentes da cirurgia:

- Dimensão corpo físico emocional:

Vou ficar boa. (P.O 3)

...ficar livre do problema que a tormenta há anos. (P.O 7)

...ficar curada o quanto antes. (P.O 9)

- Dimensão corpo social:

...recuperação rápida para voltar a trabalhar. (P.O 3)

- Dimensão corpo religioso:

...peço a Deus que passe logo. (P.O 5)

● O que espera da equipe de enfermagem - desejo:

sejam atenciosos ...olhem na nossa cara. (P.O 1), ajudem, proximidade, diálogo, orientação sobre a cirurgia, humanidade e menos grosseria, apoio

● O que recebeu como orientação: perigo na cirurgia; sabe tudo o que vai acontecer:

... não houveram respostas após perguntas. (P.O 7)

...quando explicaram passaram mais medo. (P.O 6)

● O que falta na experiência de ser operado: acompanhante, orientação, coragem, família, oração, café.

Para nós, também são questões de riscos no mundo do trabalho que merecem uma agenda de investigação. Sobre o que os clientes no pré-operatório expressam acerca de sentimentos, expectativas, vivências e necessidades, apresentamos dois temas: da dimensão do concreto - RISCOS VISÍVEIS e outro da dimensão do subjetivo- RISCOS INVISÍVEIS, expressos e decorrentes desta experiência vivida por estes sujeitos.

Entendemos como risco, qualquer situação que coloque o cliente-seu corpo - em estado de alerta, sejam estes objetivos (fisiológicos) ou

subjetivos, como um problema real, no espaço onde se encontra ou um problema que aparentemente se mostra e que pode causar danos, impedindo uma restauração física adequada, gerando adoecimento de ordem das emoções, das expectativas ou das descobertas.

O material produzido pelos clientes em pré-operatório, mesmo para alguns que já tiveram outra experiência cirúrgica, após nossa organização dos temas deu origem a três categorias de análises denominadas de:

Os riscos no corpo em pré-operatório: sentimentos físicos- emocionais- profissional-familiar e religioso como indicadores de cuidado

Os clientes em pré-operatório encontram-se em expectativa de viver a experiência, o que provoca sentimentos de medo, de insegurança e nesse momento os clientes desse estudo estão sob o risco que é de ordem do corpo físico- emocional; do corpo que não conhece aqueles que vão cuidar dele; do corpo que deseja a presença da família; e do corpo que acredita em Deus. Sentimentos misturados em dimensões diversas de ordem concreta a ordem subjetiva.

Sentimentos e emoções que podem provocar distúrbios destrutivos nos processos de raciocínio, que podem ser incapacitantes, além de serem suscetíveis de comprometer a racionalidade (contido no corpo entendido apenas fisicamente), que nos torna distantemente humanos e nos permite dividir em conformidade comum sentido de futuro pessoal, convenção social e princípio moral¹².

Esses sujeitos (homens e mulheres) encontram-se, embora alguns já tenham vivido experiências de ser operado, em situação de espera e de expectativas que os deixaram inseguros a respeito do que ia acontecer.

Nesse processo de viver, sentimentos e emoções são comuns e se tornam a essência do

corpo em pré-operatório como se fosse a percepção direta de uma paisagem específica: a paisagem do corpo¹² e nós pertencemos à essa paisagem a do corpo a espera da cirurgia. Os sentimentos desencadeados nessa paisagem permitem-nos entrever o organismo em plena agitação biológica, além de vislumbrar alguns mecanismos de vida própria desempenhando suas tarefas¹².

A fé de tudo dar certo está articulada a espiritualidade do corpo que espera a cirurgia e pode ser o pré-anestésico de alguém que se prepara para enfrentar o ato cirúrgico.

Normalmente, os profissionais de saúde, marcados por uma racionalidade que só considera os sinais e os sintomas do corpo físico, não privilegiam, como deveria, os sinais e sintomas espirituais como crença e fé. Damásio (1996) diz que:

À primeira vista o conceito de espírito humano pode nos ser intuitivo ou reconfortante, como ele propõe, mas o que quer é trazer a luz do dia os fenômenos complexos da mente humana, corremos (diz ele) o risco de degradá-los ou destruir¹².

Porém, isso só acontecerá se confundirmos o próprio fenômeno com os diferentes componentes e operações que podem estar por trás de sua manifestação.

O que ele nos orienta é de que precisamos descobrir um sentimento que depende da atividade num determinado número de sistemas cerebrais específicos em interação com uma série de órgãos corporais que não diminui esse sentimento (de fé e de crença. Diz que a emoção e os sentimentos constituem a base daquilo que os seres humanos tem descrito há milênios como alma ou espírito humano¹².

Os teóricos de enfermagem, sempre orientam que devemos dar atenção às necessidades psico-biológicas.

Dentro deste contexto do pré-operatório não podemos esquecer da família. Quando um membro da família se encontra doente ou em estado de cirurgia iminente há um desequilíbrio na estrutura familiar, independente do membro da família que é afetado¹³. No entanto, o grau de desequilíbrio guarda relação direta com o papel desempenhado por este no seio da família e comunidade. É necessário considerar, a família do cliente como cliente também, pois precisa de cuidados para enfrentar, de maneira menos difícil, a experiência da hospitalização, fazendo-se necessário a técnica de acolhimento da mesma¹⁴. Entende-se como acolhimento o ato de receber recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo¹⁵. Acolhimento como conduta é ação de enfermagem, que deve ser passo de uma sistematização do cuidado no pré-operatório. Consequentemente é possível acreditar que estaremos ajudando no pós-operatório.

Quanto o medo, ele pode ter diversas origens, normalmente mais concreta: ser assaltado, morrer, ser operado. No entanto desde cedo, a sociedade nos educou num sistema de medo: medo de Deus, medo de amar, medo do sucesso, medo do fracasso, medo do castigo, nos ensinaram ter medo daquilo que não conhecemos, isto é, temer o eu é parte de nós mesmos¹⁶. Ensinam-nos que o medo coloca nossa vida além de nosso controle, ficamos muito tempo limitado de compreender como funciona o mundo. A chave para perder o medo é ter ciência de que além de ser mágico, o Universo é comandado por uma fonte de inteligência que nos ajuda quando

precisamos por necessidade ou por algum problema¹⁶. Provavelmente, um cuidado deste risco é o de ajudar ou participar com o cliente de suas orientações ou meditações.

Quem sabe, exercícios de relaxamentos no pré-operatório e aqui podemos nos utilizar estratégias que sejam aceitas pelos clientes, que possam ajudá-los a enfrentar com mais paz a situação. No entanto, nos perguntamos quem quer fazer isso quando os clientes dizem que a enfermagem não olha na “cara” deles, não conversa, não orienta não se aproxima, não explica.

Essa questão é entendida como de riscos por que implica em uma das bases fundamentais da profissão que é a comunicação. Não é possível cuidar de alguém sem se comunicar, segundo Silva(2002):

Somos por excelência seres de comunicação e que é no encontro com o outro que nós descobrimos quem somos, nos compreendemos, crescemos em humanidade, mudamos para melhor e nos tornamos fator de transformação da realidade em que vivemos¹⁷.

Estamos tratando nesse estudo de uma micro-realidade, no ambiente hospitalar e também em um micro-tempo que é o pré-operatório e talvez esse tempo e o espaço onde a enfermagem deve se comunicar o mais intensamente possível, porque o tempo em uma enfermaria cirúrgica no pré-operatório pode ser mínimo.

Silva (2002) diz que na área da saúde, é fundamental saber lidar com o outro:

Saber lidar com gente, a todo momento, pelos corredores dos hospitais, nos ambulatórios, salas de emergência e leitos de pacientes, onde podem surgir conflitos originados de uma atitude não compreendida ou mesmo de uma reação inesperada.

A tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades^{17:13}.

Assim é possível entender que essa é uma conduta essencial para ajudar o cliente a enfrentar o pré-operatório, onde as interações são fundamentais, principalmente naquelas situações em que temos “idéia” das conseqüências cirúrgicas que é a de voltar do centro cirúrgico com uma estomia, uma lesão inesperada.

Os riscos no corpo em pré-operatório: a confirmação de sentimentos anteriores e as expectativas atuais como indicadores de cuidados

Esperar a cirurgia é estar numa situação instigante que pode ser positiva, quando se tem uma cesárea programada para a chegada de um filho esperado; ou negativa, quando estamos doentes. Os sentimentos das cirurgias anteriores nesse estudo diferem dos sentimentos experimentados para a situação atual- medo e anseio- acerca do que vai ou pode acontecer, até mesmo porque alguns deles eram de situação de risco e que demandava tempo do ato cirúrgico e tempo de recuperação; medo dos procedimentos (sonda nasogástrica).

Quanto ao preparo no pré-operatório temos os de ordem física, como suspender a nutrição e líquidos para evitar aspiração, exames prévios atualizados levando em consideração o planejamento e implementação da assistência de enfermagem, preparo da pele, entre outros⁴ e de ordem emocional, que consiste em explicar ao paciente a sua cirurgia, onde com isso diminui a sensação do medo da anestesia, cirurgia, dor, morte, desconhecido e destruição da imagem física, e também explicar como irá retornar da cirurgia e que a enfermagem estará presente para

atendê-lo em qualquer anormalidade¹⁸.

Cuidar desses clientes é nos encontrar em uma “fina” fronteira entre o antes e o depois que acontece no mesmo espaço físico e temporal como falamos anteriormente.

O cuidado com ele, exige atenção as suas expectativas e sentimentos desencadeados pela notícia da cirurgia. Por isso é importante está atento para diminuir os conflitos, mal-entendidos, representações do imaginário social acerca do centro cirúrgico, de anestesia e da cirurgia. Esse imaginário muitas vezes se agiganta na alma dos clientes podendo causar um grande desconforto no pré-operatório. Por isso, “sossegar” como diz Nightingale é uma atitude fundamental e prioritária.

Vargas¹⁹ afirma que a ameaça à saúde também provoca ansiedade nessa pessoa já fragilizada pelo seu estado clínico e que o medo e apreensão são expectativas geradas pelo individuo nesta situação, ademais é de grande importância para a enfermagem a identificação destes sentimentos, pois uma das metas da assistência no pré-operatório basea-se na redução destes sentimentos.

Finalmente é possível acreditar que as enfermeiras que trabalham com esses clientes podem desenvolver um tipo de “escuta” que é para além das informações objetivas, físicas e mensurais. Uma escuta que é fundamental na espera de ouvir e entender o que esse corpo em pré-operatório diz. Ouvir escutando deve ser um exercício, pois escutamos, mas não refletimos sobre a escuta e nem colocamos nela a compaixão com o outro.

Os riscos do corpo em pré-operatório: os desejos, a esperança e a orientação como indicadores de cuidados.

Nessa categoria encontramos dois riscos indicadores do cuidado, um diz respeito a prática

“inadequada” de enfermagem, incluída na dimensão da comunicação (como instrumento básico do cuidado, aprendido na graduação) e as interações mais próximas que envolvem o desejo dos clientes e o outro é sugerido como falta de apoio, de companhia, de ajuda, dos filhos, de tomar café, dentre outros. São resultados da ordem do desejo que os clientes têm de ter algo que lhes conforte.

A comunicação é de essencial importância para a relação enfermeiro-cliente, onde através dela é possível identificar os significados que o cliente atribui à doença, hospitalização e cirurgia⁵.

O diferenciador dessa categoria é que a comunicação pode ser um momento de atender aos desejos como explicitado. Normalmente, a palavra “desejo” tem sido distorcida, criando dificuldades quando dizemos: não é mais desejável (nos dias de hoje) que a enfermagem possa só estar interessada nas necessidades humanas básicas, mas nos desejos que são necessidades nascidas no subjetivo, no imaginário, e responsáveis pela manutenção das linhas da vida: a) dos afetos que acontece entre as pessoas e que envolve o indivisível e o inconsciente; b) a linha da simulação que nos deixa em um vai e vem que envolve inconsciente e ilimitado- momento em que criamos espaços nos e dos afetos para a localização dos desejos (enfermaria, profissionais e clientes). Esse vai e vem está ligado a primeira linha que chama de dupla-face- uma face na intensidade (invisível, inconsciente e ilimitado) e a outra na expressão (visível, consciente e finita); e a terceira linha que envolve a finita, visível e consciente que faz o corpo se organizar em seus espaços, criando roteiros de circulação no mundo e diretrizes de operacionalização para a consciência pilotar seus afetos²⁰.

Isso é melhor explicado quando entendemos que a segunda linha é a da ambigüidade onde há sempre uma angustia pairando no ar (medo de a vida se desagregar, não conseguir preservar; medo de morrer); uma outra face é a existencial (medo de a forma de exteriorização das intensidades perder credibilidade, ou seja, de certos mundos perderem credibilidade, desabarem; medo de fracassar); uma face psicológica dessa linha (medo de perder a forma tal como vivida pelo ego, medo de enlouquecer)²⁰.

Nós estamos expostos a viver essas três linhas, em todas as suas dimensões. É através delas que nos expressamos e nos orientamos. Os homens e as mulheres em situações de pré-operatório, também são sujeitos expostos, alguns mais esclarecidos, outros não, mas ambos tem medo, ansiedade e desejos- todos inteiros, não há separação entre consciente e inconsciente.

O que parece uma conduta necessária é de que é preciso estar atenta a linguagem corporal-verbal e não-verbal do corpo em pré-operatório e o que é princípio é ouvir o que ele nos diz (como só palavra ou com os signos do corpo) por que não temos tido a paciência de ouvir, as vezes falamos demais. Conseguir ouvir o outro deve ser um exercício, pois é nessa interação- falar e ouvir- que podemos ajudar o outro a se sentir nas “linhas da vida”.

CONCLUSÃO

Após análise das informações obtidas através das falas dos clientes em pré-operatório foi possível notar, que eles possuem sentimentos que podem colocar sua cirurgia em risco a partir de situações-problemas encontradas em seus discursos: Sentimento de medo, ansiedade, pavor;

desejo de ir logo embora para casa; preocupação por não ter quem cuide após cirurgia; desejo de ter a família próxima; receio por não saber o que vai acontecer na cirurgia; a demora pela cirurgia causando ansiedade.

A comunicação e as orientações pela equipe de enfermagem, segundo as falas obtidas, foram consideradas falhas. O que aumenta o risco no pré-operatório, uma vez que a comunicação precária leva ansiedade ao cliente resultando em complicações no trans e pós-operatório. As conclusões aqui destacadas como riscos, quando ousamos afirmar que os riscos subjetivos são possíveis de serem destacados, mensurados (embora não tenhamos feito isso por falta de tempo) nos indicam que a enfermagem que cuida de pessoas cirurgiadas é uma enfermagem que deve estar atenta a estes riscos aqui apontados. Condutas pré-operatórias que se ampliam para além do jejum, tricotomia, das lavagens, dos acessos venosos, dos medicamentos para administrar. Pois, a tensão não é só interna, é de um exterior subjetivo que precisamos captar numa comunicação mais acertada cientificamente e fundamentada nos afetos.

REFERÊNCIAS

- 1- López E M. Quatro gigantes da alma: o medo, a ira, o amor, o dever. Tradução: Cláudio de Araújo Lima. 19ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1998
- 2- Peniche ACG, Chaves EC. Surgical patient and anxiety: some consideration. Rev latinoam enferm. Jan 2000; 8(1): 45-50.
- 3- May R. O significado de ansiedade. Rio de Janeiro: Zahar; 1980. p. 66-103
- 4- Brunner, Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A ; 2005.
- 5- Zago MMF, Casagrande LDR. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. Rev latinoam enferm. Out 1997; 5(4):69-74.
- 6- Stocker M, Hegeman E - O valor das emoções. Traduzido por Cecília Prada. São Paulo: Palas Athena; 2002. p. 47-175
- 7- Andrade MM. Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
- 8- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1992.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p
- 10- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas S.A ; 2007.
- 11- Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70 Brasi; 2008.
- 12- Damasio AR. O erro de descartes: emoção, razão e cérebro humano. Ed. Companhia das letras. Tradução de Dora Vicente e Georgina Segurado, S.P; 1996. p 15-20
- 13- Silva MAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico. Ed. São Paulo: E.P.U; 1997.
- 14- Schneider DG, Manschein AMM, Ausen JJM, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto & contexto enferm. Jan 2008; 17(1).
- 15- Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad. Saúde Pública. 2005; 21: 256-65.

Braune M, Figueiredo NMA, Munay MN.

- 16- Winter T. Instuições: Como encontrar respostas para os problemas de vida Tradução de Antonio Cabral, São Paulo: Ed.Pensamentos; 1997
- 17- Silva MJP. Comunicação teu remédio: a comunicação nas relações interpessoais na saúde. São Paulo:Soyota; 2002.
- 18- Kawamoto EE. Enfermagem em clinica cirúrgica. São Paulo: Ed. E.P.U; 1986.
- 19- Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. Rev latinoam enferm. Jun 2006; 14(3): 383-8.
- 20-Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo- Rio Grande do Sul: Ed sulina; 2007

Recebido em: 12/08/2010

Aprovado em: 29/11/2010