

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS AO PACIENTE  
CIRÚRGICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**

**CURITIBA  
2006**

**BERENDINA BOUWMAN CHRISTÓFORO**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS AO PACIENTE  
CIRÚRGICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração: Prática Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Siqueira de Carvalho

**CURITIBA  
2006**

Aos meus **amores**,  
**Ivonei** meu marido, amigo e companheiro,  
**Lorena**, fruto desta união,  
por compreenderem minha ausência  
durante essa caminhada.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me permitiu concretizar mais esta etapa.

Aos **pacientes cirúrgicos** e enfermeiros que participaram deste estudo, agradeço a acolhida e a cooperação.

A Profa. Dra. **Denise Siqueira Carvalho**, minha orientadora nesta caminhada, demonstrando humildade, disponibilidade, sabedoria e competência.

As professoras Dra. Maria Helena Lenardt, Dra. Grace M. T. Dal Sasso e Dra. Maria de Fátima Mantovani pela participação da banca.

Aos **professores do Curso de Mestrado**, a competência que proporcionaram durante os dois anos de curso.

As **minhas colegas de mestrado**, as trocas, o companheirismo, as gargalhadas, os encontros que tornaram este período inesquecível, em especial as amigas Samanta, Juliana e Rosele pelo apoio e grande prova de amizade demonstrados no decorrer dessa caminhada.

Ao **Ivonei e Lorena** que sabem os significados de suas vidas em minha vida e o significado deste trabalho em nossas vidas.

Aos **meus pais** pelo exemplo que são em minha vida, e por tudo que me ensinaram, e ainda estão ensinando.

A todos que direta e indiretamente colaboraram na realização desta pesquisa.

**“Se existe uma forma  
de fazer melhor  
descubra-a”**

Thomas Edison

## RESUMO

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

Este estudo objetivou caracterizar os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório de cirurgias eletivas. Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, com delineamento transversal, classificada como descritiva. Foi realizada em unidades cirúrgicas de dois hospitais do município de Ponta Grossa. A população foi selecionada por meio de amostra de conveniência e constitui-se de 129 pacientes no período pré-operatório de cirurgias eletivas, na faixa etária de 18 a 70 anos, e 10 enfermeiros que atuam em unidades nas quais internam pacientes cirúrgicos no período pré-operatório. Para coleta de dados, foi utilizada com os pacientes a entrevista estruturada, e para a população de enfermeiros um questionário. Os resultados evidenciaram que 50 % (metade) dos pacientes internaram no dia da realização da cirurgia, os cuidados realizados pela enfermagem estão relacionados ao preparo físico do paciente, sendo que a maioria dos pacientes não recebeu orientação em relação ao procedimento cirúrgico, e poucos receberam orientações sobre os cuidados de enfermagem efetuados, portanto, tinham limitado conhecimento do motivo da realização destes. Os cuidados que deixaram os pacientes constrangidos foram a colocação da camisola cirúrgica, retirada de roupa íntima e prótese dentária. Os enfermeiros têm conhecimento da importância da sistematização da assistência, da orientação pré-operatória, para prestar uma assistência com qualidade, porém 90% referem que a prática não viabiliza a assistência de enfermagem ideal, para 60% deles é devido à falta de profissionais, para 40% pelo grande número de pacientes internados. Da mesma maneira, os profissionais têm conhecimento do motivo dos cuidados realizados, porém autores referem que alguns destes ainda não possuem evidências científicas. Em suma, entende-se que existem profissionais buscando continuamente o aperfeiçoamento do processo de cuidar. Assim, com este estudo, espera-se que os enfermeiros procurem o aprimoramento de sua prática, dedicando mais atenção ao paciente, utilizando a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta para conseguir o planejamento de cuidados individualizados para o paciente cirúrgico no período pré-operatório de acordo com cada realidade.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Período Pré-operatório; Paciente Cirúrgico.

## ABSTRACT

CHRISTÓFORO, Berendina Bouwman. Nursing care given to the surgical patient in the postoperative period. 2006. 112 p. Dissertation (Nursing Master Degree) Federal University of Paraná.

The main objective of this study was to characterize the nursing care carried out in the pre-operative period of elective surgeries. This study was a quantitative research with transversal delineation, classified as descriptive. The research was done in two hospitals of Ponta Grossa city, Paraná state. The population was selected through a convenience sample and it consisted of 129 pre-operative period patients of elective surgeries, in the 18 to 70 age group and 10 nurses who act in units that receive surgical patients in the pre-operative period. The data was got by structuralized interview, used as a tool, and a questionnaire was used to the nursing group. The results showed that 50% (half) of the patients get in the hospital in the surgery day, and the nursing care is related to the physical preparation of the patient and most of the patients did not receive any orientation about the surgical procedure and few of them received guidelines on the effected nursing care, so they had little knowledge of the reason of the accomplishment of these procedures. In relation to the procedures concerning the nursing care, the patients got more uncomfortable in wearing the surgical nightgown, the underpants and dentures removal. The nurses has knowledge about the importance of assistance systematization, of the pre-operative orientation to give a qualitative assistance, however, 90% of the nurses related that the nursing practice do not make possible the ideal nursing care, 60% said that the current nursing care is due to lack of professionals and 40 % of the nurses said that there are many patients in the hospitals every day. It also showed that the nursing professionals have knowledge about the nursing care necessity with the patients, but some authors related that some researchers didn't showed scientific evidences concerning this problem. To sum up, this study showed that there are professionals looking for continuous caring process improvement. Thus, we want that this study could bring the nursing practice improvement and more attention of the nurses with their patients, using the nursing care systematization as a tool to achieve the individual care planning to the surgical patient in the pre-operative period in relation to each single reality.

**Key – words:** Nursing Care; Pre-Operative Period; Surgical Patient.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	v
<b>ABSTRAT</b> .....	vi
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	viii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	ix
<b>LISTA DE APÊNDICES</b> .....	x
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	5
2.1 OBJETIVO GERAL.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	6
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CIRÚRGICO.....	6
3.2 PACIENTE CIRÚRGICO E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	10
3.3 PROCESSO DE CUIDADO .....	13
3.4 PREPARANDO O PACIENTE PARA CIRURGIA .....	18
3.4.1 Orientação.....	22
3.4.2 Preparo psicológico e espiritual.....	24
3.4.3 Exame físico geral.....	25
3.4.4 Jejum.....	26
3.4.5 Sinais vitais.....	27
3.4.6 Pré-anestésico.....	28
3.4.7 Cuidados cutâneos.....	29
3.4.8 Roupas.....	31
3.4.9 Preparo gastrintestinal.....	31
3.4.10 Eliminações urinárias.....	32
3.4.11 Controle de peso.....	33
3.4.12 Remoção de próteses e dentaduras.....	33
3.4.13 Remoção de jóias, esmalte e maquiagem.....	34
3.4.14 Transporte.....	35
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	36
4.1 BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA.....	36
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	37
4.3 UNIVERSO DA AMOSTRA.....	38
4.4 PERÍODO AMOSTRAL .....	39
4.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	39
4.6 COLETA DE DADOS.....	40
4.7 PROCESSAMENTO DE DADOS.....	41
<b>5 RESULTADOS DA PESQUISA</b> .....	42
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES .....	42
5.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	48
5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	60
5.4 VISÃO DO PROFISSIONAL EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.....	63
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	72
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>APÊNDICES</b> .....	99



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES.....	43
TABELA 2 -	CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES SEGUNDO OCUPAÇÃO.....	44
TABELA 3 -	CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO MOTIVO DA INTERNAÇÃO REGISTRADO EM PRONTUÁRIO.....	45
TABELA 4 -	TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS ANTES DA CIRURGIA....	46
TABELA 5 -	TEMPO EM HORAS ENTRE O INTERNAMENTO E A CIRURGIA DOS PACIENTES INTERNADOS HÁ MENOS DE UM DIA.....	46
TABELA 6 -	CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO TIPO DE CIRURGIA REALIZADA .....	47
TABELA 7 -	CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO TIPO DE ANESTESIA REALIZADA.....	48
TABELA 8 -	ORIENTAÇÕES RECEBIDAS PELOS PACIENTES.....	49
TABELA 9 -	TIPO DE CIRURGIA NA QUAL NÃO FOI REALIZADA TRICOTOMIA .....	52
TABELA 10 -	TIPO DE ANESTESIA REALIZADA ENTRE OS PACIENTES QUE RETIRARAM A PRÓTESE DENTÁRIA .....	54
TABELA 11 -	SENTIMENTOS RELATADOS PELOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO CUIDADO RECEBIDO .....	58
TABELA 12 -	ORIENTAÇÕES REALIZADAS ENTRE OS PACIENTES QUE RECEBERAM O CUIDADO .....	59
TABELA 13 -	CONHECIMENTO DOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O CUIDADO .....	59
TABELA 14 -	CONHECIMENTO SOBRE CUIDADO REALIZADO .....	60
TABELA 15 -	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ENFERMEIROS .....	61
TABELA 16 -	ANO DE GRADUAÇÃO E INSTITUIÇÃO FORMADORA DOS PROFISSIONAIS .....	61
TABELA 17 -	ÁREA, LOCAL E ANO DE CONCLUSÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO .	62
TABELA 18 -	CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO .....	63
TABELA 19 -	ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM IDEAL NA VISÃO DO ENFERMEIRO.....	64
TABELA 20 -	VISÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO PAPEL DO ENFERMEIRO .....	64
TABELA 21 -	DIFICULDADES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM IDEAL NO PRÉ-OPERATÓRIO .....	65

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AORN	Association of Operating Room Nurses
CECAGE	Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Center for Disease Control
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
IBPEX	Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
PUC/PR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material de Esterilização
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIVALE	Faculdades Integradas do Vale do Ivaí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1	FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS – PACIENTES .....	125
APÊNDICE 2	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PROFISSIONAL ENFERMEIRO .....	129
APÊNDICE 3	SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA .....	134
APÊNDICE 4	CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO .....	135
APÊNDICE 5	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTES .....	136
APÊNDICE 6	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIROS .....	137

# 1 INTRODUÇÃO

Os procedimentos cirúrgicos, realizados há muitos séculos, com o passar do tempo têm se tornado mais específicos e eficazes, em razão do avanço nas técnicas cirúrgicas, na instrumentação e na anestesia. Procedimentos complexos, cada vez mais, ganham espaço, como as microcirurgias e as cirurgias laparoscópicas e o desenvolvimento de equipamentos de monitorização mais sensíveis, bem como, o surgimento de novos agentes farmacológicos permitiram melhoria das técnicas da anestesia.

Estes avanços se devem a diversos fatores, inquestionavelmente entre eles, a experiência cotidiana, os conhecimentos não científicos e mudanças nas práticas. Porém, foram os estudos realizados por profissionais e pesquisadores em relação às evoluções na área da cirurgia, tanto científicos quanto tecnológicos que contribuíram grandemente para que as cirurgias antes realizadas como último método de tratamento, atualmente sejam efetuadas de forma corriqueira (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

Assim, como os procedimentos cirúrgicos têm se modificado, também outros aspectos do cuidado do paciente evoluíram. Antes, o paciente ao ser submetido a uma cirurgia, seria internado no hospital no mínimo no dia anterior à realização da mesma, para avaliação e preparação. Agora, é admitido no mesmo dia do ato cirúrgico, sendo então orientado a realizar parte de seu cuidado no período próximo de ser admitido no hospital, e os demais realizados no momento de sua chegada. Como consequência disso, o número de pacientes cirúrgicos admitidos na véspera da cirurgia para estadas hospitalares noturnas têm sofrido contínua redução (SMETZER; BARE 2002).

A menção ao período que envolve o momento da cirurgia apresenta uma terminologia específica. Quando o paciente necessita de uma cirurgia e esta é agendada, diz-se que ele se encontra no período perioperatório, que compreende as fases: pré-operatório mediato e imediato, transoperatório, recuperação anestésica e pós-operatório (SOBECC, 2005). Neste estudo, enfatizam-se os cuidados de enfermagem realizados na primeira fase. O período pré-operatório se inicia no momento em que é decidida a realização de uma cirurgia, seja ela eletiva<sup>1</sup>, de urgência<sup>2</sup> ou de emergência<sup>3</sup>, e vai até o momento do ato cirúrgico, quando é

---

<sup>1</sup> A cirurgia é classificada como eletiva quando o tempo aproximado para a cirurgia coincide com a conveniência do paciente, isto é pode ser realizada com data prefixada (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997; NETINA, 2003).

<sup>2</sup> Quando o problema cirúrgico requer atenção dentro de 24 a 48 horas, pode ser denominada uma cirurgia de urgência (NETINA, 2003).

<sup>3</sup> A cirurgia precisa ser efetuada imediatamente para manter a vida; função de um órgão, membro, remover um órgão lesado, ou conter uma hemorragia (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

encaminhado ao centro cirúrgico.

Em todas as etapas, o bem estar do paciente constitui o principal objetivo dos profissionais que o assistem, sendo a equipe de enfermagem responsável pelo preparo do paciente nesta fase, estabelecendo e desenvolvendo diversas ações de cuidado de enfermagem de acordo com a especificidade da cirurgia. Estes cuidados incluem orientação, preparo físico e emocional, avaliação e encaminhamento ao centro cirúrgico, visando à recuperação segura no pós-operatório (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

A atenção ao paciente pré-cirúrgico deve envolver todas as necessidades do paciente ao longo do período perioperatório, sendo a equipe de enfermagem responsável pela realização de todos os cuidados, executando-os com conhecimentos especializados, para atender às necessidades apresentadas devido ao tratamento cirúrgico, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação, evitar complicações no pós-operatório, pois estas podem estar associadas ao preparo inadequado no período pré-operatório.

Ao ingressar no hospital, o paciente é submetido a cuidados de enfermagem que têm como finalidade prepará-lo para o ato cirúrgico, sendo o motivo e a necessidade da realização destes nem sempre compreensíveis por ele, como também para a equipe de enfermagem. Verifica-se que autores como Lopez e Cruz (2002), Ladden (1997), Nettina (2003), Possari (2004), Smeltzer e Bare (2002), Souza (2003), Archer et al. (2005) ao discorrerem sobre o período pré-operatório em suas obras, listam vários cuidados de enfermagem a serem aplicados no preparo do paciente, embora apresentem poucas ou nenhuma justificativa para o motivo da sua realização.

Observa-se, na prática rotineira dos profissionais da enfermagem, envolvidos em seus afazeres, que uma reflexão mais profunda sobre a sua atuação profissional é poucas vezes exercitada. A avaliação sobre a sua prática deveria fazer parte desta reflexão, questionando-a se ela está fundamentada em conhecimentos científicos, se o plano de cuidados elaborado é específico para o paciente bem como para o procedimento cirúrgico a qual vai ser submetido, evitando seguir apenas regras impostas pela instituição ou prescrições médicas.

Para Carraro (2001) e Lacerda (2003) os profissionais de enfermagem devem fazer questionamentos a respeito da prática realizada na rotina, na qual se verifica que muitas vezes a ação é repetida todos os dias, tanto simples como complexas, realizando-as algumas vezes pautadas em conhecimentos empíricos, aprendidas no dia-a-dia com rotinas pré-estabelecidas, ou embasadas cientificamente, repetindo-as cada vez que se prestam os cuidados de enfermagem, sem refletir a respeito e sem buscar atualização do conhecimento, não compreendendo o significado que estes cuidados apresentam para o tratamento do paciente e

no decorrer do perioperatório.

É, neste contexto, que a enfermagem é desafiada a oferecer uma assistência com qualidade no período pré-operatório, envolvendo o preparo do paciente para a cirurgia, tanto física como psicologicamente, com cuidados individualizados, fazendo com que compreendam a assistência de enfermagem a ser realizada e qualquer possível desconforto que possa resultar em consequência destes cuidados prestados, esclarecendo suas dúvidas como também obtendo respostas em relação as suas perguntas.

Diante das características específicas do paciente cirúrgico, existem diversos trabalhos que apontam e ressaltam os esforços para a obtenção da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Esta qualidade pode ser alcançada utilizando-se o processo de enfermagem como metodologia para sistematizar a assistência perioperatória (SAEP). Estes cuidados devem ser iniciados no período pré-operatório com a chegada do paciente ao hospital, tendo como finalidade planejar e implementar os cuidados, realizando o levantamento de dados sobre o paciente, estabelecendo o diagnóstico, identificando os resultados desejados, executando o plano de cuidados e ainda realizando a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes (LADDEN, 1997; GALVÃO, 2002).

Surgem muitas vezes dúvidas e inquietações na prática do enfermeiro assistencial ou docente<sup>4</sup> em clínica cirúrgica, pois a organização do trabalho adotada neste setor em relação ao preparo do paciente no período pré-operatório às vezes segue o modelo funcional e tecnicista, ignorando outras dimensões do cuidado, sendo baseada em normas e rotinas pré-estabelecidas, executando-se cuidados de enfermagem durante o preparo para a cirurgia que podem causar constrangimentos e desconfortos ao paciente.

Assim, a observação e a vivência dessa realidade no decorrer da prática, trazem questionamentos sobre: como se pode melhorar a qualidade dos cuidados realizados no pré-operatório, como realizar apenas aqueles necessários e adequados para cada cirurgia, baseados em fundamentação científica? Uma vez que para se obter sucesso e atender às reais necessidades do paciente, é imprescindível observar a maneira como é realizado o cuidado de enfermagem durante seu preparo para uma cirurgia, bem como a maneira que é estabelecida a relação dele com os profissionais, avaliando se o paciente compreende o motivo da realização destes, visando minimizar o impacto que uma internação e uma cirurgia podem causar.

Desta forma, com este trabalho almeja-se verificar quais são, e de que forma são

---

<sup>4</sup> Como enfermeira, atuei sete anos em clínica cirúrgica, dois anos em centro cirúrgico, há três anos atuo como docente da disciplina de Intercorrências Cirúrgicas do Curso de Enfermagem do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais.

realizados os cuidados de enfermagem no período pré-operatório. A partir do exposto, a pergunta norteadora que direcionou a pesquisa foi: **Quais são os cuidados de enfermagem no período pré-operatório de cirurgias eletivas, e de que maneira são realizados?**

Para responder a esta pergunta, buscaram-se na literatura científica e na pesquisa de campo informações sobre os elementos que compõem os cuidados de enfermagem realizados no pré-operatório para o preparo do paciente cirúrgico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

Caracterizar os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório de cirurgias eletivas em dois hospitais do Município de Ponta Grossa.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Dimensionar com que frequência os cuidados de enfermagem são realizados no período pré-operatório.
- Descrever os cuidados de enfermagem no período pré-operatório percebidos pelos pacientes e a maneira como são realizados pela equipe de enfermagem.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CIRÚRGICO

Até meados do século XVIII, um grande número de moléstias, de dores, de falta de assistência médica assolava o mundo. A medicina interna teve sua evolução histórica por caminhos diferentes da cirurgia, sendo estas duas profissões completamente diferentes na forma de saber, de poder, de habilitação e de participação na sociedade. A medicina interna foi mais valorizada no meio acadêmico, exigindo mais reflexão, estudos e percepção por parte dos médicos e estes não incorporavam a cirurgia como uma das suas disciplinas. Da mesma forma, a enfermagem e a medicina tiveram origens distintas e existiram como tais por muitos séculos, sem muita relação entre si (THOWALD, 1976).

Os procedimentos cirúrgicos realizados nessa época eram limitados, destacavam-se as amputações, extração de abscessos e dentes e ligação de artérias, evitavam-se as da região do abdômen e outras cavidades do corpo, assim como do sistema nervoso central. Os principais desafios enfrentados eram a dor, a hemorragia e a infecção, neste sentido os cirurgiões se mostravam temerosos a operar seus doentes, além de que para realizar cirurgias não passavam por uma academia, mas por um aprendizado prático, acompanhando um mestre renomado em suas atividades, sendo chamados de “cirurgiões barbeiros” (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997; DAVIS, 1970; THOWALD, 1976).

As intervenções cirúrgicas na Antiguidade eram realizadas principalmente com as mãos sem desinfecção precoce e com auxílio de instrumentos precários, que eram limpos com qualquer pano ou até mesmo na aba da sobrecasaca dos cirurgiões, mal conservados e guardados sem nenhuma preocupação com as condições de assepsia. Também, os ambientes apresentavam poucas condições de higiene, e as pessoas submetidas às cirurgias sofriam muito, pois, realizadas sem anestesia, estas significavam uma tortura, além da incerteza gerada em relação à sobrevivência e o temor à infecção, vista como o mal da época (THOWALD, 1976).

Um grande marco da história da cirurgia foi a descoberta da anestesia no ano de 1846, trazendo a possibilidade de uma cirurgia sem dor. Apesar do grande avanço na realização de procedimentos sob analgesia, outros problemas inquietavam os profissionais, como os relacionados à infecção no pós-operatório, instigando médicos e farmacêuticos a se empenharem em descobrir o seu motivo. Surgem então as descobertas, ainda no século XVIII,

dos microorganismos, da assepsia, da esterilização, de utilização de luvas, além da ampliação dos procedimentos cirúrgicos que até então não eram realizados, como laparotomias, cesáreas, entre outros (THOWALD, 1976).

Durante toda a evolução das práticas de saúde e das cirurgias, houve a necessidade que cuidados fossem prestados aos enfermos. Na evolução histórica percebe-se que havia registros acerca de pessoas dotadas de habilidades para cuidar de doentes e preparar remédios. Estes grupos eram compostos por mulheres, religiosos, feiticeiros e outros, surgindo daí, mais tarde, a enfermagem.

As mulheres, responsáveis por cuidar dos feridos e idosos, também se ocupavam das tarefas relativas ao nascimento e ao cuidado com crianças, doentes e moribundos. Os homens, por serem dotados de maior força física, eram responsáveis por cuidar de ferimentos de guerra, traumatismos e fraturas, assim como dominar pessoas agitadas ou embriagadas (OGUISSO, 2005).

Neste contexto, a enfermagem era caracterizada como uma ocupação doméstica e sua prática estava voltada ao atendimento dos enfermos, velhos e crianças no seio da família. As mulheres desenvolviam esta atividade como expressão da cultura e como reflexo da divisão social do trabalho (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Para a enfermeira francesa Françoise Collière (1989), a trajetória da história teve grande influência na prática da enfermagem, embora trouxesse dificuldades na identificação dos cuidados pertinentes à profissão. Inicialmente estas práticas eram ligadas à manutenção e ao desenvolvimento da vida, relativas ao nascimento, ao cuidado de crianças e também de doentes e moribundos, além da atenção dada à alimentação e higiene, constituíram o fundamento de um conjunto de práticas e cuidados desenvolvido pelas mulheres no decurso da evolução da história da humanidade, que continua até hoje.

Collière (1989) menciona que a execução de cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que seres humanos – como todos os seres vivos – sempre precisaram deles. Desta maneira para a autora

[...] cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie. Quer dizer que durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudasse qualquer outra a garantir o que lhe era necessário pra continuar sua vida, em relação à vida do grupo (COLLIÈRE, 1989, p. 26).

As primeiras iniciativas do ensino sobre o cuidado de doentes foram feitas por médicos que sentiam a necessidade de ter ao seu lado pessoas mais preparadas para ajudar em seu trabalho. Desse modo, a enfermagem como atividade profissional foi inicialmente concebida como parte integrante da prática médica. Neste período, a moral e a conduta eram mantidas sob regras rígidas, sendo também a abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos característicos da prática nessa época.

Desta maneira, para Passos (1996), a origem da enfermagem acha-se vinculada ao ato de cuidar e não de curar, devido ser colocada como uma atividade auxiliar da medicina na hierarquização a que se submeteu. Ao se definirem as atividades de cada um, a medicina foi colocada como a parte mais valorizada do serviço, a de curar, e a enfermagem como a mais trabalhosa e desvalorizada, a de cuidar. Assim “o cuidado prestado pela enfermagem, nesse período, caracterizou-se pela relação direta com o enfermo e com o ser humano, definindo-se desse modo, que o objeto de atenção da enfermagem era o cuidado direto ao enfermo” (p.33).

A profissão de enfermagem, como uma ocupação assalariada surge com a criação das primeiras escolas de enfermagem, que vêm atender à necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Aos poucos, as técnicas de enfermagem começavam a ser organizadas, abrindo caminho para o uso de instrumentos nos cuidados dos doentes. Surgindo também a preocupação com o ambiente do paciente, com a necessidade de luz, de ar fresco, de silêncio e, principalmente, de higiene, conforme apregoava Florence Nightingale (OGUISSO, 2005). Com o passar do tempo, a enfermagem passa a ser reconhecida como profissão, e nos dias de hoje imprescindível nas instituições de saúde.

Além da história dos procedimentos cirúrgicos e da evolução da enfermagem como profissão, também os cuidados pré-operatórios se modificaram ao longo do tempo. Como na idade moderna, a grande maioria das cirurgias era realizada nas casas dos pacientes, a preparação se dava principalmente neste ambiente, tão logo a cirurgia fosse necessária. Os cuidados adotados incluíam banhos de sol e cuidados com sua higiene, uma hiperalimentação e repouso por determinados períodos para o preparo do corpo. Um ajudante no auxílio ao médico, chegava à casa do paciente poucas horas antes da cirurgia, escolhia o quarto mais adequado e o preparava, esvaziando-o da mobília, preparava as lâminas e instrumentos, e acalmava o paciente. Também colhia o relato da história pessoal e familiar do paciente, embora pouco se ensinasse ao mesmo (OETKER-BLACK apud LADDEN, 1997; PINHO,

2002).

No século XIX, os médicos afiliaram-se aos hospitais, surgindo um modelo mínimo de preparação pré-operatória do paciente. Os conceitos de consentimento do paciente para a cirurgia foram iniciados assim como a preparação da sala de operações (SO) e dos instrumentos. Os manuais de enfermagem sobre os cuidados ao paciente cirúrgico elaborados na época incluíam no seu conteúdo tópicos sobre anatomia e fisiologia, fisiopatologia, tratamento clínico e cirúrgico, e as intervenções de enfermagem (OETKER-BLACK apud LADDEN, 1997).

Entre os anos de 1940 a 1959, presenciaram-se muitas descobertas científicas; os cuidados de enfermagem aos pacientes cirúrgicos tornaram-se mais complexos, assimilando as mudanças rápidas ocorridas na assistência cirúrgica. A educação do paciente tornou-se parte da preparação no pré-operatório, as necessidades individuais do paciente foram enfatizadas e a preparação psicológica foi amplamente reconhecida como importante. Também a pesquisa em enfermagem se desenvolveu e foi em parte conduzida e enfatizada para a preparação pré-operatória e a recuperação pós-operatória do paciente. As necessidades emocionais e os conceitos de instrução pré-operatória foram introduzidos e validados pela pesquisa em enfermagem (OETKER-BLACK apud LADDEN, 1997).

Foi, a partir da Segunda Guerra Mundial, que o cuidado de Enfermagem em Centro cirúrgico teve destaque. Os profissionais auxiliavam no procedimento anestésico, bem como na função de primeiro auxiliar de cirurgia, com o conseqüente aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Uma progressiva valorização da pesquisa em enfermagem, na área de pré e pós-operatórios, é observada, assim como o desenvolvimento de estudos sobre a atuação do enfermeiro de Centro Cirúrgico no perioperatório visando a uma assistência humanizada e individualizada, conforme destaca Pinho (2002).

Em 1970, surgiu o termo de enfermagem perioperatória que tem ajudado a definir e a elucidar as atividades do enfermeiro nas três fases da assistência ao cliente submetido ao ato operatório. Ele teve origem no trabalho e na influência da Association of Operating Room Nurses (AORN) (LADDEN, 1997; ARRUDA, 1999).

O rápido aumento de construções hospitalares e das especialidades médico cirúrgicas trouxe consigo a absorção do profissional de enfermagem e novos campos de trabalho. Nos dias atuais, verifica-se que o campo de ação do enfermeiro perioperatório, tem se ampliado. Os locais para a realização dos procedimentos cirúrgicos se diversificaram, uma vez que tais procedimentos não ocorrem apenas em tradicionais centros cirúrgicos, mas também em

unidades de assistência ambulatorial, serviços de emergência e consultórios médicos (LADDEN,1997; ARRUDA, 1999; JOUCLAS, 1998).

### 3.2 PACIENTE CIRURGICO E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

De acordo com Pitrez e Pioner (2003, p.19) define-se como “paciente cirúrgico aquele cujo tratamento implica um ato cirúrgico”. Este tipo de terapia pode representar uma agressão orgânica, psíquica, apresentando características definidas, além de que na maioria das vezes o paciente não se encontra preparado para o inesperado, como o diagnóstico da necessidade de uma cirurgia, uma situação de risco, crítica e evasiva, com indefinição de fatos que irão advir, transformando a intervenção em uma situação assustadora, que traz à tona sentimentos dolorosos e angustiantes.

Nessa perspectiva Carraro (1997, p.4) enfatiza que:

Uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, [...] mas envolve mudança da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado e expondo-o ao estresse de uma hospitalização carregada de características e singularidades. Dentre estas características destacam-se a solidão, o medo, a ansiedade, a esperança, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com a diversidade de pessoas de princípios desconhecidas, entregando-se aos seus cuidados.

Os pacientes ficam bastante vulneráveis ao ambiente hospitalar. Para Durman (2000) o paciente ao se internar não deixa sua essência humana na portaria do hospital, ele traz consigo sua inteligência, seus sentimentos e seus mitos em relação à doença, vêm com numerosas percepções desenvolvidas na sua cultura, educação e toda bagagem de vida.

O período que antecede a internação e a cirurgia, é um período de pouca informação. O paciente tem pouco conhecimento do que acontecerá com ele (HENSE, 1987), neste sentido para Lenardt (2001) quando ele interna se vê obrigado a se adaptar ao novo mundo do ambiente hospitalar, o que nem sempre é fácil para ele. Diante disso, destaca-se que o paciente deve ser tratado na sua plenitude como ser humano, que mentaliza fatos, que apresenta emoções, que se aflige e que age conforme seus pensamentos.

O paciente no período pré-operatório deve ser visto como um ser não somente físico, mas, como alguém que possui sentimentos; algumas vezes, estes são difíceis de serem enxergados na rotina dos cuidados de enfermagem, conseqüentemente nesse momento ele

pode encontrar um profissional que o atende com eficiência técnica, mas de forma mecânica, com cuidados pré-estabelecidos, não levando em conta as suas vontades e ou necessidades, esquecendo-se de que este apresenta sentimentos, angústias e dúvidas com individualidades próprias.

Assim sendo, é necessário que os profissionais tenham habilidade de identificar e conhecer os sentimentos do paciente no momento em que estes podem surgir e, além disso, saber interpretar e auxiliá-lo, para que suas sensações possam ser controladas e minimizadas, com apoio e compreensão. Lembrando-se desta forma que entrar na instituição não é sinônimo de perder a identidade e aceitar regras impostas, sendo imprescindível resgatar os valores humanos deste paciente, deixando-o decidir sobre seu corpo e a assistência recebida.

Corroborando com estes pensamentos, para Leoni (1996) no relacionamento enfermeiro-paciente, é importante este ter a percepção de levar em conta as grandes expectativas criadas individualmente; para poder atender e sinceramente demonstrar interesse e honestidade com o ser cuidado. Destacando que em toda forma de cuidar existe relacionamento e devido sua importância tanto para o paciente como para o profissional devemos nos preocupar para que o cuidar realizado de maneira alguma se torne inadequado, sendo comparado com situações que caracterizam apenas o desempenho de uma tarefa.

Para Rodrigues (1997) na interação enfermeiro-paciente, este deve ser compreendido como um ser que sofre e necessita ser cuidado, levando-se em conta o entendimento de sua fragilidade, seus valores, conflitos e sua cultura. Da mesma forma, o profissional é um ser também carregado de sentimentos, valores conflitos e cultura, que tem a seu encargo o cuidar do paciente, conhecendo-o, compreendendo-o, confortando desenvolvendo e coordenando as ações necessárias para a harmonização.

Com esse entendimento é no espaço de fragilidade do paciente que reside à importância do cuidado de enfermagem, como instrumento para conquistar a confiança e aproximação dele, sendo que Geovanini *et al.* (2005, p. 258) coloca “na verdade nós enfermeiros estamos céticos, frios, desumanos e mecânicos, numa área do exercício profissional que envolve dor, sofrimento, angústia, insegurança, dependência e fragilidade humana”.

Quando se é realmente profissional da área de saúde, preocupado com o paciente, deve-se ter habilidade técnica em relação a equipamentos e procedimentos pertinentes, deve-se ter conhecimento científico, precisa ser capaz de dialogar, escutar, perceber, tocar, vivenciar e ficar junto ao paciente. Ainda, estar presente no mundo interior do mesmo para poder buscar soluções temporárias ou não aos sentimentos indesejáveis que poderão interferir

durante a permanência na instituição de saúde.

Para Geovanini *et al.* (2005), se faz necessário que o profissional reflita sobre a essência de seu significado para que suas atitudes sejam compatíveis com as expectativas dos pacientes, com cuidados humanizados. Aliás, é exatamente o que as abordagens teóricas preconizam, portanto basta o exercício do amor para dimensioná-las as realidades do fazer cotidiano.

A Enfermagem por muito tempo exerceu um trabalho acrítico, fruto de uma formação em que o modelo de assistência era centrado na execução de tarefas e cuidados rápidos e eficientes, comandado por rígida disciplina. Na sua trajetória, sofreu diversas influências, que foram moldando seu perfil. Desta maneira, os profissionais buscam incessantemente o aperfeiçoamento como forma de ocupar seu espaço na sociedade para isso se voltam cada vez mais crítica e conscientemente para o estudo e transformação se sua prática (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Desta maneira, para Carraro (1997) a prática de enfermagem, a cada dia que passa exige que os profissionais estejam mais preparados, não só em termos técnicos e teóricos, mas também humanísticos. Assim sendo, atualmente a equipe de enfermagem no exercício do cuidado deve ter como objetivo principal reconhecer a assistência de enfermagem mais adequada ao paciente de unidade cirúrgica no período pré, trans e pós-operatório.

Corroborando com esse pensamento, Silva (2004) aponta que ao escolher a área de saúde para atuar profissionalmente deve-se ter como meta a preocupação com o ser humano, desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao paciente a oportunidade de uma existência mais digna, mais compreensiva e menos solitária, e para tanto, traçar objetivos diários para o trabalho.

Outrossim, é importante salientar que a enfermagem cirúrgica tem suas raízes no conhecimento médico cirúrgico, e assim sua prática está baseada em pressupostos prescritivos do modelo médico, está, influenciada pela cultura do grupo, podendo persistir nos dias atuais.

Contudo, inquestionavelmente a enfermagem desempenha um papel muito importante na fase pré-operatória, sendo seu papel transmitir confiança e segurança ao paciente, diminuindo sua ansiedade e angústia. Entretanto a atuação profissional ainda se mostra autoritária, preocupada em seguir normas e rotinas, e com aspectos formais objetivos, embora se sabe que a intimidade ou familiaridade do cuidar requer mais flexibilidade, requer interação com o mesmo, na busca de conhecer quais são suas reais necessidades, para embasado nisso planejar uma assistência de enfermagem (NIETSCHE; LEOPARDI apud KIRCHOF, 2003).

Neste sentido, Costernaro e Lacerda (2002, p.32) enfatizam que, “atualmente, para ser enfermeira(o) e fazer enfermagem é necessário, além da responsabilidade entre a razão e o coração, os deveres e os direitos, as obrigações e a rigidez, o carinho e a sensibilidade, pois todos estes aspectos são relevantes e participam desta profissão”.

Entende-se que o principal objetivo da enfermagem é, na medida do possível, contribuir para proporcionar um atendimento seguro e eficiente, com resultado eficaz para a equipe e para o próprio paciente (PINHO, 2002), avaliando as necessidades individuais do mesmo, orientando-o acerca do que deseja conhecer em relação aos cuidados e eventos relacionados ao processo cirúrgico, de acordo com suas particularidades, oferecendo-lhe informações que contemplem as ações a serem desenvolvidos pela enfermagem e demais membros da equipe (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001).

Para Pinho (2002) ainda existem deficiências, não suficientemente investigadas no que tange ao preparo físico, psicológico e espiritual realizado no pré-operatório. Desta forma, acredita-se que se deve buscar uma maior qualidade e adequação nos cuidados realizados, avaliando suas reais necessidades. Sendo imprescindível que seja realizado com cuidado de enfermagem individualizado, com a participação do paciente e fundamentada em bases teóricas.

### 3.3 PROCESSO DE CUIDADO

Sendo a enfermagem uma profissão em que os enfermeiros prestam cuidados a outras pessoas, o cuidar se torna uma ação inerente à profissão. Para Waldow (1998) cuidar é a nossa prática, que se caracteriza por ações e comportamentos de cuidar, podendo ser considerada uma forma de ser e de se relacionar.

Nestes sentido, para a autora o processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar o processo de viver ou morrer, proporcionando ao paciente a necessidade que apresenta de conforto físico, emocional e espiritual.

As funções exercidas pela enfermagem durante a trajetória de sua história, multiplicaram-se com o passar do tempo, deixando de ser apenas curativa e ganhando dimensões preventivas e de reabilitação. Para Passos (1996, p.33) “Do simples cuidado direto com o ser humano, ele tornou-se também planejamento, produção e propagação do saber, administração e fiscalização da assistência”.



Assim com a multiplicação das funções, e após estudos realizados, evidenciou-se que os cuidados que eram realizados sem um planejamento e sem uma sistematização necessitavam da implementação de um modelo para sistematizar a assistência de enfermagem prestada ao paciente. Neste contexto, surge o processo de enfermagem como metodologia assistencial que o enfermeiro utiliza para o planejamento e implementação dos cuidados, sendo aplicada também para o paciente no período perioperatório (FLORIO; GALVÃO, 2003).

O procedimento cirúrgico é uma situação estressante para o paciente, ao deparar-se com a mesma é acometido de muitos medos, diante destas características entendemos que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada, “...pois torna-se um processo individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo...” (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p. 692 ).

O processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida no mundo (BORK, 2005). De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, art 11, alínea c, “O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: 1) Privativamente:.... c) planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”. Da mesma maneira o COFEN, reforça a necessidade de se planejar a assistência de enfermagem com a Resolução nº 272/2004, artigo 2ª na qual a sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada.

Existem muitas definições em relação ao processo, para Potter e Perry (2002, p. 101) “o processo de enfermagem é um método para a organização e prestação da assistência de enfermagem”, que tem como propósitos identificar as necessidades de assistência, estabelecer um plano de cuidados para satisfazer as necessidades dos pacientes.

Para Ladden (1997. p.5):

O processo de enfermagem é uma forma de pensar nas ações, e que se contrasta com aquela consideração da enfermagem como uma única série de rituais e procedimentos escritos num livro de receita que deve ser aprendido. O foco do processo de enfermagem está centrado no paciente, as intervenções de enfermagem prescritas são aquelas que atendem as necessidades do mesmo.

A metodologia utilizada com o paciente cirúrgico pode ser denominada como Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), definida como “um processo que objetiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da

comunidade, devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão” (POSSARI, 2004, p. 209). É um método utilizado para planejar um cuidado individualizado, de acordo com cada tipo de cirurgia, sendo do mesmo modo uma ferramenta para favorecer uma interação maior entre enfermeiro e paciente, visando à qualidade da assistência e benefícios para o paciente.

Destaca-se neste sentido de acordo com Gillete apud Galvão (2002) a importância da atuação do enfermeiro no período pré-operatório, competindo ao mesmo o planejamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico, utilizando o processo de enfermagem para estabelecer um plano de cuidados embasado na metodologia científica, envolvendo as necessidades físicas e emocionais do paciente.

Para Pitrez e Pioner (2003, p. 24), para prestar uma boa assistência “é indispensável conhecer o paciente como um todo, único e indivisível, e não apenas a parte afetada pela enfermidade. Neste sentido Possari (2004, p.210) destaca que ”sistematizar a assistência significa individualizar, humanizar e respaldar as ações de enfermagem”. Pelo fato de ser um método que tem como finalidade organizar o cuidado individualizado e administrar assistência adequada ao paciente, a mesma favorece uma integração do enfermeiro com o paciente e sua família, resultando em uma assistência com cuidados estabelecidos de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente.

Durante o processo de enfermagem, o enfermeiro realiza o levantamento de dados sobre o paciente, organiza e prioriza estes dados, para estabelecer o diagnóstico de enfermagem, identificar os resultados desejados, desenvolver e implementar um plano de cuidados e por fim avaliar os cuidados em termos dos resultados alcançados pelo paciente (LADDEN, 1997).

O número de fases em que se organiza o processo de enfermagem modifica-se de acordo com diversos autores, variando de quatro a seis fases. Smeltzer e Bare (2002, p.308) definem as etapas do processo de enfermagem em:

- 1- histórico que compreende uma avaliação de uma ampla variedade de fatores físicos e psicológicos tendo por finalidade buscar conhecer e conseguir informações. Desta maneira uma série de problemas do paciente, ou diagnósticos de enfermagem, podem ser previstos ou identificados com base nos dados coletados;

- 2- diagnóstico de enfermagem na qual com base nos dados do histórico, são identificadas as situações de assistência para a elaboração da prescrição de enfermagem, com a definição dos principais diagnósticos, que podem incluir a ansiedade relacionada à experiência cirúrgica (anestesia, dor) ao resultado da cirurgia, como também o risco de

gerenciamento ineficaz do regime terapêutico relacionado ao déficit de conhecimento sobre os procedimentos e protocolos pré-operatórios e expectativas pós-operatórias;

3- planejamento e metas da assistência de enfermagem a ser prestada que devem incluir o alívio da ansiedade pré-operatória e o aumento do conhecimento sobre o preparo pré-operatório e expectativas pós-operatórias,

4- prescrição de enfermagem: que inclui reduzir ansiedade pré-operatória, promover a educação do paciente e a última etapa a evolução, na qual se descrevem os resultados do processo.

Entretanto se destaca que o diagnóstico de enfermagem é o passo imprescindível do pré-operatório, pois a partir dele serão tomadas as atitudes e condutas relativas ao cuidado de enfermagem a ser executado pela equipe. Destacando que as medidas adotadas pelo profissional têm como finalidade fazer com que o paciente entenda perfeitamente o que a cirurgia envolve e prepará-lo fisicamente para a intervenção cirúrgica, considerando desta forma a diferença que existe entre uma assistência que deriva da utilização de conhecimentos científicos, ao orientado para o cumprimento de tarefas, normas e rotinas.

Adami e Yoshitome (2003) consideram que tem se evidenciado em algumas áreas, que os rituais, tradições e o conhecimento comum ainda prevalecem como embasamento para a prática apesar dos avanços obtidos na melhoria da formação profissional. Da mesma maneira verifica-se no entanto que o processo de enfermagem não se encontra presente na maioria dos hospitais, uma vez que demanda na prática a quebra de resistências, maior organização do pessoal de enfermagem, com monitoramento contínuo e educação continuada.

Neste contexto, verifica-se que quando o enfermeiro deixa de utilizar o processo de enfermagem no período pré-operatório, pode prejudicar a interação com o paciente, dificultando o planejamento de um cuidado individualizado, bem como implementação dos cuidados adequados, conseqüentemente apenas normas e rotinas então estabelecidas pela instituição são seguidas. Desta maneira, Araújo et al. (2004) reforça que o profissional precisa evoluir da simples execução mecânica da técnica para a etapa de compreensão do significado pessoal do paciente. O planejamento da assistência para Galvão, Sawada e Rossi (2002) possibilitará a implementação de intervenções que atendam às reais necessidades do paciente, minimizado sua ansiedade e os riscos inerentes ao procedimento anestésico cirúrgico.

Para Arruda (1999) e Carraro (2001) os cuidados da enfermagem no período pré-operatório ainda podem ser centrados num cumprimento de normas e rotinas, principalmente quando influenciados pelo modelo médico, fazendo com que o enfermeiro utilize, na sua

prática assistencial, o diagnóstico médico, e não o de enfermagem como primeiro norteador para o planejamento da assistência, embora não responda adequadamente as necessidades da profissão, assim enfocando mais a doença do que a pessoa e suas experiências de vida e saúde.

Para Carraro (2001, p.18):

A Enfermagem tem buscado sua afirmação através da atuação efetiva, tendo como principal preocupação não a patologia, mas o indivíduo vivenciando seu processo saúde-doença, com enfoque na promoção do bem estar e da saúde. Cada vez mais, ela caminha para sua fundamentação científica e conseqüente autonomia como profissão integrante da Área de Saúde.

Assim, ressalta-se a importância do processo de enfermagem, na qual se realizam o planejamento e a prescrição de enfermagem não seja baseado no conhecimento empírico ou em tradições, mas sim em pesquisas e evidências científicas, pois para Cruz e Soares (2004) o cuidado realizado pelo enfermeiro na sua prática diária é resultado do que se conhece, do que se pesquisa e de como os profissionais são formados nas escolas.

Nesta perspectiva Galvão, Sawada e Rossi (2002) identificam que na literatura vem-se discutindo muito sobre a prática de enfermagem baseada em evidências, que para as autoras vem em busca do uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias e pesquisas para serem utilizados para fundamentar o planejamento da assistência, bem como para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado

Para Galvão, Sawada e Trevizan (2004, p. 555) a prática baseada em evidências é

[...] uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente. Essa abordagem envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis (pesquisas), implementação das evidências na prática e obtenção dos resultados obtidos. A competência clínica do enfermeiro e as preferências do cliente são aspectos incorporados também nesta abordagem, para tomada de decisão sobre a assistência a saúde.

Com esse entendimento, o uso da pesquisa promove mudanças e revisão dos cuidados realizados pela enfermagem sendo a evidência caracterizada como alguma coisa que fornece provas para a tomada de decisão. Podendo utilizar a pesquisa quantitativa ou qualitativa na busca de evidências para fundamentar o cuidado, ou seja utilizar a pesquisa na tomada de decisões para estabelecer cuidados e a sua implementação na prática (GALVÃO, 2002).

Frente ao exposto, entende-se que especificamente nos cuidados de enfermagem no pré-operatório, a enfermagem baseada em evidências poderá contribuir para aperfeiçoar os mesmos prestados durante o preparo do paciente no pré-operatório, possibilitando o planejamento e implementação de intervenções que atendam as reais necessidades do paciente cirúrgico, diminuindo a ansiedade, medo, riscos e complicações inerentes ao procedimento anestésico cirúrgico (GALVÃO, 2002).

Para Galvão; Sawada; Rossi (2002, p.293)

a realização de cada etapa da metodologia da assistência implica a prática baseada em evidências, tanto no que se refere aos dados coletados pelo enfermeiro (evidência baseada nas informações e nas condições clínicas do paciente) quanto ao julgamento clínico realizado por esse profissional para estabelecer os diagnósticos de enfermagem, planejar e avaliar as respostas à assistência implementada.

Entretanto verifica-se que existem cuidados desenvolvidos na prática que podem ser questionadas, em relação à sua origem, se baseada em evidências científicas ou na opinião de profissionais, e se estes realmente são necessários e efetivos. Entretanto Galvão, Sawada e Rossi (2002) entendem que a enfermagem ainda não tem pesquisas suficientes para formar um corpo de conhecimento próprio necessárias para fundamentar a prática baseada em evidências

Desta maneira para Galvão (2002), os profissionais que têm interesse na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, com vistas a atender as reais necessidades do paciente, frente ao procedimento anestésico cirúrgico, devem ir a busca de conhecimento científico para fundamentar a prática da enfermagem perioperatória.

#### 3.4 PREPARANDO O PACIENTE PARA CIRURGIA

O período pré-operatório classifica-se em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato. O mediato consiste na assistência prestada ao paciente em vigência de cirurgias eletivas. Compreende o período desde a internação até as 24 horas antes da cirurgia, e tem por objetivo principal preparar o paciente psicologicamente e fisicamente para o ato cirúrgico e estabilizar condições que podem interferir na recuperação. O período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente, ou seja algumas horas antes da cirurgia, e termina com o início da cirurgia (SANTOS, 2003; SMELTZER;

BARE, 2002).

O preparo pré-operatório do paciente cirúrgico pode ocorrer no consultório médico ou em sua residência antes da internação, por ocasião da internação durante os dias pré-operatórios, na noite que precede a cirurgia, caso o paciente se encontre no hospital, ou na manhã da cirurgia por ocasião da admissão.

Atualmente, como já mencionado anteriormente, existem muitos procedimentos cirúrgicos em que os pacientes são internados no período da manhã, realizando a cirurgia no seu decorrer e recebem alta no mesmo dia, tendo como finalidade diminuir custos da internação bem como o índice de infecção hospitalar (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

Para Lacerda (2003, p. 74)

o tempo de internação antes da cirurgia tem sido tradicionalmente considerado um importante fator de risco de infecção do sítio cirúrgico, sendo maior quanto maior o tempo de internação antes da cirurgia. A colonização do paciente com a flora hospitalar aumenta proporcionalmente com o tempo de hospitalização... No entanto estudos disponíveis ainda não apresentam evidências científicas dessa relação.

A maioria dos pacientes chega para internar no período pré-operatório imediato, ou seja, poucas horas antes do procedimento. Assim em cirurgias eletivas é neste período que se inicia o preparo, que é executado pela equipe de enfermagem. Pitrez e Pioner (2003, p. 39) conceituam o pré-operatório como

um conjunto de medidas adotadas nessa fase, cujo objetivo comum é alcançar o paciente a um estado fisiológico o mais próximo do ideal, de modo a suportar, com um mínimo de morbidade, as agressões físicas e metabólicas impostas pelo trauma operatório. Entende-se desde cuidados gerais e rotineiros a modelos especializados, dentro das especificidades próprias a cada situação, quais sejam, o tipo de patologia, o estado do paciente e o porte da intervenção a ser executada.

Assim o cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico, numa unidade de internação inicia-se no momento da admissão. Para Silva; Rodrigues e Cesaretti (1997, p. 138):

A partir de então, o ambiente hospitalar, pelas suas características passa a impor uma série de adaptações em seu modo de vida, tais como: mudança nos hábitos diários, (alimentação, higiene e outros); restrição de liberdade (ambientes restritos, horários preestabelecidos, visitas controladas); e ainda exposição a agentes infecciosos. A estes fatores, soma-se a ansiedade frente ao tratamento cirúrgico a que irá se submeter.

Frente a estes aspectos, a internação e admissão do paciente cirúrgico devem ser, preferencialmente realizado pelo enfermeiro. Compete a este tornar o ambiente hospitalar o mais receptivo possível, pois é de suma importância a primeira impressão de paciente.

Os objetivos dos cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório são: proporcionar ao paciente as melhores condições físicas e emocionais possíveis; minimizar a sua ansiedade, a fim de contribuir para a diminuição de risco cirúrgico e prevenção de complicações pós-operatórias; como também educar o paciente e a família para medidas de recuperação, aumentando sua autoconfiança e facilitar a prática do autocuidado no pós-operatório (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Neste contexto, o preparo do paciente no pré-operatório, deve ser realizado de acordo com a especificidade de cada cirurgia e participação do paciente, com técnicas adequadas visando à sua melhor recuperação no pós-operatório. Por mais que a enfermagem perioperatória tenha se tornado altamente sofisticada e especializada, ele deve continuar sendo o foco de todo o processo.

É importante ressaltar que o paciente não avalia a necessidade e a complexidade de determinadas ações de cuidado de enfermagem, mas crê na qualidade da assistência prestada. Tem dificuldade de entender a dinâmica de funcionamento do hospital, mas acredita que a instituição, como um todo está estruturado para oferecer-lhe segurança e bem estar (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Com esse entendimento, Ladden (1997) reforça que é fundamental que a equipe de enfermagem para realizar este preparo faça um resgate da base científica dos cuidados, compreendendo a necessidade das técnicas, conhecendo quando e como iniciá-los, mantendo-se criativo na aplicação da técnica quando a situação inclina-se para a flexibilidade, visualizando as necessidades do paciente como da equipe cirúrgica para a realização da cirurgia.

Outro fator relevante é o fato que, no período pré-operatório, o paciente deve ser escutado em relação aos seus medos e dúvidas para que as orientações como também os cuidados executados não sejam realizados de forma precipitada, explicando assim, fatos que ele não deseja saber, e deixando de lado o que realmente deseja, da mesma forma realizando um cuidado que não contemple suas expectativas. Nas palavras de Backes *et al.* (2004, p 12) “o conhecimento do paciente, sua participação nas decisões, no preparo a ser realizado, se tornam competência do profissional que o atende”. Com esse entendimento a enfermagem deve realmente dedicar tempo para o atendimento das necessidades dele, e isto pode ser

realizada durante a visita pré-operatória.

Já é utilizado em várias instituições e existem muitas pesquisas que falam da importância da visita pré-operatória realizada pela enfermagem, na qual o enfermeiro tem a possibilidade de planejar a assistência e amenizar o impacto frente ao procedimento cirúrgico. Para Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997) como membro da equipe interdisciplinar, desempenha papel fundamental neste período, ajudando o paciente a compreender a natureza de seu problema de saúde, encorajando-o a participar dos cuidados pré-operatórios.

Desta forma, é necessária uma interação com o paciente, antes de iniciar a realização dos seus cuidados, e determinar a maneira de conduzi-los. Lopez e Cruz (2002, p. 47) ressaltam que

devemos levar em conta o direito do paciente ser respeitado, e atendido de acordo com as suas necessidades, o direito de ser informado sobre a evolução da sua doença, tratamento e prognóstico, o direito de ter respeitado a sua privacidade, o direito de ter respeitado suas crenças religiosas, o direito de informá-lo sobre seus direitos e obrigações.

Com esse entendimento, é importante rever se realmente os cuidados realizados ao paciente no período pré-operatório são efetivos para ele, se não são realizadas de forma mecânica, e rotineira de forma que o calor humano esvazia-se no automatismo, cada vez mais se distancia do cuidado direto e integral que deve ser prestado ao paciente cirúrgico, pois a assistência de enfermagem no perioperatório faz com que o paciente se sinta mais confiante e com mais segurança (AQUINO; CAREGNATO, 2005).

Na busca de trabalhos acadêmicos relacionados ao assunto em estudo, verifica-se que muitos autores como já citados anteriormente, descrevem sobre o período pré-operatório, relacionando os cuidados que devem ser realizados neste período. Porém, muitos citam apenas o preparo que deve ser realizado junto ao paciente, mas muitas vezes não o justificam.

Neste sentido, Soares (2005, p.10) ressalta ainda que os livros com o tempo se tornam desatualizados, além de existirem limitações de informação de boa qualidade que suporte a prática do dia a dia do enfermeiro. “Por mais que muitos dos procedimentos sejam reconhecidos como padrão, nem sempre essas indicações foram confirmadas por pesquisa clínicas bem desenhadas”. Assim também por muitos anos, a assistência à saúde foi baseada em experiências profissionais e na opinião de especialistas, valorizando as crenças do profissional de saúde sobre o que ele acha ser melhor para seu paciente, ficando o conhecimento científico em segundo plano.

Ver a necessidade do conhecimento por parte dos profissionais sobre o motivo da



realização dos cuidados fundamentados em bases teóricas, faz com que a assistência seja realizada de forma a atender as necessidades de cada cirurgia e do paciente evitando que estes sejam efetuados da mesma maneira para todos, mas sim com cuidados individualizados.

Desta maneira, o preparo do paciente realizado durante o período pré-operatório, deve ser planejado de acordo com a individualidade de cada paciente, podendo ser determinado pelo seu estado de saúde, tipo de cirurgia, rotina implantada na instituição, prazo disponível entre a internação e a cirurgia, e necessidade particulares apresentadas (POTTER; PERRY, 2002).

A seguir, descreve-se brevemente sobre cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório, destaca-se que foram relacionados aqueles comuns a maioria dos procedimentos cirúrgicos, pelo motivo de que cada especialidade e tipo de cirurgia apresentam cuidados específicos.

#### 3.4.1 Orientação

A orientação é definida como um componente essencial dos cuidados de enfermagem, “e tem por objetivo promover, manter e normalizar a saúde e, também, a adaptação aos seus efeitos residuais de uma doença”, assim o enfermeiro deve ter responsabilidade de assumir o processo de orientação do paciente (SANTOS, 2005, p. 81).

A tarefa da orientação realizada pela enfermagem, deve envolver o preparo físico, psicológico e espiritual do paciente para a cirurgia, bem como orientar a finalidade de todos os cuidados que serão realizados. No período pré-operatório, se lida com pacientes que podem apresentar situações de desequilíbrio, pois o fato de se submeter a uma cirurgia, e a uma anestesia pode ser motivo desencadeador de emoções com características individuais, assim sendo estes devem ser considerados com relevantes para o cuidado do enfermeiro, gerando emoções e necessidades individuais que devem ser atendidas (ARAÚJO, et al., 2004; POTTER; PERRY, 2002).

O valor da orientação pré-operatória tem sido reconhecido pela equipe cirúrgica, trazendo benefícios comprovados, exercendo efeitos positivos na recuperação do paciente, como na função ventilatória, capacidade funcional e física, sensação de bem estar e duração da internação (POTTER; PERRY, 2002). Cada paciente deve receber orientações individualmente, observando suas preocupações ou necessidades particulares. Frequentemente, são combinadas com vários cuidados preparatórios para permitir o fluxo fácil da informação (SMELTZER; BARE, 2002).

Este deve ser iniciado ao mais cedo possível, de preferência alguns dias antes da cirurgia, no período da consulta de pré-admissão, quando os exames de pré-diagnóstico estão sendo realizadas, e continuar até que o paciente chegue à sala de operação. De preferência deve ser realizada, quando possível no pré-operatório mediato, pois no imediato geralmente o paciente não está propício, podendo estar muito preocupado em relação ao ato anestésico cirúrgico.

A principal finalidade da orientação é diminuir a ansiedade e encorajar os pacientes a participar ativamente de sua própria assistência, para Smeltzer e Bare (2002, p. 313):

deve ir além das descrições do ver e incluir explanações sobre as sensações que o paciente vivenciará. Por exemplo, dizer ao paciente apenas que a medicação pré-operatória irá relaxá-lo antes da operação não é tão eficaz quanto observar que a medicação pode resultar em tonteira e sensação de desmaio. Saber o que esperar ajudará o paciente a prever essas reações e, assim, a obter um maior grau de relaxamento do que poderia de outra forma ser esperado.

Para Carpenito (2002) é de responsabilidade do médico antes da cirurgia explicar ao paciente e a família quanto à natureza da cirurgia, motivo, resultados esperados, riscos e tipo de anestesia. O enfermeiro tem como função determinar o nível de compreensão sobre a cirurgia e proporcionar acesso a informações gerais e relativas a necessidade de participação ativa, rotinas, equipamentos, ambiente, pessoas, sensações pós-operatórias e atendimento anterior ao dia da cirurgia, como também explicar todos os cuidados, seus motivos e sua importância.

A orientação da importância e da finalidade de todos os cuidados pré-operatórios podem ajudar a diminuir a ansiedade e o medo associados com a falta de conhecimentos das atividades e rotinas pré-operatórias, como também minimizar a incerteza em relação às complicações pós-operatórias e possibilitar a obtenção de uma participação ativa do paciente na sua realidade (ZAGO; CASAGRANDE, 1997).

Realizar uma orientação de maneira esclarecedora e eficiente no pré-operatório requer bom senso, arte e criatividade, por parte do profissional, para fazer do momento do cuidado um encontro de interação, diálogo, calma, tranquilidade e esclarecimento, neste sentido lembramos das palavras de Freire (1977), quando cita que deve haver a preocupação em não reproduzir a “educação bancária”, onde se “revitaliza a cultura do silêncio”, onde o outro não tem voz nem história, tornado-se o enfermeiro um depósito de informações.

Com esse entendimento e visando obter um melhor resultado na orientação, torna-se

fundamental conhecer o que o paciente deseja saber, de acordo com as suas percepções e expectativas, direcionando ela de acordo com suas particularidades e com sua capacidade de assimilar a informação, obtendo assim uma maior satisfação do paciente.

Para Baggio *et al.* (2001, p.124)

a orientação pré-operatória, para que seja bem compreendida pelo paciente, deve ter em seu contexto qualidade e não quantidade de informações, detendo-se nos pontos de seu interesse. A explicação acerca dos passos do processo cirúrgico deve ser elaborada pela enfermeira de maneira clara e objetiva, em vocabulário simples, para que não seja essa orientação ritualizada, repetitiva, pois cada ser é individual e único, merecendo, portanto, uma orientação individual única.

Desta maneira para Santos (2005, p.58) a efetiva orientação

requer a ajuda ao pacientes a fim de que possam adquirir conhecimentos, competências e habilidades necessárias para procederem à continuidade de seus cuidados. Frequentemente, essa educação começa direcionando e acompanhando o processo de mudanças pessoais, como o aprendizado do paciente sobre a doença propriamente dita e aceitação as mudanças em sua vida causadas pelas condições trazidas a ele no hospital por exemplo.

Para Black e Matassarini-Jacobs (1996) existem vários temas que devem ser abordados com o paciente, mas os principais são relacionados aos seguintes aspectos: exercícios de respiração profunda e tosse; mobilidade e o movimento corporal ativo; tratamento da dor; estratégias cognitivas de enfrentamento ao estresse; proporcionar informação e equipamentos pós-operatórios.

Entende-se que as orientações também devem se adaptar a aspectos biológicos e culturais do paciente. Segundo Zago (1993), para que a orientação seja eficiente deve se adequar às necessidades de cada paciente, ao tempo de hospitalização, as características individuais de aprendizagem, o tipo e consequência da intervenção cirúrgica.

### 3.4.2 Preparo Psicológico e Espiritual

Para Lopez e Cruz (2002) no momento em que o paciente é internado para a realização de um procedimento cirúrgico, pouco sabe sobre sua situação e sobre o que acontecerá com ele no período que antecede à intervenção. Sente ameaças às suas necessidades básicas (físicas, emocionais e espirituais); faz questionamentos constantes que perduram a sua consciência; e, traz dúvidas que podem ser causadas pelo medo e aflição, justificando-se desta

maneira a importância do preparo psicoespiritual, que deve ser realizado pela equipe de enfermagem no período que antecede à cirurgia.

O preparo psicológico deve ser realizado nesta fase para avaliar o conhecimento dos sentimentos do paciente, se ele dispõe dos recursos emocionais necessários para enfrentar o estresse da cirurgia, bem como explicar ao paciente todos os cuidados que envolvem o procedimento, com a finalidade de diminuir a preocupação com a anestesia, com o medo da dor e da morte, com a permanência no centro cirúrgico, bem como o retorno da anestesia e cirurgia no pós-operatório (SANTOS, 2003).

É importante ressaltar que nem sempre os profissionais estão instruídos para este preparo, pois, envolvidos na rotina diária, na qual há acúmulo de trabalho, falta de tempo, grande número de pacientes internados, fazem com que este preparo seja deixado para segundo plano ou realizado rapidamente, mesmo sabendo do benefício que este traz ao paciente.

Durante o cuidado espiritual, o enfermeiro deve ter conhecimento das crenças religiosas que podem influir profundamente na recuperação da cirurgia, e na resposta a hospitalização. Além de que crenças de determinadas religiões podem ser restritas com relação a alguns exames diagnósticos, a tratamentos terapêuticos, e ainda doação de órgãos.

Desta maneira, este cuidado exige reconhecimento e respeito por parte dos profissionais. Ainda alguns pacientes solicitam contato com um religioso, podendo então ser solicitado a sua presença na instituição. Algumas vezes estes podem alegar não ter crenças religiosas, entretanto na hospitalização podem querer falar com um religioso (ARCHER et al., 2005).

### 3.4.3 Exame Físico Geral

O exame físico pode ser definido como um exame detalhado e cuidadoso das partes do corpo, envolvendo uma avaliação abrangente das condições físicas gerais de cada sistema orgânico, para revelar anormalidades que possam existir. Este exame faz parte do exercício da enfermagem, e tem como finalidade fornecer ao profissional mais informação sobre as condições de um paciente, melhorando assim a qualidade da assistência prestada a ele.

Inicialmente o profissional reúne as informações completas e detalhadas sobre o estado de saúde do paciente, elaborando uma história, e depois realiza o exame em si. Os métodos utilizados durante a avaliação física são inspeção, palpação, percussão e olfato (POTTER; PERRY, 2002).

Para Acher et al. (2005, p.22)

uma avaliação completa inclui um histórico de saúde e um exame físico completo. O histórico de saúde inclui a queixa principal, uma história da doença atual, história clínica geral e cirúrgica, uma história familiar, uma história social e uma revisão de sistemas. Geralmente o exame físico segue um formato metódico, da cabeça até os pés.

Desta maneira no período pré-operatório ele deve ser realizado pelo enfermeiro na admissão do paciente ao hospital, com a finalidade de determinar os dados básicos e identificar as doenças que podem interferir na administração de anestesia e acarretar problemas no pós-operatório, bem como observar sinais e sintomas que podem desencadear negativamente na cirurgia. Qualquer sintoma anormal, deve ser comunicado ao cirurgião e ao anestesista, e pode causar adiamento da cirurgia até que o problema seja tratado. Assim um exame físico inclui as condições físicas gerais de um paciente e de cada sistema orgânico, para a elaboração de um diagnóstico definitivo (BLACK; MATASSARIN –JACOBS; 1996; POTTER; PERRY, 2002).

No período pré-operatório, o profissional realiza um exame físico completo ou parcial, dependendo do tempo disponível e do estado do paciente, devendo focalizar as doenças anteriores e a doença atual, assim como órgãos e sistemas que serão afetados pela cirurgia (POTTER; PERRY, 2002).

Durante a realização do exame físico, o enfermeiro deve se empenhar por reconhecer e respeitar os sentimentos do paciente especialmente constrangimento e ansiedade, para estabelecer um relacionamento significativo com ele. Do mesmo modo, o profissional deve aproveitar este momento para também estar orientando o paciente e esclarecendo suas dúvidas, em relação ao procedimento cirúrgico, além de estar observando alterações, deve-se estar verificando as condições de higiene, presença de próteses, entre outros.

Deve-se ressaltar que, em algumas instituições, por vários motivos o exame físico ainda não é realizado pelo enfermeiro como parte do cuidado de enfermagem realizado no período pré-operatório, mesmo sendo reconhecida a sua importância.

#### 3.4.4 Jejum

O jejum é solicitado como exigência para grande parte das cirurgias sendo determinada pelo tipo de anestesia e o procedimento cirúrgico a ser realizado. O período exigido pode variar de acordo com a cirurgia, em média 8 a 10 horas antes da mesma

(NETTINA, 2003).

Quando o paciente se encontra internado no dia anterior da cirurgia e esta estiver agendada para o período matutino geralmente na véspera do procedimento o paciente recebe dieta leve no jantar, e após isso é orientado a permanecer em jejum. Quando ele não se encontra internado, e interna momentos antes da cirurgia é orientado a realizar uma dieta leve em sua casa e após isto permanecer em jejum. Se a cirurgia está marcada para o período vespertino, e se não houver envolvimento de segmentos do trato digestivo, e sem haver contra-indicações, o paciente pode receber dieta leve no café da manhã, tanto quando está internado ou vai internar no período matutino (SMELTZER; BARE, 2002).

O jejum é necessário, porque o estômago deve estar isento de alimentos no momento de determinadas cirurgias, para prevenir vômitos e conseqüente aspiração do conteúdo gástrico para as vias respiratórias (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997), que pode evoluir para insuficiência respiratória e evolução dramática.

O enfermeiro deve se preocupar em dar esclarecimentos ao paciente sobre a necessidade de modificação da dieta, observar a sua aceitação, orientar e supervisionar a manutenção do período de jejum exigido (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997). Da mesma maneira deve retirar da mesa de cabeceira água e outros alimentos, colocando um aviso de “DIETA ZERO”, na porta ou na cama, e informar a nutricionista que o cliente está aguardando cirurgia (GUELLERE; ANTONIO; SOUZA, 1993).

Algumas vezes estes esclarecimentos não são realizados ou mesmo o paciente não os compreende por não ter conhecimento da importância do jejum, ou seu motivo. Muitas vezes, o procedimento cirúrgico é adiado pelo não observação do jejum, sendo fato freqüente em cirurgias infantis, nas quais as mães não conseguem consolar a criança que chora pela mamadeira ou pela sua preocupação em deixar a criança sem alimento.

#### 3.4.5 Sinais Vitais

Os sinais vitais podem ser definidos como “parâmetros regulados por órgãos vitais, portanto revelam o estado funcional dos mesmos” (GABRIELLONI, 2005, p.112). Desta forma a mensuração destes parâmetros é um cuidado importante no pré-operatório de todas as cirurgias, pois permite a detecção imediata das condições clínicas, identificação de problemas, bem como avaliação das respostas do paciente frente às prescrições médicas e de enfermagem.

Os sinais vitais devem ser checados registrados no prontuário com o horário da

verificação na admissão do paciente e a intervalos regulares conforme indicação, bem como antes da medicação pré-anestésica. O profissional de enfermagem ao exercer este cuidado deve visar à correta realização e a redução de riscos ao paciente (BLACK; MATASSARIN – JACOBS, 1996, GABRIELLONI, 2005).

A mensuração dos sinais vitais tradicionalmente consiste na aferição da pressão arterial, pulso, temperatura e respiração. É realizado a mensuração da pressão sanguínea para avaliar a eficiência do sistema circulatório, do pulso para avaliar a frequência, ritmo, força e igualdade das contrações cardíacas, da respiração para mensurar a frequência respiratória, isto é a entrada e saída de ar dos pulmões, e por fim a temperatura corporal que consiste na diferença entre a quantidade de calor produzida pelos processos corporais e a quantidade perdida pelo ambiente externo, sendo verificada para avaliar esta regulação (GABRIELLONI, 2005).

Muitos fatores podem interferir na variação dos sinais vitais como: idade, gênero, exercício, emoções, dor, estresse, ambiente, uso de drogas, patologias, entre outros. Desta forma no período pré-operatório a medicação bem como o estresse provocado pelo ato cirúrgico pode provocar alterações fisiológicas nos sinais vitais, assim certo aumento na pressão arterial ou da pulsação é frequente, devido à ansiedade, entretanto se ocorrerem acentuadas diferenças, estas devem ser relatadas ao cirurgião e ao anestesista, pois a alteração nos sinais vitais podem levar a complicações no período trans-operatório. Na vigência de alterações a cirurgia pode ser adiada e o paciente medicado, ou ainda a cirurgia pode ser suspensa até que ele seja estabilizado.

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

#### 3.4.6 Pré-Anestésico

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

Compete ao enfermeiro orientar o paciente sobre a medicação e explicar sua finalidade, além de cuidar para ele receba a medicação no horário prescrito, de modo a permitir que o efeito desejado se processe no momento da anestesia, além de supervisionar a permanência dele no leito após receber a medicação lembrando-se dos efeitos causados como sonolência, tontura e boca seca (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997), bem como erguer a grades laterais da cama, observar presença de efeitos colaterais decorrentes da medicação, como hipotensão ou depressão respiratória, assegurando-se que as autorizações para a cirurgia e transfusões estejam corretamente assinadas e presas ao prontuário antes da administração dos medicamentos (BLACK; MATASSARIN –JACOBS, 1996).

Observa-se que a prescrição do medicamento pré-anestésico não é realizada como regra para todas as cirurgias, dependendo da rotina da instituição e dos cirurgiões bem como anestesistas.

As medicações utilizadas no período pré-operatório podem ser classificadas como sedativos, tranqüilizantes, analgésicos ou narcóticos, antieméticos e anticolinérgicos. Uma única droga pode possuir propriedades de várias classes, sendo atualmente o midazolon um dos medicamentos mais utilizados. As medicações podem ser ministradas por via oral, intramuscular ou endovenosa, e via de regra geralmente são ministradas de 30 a 90 minutos antes da cirurgia (HOFFER, 1997).

Os medicamentos tranquilizantes têm como finalidade diminuir a ansiedade, os sedativos provocar o sono desejado com também reduzir ansiedade, os analgésicos ou narcóticos aliviam a dor e diminuem a ansiedade, os anticolinérgicos controlam as secreções, aliviam a dor e são sedativos e os antieméticos diminuem o risco de aspiração (BLACK; MATASSARIN –JACOBS, 1993; HOFFER, 1997).

#### 3.4.7 Cuidados Cutâneos

A principal finalidade da preparação cutânea apropriada da pele do paciente, é tornar a mesma o mais livre possível de microorganismos, reduzindo o risco de infecção da ferida cirúrgica, podendo envolver um banho de banheira ou chuveiro ou uma esfregação do local da incisão com solução degermante anti-séptica seguida da remoção de pêlos para a cirurgia (ARCHER et al., 2005).

Os cuidados de higiene fazem parte da vida diária das pessoas, porém é de responsabilidade da equipe de enfermagem orientar e encaminhar o paciente para higiene corporal completa, ou prover meios para a higiene do acamado (SILVA; RODRIGUES;



CESARETTI, 1997; ARCHER et al., 2005), a qual deve ser realizada antes de todos os procedimentos cirúrgicos, na qual o profissional solicita ao paciente atenção especial para esfregar bem o local da operação.

A remoção de pêlos ou tricotomia é realizada da área onde será feita a incisão cirúrgica. Modernamente existem controvérsias acerca deste cuidado como medida de preparo pré-operatório, sendo que cada instituição tem uma orientação em relação à remoção de pêlos. Este cuidado pode aumentar o potencial da infecção da ferida cirúrgica, por este motivo quando realizada deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia. Recomenda-se que a tricotomia seja realizada apenas quando os pêlos interferirem no procedimento operatório (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Para Black e Matassarín-Jacobs (1996) investigações mostram que a não-remoção dos pêlos, ou uso de navalhas elétricas estão associadas a um menor índice de infecção que a tricotomia tradicional que é realizada com gilete. Para Lacerda (2003) se for necessário raspar os mesmos isto só deve ser feito na sala de cirurgia antes da operação e com o uso de aparelhos elétricos ou tesouras, e sua necessidade depende da quantidade de cabelo, do local da incisão e o procedimento cirúrgico. O enfermeiro responsável pelo preparo da pele deve realizar uma avaliação para a presença de quaisquer escoriações, lacerações ou sinais de infecção na área de operação. Essa remoção só pode ser realizada por protocolos previamente elaborados ou por solicitação do cirurgião.

Muitos cirurgiões ainda solicitam que a tricotomia seja feita em todos os pacientes, independente da cirurgia a ser realizada, e a prescrevem no prontuário do paciente, sendo então realizado pelos profissionais da enfermagem. É importante ressaltar que o paciente deve ser informado sobre a realização do procedimento, e a este também deve ser dada à autonomia para escolher se aceita ou não a tricotomia. Muitas vezes o paciente desconhece os motivos da realização do cuidado, desta maneira não tem opinião própria formada a este respeito.

Além da tricotomia, antes de o paciente entrar no centro cirúrgico é colocado uma touca descartável em sua cabeça, se ele tem cabelos longos, eles podem ser trançados, e os grampos do cabelo devem ser removidos (SMELTZER; BARE, 2002). Esta é uma rotina adotada na maioria das instituições de saúde, sendo realizada para todos os pacientes, mas não para calvos, devido aos cabelos constituírem uma rica fonte de microorganismos (GRAZIANO, 1988).

Brown, citado por Graziano (1998) coloca a incoerência da prática de cobrir os cabelos, pois se deve também pensar no paciente que usa barba e bigode, além da rotina estabelecida na maioria das instituições em relação a descobrir a região perianal, que é muito

mais colonizada por microorganismos do que os cabelos que são cobertos.

#### 3.4.8 Roupas

Quando o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico é solicitado que retire todas as suas roupas, e coloque a camisola hospitalar, que é aberta atrás e amarrada (SMELTZER; BARE, 2002), sendo que este deve ser auxiliado na colocação da mesma. A camisola é utilizada em todas as cirurgias para facilitar na hora, a indução da raqueanestesia e peridural, além de facilitar sua retirada quando preciso (ERZINGER, 1984). Alguns pacientes se sentem constrangidos com a colocação do mesmo, principalmente os pacientes do sexo masculino, por ser uma camisola muitas vezes curta e aberta atrás, sem botões deixando os mesmos totalmente desnudos.

Para Silva e Graziano (1998) é importante destacar que no período pré-operatório, o paciente se torna perplexo diante das ordens, mas não tem condições de reivindicar qualquer direito ou incomodo que esteja sentindo, pois se encontra emocionalmente alterado e necessita do procedimento cirúrgico a ser realizado.

Para Erzinger (1984), deve-se evitar que o paciente vá para a cirurgia usando roupas íntimas e roupas de tecido sintético Sendo que Brown, destaca que:

a prática dos pacientes de nunca poderem usar roupas íntimas (cuecas/calcinhas) em unidade de centro cirúrgico é uma das práticas mais ilógicas. Por que alguém que vai realizar uma facectomia com anestesia retrobulbar ou artroscopia com anestesia por bloqueio, deve estar sem roupas íntimas?... O ritual de retirar as roupas íntimas (na maioria das vezes enfocando os componentes de tecidos que são confeccionados – tecidos sintéticos) talvez tenha origem com o uso do bisturi elétrico em salas de operação, relação de causa e risco ainda não bem esclarecida (apud GRAZIANO,1998, p. 13).

#### 3.4.9 Preparo Gastrintestinal

Em determinadas cirurgias, existe a necessidade de preparo intestinal e/ou passagem de sonda nasogástrica. O cuidado realizado para o esvaziamento intestinal tem por finalidade evitar o traumatismo acidental de alças intestinais nas cirurgias abdominais e pélvicas, além de facilitar a visão do campo operatório, e evitar o risco da liberação do conteúdo intestinal, ou contaminação acidental do peritônio pelas fezes (SMELTZER; BARE, 2002; BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

Geralmente se faz uso de laxativos, clister, ou limpeza mecânica do cólon com sondas e utilização de soluções. Os laxativos são medicamentos que são ingeridos por via oral, que estimulam o esvaziamento intestinal, o clister tem por finalidade esvaziar o intestino inferior do conteúdo fecal, sendo administrado por via retal. Os pacientes que são internados no mesmo dia podem ser orientados a receber um ou mais clisteres em casa, na noite que precede a cirurgia que, no entanto requer uma excelente educação (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996). Este cuidado pode ser desconfortável para o paciente, sendo assim a orientação sobre o procedimento é de grande importância para ele.

Outro cuidado realizado é a passagem de sondas gástricas, sendo uma prática comum no ambiente hospitalar. Na maior parte das oportunidades em que esse procedimento é requerido, a equipe de enfermagem é responsável pela inserção. Desta maneira é importante observar a correta indicação do procedimento, bem como o preparo e educação do paciente em relação a este cuidado, que deve ser realizado com conhecimento e a aplicação das melhores práticas recomendadas pela literatura. O profissional deve explicar ao paciente a necessidade do cuidado, desta maneira ele pode auxiliar na inserção da sonda, reduzindo a ansiedade e o medo (LASELVA, 2005).

A sondagem nasogástrica refere-se à inserção de uma sonda plástica flexível através da nasofaringe até o estômago, é realizada principalmente em cirurgias que envolvem o aparelho digestivo, para prevenção ou alívio de náuseas e vômitos, e ainda para descompressão do estômago, para evitar sua distensão e aspiração pulmonar durante o período operatório, assim como a descompressão pós-operatória evita a distensão abdominal, aumento da tensão da ferida cirúrgica e dificuldade respiratória (LASELVA, 2005).

Com frequência quando este cuidado é prescrito pelo médico, é realizado na unidade de centro cirúrgico, mas em alguns casos o médico solicita que seja realizada na clínica, desta forma é realizada pela equipe de enfermagem após orientação ao paciente da necessidade do mesmo (SMELTZER; BARE, 2002).

#### 3.4.10 Eliminações Urinárias

Em casos de cirurgias de grande porte, geralmente é realizada a sondagem vesical, que se refere à introdução de uma sonda através do meato uretral até a bexiga, para monitorizar o fluxo urinário durante o decorrer da cirurgia, além de prevenir o trauma da bexiga, bem como favorecer a abordagem dos órgãos da cavidade pélvica (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

O cateter urinário de demora é instalado por meio de técnica estéril e apenas quando for absolutamente necessário. O profissional que realiza este cuidado deve ter conhecimento suficiente da técnica, da anatomia e das principais complicações que podem ocorrer durante o ato, principalmente visando ao decréscimo das taxas de infecção. É de fundamental importância a explicação ao paciente referente a este cuidado, pois o conhecimento reduz a ansiedade e medo do desconhecido, proporcionando conforto e concordância (LASELVA, 2005).

Quando o paciente não vai ser submetido à sondagem vesical, é função da equipe de enfermagem antes de encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico, orientá-lo a esvaziar a bexiga, e verificar se foi avisado para a possibilidade deste cuidado. É importante solicitar ao paciente que esvazie a bexiga, para prevenir distensão vesical durante o cuidado, ou para evitar que sinta vontade de urinar durante a cirurgia (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

#### 3.4.11 Controle de Peso

O peso é uma medida de grande importância, para o enfermeiro, bem como para o médico, para avaliação de tendências futuras de aumento e perda de peso, cálculo do índice de massa corpórea, bem como para dosagens de medicamentos. Quanto à frequência da mensuração, está condicionada ao exame físico na admissão do paciente e algumas vezes a prescrição médica. Algumas instituições hospitalares utilizam o peso referido pelo paciente o que torna esse dado pouco fidedigno (GABRIELLONI, 2005).

O controle do peso, como rotina antes de todos os cuidados cirúrgicos é realizada pela importância que este tem, para a administração de medicamentos, principalmente os anestésicos, os utilizados em casos de uma emergência, para o cálculo exato das suas doses. Existem instituições nas quais o peso é verificado como rotina.

#### 3.4.12 Remoção de Próteses e Dentaduras

Para Potter e Perry (2002) qualquer tipo de prótese pode facilmente se perder ou danificar durante a cirurgia, desta maneira elas devem ser removidas e guardadas em local seguro, incluindo as próteses dentárias, membros artificiais e lentes de contato, aparelhos de audição e óculos.

As próteses dentárias devem ser removidas, dada a possibilidade de deslizarem para as

vias aéreas inferiores durante a indução anestésica (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997). Devem ser guardadas de acordo com a política da instituição de saúde ou entregues aos membros da família (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996). Pelo desconforto causado ao paciente seria indicado que as próteses fossem retiradas no centro cirúrgico, mas, é rotina em muitas instituições, estas serem retiradas pela equipe de enfermagem no quarto do paciente antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico, bem como é retirado em todas as cirurgias independente do tipo de anestesia.

#### 3.4.13 Remoção de Jóias, Esmalte e Maquiagem

A remoção de jóias, alianças, grampos, prendedores de cabelos e outros, estão atribuídos diretamente ao controle de infecção, para evitar perda e possível queimadura relacionada ao uso de bisturi elétrico aterrado, sendo o último motivo citado, para Graziano (1998) ainda não estar devidamente esclarecido. Ainda existem outros motivos citados pela mesma autora como garroteamento do dedo por edema quando utilizados anéis.

A equipe de enfermagem é responsável por orientar o paciente sobre a necessidade destes cuidados, sendo que quando retirados imediatamente devem ser guardadas em lugares adequados e de comum acordo com o paciente (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

Como rotina na maioria das instituições, as jóias são retiradas em todos os procedimentos cirúrgicos, sendo que a retirada de uma aliança para o paciente pode ser traumatizante, especialmente se este nunca foi removido por crença, desde a data do casamento.

Para Black e Matassarini-Jacobs (1996, p.393) o esmalte deve ser removido “de pelo menos uma unha, para o oxímetro de pulsação (ainda que o dispositivo possa ler, com exatidão os níveis de saturação do oxigênio, através de esmaltes de cor clara)”. Em relação a este cuidado também já existem controvérsias, pois quando a paciente está com esmalte claro alguns anestesistas não solicitam sua retirada, sendo que também se deve levar em conta as rotinas da instituição e do serviço de controle de infecção hospitalar.

Da mesma maneira, a remoção da maquiagem também é exigida em algumas instituições, com a finalidade para que se possa examinar a pele e mucosas do paciente a fim de determinar seu estado de oxigenação e circulação. Tanto a remoção do esmalte de unhas como da maquiagem devem ser orientados ao paciente, explicando-se seu motivo (POTTER; PERRY, 2002).

#### 3.4.14 Transporte

O transporte deverá ser realizado trinta a quarenta minutos antes da cirurgia, o paciente deverá ser transportado de maca confortável e com proteção lateral e deverá estar protegido com lençóis, com a cabeceira da maca elevada. O mesmo deve ser acompanhado até a entrada do centro cirúrgico para que se sinta seguro e confiante (SOUZA, 2003), sendo também coberto com lençóis e cinto de segurança (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

Os pacientes devem ser encaminhados ao centro cirúrgico de maca principalmente quando tomaram a medicação pré-anestésica. Este meio de transporte também pode ser instituído pela CCIH como norma do hospital.

Em alguns hospitais, este serviço é realizado por um funcionário do centro cirúrgico, que traz a maca, confere o nome do paciente com o nome que consta na papeleta, para certificar-se que a pessoa certa está sendo levada para o centro cirúrgico, e os demais profissionais ajudam o paciente no traslado da cama para a maca, visto que ele já pode se encontrar sob ação da medicação pré-anestésica. Após a saída do paciente, os profissionais preparam o quarto e a cama para sua volta.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA

Considerando que a escolha do método é fundamental para conduzir um estudo científico, vale salientar que a metodologia pode ser considerada como parte essencial de uma pesquisa, pois se estrutura em elementos ordenados que buscam o alcance dos objetivos propostos, sendo considerado a direção e o caminho do estudo. Tem como principal preocupação proporcionar, através de um delineamento, as respostas mais exatas, imparciais e interpretáveis possíveis para a questão de pesquisa.

Leopardi (2001) salienta que a pesquisa científica é necessária para o incremento da prática profissional, acreditando que mediante estudos reconhecidos pela sociedade científica é possível a inserção, lenta e gradativa, de mudanças na assistência ao ser humano.

A finalidade da pesquisa pode ser responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão. Desta maneira, conforme as abordagens de pesquisa optou-se em caracterizar como uma pesquisa de caráter quantitativa, com delineamento transversal, classificada como descritiva.

A pesquisa quantitativa é um método que pode se apropriar da análise estatística para interpretação dos dados obtidos (FIGUEIREDO, 2004). Com esse entendimento para Polit, Beck e Hungler (2004, p. 61), “os passos envolvidos no estudo quantitativo são relativamente padronizados e o pesquisador evolui de maneira linear, partindo da colocação da questão até a sua resposta”.

O delineamento transversal é mencionado por Polit, Beck e Hungler (2004) como um estudo que envolve a coleta de dados em um ponto do tempo, sendo os fenômenos sob estudo obtidos durante um período de coleta de dados. São especialmente apropriados para descrever uma situação.

A pesquisa denominada descritiva tem como objetivo principal para Figueiredo (2004) a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados como o questionário e a observação sistemática. Neste mesmo sentido Rudio (1986, p.69) coloca que a função da pesquisa descritiva é “[...] narrar o que acontece”. Acrescenta que o interesse desse tipo de pesquisa é descobrir e observar os fenômenos, procurando descrevê-los e interpretá-los, de forma a conhecer a natureza, sua composição, processos que se constituem ou se realizam, enfim todos os aspectos que

permeiam tal situação observada.

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.34) “o principal objetivo de muitos estudos em enfermagem é a descrição e a elucidação dos fenômenos relacionados com a profissão de enfermagem. O pesquisador que conduz a investigação descritiva observa, conta, descreve e classifica”, entretanto, a descrição quantitativa envolve a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno.

## 4.2 LOCAL DE ESTUDO

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em duas instituições hospitalares, que contém em sua estrutura um Centro Cirúrgico, no município de Ponta Grossa/PR, sendo denominados nesta pesquisa de instituição A e B.

A opção de escolha destes hospitais se deu por vários fatores, sendo que os principais foram: atendem a uma clientela variada, com especialidade geral; os tipos de cirurgias são diversificados e com graus de complexidades variadas. São locais que a investigadora tem acesso facilitado por serem desenvolvidas ali, atividades de docência prática com acadêmicos do 6º e 5º períodos do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais.

A instituição A é uma entidade privada, filantrópica, sem fins lucrativos, de médio porte, mantém convênio com o SUS, além de atender a pacientes de convênios e particulares. Oferece à população de crianças, adultos e idosos atendimento de assistência hospitalar em geral, com diversas especialidades da medicina. Tem 137 leitos distribuídos em 3 andares. O quadro de funcionários da enfermagem é composto por 69 auxiliares de enfermagem, 104 técnicos de enfermagem e 07 enfermeiros.

O centro cirúrgico deste hospital situado no 4º andar contém 06 salas de cirurgia, um expurgo, uma sala de preparo de materiais, uma sala de esterilização, uma sala de armazenamento de materiais estéreis, 3 salas de guarda de materiais, 1 farmácia, 2 vestiários, uma sala de repouso. Realiza em média 400 cirurgias mês, sendo que no mês de janeiro de 2006 foram realizadas 442 cirurgias, em fevereiro 374, em março 424 e em abril 347 de pequeno, médio e grande porte. São realizadas cirurgias cardíacas, neurológicas, ortopédicas, do aparelho digestivo e geniturinário. Nesta instituição a pesquisa foi realizada com os pacientes cirúrgicos internados em três setores, sendo pacientes do SUS, como de convênio e particulares.



A Instituição B, também privada sem fins lucrativos, de médio porte, presta assistência a crianças, adultos e idosos, mantém convênio com o SUS, além de atender convênios e particulares. Contém 97 leitos, sendo destes 33 de convênio e particulares e 10 de UTI. Atende pacientes clínicos, cirúrgicos, pediátricos de média complexidade. O quadro de funcionários de enfermagem é composto de 37 auxiliares de enfermagem, 46 técnicos e 9 enfermeiros.

O hospital tem 2 andares, sendo que o centro cirúrgico fica situado no 2º andar e contém 4 salas de cirurgia. Os pacientes entrevistados se encontravam internados nas clínicas sendo pacientes do SUS, convênios e particulares.

A instituição realiza em média 220 cirurgias por mês, no mês de janeiro de 2006 foram realizadas 230 cirurgias, em fevereiro 189 cirurgias, em março 224 cirurgias, em abril 178 cirurgias, e em maio 240 de pequeno, médio e grande porte, das especialidades ortopédicas, oftalmológicas, neurológicas, torácicas, e aparelho digestivo e vascular.

#### 4.3 UNIVERSO DA AMOSTRA

Para Polit, Beck e Hungler (2004) a amostragem é um passo importante no processo de pesquisa para os estudos quantitativos. A mesma pode ser definida como um processo de seleção de uma porção para representar toda a população, logo uma amostra é o subconjunto dessa população, selecionada de acordo com uma regra ou um plano.

Portanto, a população do estudo foi constituída de pacientes e enfermeiros. Os pacientes foram selecionados através de amostra de conveniência, considerando-se todos os pacientes com internação por período superior a 12 horas que foram submetidos a qualquer cirurgia eletiva, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, sem distúrbios psiquiátricos, ou que não permitissem a entrevista pelas condições de gravidade no pós-operatório mediato, internados em um dos dois hospitais participantes da pesquisa.

Os enfermeiros da mesma maneira foram selecionados através de amostra de conveniência sendo considerados todos que trabalham em clínica cirúrgica, centro cirúrgico, UTI, Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) e ainda os que fazem a supervisão de todos os setores do hospital. Foram selecionados os enfermeiros destes setores pois de maneira direta ou indireta tem relação com o preparo do paciente no período pré-operatório, na realização dos cuidados e estabelecimento de normas, rotinas e protocolos em relação a esta fase.

Durante o período estipulado para a coleta de dados, o pesquisador identificou todos os pacientes internados que se adequaram ao critério de seleção, obtendo-se o nome dos

mesmos e respectivos leitos através do registro das cirurgias realizadas no centro cirúrgico diariamente. Em contato com estes e após esclarecimento dos objetivos do estudo, foram consultados sobre a sua concordância em participar e solicitados a assinarem o termo de consentimento informado, totalizando 129 pacientes entrevistados.

Para população de 10 enfermeiros que participaram da pesquisa, após esclarecer o motivo da mesma e obter a assinatura do termo de consentimento, o instrumento foi entregue a eles para que respondessem, buscando-se diminuir ao máximo transtornos as rotinas do trabalho e obter uma participação significativa.

#### 4.4 PERÍODO AMOSTRAL

O estudo foi realizado com os pacientes no período de 08 de maio a 02 de junho de 2006, na instituição A e no período de 05 de junho a 30 de junho de 2006, na instituição B, totalizando quatro semanas em cada instituição, realizando a coleta de dados de segunda a sexta feira das 13h e 30m as 16:00h, pois nestes dias eram realizadas cirurgias eletivas, conforme o critério de inclusão utilizado.

A coleta de dados com os enfermeiros foi realizada no período de 07 a 18 de agosto de 2006, em ambas as instituições na qual foi estabelecido um primeiro contato com os enfermeiros, explicada a finalidade da pesquisa, solicitada a participação deles com assinatura do termo de consentimento, e deixado o instrumento para ser respondido que foi devolvido à entrevistadora de 5 a 10 dias após.

#### 4.5 QUESTÕES ÉTICAS

Em outubro de 1996, o Ministério da Saúde criou a Resolução 196 (BRASIL, 1996) que *Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica na saúde utilizando seres humanos*, pois nesta área a maioria das pesquisas é *com seres humanos*. Esta resolução objetiva enfatizar os compromissos éticos a serem respeitados com os sujeitos da pesquisa. Os princípios bioéticos (respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) são características que demonstram a eticidade que uma pesquisa na área as saúde deve seguir, quando envolve seres humanos.

As principais exigências a serem seguidas em um projeto de pesquisa são: ponderar entre riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, individuais ou coletivos; contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou representante legal; prever

procedimentos que assegurem a confidencialidade, o sigilo, o anonimato, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização do indivíduo envolvido; respeitar valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; e a participação voluntária do sujeito na pesquisa, podendo desistir a qualquer momento.

Com respeito a tais princípios bioéticos e exigências do programa de pós-graduação, esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Desta maneira foi encaminhado para parecer e aprovado em 09 de novembro de 2005 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR, foi realizada solicitação por escrito à direção das Instituições de Saúde selecionadas, sendo a pesquisa autorizada em 19 de outubro de 2005, nestas e ainda foram realizados por escrito dois modelos de Termos de Consentimento livre e esclarecido<sup>5</sup> um para os pacientes e outro para os enfermeiros que se comprometerem em participar livremente da pesquisa.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

Os fenômenos nos quais o pesquisador está interessado devem ser traduzidos em conceitos que possam ser medidos, observados e registrados, esta fase pode ser considerada a mais desafiadora do projeto de pesquisa, assim sendo devem ser utilizados métodos apropriados, para o alcance dos objetivos propostos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), desta maneira os instrumentos mais úteis à pesquisa são os que, além de assinalar a presença ou ausência de um fenômeno, são ainda capazes de quantificá-los.

Existem muitas alternativas para a coleta de dados e essas abordagens variam em muitas dimensões, nesse sentido para a pesquisa em questão utilizou-se a entrevista estruturada com a utilização de formulário para os pacientes e um questionário auto aplicado para os enfermeiros<sup>6</sup>.

A entrevista estruturada para Figueiredo (2004, p.127) “apresenta um roteiro prévio de perguntas que são elaboradas a partir dos objetivos do estudo”, que se detém a questionar apenas as perguntas contidas no formulário, devendo o entrevistado seguir a ordem das perguntas ao respondê-las. Os itens que o orientam a entrevista com os pacientes foram apresentados em forma de perguntas, aplicadas oralmente no período pós-operatório, e as respostas registradas pelo entrevistador.

---

<sup>5</sup> Apêndice 5 e 6 – Modelos da Declaração do consentimento livre e esclarecido a ser assinada pelos sujeitos participantes da pesquisa.

<sup>6</sup> Apêndice 1, 2 – Modelo de roteiro estruturado utilizado na entrevista de pacientes, e questionário para os enfermeiros que atuam nas clínicas cirúrgicas das instituições a serem pesquisadas.

Rudio (1986) considera que o questionário elaborado com perguntas, é entregue por escrito ao informante, que também responde por escrito. Desta maneira, o instrumento aplicado aos enfermeiros dos setores cirúrgicos das instituições de saúde que fizeram parte do estudo foi um questionário, que foi entregue pessoalmente pelo pesquisador à população de enfermeiros e recolhido após alguns dias.

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um estudo piloto dos instrumentos elaborados com cinco pacientes e dois enfermeiros que não fazem parte da amostra, sendo os instrumentos considerados adequados para após aplicação.

Vale ressaltar que a entrevista bem como a aplicação do questionário requerem cuidados especiais e estes formam éticamente obedecidos, tais como: sigilo quanto às informações coletadas; respeito quanto à espontaneidade do sujeito em participar; entre outros.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados no programa Epi-info versão 6.04. O aplicativo Epi-info é um programa para manutenção de dados epidemiológicos em forma de instrumentos, de domínio público. Com o mesmo é possível criar um questionário e a partir dele um banco de dados. Nesse banco de dados podem ser inseridas e alteradas informações, a partir das quais, é possível fazer pesquisas estatísticas. No banco de dados as tabelas são independentes umas das outras.

Após a coleta de dados com os instrumentos, os mesmos foram primeiramente digitados para montagem do banco de dados, após foram inseridas todas as respostas dos instrumentos para posterior análises estatísticas.

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas, relativas e médias e apresentação dos dados em tabelas, quando conveniente.

## 5 RESULTADOS DA PESQUISA

O período de coleta de dados teve duração de aproximadamente três meses. A primeira fase constituiu-se das entrevistas com os pacientes e a segunda fase com a aplicação dos questionários junto aos enfermeiros. A população estudada compreendeu 129 pacientes e 10 enfermeiros.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

Durante o período da coleta de dados, foram realizados 362 procedimentos cirúrgicos na Instituição A. Deste total, foram entrevistados 82 pacientes, o que correspondeu a 22,7% de todos os procedimentos cirúrgicos realizados no período. Na Instituição B, foram realizadas 151 cirurgias no período, das quais foram entrevistados 47 pacientes, totalizando 31,1%. Os demais não participaram da amostra por não atenderem aos requisitos do estudo.

Dos 129 pacientes que participaram do estudo, o perfil apresentou-se com as seguintes características: ser usuário de convênio, estar na faixa etária entre 18 e 39 anos, ser do sexo feminino, casado e com 2º grau completo ou superior (tabela 1).

TABELA 1- CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES NAS INSTITUIÇÕES  
PESQUISADAS. PONTA GROSSA, 2006.

CARACTERÍSTICAS	PACIENTES INST. A		PACIENTES INST. B	
	nº	%	nº	%
Convênio				
Sus	14	17,1	12	25,5
convênio particular	53	64,6	29	61,7
particular	15	18,3	6	12,8
Idade				
18 a 39	23	28	31	66
40 a 59	38	46,3	13	27,7
60 ou mais	21	25,6	3	6,4
Sexo				
feminino	44	54,3	28	60,9
masculino	37	45,7	18	39,1
Estado civil				
solteiro	12	14,6	10	21,3
Casado	54	65,9	35	74,5
Viúvo	6	7,3	2	4,3
separado	10	12,2	-	-
Escolaridade				
1º grau incompleto	33	40,2	10	21,3
1º grau completo	7	8,5	5	10,6
2º grau incompleto	7	8,5	1	2,1
2º grau completo	21	25,6	20	42,6
3º grau incompleto	1	1,2	1	2,1
3º grau completo	13	15,9	10	21,3

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: 1 Sinais convencionais utilizados:

- Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento

Em relação à ocupação exercida pelos pacientes, verificamos que 28 (21,7%) são do lar, 15 (11,6%) são aposentados, 10 (7,8%) são auxiliares e produção, 10 (7,8%) são vendedores, além das outras categorias citadas na tabela 2.

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO OCUPAÇÃO.  
PONTA GROSSA, 2006.

OCUPAÇÃO	PACIENTES	
	nº	%
Do lar	28	21,7
Aposentado	15	11,6
Auxiliar de produção	10	7,8
Vendedor	10	7,8
Estudante	6	4,7
Produtor rural	6	4,7
Comerciante	5	3,9
Professor	5	3,9
Funcionário público	4	3,1
Motorista	4	3,1
Montador	3	2,3
Auxiliar administrativo	2	1,6
Marceneiro	2	1,6
Religiosa	2	1,6
Secretária	2	1,6
Outros	25	20
TOTAL	129	100

FONTE: Pesquisa de campo

O motivo da internação e intervenção cirúrgica dos pacientes, registrado nos prontuários, apresentou uma frequência maior dos problemas ortopédicos, seguidos das colecistites, problemas vasculares e hérnias (tabela 3).

TABELA 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO MOTIVO DA INTERNAÇÃO REGISTRADO EM PRONTUÁRIO. PONTA GROSSA, 2006.

DIAGNÓSTICO	PACIENTES	
	nº	%
Ortopédico	24	18,6
Colecistite	23	17,8
Vascular	20	15,5
Hérnia	9	7
Hérnia de hiato	8	6,2
Obstrução nasal	8	6,2
Cisto	5	3,9
Hemorróidas	5	3,9
Estética	4	3,1
Cisto pilonidal	3	2,3
Obesidade	3	2,3
Aumento da tireóide	2	1,6
Cálculo renal	2	1,6
Hérnia de disco	2	1,6
Amputação	1	0,8
Apnéia	1	0,8
Catarata	1	0,8
Colostomia	1	0,8
Hérnia escrotal	1	0,8
Rompimento tímpano	1	0,8
Seqüela de queimadura	1	0,8
Simpatectomia	1	0,8
Tumor de bexiga	1	0,8
Tumor de estômago	1	0,8
Tumor de próstata	1	0,8
TOTAL	129	100

FONTE: Pesquisa de campo

Em relação à data de internamento, observamos que 60,5% pacientes internaram no dia da cirurgia e 31,0% no dia anterior a intervenção (tabela 4).



TABELA 4 – TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS ANTES DA CIRURGIA.  
PONTA GROSSA, 2006.

DIAS	PACIENTES	
	nº	%
0	78	60,5
1	40	31
2	9	7
3	1	0,8
6	1	0,8
TOTAL	129	100

FONTE: Pesquisa de campo

Entre os que internaram no dia da cirurgia, 76,9% deram entrada no hospital no máximo 2 horas antes do procedimento (tabela 5).

TABELA 5 – TEMPO EM HORAS ENTRE O INTERNAMENTO E A CIRURGIA  
DOS PACIENTES INTERNADOS HÁ MENOS DE UM DIA.  
PONTA GROSSA, 2006.

HORAS	PACIENTES	
	nº	%
0	5	6,4
1	39	50
2	16	20,5
3	9	11,5
4	4	5,1
5	1	1,3
6	3	3,8
7	1	1,3
TOTAL	78	100

FONTE: Pesquisa de campo

O maior número de cirurgias realizadas, entre os pacientes avaliados, foram às ortopédicas (incluindo as artroscopias), as colecistectomias, as herniorrafias e as cirurgias de varizes e foram concordantes com o motivo da internação registrada em prontuário (tabela 6).

TABELA 6 – CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO TIPO DE CIRURGIA REALIZADO. PONTA GROSSA, 2006.

CIRURGIA	PACIENTES	
	nº	%
Colecistectomia	23	17,8
Herniorrafia	20	15,5
Varizes	18	14
Ortopédica	14	10,9
Atroscopia	10	7,8
Septoplastia	8	6,2
Hemorroidectomia	5	3,9
Estética	4	3,1
Cisto pilonidal	3	2,3
Amputação	2	1,6
Histerectomia	2	1,6
Lipoaspiração	2	1,6
Redução de estômago	2	1,6
Tireoidectomia	2	1,6
Ureterorreno	2	1,6
Catarata	1	0,8
Cranioplastia	1	0,8
Curetagem	1	0,8
Enteroanastomose	1	0,8
Gastrectomia	1	0,8
Hérnia de disco	1	0,8
Prostatectomia	1	0,8
RTU vídeo	1	0,8
Simpatectomia	1	0,8
Timpanoplastia	1	0,8
Uvoloplastia	1	0,8
Vascular	1	0,8
TOTAL	129	100

FONTE: Pesquisa de campo

Quanto ao tipo de anestesia realizada, verificamos que a anestesia geral foi a predominante (45,8%), seguida da raqueanestesia,(10,1%) (tabela 7).

TABELA 7 – CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO TIPO DE ANESTESIA REALIZADA. PONTA GROSSA, 2006.

ANESTESIA	PACIENTES	
	n°	%
Geral	59	45,7
Raqueanestesia	43	33,3
Peridural	13	10,1
Plexo	9	7
Local	2	1,6
Sedação	2	1,6
Peridural com geral	1	0,8
TOTAL	129	100

FONTE: Pesquisa de campo

Quanto ao horário da realização das cirurgias, o maior número de cirurgias, 83 (64%), ocorreu no período entre as 7 h até as 9 h da manhã. Das 9 h até as 12 h foram realizadas 25 (19,4%), e 21 (16,3%) cirurgias foram realizadas no período vespertino até as 18 h.

Verificamos que 57 (44,2%) pacientes estavam sendo submetidos ao procedimento cirúrgico pela primeira vez e o demais 72 pacientes (55,08%) já haviam se submetido a cirurgias anteriores. Destes, 19 (26,39%) haviam realizado 2 cirurgias anteriores e 9 (12,5%), 3 ou mais. Com relação ao tempo em que as cirurgias anteriores foram realizadas, a maioria (53,5%) informou que a realizaram, há mais de 5 anos e 17 (24%) mencionaram que as mesmas ocorreram há menos de 2 anos.

## 5.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

### 5.2.1 Orientações pré-operatórias

Em relação às orientações realizadas antes da cirurgia, 89 (70,1%) pacientes relataram ter recebido orientações antes do procedimento cirúrgico. Dentre esses, a orientação foi realizada principalmente pelo médico cirurgião (91%) e pelo enfermeiro (5,6%). Dentre os que foram orientados pelo enfermeiro, 4 (80%) relataram que as orientações ajudaram a diminuir a sua ansiedade ou ficaram mais calmos e 1 (20%) relatou que se sentiu mais seguro em relação ao procedimento cirúrgico.

Com relação às orientações específicas, verifica-se que as orientações em relação ao procedimento cirúrgico, ao risco cirúrgico e sobre a anestesia a ser realizada, foram as mais enfocadas (tabela 8).

TABELA 8 – ORIENTAÇÕES RECEBIDAS PELOS PACIENTES. PONTA GROSSA, 2006.

ORIENTAÇÕES	PACIENTES	
	nº	%
Procedimento cirúrgico	80	62,0
Anestesia realizada	35	27,1
Ambiente cirúrgico	13	10,0
Risco cirúrgico	46	35,0
Cuidados pós-operatórios	29	22,5
Data da alta	27	20,9

FONTE: Pesquisa de campo

Dos pacientes que receberam orientações, 57 (64,0%) responderam que as informações recebidas ajudaram a diminuir a sua ansiedade ou o acalmaram. Para 15 (16,8%) pacientes, o sentimento foi de maior segurança em relação à intervenção cirúrgica. Para 14 (15,7 %) pessoas, as orientações foram indiferentes e para 3 (3,3%) as informações foram desfavoráveis.

### 5.2.2 Medicação pré-anestésica

Em relação à medicação pré-anestésica, 95 (73,6%) responderam não ter recebido medicação antes da cirurgia, 30 (23,3%) pacientes relataram ter tomado medicação pré-anestésica e 4 (3,1%) pacientes não sabiam informar.

Dos 30 pacientes que tomaram a medicação, 11 (36,7%) responderam que foi a enfermagem quem orientou a tomar a medicação, 10 (33,3%) relataram que foi o médico e 9 (30%) que foi o anestesista.

Perguntado aos que haviam tomado a medicação, se conheciam o motivo pelo qual estavam sendo medicados, 11 (36,7%) sabiam empiricamente e 11(36,7%) não sabiam se haviam tomado. Apenas 8 (26,7%) sabiam por que tomaram.

Entre os que tomaram a medicação, a resposta obtida sobre o que sentiram acerca do cuidado, 10 (33,3%) informaram terem se sentido calmos pelo fato de tomarem a medicação,

13 (43,3%) se sentiram sonolentos, 4 (13,3 %) acharam que foi bom e 2 (6,7%) acharam que foi indiferente tomar a medicação.

### 5.2.3 Sinais Vitais

Em relação aos sinais vitais 124 (96,1%) pacientes relataram que os mesmos foram verificados, e apenas 5 (3,9%) relataram que este procedimento não foi realizado no período pré-operatório. Dos 124 pacientes, nos quais foram verificados os sinais vitais, 93 (75%) informaram que foi o auxiliar de enfermagem quem realizou o cuidado, 29 (23,4%) informaram que foi o enfermeiro e 2 (1,6%) responderam que foi o médico. Para 97 (78,2%) destes, não foi orientado o motivo da realização da verificação, e para os demais 27 (21,8%) foi explicado o motivo. Quando solicitado aos pacientes, nos quais foram verificados os sinais vitais se saberiam explicar o motivo de tal medida, 9 (7,3%) conheciam os motivos, 50 (40,3%) não tinham conhecimento e 65 (52,4%) sabiam responder empiricamente o motivo da realização do cuidado.

Em relação aos sentimentos apresentados pelos pacientes nos quais foram verificados os sinais vitais, 114 (91,9%) sentiram-se indiferentes, 1 (0,8%) se sentiu constrangido, 5 (4%) ficaram preocupados em relação aos valores obtidos durante a medida, 4 (3,2%) acharam bom ou necessário.

### 5.2.4 Alergia

Para 41 (31,8%) pacientes foi questionado se já havia apresentado algum tipo de alergia e para 88 (68,2%) não foi realizada esta pergunta no período pré-operatório. Dentre os 41 pacientes para os quais foi realizada a pergunta, a mesma foi feita pelo médico em 21 (51,2%) casos, para 7 (17,1%) pelo anestesista, para outros 7 (17,1%) pacientes foi feita pelo enfermeiro e para 6 (14,6%) foi feita pelo auxiliar de enfermagem.

Destes, para 14 (34,1%) foi explicado o motivo da pergunta sobre alergias, conforme a resposta do paciente. Para 27 (65,9%) não foi explicado o motivo do questionamento, porém 7 (17,1%) dos pacientes tinham conhecimento da importância desta pergunta, 10 (24,4%) não tinham conhecimento e 24(58,5%) sabiam empiricamente.

### 5.2.5 Tricotomia

A tricotomia foi realizada em 41 (31,8%) pacientes, em 84 (65,1%) não foi realizada e, 4 (3,1%) pacientes não souberam responder se havia ou não sido realizada. Dos 82 pacientes que foram submetidos à cirurgia na instituição A, em 28 (34,1%) foi realizada a tricotomia, e dentre os 47 pacientes que realizaram a cirurgia na instituição B, em 13 (27,7%) foi realizada a tricotomia.

Nos 41 pacientes em que foi realizada a tricotomia, 13 (31,7%) a fizeram sozinhos em casa. Em 24 (58,5%) a tricotomia foi realizada no hospital e 4 (9,8%) realizaram a tricotomia no centro cirúrgico. Dentre os que realizaram a tricotomia no hospital 20 (48,8%) responderam que quem realizou a tricotomia foi o auxiliar de enfermagem, 8 (19,5%) foi o enfermeiro quem realizou, 1 (2,4%) foi o médico, e 12 (29,3%) foi o próprio paciente.

O instrumento utilizado para a tricotomia, conforme resposta dos pacientes, identificou 24 casos (58,5%) com gilete, 16 (39%) com barbeador e em 1 (2,4) foi feita à poda dos pêlos com tesoura. Verificamos que dos 28 pacientes que realizaram tricotomia e que foram atendidos na instituição A, o instrumento utilizado em 12 (42,9%) foi a gilete, 15 (53,6%) com barbeador e 1 (3,6%) com tesoura. Na instituição B, dos 13 pacientes que realizaram tricotomia, 12 (92,3%) utilizou-se a gilete e 1(7,7%) o barbeador.

Em relação ao horário em que a tricotomia foi realizada, verificamos que em 19 (46,3%) pacientes isto ocorreu até 2 horas antes da cirurgia. Em 9 (22%) a tricotomia foi realizada entre 2 a 4 h antes da cirurgia, em 2 (4,9%) pacientes, entre 4 a 6 horas antes da cirurgia, em 4 (9,7%) entre 6 a 10 horas e em 7 (17%) mais de 10 horas antes da cirurgia.

Dos pacientes que realizaram a tricotomia para 25 (61%) não foi explicado o motivo da sua realização. Para 16 (39%) pacientes foi explicado o motivo, sendo que destes, 6 (14,6%) sabiam responder o motivo da tricotomia, 12 (29,3%) não sabiam porque a realizaram e 23% sabiam empiricamente o motivo.

Quanto ao sentimento relativo à realização da tricotomia, para 28 (68,3%) pacientes foi considerada indiferente, para 7 (17,1%) foi motivo de constrangimento, 2 (4,9%) ficaram preocupados com a realização, 3 (7,3%) acharam desconfortável e 1 (2,4%) se sentiu obrigado a realizar a tricotomia. No tabela abaixo, são apresentadas as cirurgias realizadas nas quais os pacientes não realizaram a tricotomia.

TABELA 9 – TIPO DE CIRURGIA NA QUAL NÃO FOI REALIZADA TRICOTOMIA. PONTA GROSSA, 2006.

CIRURGIA	PACIENTES	
	nº	%
Colecistectomia	18	21,4%
Ortopédica	14	16,7%
Artroscopia	8	9,5%
Herniorrafia	8	9,5%
Septoplastia	8	9,5%
Varizes	7	8,3%
Cisto pilonidal	3	3,6%
Estética	3	3,6%
Tireoidectomia	2	2,4%
Ureterorreno	2	2,4%
RTU vídeo	1	1,2%
Amputação	1	1,2%
Catarata	1	1,2%
Curetagem	1	1,2%
Enteroanastomose	1	1,2%
Hemorroidectomia	1	1,2%
Hérnia de disco	1	1,2%
Histerectomia	1	1,2%
Lipoaspiração	1	1,2%
Redução de estômago	1	1,2%
Uvoloplastia	1	1,2%
TOTAL	84	100,0%

FONTE: Pesquisa de campo

### 5.2.6 Banho

Antes do procedimento cirúrgico, 76 (58,9%) pacientes informaram terem tomado banho. Dos 76 pacientes que tomaram o banho, 40 (52,6%) foi em casa e 36 (47,4%) foram orientados a tomar o banho no hospital. Dos 78 (60,5%) pacientes que internaram no mesmo dia da cirurgia, 44 (56,4%) tomaram banho e 34 (43,3%) não tomaram banho antes da cirurgia. Dos 44 pacientes que tomaram banho antes da cirurgia, 35 (79,5%) tomaram em casa e 9 (20,5%) no hospital.

O banho, para 24 (31,6%) pacientes, foi orientado pelo auxiliar de enfermagem, para 11 (14,5%) pelo enfermeiro para 5 (6,6%) pelo médico e em 36 (47,4%) dos casos o mesmo foi realizado por vontade própria, sem orientação.

Quanto ao período que antecedeu à cirurgia, observou-se que 27 (35,5%) pacientes tomaram o banho até 2 horas antes da cirurgia e 11(14,4%) pacientes com 6 ou mais horas de intervalo.

Quanto à explicação dos motivos para a realização do banho, dentre os pacientes que o realizaram, para 6 (7,9%) pacientes foi explicado o motivo e para os demais 70 (92,1%), não. Quanto ao conhecimento sobre o motivo deste cuidado, 2 (2,6%) informaram já conhecer, 22 (28,9%) não conheciam e 52 (68,4%) conheciam empiricamente. Para a grande maioria 74 (97,4%), tomar banho antes da cirurgia foi indiferente.

### 5.2.7 Jóias

Com relação ao uso de jóias, 70 (54,3%) informaram não estar usando jóias na hora do internamento. Dentre os 59 (45,7%) que estavam usando jóias, as mesmas foram retiradas em 56 (94,9%) casos e para 3 (5,1%), elas não foram retiradas antes do procedimento cirúrgico. As cirurgias a que foram submetidos os pacientes que não retiraram as jóias foram: colecistectomia, ureterorreno e cirurgia de varizes.

As jóias foram retiradas no quarto, para 55 pacientes (98,2%) e apenas para 1 (1,8%) foi no centro cirúrgico. Em 29 (51,8 %) dos pacientes, a orientação para a retirada das jóias foi feita pelo auxiliar de enfermagem, 11 (19%) pelo enfermeiro, 2 (3,4%) pelo médico e 14 (25,0%) retiraram por iniciativa própria.

Dos pacientes que retiraram as jóias, para 12 (21,4%) foi informado o motivo da retirada, e para 44 (78,6%) não. Destes, 1 (1,7%) paciente sabia explicar o motivo correto da retirada, 22 (39,3%) não sabiam explicar e 33 (58,9%) sabiam empiricamente.

Para 50 (89,3%) pacientes, o sentimento foi de indiferença à retirada das jóias antes do procedimento cirúrgico, 1 paciente (1,8%) se sentiu constrangido, 2 (3,6%) ficaram preocupados com a retirada, 2 (3,6%) se sentiram desconfortáveis e 1 (1,8%) sentiu medo.

### 5.2.8 Prótese dentária

A prótese dentária era utilizada por 48 (37,2) pacientes, 77 (59,7%) não utilizavam prótese dentária e 4 (3,1%) não estavam usando a prótese quando internaram no hospital. A prótese mais utilizada era a dentadura, 39 pacientes (81,3%), e os demais 9 (18,8%) utilizavam ponte dentária. Para 35 (72,9%) pacientes foi solicitada à retirada e para 13 (27,1%) não foi solicitada. Para os pacientes que foi solicitada a retirada, 31 (88,6%)



utilizavam dentadura e 4 (11,4%) utilizavam ponte. Os pacientes que utilizavam dentadura ou ponte para os quais foi solicitada a retirada, o tipo de anestesia que predominou foi a geral (tabela 10).

TABELA 10 – TIPO DE ANESTESIA REALIZADA ENTRE OS PACIENTES QUE RETIRARAM A PRÓTESE DENTÁRIA. PONTA GROSSA, 2006.

ANESTESIA	DENTADURA		PONTE	
	nº	%	nº	%
Geral	18	58,1	2	50
Peribulbar	1	3,2	0	0
Peridural	4	12,9	0	0
Raqueanestesia	8	25,8	1	25
Sedação	-	-	1	25
TOTAL	31	100	4	100

FONTE: Pesquisa de campo

Em relação aos 13 pacientes que não retiraram a dentadura 2 (25,0%) foram submetidos à anestesia geral e 6 (75,0%) a raqueanestesia e aos que não retiraram a ponte 1 (20%) realizou anestesia geral, 2 (40%) anestesia peridural e 2 (40%) raqueanestesia.

A prótese foi retirada por 34 pacientes (97,1%) no quarto e 1 (2,9%) no centro cirúrgico, sendo solicitado pelo auxiliar de enfermagem na maioria das vezes (62,9%) pacientes, seguido do enfermeiro (31,4%) e 2 (5,7 %) iniciativa própria. O motivo da retirada da prótese dentária foi informado para 11 (31,4%) pacientes e para 24 (68,6 %) não foi realizada orientação.

Em relação aos sentimentos apresentados por eles com a retirada da prótese dentária, 19 (54,3%) pacientes relataram ser indiferente, 15 (42,9 %) se sentiram constrangidos ou desconfortáveis. Um informou que quando foi solicitada a retirada da prótese dentária, ela pediu para não retirar, pois havia sido submetida a procedimentos cirúrgicos anteriores e não havia sido solicitada a retirada da prótese.

#### 5.2.9 Outras próteses

Sobre a utilização de outros tipos de próteses foi observado que 12 (9,3 %) utilizavam outros tipos de próteses e 7 (5,4%) faziam uso de outras próteses mas não estavam utilizando no momento da internação. Os óculos foram a outra prótese mais utilizada, 12 pacientes, e de todos foi solicitada a retirada antes do procedimento cirúrgico. Para 5 (41,7 %) pacientes a

solicitação foi feita pelo auxiliar de enfermagem, para 4 (33,3 %) pelo enfermeiro, para 1 (8,3 %) pelo médico e 2 (16,7 %) retiraram por vontade própria. Um paciente (8,3 %) tinha conhecimento do motivo da retirada, 3 (25 %) não tinham conhecimento e 8 (66,7 %) sabiam empiricamente. Dentre os que utilizavam outras próteses, 10 (83,3 %) sentiram-se indiferentes em relação ao pedido e 2 (16,7 %) se sentiram constrangidos.

#### 5.2.10 Roupa que foi encaminhado ao centro cirúrgico

Com relação ao vestuário utilizado para encaminhamento ao centro cirúrgico, 8 (6,2%) informaram terem utilizado a camisola, 39 (30,2 %) foram encaminhados de pijama, 82 (63,6 %) foram encaminhados ao centro cirúrgico de camisola cirúrgica. O motivo da roupa utilizada para o procedimento cirúrgico foi orientado para 20 (15,5 %) pacientes e para 109 (84,5%) não foi orientado o motivo. Desta maneira 5 (3,9 %) pacientes sabiam explicar o porque da utilização da roupa, 64 (49,6 %) não sabiam, e 60 (46,5 %) sabiam empiricamente. Os sentimentos apresentados pelos pacientes em relação à roupa utilizada durante a cirurgia foi o seguinte: 63 (48,8%) acharam indiferente, 36 (27,9%) se sentiram constrangidos, 5 (3,9 %) ficaram preocupados, 4 (3,1 %) se sentiram invadidos, 19 (14,7 %) se sentiram desconfortáveis e 2 (1,6%) não gostaram da roupa.

#### 5.2.11 Roupa íntima

A roupa íntima foi retirada em 121 (93,8 %) pacientes, e 7 (5,4 %) pacientes não retiraram e 1(0,8 %) não sabia informar. Quarenta (31%) dos procedimentos cirúrgicos realizados exigiam a retirada da roupa íntima devido ao local da incisão cirúrgica, representadas principalmente pelas regiões abdominal e perineal e para 89 (69%) não era necessária à retirada da roupa, pois não cobriam o local da incisão cirúrgica. Dos 121 pacientes que retiraram a roupa íntima antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico, para 82 (67,8%) foi solicitado pelo auxiliar de enfermagem, para 26 (21,5%) foi solicitado pelo enfermeiro, para 1 (0,8%) foi solicitado pelo médico e 12 (9,9%) retiraram por vontade própria.

Para 18 (14,9%) pacientes foi explicado o motivo da retirada e para 103 (85,1%) não. Destes pacientes, 5 (4,1%) sabiam explicar o motivo da retirada, 56 (46,3) não sabiam e 60 (49,6%) tinham respostas com motivos empíricos.

Quanto aos sentimentos relatados em relação à retirada da roupa íntima, para 42 (34,7%) pacientes foi indiferente, para 44 (36,4 %) causou um constrangimento, 4 (3,3 %) ficaram preocupados, 2 (1,7 %) sentiram-se invadidos, 27 (22,3%) se sentiram desconfortáveis e 2 (1,7%) não gostaram.

#### 5.2.12 Esmalte de unhas

Apenas 8 (6,2%) pacientes estavam usando esmalte de unhas, destes apenas de 2 (25%) foi retirado e dos demais 6 (75%) não foi. Dos pacientes que retiraram 1 (50%) foi por orientação do auxiliar de enfermagem e 1 (50%) foi por vontade própria, ambos os pacientes se sentiram constrangidos em retirar o esmalte.

#### 5.2.13 Preparo gastrintestinal

O preparo gastrintestinal foi realizado para 7 (5,5%) pacientes. Dentre estes, 2 (28,6%) receberam orientação em relação ao cuidado do auxiliar de enfermagem antes da realização, 2 (28,6%) receberam do enfermeiro e 3 (42,9%) do médico. Para 4 (57,1%) pacientes foi orientado o motivo do preparo e para 3 (42,9 %) pacientes não foi. Todos os 7 (110%) apresentaram respostas empíricas em relação motivo do preparo gastrintestinal.

Para 5 (71,4%) pacientes a realização do preparo gastrintestinal foi indiferente, 1 (14,3%) se sentiu constrangido e 1 (14,3%) se sentiu desconfortável.

#### 5.2.14 Jejum

Apenas 1 (0,8%) não se encontrava em jejum antes do procedimento cirúrgico. A orientação para o jejum foi realizada para 17 (13,3%) pacientes pelo auxiliar de enfermagem, para 25 (19,5%) pelo enfermeiro, para 82 (64,1%) pelo médico e para 4 (3,1%) pelo médico anestesista. O motivo do jejum foi orientado para 65 (50,8%) pacientes, e para o restante não.

O tempo de permanência de jejum dos pacientes variou entre 0 a mais de 10 horas. Um período mais prolongado de jejum foi observado em 86 (67,2%) dos pacientes com mais de 10 horas em jejum, 35 (27,3%) entre 6 a 10 horas e 7 (5,5%) com menos de 6 horas.

Permanecer em jejum, para 65 (50,8%) pacientes foi indiferente, para 13 (10,2%) pacientes foi desconfortável, 30 (23,4%) pacientes sentiram fome, 16 (12,5%) sentiram sede e 4 (3,1%) não gostaram de permanecer em jejum.

### 5.2.15 Transporte

Foi verificado que 11 (8,52%) pacientes foram encaminhados para o centro cirúrgico andando, 118 (91,47%) de maca. Doze (9,3%) pacientes responderam que foram orientados em relação ao motivo do meio transporte utilizado. Para os demais 117 (90,7%) não foi orientado o motivo. Entre os 118 pacientes que foram de maca, 12 (9,3%) souberam responder o motivo sobre o meio de transporte utilizado e o restante não souberam responder.

Para 85 (72,6) pacientes o modo como foram transportados para o centro cirúrgico foi indiferente, 4 (3,4%) acharam-se constrangidos, 3 (2,6%) se sentiram preocupados 23 (19,7%) sentiram-se desconfortáveis e 2 (1,7%) não gostaram.

Apresenta-se uma síntese na tabela 11 sobre os sentimentos relatados pelos pacientes quando da realização dos cuidados. Verifica-se que destes, a colocação da roupa cirúrgica, a retirada da roupa íntima e retirada da prótese dentária causaram constrangimento em alguns pacientes, da mesma maneira como estes cuidados também tiveram os índices mais elevados de desconforto. A tricotomia observa-se que também causou constrangimento e desconforto em alguns pacientes. O banho, o jejum a retirada do esmalte de unhas e jóias foram os cuidados mais citados com sendo indiferentes quando realizados, apesar de 30 pacientes citarem que ficaram preocupados em relação a permanecer por muito tempo do jejum.

TABELA 11 – SENTIMENTOS RELATADOS PELOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO CUIDADO RECEBIDO. PONTA GROSSA, 2006.

CUIDADO	PACIEN.	SENTIMENTOS APRESENTADOS				
	nº (%)	Indiferente	Constran- gimento	Preocu- pado	Desconfo- tável	Não gostou
Tricotomia	41(31,8)	28 (63,3)	7 (17,1)	2 (4,9)	3(7,3)	1(2,4)
Banho	76 (58,9)	74 (97,4)	-	1(1,3)	-	-
Jóias	56 (54,9)	50 (89,3)	1(1,8)	2 (3,6)	2 (3,6)	-
Prótese dentária	35 ( 72,9)	19 (54,3)	6 (17,1)	1(2,9)	8 (22,9)	1(2,9)
Outras próteses	12 (100)	10 (83,3)	-	-	2 (16,7)	-
Roupa	129 (100)	63 (48,8)	36 (27,9)	5 (3,9)	19 (14,7)	2 (1,6)
Roupa íntima	121(93,8)	42 (34,7)	44 (36,4)	4 (3,3)	27 (22,3)	2 (1,7)
Esmalte	2 (25)	2 (100)	-	-	-	-
Preparo gastrintestinal	7 (5,4)	5 (71,4)	1(14,3)	-	1(14,3)	-
Jejum	128 (99,2)	65 (50,8)	13 (10,2)	30 (23,4)	4 (3,1)	-
Transporte	129 (110)	95 (73,6)	4 (3,1)	3 (2,3)	23 (17,8)	2 (1,5)

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: 1 Sinais convencionais utilizados:

- Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Na tabela 12 apresentam-se os índices de orientações fornecidas ou não aos pacientes antes da realização do cuidado, em relação ao motivo do mesmo, pelos profissionais da saúde. O jejum teve maior índice de pacientes orientados em relação ao motivo, seguido preparo gastrintestinal e retirada de esmalte. Os cuidados que receberam menos orientações em relação ao motivo foram o banho, o transporte, a utilização da roupa estabelecida pelo hospital, retirada de roupa íntima, a tricotomia e a retirada das jóias.

TABELA 12 – ORIENTAÇÕES REALIZADAS ENTRE OS PACIENTES QUE RECEBERAM O CUIDADO. PONTA GROSSA, 2006.

CUIDADO	PACIENTES nº (%)	RECEBEU ORIENTAÇÃO	
		sim	não
Sinais vitais	124 (96,1)	27 (21,8)	97 (78,2)
Alergia	41 (31,8)	14 (34,1)	27 (65,9)
Tricotomia	41 (31,8)	16 (39,0)	25 (61)
Banho	76 (58,9)	6 (7,9)	70 (92,1)
Jóias	56 (54,9)	12 (21,4)	44 (78,6)
Prótese dentária	35 (72,9)	11 (31,4)	24 (68,6)
Roupa	129 (100)	20 (15,5)	109 (84,5)
Roupa íntima	121 (93,8)	18 (14,9)	103 (85,1)
Esmalte	2 (25)	1 (50)	1 (50)
Preparo gastrointestinal	7 (5,4)	4 (57,1)	3 (42,9)
Jejum	128 (99,2)	65 (50,8)	63 (49,2)
Transporte	129 (110)	16 (12,4)	117 (90,7)

FONTE: Pesquisa de campo

Na tabela 13 estão demonstrados alguns cuidados realizados, relacionados com a pessoa que orientou o cuidado. Os profissionais que mais orientaram os pacientes foram os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, principalmente nos cuidados de retirada de prótese dentária e retirada de roupa íntima. O médico orientou 64% dos pacientes em relação ao jejum, e 47% dos pacientes que tomaram banho antes da cirurgia o realizou por iniciativa própria.

TABELA 13 - CONHECIMENTO DOS PACIENTES EM RELAÇÃO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O CUIDADO. PONTA GROSSA, 2006.

CUIDADO	PACIENTES nº (%)	PESSOA QUE ORIENTOU O CUIDADO			
		auxiliar	enfermeiro	médico	paciente
Banho	76 (58,9)	24 (31,6)	11 (14,5)	5 (6,8)	36 (47,36)
Jóias	56 (54,9)	29 (51,8)	11 (19,6)	2 (3,7)	14 (25)
Prótese dentária	35 (2,9)	22 (62,8)	11 (31,4)	-	2 (5,7)
Outras próteses	12 (100)	5 (41,6)	4 (33,3)	1 (8,3)	2 (16,6)
Roupa íntima	121 (93,8)	82 (67,8)	26 (24,5)	1 (0,8)	12 (9,9)
Jejum	128 (99,2)	17 (13,3)	25 (19,5)	82 (64)	4 (3,1)

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: 1 Sinais convencionais utilizados:

- Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Na tabela 14, relaciona-se o conhecimento dos pacientes em relação ao cuidado realizado. A grande maioria dos pacientes tem um conhecimento empírico em relação aos cuidados e uma pequena parcela de pacientes tem o conhecimento dos reais motivos dos mesmos. Os cuidados que menos apresentaram conhecimento pelos pacientes em relação ao motivo foram a utilização da roupa do hospital, a retirada da roupa íntima, os sinais vitais e a retirada das jóias. O cuidado que apresentou o maior índice de conhecimento por parte dos pacientes foi a medicação pré-anestésica e a pergunta sobre alergia.

TABELA 14 - CONHECIMENTO SOBRE CUIDADO REALIZADO. PONTA GROSSA, 2006.

CUIDADO	PACIENTES n° (%)	CONHECIMENTO		
		sim	não	empírico
Medicação pré-anestésica	30 (23,3)	8 (26,7)	11 (36,7)	11 (36,7)
Sinais vitais	124 (96,1)	9 (7,3)	50 (40,3)	65 (52,4)
Alergia	41 (31,8)	7 (17,1)	10 (24,4)	24 (58,5)
Tricotomia	41 (31,8)	6 (14,6)	12 (29,3)	23 (56,1)
Banho	76 (58,9)	2 (2,7)	22 (28,9)	52 (68,4)
Jóias	56 (54,9)	1 (1,8)	22 (39,3)	33 (58,9)
Prótese dentária	35 (72,9)	2 (5,7)	9 (25,7)	24 (68,6)
Outras próteses	12 (100)	1 (8,3)	3 (25)	8 (66,7)
Roupa	129 (100)	5 (3,9)	64 (49,6)	60 (46,5)
Roupa íntima	121 (93,8)	5 (4,1)	56 (46,3)	60 (49,6)
Esmalte	2 (25)	1 (50)	1 (50)	-
Preparo gastrointestinal	7 (5,4)	-	-	7 (100)

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: 1 Sinais convencionais utilizados:

- Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

### 5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

A população de enfermeiros que participaram da pesquisa compreendeu um total de 10. Trabalhavam na instituição A, no período da coleta de dados, 7 enfermeiros e destes, 4 (57,2%) responderam o questionário. Da instituição B, de um total de 9 enfermeiros, 6 (66,6%) responderam o questionário.

Na tabela abaixo, verificamos as características do grupo entrevistado. Enfermeiros jovens, na faixa etária entre 25 a 30 anos predominaram, assim como os do sexo feminino e solteiros.

TABELA 15 – CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ENFERMEIROS. PONTA GROSSA, 2006.

CARACTERÍSTICAS	ENFERMEIROS		
	nº	%	
Idade	25 a 30	5	50
	31 a 40	4	40
	41 a 50	1	10
Sexo	masculino	1	10
	feminino	9	90
Estado civil	solteiro	7	70
	casado	1	10
	separado	1	10
	religiosa	1	10

FONTE: Pesquisa de campo

Quanto à formação profissional, observou-se que mais da metade dos enfermeiros havia concluído a graduação há menos de 6 anos e metade eram oriundos do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, (tabela 16).

TABELA 16 – ANO DE GRADUAÇÃO E INSTITUIÇÃO FORMADORA DOS PROFISSIONAIS. PONTA GROSSA, 2006.

GRADUAÇÃO	ENFERMEIROS		
	nº	%	
Ano	1988 – 2000	4	40
	2001 – 2003	2	20
	2004 – 2005	4	40
Instituição	CESCAGE	5	50
	UFSC	2	20
	UFPR	1	10
	UNIOESTE	1	10
	UNIVALE	1	10

FONTE: Pesquisa de campo



Quanto à especialização, observou-se que 8 (80%) apresentavam curso de especialização, sendo que 2 (20%) na área de Infecção Hospitalar, 1 (10%) em Emergência, 1 (10%) em Obstetrícia, 1 (10%) em Saúde do Trabalhador, 1 (10%) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 1 (10%) em Saúde Pública, (tabela 17).

TABELA 17 – ÁREA, LOCAL E ANO DE CONCLUSÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO. PONTA GROSSA, 2006.

ESPECIALIZAÇÃO		ENFERMEIROS	
		nº	%
Especialização			
	sim	8	80
	não	2	20
Área			
	CCIH	2	20
	Emergência	1	10
	Obstetrícia	1	10
	Saúde Trabalhador	1	10
	UTI	1	10
	Saúde pública	2	40
Instituição			
	IBEPEX	3	30
	PUC PR	1	10
	UEPG	1	10
	UFSC	2	20
	UNIVALE	1	10
Conclusão			
	2000	1	10
	2001	1	10
	2005	3	30
	2006	3	30

FONTE: Pesquisa de campo

Com relação ao tempo de trabalho na instituição, observou-se que 60% trabalham há menos de 3 anos nos hospitais participantes da pesquisa e a unidade em que atuam variou entre centro cirúrgico, clínica cirúrgica, clínica médica, UTI, supervisão de enfermagem e CCIH (tabela 18).

TABELA 18 – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO. PONTA GROSSA, 2006.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	ENFERMEIROS	
	nº	%
Tempo que trabalha no hospital		
< 1 ano	1	10
1 a 3 anos	5	50
3 a 5 anos	2	20
> 5 anos	2	
Unidade que trabalha		
Centro Cirúrgico	1	10
Clínica Cirúrgica	1	10
Clínica Médica e Cirúrgica	3	30
UTI	2	20
Supervisão Enfermagem	2	20
CCIH	1	10
Tempo que trabalha na unidade		
< 1 ano	1	10
3 anos	6	10
4 anos	2	20
5 anos	1	10

FONTE: Pesquisa de campo

#### 5.4 VISÃO DO PROFISSIONAL EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Na primeira questão abordada no questionário “Como deveria ser realizada a assistência ao paciente no período pré-operatório”, as respostas apresentadas foram: 5 (50%) responderam que deveria ser realizada utilizando a SAE, 5 (50%) informaram que deveria ser feita a orientação pré-operatória, 3 (30%) ressaltaram a importância da orientação de todos os cuidados a serem realizados, 2 (20%) registraram que normas e rotinas deveriam ser elaboradas, 2 (20%) ressaltaram a importância do preparo psicológico do paciente, 1 (10%) ressaltou a importância da assistência mais humanizada e 1 (10%) a importância da visita pré-operatória realizada pela enfermagem (tabela 19).

TABELA 19 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM IDEAL NA VISÃO DO ENFERMEIRO. PONTA GROSSA, 2006.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	ENFERMEIROS	
	nº	%
Utilização da SAE	5	50
Orientação pré-operatória	5	50
Orientação em relação aos cuidados	3	30
Elaboração de normas e rotinas	2	20
Preparo psicológico	2	20
Assistência mais humanizada	1	10
Visita pré-operatória	1	10

FONTE: Pesquisa de campo

Quanto ao papel do enfermeiro frente a este cuidado, 7 (70%) responderam que o papel do enfermeiro seria a orientação, 2 (20%) o planejamento da assistência, 2 (20%) mencionaram a prestação da assistência com qualidade, 1 (10%) mencionou a avaliação do paciente, 1 (10%) a avaliação dos cuidados de enfermagem, e 1 (10%) a supervisão dos cuidados de enfermagem, (tabela 20).

TABELA 20 – VISÃO DO PROFISSIONAL FRENTE AO PAPEL DO ENFERMEIRO. PONTA GROSSA, 2006.

PAPEL DO ENFERMEIRO	ENFERMEIROS	
	nº	%
Orientação	7	70
Planejamento da assistência	2	20
Assistência com qualidade	2	20
Avaliação do paciente	1	10
Avaliação dos cuidados	1	10
Supervisionar cuidados de enfermagem	1	10

FONTE: Pesquisa de campo

Sobre a questão “se o serviço viabiliza a prática ideal no pré-operatório”, 9 (90%) enfermeiros responderam que não. As causas mencionadas para a resposta negativa foram: falta de profissionais enfermeiros (60%), grande número de pacientes internados (40%), falta de tempo (10%), falta de organização (10%), falta de educação continuada (10%), falta de envolvimento profissional (10%), falta de equipe multidisciplinar (10%) e desmotivação dos profissionais (10%), (tabela 21).

TABELA 21 – DIFICULDADES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM IDEAL NO PRÉ-OPERATÓRIO. PONTA GROSSA, 2006.

CAUSAS	ENFERMEIROS	
	nº	%
Falta de profissionais enfermeiros	6	60
Grande número de pacientes internados	4	40
Falta de tempo	1	20
Falta de organização	1	10
Falta de educação continuada	1	10
Falta de envolvimento profissional	1	10
Falta de equipe multiprofissional	1	10
Desmotivação dos profissionais	1	10

FONTE: Pesquisa de campo

Em relação aos cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório nas instituições de saúde, 9 (90%) responderam que existem normas e rotinas estabelecidas pela instituição. Destes, 1 (10%) respondeu que as normas e rotinas foram estabelecidas pela CCIH, 2 (20%) que foram elaboradas pela CCIH e equipe de enfermagem, 5 (50%) responderam que as normas foram estabelecidas pela equipe de enfermagem, e 1 (10%) enfermeiro não respondeu a questão.

Três (30%) enfermeiros responderam que os cuidados realizados no período pré-operatório são sempre baseados na prescrição do médico no prontuário do paciente e 7 (70%) responderam que os cuidados são algumas vezes baseados na prescrição do médico no período pré-operatório. Com relação a quais cuidados são prescritos, as respostas foram: sinais vitais, jejum, tricotomia, higiene, peso, medicação, curativo, exames, cuidados com drenos, preparo gastrintestinal e exames.

Para 2 enfermeiros (20%) os cuidados de enfermagem realizados são sempre baseados no planejamento individual com a utilização do processo de enfermagem, 6 (60%) responderam que isto ocorre às vezes e 2 (20%) responderam que o cuidados nunca são planejados desta maneira. Dos 8 enfermeiros que responderam sempre ou às vezes 7 (87,5%) responderam que é o enfermeiro quem realiza o planejamento e a prescrição e 1 (12,5%) enfermeiro deixou a resposta em branco.

Para todos os enfermeiros, os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório variam de acordo com cada cirurgia, sendo que para estes, os cuidados que o enfermeiro delega para a equipe são: orientação, medicação, tricotomia, higiene, anotações, exames, curativos, os cuidados realizados para o preparo do paciente, e os cuidados técnicos prescritos pelo médico.

Quanto aos profissionais que realizariam o preparo de enfermagem do paciente no período pré-operatório, 5 (50%) enfermeiros informaram que essa atividade seria realizada pelo auxiliar e o técnico de enfermagem, 1 (10%) informou que seria o enfermeiro e o técnico de enfermagem, 1 (10%) informou que seria o técnico, o auxiliar e o enfermeiro e para 3 (30%) quem realizaria os cuidados seria apenas o técnico de enfermagem.

#### 5.4.1 Preparo Psicológico

Em relação à pergunta sobre a dedicação de algum tempo para o preparo psicológico do paciente, 1 (10%) enfermeiro respondeu que esse cuidado é sempre realizado, 8 (80%) responderam que é realizado às vezes e 1 (10%) respondeu que nunca é realizado. Dos 9 enfermeiros que responderam que sempre ou às vezes é realizado, para 4 (40%) esse preparo é feito pelo enfermeiro, 1 (10%) informou que é feito pelo enfermeiro e o técnico, 1 (10%) respondeu que pelo enfermeiro e pelo assistente social, 1 (10%) respondeu que é o psicólogo e o enfermeiro que realizam, 1 (10%) respondeu que é feito pelo psicólogo e pelo assistente social e 1 (10%) não respondeu a pergunta.

#### 5.4.2 Exame Físico

Quanto ao exame físico na admissão do paciente, 1 (10%) enfermeiro respondeu que ele é realizado na sua admissão, 4 (40%) responderam que é realizado às vezes e 5 (50%) responderam que nunca é realizado. Quando solicitado a informar porque é realizado às vezes ou nunca, as respostas obtidas foram as seguintes: falta de tempo entre o internamento e a cirurgia e pela grande demanda de pacientes.

#### 5.4.3 Sinais Vitais

Em relação aos sinais vitais, 9 (90%) responderam que os mesmos são sempre verificados antes da cirurgia e 1 (10%) respondeu que é verificado às vezes. Quatro (40%) dos enfermeiros responderam que os sinais vitais são verificados na admissão e antes da cirurgia, 2 (20%) responderam que é verificado apenas na admissão, 2 (20%) responderam que é verificado antes da cirurgia e 2 (20%) responderam que é verificado no pós-operatório.

#### 5.4.4 Tricotomia

A resposta obtida quando perguntado se a tricotomia é realizada quando a incisão cirúrgica é realizada no local que tem pêlos, 5 (50%) enfermeiros responderam que sempre é realizada e 5 (50%) responderam que é realizada às vezes, sendo que quando a tricotomia é realizada, 1 (10%) enfermeiro respondeu que é devido à cultura dos médicos, 1 (10%) respondeu que é para evitar conflitos com os médicos, 6 (60%) responderam que é realizada devido à prescrição do médico e 1 (10) não respondeu a pergunta. Em relação à forma da realização da tricotomia, 4 (40%) responderam que é realizada com gilete, 3 (30%) responderam que é realizada com tricotomizador e 3 (30%) não responderam a pergunta.

Um (10%) enfermeiro respondeu que sempre é solicitada a opinião do paciente se deseja ou não realizar a tricotomia, 3 (30%) responderam que às vezes é solicitada e 6 (60%) responderam que não é solicitada a opinião dele. Em relação à orientação sobre o motivo da realização da tricotomia, 7 (70%) enfermeiros responderam que sempre o paciente é orientado em relação ao motivo, 3 (30%) descreveram que é orientado às vezes sobre o motivo da tricotomia. Para 2 (20%) enfermeiros o paciente sente-se sempre constrangido quando realizada a tricotomia e para 8 (80%) os pacientes às vezes se sentem constrangidos.

#### 5.4.5 Medicação pré –anestésica

Na questão sobre a realização da medicação pré-anestésica, 1 (10%) enfermeiro respondeu que sempre é realizada e 9 (90%) responderam que é realizada às vezes. A orientação em relação ao motivo da utilização do medicamento pré-anestésico é sempre realizada, conforme a informação de 6 (60%) enfermeiros. Para os demais, o paciente é orientado às vezes em relação ao motivo do uso.

#### 5.4.6 Roupas

Em relação à roupa utilizada pelo paciente quando encaminhado ao centro cirúrgico, todos responderam que o mesmo é encaminhado com a camisola cirúrgica. Quanto ao motivo do uso da camisola cirúrgica, as informações foram: para facilitar a utilização de aparelhos (10%), para facilitar a aplicação de medicamentos na indução anestésica (10%) e pelo fato de ser rotina na instituição (80%). O paciente sempre é orientado sobre o motivo da utilização da camisola cirúrgica (90%) e às vezes em 10% dos casos. Cinco (50%) enfermeiros acreditam que o paciente sempre se sente constrangido em colocar a camisola cirúrgica e os

demais mencionaram que às vezes é percebido o seu constrangimento.

#### 5.4.7 Roupa íntima

Na questão sobre a retirada da roupa íntima, 9 (90%) responderam que a roupa íntima sempre é retirada, 1 (10%) respondeu que a roupa íntima é retirada só em algumas cirurgias. Em relação ao motivo da retirada da roupa íntima foram obtidas as respostas a seguir: faz parte da rotina do hospital, é uma exigência da equipe cirúrgica, depende do local da cirurgia, depende da anestesia, devido à utilização do eletrocautério e do álcool iodado, por ser um procedimento estéril e por ter a chance durante a cirurgia de necessitar de sondagem vesical. De acordo com 9 (90%) enfermeiros, os pacientes sempre são orientados em relação ao motivo da retirada da roupa íntima e 1 (10%) informou que a explicação é dada às vezes. Seis (60%) enfermeiros responderam que o paciente sempre se sente constrangido com a retirada da roupa íntima e 4 (40%) que isso ocorre às vezes.

#### 5.4.8 Prótese dentária

Quanto à retirada da prótese dentária antes do procedimento cirúrgico, todos informaram que a mesma é sempre retirada e os motivos alegados para a realização do cuidado foram: devido à realização de anestesia, por possibilidades de ocorrência de atendimento de emergência, para evitar problemas na hora da entubação, para manter vias aéreas livres, devido a um protocolo estabelecido pelo anestesista e pelo tipo de procedimento a ser realizado. Sete (70%) enfermeiros responderam que os pacientes sempre são orientados em relação ao motivo da retirada da prótese dentária e 3 (30%) responderam que a orientação ocorre às vezes. Para 5 (50%) enfermeiros o paciente sempre se sente constrangido quando solicitada a retirada da prótese e os demais responderam que o constrangimento ocorre às vezes.

#### 5.4.9 Outras próteses

Quando o paciente utiliza outra prótese, a mesma é sempre retirada conforme a informação de 9 (90%) enfermeiros. Os motivos descritos para a retirada de outras próteses foram: evitar complicações ou evitar perda ou dano, por ser protocolo do anestesista, por ser rotina da instituição.

Em relação ao constrangimento do paciente, 3 (30%) enfermeiros responderam que o paciente sempre se sente constrangido com a retirada de próteses e 7 (70%) que isso ocorre às vezes.

#### 5.4.10 Jóias

Com relação à retirada de jóias antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico, todos responderam que as mesmas são sempre retiradas. Os motivos relacionados foram: evitar interferências antes da cirurgia, evitar lesões na epiderme, evitar perdas, evitar interferência com outros aparelhos, utilização de eletrocautério, por ser rotina, para evitar contaminação e evitar roubos.

Todos informaram que o paciente é orientado em relação ao motivo da retirada de jóias e em relação aos sentimentos apresentados pelos pacientes, 60% observam que eles sempre se sentem constrangidos com a retirada das jóias e os demais informaram que isso ocorre às vezes.

#### 5.4.11 Maquiagem

Sobre a utilização de maquiagem, a resposta obtida de 8 enfermeiros é que a mesma sempre é retirada antes do procedimento cirúrgico. Os demais informaram que isto ocorre às vezes. Os motivos justificados para a retirada foram: atrapalhar a avaliação do sistema circulatório e dificultar observações sobre o estado do paciente.

O paciente é orientado sobre o motivo da retirada da maquiagem, de acordo com 9 (90%) enfermeiros e 1 (10%) não respondeu a pergunta. Na avaliação dos enfermeiros, 1 (10%) considera que o paciente se sente sempre constrangido com a retirada da maquiagem, para 6 (66,7%) o paciente se sente constrangido às vezes e para 2 (20%) o paciente nunca se sente constrangido.

#### 5.4.12 Esmalte de unhas

O esmalte das unhas é retirado antes do procedimento, conforme a informação de 9 enfermeiros e apenas 1 (10%) informou que o esmalte não é retirado. Os motivos apresentados para justificar a medida adotada foram: uso do oxímetro, para visualização do retorno venoso e devido à rotina do serviço. Nove (90%) enfermeiros responderam que o



paciente é sempre orientado antes da retirada do esmalte e 1 (10%) que isso ocorre às vezes. Na avaliação de 1 (10%) enfermeiro, o paciente se sente constrangido em retirar o esmalte, para 8 (80%) isso ocorre às vezes e para 1 (10%) isso nunca ocorre.

#### 5.4.13 Jejum

O tempo que os pacientes permanecem em jejum foi estimado por 3 (30%) enfermeiros em 6 horas de jejum, para 5 (50%) o paciente permanece por 8 horas em jejum e para 2 (20%) dos enfermeiros o paciente permanece em jejum por 12 horas. Oito (80%) enfermeiros citaram que os pacientes permanecem em jejum nas cirurgias abdominais, neurológicas, ortopédicas, cardíacas entre outras e 2 (20%) citaram que ficam em jejum em todas as cirurgias. Também, para 3 (30%) o paciente deve permanecer em jejum quando submetido a qualquer anestesia, para 2 (20%) o jejum deve ocorrer quando se tratar de anestesia geral ou peridural, para 4 (40%) quando for anestesia geral, peridural ou raqueanestesia, e para 1 (20%) quando for anestesia peridural ou raqueanestesia. Os motivos alegados para a realização do jejum foram: evitar complicações no pós-operatório e no trans-operatório, como vômitos e broncoaspiração.

O paciente é sempre orientado em relação ao jejum de acordo com 9 (90%) enfermeiros e para 1 (10%), essa orientação ocorre às vezes. Dois (20%) descreveram que os pacientes sempre se queixam do jejum e para os demais, às vezes essas queixas ocorrem.

#### 5.4.14 Preparo gastrointestinal

Em relação ao preparo gastrointestinal, todos os enfermeiros responderam que esse cuidado é realizado em algumas cirurgias. Os motivos do preparo mencionados foram: evitar contaminação pelas fezes, melhorar a visualização do campo operatório e atender a prescrição médica. Seis (60%) enfermeiros informaram que o preparo gastrointestinal é realizado com fleet enema, 3 (30%) responderam que é com laxantes e fleet enema e 1 (10%) é realizado conforme prescrição médica. Para 9 (90%) enfermeiros o paciente sempre é orientado em relação ao preparo e para 1 (10%) é orientado às vezes. Três (30%) enfermeiros descreveram que o paciente se sente constrangido com o preparo gastrointestinal e 7 (70%) que isso ocorre às vezes.

#### 5.4.15 Transporte

Todos os enfermeiros responderam que os pacientes são encaminhados ao centro cirúrgico de maca, e os motivos que estes informaram foram: 5 (50%) para atender normas de instituição, 2 (20%) para evitar alterações dos SSVV, 1 (10%) para evitar a exposição do paciente devido à camisola cirúrgica, 1 (10%), para segurança do paciente, e 1 (10%) para facilitar a passagem para a mesa de cirurgia. Seis (60%) enfermeiros responderam que o paciente sempre é orientado em relação ao motivo do transporte de maca, 3 (30%) responderam que o paciente às vezes é orientado, 1 (10%) respondeu que nunca é orientado. Em relação ao constrangimento que pode ser causado pelo transporte, 3 (30%) responderam que o paciente sempre se sente constrangido, 6 (60%) que às vezes se sente constrangido e para 1 (10%) o próprio nunca se sente constrangido.

#### 5.4.16 Outras orientações

Quanto ao acompanhamento e orientação à família do paciente, 5 (50%) enfermeiros responderam que essa orientação e acompanhamento não é realizada e os demais, que sim.

Quando perguntado se ainda existe algum outro cuidado realizado pelos enfermeiros no preparo do paciente para cirurgia, 1 (10%) respondeu que ainda é realizada à visita pré-anestésica, 1 (10%) respondeu que é realizada a orientação do paciente e 1 (10%) descreveu que ainda são realizados outros cuidados quando prescritos pelo médico.

Quanto à opinião dos entrevistados sobre quais são os cuidados imprescindíveis para uma boa assistência de enfermagem no período pré-operatório, 6 (60%) enfermeiros responderam que é o preparo psicológico, 5 (50%) responderam que é a orientação, 3 (30%) a sistematização da assistência de enfermagem, 2 (20%) a educação do paciente, 1 (10%) o preparo religioso, 1 (10%) o preparo físico e 1 (10%) o ambiente confortável.

## 6 DISCUSSÃO

A pesquisa realizada envolveu dois dentre os quatro hospitais do município de Ponta Grossa que prestam atendimento cirúrgico a pacientes usuários do SUS. Segundo dados do DATASUS (Banco de Dados do Sistema Único de Saúde), as internações cirúrgicas ocorridas no município vinculadas ao SUS representaram em 2005, aproximadamente 45% do total das internações hospitalares, com um número aproximado de 1200 internações/ano (BRASIL, 2006). Considerando-se o número de procedimentos cirúrgicos observados no período da pesquisa nos dois hospitais, obteve-se um número aproximado de 500 cirurgias mês, e, respeitadas as mesmas proporções para o período anual seria possível contabilizar 6000 cirurgias/ano.

Na amostra estudada, foi observada uma proporção de 20% de internações pelo SUS. Se esse percentual for aplicado ao número de internações disponível no DATASUS, chega-se a um número aproximado de 6000 internações/ano, semelhante à estimativa obtida na pesquisa. Estes dados sugerem que a amostra estudada é representativa da situação real, com predominância dos internamentos cirúrgicos através dos convênios e também particulares, principalmente no que se refere às cirurgias eletivas.

Nos resultados obtidos neste estudo, observou-se também que, em virtude do maior número de cirurgias realizadas na instituição A, obteve-se maior número de entrevistas de pacientes deste hospital do que em relação à instituição B. Em contrapartida, o número de enfermeiros na instituição A foi menor que na instituição B, por apresentar menor número de profissionais desta categoria em seu quadro de funcionários.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem, em uma instituição de saúde tem relação direta com a garantia da assistência, desta forma para se estabelecer o número do pessoal de enfermagem adequado o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), na Resolução nº 293/2004, estabelece que este deve ser baseado em características específicas relativas a cada instituição, ao serviço de enfermagem e a realidade dos pacientes. Neste sentido, é necessário analisar os recursos humanos da enfermagem, classificar os pacientes segundo níveis de complexidade assistencial, verificar o tempo requerido na assistência aos pacientes internados e fazer dimensionamento por categoria, conforme orienta a Resolução do COFEN.

O cálculo do dimensionamento do pessoal de enfermagem das instituições participantes do estudo não foi realizado, porém a Resolução nº 293/2004 no artigo 5º, refere que a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem deve observar a

proporção de 33 a 37% de enfermeiros para assistência mínima e intermediária, sendo o restante profissional técnicos e auxiliar. Se for aplicado este cálculo ao total de profissionais da enfermagem de cada instituição, verifica-se que na instituição A, que tem um total de 180 profissionais de enfermagem, existe uma deficiência em média de 56 enfermeiros, e a instituição B com uma total de 63 profissionais, uma deficiência de 23 enfermeiros.

De acordo com Gaidzinski (1991), o dimensionamento inadequado de enfermeiros tem grande influência sobre a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente. O enfermeiro responsável pela administração do serviço de enfermagem é responsável pela estimativa do número de pessoas necessárias no serviço. Este fato, porém, em algumas instituições pode ser considerado um desafio, pois principalmente num país como o Brasil carente de recursos econômicos na área de saúde, os enfermeiros responsáveis são pressionados pelas chefias a não aumentar quantitativamente os recursos humanos.

Neste sentido Magalhães e Juchem (2001) descrevem que este dilema de falta de profissionais, é uma discussão sempre presente entre enfermeiros dos hospitais, que se questionam em como fazer a enfermagem ensinada-aprendida na formação profissional, sendo que na maioria das instituições não existe quadro de funcionários suficientes para executar as atividades de enfermagem. Assim este problema envolve, além da deficiência numérica de profissionais, o modo como se organiza o trabalho da enfermagem e a atuação da enfermagem neste contexto.

Com relação à qualificação profissional dos enfermeiros, observou-se um grande contingente de profissionais com tempo de experiência na atividade inferior a 3 anos, e graduados em instituições de ensino relativamente novas. Uma grande parcela dos enfermeiros concluíram o curso de enfermagem há apenas 5 anos. Como fator relevante para estas observações é o fato de que o curso superior em enfermagem passou a existir no município há 7 anos, portanto, já demonstrando a sua influência no perfil dos profissionais atuantes no município.

A preocupação dos enfermeiros, com a sua qualificação profissional, é percebida neste estudo pelo número de profissionais com cursos de pós-graduação. No entanto, verificou-se que apenas 30% atuam na área específica da pós-graduação realizada. Os demais, embora também tenham cursado uma especialização, não estão atuando na área de conhecimento do curso realizado. Observa-se do mesmo modo que nenhum profissional tem pós-graduação relacionada à área cirúrgica ou de centro cirúrgico.

Outra característica interessante diz respeito ao sexo dos profissionais, refletindo o padrão encontrado nos demais serviços. A predominância do sexo feminino é conferida por

Monticelli (2000) que em um estudo realizado sobre os recursos humanos em Saúde no Mercosul, concluiu que a enfermagem ainda continua sendo essencialmente feminina.

Conforme dados epidemiológicos do DATASUS (BRASIL, 2006), o maior número de cirurgias realizadas pelo SUS no Município de Ponta Grossa durante o período de janeiro de 2000 a março de 2006 foram as herniorrafias, seguido das colecistectomias, das histerectomias, tratamentos cirúrgicos de varizes, hemorróidectomias e tireoidectomias. Nesta pesquisa, as cirurgias realizadas em maior número foram as cirurgias ortopédicas. Porém, em seguida é possível observar uma distribuição semelhante entre as principais causas de internação cirúrgica: as colecistectomias, seguido das herniorrafias e do tratamento cirúrgico de varizes. Apenas 2 casos para a realização de histerectomia, mas poderia ser explicado pelo fato de que os dois hospitais selecionados para o estudo não atendem a especialidade de ginecologia.

Um aspecto importante referente às rotinas estabelecidas no cuidado do paciente cirúrgico trata do período do dia em que estes chegam ao hospital e o tempo transcorrido entre a sua chegada e a realização do procedimento. Destaca-se que mais da metade dos pacientes internaram no mesmo dia da realização da cirurgia, e dentre estes, aproximadamente 50% tiveram o procedimento cirúrgico iniciado em 1 hora e mais 20% em torno de duas horas. Observou-se também que a grande maioria das cirurgias foi realizada no período das 6 h e 30 m e 9 h da manhã e 25% das 9 h até as 12 h. Estas informações demonstram um acúmulo de pacientes internados no período matutino, sobrecarregando o trabalho da enfermagem neste período, trazendo como conseqüências naturais a dificuldade para o preparo dos pacientes, limitando o tempo disponível para cada um deles e interferindo diretamente na qualidade dos cuidados pré-operatórios.

Na revisão da literatura, é possível observar que os procedimentos cirúrgicos na idade moderna eram realizados na própria casa do paciente (OETKER-BLACK apud LADDEN, 1997). No século XIX ocorreu o início da sua realização em instituições da saúde, o período de internamento ocorria com no mínimo um dia de antecedência. Atualmente o internamento ocorre poucas horas antes da cirurgia, principalmente para as cirurgias eletivas. Para Lacerda (2003) vários fatores tem sido mencionados para a justificar redução do tempo entre o internamento e a cirurgia como: redução de custos devido a menor permanência do paciente no hospital e diminuição do risco de infecção do sítio cirúrgico (ISC).

Neste sentido, há vantagens do internamento poucas horas antes da cirúrgica, que além da redução de custo para a instituição, pode gerar menos stress para o paciente, menor risco de infecção hospitalar. Porém, há desvantagens: pouco tempo para o preparo do paciente,

levando a que os cuidados de enfermagem sejam rapidamente realizados, limitando o tempo para orientações, preparo psicológico e espiritual, para a sistematização da assistência e comprometendo o planejamento de cuidados individuais.

Ribeiro Filho, Fernandes e Lacerda (2003, p. 75) comentam que a redução do tempo de internação antes a cirurgia justificada para diminuir o risco de ISC, se deve pois “a colonização do paciente com a flora hospitalar aumenta proporcionalmente com o tempo de hospitalização, especialmente com Bacilos Gram-negativos aeróbicos.” No entanto, tem sido pouco ou inexplorado cientificamente o tempo ideal de permanência entre a internação e a cirurgia, pois o comprometimento da qualidade da assistência de enfermagem no período pré-operatório poderia trazer prejuízos na recuperação do paciente no pós-operatório, levando a um prolongamento do tempo de internação e nesse caso, aumentando o risco de ISC.

Um estudo realizado por Manian e Meyer apud Lacerda (2003), com 48.464 cirurgias eletivas, não encontrou diferença significativa de ISC entre pacientes internados no mesmo dia da cirurgia ou dias anteriores. Desta maneira, as autoras ressaltam a importância de uma discussão da equipe de enfermagem sobre as possíveis consequências da internação do paciente o mais próximo possível da cirurgia, em relação à qualidade da assistência de enfermagem pré-operatória, pois o tempo curto entre a chegada do paciente e o horário programado da cirurgia, tem como consequência o preparo apressado, bem como falta de tempo para orientações sobre o processo cirúrgico, pois o paciente deve ser encaminhado o mais rapidamente possível para a cirurgia.

No presente estudo, buscou-se conhecer entre a população de enfermeiros, a visão deles em relação à assistência que deve ser prestada aos pacientes cirúrgicos no pré-operatório. Metade dos enfermeiros respondeu que deveria ser utilizada a sistematização da assistência de enfermagem, e outros ressaltaram a importância das orientações realizadas no pré-operatório, bem como a importância da orientação sobre o motivo dos cuidados a serem realizados, incluindo preparo físico do paciente. Corroborando com os enfermeiros, Santos (2003) destaca que é imprescindível que todo o cuidado antes de ser realizado deve ser orientado ao paciente, facilitando assim a sua colaboração.

O papel do enfermeiro neste período, na visão da maioria dos profissionais pesquisados, deve ser: a realização do planejamento da assistência de enfermagem e a orientação dos pacientes, proporcionando-lhes uma assistência com qualidade.

Através destas respostas é possível observar que os enfermeiros reconhecem a importância da sistematização da assistência de enfermagem, do planejamento dos cuidados e da orientação no pré-operatório. Prá e Picolli (2004), enfatizam que a assistência de

enfermagem como uma forma de prestar um cuidado individualizado, por meio de uma avaliação do paciente nas circunstâncias em que se encontra, planejando e implementando os cuidados a serem prestados, viabiliza melhores condições para o trans e pós-operatório.

Com o mesmo entendimento D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006) sustentam que a sistematização da assistência de enfermagem garante o atendimento ao paciente com qualidade, ao mesmo tempo em que o estimula a participar dos cuidados a serem realizados.

Porém nem sempre é possível, na prática, que os enfermeiros realizem a assistência de enfermagem com qualidade, devido às características específicas do paciente cirúrgico, da instituição e da rotina adotada. Para Galvão (2002) a qualidade da assistência pode ser obtida quando o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem como metodologia para sistematizar a assistência perioperatória (SAEP), iniciada no período pré-operatório com a chegada do paciente ao hospital. Na qual é realizada o planejamento individual dos cuidados de enfermagem para cada paciente e procedimento cirúrgico. Primeiramente realiza-se o levantamento de dados sobre ele, estabelecendo um diagnóstico de enfermagem, para após executar os cuidados planejados, evitando-se a rotina e o tecnicismo.

Vários fatores podem ser considerados como limitantes de uma assistência de enfermagem com qualidade, entre eles a quantidade e eficácia dos recursos humanos, bem como recursos materiais disponíveis (ALCALÁ et al., 1982). Nesta pesquisa, verifica-se que os principais fatores limitantes a uma prática ideal são: o número reduzido de profissionais relacionado a demanda de pacientes, pouco tempo entre o internamento e a cirurgia, acúmulo de funções a serem exercidas pelos enfermeiros, pouca integração com outros profissionais principalmente os médicos, execução da assistência de enfermagem algumas vezes de forma ritualizada, priorizando as técnicas deixando o lado humano para um segundo plano, ou até mesmo ignorada.

Além da visão dos enfermeiros em relação à assistência ideal, procurou-se conhecer como os cuidados de enfermagem no período pré-operatório são realizados na prática diária nas instituições pesquisadas. A maioria dos enfermeiros referiu a existência de normas e rotinas estabelecidas pela instituição para a realização dos cuidados, as quais foram elaboradas pela própria equipe de enfermagem.

Apesar de existir normativas que obriguem todos os setores dos hospitais a terem normas e rotinas escritas, dependendo da maneira como são introduzidas, funcionam como fatores limitantes a uma prática individualizada. Seguidas literalmente, restringem o cuidado baseado na sistematização da assistência de enfermagem, na qual se faz um planejamento individual para cada paciente.

Para Nogueira et al. (1993), as unidades cirúrgicas, influenciadas pelo excesso de normas e rotinas estabelecidas para seu funcionamento, muitas vezes executam seu trabalho seguindo apenas estas normas. Os profissionais não as questionam, conseqüentemente acabam realizando uma assistência de enfermagem de forma ritualizada, baseada em técnicas.

Além das normas e rotinas estabelecidas em cada instituição, 70% dos enfermeiros responderam que os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório são às vezes baseados na prescrição do médico. Os cuidados mais prescritos pelos médicos se referem a sinais vitais, jejum, tricotomia, higiene, peso, medicação e realização de curativo.

A necessidade de uma maior integração da enfermagem com outros profissionais é percebida, principalmente com os médicos, pois se a enfermagem utilizasse a ferramenta da sistematização da assistência e prescrição de cuidados frente ao pré-operatório, não haveria a necessidade que o médico prescrevesse cuidados como higiene, sinais vitais, curativo, verificação de peso entre outros. O conhecimento sobre as funções de cada um frente ao paciente cirúrgico permitiria a otimização do cuidado e melhores resultados para o paciente.

Para Sales (1997), a assistência de enfermagem não deve limitar-se somente à execução de prescrições médicas, mas inclui principalmente o atendimento das necessidades individuais de cada pessoa, caminho que leva a compreensão do cuidar e que contempla a relação enfermeiro paciente.

Neste contexto para D'Innocenzo, Adami e Cunha, (2006) na enfermagem onde o cuidar é a essência da profissão, a concentração de esforços deve ser em direção aos objetivos propostos, para levar a melhoria contínua da assistência prestada ao paciente no período pré-operatório.

O exame físico considerado uma etapa da assistência de enfermagem, tem como finalidade fornecer ao profissional mais informação sobre as condições do paciente, colaborando com o planejamento dos cuidados a serem realizados no período pré-operatório. Alguns enfermeiros do estudo responderam que este exame é realizado às vezes, e a metade respondeu que nunca é realizado. Os motivos foram atribuídos ao pouco tempo de internamento antes do procedimento cirúrgico e a demanda grande de pacientes internados.

Para Potter e Perry (2002) o enfermeiro neste período deve realizar um exame físico completo ou parcial, dependendo do tempo disponível e do estado do paciente, focalizando as doenças anteriores como a atual, assim como órgãos e sistemas que serão afetados pela cirurgia, para que possa ter uma adequada avaliação do paciente, para elaborar o planejamento dos cuidados a serem realizados.

Durante o período pré-operatório, o enfermeiro é responsável por delegar tarefas para



os técnicos e auxiliares de enfermagem, como os cuidados a serem realizados com os pacientes no período pré-operatório, assim nesta pesquisa se verifica que os cuidados de enfermagem delegados aos profissionais conforme respostas obtidas são: orientação do paciente, medicação, tricotomia, higiene, anotações entre outros. Destaca-se que a orientação do paciente no período pré-operatório é uma função do enfermeiro, pois é um cuidado que os ajuda frente aos sentimentos e dúvidas apresentadas, não devendo ser delegada para outros profissionais da equipe de enfermagem.

No estudo realizado por Lenardt (2001), revendo a trajetória do paciente no hospital, os auxiliares de enfermagem não fazem nenhuma orientação ao paciente antes da cirurgia, argumentando-se que este é um papel atribuído aos enfermeiros.

Jorgetto, Noronha e Araújo (2005) realizaram uma pesquisa para avaliar a assistência de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia eletiva, durante os períodos pré e pós-operatórios, e concluíram que a maioria dos entrevistados não soube identificar o profissional de enfermagem responsável pela orientação, este fato reforça haver problemas no que diz respeito à definição de papéis dentro da enfermagem.

Nesta pesquisa, observou-se do mesmo modo que os pacientes não souberam distinguir qual profissional (enfermeiro, auxiliar ou técnico) realizou ou orientou os cuidados de enfermagem. Assim nos resultados obtidos através das respostas deles, passou-se a utilizar o termo equipe de enfermagem, apesar do instrumento de pesquisa fazer a distinção entre as classes.

De forma geral, conforme os resultados obtidos, observa-se que os cuidados de enfermagem relacionados no instrumento de coleta de dados são realizados com frequência no período pré-operatório em ambas as instituições. Verifica-se que o jejum, a colocação da roupa instituída pela instituição, a retirada da roupa íntima e a verificação de sinais vitais são os cuidados mais realizados.

Em relação a estes, embora quase todos os cuidados tivessem sido realizados, mais da metade não foram acompanhados da orientação em relação ao motivo do cuidado realizado. Sugere-se que isto se deve ao envolvimento do profissional em sua rotina diária que, apressados em preparar os paciente, esquecem-se da importância atribuída à orientação justificativa do cuidado realizado e o efetuam automaticamente o cuidado, sem pedir autorização a ele.

Os cuidados, no qual os pacientes receberam menos orientações em relação ao motivo foram: verificação de sinais vitais, transporte para o centro cirúrgico, retirada da roupa íntima, utilização da roupa selecionada pela instituição e a retirada da prótese dentária. Os

cuidados em que eles mais foram orientados em relação à justificativa foram o preparo gastrointestinal, o jejum e a tricotomia.

Quanto ao conhecimento do motivo da realização do cuidado verifica-se que a metade ou mais pacientes tinham o conhecimento empírico em relação à maioria dos cuidados realizados, seguido de desconhecimento.

Desta maneira para o paciente, muitas vezes o período que antecede a internação é um período de pouca informação. Ele sabe pouco sobre sua situação e sobre o que ocorrerá com ele. Para muitos uma fonte importante de informação são os leigos, amigos e familiares, assim estas informações devem se revistas pois, dependendo como essas informações são repassadas podem colaborar até para aumentar o medo do pacientes frente ao procedimento cirúrgico (HENSE,1987, LENARDT, 2001).

Os cuidados em que os pacientes apresentaram menor grau de conhecimento em relação ao motivo da realização foi referente à colocação da roupa cirúrgica, à retirada da roupa íntima, à verificação de sinais vitais e à retirada das jóias e esmalte de unhas.

Com relação aos sentimentos apresentados por eles, frente aos diversos cuidados realizados, o banho, a retirada de esmalte das unhas, a retirada de jóias, a retirada de outras próteses, o transporte e o preparo gastrointestinal foram considerados pela maioria como indiferentes. Os cuidados que causaram constrangimento para quase a metade dos pacientes foram a colocação da roupa estipulada pela instituição e a retirada da roupa íntima. A retirada da prótese dentária foi considerada desconfortável para menos da metade.

Observou-se que poucos foram os que tiveram uma visão negativa dos cuidados realizados, porém em relação aos sentimentos apresentados, deve-se levar em consideração que muitos não tinham conhecimento da rotina do período pré-operatório, aceitando de maneira passiva todos os cuidados impostos a eles, mesmo não sendo solicitado sua opinião ou preferência. Sendo assim eles por necessidade e desconhecimento acabam aceitando todas as regras impostas pela instituição e pelos profissionais.

Outro fator a ser considerado neste aspecto é que 55 pacientes têm no máximo o 1º grau, Rosa (1991) e Jorgetto, Noronha e Araújo (2005), em estudos realizados consideram que o baixo nível de escolaridade dos pacientes talvez os faça menos exigentes, mais submissos e humildes, ou que tenham medo de reclamar de algum cuidado realizado, e ainda dizer algo que possa influenciar futuramente no tratamento, pois dependem da instituição para a realização do procedimento cirúrgico.

Em relação à orientação pré-operatória do paciente acerca do que o mesmo deseja saber, e aos cuidados e eventos relacionados ao processo cirúrgico, mais da metade dos

pacientes do estudo recebeu alguma orientação no período pré-operatório, sendo que para quase a totalidade destes foi o médico que realizou, o número que recebeu orientações da equipe de enfermagem foi pequeno, apenas 5,6%. A enfermagem, teria sob sua responsabilidade a realização dessas, dirigida de maneira clara e objetiva, em vocabulário simples, de acordo com a individualidade de cada um conforme Baggio, Teixeira e Portella (2001).

Verifica-se que os pacientes receberam mais orientações relacionadas ao procedimento cirúrgicos, seguido de risco cirúrgico e anestesia. O pós-operatório foi pouco abordado nas orientações, podendo-se considerar que o cuidado está mais relacionado com a parte técnica e pouco com a sentimental dele.

Jorgetto, Noronha e Araújo (2005), realizaram uma entrevista com 28 pacientes, internados num hospital Universitário para cirurgias eletivas, com o objetivo de avaliar comparativamente a assistência de enfermagem no pré e pós-operatório. Concluíram que as orientações recebidas pelos mesmos da enfermagem foram relacionadas ao jejum, tricotomia, cuidados de higiene, exames complementares, medicação, retirada de próteses, coleta de sangue, além de esclarecimento sobre o processo anestésico cirúrgico. Observa-se assim da mesma maneira que as orientações estão mais relacionadas com a parte técnica do procedimento cirúrgico.

Num estudo realizado por Silva e Nakata (2005) com 27 pacientes no período pré-operatório foi constatado que as orientações realizadas a eles foram feitas de maneira inadequada, deixando os com muitas dúvidas. Dessa forma as autoras reforçam a importância das orientações realizadas nesta fase de maneira clara, para diminuir os sentimentos negativos apresentados pelo paciente frente à cirurgia que irá se submeter, bem como a explicação de todos os cuidados que vão ser realizados nesta fase.

Smetzer e Bare (2002) apontam que os temores apresentados nesta fase pelo paciente, fazem com que sua ansiedade em relação ao procedimento cirúrgico aumente, apresentando medo do desconhecido, da morte, da anestesia e da alteração da sua imagem corporal. Portanto, para ele o fato de ter a enfermagem disponível para ouvir e responder as dúvidas, orientar em relação ao preparo pré-operatório reduz significativamente a ansiedade apresentada neste período.

Desta maneira, para os pacientes que receberam orientações neste estudo mais da metade responderam que a orientação ajudou a diminuir a ansiedade, outros responderam que o mesmo transmitiu segurança, e ainda que ajudou a acalmar, minimizando dúvidas e sentimentos negativos.

Para Black e Matassarín–Jacobs (1996) o controle dos receios que o paciente apresenta podem suavizar a experiência pré-operatória, pois estes calmos, emocionalmente preparados para a cirurgia suportam melhor a anestesia e apresentam melhor evolução pós –operatória.

Levando-se em consideração estas informações, salienta-se a importância da equipe de enfermagem estabelecer prioridades em relação à assistência prestada, colocando a orientação do paciente como prioridade a ser realizada pelo enfermeiro.

Neste estudo, verifica-se que a medicação pré-anestésica foi pouco utilizada como cuidado no período pré-operatório, para a grande maioria da população de enfermeiros este cuidado é realizado às vezes no período que antecede a cirurgia, e na opinião deles o paciente sempre é orientado em relação ao motivo deste preparo, porém observa-se que a minoria deles que tomou esta medicação, tinha conhecimento do motivo da sua utilização.

Para Hoffer (1997) as pré-medicações devem ser dadas de 30 a 90 minutos antes da cirurgia, e ressalta que embora as mesmas são utilizadas comumente para aliviar a ansiedade e a preocupação do paciente, estudos demonstram que visitas realizadas pelos anestesistas e pelo enfermeiro no período pré-operatório, são mais importantes para aliviar estes sentimentos.

A verificação de sinais vitais foi um cuidado realizado em quase todos os pacientes. Para grande parte dos enfermeiros do estudo, a verificação dos sinais vitais é realizada sempre quando ele é admitido no hospital para o procedimento cirúrgico. Justifica-se este cuidado como sendo necessário para avaliar as condições físicas do paciente, devendo ser realizada em todos, logo após o internamento para o procedimento cirúrgico.

Durante o pré-operatório, a equipe cirúrgica deve ter conhecimento se o paciente que esta sendo submetido ao procedimento cirúrgico já apresentou alguma tipo de alergia, a fim de evitar complicações no trans-operatório. Em relação a este cuidado, menos da metade referiram que esta pergunta foi realizada, e para menos da metade foi feita pela equipe de enfermagem. Para Posso e Rossini (2005) a incidência de reações anafiláticas durante o ato anestésico, vem aumentando, desta maneira deve ser dada atenção especial a pacientes com história de reações alérgicas, informando a equipe cirúrgica sobre este dado.

Verificou-se que a tricotomia ainda é um cuidado realizado nas instituições de saúde, pela equipe de enfermagem, apesar do pouco tempo de internamento antes da cirurgia. Observa-se que na instituição A, a tricotomia é realizada tanto com gilete, tricotomizador e tesoura, porém o mais utilizado é o tricotomizador. Na instituição B é realizado com gilete e tricotomizador, no entanto na maioria dos pacientes foi utilizada a gilete. Nota-se que a mesma é realizada em até 2 horas antes da cirurgia, com também em até mais de 10 horas

antes do procedimento cirúrgico.

Para os enfermeiros a tricotomia é realizada, principalmente para seguir a prescrição médica, ou devido à cultura instituída pelos mesmos e pela instituição, não sendo questionado esta posição, evitando-se conflitos. Para os profissionais a orientação do motivo da realização da tricotomia sempre é realizado, sendo que este cuidado na opinião deles algumas vezes deixa o paciente constrangido. Observa-se neste sentido que para os enfermeiros a tricotomia é um cuidado que algumas vezes não agrada ao paciente.

Para Ribeiro Filho, Fernandes e Lacerda (2003) o Guia para prevenção de ISC do CDC (Center for Disease Control) recomenda que a retirada de pêlos seja feita quando estritamente necessária, e que quando deve ser realizada, que seja feita imediatamente antes da cirurgia, com aparelhos elétricos e com técnica adequada. Para Lacerda (2003), nos últimos anos, havia um consenso entre os profissionais da indicação da não retirada dos pêlos, mas ainda não esta fortemente documentada se a remoção de pêlos resulta em menor incidência de ISC, do que a não remoção.

Porém existe uma forte contra-indicação em relação à lâmina de barbear utilizada com maior frequência nas instituições em estudo, pois este ao ser utilizado provoca abrasões, inflamações foliculares e ainda cortes visíveis. Existe também uma preocupação em relação aos aparelhos utilizados que devem ser descartáveis ou desinfetados entre as tricotomias. Neste sentido existem vantagens na utilização de aparelhos elétricos, pois apresenta menor risco de ocorrência de solução de continuidade da pele (LACERDA, 2003).

Ainda com os resultados obtidos no estudo, verifica-se que alguns pacientes realizaram a tricotomia em casa. Neste caso, quando é feito no domicílio dele é absolutamente necessário que recebesse orientação pré-operatória de como realizá-la adequadamente, de um profissional.

Em relação ao banho, este foi um cuidado realizado para pouco mais da metade dos pacientes antes do procedimento cirúrgico. Entretanto, a metade destes o realizou no seu domicílio. O banho é considerado uma etapa do preparo cirúrgico da pele, porém Lacerda (2003) ressalta que a recomendação para este cuidado tem se mantido nos últimos anos, mas que ainda não foi comprovada cientificamente, no entanto esta sendo baseada em práticas coerentes de higiene e de controle de contaminação encontrada em recomendações de autores.

Verifica-se que quase a metade dos pacientes estava usando jóias quando internaram no hospital, sendo que destes quase na totalidade as jóias foram retiradas no quarto antes do procedimento cirúrgico, sendo orientados a retirar pela equipe de enfermagem.

Para a população de enfermeiros as jóias sempre devem ser retiradas, para evitar

lesões na epiderme, evitar perdas, devido à utilização do eletrocautério e por rotina estabelecida pela instituição devido à infecção. Para os enfermeiros o paciente se sente constrangido com a retirada das jóias, sendo que com a resposta deles verifica-se que para quase a totalidade este cuidado foi indiferente.

Várias são as justificativas utilizadas para o motivo da retirada das jóias no pré-operatório, como risco de garroteamento de dedo no caso de aliança, possibilidade de perda, e os riscos elétricos. Porém para Graziano (1998) quando o paciente solicita a não retirada das jóias como a aliança, basta uma cuidadosa lavagem das mãos como medidas de controle de infecção.

Menos da metade dos pacientes utilizavam a prótese dentária, sendo a dentadura a mais utilizada. Para a grande maioria destes foi solicitada a retirada da prótese pela equipe de enfermagem, indiferente da anestesia a ser realizada. A retirada da prótese pode causar um certo desconforto, porém para a metade deles, este cuidado não causou desconforto e se mostraram indiferentes ao procedimento.

Para os enfermeiros a prótese dentária sempre é retirada antes do paciente ser encaminhado para o centro cirúrgico. Os motivos relacionados foram devido à anestesia a ser realizada, devido à dificuldade da retirada em caso de emergência, para evitar problemas na hora da intubação, para manter vias aéreas livres, e por ser um protocolo estabelecido pelos anestesistas.

Para Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997), as próteses dentárias devem ser removidas, dada a possibilidade de deslizarem para as vias aéreas inferiores durante a indução anestésica. Para Potter e Perry (2002) as próteses devem ser retiradas pois podem facilmente se perder ou danificar durante a cirurgia, desta maneira elas devem ser removidas e guardadas em local seguro, incluindo as próteses dentárias, lentes de contato, aparelhos de audição e óculos.

A retirada dos óculos foi um cuidado realizado, para todos os pacientes que o utilizavam, antes de serem encaminhados para o centro cirúrgico. Para os enfermeiros, os óculos precisam ser retirados, para evitar complicações, perdas e danos durante o procedimento cirúrgico, por ser protocolo estabelecido pelo anestesista e por ser rotina da instituição. Para a minoria dos enfermeiros, este cuidado causa constrangimento ao paciente, sendo que apenas a minoria se sentiu desta forma com a retirada.

Silva (2005) salienta que o paciente quando vai para o centro cirúrgico, é privado do uso de certos aparelhos como óculos, aparelho auditivo, prótese dentária, entre outros. Para a autora é discutível a necessidade da retirada desses aparelhos, pois sua ausência pode limitar a

interação com a equipe cirúrgica, podendo esta interpretar que o paciente não interage bem com a equipe e com o meio ambiente, além de poder causar constrangimentos ao paciente.

A camisola cirúrgica utilizada nas instituições de saúde para encaminhar os pacientes para o centro cirúrgico tem o modelo de um avental, sem mangas com uma abertura que deve ser colocada nas costas, e que em algumas instituições são curtas. É utilizado para todas as idades independente do sexo.

Foi utilizada pela maioria dos pacientes que participaram do estudo, para serem encaminhados ao centro cirúrgico. Alguns foram de pijama, sendo encaminhados desta maneira pois muitas vezes as instituições não possuíam camisolas suficientes para todos.

Para a população de enfermeiros, o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico de camisola cirúrgica, por ser mais fácil de manusear no caso da necessidade de retirada da roupa, devido à utilização de aparelhos elétricos durante a cirurgia, pela facilidade na indução da anestesia e por ser rotina estabelecida pelo hospital.

Muitos pacientes se sentiram constrangidos com a utilização da camisola, desta forma se observa que existe a necessidade de estudos para avaliar a real finalidade deste, ou elaborar um novo modelo que propicie mais privacidade ao paciente, que o exponha menos, sendo mais comprida e com uma abertura menor nas costas, como também optar pelo uso do pijama que já é realizado em algumas situações. Nota-se que houve grandes avanços nas tecnologias cirúrgicas, porém observam-se poucos avanços nos últimos anos em relação ao modelo da camisola que são utilizados durante a cirurgia.

Para a grande maioria dos enfermeiros, o paciente é orientado em relação ao motivo da utilização da camisola cirúrgica, e a metade respondeu que os pacientes se sentem constrangidos com a utilização desta. Verifica-se assim que alguns enfermeiros sabem do constrangimento causado aos pacientes com o uso da camisola, assim a partir disso poderiam surgir alternativas em relação ao uso da camisola.

A retirada da roupa íntima é um cuidado que foi realizado para quase a totalidade dos pacientes, antes do encaminhamento ao centro cirúrgico. Em resposta obtida dos enfermeiros a roupa íntima sempre é retirada, sendo os motivos relacionados devido à rotina do hospital, exigência da equipe cirúrgica, utilização do eletrocautério durante o procedimento bem como facilitar a realização da sondagem vesical, quando esta é necessária.

Existem autores que citam a interferência da roupa íntima com o eletrocautério utilizado em cirurgias, porém Graziano (1998) comenta que ainda não existem estudos que esclarecem estes riscos.

Na opinião da grande maioria dos enfermeiros, os pacientes sempre são orientados

quanto ao motivo da retirada da roupa íntima, e acreditam que um pouco mais da metade se sentem constrangidos com este cuidado antes de encaminhados ao centro cirúrgico.

Verifica-se que os cuidados que causaram mais constrangimento aos pacientes foram à colocação da camisola e a retirada da roupa íntima. Para Pupulim e Sawada (2002), a enfermagem muitas vezes expõe o paciente, sem solicitar sua autorização, adotando uma postura autoritária. O paciente não questiona, porque na sua percepção é um cuidado necessário, porém pode demonstrar constrangimento, vergonha e embaraço.

Para Silveira (1997) desde criança aprende-se que expor o corpo não é apropriado, desta forma a nudez pode ser um fator que aumenta estresse e o sofrimento do paciente, que já apresenta fatores desencadeantes destes sentimentos devido a própria cirurgia. A autora ressalta que a enfermagem tem pouco discutido a questão da nudez, neste contexto ressalta a necessidade de fundamentação científica baseada em evidências, para verificar se existe a necessidade da retirada da roupa íntima em todas as cirurgias.

Observa-se que muitos cuidados de enfermagem realizados, que foram relacionados neste estudo, são justificados pelos profissionais enfermeiros por fazer parte da rotina da instituição ou por ser exigência da equipe médica. Destacamos assim Galvão (2002) que enfatiza que a enfermagem deve buscar bases científicas para todos os cuidados realizados, para não permanecer apenas no tecnicismo com bases em informações empíricas.

A retirada do esmalte das unhas é um cuidado que foi realizado na metade dos pacientes que a utilizavam, pode-se considerar que das pacientes que não retiraram, se deve ao fato do esmalte ser de cor clara, muito utilizada nos dias atuais, sendo permitida na rotina de algumas instituições.

Para a grande maioria dos enfermeiros, o esmalte de unhas e a maquiagem sempre devem ser retirados antes da paciente ser encaminhada ao centro cirúrgico. Os motivos relacionados pelos enfermeiros devido à retirada do esmalte foram pela utilização do oxímetro no trans-operatório, para melhorar a visualização do retorno venoso da paciente, e por fazer parte da rotina do hospital. Em relação à maquiagem, os motivos relacionados foram pelo fato da mesma atrapalhar a avaliação do sistema circulatório.

Black e Matassarini-Jacobs (1996) justificam que a retirada do esmalte é devido à utilização do oxímetro de pulsação (ainda que o dispositivo possa ler, com exatidão os níveis de saturação do oxigênio, através de esmaltes de cor clara).

Para Potter e Perry (2002) a remoção da maquiagem é exigida em algumas instituições, para que se possa examinar a pele e mucosas do paciente a fim de determinar seu estado de oxigenação e circulação.



O preparo gastrointestinal foi um cuidado pouco realizado, justifica-se pois o mesmo só é indicado quando as cirurgias envolvem de alguma maneira o aparelho gastrointestinal. O preparo tem por finalidade evitar o traumatismo acidental de alças intestinais nas cirurgias abdominais e pélvicas, além de facilitar a visão do campo operatório, e evitar o risco da liberação do conteúdo intestinal, ou contaminação acidental do peritônio pelas fezes (SMELTZER; BARE, 2002).

Para os enfermeiros a mesma é realizada só em algumas cirurgias, e os motivos citados foram relacionados para evitar contaminação do campo cirúrgico pelas fezes, para melhorar a visualização do campo operatório além de atender à prescrição médica.

Para mais da metade dos enfermeiros este preparo é realizado com fleet enema, e afirmam que os pacientes sempre são orientados antes da realização deste cuidado, porém com as respostas obtidas apenas um pouco mais da metade responderam que foram orientados.

Com as respostas dos enfermeiros, os pacientes às vezes se sentem constrangidos na realização deste preparo, porém para os pacientes que realizaram este cuidado mais da metade se sentiram indiferentes, apenas alguns relacionaram constrangimento e desconforto.

O jejum foi um cuidado realizado pela grande maioria dos pacientes. Mais da metade dos pacientes foram orientados em relação a este cuidado pelo profissional médico. A maioria dos pacientes permaneceu mais de 10 horas em jejum, sendo que este fato pode estar relacionado ao horário da realização das cirurgias no período matutino, assim os pacientes permanecem a noite e a manhã em jejum, até a hora da cirurgia.

O fato de este cuidado ser orientado pelo médico pode ser considerado pelo motivo de os pacientes internarem no dia da cirurgia, desta maneira já chegam ao hospital em jejum, previamente orientados pelo médico.

Todos os enfermeiros concordam que o paciente deve permanecer em jejum antes do procedimento cirúrgico, e o tempo de permanência para a metade deles é de 8 horas. Os motivos relacionados foram: evitar complicações com vômito e broncoaspiração. Observa-se em relação ao jejum que para os enfermeiros os pacientes são orientados sobre o motivo, porém em resposta obtida pelos mesmos apenas a metade deles tinham real conhecimento da justificativa do jejum.

Através de uma revisão bibliográfica realizada por Moro (2004), a principal finalidade do jejum pré-operatório é diminuir o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico. O autor aponta muitos estudos realizados em torno do jejum pré-operatório para substituir antigas orientações como “nada por boca após meia-noite”, por períodos menores de jejum no

pré-operatório, principalmente de líquidos permitindo mais conforto ao paciente. Algumas destas orientações são líquidos sem resíduos suspensão de 2 horas antes das cirurgias para todas as idades, dieta leve 6 horas de jejum e sólidos jejum por 8 horas.

Corroborando com o autor para Hoffer (1997) os pacientes adultos tradicionalmente devem ser mantidos em dieta zero por um mínimo de 4 a 6 horas antes da cirurgia eletiva, contudo menciona que um período mais curto de jejum de líquidos pode ser aceitável conforme pesquisas realizadas.

Nas duas instituições, verifica-se que a grande maioria dos pacientes foi encaminhada para o centro cirúrgico de maca, e conforme resposta de todos os enfermeiros estes devem ser encaminhados desta maneira. Este tipo de transporte utilizado para os pacientes é justificado para atender às normas e rotinas estabelecidas pela instituição, evitar alterações dos sinais vitais durante o percurso ao centro cirúrgico, além de evitar a exposição deles quando encaminhados com a camisola cirúrgica por ser aberta atrás e por motivo de segurança para o paciente.

Para Santos (2003), o paciente deve ser transportado de maca confortável, com proteção lateral e protegido com lençóis com a cabeceira da maca elevada, devendo ser acompanhado até a entrada do centro cirúrgico para que se sinta seguro e confiante.

Para um pouco mais da metade dos enfermeiros, o paciente é orientado em relação ao motivo do transporte, porém em resposta obtida por eles nota-se que poucos foram orientados sobre o motivo do transporte. Em relação ao sentimento apresentado, os enfermeiros responderam que os pacientes às vezes se sentam constrangidos em relação ao transporte, sendo que para a maioria deles este meio de transporte é indiferente.

Nesta pesquisa, verifica-se que o maior número internamentos seguido de cirurgias, foram por pacientes que tinham algum convênio de saúde. Desta maneira, muitos tiveram a oportunidade de ficar acompanhado de uma pessoa da família ou alguma pessoa próxima durante sua permanência no hospital. Com as respostas obtidas observa-se que para 50% dos enfermeiros não é realizada a orientação a família do paciente no período pré-operatório.

Atualmente muito se fala em envolver a família no cuidado realizado ao paciente, principalmente referente às orientações, que devem ser dadas inclusive a esta, para que possam participar da assistência de maneira positiva. Para Schneider (2004), o familiar deve ser envolvido na assistência orientando-os em relação às expectativas das cirurgias e ouvindo-os sobre a ansiedade e angústia apresentadas.

Para Souza (2003), os familiares devem receber orientações em relação ao tempo de permanência do paciente no centro cirúrgico, informando que permanecerá um tempo na sala

de recuperação pós-anestésica, para que o familiar não fique ansioso pela sua demora de chegada, bem como orientá-los sobre o estado que poderão encontrar no pós-operatório, com drenos, soros, sondas, sonolento, monitorizado entre outros.

Apesar de algumas falhas encontradas na assistência de enfermagem realizada no período pré-operatório pelos profissionais, observa-se que os enfermeiros atribuem importância ao preparo psicológico do paciente. A metade destes reconhece a importância das orientações, respondendo que na assistência ao paciente é necessário que o enfermeiro realize a sistematização da assistência, bem como alguns citaram a importância do preparo religioso e físico como a importância do ambiente confortável.

Através dos dados, nota-se que nas instituições pesquisadas não existe instituída a visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico. Silva (1987) descreve que o ideal é que a visita seja realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico, no intuito de detectar as necessidades do paciente e planejar a assistência.

Schneider et al. (2004) ressaltam a importância da visita pré-operatória realizada pela enfermagem, pois desta maneira a mesma pode utilizar as informações para preparar a equipe que assumirá o paciente no centro cirúrgico, assim tendo conhecimento das necessidades afetadas que possam vir a interferir no trans e pós-operatório.

Considera-se que devido ao pequeno número de enfermeiros que atuam nas instituições, tendo apenas um profissional em cada centro cirúrgico esta visita muitas vezes fica inviável ser realizada pelo enfermeiro deste setor nas instituições pesquisadas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro tem o papel de prestar assistência ao paciente, em todas as fases do processo cirúrgico. No período pré-operatório, realiza o cuidado visando ao preparo físico, psicológico e espiritual deste para que o procedimento cirúrgico transcorra da melhor maneira possível. O paciente cirúrgico apresenta, desconforto, ansiedade, stress físico e emocional antes da cirurgia, desta forma os cuidados de enfermagem devem ser realizados de maneira planejada individualmente, para que os sentimentos apresentados nesta fase não se intensifiquem, mas sejam amenizados.

A pesquisa realizada procurou focar os cuidados pré-operatórios realizados ao paciente cirúrgico pela enfermagem nas instituições participantes. Os cuidados realizados e considerados como físicos foram: verificação de sinais vitais, higiene, tricotomia, retirada de próteses, roupa íntima, jóias e esmalte de unhas, colocação da camisola cirúrgica, orientação do jejum, preparo gastrointestinal, medicação pré-anestésica e transporte do paciente ao centro cirúrgico.

Os cuidados como orientação sobre a cirurgia, sistematização da assistência de enfermagem, preparo psicológico e espiritual, além de acompanhamento da família foram realizados com pouca ou nenhuma frequência pelos enfermeiros.

Verifica-se que muitos pacientes desconheciam o motivo da realização dos cuidados realizados, não sendo orientados pelos profissionais em relação a justificativa antes de sua realização. Na maioria das vezes, foram os técnicos e auxiliares de enfermagem que realizaram os mesmos. Pode-se considerar que o enfermeiro pela necessidade, se envolvia mais com atividades administrativas, mantendo-se muitas vezes distante dos mesmos.

Esta ausência no cuidado direto com o paciente, possivelmente pode ser um fator que justifica o desconhecimento deles das diferenças existentes entre as classes da enfermagem, havendo uma indefinição de papéis no contexto da assistência nas instituições pesquisadas.

Os cuidados realizados e que deixaram os pacientes mais constrangidos foram: retirada da roupa íntima, utilização da camisola cirúrgica e retirada de prótese dentária, os demais não foram referidos pela maioria dos pacientes com percepções negativas.

A população de enfermeiros que participaram do estudo sugere por suas respostas que uma assistência de enfermagem com qualidade ao paciente cirúrgico não é realizada com a frequência desejada. Os motivos relacionados foram: a falta de profissionais, grande número de pacientes e pouco tempo de permanência do paciente no hospital antes da realização do procedimento cirúrgico. Verifica-se da mesma maneira que estes acreditam que alguns

cuidados de enfermagem realizados causam constrangimentos aos mesmos.

Os profissionais têm o conhecimento do motivo da realização de todos os cuidados de enfermagem realizados no pré-operatório. Porém para autores como Lacerda (2003); Galvão (2002); Galvão, Sawada e Rossi (2002) e Graziano (1998) alguns destes ainda estão sendo realizados conforme opiniões de autores ou através do conhecimento empírico, não havendo estudos científicos que possam evidenciar todos que são realizados.

Nesse sentido, considera-se que uma questão importante no trabalho da enfermagem seja o resgate da base científica nos cuidados realizados na fase pré-operatória, compreendendo a necessidade de determinadas técnicas para desenvolver os cuidados, conhecendo o paciente, sendo criativa em manter a técnica ou a flexibilidade quando a situação assim o permitir, para satisfazer a necessidades dos pacientes (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

Destacou-se neste estudo o pouco tempo existente entre o internamento e a cirurgia, momento em que a enfermagem dispõe para a realização dos cuidados no preparo do paciente, o que conseqüentemente torna inviável a realização de todas as etapas do processo de enfermagem, visando a um plano de cuidados individuais para cada paciente.

Neste contexto, é preciso avaliar com mais cautela a tendência de internações mais próximas do momento da cirurgia no que se refere a custos, riscos e benefícios. Como é necessário avaliar o número reduzido de profissionais enfermeiros que trabalham na instituição, pois estes fatores interferem diretamente na qualidade da assistência de enfermagem (LACERDA, 2003).

Entretanto se sabe da necessidade de melhorar a qualidade da assistência, sendo que para Adami e Yoshitomi (2003) a melhoria desta requer o envolvimento de todos os agentes das instituições de saúde, desde funcionários até a direção geral, além de mudanças na cultura organizacional, provisão adequada de recursos tanto humanos como materiais, desenvolvimento de pessoas como também a participação de usuários.

Para os autores Leloup e Hennezel (2003) este trabalho não é fácil, pois hoje em dia se pensa muito na efetividade, quando são valorizadas as técnicas, o fazer e tudo que gere rentabilidade e eficácia. A tecnologia e a ciência avançaram consideravelmente, mas o fator humano não acompanhou essa evolução. A hospitalidade deixou de ser uma questão importante para a instituição, que, ao investir nos elementos técnicos e tecnológicos, desumanizou-se. Muitos profissionais de saúde, como os enfermeiros participantes do estudo, identificam essa situação, pois não conseguem muitas vezes exercer sua função essencial que é o cuidado do paciente.

Nesta perspectiva, na busca de caminhos para mudanças, deve-se ter urgência em repensar o cotidiano do trabalho da enfermagem, seja na assistência prestada ao paciente e na academia, para diminuir a distância entre a teoria e a prática, buscando evidências científicas para evitar que os cuidados de enfermagem pré-operatórios sejam baseados em mitos, rituais e opinião de autores, porém sem distanciar-se das necessidades do paciente e do cuidado adequado.

Salienta-se desta maneira a importância de buscar continuamente o aprimoramento do processo de cuidar que requer competência, sistematização das ações de enfermagem com incorporação das evidências das melhores práticas.

Portanto não há como almejar a transformação sem um preparo de um novo profissional, que seja crítico e reflexivo, preparado para aprender, para que sua organização do trabalho seja realizada tendo como principal finalidade o paciente, e que seja diferenciado do modelo de trabalho de assistência funcional, através de normas e rotinas, que esbarra em enfoques tradicionais, e que algumas vezes conseguem bloquear a visão de um futuro mais promissor.

Na realidade atual das instituições de saúde, em que poucos recursos chegam às estas, ser profissional de enfermagem muitas vezes não é uma tarefa fácil, principalmente quando o trabalho realizado não é valorizado pelas instituições, quando a remuneração é baixa, quando o serviço a ser realizado é muito e mal distribuído, quando o número de pacientes a ser cuidado é maior que a possibilidade.

Mesmo assim se espera que os profissionais procurem cada dia aprimorar sua prática, melhorando o cuidado, dedicando mais atenção ao paciente, utilizando a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta para o planejamento de cuidados individualizados no período pré-operatório de acordo com cada realidade.

Os enfermeiros do presente e do futuro devem ser deste modo profissionais de alta competência técnica, com elevados conhecimentos científicos e que saibam estabelecer a ponte com a adequada realização dos seus cuidados.

Em relação ao paciente cirúrgico, talvez a enfermagem devesse buscar meios de realizar no período pré-operatório mediato, antes do internamento uma consulta de enfermagem, na instituição ou no domicílio, na qual possa realizar uma avaliação, orientá-lo sobre todos os passos do internamento em relação aos cuidados, esclarecer suas dúvidas, evitando que procure o conhecimento empírico com familiares e amigos, para que no dia da cirurgia possua conhecimento em relação aos cuidados pré, trans e pós-operatórios.

Pretende-se com este estudo, instigar a reflexões e sensibilizar ou penetrar nas idéias, hábitos, maneira de agir e pensar dos profissionais, para a necessidade de reconstrução de novas práticas bem como a instituição das mesmas, para que melhorias ocorram em favor dos pacientes, pois estes têm direito de ser atendidos de acordo com suas necessidades, recebendo uma assistência de enfermagem com qualidade.

Desta maneira, é desejável o prosseguimento deste trabalho, através de análise qualitativas para explorar melhor os sentimentos apresentados pelos pacientes, como o conhecimento em relação aos cuidados de enfermagem. E estudos quantitativos como qualitativos para analisar isoladamente os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório, para se que sejam estabelecidas evidências em relação a estes.

Na verdade cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização, e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

## REFERÊNCIAS

- ADAMI, N.P.; YOSHITOME, A.Y. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.1, p.52-56, 2003.
- ALCALÁ, M.U. et al. **Cálculo de pessoal**: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico Hospitalar de Urgência. São Paulo: São Paulo, 1982.
- AQUINO, C.P.; CAREGNATO, R.C.A. A percepção das enfermeiras sobre a humanização da assistência perioperatória. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.10, n.2, p.16-21, abril/jun. 2005.
- ARAÚJO, S.T.C. et al. A semiologia da expressão dos pacientes com feridas cirúrgicas no pós-operatório imediato. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 53-61, abr. 2004.
- ARCHER, E. et al. **Procedimentos e Protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ARRUDA, A.L.G. **O enfermeiro na educação de adultos em pré-operatório**: uma abordagem andragógica. Cuiabá, 1999. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado Interinstitucional CAPES/UFSC/UFMT.
- BACKES, M.T. et al. Apoio à decisão do paciente submetido à cirurgia. **Rev. Nursing**, v.70, n.7, março, 2004.
- BAGGIO, M.A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M.R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo diferença. **Rev. Gaúcha Enfem.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.122-139, jan. 2001.
- BLACK, J.M.; MATASSARIN-JACOBS, E. **Luckman e Sorensen. Enfermagem médico-cirúrgica**. Uma abordagem psicofisiológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes. 1999.
- BORK, A.M.T. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Gráfica COFEN; 2000.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 272/2004. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Disponível em < [http:// www.corenpr.org.br/legislacao/resolucao/272-2004.htm](http://www.corenpr.org.br/legislacao/resolucao/272-2004.htm)> Acesso em: 14 de agosto. 2006
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em < [http:// www.corenpr.org.br/legislacao/resolucao/293-2004.htm](http://www.corenpr.org.br/legislacao/resolucao/293-2004.htm)> Acesso em: 27 de out. 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de



outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Legislação:** Comitê de Ética. Curitiba: UFPR.

BRASIL. DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde (Brasil) . Disponível em < [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) Acesso em: 17 jul. 2006.

CARPENITO, L.J. **Diagnóstico de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 8.ed. Porto Alegre: Artemed, 2002.

CARRARO, T.E. **Enfermagem e assistência** – resgatando Florence Nightingale. 2.ed. Goiânia: AB, 1997.

CARRARO, T.E. Enfermagem: de sua essência aos modelos da assistência. In CARRARO T.E., WESTPHALEN M.E.A. **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 5 – 15.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COSTERNARO, R.G.S.; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

CRUZ, E.A.; SOARES, E. A tecnologia em centro cirúrgico e o processo de trabalho do enfermeiro. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.,** Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 109-115, abr. 2004.

DAVIS, C. **Clínica cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1970.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI N. P.; CUNHA I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v.59, n.1, p.84-8, 2006.

DURMAN, S. **Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em Hospital Geral.** Curitiba, 2000. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná. Mestrado Interinstitucional.

ERZINGER, A.R. **Enfermagem cirúrgica.** Curitiba: Tecla, 1984.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica.** São Paulo: Difusão, 2004.

FLÓRIO, M.C.S.; GALVÃO, C.M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.11, n.5, 630-637, sep./out. 2003.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade,** 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz Terra, 1977.

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

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: Pedagógica e universitária Ltda, 1991. p. 91-105.

GALVÃO, C.M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória.** Ribeirão Preto, 2002. 114 f. Livre-Docência (Tese). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GALVÃO, C.M.; SAWADA N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, 690-695, set./out. 2002.

GALVÃO, C.M.; SAWADA N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências da prática da enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, 549-56, maio./jun. 2004.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações.** 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

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

GRAZIANO, U.K. Desmistificando a prática do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico, relacionada ao controle e infecção hospitalar. **Rev. Nursing**, São Paulo, v.1, n.3, p.12-17, ago.1998.

HENSE, D.S.S. **Tendo que operar-se: experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade.** Florianópolis, 1987. Dissertação (Mestrado) – Curso de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

HOFFER, J.L. Anestesia. In: MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. **Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 134-167.

JORGETTO, G.V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I.E.M. Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.3, p.273-277, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/> . Acesso em 06 out. 2006.

JOUCLAS, V.M.G. et al. Qualidade do cuidado de enfermagem transoperatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.3, n.1, p.43-49, jan./jun. 1998.

KIRCHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Bras. de Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n.6, p.669-673, nov./dez. 2003.

LACERDA, R.A. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias.** São Paulo: Atheneu , 2003.

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

LASELVA, R.C. Sondas gástricas, enterais e urinárias. In BORK, A.M.T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação.** Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005. cap. 10, p. 234-290.

- LELOUP, J. Y.; HENZEL, M. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade.** 6 ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2003.
- LENARDT, M.H. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar.** Florianópolis, 2001.158 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- LEONI, G.L. **Autoconhecimento do enfermeiro na relação terapêutica.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.
- LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.
- LOPEZ, M.A.; CRUZ, M.J.R. **Centro cirúrgico.** Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
- MAGALHÃES. A.M.; JUCHEM, B.C. Atividades do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.102-121, jul. 2001.
- MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. **Alexander. Cuidados de enfermagem a pacientes cirúrgicos.** 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- MONTICELLI, M. A força do trabalho de enfermagem e sua inserção no sistema de alojamento conjunto. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.53, n.1, p.47-62, jan./mar. 2000.
- MORO, E. T. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. **Rev. Bras. Anestesiologia**, Campinas, v.54. n.2, p. 261-275, mar./abril. 2004.
- NETTINA, S.M. **Prática de enfermagem.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- NOGUEIRA, M.S. et al., Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Rev. Paul. Enferm.** São Paulo. v.12, n. 3, p. 107-111, set./dez. 1993.
- OGUISSO, T. (org.) **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** Barueri, SP: Manole, 2005.
- PASSOS, E.S. **De anjos a mulheres.** Ideologia e valores na formação de Enfermeiras. Salvador: EDUFBA, 1996.
- PINHO, A.M. **Qualidade total em enfermagem no centro cirúrgico.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.
- PITREZ, F.A.B.; PIONER, S.R. **Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada.** 2.ed. Porto Alegre: Artemed, 2003.
- POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POSSARI, F.P. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão.** São Paulo: Iátria, 2004.
- POSSO, I.P.; ROSSINI, R.C.C. Medicina perioperatória, avaliação pré-anestésica. **Prática**

**Hospitalar**, n. 38, mar./abril. 2005. disponível em : <<http://www.praticahospitalar.com.br/>> Acesso em: 11 de out. 2006.

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

PRÁ, L.A.; PICOLLI, M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, 2004. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/>> Acesso em 06 out. 2006.

PUPULIM, J.S.L.; SAWADA, N.O. O cuidado de enfermagem e a invasão de privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.3, p. 433-438, 2002.

RIBEIRO FIDELIS, N.; FERNANDES, A.T.; LACERDA, R.A. Infecção do sítio cirúrgico. In: LACERDA, R.A. **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.69 – 84.

RODRIGUES, M.S.P. A complexidade da interação enfermeira-enfermo. **Rev. Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.2, n.1, p.50-52 – jan./jun. 1997.

ROSA, I. B. ET AL. Percepções do paciente cirúrgico enquanto aguarda o momento de ser anestesiado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, (nº esp.), p. 75-84, 1991.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

SALES, A.S. **O cuidado de enfermagem: Uma visão fenomenológica do ser leucêmico**. São Paulo, 1997. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

SANTOS, N.C.M. **Centro cirúrgico e cuidados de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2003.

SANTOS, R.P. Estratégias educacionais para pacientes e famílias. In BORK, A.M.T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005. p. 55-91.

SCHNEIDER, J.F. et al. Saúde mental, o paciente e sua família. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.28, n.68, p. 233-242, set./dez. 2004.

SILVA, A.A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira do centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v.21, n.2, p.145-160, ago. 1987.

SILVA, M.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.B. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2.ed. São Paulo: E.P.U., 1997.

SILVA, M.J.P. **Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo. Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

SILVA, M.J.P. O aprendizado da linguagem não verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, S.P.: Manole, 2005. p.47-61.

SILVA, M.J.P.; GRAZIANO, K.U. A abordagem psicossocial na assistência ao adulto hospitalizado. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.30, n.2, p.291-6, 1996.

SILVA, W.V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. Bras. de Enferm**, Brasília (DF), v. 58, n.6, p.673-676, nov./dez. 2005.

SILVEIRA, M.F.A. Estar despido na UTI: duas percepções um encontro. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 449-459, dez.1997.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth – tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação anestésica e centro de material e esterilização. **Práticas Recomendadas**. 3.ed. São Paulo: SOBECC, 2005.

SOARES, B.G.O. Prática de enfermagem baseada em evidência. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2003. p. 3 – 13.

SOUZA, C.C.A. **Enfermagem Cirúrgica**. Goiânia: AB, 2003.

THOWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hermes, 1976.

WALDOW, V.R. Examinado o conhecimento na enfermagem. In: MEYER et. al., **Marcas de diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed. 1998.

ZAGO, M.M.F.; CASAGRANDE, L.D.R. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.4, p. 69-74, outubro 1997.

ZAGO, M.M.F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.27, n.1, p.67-71, 1993.

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS COM OS PACIENTES

#### **IDENTIFICAÇÃO**

*Data da entrevista:* \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo ( ) F ( ) M Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) separada

Escolaridade: ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo ( ) 2º grau incompleto  
( ) 2º grau completo ( ) 3º grau incompleto ( ) 3º grau completo ( ) mestrado

Ocupação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data do internamento: \_\_\_\_\_ Hora do internamento: \_\_\_\_\_

Dia da cirurgia: \_\_\_\_\_ Hora da cirurgia: \_\_\_\_\_

Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Cirurgias anteriores: ( ) sim ( ) não

Quais: \_\_\_\_\_ ha \_\_\_\_\_ anos

\_\_\_\_\_ ha \_\_\_\_\_ anos

\_\_\_\_\_ ha \_\_\_\_\_ anos

Convênio: ( ) SUS ( ) Convênio de saúde ( ) Particular

#### **CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

##### **1- Recebeu explicações sobre o que aconteceria durante a cirurgia e após:**

( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3não sabe

Sobre o que: ( ) 1procedimento cirúrgico ( ) 2 anestesia realizada ( ) 3ambiente cirúrgico

( ) 1risco cirúrgico ( ) 2cuidados no pós-operatório ( ) 3 data da alta

Quem realizou ( ) 1médico ( ) 2anestesista ( ) 3 enfermeiro ( ) 4 outro funcionário ( ) 5 outras pessoas

Como se sentiu ( ) 1diminuiu a ansiedade ( ) 2ficou mais calmo ( ) 3seguro ( ) 4indiferente

( ) 5 constrangido 6outro: \_\_\_\_\_

##### **2- Medicação pré-anestésica:**

Tomou: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 não sabe

Qual: \_\_\_\_\_

Quem orientou você a tomar ( ) 1médico ( ) 2 anestesista ( ) 3enfermeiro ( ) 4 funcionário do hospital

Sabe porque tomou: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3sabe empiricamente ( ) 4meio de comunicação

Como se sentiu em ter tomado: ( ) 1calmo ( ) 2 sonolento ( ) 3seguro ( ) 4bom

5outro: \_\_\_\_\_

##### **3- Sinais vitais**

Foi verificado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 não sabe

Quem verificou: ( ) 1auxiliar ( ) 2enfermeiro ( ) 3 médico

Foi explicado o motivo: ( ) 1sim ( ) 2não

Sabe explicar porque foi verificado: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3empiricamente ( ) 4 meio de comunicação

Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1indiferente ( ) 2constrangido ( ) 3preocupado ( ) 4invadido  
( ) 5desconfortável ( ) 6não gostou outro: \_\_\_\_\_

**4- Alergias**

Foi realizado perguntas em relação à alergia? ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 não sabe  
 Quem perguntou: ( ) 1 auxiliar ( ) 2 enfermeiro ( ) 3 médico ( ) anestesista  
 Foi explicado o motivo: ( ) 1 sim ( ) 2 não  
 Sabe explicar porque foi perguntado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 sabe empiricamente ( ) 4 meio de Comunicação

**5- Tricotomia**

Foi realizado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 não sabe  
 Aonde fez: ( ) 1 em casa ( ) 2 no hospital ( ) 3 no centro cirúrgico  
 Quem fez: ( ) 1 auxiliar ( ) 2 enfermeiro ( ) 3 médico ( ) 4 o paciente  
 Como: ( ) 1 gilete ( ) 2 barbeador ( ) 3 tesoura  
 Quantas horas antes da cirúrgica foi realizado: ( ) 2 h ( ) de 2 a 4 h ( ) de 4 a 6 h  
 ( ) de 6 a 8 h ( ) de 8 a 10 h ( ) + de 10h  
 Foi explicado o motivo da realização: ( ) 1 sim ( ) 2 não  
 Sabe explicar porque foi realizado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 empiricamente  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1 indiferente ( ) 2 constrangido ( ) 3 preocupado ( ) 4 invadido  
 ( ) 5 desconfortável ( ) 6 não gostou ( ) 7 bom outro: \_\_\_\_\_

**6- Preparo de pele (Banho)**

Foi realizado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 não sabe  
 Aonde fez: ( ) 1 em casa ( ) 2 no hospital  
 Quem orientou: ( ) 1 auxiliar ( ) 2 enfermeiro ( ) 3 médico ( ) 4 familiares ( ) 5 vontade própria  
 Quantas horas antes da cirúrgica foi realizado: ( ) 2 h ( ) de 2 a 4 h ( ) de 4 a 6 h ( ) de 6 a 8 h  
 ( ) de 8 a 10 h ( ) + de 10h  
 Foi explicado o motivo da realização: ( ) 1 sim ( ) 2 não  
 Sabe explicar porque foi realizado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 empiricamente  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1 indiferente ( ) 2 constrangido ( ) 3 preocupado ( ) 4 invadido  
 ( ) 5 desconfortável ( ) 6 não gostou ( ) 7 bom 8 outro: \_\_\_\_\_

**7- Retirada de jóias**

( ) não estava usando ( ) estava usando ( ) retirou em casa  
 Foi retirado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 não sabe  
 Local: ( ) 1 quarto ( ) 2 centro cirúrgico  
 Quem retirou: ( ) 1 auxiliar ( ) 2 enfermeiro ( ) 3 médico ( ) 4 iniciativa própria  
 Foi explicado o motivo: ( ) 1 sim ( ) 2 não  
 Sabe explicar porque foi retirado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 sabe empiricamente  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1 indiferente ( ) 2 constrangido ( ) 3 preocupado ( ) 4 invadido  
 ( ) 5 desconfortável ( ) 6 não gostou 7 outro: \_\_\_\_\_

**8- Retirada de próteses dentárias:**

Usa próteses dentárias: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) não estava usando  
 Qual tipo: ( ) 1 dentadura ( ) 2 ponte ( ) 3 outro \_\_\_\_\_  
 Foi retirado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 não sabe  
 Local: ( ) 1 no quarto ( ) 2 no centro cirúrgico  
 Quem solicitou a retirada: ( ) 1 auxiliar ( ) 2 enfermeiro ( ) 3 médico ( ) 4 iniciativa própria  
 Foi explicado o motivo: ( ) 1 sim ( ) 2 não  
 Sabe explicar porque foi retirado: ( ) 1 sim ( ) 2 não ( ) 3 sabe empiricamente ( ) 4 meio de comunicação  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1 indiferente ( ) 2 constrangido ( ) 3 preocupado ( ) 4 invadido  
 ( ) 5 desconfortável ( ) 6 não gostou 7 outro: \_\_\_\_\_



**9- Retirada de outras próteses:**

Faz uso de próteses: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) não estava usando  
 Qual: ( ) 1óculos ( ) 2lentes ( ) 3outra \_\_\_\_\_  
 Foi retirado: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3não sabe  
 Quem orientou ( ) 1auxiliar ( ) 2enfermeiro ( ) 3médico ( ) 4vontade própria  
 Sabe explicar porque foi retirado: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3sabe empiricamente ( ) 4meio de comunicação  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1indiferente ( ) 2constrangido ( ) 3preocupado ( ) 4invadido  
 ( ) 5desconfortável ( ) 6não gostou 7outro: \_\_\_\_\_

**10- Roupa que foi encaminhado ao centro cirúrgico:**

( ) tinha que retirar devido ao procedimento cirúrgico  
 ( ) camisola cirúrgica aberta ( ) 1camisola ( ) 2pijama ( ) 3sua roupa  
 Foi explicado porque: ( ) 1sim ( ) 2não  
 Sabe explicar porque: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3 sabe empiricamente  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1indiferente ( ) 2constrangido ( ) 3preocupado  
 ( ) 4invadido ( ) 5desconfortável ( ) 6não gostou outro: \_\_\_\_\_

**11- Retirada de roupa íntima:**

Foi retirado: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3não sabe  
 Quem retirou: ( ) 1auxiliar ( ) 2enfermeiro ( ) 3médico ( ) 4vontade própria  
 Foi explicado o motivo: ( ) 1sim ( ) 2não  
 Sabe explicar porque foi retirado: ( ) 1sim ( ) 2 não ( ) 3sabe empiricamente  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1indiferente ( ) 2constrangido ( ) 3preocupado ( ) 4invadido  
 ( ) 5desconfortável ( ) 6não gostou 7outro: \_\_\_\_\_

**12- Retirada de esmalte:**

Estava usando esmalte ( ) 1sim ( ) 2não  
 Foi retirado: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3não sabe  
 Quem retirou: ( ) 1auxiliar ( ) 2enfermeiro ( ) 3médico ( ) 4vontade própria  
 Foi explicado o motivo: ( ) 1sim ( ) 2não  
 Sabe explicar porque foi retirado: ( ) 1sim ( ) 2não  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1indiferente ( ) 2constrangido ( ) 3preocupado ( ) 4invadido  
 ( ) 5desconfortável ( ) 6não gostou 7outro: \_\_\_\_\_

**13- Foi realizado preparo gastrintestinal:**

Foi realizado: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3não sabe  
 Quem fez: ( ) 1auxiliar ( ) 2enfermeiro ( ) 3médico  
 Foi explicado o motivo da realização: ( ) 1sim ( ) 2não  
 Sabe explicar porque foi realizado: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3empiricamente  
 Como se sentiu em ter realizado: ( ) 1indiferente ( ) 2constrangido ( ) 3preocupado ( ) 4invadido  
 ( ) 5desconfortável ( ) 6não gostou 7outro: \_\_\_\_\_

**14- Jejum**

Estava em jejum antes da cirurgia: ( ) 1sim ( ) 2não ( ) 3não sabe  
 Quem orientou o jejum: ( ) 1auxiliar ( ) 2enfermeiro ( ) 3copa ( ) 4médico  
 ( ) 5outras pessoas ( ) 6iniciativa própria  
 Foi explicado o motivo do jejum: ( ) 1sim ( ) 2não  
 Quantas horas permaneceu em jejum ( ) 6 horas ( ) mais de 6 horas ( ) + de 10 horas  
 Como se sentiu: ( ) 1indiferente ( ) 2 desconfortável ( ) 3com fome  
 ( ) 4com sede ( ) 5não gostou

**15- Como foi encaminhado para o centro cirúrgico:**

Foi explicado o motivo:  1andando  2de maca  
 1sim  2não  
Sabe explicar porque foi desta forma:  1sim  2não  
Como se sentiu em ter realizado:  1indiferente  2constrangido  3preocupado   
4invadido  5desconfortável  6não gostou 7outro:\_\_\_\_\_

**16- Observações**

---

---

---

---

---

---

**APÊNCICE 2****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO EM ENFERMAGEM  
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Instituição de Saúde: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ | Sexo: \_\_\_\_\_ | Estado civil: \_\_\_\_\_

Ano de Graduação: \_\_\_\_\_ Faculdade/Universidade: \_\_\_\_\_

Curso de especialização: \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição que realizou o curso de especialização: \_\_\_\_\_

Quanto tempo trabalha no hospital: \_\_\_\_\_

Unidade que atua: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha na unidade cirúrgica: \_\_\_\_\_

Realizou alguma atualização nos últimos anos? Qual \_\_\_\_\_

1. Como deveria ser realizada a assistência de enfermagem ao paciente no período pré-operatório?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Qual o papel do enfermeiro frente a este cuidado:

---

---

---

---

---

---

---

---

3. O serviço viabiliza a realização da prática ideal no pré-operatório? Se não viabiliza quais são as causas:

---

---

---

---

---

---

---

---

**CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS NA ROTINA:**

4. Em relação aos cuidados realizados no período pré-operatório, existem normas e rotinas estabelecidas no hospital em que atua:

1( ) sim    2( ) não

Se existe quem estabeleceu estas normas e rotinas:

---

5. Os cuidados realizados são baseados na prescrição do médico no prontuário do paciente:

1( ) sempre    2( ) as vezes    3( ) nunca

Se forem baseados, quais os cuidados que o médico prescreve com maior frequência:

---



---



---



---

6. Os cuidados realizados são baseados no planejamento individual a partir do processo de enfermagem:

( ) 1 sempre    ( ) 2 as vezes    ( ) 3 nunca

Se forem realizados, quem realiza o planejamento ou prescrição:

---

7. Os cuidados são realizados:

1( ) igualmente para todos os pacientes

2( ) variam de acordo com o tipo de cirurgia

3( ) são realizados de acordo com o diagnóstico obtido com o processo de enfermagem

8. O que o profissional delega para a equipe de saúde?

---



---



---

9. Quem realiza os cuidados de enfermagem no período pré-operatório?

---

10. É dedicado algum tempo para com o paciente para realizar o preparo emocional:

1( ) sempre    2( ) as vezes    3( ) nunca

Se sim quem realiza este

preparo: \_\_\_\_\_

11. É realizado exame físico na admissão do paciente?

1( ) sempre    2( ) as vezes    3( ) nunca

Porque:

---

12. É verificado SSVV do paciente?

1( ) sempre    2( ) as vezes    3( ) nunca

Em que momento:

13. Em cirurgias nas quais a incisão é realizada no local que tem pêlos a tricotomia é feita:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

Se sim porque é

realizado: \_\_\_\_\_

Como é realizado:

\_\_\_\_\_

É solicitada a opinião do paciente se deseja ou não realizar a tricotomia:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

O paciente é orientado em relação ao motivo da realização da tricotomia:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

Ele se sente constrangido em realizar a tricotomia:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

14. É realizada medicação pré-anestésica:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

É orientado sobre o motivo do uso

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

Quais são as drogas mais utilizadas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. O paciente é encaminhado ao centro cirúrgico com que roupa:

1( ) camisola cirúrgica aberta      2( ) pijama do hospital      3( ) roupa do paciente

Porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O paciente é orientado em relação ao motivo da utilização da roupa:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

Ele se sente constrangido em colocar a roupa instituída pelo hospital:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

16. A roupa íntima dos pacientes é retirada:

1( ) em todos os pacientes      2( ) só em algumas cirurgias      3( ) não é retirada

Qual o motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O paciente é orientado em relação ao motivo da retirada:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

Ele se sente constrangido em retirar a roupa íntima:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

17. A prótese dentária do paciente é retirada?

1( ) sim      2( ) não

Porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O paciente é orientado em relação ao motivo de retirar:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca

Ele se sente constrangido em retirar a prótese dentária:

1( ) sempre      2( ) as vezes      3( ) nunca



1( ) sim          2( ) não          3( ) em algumas cirurgias  
Porquê? \_\_\_\_\_

Como é feito o preparo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O paciente é orientado em relação ao motivo:

1( ) sempre          2( ) as vezes          3( ) nunca

Ele se sente constrangido em realizar:

1( ) sempre          2( ) as vezes          3( ) nunca

24. De que forma o paciente é encaminhado para o centro cirúrgico:

1( ) andando          2( ) de maca          3( ) de cadeira de rodas

Porquê? \_\_\_\_\_

O paciente é orientado em relação ao motivo:

1( ) sempre          2( ) as vezes          3( ) nunca

Ele se sente constrangido:

1( ) sempre          2( ) as vezes          3( ) nunca

25. É realizada acompanhamento e orientação a família de paciente?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Além dos cuidados relacionados acima, ainda são realizados outros: Quais:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Na sua opinião quais os cuidados são imprescindíveis para uma boa assistência de enfermagem no período pré-operatório?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APÊNDICE 3****SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA**

Ponta Grossa, 18 de outubro de 2005.

À  
DIREÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL

Solicito, através deste, campo de pesquisa nesta instituição, para realizar coleta de dados junto aos pacientes no pós-operatório de cirurgias eletivas de ambos os sexos, para levantar aspectos relacionados aos procedimentos e cuidados de enfermagem realizados no pré-operatório.

A pesquisa a ser realizada faz parte do trabalho de dissertação, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, orientado pela professora Dr<sup>a</sup> Denise Siqueira Carvalho.

Sem mais aguardo a anuência desta instituição.

Atenciosamente,

---

Berendina Bouwman Christóforo  
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFPR.



**APÊNDICE 4****CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO****CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO DIRETAMENTE NA PESQUISA**

De: Diretor Clínico do Hospital

Ao: Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Senhor(a) Coordenador(a)

Estamos cientes e de acordo com a realização da pesquisa intitulada de “Necessidades do paciente cirúrgico: um estudo sobre procedimentos de enfermagem no pré-operatório” da Enfermeira, Aluna do Mestrado em Enfermagem, Berendina Bouwman Christóforo, no período de janeiro a fevereiro a maio de 2006 (4 meses). Desde que para iniciar a referida pesquisa, mediante carta de aprovação do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Ponta Grossa, 19 de outubro de 2006.

Atenciosamente,

---

DIRETOR CLINICO DO HOSPITAL

## APÊNDICE 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/ PACIENTES

Em atendimento a RESOLUÇÃO Nº 196/96 Ministério da Saúde

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Necessidades do paciente cirúrgico: um estudo sobre procedimentos de enfermagem no período pré-operatório”, que tem como objetivo analisar os procedimentos realizados na rotina dos pacientes cirúrgicos no período pré-operatório. Com isso poderemos atender melhor às necessidades das pessoas que se internarem para fazer cirurgias.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar-se, ou, se vier a participar, desistir quando quiser. Isso não prejudicará seu tratamento nem seu atendimento que estão assegurados.

As informações que você der poderão ser divulgadas em relatório ou publicação, sem que seu nome seja citado, garantindo-se o sigilo. Em vez de citar seu nome, usarei um código.

---

Eu, ....., li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para desistir da participação no estudo quando eu quiser, sem justificar minha decisão e sem que isso afete o meu tratamento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

Assinatura do paciente

---

Berendina Bouwman Christóforo

Pesquisadora responsável

COREN: 63.531 Tel: (42) 9981-4630

Ponta Grossa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

**APÊNDICE 6****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/ ENFERMEIROS**

Em atendimento a RESOLUÇÃO Nº 196/96 Ministério da Saúde

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e estou realizando uma pesquisa sobre as necessidades do paciente cirúrgico em relação aos cuidados de enfermagem no período pré-operatório, que tem como objetivo analisar os procedimentos realizados na rotina dos pacientes cirúrgicos no período pré-operatório, para efeitos de minha Dissertação de Mestrado. Para tanto aplicarei esta pesquisa entre os profissionais de enfermagem, sob orientação da Profª Denise Siqueira Carvalho.

Assim venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa, respondendo este questionário. Informo que a identidade dos(as) entrevistados(as) será mantido em absoluto sigilo, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação neste estudo é voluntária, você tem a liberdade de recusar-se, ou, se vier a participar, desistir quando quiser. As informações que você der poderão ser divulgadas em relatório ou publicação, sem que seu nome seja citado, garantindo-se o sigilo. Em vez de citar seu nome, usarei um código.

Gostaria de ressaltar a importância da sua participação no sentido de fornecer informações que possibilitarão o enriquecimento dos conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório para atender melhor às necessidades dos pacientes que se internarem para fazer cirurgias.

Atenciosamente,

---

Berendina Bouwman Christóforo  
Pesquisadora responsável  
COREN: 63.531/ Tel: (42) 9981-4630

---

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) sobre a natureza e o objetivo do estudo, concordo em participar da presente pesquisa. Para tanto expresso aqui o meu consentimento.

Ponta Grossa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006 .

---

Assinatura do profissional de enfermagem

