

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE –
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

**A VISÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO SOBRE A VISITA
PRÉ-OPERATÓRIA**

ANA PATRÍCIA GOMES VASCONCELOS

BELÉM
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE –
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

ANA PATRÍCIA GOMES VASCONCELOS

**A VISÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO SOBRE A VISITA
PRÉ-OPERATÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa Dinâmicas e Agravos das Doenças da Amazônia, para a obtenção do título de Mestre.

Orientação: Prof^ª. Dra. Mary Elizabeth de Santana

BELÉM
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do HUIBB / UFPA

Vasconcelos, Ana Patrícia Gomes.

A Visão do paciente cirúrgico sobre os cuidados de enfermagem na visita pré-operatória / Ana Patrícia Gomes Vasconcelos; orientadora Prof^ª Dr^ª Mary Elisabeth de Santana. _ 2013

69 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas, Fundação Osvaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia Belém, 2013.

1. Medicina de emergência. 2. Cuidados pré-operatórios. 3. Cuidados pré-operatórios. I. Santana, Mary Elisabeth de, *orient.* II. Título.

CDD 22. ed: 617.026

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE –
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

Autora: Ana Patrícia Gomes Vasconcelos

A VISÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO SOBRE A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Dissertação apresentada em:

Banca examinadora:

Orientador(a): Profª Dra. Mary Elisabeth de Santana

NOTA: _____

Profª Dra. Ilma Pastana Ferreira

NOTA: _____

Profª Dra. Jacira Nunes Carvalho

NOTA: _____

Profª Dra. Rosineide dos Santos Tavares

NOTA: _____

MÉDIA: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta vitória ao meu amado Paulo, marido, companheiro e amigo, que esteve ao meu lado desde início me fazendo acreditar que com dedicação e força de vontade tudo é possível.

AGRADECIMENTOS

Apesar da estrada para a construção da dissertação de mestrado parecer ser um caminho solitário, isso só foi possível pelo apoio de vocês:

A Deus que me deu sabedoria para realizar as escolhas certas, nunca me deixando sair do caminho do bem e da retidão.

Ao meu querido e amado marido Paulo Sérgio Vasconcelos, que sempre me apoiou nas minhas escolhas estando ao meu lado, compartilhando cada vitória alcançada.

À minha família fonte de inspiração da minha vida, em especial a minha mãe Tereza Gomes, minha tias amadas Nazaré Gomes e Socorro Gomes, que sempre estiveram e estarão ao meu lado em todos os momentos.

À minha orientadora Prof^a Dra Mary Elizabeth de Santana que aceitou participar deste momento e sempre trouxe palavras de confiança e calma quando tudo parecia impossível.

Às minhas amigas de turma e de trabalho Claudia Regina, Sônia André, Helena Branches, Socorro Viegas, Meib, Maria José e Ilma pelas conversas, gargalhadas e o compartilhamento das angústias.

À enfermeira Denise e sua equipe da clínica cirúrgica pela acolhida durante a realização da pesquisa.

À Secretaria de Saúde do Estado do Pará e ao Hospital Universitário João de Barros Barreto pela liberação para realizar esta pesquisa.

E, claro, aos pacientes, fonte de inspiração em busca de um conhecimento que nos ajude a alcançar uma assistência com mais qualidade.

A todos o meu muito obrigado pela ajuda de levar esta tarefa a bom porto.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff

RESUMO

VASCONCELOS, A.P.G. **A visão do paciente cirúrgico sobre a visita pré-operatória de enfermagem.** 2013. 55 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, 2013, Belém. Orientadora Prof^a Dra. Mary Elizabeth de Santana.

Este estudo teve por objetivo avaliar a visão do paciente cirúrgico sobre a visita pré-operatória de enfermagem realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico, submetidos a cirurgia no Hospital Universitário João de Barros Barreto. As bases conceituais utilizadas foram a sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório e a visita pré-operatória do enfermeiro de centro cirúrgico. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com análise quantitativa, utilizando uma técnica de entrevista com a aplicação de um formulário. O local de pesquisa foi o Hospital Universitário João de Barros Barreto. No estudo foram entrevistados 130 pacientes após cirurgia. Os métodos aplicados foram descritivos, onde os dados foram tabulados através do programa Microsoft Excel e todo o processamento estatístico se realizou sob o suporte computacional Epi-info, onde foram desenvolvidas tabelas e realizada análise crítica dos resultados. Os resultados obtidos foram predominância do sexo feminino, sendo representado por 61% (79). Dentre as cirurgias realizadas no período, a maior ocorrência foi a colecistectomia com 42% (54). Quanto à questão referente às informações no período pré-operatório os cuidados referentes ao ato cirúrgico e 54,62% (71) receberam VPOE realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico. A investigação confirmou que a realização da visita pré-operatória de enfermagem traz benefício ao paciente cirúrgico podendo ser possível sua adoção pelo serviço de enfermagem do centro cirúrgico, dentro da temática da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória. Enfermagem cirúrgica. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

VASCONCELOS, A.P.G. **The vision of the surgical patient on nursing care in the preoperative visit.** 2013. 55 pp. Dissertation (Masters) - Multidisciplinary Master's Program in Health and Society Endemic in Amazon's Oswaldo Cruz Foundation / Research Center Leonidas and Maria Deane, in partnership with the Federal University of Pará and Federal University of Amazonas, Belém City, 2013. Advisor Prof. Dr. Mary Elizabeth Santana.

This study intends to evaluate the surgical patient's view about the nursing pre-surgical visit made by the surgical center nurse, submitted to surgery at the University Hospital João de Barros Barreto. The conceptual bases used here were the nursing assistance systematization in the perioperative period and the pre-operative visitation from the surgical center nurse. It is a descriptive and exploratory study, with a quantitative analysis, using an interview technique applying a formulary. The place used for this research was the University Hospital João de Barros Barreto. In this study 130 patients were interviewed after surgery. The methods applied were description methods, which the data were tabulated through Microsoft Excel and the entire statistic processing happened under the computational support Epi-info, in which tables were developed and a critical analysis of the results was done. The obtained results were a predominance of the female sex, being represented by the 61% (79). Among the surgeries made in this period, the main occurrence was the cholecystectomy with the 42% (54). As about the question referred to the information in the pre-operative period, the care related to surgery and the 54, 62% (71) received VPOE made by the surgical center nurse. The investigation confirmed that the nursing pre-operative visitation realization brings benefit to the surgical patient being possible the adoption by the surgical center nursing service, inside the perioperative nursing assistance systematization theme.

Keywords: Perioperative nursing. Surgical nursing. Nursing care.

RESÚMEN

VASCONCELOS, A.P.G. **La visión del paciente quirúrgico en el cuidado de enfermería en la visita preoperatoria.** 2013. 55 f. Disertación (Maestría) - Máster Multidisciplinar del Programa de Salud y Sociedad endémica en la Fundación Oswaldo Cruz de Amazon / Centro de Investigación y Leonidas Deane María, en colaboración con la Universidad Federal de Pará y la Universidad Federal de Amazonas, Belém Consejero Prof. Dra. Mary Elizabeth Santana.

Este estudio tuvo por objetivo evaluar la visión del paciente quirúrgico sobre la visitación preoperatoria de la enfermería realizada por el enfermero de centro quirúrgico, submetidos a cirugía en el Hospital Universitario João de Barros Barreto. Las bases conceptuales utilizadas fueron la sistematización de asistencia de enfermeros en el periodo perioperatorio y la visita pre-operatoria del enfermero de centro quirúrgico. Se trata de un estudio del tipo descriptivo, exploratorio, con análisis de cantidad, utilizando una técnica de entrevista con la aplicación de un formulario. El local de pesquisa fué el Hospital Universitario João de Barros Barreto. En este estudio fueron entrevistados 130 pacientes después de cirugía. Los métodos aplicados fueron descriptivos, donde los datos fueron tabulados vía el programa Microsoft Excel y todo el processamiento estadístico se realizó sob el soporte computacional Epi-info, donde fueron desarrolladas tablas y realizada análisis crítica de los resultados. Los resultados obtenidos fueron predominancia del sexo femenino, representado por 61% (79). Dentre las cirurgías realizadas en el período, el más grande ocurrido fué la colecistectomía con 42% (54). Cuanto a la cuestión relacionada a las informaciones en el período pre-operatorio los cuidados referentes al acto quirúrgico y 54,62% (71) recibieran VPOE realizada por el enfermero del centro quirúrgico. La investigación há confirmado que la realización de la visitación pre-operatoria de la enfermería trae beneficio al paciente quirúrgico, pudiendo ser possible su adopción por el servicio de enfermería de centro quirúrgico, dentro de la temática de sistematización de asistencia de enfermería perioperatoria.

Palabras-claves: Enfermería perioperatoria. Enfermería quirúrgica. Cuidados de enfermería.

LISTA DE SIGLAS

AORN	Association of Perioperative Registered Nursing
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CTI	Centro de Terapia Intensiva
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiro de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-anestésica e Centro de Material e Esterilização
UFPA	Universidade Federal do Pará
UI	Unidade Intermediária
UR	Unidade de Recuperação
VPOE	Visita Pré-operatória de Enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia, quanto ao sexo e faixa etária no Hospital Universitário João de Barros Barreto	37
Tabela 2	Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia quanto ao estado civil, no Hospital Universitário João de Barros Barreto	38
Tabela 3	Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias quanto à escolaridade, no Hospital Universitário João de Barros Barreto	39
Tabela 4	Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias quanto à profissão e sexo, no Hospital Universitário João de Barros Barreto	40
Tabela 5	Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia quanto a procedência, por mesorregião, no Hospital Universitário João de Barros Barreto	41
Tabela 6	Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de cirurgia, no Hospital Universitário João de Barros Barreto	42
Tabela 7	Distribuição de pacientes submetidos à cirurgia, que receberam informações no período pré-operatório no Hospital Universitário João de Barros Barreto	43
Tabela 8	Distribuição das informações referidas pelos pacientes submetidos a cirurgias, quanto ao domínio segundo a NANDA no Hospital Universitário João de Barros Barreto	44
Tabela 9	Distribuição dos pacientes quanto as outras informações citadas pelos pacientes submetidos a cirurgia no Hospital Universitário João de Barros Barreto	45
Tabela 10	Distribuição dos pacientes ajudados pelas orientações submetidos a cirurgia no Hospital Universitário João de Barros Barreto	46
Tabela 11	Distribuição dos pacientes que receberam VPOE, submetidos a cirurgias no Hospital Universitário João de Barros Barreto	47
Tabela 12	Distribuição da contribuição da VPOE para o restabelecimento dos pacientes, submetidos a cirurgias no hospital Universitário João de Barros Barreto	48
Tabela 13	Distribuição dos pacientes que receberam VPOE e a avaliação da mesma, no Hospital Universitário João de Barros Barreto	48
Tabela 14	Distribuição da avaliação dos pacientes que receberam VPOE submetidos a cirurgia no Hospital Universitário João de Barros Barreto	50

Tabela 15	Distribuição das avaliações sobre VPOE, em pacientes submetidos a cirurgia no Hospital Universitário João de Barros Barreto	50
Tabela 16	Distribuição dos pacientes quanto a avaliação do serviço de enfermagem, submetidos a cirurgia no Hospital Universitário João de Barros Barreto	52
Tabela 17	Distribuição dos pacientes quanto a avaliação do entrevistador, aos pacientes submetidos a cirurgia no Hospital universitário João de Barros Barreto	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1.	APRESENTAÇÃO DO TEMA	14
1.2	JUSTIFICATIVA	16
1.3	OBJETIVOS	17
1.3.1	GERAL.....	17
1.3.2	ESPECÍFICO.....	17
2	BASES CONCEITUAIS	18
2.1	CENTRO CIRÚRGICO E A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR	18
2.2	VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	20
2.3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	25
2.4	DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	29
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	32
3.1	DELINEAMENTO.....	32
3.2	LOCAL	32
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA.....	34
3.5	COLETA DE DADOS.....	34
3.6	TIPO DE ANÁLISE	35
3.7	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	35
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5	CONCLUSÕES.....	54
	REFERÊNCIAS.....	57

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
APÊNDICE B –INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	65
ANEXO PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) é um importante instrumento de apoio ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro de centro cirúrgico e tem por finalidade conhecer o paciente cirúrgico e suas individualidades, e ajuda no próprio serviço no sentido de viabilizar melhor assistência de enfermagem de forma sistematizada, compreendendo todas as etapas do processo cirúrgico vivenciado tanto pelos profissionais que irão com sua ação propiciar de certa forma a tranquilidade do próprio paciente, da sua família, bem como de todos os envolvidos direta ou indiretamente neste processo.

Desenvolvendo minhas atividades assistenciais no centro cirúrgico de um Hospital Universitário, percebi que durante este tempo a visita de enfermagem no período pré-operatório ainda acontece de forma incipiente e é implementada de forma esporádica pelos enfermeiros do centro cirúrgico, não sendo aplicada a todos os pacientes que irão submeter-se a cirurgias mesmo estando contemplada na rotina institucional, o que nos leva a fazer uma reflexão em torno de nossa prática cotidiana. Surge, então, a ansiedade do fazer profissional, no sentido de como melhorar a nossa prática e de que forma ela irá influenciar numa melhor construção da atuação profissional, para a satisfação da necessidade dos pacientes e familiares. De modo que, podemos perceber que a visita pré-operatória de enfermagem é uma ferramenta de suma importância para o paciente e sua família, e para o enfermeiro que o recepcionará no centro cirúrgico.

Partindo desse pressuposto, o enfermeiro deve sistematizar sua assistência, de forma coletiva ou individual, por meio de aplicação do processo de enfermagem, visando às práticas desenvolvidas pela equipe, e também possibilitando um número maior de informações acerca dos pacientes para subsidiar a equipe multidisciplinar. Almeida (2009) entende ser a sistematização da assistência de enfermagem a melhor forma de tornar o trabalho da equipe de enfermagem eficiente e eficaz.

A temática da enfermagem perioperatória está inserida na diversidade de funções desenvolvidas pela enfermagem durante todo o procedimento cirúrgico, ao qual o paciente é submetido, e ainda mostra ser um processo sistemático e planejado, com uma série de passos interligados, seguindo um roteiro para assegurar ao paciente uma assistência adequada e individualizada, tendo um papel ativo na abordagem desse paciente, contribuindo assim para melhor recuperação, bem como para adaptação a todas as fases da experiência cirúrgica, (LADDEN, 1997; MONTEIRO, 2010).

Christóforo e Carvalho (2009) ainda ressaltam que o cuidado prestado durante o período pré-operatório deve ser planejado de acordo com a individualidade de cada paciente, baseado em evidências científicas e determinado pelo estado de saúde do paciente, tipo de cirurgia, rotina implementada pela instituição, tempo disponível entre a internação e a cirurgia e as necessidades particulares atendidas.

A aplicação da visita pré-operatória de enfermagem consiste em uma atividade do enfermeiro que possibilita uma interação efetiva na qual poderá detectar, solucionar, e, quando necessário, encaminhar os problemas enfrentados pelo paciente aos demais profissionais habilitados para solucioná-los, resultando assim na satisfação do mesmo, pois este passa a conhecer todos os desconfortos oriundos dos procedimentos anestésicos cirúrgicos, tornando com isso o cuidado ofertado de maior qualidade (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002; PICOLLI; GALVÃO, 2004).

As autoras acima compreendem ainda que a enfermagem durante o período pré-operatório pode buscar junto ao paciente e sua família informações relevantes para o processo e compartilhá-las com a equipe cirúrgica em benefício do paciente. Consideram ser a visita pré-operatória de enfermagem um recurso utilizado a fim de oferecer uma assistência de enfermagem com qualidade, conseqüentemente, atingindo com este instrumento um diagnóstico de enfermagem mais preciso, o que certamente irá propiciar ao paciente todas as informações necessárias às suas especificidades, fornecendo-lhe orientações numa linguagem que os mesmos possam decodificar.

Possibilitar maior atenção quanto ao seu cuidado durante todo o período perioperatório, diminuindo com isso possíveis erros durante o procedimento cirúrgico, tornando toda a experiência cirúrgica vivenciada pelo paciente mais segura e tranquila, tanto para ele quanto para sua família, portanto quanto maior o entendimento das informações por parte do paciente, menor será sua ansiedade em relação à intervenção cirúrgica e, conseqüentemente melhor será sua recuperação (KRUSE *et al*, 2009), o que ao mesmo tempo trará maior êxito por parte da equipe de enfermagem, culminando com o reconhecimento profissional e social da enfermagem, bem como a responsabilidade por suas práticas e o cumprimento de suas atribuições.

Para Santos *et al* 2011os pacientes relatam que a realização das orientações pré-operatórias trouxe a manifestação dos sentimentos de tranquilidade, bem estar, otimismo e diminuição do medo e ansiedade, trazendo com isso a realização rápida dos exercícios respiratórios, contribuindo assim para uma recuperação mais rápida e com índice menor de complicação.

Afirmam ainda que a realização da orientação pré-operatória individualizada influenciou na melhoria da qualidade de vida do paciente cirúrgico, diminuindo o medo e a ansiedade e prevenindo complicações no pós-operatório imediato, aumentando a confiança do paciente no enfermeiro e conferindo maior satisfação profissional (SANTOS *et al*, 2011).

1.2 JUSTIFICATIVA

Durante esse aproximadamente nove anos de atuação profissional no Hospital Universitário João de Barros Barreto, mais especificamente no serviço de cirurgia, podemos observar o quanto a enfermagem conseguiu conquistar uma maior valorização e melhorar o cuidado prestado ao paciente e em especial ao paciente cirúrgico.

O interesse pelo tema proposto vem justamente pelo fato de atuar no centro cirúrgico e perceber a falta de informação dos pacientes em relação ao ato anestésico-cirúrgico ao qual seriam submetidos. A VPOE é importante para o paciente cirúrgico, pois ajuda a sanar dúvidas, diminuindo a ansiedade e o medo, trazendo maior segurança e colaborando para a efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), cuja finalidade é proporcionar uma assistência integral e individualizada ao paciente cirúrgico.

É na fase pré-operatória que podemos estabelecer um vínculo maior com este paciente, podendo esclarecer-lhe quanto a suas dúvidas, diminuindo seus receios e medos em relação àquilo que lhe é desconhecido, buscando prepará-lo para que haja um processo mais natural de colaboração e confiabilidade durante todo o período em que o mesmo permaneça internado. Tal preparo pode nos levar à realização de um trabalho de assistência trans operatória com maior qualidade, o que provavelmente, possibilitará maior sucesso em relação à recuperação e cura.

A visita pré-operatória é relevante e envolve a influência mútua e o processo de comunicação e confiança entre enfermeiro e paciente. É ainda um fator amenizador do medo e da ansiedade que os pacientes apresentam frente às cirurgias, ajudando-os a perceber melhor o processo ao qual serão submetidos, bem como um conhecimento maior a respeito de sua doença e os aspectos emocionais que acontecem junto com a doença, tais como, ansiedade, medo, mitos, enfim, fazer com que o paciente aceite melhor o seu estado de doença e encare o seu problema (SOUSA *et al*. 2010).

Picolli e Galvão (2004) reforçam que a visita pré-operatória de enfermagem é parte fundamental do processo de enfermagem, pois é através dos dados coletados, da avaliação física e das percepções não verbais verificadas neste momento que o enfermeiro terá subsídios para o desenvolvimento da assistência sistematizada.

Portanto, as razões para a realização desta pesquisa, como já citadas, são: além do fato de desenvolver atividades profissionais como enfermeira assistencial de centro cirúrgico, a necessidade de implementação da assistência de enfermagem perioperatória tendo como principal foco deste a realização da visita pré-operatória de enfermagem, as necessidades apresentadas pelos pacientes cirúrgicos e a amenização dos temores sentidos pelos pacientes e familiares.

Diante desse contexto é que se procurou elaborar a seguinte questão norteadora: a partir a visão do paciente cirúrgico, a visita pré-operatória de enfermagem traz benefícios?

É a partir deste questionamento que iremos desenvolver o nosso trabalho no sentido de perceber a importância de tal procedimento para a realização da atividade cirúrgica fundamentando os profissionais que estarão envolvidos no processo, bem como dar condições de conforto e tranquilidade, tanto para pacientes quanto para os seus familiares.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GERAL

Avaliar se na visão do paciente cirúrgico a visita pré-operatória de enfermagem traz benefícios.

1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no HUIBB.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 CENTRO CIRÚRGICO E A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Na antiguidade, o corpo humano era considerado um mistério para os cirurgiões, levando-os a adotar o tratamento clínico como uma forma no processo de cura, devido ao temor dos médicos em operar os doentes. Os primeiros centros cirúrgicos apareceram junto com a história da medicina e cirurgia, os cirurgiões geralmente não passavam por uma academia, mas sim pela prática. A cirurgia era retratada como uma prática rebaixada e profana, pois ao contrário dos clínicos de “mãos limpas” tratavam com carne decadente. Os pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos tinham que suportar a dor, as hemorragias e infecções geradas pelo tratamento (POSSARI, 2009).

Desde os primórdios das cirurgias realizadas pelos “cirurgiões barbeiros” marcados pelas amputações, a enfermagem em centro cirúrgico esteve presente, provendo auxílio para as cirurgias na observação dos pacientes e na limpeza do ambiente (SOBECC, 2009).

Essa preocupação foi descrita por Florence Nigthingale, que preconizou as boas condições ambientais como fator importante para o reestabelecimento da saúde e que as enfermeiras deveriam estar submetidas a uma forte organização disciplinar. Bem como a importância de um corpo de conhecimento próprio da profissão, conseguido através da utilização de um método científico (CARVALHO; BIANCHI, 2007; FONSECA, 2008; BARROS; LOPES, 2010).

Os primeiros centros cirúrgicos surgiram na antiguidade com a finalidade de facilitar o desenvolvimento do trabalho da equipe médica, sendo na era moderna a ocorrência da centralização das salas de cirurgias e áreas comuns. Atualmente, o centro cirúrgico é caracterizado como um sistema sociotécnico estruturado, administrativo e psicossocial localizado dentro de uma estrutura hospitalar (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

O centro cirúrgico é considerado uma das áreas mais complexas dentro da organização hospitalar, devido a sua estrutura de alta tecnologia, tanto aos recursos materiais quanto aos recursos humanos, pela sua especificidade, presença constante de estresse e possibilidade de risco à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica (CARVALHO; BIANCHI, 2007; POSSARI, 2009).

Na década de 60 a enfermagem em centro cirúrgico era voltada predominantemente para a instrumentalização, ao atendimento das equipes cirúrgico-anestésicas, assim como as

ações de previsão e provisão para o desenvolvimento do referido ato. Entretanto, foi com o advento de novas tecnologias e instrumentais que as cirurgias tornaram-se mais complexas, envolvendo as diversas especialidades, levando o enfermeiro perioperatório a coordenar a assistência ao paciente cirúrgico, de forma que atenda às necessidades do paciente e da família baseada no conhecimento científico (FONSECA, 2008).

A forma de atuar das enfermeiras no centro cirúrgico deve-se ao surgimento da especialidade em 1889, nos Estados Unidos da América, onde houve uma necessidade da equipe médico-cirúrgica em ter um profissional para preparar o ambiente cirúrgico, auxiliar a equipe médica e orientar estudantes de enfermagem. Culminando com a consolidação da atuação do enfermeiro, fortemente influenciada pela criação e pelo trabalho da *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN), que tem como missão a unificação da prática de enfermagem perioperatória, proporcionando educação e recomendando padrões para o cuidado ao paciente cirúrgico, promovendo a excelência da prática de enfermagem perioperatória, assumindo a meta de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico. (CARVALHO; BIANCHI, 2007, GRITTEM, 2006, GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002)

No ano 1975, a AORN publica os padrões de enfermagem em sala de operação com o intuito de organizar a assistência de enfermagem perioperatória e em 1978 define o papel do enfermeiro de centro cirúrgico, desenvolvendo as atividades nas fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (FONSECA, 2008). No Brasil não foi diferente, a prática de enfermagem em centro cirúrgico, teve início para atender às necessidades da equipe médica, de maneira muito informal, quando a preocupação maior era em relação ao preparo dos materiais e equipamentos (PICOLLI; GALVÃO, 2004).

Atualmente, as recomendações práticas, a promoção e divulgação da enfermagem perioperatória acontecem pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), promovendo eventos de atualização e publicações científicas de enfermagem perioperatória. (SOBECC, 2009).

Grittem (2007) e Carvalho e Bianchi (2007) observam que, não obstante os avanços, a publicação da revista semestral da SOBECC e as recomendações da AORN em relação à adoção de um modelo de assistência para nortear as ações dos enfermeiros de centro cirúrgico, a maioria das instituições hospitalares ainda não conseguiu incorporar uma metodologia de assistência, com estruturação de todas as etapas do processo de enfermagem para orientar as práticas das enfermeiras durante o período perioperatório.

A enfermagem carregou o estigma da praticidade durante muito tempo, vista por muitos profissionais atuantes em outras áreas, como um saber técnico. A crença atual está na implantação da assistência sistematizada como um caminho para a atuação profissional da área, utilizando o processo de enfermagem como base da sustentação da sistematização da assistência de enfermagem (PICOLLI; GALVÃO, 2004).

A busca por uma assistência com qualidade voltada para as reais necessidades de cada paciente deve corresponder à importante meta dos profissionais de enfermagem. (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

Como podemos perceber, a evolução da enfermagem cirúrgica aparece sempre atrelada ao desenvolvimento da medicina, às quais cabia a mesma responsabilidade pelo controle dos materiais utilizados, limpeza do ambiente e cuidado com os pacientes. A partir da Revolução Industrial e com o surgimento de novas tecnologias, a enfermagem percebeu que necessitava especializar-se e rever seu modo de atuação no sentido de sua profissionalização, o que culminou como aparecimento de associações das mais variadas, dentre elas, grupos que passaram a pensar o fazer da enfermagem perioperatória, surgindo dentre essas necessidades a realização da visita pré-operatória de enfermagem como uma ferramenta de auxílio para a SAEP.

2.2 VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (VPOE)

A visita pré-operatória de enfermagem é a primeira etapa da sistematização da assistência perioperatória, pois é nela que atuamos de maneira expressiva, individualizada, proporcionando ao paciente cirúrgico atenção e principalmente orientações sobre o ato anestésico-cirúrgico e outros questionamentos que se fizerem necessários. Proporcionar o bem-estar de todos os pacientes e familiares no perioperatório é o objetivo de todos os profissionais que atuam no centro cirúrgico.

Fonseca (2008) entende que a VPOE propicia ao enfermeiro, ao paciente e à família um contato prévio com o centro cirúrgico, podendo diminuir a ansiedade tanto do paciente quanto da família, possibilitando a oportunidade de realizar a orientação sobre o ato anestésico-cirúrgico, bem como no pós-operatório.

Dias e Oliveira (2001) revelam ser a visita pré-operatória de suma importância, pois permite uma assistência de enfermagem individualizada e qualificada, diminuindo com isso o nível de estresse, ansiedade e medo, possibilitando o esclarecimento das dúvidas por parte dos pacientes, quanto ao ato anestésico cirúrgico, bem como realizar o planejamento das

intervenções levando a continuidade nos cuidados em todas as fases da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória.

As mesmas autoras entendem que mesmo sendo a VPOE um benefício para o paciente, ainda existem dificuldades para a realização das mesmas, em detrimento a outras funções desempenhadas pelos enfermeiros, dentre elas estão: a sobrecarga de atividades burocráticas, o quantitativo de profissionais enfermeiros e a falta de comunicação entre os profissionais das diferentes clínicas. O enfermeiro do centro cirúrgico tem um papel importante em todo o processo de desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, pois além da satisfação profissional de interagir com o paciente, garante um papel específico do enfermeiro no sentido de prestar assistência continuada, individualizada e específica com qualidade.

Galvão, Sawada e Rossi (2002) afirmam que a visita pré-operatória de enfermagem é o início da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, sendo este procedimento indispensável para o preparo físico e emocional do paciente. Consiste em uma atividade do enfermeiro o que possibilita uma interação efetiva, sendo que este profissional poderá detectar, solucionar e, quando necessário, encaminhar os problemas enfrentados pelo paciente. O processo de enfermagem pode ser empregado como metodologia assistencial pelo enfermeiro com a finalidade de planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem necessários ao paciente cirúrgico.

Torna-se importante também a implementação da prática baseada em evidências, para que o enfermeiro perioperatório consiga um desempenho satisfatório, implicando na necessidade de um ambiente organizacional que proporcione recursos para as discussões necessárias entre os profissionais da assistência, sobre a viabilidade das mudanças que se apresentem. As autoras ainda colocam que essa abordagem da prática baseada em evidência contribuirá para a melhoria do desenvolvimento da enfermagem, deixando de ser baseada em tradição, rituais e tarefas, transformando-se em uma prática reflexiva onde o conhecimento científico promove a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Do mesmo modo, Prá e Picolli (2004), ressaltam que uma das formas de planejamento das atividades, cujo objetivo é prestar uma assistência integral e sem traumas, pode ser realizado através da visita pré-operatória de enfermagem. As autoras refletem sobre a importância da mesma para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, com o intuito de alcançar uma assistência de enfermagem completa ao paciente cirúrgico.

As autoras relatam ainda ser a visita pré-operatória uma das formas de manter um vínculo entre o paciente e a equipe cirúrgica, reduzindo assim o medo e a ansiedade, esclarecendo dúvidas e levantando dados relevantes ao período transoperatório e que podem influenciar na recuperação pós-operatória. Percebem que, ainda que os pacientes possuam a mesma patologia, o modo de como esta se manifesta é distinta de pessoa para pessoa, bem como a forma de encará-la, e que os pacientes apresentavam inúmeras dúvidas, quanto à patologia, aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos e ainda sobre a própria vida, sendo que a simples presença de alguém para ouvir e permitir que expressassem seus sentimentos proporcionava conforto em pelo menos alguns instantes.

Prá e Picolli (2005) também destacam a importância de se utilizar um modelo conceitual para fundamentar a sistematização da assistência de enfermagem, possibilitando, assim, observar a complexidade que envolve o paciente cirúrgico e o processo de assistência de enfermagem perioperatória. A partir da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, o enfermeiro pode pôr em prática as intervenções fundamentadas em princípios científicos, e a participação do paciente e família deve ocorrer do início ao fim deste processo terapêutico. Destacam a importância da visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico, mas faz-se necessário que este profissional incorpore no seu dia-a-dia a utilização de um instrumento de coleta de dados, para possibilitar a identificação dos diagnósticos de enfermagem, que forneçam subsídio para o planejamento, promovendo assim a melhoria da prática profissional e como resultado o paciente terá assistência integral, individualizada e principalmente humanizada.

Silva e Nakata (2005) nos mostram outra face no período pré-operatório onde evidenciaram que a maioria dos pacientes estudados não recebeu orientação adequada sobre suas cirurgias, não tiveram apoio necessário da equipe de saúde, tendo os pacientes, apresentado ansiedade e sofrimento diante do desconhecido e do que haveriam de enfrentar durante a internação. O período pré-operatório é o mais adequado para o relacionamento interpessoal, pois é quando o enfermeiro aprofundará o preparo emocional do paciente em face às suas ansiedades quanto à cirurgia. As autoras percebem que a equipe de saúde não está valorizando o ser humano como principal objetivo da profissão, deixando a desejar quanto ao processo de humanização.

Chirveches *et al.* (2006) demonstram que a visita pré-operatória de enfermagem, reduz a ansiedade, melhora a satisfação com o processo de atendimento cirúrgico, melhora o bem-estar dos pacientes no pós-operatório, é útil para a eficácia do trabalho desenvolvido pela enfermagem cirúrgica e não altera a percepção da dor aguda no pós-operatório. Não houve

diferença significativa quanto à percepção da dor aguda. Os autores sugerem no estudo que esse tipo de atividade de enfermagem deveria ser implantado em todo tipo de centro cirúrgico.

Grittem *et al.* (2006) evidenciaram que o profissional enfermeiro percebe a importância da realização da visita pré-operatória de enfermagem, que esta é uma atividade privativa do enfermeiro, mas existem dificuldades em operacionalizá-la, em detrimento a outras funções administrativas e assistenciais concomitantes, comprometendo assim a realização da mesma. Apesar dos inúmeros benefícios advindos com a realização da visita pré-operatória, um dos obstáculos para a sua realização é a falta de um conhecimento teórico-prático do profissional enfermeiro. Ressaltam ainda que a visita pré-operatória de enfermagem é um procedimento ou recurso de que o enfermeiro de centro cirúrgico dispõe para angariar dados acerca do paciente que irá submeter-se a cirurgia, por meio dela detectam-se problemas ou alterações relacionadas aos aspectos biopsicossocioespirituais do paciente e planeja a assistência de enfermagem a ser prestada no período perioperatório, garantindo assim uma assistência de qualidade, que considere o paciente em sua individualidade (GRITTEM *et al.*, 2006).

Santos *et al.* (2007) concluíram que os pacientes oncológicos, ao se submeterem a procedimentos cirúrgicos, compreendem-no de várias formas. Todos os fatores inerentes aos procedimentos cirúrgicos influenciam de maneira significativa no procedimento anestésico-cirúrgico e na recuperação do paciente. No que diz respeito aos aspectos emocionais, todos os fatores se interrelacionam, principalmente o medo e a ansiedade, e estes, por sua vez, influenciam diretamente na capacidade do paciente em absorver informações, alimentando com isso o conhecimento deficiente.

Também consideram que a visita pré-operatória de enfermagem realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico contribui para amenizar os traumas emocionais que os pacientes possam sofrer por meio do esclarecimento de suas dúvidas, podendo ser estabelecida uma relação de confiança entre o profissional e o paciente (SANTOS *et al.*, 2007).

Quanto ao estudo de Kruse *et al.* (2009), os mesmos revelam que, dos pacientes entrevistados, pouco se lembram das orientações recebidas pela enfermeira, porém afirmam que estas os ajudaram no enfrentamento da cirurgia e alguns fatores justificam esses achados, como: a ritualização da orientação da enfermeira, o que gera a falta de individualização deste procedimento, a linguagem técnica utilizada, que por muitas vezes pode não ser entendida. Para as autoras, os discursos e as práticas de orientações pré-operatórias realizadas pela enfermeira pouco mudaram nas últimas décadas, quando comparadas com os achados na

literatura, permanecendo o mesmo modo de orientar e, por consequência, as mesmas falhas. Além disso, os medos e os recuos dos pacientes no enfrentamento da cirurgia seguem os mesmos, apesar de todos os recursos das novas tecnologias.

Portanto, a orientação verbal pode ser efetiva, podendo ser prejudicada por diversos aspectos, tais como linguagem e falta de concentração e muitas vezes fantasias por parte do paciente. Todavia, existem alternativas para auxiliar nesse processo, uma seria encontrar outros modos de orientar, como por exemplo: vídeos, painéis com fotos e outros. Uma orientação esclarecedora e eficiente requer conhecimento, arte e experiência, fazendo do momento da assistência um encontro de interação e diálogo (KRUSE et al., 2009).

Alguns cuidados de enfermagem estão ainda sendo realizados por intermédio do conhecimento empírico, não havendo estudos científicos que possam justificar todos os que são realizados, sendo importante o resgate da base científica nos cuidados desenvolvidos na fase pré-operatória. O estudo mostrou diferenças nos cuidados prestados, sendo que muitos foram feitos sem orientação prévia, deixando o paciente sem conhecimento do motivo do cuidado, podendo resultar em sentimentos negativos em relação à cirurgia (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

As mesmas autoras apontam também para a necessidade de realizar uma consulta no período pré-operatório mediato antes da internação, em que possa haver uma avaliação e orientação sobre todos os passos realizados em relação aos cuidados, esclarecendo as dúvidas, para que, no dia da cirurgia, o paciente possua conhecimento em relação aos cuidados pré, trans e pós-operatório, o que trará como consequência uma cirurgia mais tranquila. Esta pesquisa identificou que muitos pacientes não receberam esta orientação.

Monteiro (2010) em seu trabalho aborda o papel pedagógico da enfermagem no ensino preparatório sobre a cirurgia. Os dados recolhidos nesta fase serão de grande utilidade, uma vez que servirão de base para a comparação durante as fases intraoperatória e pós-operatória, bem como a identificação de problemas potenciais que podem exigir intervenções de enfermagem preventivas antes da cirurgia. Os profissionais têm um papel determinante no desenvolvimento e implementação de procedimentos que previnam o erro, diminuindo a ocorrência dos eventos adversos, minimizando os impactos negativos sobre os pacientes e o sistema de saúde.

Frias *et al.* (2010) reforçam os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem, validando a hipótese de que a mesma reduz o nível de ansiedade dos pacientes, pois o estudo mostrou a redução da média de escores de ansiedade no grupo que recebeu visita quando comparado ao grupo controle. As autoras entendem como um caminho importante para a

sistematização da assistência de enfermagem, possibilitando assim um reconhecimento do trabalho do enfermeiro, bem como fazer com que o paciente seja mais bem atendido. O trabalho sugere que mais investigações sejam realizadas para perceber como a visita pré-operatória influencia no pós-operatório dos pacientes. Reafirmam ainda a necessidade de os hospitais disponibilizarem enfermeiros para a realização da visita, visto que os benefícios para o paciente são claros e evidentes.

Souza *et al.* (2010) afirmam ser a visita pré-operatória relevante e envolve a influência mútua no processo de comunicação, empatia e confiança entre enfermeiro e paciente, e deve ser encorajada e ensinada durante o período acadêmico e não menos importante durante a vida profissional, visto que muitos profissionais não exercitam a visita de forma adequada e específica, com cuidados realmente válidos para a cirurgia proposta, praticando apenas regras impostas pela instituição.

O período que antecede a internação, apesar de curto, é ideal para orientação e esclarecimento quanto às dúvidas em relação à cirurgia, e cabe ao enfermeiro prestar orientações de forma clara, quanto aos cuidados e procedimentos a serem realizados, promovendo a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, com isso reduzindo a ansiedade e medo, quando do enfrentamento do problema, e com isso proporcionando uma cirurgia tranquila e ainda diminuindo a chance de complicações. (SOUZA *et al.*, 2010).

No estudo de Sanches (2013), observa-se que a visita pré-operatória de enfermagem não só permite uma informação personalizada e adequada ao paciente cirúrgico, como também melhora a satisfação destes pacientes, trazendo efeitos positivos no pós-operatório.

Bittar *et al.* (2012) evidenciaram a satisfação dos pacientes em receber o manual de orientações como forma de ajudar na orientação e no preparo pré-operatório. Entretanto, as autoras lembram que o manual não dispensa as orientações realizadas pela enfermeira durante a visita pré-operatória de enfermagem, pois é neste momento que ela tem a oportunidade de fornecer orientações específicas sobre a cirurgia, esclarecer as dúvidas do paciente e de seus familiares, tornando a assistência de enfermagem humanizada, individualizada e de qualidade.

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A sistematização da enfermagem perioperatória é um processo que objetiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade, devendo ser desenvolvida pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos inerentes da

profissão, gerando resultados positivos para a melhoria da assistência. É o alicerce que dá sustentação as ações de enfermagem no centro cirúrgico (POSSARI, 2009).

Na enfermagem, o que foi semeado por Florence Nightingale, a precursora da enfermagem moderna reconhecidamente pioneira ao que se refere no pensamento filosófico, científico e ético para a enfermagem, tem permitido até a atualidade avançar no conhecimento sobre o processo de cuidar considerando a essência do saber e do fazer. Mesmo depois de um século de sua morte, o pensamento de Florence ainda é forte em nossa sociedade contemporânea e traz reflexões sobre o agir da enfermagem, orientando a prática da assistência de enfermagem em todo o mundo. É possível que este seja o início do processo de enfermagem, pois Florence já evidenciava a necessidade de ensinar e fazer julgamentos a respeito das observações encontradas (GARCIA; NOBREGA, 2000, 2009).

A enfermagem moderna a partir de Florence iniciou sua trajetória para a adoção de uma prática baseada em conhecimento científico, deixando de ser uma atividade caritativa, intuitiva e empírica. Para tanto, várias foram as teorias propostas com a finalidade de fundamentar os cuidados de enfermagem e possibilitar autonomia dos profissionais diante do paciente. As teorias vieram com o intuito de satisfazer as necessidades de descrever, explicar e prever um referencial próprio da enfermagem (SILVA *et al*, 2011). A partir da aplicação da teoria à prática é que se dá o processo de enfermagem.

Grasel (2009) destaca ser o processo de enfermagem um método eficiente de organização do processo de cuidado e tomada de decisão do enfermeiro no qual se direciona a solução dos problemas e permite prestar cuidados, respeitando as crenças e valores dos pacientes e familiares, prestando assim um cuidado humanizado.

O processo de enfermagem é utilizado como um instrumento tecnológico de que lançamos mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional (GARCIA; NOBREGA, 2009).

No Brasil, a metodologia científica iniciou na década de 60 e o modelo conceitual adotado foi das Necessidades Humanas Básicas da doutora Wanda de Aguiar Horta, o qual sofreu influência da teoria da Hierarquia da Necessidade de Maslow (FONSECA, 2008). Os estudos de Horta foram percussores, de grande relevância para as primeiras discussões e realizações no processo de enfermagem, entretanto somente a partir da década de 70 é que a atenção dos enfermeiros brasileiros fica voltada para a implementação da assistência por meio do processo de enfermagem (SILVA, 2011; ALMEIDA; LUCENA, 2011).

Para Horta (1979), o processo de enfermagem é uma estrutura conceitual sólida para a prestação dos cuidados, garantido sua sistematização e continuidade. É a partir dele que a

enfermagem alcançará sua maioria. Entretanto, a autonomia desejada por tantos somente se dará quando toda a classe passar a adotar essa metodologia científica em suas ações. Almeida e Lucena (2011), ao realizarem uma revisão histórica do processo de enfermagem, identificaram três gerações distintas, a saber:

I- A primeira geração, compreendida entre os anos de 1950 a 1970 – a ênfase era dada na identificação e resolução dos problemas, com isso abrangia quatro fases: a coleta de dados, o planejamento, a implementação e a avaliação.

II- A segunda geração, datada entre os anos de 1970 a 1990 – foi acrescentada mais uma fase, o diagnóstico de enfermagem, assumindo assim uma característica mais dinâmica de um processo multifacetado, pautado no raciocínio e no pensamento crítico.

III- De 1990 a 2010, o foco da terceira geração se dá para a especificação e testagem dos resultados dos pacientes que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem, uma vez que, ao se fazer um diagnóstico de enfermagem, determina-se um resultado a ser alcançado e cria-se com isso uma dupla obrigação, a de intervir e avaliar a eficácia da intervenção. (GARCIA; NOBREGA, 2009).

O processo de enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para a sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. E, com o passar do tempo, foi se modificando e se estruturando de acordo com as pesquisas e necessidades do objeto de trabalho dos enfermeiros (FONSECA, 2008; CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Atualmente, o processo de enfermagem, ao ser desenvolvido plenamente, apresenta as seguintes etapas: 1- anamnese e exame físico, ou levantamento ou coleta de dados; 2- diagnóstico de enfermagem; 3 – planejamento ou plano de cuidados, 4- implementação ou execução da intervenção e 5- evolução de enfermagem ou avaliação dos resultados. É importante a interrelação e a dinâmica das etapas pelo enfermeiro para poder elaborar uma assistência de qualidade (FONSECA, 2008; ALMEIDA; LUCENA, 2011).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através de sua Resolução nº 358-/2009, considera que o processo de enfermagem é um método para sistematizar a assistência no Brasil, destacando-se as cinco etapas anteriormente citadas. Considera ainda ser um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. Através do COFEN em sua resolução 358/2009, toda a instituição de saúde deverá utilizar a sistematização da assistência de enfermagem, tendo

como base o atendimento das necessidades humanas básicas e o processo de enfermagem estruturado por Wanda de Aguiar Horta. Todavia, faz-se necessária a utilização efetiva do processo de enfermagem pela equipe de enfermagem e que essa utilização seja sistematizada, fazendo com que sua prática realmente aperfeiçoe e qualifique o cuidado prestado ao paciente.

A implantação de um método para Sistematização a Assistência de Enfermagem (SAE) deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado. Esse método deve facilitar a prestação da assistência ao cliente como um ser único, com sentimentos e necessidades únicas. (PICOLLI; GALVÃO, 2004).

Para Almeida *et al.* (2011) o processo de enfermagem é um instrumento ou um modelo metodológico utilizado tanto para favorecer o cuidado quanto para organizar as condições necessárias para que ele aconteça. O enfermeiro é o profissional responsável em sistematizar sua prática mediante a aplicação do processo de enfermagem, ou seja, um determinado método ou modo de fazer.

É importante a escolha do modelo assistencial adotado pela instituição, pois é ele quem definirá a filosofia da assistência e a maneira como o binômio equipe de saúde/paciente estará inserido com valores e crenças mais amplas. A adoção deste modelo é o que subsidiará a assistência de enfermagem (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

Tendo em vista que os enfermeiros estejam convencidos da importância da SAE, devido ao destaque que lhe é atribuído no ensino da enfermagem, muitas dificuldades têm sido identificadas nesse processo para garantir sua efetivação (CUNHA, 2005). No contexto brasileiro, o modelo mais difundido é a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que tem como base o atendimento das necessidades humanas básicas e o processo de enfermagem fundamentado em Wanda de Aguiar Horta.

A palavra perioperatório incorpora as três fases da experiência cirúrgica, sendo elas: pré, trans e pós-operatória, onde cada fase inclui comportamentos e atividades de enfermagem diferenciadas. Cada etapa é composta de uma ampla variedade de comportamentos e atividades que a enfermeira desenvolve, usando o processo de enfermagem, devendo ser compatível com os padrões de prática de cada instituição hospitalar. (FERREIRA *et al.*, 2004).

Ferreira *et al.*(2004), identificam que fase pré-operatória de enfermagem inicia-se com a tomada de decisão da intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente ao centro cirúrgico (CC). Dentro desta etapa são incluídas as seguintes atividades: avaliação clínica do paciente e elaboração do plano de cuidados. As atividades desempenhadas durante o transoperatório iniciam-se a partir do momento em que o paciente é admitido no CC e

finalizam-se quando ele é encaminhado ao seu leito de origem ou Centro Terapia Intensiva (CTI). A fase de cuidados pós-operatória inicia-se tão logo da transferência do paciente da sala de operações para a unidade de recuperação ou leito e finaliza com a alta hospitalar.

Para a SOBECC, são objetivos da SAEP, dentre outros: ajudar o paciente e a família a compreenderem e se prepararem para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto, diminuir ao máximo os riscos decorrentes da utilização de materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento desses procedimentos e riscos inerentes a procedimentos específicos do centro cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica.

A assistência de enfermagem perioperatória é um processo interativo que promove e/ou recupera a integridade biopsicossocioespiritual do paciente, pois promove o planejamento dos cuidados de enfermagem e é feito de acordo com as necessidades individuais de cada paciente durante a passagem por cada etapa do período perioperatório com características específicas de cada procedimento cirúrgico e anestésico. Portanto, sistematizar a assistência significa humanizar, individualizar e respaldar as ações de enfermagem. (GRITTEM *et al*, 2006; POSSARI, 2009).

Já de acordo com Carvalho e Bianchi (2007), na sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, destacam-se as seguintes etapas: visita pré-operatória de enfermagem; planejamento da assistência perioperatória; implementação da assistência; avaliação (visita pós-operatória de enfermagem); reformulação da assistência a ser planejada, de acordo com os resultados obtidos, procurando resolver situações não desejadas e a ocorrência de eventos adversos. A operacionalização da assistência com qualidade acontece segundo um processo planejado, sistemático e contínuo, que identifica, resolve, monitora e avalia a assistência de enfermagem.

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é uma atividade exclusiva do enfermeiro, requerendo com isso uma habilidade e um conhecimento científico por parte do profissional, onde busca a melhoria do indivíduo e família, sendo uma ferramenta importante para a melhoria e qualidade da assistência ao indivíduo e à família, proporcionando ao enfermeiro realizar um diagnóstico de enfermagem de forma eficiente e, conseqüentemente, uma intervenção eficaz.

2.4 DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem identificam as situações de saúde/doença dos pacientes, a partir deles realizam-se cuidados individualizados e integrais. Baseados no

conhecimento científico, são interpretações científicas dos dados levantados, orientando o planejamento de enfermagem, bem como a implementação e avaliação (NANDA, 2010).

No processo do diagnóstico de enfermagem, a pessoa ou as pessoas constituem o foco do atendimento de enfermagem e devem estar envolvidas de forma íntima como parceiras dos enfermeiros no levantamento e na análise dos dados e no processo diagnóstico, que é definido como julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (NANDA, 2010). Para Costa (2010), corrobora que o diagnóstico de enfermagem é a etapa responsável por fornecer meios para propor intervenções de responsabilidade exclusiva do enfermeiro quanto aos problemas detectados.

A classificação mais utilizada de diagnóstico de enfermagem é a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association I* (NANDA-I). A edição da NANDA (2010) traz a estrutura taxonômica II, com 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos. Cada domínio é composto por classes e todas as classes por conceito diagnóstico. Os 13 domínios representados pelo NANDA-I são: Domínio 1: promoção à saúde; Domínio 2: nutrição; Domínio 3: eliminação e troca; Domínio 4: atividade/repouso; Domínio 5: percepção/cognição; Domínio 6: autopercepção; Domínio 7: papéis e relacionamentos; Domínio 8: sexualidade; Domínio 9: enfrentamento/tolerância; Domínio 10: princípios da vida; Domínio 11: segurança/proteção; Domínio 12: conforto e Domínio 13: crescimento/desenvolvimento.

De acordo com Santos (2007), o diagnóstico de enfermagem é o eixo de todo o processo, sendo a base para o planejamento dos objetivos e atividades, aumentando a eficácia do tratamento e, na sequência, a prestação dos cuidados. Sua utilização é importante para os profissionais da enfermagem, bem como para o paciente, especialmente no que se refere aos diagnósticos emocionais, pois permitem ao profissional uma visão individualizada de cada paciente.

A identificação correta dos diagnósticos de enfermagem é necessária para realização de uma investigação, na qual o enfermeiro deve ser capaz de comunicar-se efetivamente com o paciente, pois o diagnóstico de enfermagem é o eixo de todo o processo, visto que é a partir dele que será realizado o planejamento dos objetivos e atividades, aumentada a eficácia do tratamento e prestação de cuidados, o que garante a qualidade da assistência prestada (SANTOS *et al*, 2007).

Prá e Picolli (2004) identificaram que na visita pré-operatória de enfermagem, uma forma de trazer a família a participar nos cuidados e orientações a serem prestados para os

pacientes que serão submetidos a procedimento cirúrgico, auxiliando na identificação dos diagnósticos de enfermagem, que é uma das fases do processo de enfermagem, sendo realizadas por meio da análise do histórico e exame físico, dessa maneira, identificando as necessidades humanas básicas afetadas do paciente.

Já a classificação das intervenções de enfermagem é outra taxonomia utilizada para contemplar os aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano, incluindo promoção à saúde, prevenção e tratamento, por ser uma classificação ampla, sua prática representa todas as áreas e pode ser utilizada em qualquer referencial teórico e associada a qualquer classificação de diagnóstico, pois a intervenção é qualquer tratamento baseado no julgamento e conhecimento clínico, que seja realizado pelo enfermeiro no sentido de alcançar as metas traçadas para o paciente, ou seja, é uma ação autônoma, baseada em conhecimento científico, relacionada ao diagnóstico de enfermagem para alcançar resultados específicos.

Para utilização da intervenção devem ser levados em consideração os resultados esperados do paciente, o diagnóstico de enfermagem e aos fatores relacionados, bem como saber avaliar a execução da ação e aceitação do paciente. O uso das classificações traz ordem ao ambiente, auxilia a comunicação, facilita o atendimento e o avanço da base científica (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

Dalri (2005) ressalta que para realizar um diagnóstico de enfermagem requer do profissional análise, síntese e acurácia, ao interpretar e fazer com que os dados clínicos complexos tenham sentido, permitindo assim ao enfermeiro a tomada de decisões em relação aos resultados esperados, bem como realizar as intervenções necessárias.

Os diagnósticos de enfermagem e as intervenções, quando utilizados de forma interligada proporcionam uma melhor solução diante dos problemas levantados e, conseqüentemente, facilitam a conduta de enfermagem, trazendo com isso um atendimento individualizado em relação ao cuidado prestado ao paciente.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com análise quantitativa dos dados. Para Gil (1999), um estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis, e é exploratório porque tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar a formulação de ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Para tal, a pesquisa explorou a visão do cliente sobre a visita pré-operatória de enfermagem realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico no período pós-operatório.

3.2 LOCAL

O Hospital Universitário João de Barros Barreto é uma referência regional em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Diabetes e Referência Nacional em AIDS, oferece consulta e internação em várias especialidades, dentre elas destacamos o serviço de cirurgia.

O serviço de cirurgia no HUIBB teve seus primórdios no ano de 1957, época em que havia a necessidade de se criar um Sanatório para o tratamento clínico e cirúrgico da tuberculose. Inicialmente chamado de Sanatório de Belém, fazendo parte de um programa de construções de instituições hospitalares. Após a inauguração oficial o hospital passou a se chamar Sanatório Barros Barreto, em homenagem ao médico sanitarista criador do plano relativo à rede de sanatórios para o Brasil. Mais adiante o sanatório recebe nova denominação, e passa a ser chamado de Hospital João de Barros Barreto e finalmente em 1990, após a assinatura do Termo de Cessão de Uso, firmado com a UFPA, passa a denominar-se Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Nas décadas de 70 a 80, o hospital passou por um avanço institucional, o que levou a absorver outros encargos, transcendendo os limites geográficos do estado. Transformou-se então em um hospital geral. Em 1993, realizou oficialmente a implantação do serviço de cirurgia geral da UFPA, e no ano seguinte introduz uma modalidade nova, a implementação da cirurgia videolaparoscópica, com o treinamento das equipes de cirurgiões e de enfermagem.

O centro cirúrgico do Hospital Universitário João de Barros Barreto localiza-se no segundo andar, possuindo três salas de cirurgia, e funcionando ininterruptamente durante as vinte e quatro horas do dia, sendo que durante o dia com cirurgias eletivas e o período noturno somente com urgências.

No ano de 2010 o HUIBB realizou 1608 cirurgias, informações colhidas do relatório anual realizado pelo serviço de cirurgia. A clínica cirúrgica localizada no segundo andar é composta de 40 leitos, sendo 04 destes destinados a Unidade de Recuperação. Os pacientes internados recebem visitas de enfermagem realizada por enfermeiros que atuam no centro cirúrgico, somente durante os dias em que temos enfermeiros de plantão fora da escala convencional. O presente estudo será desenvolvido na referida clínica cirúrgica.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é qualquer conjunto de informações que contenham entre si determinadas características em comum, que serão de interesse para o estudo (FONTELLES, 2010; DORIA FILHO, 1999). A população foi constituída por pacientes internados na clínica cirúrgica.

Amostra é o subconjunto que representa uma determinada população, ou seja, constitui uma redução da população, sem, no entanto perder suas características essenciais (DORIA FILHO, 1999).

A amostra do estudo foi constituída por pacientes adultos com idade entre 18 a 70 anos, ambos os sexos, que se submeteram as cirurgias eletivas no centro cirúrgico, internados somente na clínica cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de realização do estudo.

No período em que seria realizada coleta de dados, a média de internação na referida clínica foi de 222 pacientes, utilizou-se a técnica de amostragem aleatória simples para selecionar a amostra em 146 pacientes, com uma confiabilidade de 95% e uma erro amostral de 5%. Porém, diante dos critérios de seleção para inclusão e da diminuição do fluxo de trabalho no período devido a fatores de ordem institucional, compuseram o estudo apenas 130 pacientes.

Para a obtenção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA

Foram incluídos todos os pacientes internados na clínica cirúrgica que se dispuseram a responder a coleta de dados e atenderam os seguintes critérios de inclusão: pacientes internados na clínica cirúrgica, em pós-operatório, submetidos a cirurgia eletiva, adultos, com idade entre 18 a 70 anos, ambos os sexos, conscientes e orientados no tempo e espaço, hemodinamicamente estáveis, sem dor, que se submeteram a cirurgia no centro cirúrgico localizado no segundo andar, que se mostraram favoráveis a participar do estudo e em condições de assinar o TCLE.

Os pacientes que não atenderam os critérios anteriormente mencionados foram excluídos do estudo.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora no período de junho a setembro de 2012, que, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, apresentou-se à enfermeira coordenadora da referida clínica cirúrgica, bem como às enfermeiras assistenciais, explicando o objetivo da pesquisa e confirmando os pacientes que faziam parte do estudo.

As informações seriam coletadas no período de março a maio 2012, conforme constava no cronograma, por intermédio da utilização de um formulário aplicado pelo pesquisador ao paciente no período pós-operatório.

Entretanto, a coleta somente foi realizada no período de junho a setembro de 2012, em virtude da apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Para realizar a entrevista, aplicou-se um formulário aos pacientes que aceitaram fazer parte da pesquisa, constituído especialmente para atender aos objetivos dessa pesquisa (Apêndice A). O mesmo foi subdividido em duas partes: da identificação e da opinião do paciente.

Realizava-se a entrevista durante o período da manhã do dia posterior a cirurgia, de acordo com o mapa cirúrgico do dia anterior, pois muitos pacientes recebiam alta hospitalar neste período.

Durante a visita, era realizada apresentação pessoal, seguida da apresentação da pesquisa e seus objetivos e convidado o paciente a participar do estudo, após a leitura e

assinatura do TCLE. Sanadas quaisquer dúvidas em relação à pesquisa a entrevista era iniciada.

3.6 TIPO DE ANÁLISE

Posteriormente à coleta, iniciou-se a organização e estruturação dos dados e após a análise e interpretação dos resultados. As questões fechadas foram tabuladas através do programa Excel. Utilizou-se das tabelas de frequência para as variáveis categóricas e estatísticas descritivas para as variáveis contínuas.

Os métodos estatísticos aplicados foram os descritivos, dos quais os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e todo o processamento estatístico se realizou sob o suporte computacional do software Epi-info, foram desenvolvidas tabelas e realizado análise crítica dos resultados.

Utilizou-se ainda a categorização de uma pergunta de acordo com os domínios de enfermagem da taxonomia NANDA II 2011.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Quanto aos riscos sobre o sujeito da pesquisa, poderia ser a exposição de sua identidade, porém a pesquisa respeitará os sujeitos, não divulgando a identidade dos mesmos.

Quanto aos benefícios, os sujeitos, a sociedade e a instituição pesquisada conhecerão os benefícios de uma assistência de enfermagem completa e individual através da realização da VPOE realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Observando-se a Resolução nº 196/96 do CNS-MS, que trata dos aspectos éticos e legais de pesquisa com seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto, no mês de maio de 2012, sob nº 01054212.2.0000.0017. Após a liberação, deu-se início à pesquisa.

Aos entrevistados que aceitaram participar do estudo foi entregue o termo de consentimento Livre e Esclarecido. O termo foi assinado pela pesquisadora e pelo entrevistado, em duas vias, ficando uma delas de posse do entrevistado e outra com a pesquisadora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos resultados emergiram as seguintes categorias: Perfil sociodemográfico do paciente cirúrgico/características da população, orientações pré-operatórias e visão do paciente.

Perfil sócio demográfico do paciente cirúrgico:

TABELA 1-Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia, quanto ao sexo e faixa etária no HUIBB. Belém-PA, 2012.

SEXO	f	%
Feminino	79	61
Masculino	51	39
TOTAL	130	100
FAIXA ETÁRIA	f	%
10 a 20	6	5
21 a 30	10	8
31 a 40	26	20
41 a 50	31	24
51 a 60	31	24
61 a 70	26	20
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

Conforme a **TABELA 1**, observamos que participaram do estudo 130 pacientes em pós-operatório imediato e mediato, destes predominou o sexo feminino, sendo representado por 61% e o sexo masculino com 39%.

A predominância do sexo feminino no estudo pode estar relacionada ao fato de a população masculina buscar pouco os serviços de saúde. Gomes *et al* (2007) apontam em seus estudos que os homens dificultam a adoção de práticas de cuidado devido ao imaginário de ser homem o que o prende as amarras culturais, juntamente com o medo da descoberta de uma doença grave e a falta de unidades específicas para os mesmos.

Na literatura, alguns estudos encontrados descrevem a maior frequência de cirurgias realizadas em mulheres. Dalri (2005) relata que em seus estudos dos 15 pacientes submetidos a cirurgia, 73% eram do sexo feminino, bem como Guzela *et al* (2005) evidenciaram também a prevalência do sexo feminino em seus estudos, onde dos 66 pacientes participantes 77,28% representavam as mulheres.

Para melhor entendimento e categorização, a tabela acima foi dividida em faixa etária, utilizando-se de 10 a 70, mesmo o estudo não ter sido composto por menores de 18 anos. Quanto à faixa etária dos pacientes participantes da pesquisa, variou de 18 a 70 anos, havendo

predominância na faixa etária compreendida entre 41 a 60 anos de idade, representando 24% da amostra estudada respectivamente. Nessa faixa de idade encontramos o final da adultez jovem até o período que compreende o final da fase adulta média. Período este em que as pessoas se encontram em plena idade produtiva. Para Santos e Antunes (2007), é nesta fase que se escondem “muitos dramas” como medo, anseio, fracassos e outros sentimentos inerentes a essa fase. Surgem preocupações maiores com a família, emprego e outras atividades, ou seja, percebe-se com isso que, à medida que o grau de responsabilidade aumenta, cresce também o receio de morrer e deixar pendências em relação aos planos e objetivos.

TABELA 2-Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia quanto ao estado civil. HUIBB. Belém-PA, 2012.

ESTADO CIVIL	f	%
Casado/União Estável	73	56
Solteiro	49	38
Separado/Divorciado	04	03
Viúvo	40	03
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

Na **TABELA 2** observamos que, quanto ao estado civil, 56% dos mesmos são casados ou possuem uma união estável, seguidos pelos solteiros, que representam 38% e os separados e/ou divorciados representados em 3%, e coincidentemente 3% entre viúvos. Deve-se levar em consideração a presença da família durante a experiência cirúrgica, pois uma parte representativa da amostra possui um cônjuge e conseqüentemente outros familiares, sendo importante atentar para a orientação dos mesmos que ali se fizeram presentes, pois assim como o paciente, alguns nunca vivenciaram este momento, o que nos faz refletir sobre a importância de trazer a família para auxiliar o tratamento.

A orientação conjunta paciente e família se faz importante para que se possa adquirir uma relação de apoio, confiança e para aumentar o aprendizado, sendo dirigida através dos questionamentos dos pacientes e familiares, afinal de contas, eles devem ser informados sobre todo o processo cirúrgico (BERG; CORDEIRO, 2006).

Para Sanches *et al.* (2013), a forma como é conduzida a presença de familiares de um modo geral, não sendo reconhecido como um direito pelos atores envolvidos diretamente no processo, no caso, os pacientes, sendo ignoradas as necessidades subjetivas do indivíduo e o

valor que o acompanhante pode agregar à saúde, à autonomia e à reinserção social do indivíduo.

O paciente e a família têm papel essencial na formação dos objetivos e na implementação da assistência a ser prestada (CARVALHO, BIANCHI, LEITE 2007). Portanto, faz-se necessário o envolvimento dos familiares na orientação dos pacientes, pois são eles que conhecem melhor do que ninguém o paciente envolvido, desempenhando um papel importante na recuperação, quando do repasse de informações para o enfermeiro, que à luz da ciência irá planejar o cuidado a ser realizado.

TABELA 3- Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias quanto à escolaridade, no HUIBB. Belém-PA, 2012.

ESCOLARIDADE	f	%
Fundamental	73	56,2
Médio	41	31,5
Analfabeto	10	7,7
Superior	05	3,8
Pós Graduação	01	0,8
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

No que diz respeito à escolaridade, os participantes da pesquisa apresentam predominantemente formação no ensino fundamental o que vem representar mais da metade dos mesmos em 56,2%. Logo em seguida, surgem os que têm formação até o Ensino Médio, representados por 31,5%. Quanto aos analfabetos, encontramos uma representação de 7,7% dos pacientes pesquisados. O que também se pode perceber claramente a presença de usuários com nível superior muito pequena, sendo representada por 3,8% da amostra, seguidos por um número menos representativo de 0,8% de pacientes com o nível de pós-graduação, como se pode observar na **TABELA 3**.

Parente *et al* (2009), em seu estudo busca um melhor entendimento do papel da escolaridade na cognição, em qual a quantidade de anos de estudo vem sendo apontada como determinante no desempenho neuropsicológico, em tarefas que avaliam as mais variadas funções, como a memória, a atenção, a linguagem e as funções executivas. Isso nos leva a perceber que quanto menos escolarizado, maior dificuldade terá o paciente em responder a quaisquer questionamentos que se lhe venham a aplicar em virtude de fatores relevantes como timidez e vergonha diante da falta de conhecimentos acadêmicos.

É necessária uma acuidade maior por parte do profissional de enfermagem no momento da aplicação de formulários que serão repassados aos pacientes no sentido de interagir com os mesmos de forma a contribuir para que possam responder com o maior grau de tranquilidade possível para que se obtenha maior precisão em suas respostas.

TABELA 4 Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias quanto a profissão e sexo, no HUIBB. Belém-PA, 2012.

PROFISSÃO	F	%	M	%	Total
Domestica	19	24,1	-	0,0	19
Do lar	15	19,0	-	0,0	15
Aposentado	07	8,9	03	5,9	10
Autonomo	03	3,8	04	7,8	7
Lavrador	02	2,5	03	5,9	5
Professor	03	3,8	01	2,0	4
Pescador	-	0,0	04	7,8	4
Motorista	-	0,0	04	7,8	4
Costureira	04	5,1	-	0,0	4
Outros	26	32,9	32	62,7	-
TOTAL	79	100	51	100	130

Quanto à questão profissional, houve uma diversificação de atividades, sendo que as mais destacadas foram: as ligadas aos serviços domésticos com 24,1%, seguida pelas do lar (donas de casa) com 19%, exclusivamente no sexo feminino. Em seguida, surgem os aposentados com 8,9% para o sexo feminino e 5,9% do sexo masculino, os autônomos representando 7,8% do sexo masculino e 3,8% que são do sexo feminino. Em meio aos lavradores também houve predominância de pessoas do sexo masculino, sendo representado por 5,9% e 2,5% do sexo feminino. A carreira de professor foi outra profissão em que houve predomínio do sexo feminino, quanto às categorias dos pescadores e motoristas, apresentaram exclusivamente pessoas do sexo masculino.

Com uma representação de 62,7% e 32,9% restaram as outras profissões, respectivamente distribuídas entre pessoas do sexo masculino e do sexo feminino, que foram identificadas e agrupadas juntamente com os desempregados e nas atividades de balconista, eletricista, braçal, pedreiro, artesã, marceneiro, pedagogo, motorista, auxiliar administrativo, auxiliar de fisioterapia, técnico em eletrônica, soldador, vigilante, relações públicas, vendedor, técnico em segurança do trabalho, eletricista de auto, supervisor, feirante, mestre de obras, recepcionista, servente habilitado, mecânico, pintor mecânico, camareira, lanterneiro, motoboy, estudante, operador de caixa, ferreiro, engenheiro mecânico, lavador de carro e

operário, classificando como outros que perfaz um percentual de 44%. Vale ressaltar que a amostra é constituída predominantemente de elementos do sexo feminino, daí uma tendência percentual maior distribuída da profissão predominantemente feminina entre o sexo em questão, de acordo com a **TABELA 4**.

Percebe-se também que em relação às profissões mais evidenciadas estão a de empregada doméstica, seguidas pelas do lar, profissões estas que a rigor não requerem habilidades muito diferenciadas.

TABELA 5 Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia quanto à procedência, por mesorregião, no HUIBB.

MESORREGIÃO	F	%
Metropolitana de Belém	99	76
Nordeste paraense	17	13
Marajó	10	8
Outras	3	2
Sudoeste paraense	1	1
TOTAL	130	100

Fonte: formulário

O estado do Pará é a segunda maior Unidade Federativa do país sendo o mesmo subdividido em seis mesorregiões, a saber: Baixo Amazonas, Marajó, Metropolitana de Belém, Nordeste Paraense, Sudoeste Paraense e Sudeste Paraense. Utilizamos-nos então desta divisão territorial para melhor classificar a origem e procedência dos nossos pacientes.

Em relação à procedência percebeu-se que os pacientes advêm de vários municípios do estado do Pará, por vezes até de outros estados, para melhor entendimento dividimos a procedência por mesorregião e o estudo mostrou predominância da mesorregião Metropolitana de Belém, representado por 76% do pacientes, onde constam os seguintes municípios: Ananindeua, Belém, Benevides, Castanhal, Marituba, Santa Bárbara, Santo Antônio do Tauá.

Quanto à mesorregião do nordeste paraense, 13% dos pacientes foram encontrados, sendo representados pelos seguintes municípios: Bragança, Capitão Poço, Acará, Abaetetuba, Irituia, São João da Ponta, Igarapé-Açu, Cametá, Vigia, Mãe do Rio; da mesorregião do Marajó vieram 8% dos pacientes, dos seguintes municípios: Soure, Chaves, Muaná, Anajás, São Sebastião da Boa Vista e Curalinho.

Com relação à mesorregião do Sudoeste Paraense, apenas 1 paciente oriundo do município de Altamira. Completando o número de pacientes pesquisados, observam-se mais

três pacientes oriundos de outros estados, sendo um proveniente do Distrito Federal e dois do estado do Amapá, os quais qualificamos na tabela acima como “outros”. Ressalte-se que, quanto aos municípios constantes das respectivas mesorregiões, foram citados apenas os que deram procedência aos pacientes.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto é referência para diversas especialidades, tendo com isso a presença de pacientes vindo de todas as partes do estado, inclusive de fora de nosso estado, o que nos fez encontrar resultados tão diversificados.

TABELA 6 Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias quanto ao tipo, no HUIBB. Belém-PA, 2012

CIRURGIA REALIZADA	f	%
Colecistectomia	54	42
Hernioplastias	42	32
Reconstrução De Trânsito Intestinal	07	05
Fistulectomia	03	02
Exploração De Vias Biliares	02	02
Gastrectomia	02	02
Sigmoidectomia E Coloretoanastomose	02	02
Tireoidectomia Total	02	02
Outros	16	12
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

Na **TABELA 6**, o estudo demonstrou que no período em questão, dentre as cirurgias realizadas, a de colecistectomia foi de maior ocorrência, sendo representada por 42% do total, seguida pelas cirurgias de hernioplastias com 32%, posteriormente pela reconstrução de trânsito intestinal com 5% dos casos; a de fistulectomia, a de exploração de vias biliares, gastrectomia, sigmoidectomia e coloretoanastomose e tireoidectomia total representando cada uma 2% dos pacientes. Ainda tivemos a incidência de outras que se nos apresentaram tais como: correção de fístula vaginal, enxertia, ureterolitotomia aberta, exérese de tumor de pele, correção de hidrocele, parotidectomia, histerectomia total, exérese de lesão de tecido subcutâneo, hemorroidectomia, laparotomia exploradora, exérese de cisto braquial, desbridamento cirúrgico, exérese de tumor de boca e exérese de cisto de colédoco, que representaram em conjunto 12% da amostra. Poveda, Galvão e Hayashida (2003) em seus estudos também detectaram a colecistectomia como a cirurgia de maior achado com 67,9% dentre as cirurgias de gastroenterologia de um hospital público.

A ocorrência de colecistectomia vem ao encontro das literaturas que demonstram ser a colelitíase uma das doenças de maior indicação cirúrgica, sendo mais frequente em mulheres numa proporção de 4:1 na idade reprodutiva e se igualando com o envelhecimento (MAYA *et al*, 2009).

TABELA 7 Distribuição de pacientes submetidos a cirurgia, que receberam informações no período pré-operatório no HUIBB. Belém-PA, 2012.

INFORMAÇÕES	f	%
Sim	121	93
Não	09	07
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

A tabela acima demonstra que dos pacientes entrevistados, 93% receberam informações no período pré-operatório e 7% deles não receberam informações durante o período pré-operatório. A orientação pré-operatória surge como uma forma de esclarecer as dúvidas e ansiedade dos pacientes em relação ao ato anestésico-cirúrgico vivenciado por eles e o êxito a ser logrado neste ato. Christóforo e Carvalho (2009) também constataram em seus estudos que 91% dos pacientes envolvidos receberam orientações no período pré-operatório, números estes bastante aproximados da amplitude por nós encontrados em nossa pesquisa.

Segundo Vitti (2009), a experiência da doença-cirúrgica precipita sentimentos e reações estressantes para o paciente, pelo ato anestésico-cirúrgico, medo, insônia, tristeza, dúvidas e incertezas quanto ao processo de recuperação. Realizar a orientação ao paciente é, portanto, de grande importância para a equipe envolvida no processo e facilita a tranquilidade entre paciente e familiares, permitindo a clarificação do evento a todos os indivíduos que estarão diretamente ou indiretamente envolvidos no processo.

O fato de um número importante de entrevistados ter recebido orientação nos faz perceber que na clínica cirúrgica, a equipe multiprofissional se fez presente para realizar as orientações pré-operatórias, obtendo êxito no que está sendo proposto em relação à orientação pré-operatória.

TABELA 8 Distribuição das informações referidas pelos pacientes submetidos a cirurgias, quanto aos Domínios segundo a NANDA II no HUIBB. Belém-PA, 2012.

DOMÍNIOS	f	%
Domínio 2 – Nutrição	104	80
- Jejum		
Domínio 4 – Atividade Repouso		
- Cuidados nas 1ª 24h	40	30,7
- Pós-operatório CTI/UR	6	4,6
Domínio 5 – Percepção e Cognição		
- Tipo de Cirurgia	94	72,3
- Tipo de anestesia	77	59,2
- Local da cirurgia	65	50
Domínio 9 – enfrentamento/ tolerância ao estresse		
- Apoio emocional	37	28,4
Domínio 11 – Segurança/proteção		
- Tricotomia	46	35,3
- Remoção de próteses	55	42,3
- Curativo	6	4,6
- Sondas e drenos	13	10
- Punção venosa	7	5,3

Fonte: Formulário

Na tabela 8 optou-se por classificar as respostas dos entrevistados de acordo com a taxonomia da NANDA II, na qual se utilizou os Domínios de enfermagem para melhor compreensão das citações. Nesse estudo identificamos cinco Domínios que poderiam ser utilizados.

Diante disso, o estudo demonstrou que as respostas foram voltadas para o Domínio 5 da Percepção e Cognição, relatadas através das afirmativas quanto ao tipo de cirurgia realizada, o local da cirurgia e o tipo de anestesia. Em seguida, o Domínio 11, que se refere a Segurança/Proteção, as repostas mais evidenciadas estão relacionadas a tricotomia, punção venosa, sondas e drenos e curativo. Inserida no Domínio 2 encontra-se a nutrição, onde obtivemos em 19,1% das respostas foi identificado o jejum.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem vem ao encontro das situações de saúde e doença, onde à luz da ciência possamos realizar os cuidados necessários. Para tanto,

contamos com uma forte aliada da enfermagem chamada SAE para organizar e direcionar suas ações, trazendo eficiência e eficácia no cuidar. O uso da sistematização da assistência de enfermagem, por meio do processo de enfermagem, é uma ferramenta importante que pode contribuir para uma rápida recuperação do paciente e a organização da assistência do profissional (GARBACCIO; FERREIRA, 2012; LIRA, *et al*, 2013).

Já Ferreira (2011) aponta uma necessidade real do resgate da reimplantação do processo de enfermagem no contexto da SAE, e uma urgente necessidade de manter a educação da equipe de enfermagem e, para o estímulo institucional que propicie condições a fim de que essa reimplantação se torne realidade no HUIBB.

TABELA 9 - Distribuição dos pacientes quanto as outras informações citadas pelos pacientes submetidos a cirurgia no HUIBB. Belém-PA, 2012.

OUTRAS INFORMAÇÕES	f	%
Banho	10	38,5
Não fazer esforço	05	19,3
Alta	03	11,6
Alimentação pós-operatória	02	7,7
Não sabe informar	02	7,7
Alergia	01	3,8
Medicação	01	3,8
Tempo de espera	01	3,8
Ter acompanhante	01	3,8
TOTAL	26	100

Fonte: Formulário

A **TABELA 9**, em complementação à tabela anterior, traz informações consideradas importantes pelos pacientes entrevistados quando questionados sobre outras informações que foram dadas. Com 38,5% aparece o banho no pré-operatório, seguida com 19,3% da orientação de não fazer esforço, 11,6% em relação à alta hospitalar.

Para Vitti (2009) a visita pré-operatória de Enfermagem tem como objetivo avaliar as necessidades do paciente, para obter informações sobre este e sua família, e orientar o paciente quanto às rotinas perioperatória mais comuns, as sensações e os cuidados de enfermagem, nas esferas físicas e mentais, em relação ao período pré-cirúrgico, ao momento anestésico-cirúrgico e na recuperação pós-cirúrgica, bem como promove a excelência na prática de enfermagem perioperatória.

A tabela ainda demonstra a preocupação com os cuidados básicos da higiene pessoal, como é o caso do banho e o comportamento postural após a cirurgia. A nova fase para o

paciente que necessita de informações mais abrangentes vão desde o comportamento antes da cirurgia até a alta.

Percebe-se neste momento a fragilidade apresentada pelo paciente cirúrgico ao adentrar a instituição hospital, a vulnerabilidade do mesmo diante do desconhecido, ocasionando a necessidade de saber sobre as práticas mais comuns do seu dia-a-dia.

É importante que o enfermeiro conheça as expectativas desse paciente frente ao problema de saúde enfrentado e esclareça quanto aos cuidados necessários no domicílio para a recuperação e manutenção do bem-estar (JACOBI *et al.*, 2013).

Trabalhos multidisciplinares com a equipe de enfermagem podem favorecer a sensibilização para iniciar um processo de humanização interna que tenha consequências no atendimento.

TABELA 10 - Distribuição dos pacientes ajudados pelas orientações submetidos a cirurgia no HUIBB. Belém-PA, 2012.

AJUDOU NO REESTABELECIMENTO	f	%
Sim	120	92
Não	10	8
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

A tabela 10 nos faz perceber que um número expressivo de pacientes que receberam orientações tem o entendimento de que as mesmas ajudam no seu restabelecimento. Isso é facilmente demonstrado a partir do percentual obtido representado por 92% dos entrevistados que responderam de forma positiva, e apenas 8% informaram que as orientações recebidas no período pré-operatório não ajudaram no seu restabelecimento.

Silva e Santiago (2008) enfatizam que um cliente bem informado participa mais efetivamente de seu processo de restabelecimento e torna-se independente mais rapidamente dos cuidados de enfermagem, melhorando consequentemente seu prognóstico e reduzindo o tempo de internação hospitalar.

A fim de atenuar os sentimentos negativos que possam surgir durante o período em que o paciente permaneça hospitalizado, torna-se imprescindível que se estabeleça uma comunicação efetiva com o mesmo, onde será prestada a este paciente toda a atenção que lhe seja devida, além do repasse de todas as informações possíveis sobre as intervenções a serem realizadas, bem como de sua condição no pós-operatório, para que este momento venha transcorrer da forma mais segura e tranquila possível.

TABELA 11- Distribuição dos pacientes que receberam VPOE, submetidos a cirurgias no HUIBB. Belém-PA, 2012.

RECEBEU VISITA	f	%
Sim	71	54,62
Não	59	45,38
TOTAL	130	100,00

Fonte: formulário

A tabela 11 demonstra que dos pacientes entrevistados 54,62% receberam a visita do profissional de enfermagem do centro cirúrgico e 45,38% não recebeu a visita deste profissional. O enfermeiro é o profissional teoricamente mais capacitado para viabilizar as atividades de ensino pré-operatório, dado ao seu preparo técnico-científico, bem como a importância da ação deste na assistência contínua ao paciente (BARRETO *et al.*,2010).

Portanto, é fundamental o profissional no processo de orientação dos pacientes, pois é importante observar quais os motivos que levaram a 45,38% não receber a visita pré-operatória de enfermagem do enfermeiro do centro cirúrgico. Uma vez que a visita ocorre, será que o número de profissionais hoje é suficiente para realizar a atividade? Ou ainda, está realizada, uma vez implantada, não está sendo respeitada pelos profissionais que ali atuam? Dúvidas serão levantadas diante da resposta apresentada, mas o importante é termos consciência deste espaço para o desenvolvimento de uma assistência planejada, individualizada e humanizada ao paciente cirúrgico.

Ferreira (2011) realizou estudo na clínica cirúrgica, onde as enfermeiras defendem a implementação do processo de enfermagem, entretanto apontam diversas dificuldades para sua realização, como sobrecarga de trabalho, número insuficiente de enfermeiros e que a disponibilidades da enfermeira para a SAE deve fazer parte da política institucional do HUIBB.

Grittem (2006) verificou algumas dificuldades encontradas por enfermeiros da não realização da visita pré-operatória de enfermagem, como: sobrecarga de trabalho, déficit de enfermeiros, estrutura organizacional, excesso de rotinas nas unidades, falta de protocolo na instituição, rotina de serviço que impede a saída do setor, dentre outros.

TABELA 12 - Distribuição da contribuição da VPOE para o restabelecimento dos pacientes, submetidos a cirurgias no HUIBB. Belém-PA, 2012.

CONTRIBUIÇÃO	f	%
Sim	71	100
Não	-	-
TOTAL	71	100

Fonte: Formulário

A tabela 12 descreve que 100% dos entrevistados que receberam a visita pré-operatória de enfermagem realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico acreditam terem sido ajudados no seu restabelecimento com o recebimento da visita pré-operatória de enfermagem. Silva e Santiago (2008) acreditam que um paciente bem informado participa mais efetivamente do seu processo de restabelecimento e conseqüentemente mais rapidamente independente dos cuidados de enfermagem, melhorando o prognóstico e reduzindo o tempo de internação hospitalar.

Realizar a visita pré-operatória de enfermagem é fundamental para o preparo do paciente cirúrgico e ajuda a minimizar seus medos, devido ao esclarecimento de dúvidas, é considerada uma atividade exclusiva do enfermeiro, e deveria ser considerada como prioritária, a fim de que o profissional conheça melhor o paciente (GRITTEM, 2006).

TABELA 13 Distribuição dos pacientes que receberam VPOE e contribuição para o reestabelecimento, no HUIBB. Belém-PA, 2012.

CONTRIBUIÇÃO	f	%
Informado	32	45
Segurança	26	36
Não Sabe Explicar	9	13
Excesso De Informação	02	03
Ajudado	02	03
TOTAL	71	100

Fonte: Formulário

A **TABELA 13** demonstra que 45% dos entrevistados acreditaram estar informados após o recebimento da visita pré-operatória de enfermagem, 36% avaliaram ser a VPOE tranquilizadora, 13% sentiram segurança com o recebimento da VPOE, 13% não souberam explicar como a VPOE ajudou no seu restabelecimento, 6% acharam que ajudou, pois recebeu orientação; 3% entenderam ter tido excesso de informações e ajudado para o enfrentamento da experiência cirúrgica.

Percebemos diante desta tabela a importância do papel do enfermeiro de centro cirúrgico, pois este não apenas é aquele profissional responsável em prever e prover um ambiente seguro para a realização dos procedimentos cirúrgicos nas mais diversas complexidades, mas sim, atuar como educador em prol da segurança do paciente.

Para Santos *et al.* (2012) ressaltam quanto é importante que o enfermeiro durante a visita pré-operatória forneça informações que contemplem todas as ações a serem desenvolvidas em todo o período perioperatório, reduzindo assim o nível de ansiedade do paciente, pois durante seu estudo encontraram uma combinação de preocupação excessiva, medo, nervosismo, receio e agitação. Tais sentimentos ficam implícitos nos sujeitos de nosso estudo, pois eles sentiram-se esclarecidos, seguros, orientados e ajudados pela visita do enfermeiro do centro cirúrgico.

Observou-se com isso o quanto se faz importante o processo de comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente, pois diante das respostas entendemos que muitos benefícios são levados em consideração, o esclarecimento do procedimento traz tranquilidade tanto para o paciente quanto para seus familiares.

A VPOE é um fator para reduzir medo, ansiedade, esclarecendo dúvidas e ainda levantando dados relevantes para o transoperatório e poderão influenciar na recuperação do indivíduo (PRÁ; PICOLLI, 2004).

Outro ponto importante a ser analisado é o fato de a amostra ser constituída predominantemente por pessoas com baixa escolaridade, ou seja, sem sequer terem completado o ensino fundamental. Isso faz com que as respostas na sua maioria, sejam afirmativas sem que, entretanto haja o verdadeiro entendimento da pergunta, ou ainda o entendimento em relação às orientações realizadas no período pré-operatório por parte destes pacientes.

Em todas essas questões, fica latente a existência de uma insegurança por parte do paciente e que a visita pré-operatória vem ao encontro dessa insegurança, ocasionando certo alívio não só ao paciente como também aos seus familiares, principalmente quando essa orientação se prolonga após a alta.

A implementação das orientações de enfermagem pré-operatórias, enquanto rotina institucional, em muito contribuirá para reduzir algumas complicações no pós-operatório nas cirurgias, que por vezes têm sua base no medo do desconhecido e na ansiedade ocasionadas possivelmente pela falta de orientação (VITTI, 2009).

TABELA 14 - Distribuição da avaliação dos pacientes que receberam VPOE submetidos a cirurgia no HUIBB. Belém-PA, 2012.

AVALIAÇÃO DA VISITA	f	%
Ruim	0	0
Razoável	1	1
Boa	50	70
Ótima	18	25
Outros	2	3
TOTAL	71	100

Fonte: Formulário

Na **TABELA 14** os resultados apresentados mostram uma avaliação positiva do ponto de vista da satisfação do paciente em relação à visita pré-operatória de enfermagem realizada pela enfermeira do centro cirúrgico, pois 70% avaliaram como boa, 25% avaliaram como ótima, 1% razoável e 3% como outros, a saber:

Este resultado demonstra que vale a pena a realização da visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira do centro cirúrgico, que poderá se institucionalizado dentro de suas rotinas diárias de serviços. Esses dados vão ao encontro do que afirmam Smeltzer e Bruner (2010), que constataram que a VPOE proporciona a realização do planejamento da assistência contínua de enfermagem a ser uma oportunidade para a enfermeira dialogar com o paciente, orientando e esclarecendo dúvidas e estabelecendo um vínculo de confiança com o paciente cirúrgico. A satisfação do paciente para com a assistência recebida demonstra que estamos a caminho de uma enfermagem com compromisso e humanizada diante das dificuldades enfrentadas pelos pacientes.

TABELA 15 – Distribuição das avaliações sobre VPOE, em pacientes submetidos a cirurgia no HUIBB Belém-PA, 2012.

POR QUE	f	%
Segurança	33	46,47
Informado	20	28,16
Não Sabe Explicar	11	15,50
Atendimento Bom	4	5,64
Ajudado	3	4,23
TOTAL	71	100,00

Fonte: Formulário

A **TABELA 15** traz aspectos positivos da realização da VPOE, pois demonstra que da amostra de 71 participantes, 46,47% dos entrevistados sentiram-se seguros para o enfrentamento da cirurgia, seguidos por 28,16% que acreditaram que com a visita ficaram informados em relação ao ato anestésico-cirúrgico. Já 15,5% não sabem explicar, seguidos por 5,63% acreditam ter tido um bom atendimento, 4,23% disseram terem sido ajudados com a VPOE.

A VPOE realizada ao paciente cirúrgico é o início da SAEP, sendo um procedimento indispensável para o preparo físico e emocional dos pacientes. A implementação das orientações enquanto rotina institucional em muito contribuirá para reduzir complicações no pós-operatório, que por vezes tem sua base no medo do desconhecido, na ansiedade ocasionados talvez pela falta de orientação no pré-operatório (GALVÃO, 2002; SILVA; SANTIAGO, 2008).

Podemos ver que as respostas apresentadas vêm ao encontro da literatura, onde destacaram-se a tranquilidade, a explicação e a segurança, expressões que demonstram sentimentos de insegurança vivenciados pelos pacientes no período pré-operatório. Isso nos traz a certeza de que estamos no caminho certo para a realização da SAEP de forma plena.

Prá e Picolli (2004) apontam como estratégia para mitigar os níveis de ansiedade e depressão gerados por estes sentimentos o fornecimento de informações sobre as condições de saúde, procedimento cirúrgico e a participação do paciente e da família no cuidado para uma boa recuperação pós-operatória. Estas orientações funcionam como uma forte ferramenta do enfermeiro de centro cirúrgico, oferecendo numa linguagem clara, respeitando seus conhecimentos e sua cultura, auxiliando na redução dos medos e no esclarecimento das dúvidas.

É de fundamental importância que o enfermeiro adote em sua atribuição de rotina diária a orientação aos pacientes sob sua responsabilidade, principalmente aos pacientes que serão submetidos a cirurgias (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011).

Ressalte-se que, a partir da visita pré-operatória de enfermagem se bem realizada, os ganhos para a equipe multidisciplinar são bastante significativos, pois estando todos bem informados das condições gerais do paciente, sem dúvida terão maior êxito quanto ao procedimento.

TABELA 16 - Distribuição dos pacientes quanto a avaliação do serviço de enfermagem, submetidos a cirurgia no HUIBB. Belém-PA, 2012.

SUGESTÃO	F	%
Atendimento bom	88	68
Não referiram	15	12
Melhorar a forma de tratamento	11	8
Melhorar a infraestrutura	8	6
Pessoas são atenciosas	2	2
Outros	6	4
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

Na **TABELA 16** os pacientes expressam sua opinião em relação aos serviços de enfermagem realizados tanto pela clínica cirúrgica, quanto pelo centro cirúrgico, e 68% veem o serviço de enfermagem como atendimento bom, 12% não emitiram nenhuma sugestão em relação ao serviço, 8% ainda revelam que há necessidade de melhorar a forma de tratamento, 6% dos pacientes reclamaram da infraestrutura, 2% avaliaram os profissionais como atenciosos e 4% referiram outros problemas como a demora na realização do procedimento, melhorar a higiene, melhorar a resolução de problemas, melhorar a acessibilidade e a orientação dos pacientes.

Ao encontramos um grande número de participantes satisfeitos com o atendimento de enfermagem, podemos considerar que a clínica cirúrgica vem realizando um serviço de qualidade com os pacientes. Mesmo sendo questionados quanto ao atendimento da equipe de enfermagem, observamos ainda que os pacientes identificam a infraestrutura como um aspecto negativo do serviço, entretanto é importante ressaltar que a instituição passa por um momento de reforma predial e a clínica cirúrgica ainda não foi contemplada com este serviço.

Madeira *et al.* (2011) em seus trabalhos afirma que a satisfação com os serviços ofertados em instituições públicas tem relação com a baixa escolaridade, pois quanto menor o grau de instrução maior será o grau de satisfação com a assistência de enfermagem. Em nosso estudo, vale ressaltar que nossa amostra é composta por pacientes com a predominância do nível fundamental.

TABELA 17 Distribuição dos pacientes quanto a avaliação do entrevistador, aos pacientes submetidos a cirurgia no HUIBB Belém-PA, 2012.

AVALIAÇÃO ENTREVISTADOR	f	%
Tranquilo	125	96
Agitado	1	1
Nervoso	0	0
Ansioso	2	2
Agressivo	2	2
TOTAL	130	100

Fonte: Formulário

A **TABELA 17** revela através da avaliação do entrevistador que dos componentes da amostra, 96% dos pacientes encontravam-se tranquilos ao responder a entrevista, 2% apresentavam-se ansiosos, assim como 2% demonstravam estar agressivos e apenas 1% agitado. É importante encontrar os pacientes tranquilos após o ato anestésico-cirúrgico, pois demonstra que os cuidados realizados durante esse período estão dando uma boa resposta ao trabalho desenvolvido pela clínica cirúrgica.

O grau de orientação do paciente cirúrgico está intrinsecamente ligado a sua recuperação, pois quando o paciente não tem clareza do que acontecerá durante o procedimento cirúrgico, tende a ficar mais ansioso. A orientação realizada no pré-operatório faz com os pacientes cirúrgicos manifestem no pós-operatório sentimento de tranquilidade, bem-estar, otimismo, diminuição do medo e ansiedade.

5 CONCLUSÕES

Diante do que foi vivenciado no período da realização desta pesquisa, é notório o quanto os pacientes interagem melhor com os profissionais que atuam no centro cirúrgico a partir do momento em que há o esclarecimento do que irá acontecer com eles durante o procedimento a que serão submetidos.

Acreditamos que o objetivo do trabalho foi atingido, pois percebemos que os pacientes entendem ser a visita pré-operatória de enfermagem algo benéfico que ajuda no seu restabelecimento, pois através dela, sentem-se mais tranquilos, esclarecidos, seguros e preparados para o enfrentamento da experiência cirúrgica.

Na realização desta dissertação emergiram duas categorias: perfil da população do período em estudo, sendo pacientes do sexo feminino, com baixa escolaridade, nível fundamental, casados, com predominância das seguintes atividades profissionais: empregadas domésticas, vindos da mesorregião Metropolitana de Belém e que realizaram colecistectomia.

Da segunda categoria aparecem as opiniões dos pacientes quanto às orientações pré-operatórias; dentre as citadas destacam-se o tipo de cirurgia, local da mesma, tipo de anestesia, remoção de próteses, punção venosa, sondas e drenos, curativo e jejum. Surge no tocante à visão do paciente sobre a VPOE, onde obtivemos os seguintes apanhados: a VPOE vem sendo realizada de maneira insipiente na instituição, não abrangendo todos os pacientes que serão submetidos a cirurgia. Apenas 54,62% receberam a visita do enfermeiro do centro cirúrgico, dos que receberam a VPOE entendem ser a mesma uma forma de tranquiliza-los, pois traz segurança, esclarecimentos, orientações e ajuda no restabelecimento, trazendo apoio quanto ao enfrentamento do desconhecido.

A VPOE é de suma importância para o desenvolvimento da SAEP, pois promove ao paciente uma assistência individualizada e com qualidade, podendo diminuir os riscos de estresse, minimizando o medo e a ansiedade que antecedem o momento cirúrgico. Isso sem considerar ao enfermeiro do centro cirúrgico um aprimoramento da sua atuação junto aos outros profissionais e ainda possibilita o planejamento dos cuidados a serem prestados, como materiais e equipamentos que possam ser utilizados durante a cirurgia (FREIBERG; MUDREY, 2011).

Por ser o CC uma unidade de alta complexidade, com tecnologias e procedimento que invadem a privacidade dos pacientes, é necessário que o enfermeiro esteja consciente da necessidade da VPOE, bem como de ouvir, olhar, tocar e ser presente, uma vez que a segurança e tranquilidade favorecem o tratamento e a recuperação (VITTI, 2009).

Diante desse cenário, entendemos que o estudo em questão nos leva a uma reflexão de nossa prática cotidiana e de lançarmos mão de um grande recurso a ser utilizado pela enfermagem de centro cirúrgico. Como vimos, é uma prática constante em muitas instituições, entretanto, não conseguimos realizar de forma cotidiana e sequenciada. Percebeu-se ser a VPOE uma estratégia de aproximação entre o enfermeiro de centro cirúrgico e o paciente que irá submeter-se a experiência cirúrgica, trazendo com isso tranquilidade e segurança aos mesmos, sendo sinônimo de qualidade para o cuidado.

Devemos aproveitar este momento e desenvolver de forma plena a arte do cuidar tão preconizada pela enfermagem, valorizando com isso a enfermagem perioperatória. Entretanto, faz-se necessário renovar nossas atividades pautadas no conhecimento científico baseado em evidências a fim de que possamos cada vez mais ofertar cuidados de enfermagem dignos e humanizados.

Sugerimos que o serviço possa se organizar para realizar a visita pré-operatória de enfermagem a todos os pacientes que serão submetidos procedimentos cirúrgicos, pois é um elemento primordial para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. Ferreira (2011), ao realizar um estudo na mesma clínica, percebe que, para que a efetivação da SAE através do processo de enfermagem, será imprescindível um planejamento do ambiente e das condições favoráveis.

A partir desse estudo poderemos traçar um planejamento no sentido de elaborar um catálogo de informações pertinentes às orientações a respeito do ato anestésico cirúrgico a fim de que se busque dinamizar a realização da VPOE, numa linguagem acessível para todos, pacientes e familiares.

O presente estudo demonstrou através das respostas dos entrevistados que a visita pré-operatória de enfermagem traz ao paciente cirúrgico tranquilidade, fazendo com que o mesmo sintase-se seguro e informado para o enfrentamento de seus medos e anseios quanto ao ato anestésico-cirúrgico. A adoção desta atividade na prática cotidiana do enfermeiro de centro cirúrgico influencia na melhoria da qualidade de vida do paciente cirúrgico, reduzindo sentimentos negativos como medo, ansiedade e insegurança.

Torna-se importante a mudança dos enfermeiros frente à realização da VPOE através de uma atuação científica, documentada e legalizada. Para tanto, faz-se necessária a inovação dos conceitos sobre assistência cirúrgica e a implantação de uma assistência cirúrgica humanizada, deixando de buscar as características relacionadas a problemas burocráticos, estruturais e técnicos, mas sim uma questão que envolva atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional (VITTI, 2009).

Ressalte-se aqui que essa necessidade da reimplantação do processo de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem vêm sendo despertados dentro da instituição através de projetos voltados para esse interesse.

Ao realizarmos a VPOE estabelecemos um vínculo com os pacientes e familiares, aumentando com isso a confiança dos mesmos em relação ao serviço, bem como um maior reconhecimento profissional e valorização da categoria.

REFERÊNCIAS

- AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA (Brasil). **Sítio cirúrgico:** critérios nacionais de infecções relacionadas a assistência. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf. Acesso em: 17.08.2011.
- ALMEIDA, M.A. et al. Tempo despendido na execução do processo de enfermagem em um centro de tratamento intensivo. **Rev. Esc. Anna Nery**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452012000200012&script=sci_arttext. Acesso em: 09.01.2013
- ALMEIDA, M.A; LUCENA, A. F. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, M.A; LUCENA, A. F.; FRANZEN, Elenara; LAURENT, Maria do Carmo R. (Col.). **Processo de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2011. Cap. 1, p. 23-29.
- ALMEIDA, Rosiene da Silva e Souza. et al. Implantação de um instrumento de coleta de dados perioperatórios. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 12. n. 2. 2009.
- BARRETO, *et al.* A necessidade de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. **Revista Mineira de enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 369/377, jul.set. 2010.
- BARROS, A. L. B. L; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em foco**. São Paulo, v. 1, n.2, p. 63-65, 2010.
- BERG, M. R. R; CORDEIRO, A. L. A. O. Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 57-67, 2006.
- BITTAR, Eliana; SILVA, Elaine Aparecida da, DUARTE, Débora. Satisfação dos pacientes quanto ao manual de orientação pré e pós cirurgia cardíaca. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 54-60, jan./mar. 2012
- CARVALHO, Rachel de; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. São Paulo: Manole, 2007.
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **The national health care safety network manual**. Disponível em: www.cdc.gov. Acessado em 23.08.2011.
- CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré operatório. **REEUSP**, São Paulo, v. 43, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>. Acesso em: 16.05.2011.
- CHIRVECHES, E. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. **Enferm Clin.**, v. 16, n. 1, p. 3-10, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358. 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e Implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília.

23.10.2009. Também disponível em:
ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.out.09/iels19

COSTA, A. G. S. et al. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **REEUSP**, São Paulo, v. 44. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/29.pdf>. Acesso em: 11.07.2011.

CUNHA, K.C. **Gerenciamento na enfermagem**: novas práticas e competências. São Paulo: Martinari. 2005.

DALRI, C.C. **Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período em pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica**. 2005. 198 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005

DIAS, V. C.; SILVA, R. S. O. Visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico. **Rev Enferm UNISA**, n. 2, p. 73-5, 2001.

DORIA FILHO, U. Introdução à bioestatística para simples mortais. In: _____. **Estatística descritiva**. São Paulo: Elsevier. 1999.

FERREIRA. I. P. *et al.* A enfermagem no perioperatório. In: MORAES, L. A. R.; NORMANDO JÚNIOR, G. R.; SANTOS, P. B. (org.). **Manual de Condutas em Cirurgia**. Belém: EDUFPA, 2004.

FERREIRA. I. P. **Estratégia coletiva de enfermeiras para a implantação do processo de enfermagem**: uma pesquisa convergente assistencial. 2011. 237 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery do Rio de Janeiro, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Paulo: Yendis, 2009.

FONSECA, R. M. P. **Revisão integrativa da pesquisa de enfermagem em centro cirúrgico no Brasil**: trinta anos após o SAEP. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2008.

FONTELLES, M. J. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental**. Belém: O Autor, 2010. v. 1. p. 41-43

FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.43 -55.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**. São Paulo. v. 10, n. 5, p. 650-655, set./out. 2002.

GARCIA, T. R; NOBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Recife.

Anais ... Recife : UFPE, 2000. Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”.

GARCIA, T. R; NOBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria a prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. v. 13. n. 1. Paraíba. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26>. Acesso em: 16.05.2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Romeu. *et al.* Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações dos homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v 23. n. 3. p. 565-574. 2007.

GRASEL, L.H. *et al.* ansiedade e medo: diagnóstico de enfermagem aplicado no pré-operatório do paciente cardíaco. **Revista SOBECC**. São Paulo, 2009.

GRITTEM, L. et al. Visita Pré Operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3. 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7311/5243>. Acessado em: 16.05.2011.

GUZELA, R. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, v. 34, n. 2, 2005.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo : EPU 1979.

KRUSE. M. H. L. *et al.* Orientação pré operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009. <http://www.fen.ufg/revista/v11/n3/v11n3a05>. Acessado em: 16.05.2011.

LADDEN, S. C. Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. In: MEEKER, M. H; ROTHROCK, J. C. **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, cap 1, p. 3-5.

MADEIRA, M.Z.A. *et al.* A assistência de enfermagem perioperatória e a satisfação do paciente. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 9-15, 2011.

MONTEIRO, J. A. C. **A segurança do paciente cirúrgico, o papel dos profissionais e o impacto socioeconômico numa unidade local de saúde**. 2010. 168 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Gestão e Economia, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Instituto Politécnico da Guarda, 2010. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/327/1/MG-Jose%20Monteiro-103.pdf>. Acesso em: 19.05.2011.

NANDA INTERNATONAL. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA Definições e Classificação 2009-2011**. Trad.: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARENTE, M.A.M.P; SCHERER. L. C; ZIMMERMANN.N; FONSECA. R.P. Evidências do papel da escolaridade na organização cerebral. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**.

v. 1, n. 1, p. 72-80, 2009.

PEREIRA, M. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPLLE, A. F. V.; PRADO, M. A. A Infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto contexto**. Goiás, v. 14. p. 250-7. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf> acessado em: 23.08.2011.

PICCOLI, M.; GALVÃO, C. M. **Enfermagem Perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine**. Paraná : Edunioeste, 2004.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão**. 4. ed. São Paulo: Iatria, 2009.

POVEDA, V.B; GALVÃO, C.M; HAYASHIDA, M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. **Rev. Escola de Enfermagem USP.**, v. 37, n. 1, p. 81-89, mar. 2003.

PRÁ, L. A.; PICCOLI, M. Enfermagem perioperatória: Diagnóstico de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/813/931>. Acessado em: 05.08.2011.

SANCHES, I.C.P. *et al.* Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? **Ciência e Saúde Coletiva.**, v. 18, n. 1. p. 67-73, 2013.

SANTOS, B.S; ANTUNES, D.D. Vida adulta, processos motivacionais e de diversidade. Porto Alegre. Ano XXX. n. 1. p. 149-164, 2007.

SANTOS, J; HENCKMEIER. L; BENEDET. S. A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. **Enfermagem em foco**, Santa Catarina, v.2, n. 3, p. 184-187, 2011.

SANTOS, M.A. *et al.* Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Santos, v. 14, n. 4, p. 922-927, out./dez. 2012.

SANTOS, R. R.. *et al.* Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré operatória em pacientes de cirurgias oncológicas. **Cogitare Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/8264/6794> Acessado em: 16.05.2011.

SILVA, D.G.; FREIBERGER, M. F.; SILVA, J. L.; VALE, J. S.; GONÇALVES, J. C. R. O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. **Rev. Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v. 2. p. 56-59. 2011. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/68/58>. Acessado em: 15.08.2011.

SILVA, R. R; SANTIAGO, L.C. Contribuições das orientações de enfermagem pré-operatórias para clientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Revista Enfermeria Global**, n. 14.

2008.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.6, p. 673-676, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Práticas recomendadas**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOUZA, L. R. et al. The benefits of preoperative nursing visits for surgical patients: a systematic review of literature. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr./jun. 2010.

VIEIRA, S; HOSSNNE, W. S. **Metodologia científica para área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

VITTI, J.P.S. **A visita pré-operatória de enfermagem como um instrumento para o preparo do paciente para a cirurgia**. 2009. Monografia (Especialização) - Faculdade de Enfermagem do Centro de Universitário Hermínio Ometto- UNIARARAS. 2009. Disponível em: http://nourau.uniaraaras.br/pt_BR/document/?code=849. Acesso em: 22.07.2012.

APENDICES

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A VISÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Este estudo tem como objetivo analisar se a visita pré-operatória de enfermagem como instrumento da sistematização da assistência de enfermagem traz benefícios ou não para o paciente cirúrgico no Hospital Universitário João de Barros Barreto. Convidamos você a participar desta pesquisa, respondendo um conjunto de perguntas sobre a visita pré-operatória, na forma de entrevista, que serão realizadas na enfermaria onde está internado. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque algum constrangimento, você tem a liberdade para não responder.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Em nenhum momento a entrevista oferecerá riscos à sua dignidade, bem como não será feito nenhum procedimento que lhe trará qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Ao participar desta pesquisa o você não terá benefício direto, entretanto esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a visita pré-operatória de enfermagem, de forma que ao concluirmos possamos encontrar benefícios para melhorar a assistência prestada.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é Ana Patrícia Gomes Vasconcelos, que pode ser encontrado no endereço Rua dos Mundurucus, 4487, telefones 91-91140559/91-32016627, ainda como orientadora a Profª Dra. Mary Elizabeth de Santana, telefone 91-91465969, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), no mesmo endereço ou pelo telefone 91-32016754, e e-mail: cephujbb@yahoo.com.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Em qualquer momento você tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

Não haverá despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e guardados por cinco anos e os resultados divulgados em eventos e/ou revista científica.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo “A visão do paciente cirúrgico sobre os cuidados de enfermagem na visita pré-operatória”. Eu discuti com a pesquisadora Ana Patrícia Gomes Vasconcelos, sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros

para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta despesa e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito/ representante legal

Belém, ___/___/___

Assinatura da testemunha (para casos de sujeitos menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito que colheu o T.C.L.E.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Registro no Conselho:

Belém, ___/___/___

APENDICE B - INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

Entrevista n°: _____ Data da entrevista: _____

1-IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Grau de escolaridade: _____

Profissão: _____ Procedência: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data da cirurgia: _____

Cirurgia realizada: _____

2-OPINIÃO DO PACIENTE:

2.1-Você recebeu algum tipo de informação no período pré-operatório?

SIM NÃO

Quais?

Tipo de anestesia

Jejum

Tricotomia

Remoção de próteses

Punção venosa

Sondas e drenos

Tipo de anestesia

Local da cirurgia

Curativo

Cuidado nas primeiras 24 horas

Apoio emocional

Pós operatório

Outros: _____

2.2- As orientações recebidas estão ajudando no seu restabelecimento?

sim não Por quê?

2.3- Você recebeu a visita do (a) enfermeiro (a) do centro cirúrgico antes da cirurgia:

sim não. Caso negativo pular para questão 2.6.

2.4- A visita pré-operatória de enfermagem contribuiu para seu restabelecimento?

sim não

Por quê?

2.5- Como você avalia a visita recebida:

ruim razoável boa ótima outros

Por quê?

2.6 Gostaria de fazer alguma sugestão para a melhoria do serviço de enfermagem?

ANEXO

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA

PROJETO DE PESQUISA

Título: A VISÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Pesquisador: ANA PATRÍCIA GOMES VASCONCELOS

Versão: 1

Instituição: Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA

CAAE: 01054212.2.0000.0017

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 22003

Data da Relatoria: 24/04/2012

Apresentação do Projeto:

O desenho será do tipo descritivo exploratório, com análise quantitativa dos dados. Amostra é o subconjunto que representa uma determinada população, ou seja, constitui uma redução da população, sem, no entanto perder suas características essenciais.

Este será realizado a partir de informações obtidas por meio de entrevista a pacientes adultos com idade entre 18 a 70 anos, ambos os sexos, que submeteram as cirurgias eletivas no centro cirúrgico, internados na clínica cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a visão do paciente cirúrgico sobre a visita pré-operatória de enfermagem do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pacientes serão beneficiados com a melhoria na qualidade da assistência prestada, o estudo trará risco ao paciente que participar do mesmo no que diz respeito a revelação de sua identidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Acrescentar currículos dos pesquisadores na Plataforma e acrescentar no item Risco e Benefícios e no TCLE a possibilidade de revelação da identidade do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisa relevante. Acrescentar currículos dos pesquisadores na Plataforma e acrescentar no item Risco e Benefícios e no TCLE a possibilidade de revelação da identidade do paciente.

Recomendações:

Acrescentar currículos dos pesquisadores na Plataforma e acrescentar no item Risco e Benefícios e no TCLE a possibilidade de revelação da identidade do paciente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acrescentar currículos dos pesquisadores na Plataforma e acrescentar no item Risco e Benefícios e no TCLE a possibilidade de revelação da identidade do paciente. O estudo só deverá ser iniciado após serem seguidas estas recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este colegiado manifesta-se pela Aprovação do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº195/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Recomendamos a coordenação do estudo que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa.

CEP/HUJBB

BELEM, 15 de Maio de 2012


Assinado por: **João Soares Feijó**
Médico do Centro de Ética em Pesquisa / HUIBB
CRM: 4409