

**TANIRA ROZAURO DONADUSSI**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
FUNDAMENTADA EM KING**

**Florianópolis, fevereiro de 2001**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL  
CAPES/UFSC/FAPERGS - UPF**

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
FUNDAMENTADA EM KING**

**TANIRA ROZAURO DONADUSSI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção de título de Mestre em Assistência de Enfermagem

**ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> ROSITA SAUPE**

**Florianópolis, fevereiro de 2001**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
FUNDAMENTADA EM KING**

**TANIRA ROZAURO DONADUSSI**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

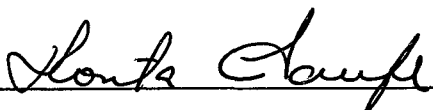
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada em sua forma final em 15 de fevereiro de 2001, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Assistência de Enfermagem.



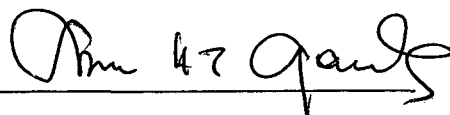
Prof. Dr. Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora

**BANCA EXAMINADORA**



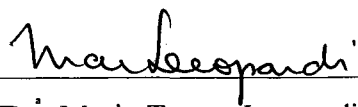
Prof. Dr. Rosita Saupe

Presidente




Prof. Dr. Lúcia Takase Gonçalves

Membro



Prof. Dr. Maria Tereza Leopardi

Membro



Prof. Dr. Zuleica Maria Patrício

Membro Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

**À minha orientadora, Rosita, por entender minhas dificuldades e limitações. Por ser tolerante, paciente, amiga, pela sua disponibilidade, pelo seu sorriso, pelo seu carinho, pelas suas valiosas contribuições. Por acreditar em mim, quando muitas vezes eu mesma não acreditava. Por ter iluminado esta trajetória e tornado possível a conclusão deste trabalho.**

**Aos amigos, colegas de mestrado, que compartilharam desta caminhada servindo de exemplo e estímulo. Cada um de vocês contribuiu para realização deste trabalho.**

**Aos demais colegas do Curso de Enfermagem, especialmente à Lenir, que coordenou o Curso de Enfermagem durante o período do mestrado contribuindo para a qualificação do corpo docente.**

**À minha amiga Mônica. Exemplo de vontade, determinação, dedicação, trabalho e, o que é mais importante, de amizade. Obrigada pela força.**

**À secretaria do Curso de Enfermagem, em especial ao Nelson e Rodrigo, pela disponibilidade e apoio.**

## RESUMO

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA FUNDAMENTADA EM KING

O interesse em desenvolver este estudo resultou da minha inquietação e do meu descontentamento ao observar, a partir das atividades da disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico, desenvolvida no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, que a maioria dos pacientes que chegava à unidade tinha pouco ou nenhum conhecimento sobre o procedimento a que seriam submetidos. Constatei que a assistência ao paciente limitava-se ao período transoperatório, não sendo realizada a assistência perioperatória – que abrange o período pré, trans e pós operatório. Levando em consideração estes fatores, percebi a necessidade de aproximar o paciente deste desconhecido, através da visita pré-operatória de enfermagem, com o objetivo de orientá-lo sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e esclarecer suas dúvidas, na tentativa de minimizar estas situações de desconforto. Desta forma, foi elaborado um referencial utilizando-se conceitos e pressupostos da Teoria de Imogene King, tendo em vista assistir o paciente cirúrgico durante o período perioperatório. Fizeram parte do estudo pacientes que seriam submetidos a tratamento cirúrgico cardiovascular, por representarem um grupo cujo período perioperatório é caracterizado por ser bastante angustiante, pois se trata de uma cirurgia de grande porte, com vários procedimentos pré-operatórios, que exige cuidados pós-operatórios intensos e causa alterações no estilo de vida do paciente. Durante o desenvolvimento do estudo, emergiram situações não previstos que ocasionaram crises na autora e interferiram na seqüência do mesmo. Após a superação das dificuldades encontradas, ao refletir sobre os acontecimentos e analisar os resultados obtidos percebi a validade do referencial utilizado. Prestar assistência de enfermagem orientada por um referencial consistente, proposto por uma pensadora e pesquisadora da área, diferente do modelo tradicional, numa instituição e numa cultura de enfermagem que não tem esta tradição, constituiu-se em grande desafio. Este, somado à necessária disciplina intelectual da autora, valorizaram a experiência e confirmaram expectativas de que esta forma de trabalho não é apenas parte do processo de valorização profissional, mas principalmente significativo fator de qualidade da assistência. Entendemos que este estudo trouxe benefícios não somente aos pacientes e familiares incluídos no mesmo, mas também à instituição onde foi desenvolvido. Outras contribuições são esperadas, na medida em que o processo da graduação e a pesquisa possam ser iluminadas pelas possibilidades comprovadas ou sugeridas para novos estudos.

## ABSTRACT

### PERIOPERATORY NURSING ASSISTANCE BASED IN KING

The interest in developing this study resulted from my anxiety and dissatisfaction while observing nursing activities in surgery block classes developed in the nursing school at the University of Passo Fundo, in which most of the patients came to the unity with little or no knowledge about the procedures they would go through. I verified that the assistance to the patient was limited to the transoperative period without perioperative assistance that consists in pre, during and post surgery. Considering these factors I realized the need in bringing this unknown to the patients by the nursing pre-operative visit, with the objective of orienting them about the anesthesia procedures and clarifying doubts in order to minimize these disconsolateness situation. Aiming this, a referential was made using concepts and pressupositions from Imogene King's theory to assist the surgical patient during the perioperative period. Patients that where gong through cardiovascular surgical treatment were studied for representing the group in which the perioperative period is very distressing as it is a major surgery, having many pre-operative procedures as well as many significant post-operative care and also causing changes in the patients life style. During the study unexpected facts occurred which interfered in the development of this work. Mean while reflecting about the happenings and analyzing the results I realized the importance of the referential used. Giving na oriented nursing assistance by a consistent referential proposed by a thinker and researcher of this area, opposing to traditional models, contrasting in an institution and in a culture of nursing without this tradition, became a great challenge. This challenge added to the author's necessary intelectual discipline, added value to the experiance and confirmed the expectations that this form of work is not just simply part of the process of professional valorization but most of all a significant quality factor of assistance. I understand that this study brought benefits not just to the patients and their relatives but also to the institution where it was performed. Other contributions are expected as the graduation process and the research can be enlightened by the possibilities corroborated or suggested for new studies.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
I REVISÃO DA LITERATURA.....	13
II MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	23
2.1 Pressupostos.....	23
2.2 Sistemas e Conceitos.....	24
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Processo educativo-cuidativo-participativo .....	29
2.3.2 Processo de análise.....	31
2.4 Aspectos éticos.....	31
III CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	33
IV DESCRIÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	38
V ANÁLISE REFLEXIVA.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS	
Anexo 1: Protocolo da Prática Assistencial	
Anexo 2: Carta de autorização	
Anexo 3: Instrumento de avaliação e orientação pré-operatória	
Anexo 4: Instrumento para registro das necessidades levantadas	

Anexo 5: Relação de cuidados aos pacientes

Anexo 6: Evolução de enfermagem



## INTRODUÇÃO

A realidade que tenho experienciado demonstra que a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico é realizada de forma fragmentada. Explicando melhor, percebe-se a falta de integração da assistência entre os períodos pré, trans e pós-operatórios.

Muitas vezes, durante a hospitalização, o paciente cirúrgico percorre mais do que uma unidade - emergência, centro cirúrgico, sala de recuperação, unidade de internação ou CTI. Este fato, seguidamente, causa apreensão ao pessoal de enfermagem pois, ao receber o paciente em uma destas unidades, não se teve nenhum contato prévio com o mesmo e as informações que se recebe são precárias e se limitam a dados técnicos - médicos superficiais. Mesmo que o paciente retorne à unidade de origem, pouco se sabe sobre o procedimento a que foi submetido.

Esta situação faz com que o paciente perceba esta falta de integração e se sinta inseguro e apreensivo. Paralelamente a isto, o paciente tem pouca ou nenhuma informação sobre sua doença e tratamento, o que agrava a situação.

Evoluímos muito técnica e cientificamente nos últimos anos. Conseguimos minimizar significativamente os riscos cirúrgicos. Temos uma gama enorme de recursos ultramodernos utilizados para aliviar a dor, o sofrimento e prolongar a vida, mas, apesar disto, o ato cirúrgico ainda é considerado como um momento de crise para o indivíduo.

Entendo que esta situação pode ser modificada através assistência de enfermagem perioperatória. Acredito que a orientação pré-operatória de enfermagem é um fator de suma importância, que contribui significativamente para minimização dos medos e inseguranças do paciente. ¶

Porém, para evitar que este ensino seja realizado de forma verticalizada, isto é, de cima para baixo, por imposição do enfermeiro, faz-se necessário que ocorra a interação entre enfermeiro e paciente para que ambos determinem suas necessidades. “Teoricamente, o ensino deve atender a necessidade do paciente para informação e experiências novas” (Fox, 1997).

Para que a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico seja efetiva, se faz necessária a sistematização desta, desde o momento do pré-operatório até a reintegração do paciente à sociedade e às suas atividades normais, completando assim a assistência perioperatória, que abrange os períodos pré/ trans/ e pós-operatórios.

Acreditando nisto, o interesse em desenvolver este tema resultou da minha inquietação e do meu descontentamento ao observar, a partir das atividades da disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico, desenvolvida no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, que a maioria dos pacientes que chegava à unidade tinha pouco ou nenhum conhecimento sobre o procedimento a que seriam submetidos.

Constatei que a assistência ao paciente limitava-se ao período transoperatório, não sendo realizada a assistência perioperatória – que abrange o período pré, trans e pós operatório.

Levando em consideração estes fatores, percebi a necessidade de aproximar o paciente deste desconhecido, através da visita pré-operatória de enfermagem, com o objetivo de orientá-lo sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e esclarecer suas dúvidas, na tentativa de minimizar estas situações de desconforto.

Esta atividade vem sendo desenvolvida na disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico e os resultados têm sido positivos, segundo relatos dos pacientes, porém trata-se de uma atividade acadêmica, não sistematizada, realizada apenas com alguns pacientes durante o período de estágio da disciplina.

A partir destas constatações, foi elaborado um projeto de prática assistencial tendo em vista assistir o paciente cirúrgico durante todo o período perioperatório, utilizando-se conceitos e pressupostos da Teoria Interacionista de Imogene King.

Com a finalidade de delimitar o estudo, optei por trabalhar com pacientes que seriam submetidos a tratamento cirúrgico cardiovascular por representarem um grupo cujo período perioperatório é caracterizado por ser bastante angustiante, pois se trata de uma cirurgia de grande porte, com vários procedimentos pré-operatórios, que exige cuidados pós-operatórios intensos e causa alterações no estilo de vida do paciente. Aliado a isto, no hospital onde se realizou a prática assistencial, o paciente cirúrgico cardíaco é um dos poucos a internar dias antes da cirurgia, o que contribuiu para a escolha.

A escolha por trabalhar com a Teoria de Imogene King baseia-se, sobretudo, nos seus conceitos e pressupostos, que traduzem adequadamente o que considero fundamental para uma assistência de enfermagem de qualidade, possibilitando ao paciente a participação em seu cuidado e o exercício de sua cidadania.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivos: cuidar/educar pacientes submetidos a tratamento cirúrgico cardiovascular internados em um hospital geral, utilizando um marco referencial fundamentado em conceitos e pressupostos da Teoria de Imogene King e, avaliar a influência da educação pré-operatória do paciente nos vários aspectos que envolvem o período perioperatório, quer sejam físicos ou emocionais, através de suas percepções.

Na seqüência desta dissertação apresento, no capítulo I, uma revisão da literatura acerca da assistência de enfermagem perioperatória e abordo aspectos da cirurgia cardíaca incluindo, motivos que levam a cirurgia, características dos clientes, quais as principais cirurgias e complicações potenciais e as características das diferentes etapas do perioperatório. Este capítulo não tem a pretensão de esgotar o tema, mas de registrar importantes contribuições para elucidação do mesmo.

No capítulo II abordo o marco teórico metodológico, incluindo os pressupostos, sistemas e conceitos que orientaram o estudo, bem como a metodologia utilizada para realização da prática assistencial e para o processo de análise, e finalizo com os aspectos éticos relacionados com o estudo.

A contextualização do local do estudo começa situando o município de Passo Fundo, a instituição de saúde onde foi realizada esta prática e as unidades de Centro Cirúrgico e Centro de Tratamento Intensivo, e constitui o capítulo III.

No capítulo IV são descritas todas as ações desenvolvidas junto aos clientes cuidados e no seguinte (capítulo V) as reflexões críticas procuram articular os vários componentes do marco teórico metodológico à prática efetivada.

Encerro tecendo algumas considerações que têm a intenção de sintetizar os principais achados do estudo, avaliar sua contribuição para os envolvidos e para a profissão, bem como levantar temas que possam aprofundar e/ou avançar na construção de conhecimentos relativos a esta temática.

## I REVISÃO DA LITERATURA

Como todo paciente hospitalizado, o paciente cirúrgico está exposto a várias fontes de tensão, como o medo da anestesia, da cirurgia, o afastamento dos familiares, a inserção em um ambiente desconhecido, o trauma fisiológico, a dor, o medo da morte, entre outras. Por mais bem planejada que seja uma cirurgia, não se consegue anular totalmente os riscos, fato que acarreta ansiedade e insegurança no paciente (Elhart *et al.*, 1983).

Além dos pacientes, os familiares também têm que se adaptar aos diferentes estágios da doença e com as exigências de cada período. No ambiente desconhecido e assustador, sentem-se vulneráveis e dependentes (Brunner & Suddart, 1998).

Concordo com os autores citados, pois posso perceber estas situações diariamente durante o desenvolvimento da disciplina de Centro Cirúrgico quando tanto pacientes como familiares expressam estes sentimentos.

Acredito que uma das formas de minimizarmos esta situação de insegurança e desconforto é fornecendo informações ao paciente sobre seu estado de saúde e procedimento a que será submetido. Segundo Beland & Passos (1979), o sucesso de uma cirurgia depende do estado de saúde do indivíduo no período que antecede a cirurgia, e de como ele se comporta no pós-operatório. Reitero suas palavras, pois considero que o período perioperatório não pode ser fragmentado em pré, trans e pós-operatório. É necessário que se estabeleça vínculos entre estes períodos, objetivando um resultado mais próximo possível do ideal.

Paula & Carvalho (1997) afirmam que o procedimento cirúrgico pode ser uma experiência emocionalmente difícil para os seres humanos pois, os mesmos deparam-se

com situações novas que podem levá-los a um estado de tensão, ansiedade ou medo, em decorrência destes fatores. O medo do desconhecido, da anestesia, da mutilação e até mesmo da possibilidade de morte, são alguns destes fatores.

De acordo com Brunner & Suddart (1998), a experiência da doença-cirurgia-prognóstico acarreta sentimentos e reações estressantes ao paciente, devido o ato anestésico-cirúrgico, medo do desconhecido e dúvidas quanto ao processo de recuperação. Entendo que estes sentimentos são perfeitamente aceitáveis, pois a insegurança emerge em situações desconhecidas; é próprio do ser humano ter dúvidas frente a estas situações.

O processo doença/ato cirúrgico pode trazer alterações temporárias e/ou permanentes para o paciente, envolvendo família, trabalho, renda e imagem corporal (Ferraz *et al.*, 1998). Considerando estes fatores, acredito que se faz necessário incluir o paciente no seu tratamento pois analisando este processo sob o prisma da assistência holística, podemos concluir que o ser humano não é apenas aquele momento, aquela cirurgia e aquele pós-operatório (Taglieta *et al.*, 1993). É um ser humano com vontades e capacidades, que tem o direito de exercer a sua cidadania e tomar decisões sobre sua vida.

Santos & Caberlon (1980) afirmam que a maior preocupação do paciente cirúrgico provém da obscuridade das informações, no que se refere aos aspectos inerentes ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido.

Nightingale, *apud* Pereira (1983, p. 49), refere a necessidade de a enfermeira reconhecer e diminuir a ansiedade do cliente e comenta: “ apreensão, incertezas, demora, expectativa, medo de surpresas, fazem mais mal a um paciente do que qualquer esforço. Lembre-se de que ele está frente a frente com seu inimigo durante o tempo todo, internamente lutando e tendo com ele longas conversas imaginárias. Você está pensando em outras coisas. Livre-o rapidamente de seu adversário, é a primeira regra quando se lida com doentes”. Acho muito procedente esta colocação pois nos faz perceber que podemos ser um aliado do paciente, na luta contra seu adversário.

Pereira (1983), concordando com alguns autores, entre eles Palm, Redman & Dodge, coloca que o conhecimento da pessoa sobre sua saúde lhe possibilita maiores

condições de questionar a natureza do seu problema, facilitando sua adaptação a esta situação, aumentando sua cooperação com o regime terapêutico e facilitando sua independência”.

“Observa-se que os clientes, após contato com a equipe multidisciplinar, inúmeras vezes não tem respondidas suas dúvidas, perdendo o profissional a oportunidade de auxiliar o indivíduo a ampliar seus conhecimentos, o que beneficiaria na manutenção de sua saúde” (Pereira, 1983, p. 50 ). Concordo com Pereira neste aspecto e acrescento que além do benefício na manutenção da saúde do paciente, o esclarecimento das dúvidas do mesmo reverteria em benefícios para a equipe de saúde, para os familiares e para a instituição.

Em trabalho desenvolvido por Lerman *et al.*, *apud* Brescia & Quayle (1997), sobre as trocas de informações entre médicos e pacientes, concluiu-se que a compreensão do paciente sobre sua situação será melhor, quanto maior for a troca de informação entre ambos, o que aumentaria sua confiança, seu controle sobre a doença e a expectativa de melhora.

De acordo com Brescia (1997), o paciente valoriza as informações técnico-médicas recebidas, procurando incorporá-las e segui-las. Porém, se suas expectativas, dúvidas e temores ficarem sem o devido esclarecimento, isto poderá gerar ansiedade e frustração. Percebo que cabe a enfermagem esclarecer estes aspectos, proporcionando ao paciente alívio de sua ansiedade ao fornecer informações sobre suas dúvidas e temores, o que evitaria frustrações.

A educação do paciente é uma tradição de longa data na enfermagem; começou em uma época em que o doente era cuidado no domicílio e que os procedimentos operatórios, às vezes, eram feitos em casa também. As enfermeiras ensinavam as famílias sobre limpeza e desinfecção enquanto cuidavam do doente. A National League of Nursing Education, em seu Standard Curriculum Guide for School of Nursing, de 1918, considerou os fatores “preventivo e educativo” como elementos essenciais na rotina do treinamento das enfermeiras. Em 1937, o guia de currículo descreveu a enfermeira como educadora e um agente para a saúde. A prevenção da doença e a educação do paciente têm sido, há

muito, as prioridades da enfermagem ( Fox, 1997, p. 196 ).

“Com o desenvolvimento sociocultural, o paciente passou a ser valorizado como ser humano com capacidades e responsabilidades por manter sua saúde, e não mero recipiente de ações médicas. O processo de ensino de pacientes é encarado como meio pelo qual o paciente pode adquirir conhecimentos e habilidades, ser encorajado a participar de seu tratamento, tomando decisões e assumindo responsabilidades” (Zago, 1993, p. 68 ).

O ensino do paciente é uma experiência planejada prevista para provocar mudança de comportamento e melhora do estado de saúde. Trocas de conhecimento podem ser necessárias antes que o paciente seja motivado a mudar de comportamento. O ensino é um meio sistemático de introdução de informação nova, eventos, experiências ou objetos no ambiente do paciente ( Fox, 1997).

Faulkner, *apud* Zago (1993), esclarece que o nível de informações a serem oferecidas no pré-operatório, depende não só das necessidades do paciente, mas também de sua capacidade de assimilar a informação. O profissional de enfermagem deve ter a habilidade de perceber quais são as reais necessidades de saúde do paciente e procurar satisfazê-las de acordo com suas possibilidades.

Segundo Pereira (1983), o que ocorre é que, quando são realizadas ações educativas junto aos clientes, estas freqüentemente visam atingir os objetivos do profissional que determina as necessidades do cliente, traçando seu plano de ação, baseado em suas necessidades (do profissional) ou naquilo que acredita ser importante para o cliente, família ou comunidade. Concordo com a autora mas acredito que esta situação possa ser modificada. É preciso estar mais atento às necessidades do paciente; proporcionar uma assistência individualizada, não permitir que os objetivos do profissional se sobreponham aos do paciente.

Abdellah, *apud* Rizzardi *et al.* (1983, p. 171), afirma que “a assistência só é eficiente se considerar a avaliação dos cuidados feita pelo próprio paciente, quanto às necessidades por ele sentidas. Diz ainda que se assim não ocorrer, talvez estejamos satisfazendo as necessidades dos hospitais, dos médicos e das enfermeiras, mas não dos



pacientes”

Kamiyama (1972) relata que a assistência de enfermagem ao paciente deve ser realizada levando-se em consideração suas necessidades, não se limitando apenas à assistência que o mesmo deseja receber. Porém, os problemas que o paciente considera como prioritários devem ser atendidos preferencialmente, para que o cuidado seja individualizado e integral. Cita características de temperamento, inteligência, equilíbrio emocional e nível sócio-econômico-cultural, capazes de fazer com que as pessoas reajam diferentemente à doença. Para ela, a assistência de enfermagem parece ser planejada para necessidades pré-estabelecidas, não se considerando as expectativas e os problemas de maior importância para os pacientes.

Zago (1997) relata que o enfermeiro cirúrgico deu início à sua atividade educativa na década de 40. Cita que, em vários estudos, os enfermeiros perceberam que o processo educativo do paciente, durante o período perioperatório, poderia minimizar ou evitar as complicações pós-operatórias.

Cabe aqui definir o que se considera período perioperatório, período pré-operatório imediato, período transoperatório, período intraoperatório, período de recuperação pós-anestésica e período pós-operatório imediato. Castellanos e Jouclas (1990, p. 363), definem-nos como:

- *Período perioperatório* é aquele que compreende os períodos pré-operatório imediato, transoperatório, intraoperatório, recuperação pós-anestésica e pós-operatório imediato.
- *Período pré-operatório imediato*, compreendido desde a véspera da cirurgia até o momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico.
- *Período transoperatório*, compreendido desde o momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico até o momento em que é encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica.
- *Período intra-operatório*, compreendido desde o momento do início até o final da anestesia.

- *Período de recuperação pós-anestésica*, compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operações até sua alta da sala de recuperação pós-anestésica.
- *Período pós-operatório imediato*, compreendido desde a alta do paciente da sala de recuperação pós-anestésica até as primeiras 48 horas pós-operatórias.

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) foi proposta primeiramente por Castellanos, tendo como base a Teoria das Necessidades Básicas, de Horta. Tempos depois, Castellanos e Jouclas propuseram um “Modelo Conceitual Filosófico” de assistência de enfermagem perioperatória, abrangendo os conceitos de assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada.

Para concretizar esse modelo, as autoras propõem as seguintes fases: visita pré-operatória, intraoperatório, recuperação anestésica e visita pós-operatória (Silva e Potenza, 1993).

Menezes (1978) afirma que é imprescindível a identificação dos problemas de enfermagem nas diferentes fases do período perioperatório, para elaboração do plano de cuidados, pois suas necessidades básicas serão características de cada período, e precisam ser atendidas para manter-se um equilíbrio bio-psico-social-espiritual.

Para Zago (1993), o pré-operatório é o momento em que a ansiedade do paciente pode atingir níveis máximos, pois, neste período, realizam-se procedimentos preparatórios intensos que visam favorecer as reações fisiológicas e aumentar a probabilidade de que o organismo responda adequadamente ao trauma cirúrgico. Estes procedimentos incluem exames de sangue, raio-X, tricotomia, enema, punção venosa, cateterismo, e são realizados num curto espaço de tempo pois, em geral, a internação ocorre vinte e quatro horas antes da cirurgia. Estou de acordo com a autora quando postula que este é o período em que o paciente está mais apreensivo pois, além da realização de todos estes procedimentos é o período que antecede o momento mais crítico e temeroso que é a cirurgia/anestesia.

Zago (1993, p. 69), citando Brillhart; Stewart (1989); Hussey, Gilliland (1989) Ruzick (1989) e Smith (1989), concorda com estes autores, ao afirmar que, “além do preparo do paciente quanto aos aspectos somáticos, a atuação sobre o estresse psicológico é fundamental para a rápida recuperação. O ensino de pacientes, no pré-operatório, influencia as fases posteriores da cirurgia, levando à redução do tempo de hospitalização e de complicações pós-cirúrgicas e neutralizando os sentimentos de desespero e insegurança que agravam ansiedade”.

“Atualmente, é creditada ao ensino do paciente a minimização da ansiedade e das complicações pós-operatórias, como também, a participação ativa do paciente na sua reabilitação” (Zago, 1997, p. 70).

Lindeman e outras enfermeiras pesquisadoras têm confirmado o valor do ensino ao paciente pré-operatório. Os benefícios da educação do paciente que se submete a uma intervenção cirúrgica incluem: rapidez na recuperação, alívio da ansiedade, aumento da auto-estima pelo aumento da auto-eficácia, redução do custo da hospitalização, prevenção de queixas acerca dos cuidados e redução da dor. Os benefícios para a família do paciente referem-se a um retorno mais rápido do paciente ao lar e às suas atividades e os benefícios para a instituição dizem respeito à redução do tempo de permanência hospitalar. O enfermeiro que participa da educação do paciente tem aumentada sua satisfação no trabalho (Fox, 1997).

Conforme Paula e Carvalho (1997, p. 35), “vários autores, afirmam que a visita pré-operatória de enfermagem tem como algumas de suas principais finalidades: reduzir o nível de ansiedade do paciente, colaborar na recuperação da saúde e prestar assistência qualificada ao paciente que se submeterá a tratamento cirúrgico; e deve oferecer informações que contemplem o detalhamento das ações de enfermagem desenvolvidas no pré, trans e pós-operatório (período perioperatório), sendo transmitida de forma individual ou em grupo, numa linguagem clara e objetiva, compatível com o nível de escolaridade e compreensão do paciente”.

<sup>C</sup> Em trabalho desenvolvido por Pereira (1983, p. 51), esta conclui que: <sup>Y</sup>

- “como o ensino depende da participação do aprendiz e o objetivo a ser almejado deve ser

daquele que aspira o conhecimento, considera-se de extrema importância que o enfermeiro estude junto com o cliente sobre que assuntos recai seu interesse em receber esclarecimentos;

- em virtude do conhecimento do enfermeiro estar alicerçado em terminologia técnica, o mesmo deverá utilizar linguagem acessível ao buscar interação com o cliente, considerando o nível sócio-econômico-cultural da pessoa em questão;
- há inúmeros fatores que podem ser impeditivos para a compreensão do indivíduo, mesmo quando este deseja receber informações. Cabe ao enfermeiro estudar com o cliente o momento em que o mesmo deseja ter suas dúvidas minimizadas;
- orientação não deve ser utilizada como recurso para que o enfermeiro demonstre seu domínio sobre determinado assunto. É aconselhável que o profissional, a partir das dúvidas apresentadas pelo cliente, levando em consideração suas crenças, costumes e experiência de vida, ajude-o a adquirir maior compreensão de saúde;
- a orientação não deve assumir caráter de aconselhamento. O papel do enfermeiro é de facilitador da aprendizagem e elemento de apoio, e o do cliente de elemento ativo em busca de soluções para seu problema;
- fornecer informações precisas e responder as necessidades imediatas do cliente, beneficiando tanto física quanto emocional e socialmente;
- reforçar os aspectos positivos da conduta do indivíduo, procurando não ressaltar ‘o que não deve fazer’, mas ‘que bom que conseguiu fazer’, por mínimo que seja o seu progresso, demonstra o reconhecimento do esforço empreendido pela pessoa”.

“É um direito de toda a pessoa ter suas dúvidas dissipadas, ser incluído no próprio cuidado, tomar decisões e assumir a responsabilidade das mesmas, no que diz respeito à sua vida, em direção à sua independência” (Pereira, 1983, p. 52).

No que diz respeito a doença cardíaca, algumas considerações se fazem necessárias. A doença cardíaca é a maior causa de morbidade e mortalidade na América. No passado, o principal foco das preocupações quanto à doença cardíaca era representado pelos homens brancos, de meia-idade. Os mais recentes estudos tem demonstrado que outros segmentos da população também são afetados por problemas cardíacos em índices alarmantes. As

mulheres, em particular, e especialmente as mulheres que já passaram da menopausa, tem apresentado índice de mortalidade por doença cardíaca coronária semelhantes aos dos homens (Brunner, 1998).

As alterações coronarianas constituem a principal causa de cardiopatia e morte na população adulta, sendo que acima dos 60 anos aproximadamente 40% de todos os óbitos têm como causa a cardiopatia isquêmica.

Dentre as causas da doença cardíaca as mais importantes são a aterosclerose, as anomalias congênitas, as lesões sífilíticas da íntima, as alterações vasculares devido a doenças auto-imunes e o embolismo coronário. As lesões de aterosclerose ocorrem não só nas artérias coronárias mas também comumente na aorta, nas femurais e nas artérias cerebrais (Lopes, 1994).

Estudos epidemiológicos demonstram que existem condições que podem preceder ou acompanhar o início da doença cardíaca coronariana, estas condições são denominadas fatores de risco e podem ser reversíveis ou irreversíveis. Um fator de risco reversível é aquele sobre o qual o indivíduo pode exercer controle, alterando o estilo de vida ou hábito pessoal; um fator de risco irreversível é uma consequência genética, sobre a qual o paciente não tem controle.

Excluindo-se os fatores de risco irreversíveis, o aumento do número e diversidade de portadores de doença cardíaca deve-se a presença de fatores de risco reversíveis, tais como tabagismo, obesidade, inatividade física, estresse, uso de contraceptivos orais, colesterol sanguíneo, pressão arterial e glicose sanguínea elevada.

O tratamento para doença arterial coronariana inclui terapia farmacológica, controle dos fatores de risco e/ou tratamento cirúrgico, podendo ser realizada a angioplastia coronariana transluminal percutânea ou a revascularização da artéria coronária.

As complicações mais importantes no pós-operatório imediato são: infarto do miocárdio, hemorragia excessiva, síndrome de imunodeficiência induzida pelo oxigenador

da circulação extracorporeal, pneumotórax, hipertensão arterial, hipotensão arterial, hipervolemia, hipovolemia, arritmias, hiper ou hipocalemia, tamponamento cardíaco, dissecação aórtica, acidose, febre e anomalias neurológicas, incluindo confusão mental, acidente vascular cerebral (normalmente secundários e fenômenos embólicos), insuficiência renal e infecção do esterno com ou sem mediastinite. Praticamente todas estas complicações são comuns a qualquer cirurgia cardíaca.

Quanto ao período perioperatório, há que se fazer distinção entre os períodos pré, trans e pós operatórios no que diz respeito aos cuidados de enfermagem nestas etapas, levando em consideração as diferentes necessidades do paciente.

No pré-operatório as avaliações físicas e psicológicas do paciente estabelecem a base para referência futura. A compreensão do paciente e familiares sobre a cirurgia é avaliada para que a enfermeira possa ajudá-los nas suas estratégias de enfrentamento. São realizados todos os procedimentos preparatórios para cirurgia.

A fase compreendida entre a recepção do paciente na unidade de Centro Cirúrgico até sua transferência para outra unidade é denominada transoperatória e atenção especial deve ser dada à recepção do paciente e seu acompanhamento durante o preparo até a indução anestésica, objetivando tranquilizá-lo. A enfermeira deve estar atenta as possíveis complicações transoperatórias.

O pós-operatório é um período bastante crítico. No pós-operatório imediato a cada 4 a 12h é realizada uma avaliação sistemática e completa, para determinar a evolução pós-operatória em comparação com o estado inicial pré-operatório. Os seguintes parâmetros são avaliados: funções neurológica, cardíaca, respiratória, vascular e renal, estado hidroeletrólítico e dor. É importante estar atenta as prováveis complicações pós-operatórias. Também se faz necesssária a observação de todo o equipamento e tubos para determinar se estão funcionando adequadamente. À medida que o paciente recobra a consciência e progride no pós-operatório sua avaliação é expandida e inclui avaliação do estado emocional e psicológico. As necessidades da família também devem ser avaliadas.

## II MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Marco, segundo Carvalho & Castro (1985), é “ uma fronteira, limite daquilo que se pretende desenvolver ou realizar no âmbito do conhecimento e da ação. No que tange à enfermagem, é necessário que, através do marco se possa identificar os significados favoráveis às buscas da profissão e ao processo de formar enfermeiros (e demais trabalhadores da enfermagem) para o presente e o futuro”.

Para este estudo, marco foi entendido como o conjunto formado por pressupostos, sistemas e conceitos, selecionados a partir da proposta teórica de King, incluindo o método ou processo utilizado para sua sistematização e que serão apresentados neste capítulo.

### 2.1 Pressupostos

Pressupostos, de acordo com Polit ( 1995, p. 369 ) “são princípios básicos que são aceitos como verdadeiros, com base no raciocínio lógico, sem prova de verificação”. Os pressupostos de King são:

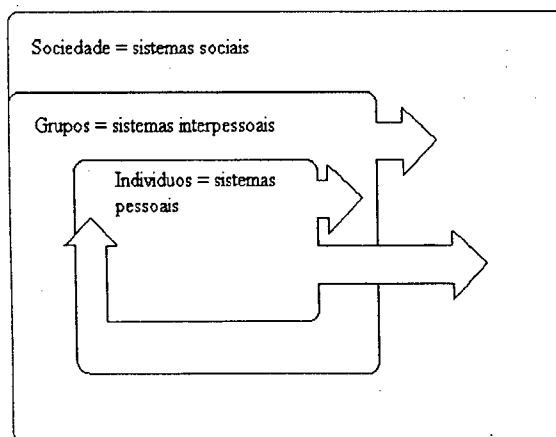
- Os seres humanos são seres sociais, pensantes, racionais que reagem, percebem, controlam, que tem propósitos, são orientados para a ação e orientados no tempo.
- As percepções do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação.
- Os indivíduos possuem o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, na saúde e nos serviços comunitários.
- Os indivíduos tem o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde.
- Os objetivos dos profissionais de saúde, poderão não ser os mesmos da clientela.

- Os profissionais de saúde, tem a responsabilidade de fornecer informações que ajudem os indivíduos a tomarem decisões.
- Os indivíduos, por serem racionais, pensantes, são capazes de perceberem e reagirem com o meio ambiente e social.

## 2.2 Sistemas e conceitos

A estrutura conceitual de King compõe-se de três sistemas interativos: sistemas pessoais, sistemas interpessoais e sistemas sociais que são identificados como uma estrutura de sistemas abertos. Cada um destes sistemas é formado por um grupo de conceitos que, segundo Polit (1995, p. 360), são “abstrações de determinados comportamentos ou características”. É o que permite às pessoas dar significado àquilo que enxergam na realidade. Para este estudo foram selecionados os conceitos que considere mais importantes para sua realização e que apresento na seqüência, agrupados por sistemas e conforme ilustrado na figura abaixo:

**Figura I – Sistemas dinâmicos de interação**



**Fonte: Tradução de King, I.M. Toward A Theory For Nursing; New York: Wiley,1971, p. 20.**



• **SISTEMA PESSOAL:** cada indivíduo é um sistema pessoal e os conceitos relevantes que o expressam são percepção, self, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço e tempo.

- Percepção: representação individual de cada pessoa ou imagem da realidade, é uma conscientização dos objetos, pessoas ou eventos.
- *Self:* percepção do indivíduo sobre si mesmo, uma concepção do próprio corpo, sobre a sua existência, suas idéias, atitudes, valores e compromissos. King acredita que quanto mais o ser humano percebe sobre si mesmo, mais direcionado, mais individualizado e mais holística poderá ser a assistência de enfermagem a este ser.
- Crescimento e desenvolvimento: período em que ocorrem mudanças celulares, moleculares e comportamentais nas pessoas e que pode ser influenciado por pessoas e objetos no meio ambiente; processo que ajuda os indivíduos a moverem-se em direção à auto-realização e maturidade.
- Imagem corporal: maneira pela qual cada pessoa percebe tanto seu corpo, quanto as reações dos outros à sua aparência.
- Espaço: existindo em todas as direções e sendo o mesmo em todo o lugar. O espaço é uma área física que pode ser chamada de “território” e, também pode ser descrito como “espaço psicológico” e “espaço pessoal.” O espaço pessoal é mais claramente definido e descrito como um território invisível no qual se colocam, sendo demarcado de diferentes formas e culturas. Seu uso e defesa constituem comunicação não verbal.
- Tempo: duração entre um acontecimento e outro, como unicamente experienciado por cada ser humano; é a relação de um acontecimento com o outro.
- **SISTEMAS INTERPESSOAIS:** formados por seres humanos em interação, e os conceitos relevantes que o expressam são interação, comunicação, transação, papel e estresse.

- **Interação:** processo de percepção e comunicação entre pessoas e ambiente e entre pessoa e pessoa, representada por comportamentos verbais e não verbais, os quais são dirigidos a um objetivo. Nas interações pessoa a pessoa, cada indivíduo traz diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, experiências passadas e percepções, as quais influenciam as interações.
- **Comunicação:** intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os indivíduos. A comunicação verbal é eficaz quando satisfaz os desejos básicos de reconhecimento, participação e auto-realização, por contato direto entre as pessoas. A comunicação não verbal inclui gestos, expressões faciais, ações e posturas ao exercer e ao sentir.
- **Transação:** ocorre dentro de um processo de percepção, comunicação e interação entre cliente e enfermeira, e se concretiza quando os objetivos traçados por ambos forem alcançados.
- **Papel:** conjunto de comportamentos esperados de indivíduos que ocupam uma posição no sistema social; regras que definem os direitos e obrigações na posição, em relação a um ou mais indivíduos, interagindo em situações específicas para um propósito.
- **Estresse:** resposta energética de um indivíduo a pessoas, objetos e eventos chamados estressores. Manifesta-se na forma fisiológica, psicológica e social. Parece ser um elemento essencial na vida, e neste sentido é universal.
- **SISTEMAS SOCIAIS:** formados por grupos e pessoas com interesses e necessidades semelhantes e os conceitos que os expressam são organização, autoridade, poder, *status*, e tomada de decisões.
  - **Organização:** caracterizada pela reunião de pessoas com objetivos semelhantes, com estrutura específica para cada tipo de atividade. Esta estrutura estabelece

cargos, tipos de relações, tipos de papéis, posições e atividades a serem desenvolvidas.

- **Autoridade:** processo ativo e recíproco de transação, em que o conhecimento e a experiência, as percepções e os valores dos atores influenciam a definição, confirmação e aceitação daqueles em posições organizacionais, associados a autoridade.
- **Poder:** é a habilidade de utilizar e mobilizar recursos para alcançar metas; é o processo através do qual uma ou mais pessoas influenciam outras pessoas numa situação.
- **Status:** é a posição de um indivíduo num grupo, ou de um grupo em relação a outros, numa organização. Está acompanhado de privilégios, deveres e obrigações.
- **Tomada de decisões:** processo dinâmico e sistemático, através do qual uma escolha de alternativas, voltada para uma meta, é feita e efetivada por indivíduos ou grupos, respondendo uma questão e atingindo uma meta.

Além destes conceitos que compõem os três sistemas interativos, King (1971) trabalha também a partir de uma concepção de ser humano, saúde, doença e enfermagem denominados conceitos abstratos e que apresento a seguir:

- **Ser humano:** é um sistema aberto interagindo com o meio ambiente, havendo troca de matéria, energia e informação entre eles. Os indivíduos são seres sociais, conscientes, racionais, que agem, percebem, controlam, têm propósitos, são orientados para a ação e orientados no tempo.
- **Saúde:** experiências dinâmicas de vida de um ser humano que implicam ajustamentos contínuos a estressores, no ambiente interno e externo, através do uso adequado de recursos próprios para alcançar o máximo potencial para a vida diária.

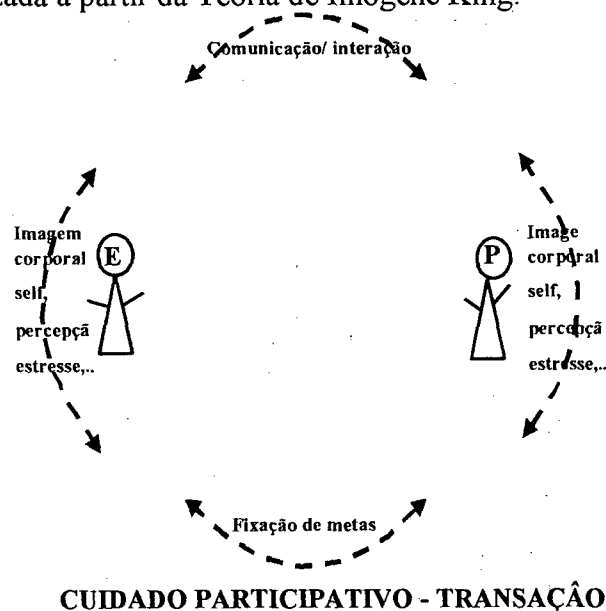
- Doença: desvio do normal, ou seja uma perda do balanço na estrutura biológica ou psicológica da pessoa ou um conflito nas suas relações sociais.
- Enfermagem: processo de ação, reação e interação entre enfermeira e cliente, através do qual cada um compartilha informações acerca de suas percepções do outro e da situação e através da comunicação, identificam problemas, estabelecem objetivos, exploram os meios e concordam com os meios para alcançá-los.

Considerando os pressupostos, sistemas e conceitos de Imogene King, conforme apresentados, percebo a assistência de enfermagem perioperatória como um *cuidado educativo participativo*, na medida em que o paciente tem oportunidade de determinar quais suas necessidades prioritárias, conjuntamente com o enfermeiro.

↳ Desta forma o cuidado é feito *com*, e não somente *para* o paciente, através da interação/comunicação enfermeiro/paciente, levando-se em consideração suas percepções. γ

O *cuidado participativo* foi proposto como um processo educativo desenvolvido através de ensino individualizado, de acordo com as necessidades do paciente.

A ilustração a seguir, inspirada em King, procura representar a assistência de enfermagem idealizada a partir da Teoria de Imogene King.



## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Processo de cuidado educativo participativo

Para realização deste estudo, optei por trabalhar com pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico cardiovascular, por representarem um grupo cujo período perioperatório é caracterizado por ser bastante angustiante, pois se trata de uma cirurgia de grande porte, com vários procedimentos pré-operatórios, que exige cuidados pós-operatórios intensos e causa alterações no estilo de vida do paciente.

Previamente, foi elaborado o protocolo da prática assistencial (ANEXO 1) enviado através de carta, solicitando autorização para realizá-la na instituição, bem como para utilizar o nome da mesma quando do relatório e dissertação (ANEXO 2). Estes documentos foram encaminhados à direção da instituição de saúde onde foi realizada a prática assistencial, bem como aos cirurgiões que fazem parte da equipe cardiovascular. A resposta positiva retornou na mesma carta ( ANEXO 2).

Foram selecionados os pacientes que internaram no dia anterior à realização da cirurgia para que fosse possível a visita pré-operatória de enfermagem. A escala de cirurgias foi consultada diariamente, para facilitar a localização do paciente.

Os pacientes foram visitados no dia anterior ou no turno antecedente à realização da cirurgia e foram orientados sobre o procedimento a que seriam submetidos, esclarecidos sobre suas dúvidas e sobre o período pós-operatório, considerando-se as suas necessidades que foram determinadas a partir da interação enfermeiro-paciente. Este processo educativo/cuidativo foi desenvolvido em quatro etapas que estão apresentadas separadamente, mas que na prática foram desenvolvidas concomitantemente. São elas:

1. HISTÓRICO OU ANAMNESE: através de consulta ao prontuário e por meio do diálogo com o paciente, foi oportunizada a interação enfermeiro-paciente, através da troca de informações e experiências. Os dados foram registrados em instrumento próprio (ANEXO 3).

2. **DIAGNÓSTICO OU LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS:** a partir da primeira etapa, foram levantados os problemas e necessidades do paciente e registrados em instrumento próprio, conforme anexo 4.
3. **INTERVENÇÃO:** desenvolvimento do processo de cuidar /educar através de:
  - **DEMONSTRAÇÃO/ORIENTAÇÃO:** a partir da primeira e segunda etapas, após evidenciadas as necessidades com o paciente, a enfermeira usou dos recursos disponíveis para ensinar ao paciente o que o mesmo poderia fazer para participar do seu tratamento e esclareceu suas dúvidas referentes ao tratamento cirúrgico, incluindo cuidados pré-operatórios, tipo de anestesia, local da incisão cirúrgica, cuidados pós-operatórios, recuperação, etc (Anexo 5). Nesta etapa, ao paciente foi oportunizada a visita às unidades de Centro Cirúrgico e Centro de Tratamento Intensivo, com vistas a aproximar o paciente destes ambientes integrantes do processo e que, muitas vezes, são temidos por serem desconhecidos. Foram priorizadas as necessidades verbalizadas pelo paciente; seguindo os pressupostos de Imogene King, que orientaram este estudo.
  - **RESPOSTA:** quando o paciente mostrou como compreendeu o processo, fazendo, ajudando, descrevendo.
  - **ACOMPANHAMENTO:** etapa em que o paciente foi recebido no Centro Cirúrgico pela enfermeira que realizou as atividades educativas/cuidativas com o mesmo, acompanhando-o até a indução anestésica. Nos casos em que não foi possível à enfermeira permanecer com o paciente no transoperatório, a mesma acompanhou-o até a unidade de Centro Cirúrgico, entregando-o à pessoa responsável pela recepção dos pacientes, apresentando-o e fornecendo as informações relevantes que foram evidenciadas com o paciente. Estes casos restringem-se a outras atividades da enfermeira, que exijam sua ausência, como por exemplo, aulas na graduação, reuniões.
4. **AVALIAÇÃO:** Etapa em que foi acompanhada a evolução do paciente no pós-

operatório, diariamente, até o dia de sua alta, estabelecendo-se assim uma assistência perioperatória integral. Nesta fase, foram registradas as percepções do paciente, da equipe, dos familiares, e das demais pessoas que participaram do processo educativo/cuidativo (Anexo 6).

### 2.3.2 Processo de análise

O processo de análise dos conteúdos explícitos e implícitos coletados durante o desenvolvimento desta prática foram analisados a partir dos seguintes passos:

- Leitura exaustiva do *corpus* representado por todos os registros e anotações efetivadas no diário de campo e nos instrumentos utilizados no processo de cuidado educativo participativo resultando na descrição apresentada no capítulo IV.
- Apreensão dos pressupostos, sistemas e conceitos da Teoria a partir da descrição da prática (capítulo IV).
- Discussão dos componentes do marco teórico em diálogo com outros autores.
- Inferência das percepções significativas que marcaram a trajetória.
- Organização discursiva acompanhando todo o processo.

## 2.4 Aspectos Éticos

Os pacientes tiveram garantido o seu anonimato e o sigilo das informações confidenciais e que não relevantes para a situação. Foi respeitada a sua privacidade, intimidade e seu direito de participar das decisões.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, art. 27, é dever do enfermeiro: “respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar”. Para tanto, o paciente precisa ser informado sobre seu tratamento.

O profissional de enfermagem, tem o dever de “colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e da família sobre seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer” e “colaborar com a equipe de saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames e de outros

procedimentos aos quais se submeterá”. (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, art. 30 e 31).

A enfermeira responsável pela educação pré-operatória do paciente manteve contato prévio com a equipe de saúde, responsável pelo tratamento cirúrgico, para obter todas as informações necessárias referentes ao tratamento para que fosse possível fazer uma orientação pré-operatória adequada.



### **III CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO**

Neste capítulo serão apresentadas algumas informações sobre o município e a instituição de saúde onde foi realizado este estudo, visando sua contextualização.

#### **O MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO**

A caracterização do município de Passo Fundo foi elaborada a partir do Plano Municipal de Saúde 1996/1997.

O município de Passo Fundo está localizado na Região Norte do Rio Grande do Sul, no chamado Planalto Serrano. Foi fundado em 1857, possui área de 790Km<sup>2</sup>, com uma população de 156.033 habitantes. É considerado a 11ª economia do estado, participando com 1.73% do PIB gaúcho. Representa um importante polo industrial, comercial, cultural, educacional e de serviços, tendo no comércio a atividade mais forte do município, atendendo uma demanda de cerca de 1,5 milhões de consumidores de toda a região.

O município de Passo Fundo encontra-se na gestão plena de atenção básica e tem sua rede assistencial distribuída em 36 (trinta e seis) unidades básicas, 1 (um) Centro de Atendimento Integral à Saúde, 4 (quatro) Centros Especializados em Saúde, 18 (dezoito) Postos de Atendimento e 5 (cinco) Hospitais, perfazendo um total de aproximadamente mil leitos hospitalares. Sedia a 6ª Delegacia Regional de Saúde (DRS), que abrange 54 (cinquenta e quatro) municípios e é um polo de referência de assistência à saúde da Região Norte do estado e Oeste de Santa Catarina.

Passo Fundo pertence à 6ª Delegacia Regional de Saúde, que inclui ainda os seguintes municípios: Água Santa, Alto Alegre, André Da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Camargo, Campos Borges, Carazinho, Casca, Caseiros, Ciríaco, Coqueiros do Sul,

Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Espumoso, Gentil, Ibiaçá, Ibiraiaras, Ibirapuitã, Lagoa Dos Três Cantos, Lagoa Vermelha, Lagoão, Marau, Mato Castelhana, Montauri, Mormaço, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Sananduva, Santo Antônio Do Palma, Santo Antônio Do Planalto, Santo Expedito Do Sul, São Domingos Do Sul, São João Da Urtiga, São José Do Ouro, Serafina Corrêa, Sertão, Soledade, Tapejara, Tapera, Tunas, Tupanci do Sul, Vanini, Victor Graeff, Vila Lângaro, Vila Maria.

## **A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE**

As informações que passo a apresentar foram obtidas através de consulta ao Relatório do Hospital São Vicente de Paulo, do ano de 1999.

No dia 24 de junho de 1918, reuniram-se os confrades e zeladores da Sociedade São Vicente de Paulo, liderados pelo Pe. Rafael Iop, com o objetivo de fundar o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Esta sociedade caracterizava-se por ser uma associação civil, católica, com proposta de agasalhar doentes pobres, dando-lhes assistência médica, medicamentos, conforto material e espiritual, sem distinção de crença política e/ou religiosa.

O hospital veio prestar seus primeiros serviços justamente no momento de maior necessidade, quando começou a terrível epidemia da "*Influenza Hespânica*", em novembro de 1918.

Imbuído na filosofia de melhor atender e bem acolher os mais necessitados, o HSVP é uma entidade de fins filantrópicos, que desenvolve suas atividades de atendimento médico-hospitalar, sem finalidades lucrativas.

Por ser um hospital moderno, orgulha-se em poder oferecer à população em geral inúmeros recursos diagnósticos e terapêuticos. O HSVP é conhecido por prestar atendimento de alto padrão, por acompanhar os principais avanços científicos e tecnológicos conquistados na área da saúde e por tratar-se de um hospital-escola.

O desempenho do HSVP transforma Passo Fundo em pólo de saúde, agindo sobre toda a região norte do Rio Grande do Sul (RS), oeste de Santa Catarina (SC) e sudeste do Paraná (PR).

A instituição hospitalar São Vicente de Paulo conta hoje com 530 leitos distribuídos numa área de 33.000 m<sup>2</sup>. O seu corpo funcional é composto por 1.668 funcionários. A equipe de enfermagem, por sua vez, compõe-se de 80 enfermeiros e 25 técnicos e 648 auxiliares de enfermagem. O corpo clínico é aberto e congrega 380 médicos.

O HSVP é um hospital de referência regional do sul do país, atendendo 2,5 milhões de habitantes em sua área de abrangência. Recebeu, no ano de 1996 pacientes oriundos de 283 municípios, proporcionou 36.454 consultas ambulatoriais e 26.338 atendimentos de urgência e emergência; realizou 13.881 cirurgias em pacientes internados e 9.555 em pacientes ambulatoriais. A taxa de ocupação dos leitos é de 100% com permanência média de 7,41 dias.

O Hospital São Vicente de Paulo é um centro de referência no desenvolvimento de Recursos Humanos para a Área da Saúde. É reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura como Hospital Universitário e de Ensino e mantém convênio com Universidades para o ensino em nível de graduação e pós-graduação.

O HSVP desempenha função de Hospital-Escola mediante convênio com a Universidade de Passo Fundo, para funcionamento da Faculdade de Medicina, dos Cursos de Enfermagem, de Psicologia e do Curso de Técnicos de Enfermagem; desenvolve Programas de Residência Médica nas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia, Neurologia/Neurocirurgia e Cirurgia Vascular/Angiologia, todas reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação. Possui convênio com o Mestrado em Clínica Médica, pela UFRGS; Mestrado em Engenharia Biomédica, em convênio com o Centro Federal de Ensino Tecnológico (CEFET) do Paraná; Mestrado em Assistência de Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) juntamente com a Universidade de Passo Fundo (UPF). Mantém o funcionamento de uma Escola de Técnicos de Enfermagem do

próprio hospital e a publicação de uma Revista Médica com artigos científicos, indexada, de circulação nacional. Possui várias comissões constituídas, nas quais se fazem presentes representantes da Universidade de Passo Fundo, entre elas:

- Controle de Infecção Hospitalar (1978)
  - Residência Médica, do Internato e dos Estágios (1980)
  - Ética Médica (1992)
  - Revisão de Prontuário e da Documentação Médica e Estatística (1993)
  - Estudos, Seleção e uso de Medicamento, Equipamentos e Materiais (1993)
  - Nutrição Enteral e Parenteral (1994)
  - Análise da iatrogenia, morbidade, óbitos e biópsias (1995)
  - Serviço de Apropriação de Custo (1994)
  - Informática Hospitalar ( 1995)
  - Ética Multiprofissional (em formação)
  - Lixo Hospitalar (1996)
- ( HSVP, 1999 )

## **O CENTRO CIRÚRGICO**

O centro cirúrgico é constituído por onze salas de cirurgia, no bloco chamado Centro Cirúrgico I, onde são realizados procedimentos de todas as especialidades, inclusive transplantes de órgãos, entre eles rins, córneas, ossos e, mais recentemente, fígado. Anexo encontra-se a sala de recuperação pós-anestésica e a central de material e esterilização. Possui, ainda, duas salas cirúrgicas que formam o Centro Cirúrgico II, localizadas em outra ala do hospital destinadas à realização de procedimentos considerados contaminados.

O Centro Cirúrgico funciona 24hs. As cirurgias agendadas são realizadas de Segunda-feira à Sábado, nos turnos da manhã e tarde. As emergências são realizadas sempre que necessário. A média de cirurgias/dia é de 60.

Possui 4 enfermeiros que cobrem os turnos do dia, sendo que um deles é enfermeiro responsável pela cirurgia cardíaca, realizando, inclusive, a circulação extracorpórea.

O número de funcionários, incluindo auxiliares, secretaria, sanificação, vestiários é de 117.

### **O CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO – CTI**

É constituído de 09 leitos. A equipe de enfermagem é composta por 18 funcionários distribuídos em três turnos de trabalho, sendo 5 auxiliares e um enfermeiro por turno. Revezam-se em plantões médicos cardiologistas, cobrindo o setor por 24hs.

## **IV DESCRIÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL**

A prática assistencial foi realizada com cinco pacientes internados dias antes da realização da cirurgia para que fosse possível a visita pré-operatória de enfermagem e para que houvesse a interação enfermeiro/paciente. Utilizei da consulta à escala de cirurgias, contato com a equipe cirúrgica, Centro Cirúrgico e CTI para localização e informações dos pacientes.

Os pacientes foram visitados no dia anterior e/ou no turno antecedente à realização da cirurgia. Foram orientados sobre o procedimento a que seriam submetidos, esclarecidos sobre suas dúvidas e sobre o período pós-operatório, considerando-se as suas necessidades, determinadas a partir da interação enfermeiro-paciente. Este processo educativo/ cuidativo foi extensivo aos familiares, quando estes estavam presentes.

A seguir serão descritos os encontros com cada um dos pacientes que fizeram parte da prática assistencial.

### **PRIMEIRO PACIENTE – O DESPREPARO**

Após obter informação com a equipe cirúrgica sobre a cirurgia a ser realizada no dia seguinte (quem seria o paciente, onde estava internado, a que procedimento seria submetido), fui até a unidade de internação onde se encontrava a paciente. Ao consultar o prontuário, fui interpelada pelo médico, que já sabia qual era o meu objetivo e me informou que a paciente era uma índia, que não falava nem entendia uma só palavra em português, e que eu não iria conseguir me comunicar com aquela paciente. Tentei saber se não havia alguém com ela que pudesse servir de intérprete e a resposta foi negativa. Não

tentei me comunicar com a mesma, sequer fui conhecê-la, pois achava que não seria possível interagir com ela. Tempos mais tarde, fui convidada a apresentar aos alunos da graduação e aos colegas mestrando meu projeto da prática assistencial e o que já havia sido desenvolvido. Tive uma surpresa ao ver a reação das pessoas questionando-me porque eu não tentei com esta paciente. Será que não é possível aplicar os conceitos e pressupostos de King nesta paciente? Não poderia ter tentado uma outra maneira de comunicação que não a verbal?

Hoje, tendo discutido esta situação com vários colegas percebo que perdi uma grande oportunidade. As discussões com meus pares, sobre o acontecido, tem fortalecido minhas reflexões e amadurecido meus propósitos de, enquanto pessoa, profissional cuidadora e educadora, estar mais atenta para o imprevisível, para o imponderado. Felicitar a mim e aqueles que compartilham do sucesso de cuidar bem, pela obtenção de resultados promissores é importante mas, não se pode esquecer que nem todo cuidado traz conforto, resulta em melhora ou alívio e, mesmo assim, freqüentemente precisa ser feito. Não se deve aceitar tudo isto como pré determinado, como algo que não pode ser modificado e desistir ao primeiro empecilho. Aceitar o desafio de procurar outras, novas e antigas saídas; ousar mais e desenvolver sempre a capacidade de refletir e criar formas de aproximação entre as pessoas, mesmo que eu seja uma cara pálida que só sabe falar português e a outra uma índia que só entende o tupi guarani.

Assim, mesmo reconsiderando minha atitude naquele momento, esta experiência produziu efeitos positivos, no que concerne a compreensão dos conceitos de interação e transação de King.

## **SEGUNDO PACIENTE – A FRUSTRAÇÃO**

O segundo paciente a fazer parte da prática assistencial tinha 63 anos de idade e seria submetido à troca de válvula mitral, por apresentar uma dupla lesão aórtica e mitral. Após a consulta ao prontuário, encaminhei-me á enfermaria onde o mesmo se encontrava acompanhado de sua esposa. Identifiquei-me e justifiquei o por quê da minha presença, esclarecendo que estava fazendo um trabalho com o objetivo de melhorar a

assistência de enfermagem perioperatória. O paciente e a acompanhante foram muito receptivos, dispondo-se a participar e manifestaram até um certo alívio por eu estar ali para ouvi-los e orientá-los. Eram bastante comunicativos. Após uma breve conversa de reconhecimento e identificação, iniciei o preenchimento do instrumento de avaliação pré-operatória (ANEXO 3). Com exceção da doença que ora o acometia, o paciente relatou não apresentar nenhum outro problema de saúde. Quando indagado sobre o seu grau de conhecimento sobre sua doença e tratamento, o mesmo relatou saber muito pouco e que gostaria de obter mais informações. Estabeleceu-se uma comunicação/interação bastante efetiva pois tínhamos as mesmas percepções sobre a doença e tratamento, não considerando a doença como um castigo, mas como uma provação e uma oportunidade de enriquecimento e crescimento pessoal, e acreditando no resultado positivo do tratamento. O paciente verbalizou que esta experiência o fez valorizar mais a vida. Durante a conversa, fomos evidenciando quais as necessidades do paciente. Precisei ser sensível o suficiente para identificá-las e não deixar que as minhas necessidades ou a minha ansiedade em fornecer informações se sobrepusessem às do paciente. Desta forma, o paciente foi orientado quanto àqueles aspectos em que o mesmo demonstrou interesse. Recebeu esclarecimentos sobre o tipo de válvula a ser utilizada, o tempo de duração da mesma, sobre a incisão cirúrgica, presença de drenos. Uma das preocupações referidas dizia respeito explicitamente ao pós-operatório, no que se referia ao aparelho urinário, pois o paciente relatou não conseguir urinar deitado; foi esclarecido ao mesmo sobre o uso da sonda vesical – recuperação, quantos dias permaneceria na CTI e no hospital, sobre os cuidados pré-operatórios, horário de visita na CTI. Ofereci ao paciente e esposa a oportunidade de conhecerem o CC e a CTI; os mesmos não quiseram.

Uma das preocupações da esposa era de que escondessem algo dela, como por exemplo quais eram os riscos do procedimento e a gravidade da doença, e pediu: “por favor, não escondam nada de mim”. Outra preocupação manifestada era com o neto de 8 anos e se o mesmo iria poder ver avô no hospital. Esclareci à mesma que isto era possível e que ela deveria pedir autorização para que a criança entrasse à enfermeira da unidade, o que a deixou muito satisfeita. Quando indagado sobre medos e temores, o paciente respondeu “receio a gente tem, mas se tem alguém da família junto ou alguém que dê atenção, a doença parece metade”. Estava angustiado quanto ao seu retorno para casa,



pois morava em um sobrado (no térreo localizava-se um bar de propriedade da família) e tinha que subir escadas, o que estava apresentando dificuldades para fazer devido à doença, que lhe causava dispnéia. Esclareci que esta dificuldade devia-se à doença e que, após a cirurgia, teria condições de retornar às atividades normais progressivamente, ao voltar para casa. No que se tratava de subir escadas, esta atividade deveria ser feita primeiramente com auxílio de familiares e depois sozinho, conforme sentisse que já estava em condições. A conversa continuou informalmente, inclusive com brincadeiras e piadas contadas pela esposa. Após este momento, despedi-me e os informei que estaria no CC no outro dia para recebê-lo e acompanhar o procedimento. Os mesmos agradeceram.

No dia seguinte, no horário previsto para o início da cirurgia, fui até o centro cirúrgico para receber o paciente e acompanhá-lo durante o ato cirúrgico. O mesmo já se encontrava na sala - não que eu tivesse chegado tarde, o paciente é que foi chamado mais cedo, mas deu tudo certo - pude falar com sua esposa no corredor e informá-la que estava entrando para acompanhar a cirurgia. Ao chegar na sala, o mesmo ainda não havia sido transferido para a mesa cirúrgica. Permaneci ao seu lado, conversando e explicando a ele cada procedimento que estava sendo realizado, conforme havia explicado na visita pré-operatória. Apresentei-o aos funcionários da sala e expliquei o porquê da minha presença. Neste momento, não houve muito diálogo entre nós, pois o paciente estava sobre efeito da medicação pré-anestésica. Algo que me deixou bastante satisfeita foi quando ele repetiu: “eu sempre digo; se tem alguém da família junto, ou alguém que dê atenção, a doença parece metade”. Parece que eu estava contribuindo para amenizar seu sofrimento. Em seguida, ele foi anestesiado e começou o procedimento cirúrgico

Permaneci na sala até quase o final da cirurgia. Ao sair, os familiares encontravam-se no corredor. Fui até eles dar as informações solicitadas. A esposa, que estava chorando, pegou na minha mão e agradeceu.

Este paciente foi acompanhado por mim por treze longos dias. Digo longos dias, porque apresentou algumas complicações pós-operatórias, que eu não havia previsto e, conseqüentemente, não estava preparada para enfrentá-las. É claro que o paciente foi esclarecido no pré-operatório sobre os procedimentos de rotina para pacientes de cirurgia

cardíaca, e das prováveis alterações nestas rotinas, dependendo das reações de cada paciente. Mas, nem eu, nem o paciente e familiares esperávamos que o seu caso não fosse ROTINA.

De acordo com o projeto, o paciente deveria ser visitado diariamente; porém, os acontecimentos relatados a seguir deixaram-me incomodada, sentindo-me desconfortável e impotente e deixei de visitá-lo por dois dias.

O paciente permaneceu no CTI por oito dias, quando, via de regra, recebem alta no terceiro ou quarto dia. Nos três primeiros dias de CTI, o paciente encontrava-se tranquilo. Estava recebendo sangue e permanecia com catéter de oxigênio por apresentar dispnéia. A partir do quarto dia começou a manifestar ansiedade por alta para o quarto. Queria estar mais tempo com os familiares. Do mesmo modo, eu comecei a ficar incomodada com esta situação: “as coisas não estão saindo como eu planejei e eu não estou preparada para isso”. Perguntei à equipe médica e de enfermagem quando o mesmo iria receber alta para o quarto e não havia definição. O paciente e familiares me perguntavam e eu não podia responder com certeza, por isso, no quinto dia não fui ver o paciente. No sexto dia de CTI, o paciente apresentou-se mais animado. Conversamos bastante. O mesmo parecia satisfeito com o resultado do tratamento e comentou: “agora vai dar para viver mais um par de anos, só que agora vou dar mais valor à vida.” Permaneceu mais dois dias na CTI e, enfim, no oitavo dia, teve alta para o quarto.

Ao visitá-lo no quarto, a esposa informou-me que o mesmo não havia passado bem a noite. Apresentara dispnéia e tivera que realizar eletrocardiograma. No dia seguinte, falei com o médico, sendo informada que o paciente estava apresentando fibrilação, não tinha condições de receber alta, pois além da dispnéia, evidenciava edema de membros inferiores. A esposa referiu já estar cansada, afinal a previsão era de o paciente receber alta em no máximo uma semana.

No décimo terceiro dia, o paciente recebeu alta para casa. Eu não estive presente, neste momento. Quando fui até o quarto, o mesmo já não se encontrava mais.

A realização da prática assistencial com este paciente deixou-me frustrada e com a sensação de que tanto o cuidado realizado, como as orientações pré-operatórias não trouxeram benefício algum para o mesmo. Tudo que eu informei para o paciente não saiu como o esperado. Permaneceu na CTI por 8 dias, quando, via de regra em 8 dias vão para casa. Apresentou problemas pós-operatórios, como a fibrilação e dispnéia. Teve alta para casa somente no 13º dia pós-operatório. Isso tudo, e o acontecido com o próximo paciente, que cuidei concomitantemente, e que relato a seguir, fez com que eu me afastasse, deixando mesmo de visitá-lo, pois eu sentia que eles haviam perdido a confiança em mim. Eles nunca mencionaram isso, nem sequer insinuaram, mas era a sensação que eu tinha. Eu já estava receosa de dar qualquer tipo de informação e a mesma não se concretizar

### **TERCEIRO PACIENTE – A FUGA**

Tinha 45 anos de idade, sexo masculino e estava internado em enfermaria para realização de revascularização do miocárdio, era apenas uma ponte. Apresentava-se em bom estado geral, exceto pela patologia. Quando questionado sobre seu conhecimento acerca do procedimento cirúrgico, o mesmo relatou não ter conhecimento algum. Esclareci que eu estava ali para fornecer as informações que o mesmo necessitasse. Indagou sobre o processo de recuperação, quantos dias de CTI e quando receberia alta; quanto ao procedimento cirúrgico, como seria a incisão da safena e tórax; sobre o tipo de anestesia; se haveria necessidade de reposição sangüínea, se faria soroterapia; onde seria realizada tricotomia. Era um paciente bastante comunicativo, alegre e espontâneo. Ao oferecer ao paciente a oportunidade de visitar a CTI, o mesmo disse que estivera lá dias antes, pós angioplastia. Quanto a conhecer o CC, o mesmo não demonstrou interesse.

Sai bem satisfeita por ter esclarecido várias dúvidas, disse que retornaria no dia seguinte pela manhã, já que o procedimento seria apenas à tarde. No outro dia, ao retornar, o paciente encontrava-se realizando a tricotomia. Conversamos um pouco. O mesmo parecia tranqüilo. Despedi-me e disse a ele que o veria à tarde no CC.

No CC, tudo transcorreu normalmente. Permaneci ao lado do paciente enquanto o mesmo era preparado. Conforme os funcionários iam executando os procedimentos e

informando ao paciente o que estavam fazendo, o mesmo referia que eu já tinha explicado a ele. Permaneci na sala cirúrgica até o final da cirurgia e programei a próxima visita para o dia seguinte, pois o paciente iria acordar de madrugada.

No dia seguinte, quando estava supervisionando estágio, encontrei o cirurgião que realizara a cirurgia e perguntei sobre o paciente. Respondeu-me, perplexo, que o mesmo havia morrido. Eu, fiquei mais surpresa ainda. Aquele paciente jovem, alegre, comunicativo, que iria realizar apenas uma ponte e que transcorreria tudo bem na cirurgia, não podia ter morrido! Este fato me abalou profundamente. Fiquei chocada e totalmente desestimulada a continuar a prática assistencial. Realmente parei com tudo, e somente após 06 meses, por “incentivo” da orientadora, retornei ao campo e dei seqüência ao estudo, aplicando o referencial a mais dois pacientes.

#### **QUARTO PACIENTE – O REESTABELECIMENTO DA AUTO-CONFIANÇA**

Eu estava supervisionando estágio de Fundamentos de Enfermagem em uma unidade de internação. Cuidávamos de pacientes em uma enfermaria. Eu ainda não tinha tomado a decisão de retomar a prática assistencial, quando me deparei com um paciente desta enfermaria que seria submetido a procedimento cirúrgico cardiovascular. Parece que “caiu do céu”. Não podia deixar passar esta oportunidade. O primeiro contato deu-se casualmente em decorrência de estarmos nesta enfermaria cuidando de todos os pacientes aí internados. Neste momento, iniciei um diálogo com o paciente, obtendo algumas informações que foram complementadas posteriormente, através de consulta ao prontuário. Decidi incluí-lo como sujeito da prática assistencial. No turno seguinte, já fora do horário de estágio, reiniciei a prática assistencial.

O paciente, do sexo masculino, tinha 73 anos de idade e seria submetido a revascularização do miocárdio. Encontrava-se aparentemente calmo. Alguns familiares estavam presentes (esposa e dois filhos). Apresentei-me, agora não mais como professora supervisora de estágio, e sim como mestrande e esclareci o trabalho. O paciente não fez muitos questionamentos, mas os familiares sim. Um dos filhos queria saber tudo que fosse possível. Questionou-me sobre incisão cirúrgica, período de recuperação, riscos, horário da

cirurgia, horário de visitas, alta. Esclareci todos estes aspectos e tive o cuidado de falar das possíveis intercorrências, já visando a preparação dos familiares, paciente e minha própria, para o caso de haver qualquer mudança na rotina.

Após este período de interação, ofereci a oportunidade de conhecerem a CTI e CC. Os mesmos aceitaram. Levei o paciente e familiares até a entrada do CC, os mesmos não quiseram entrar. Apresentei-os à responsável pelo recebimento de pacientes, porém esclareci que no dia seguinte outra pessoa estaria exercendo esta função, mas que eu estaria lá, para recebê-lo.

Quando da visita à CTI, fomos muito bem recebidos. Apresentei-o à enfermeira, que ficou satisfeita por conhecer previamente o paciente e pelo fato de o mesmo estar sendo orientado e disse: “que bom, Tanira, que você está orientando este paciente, eu queria fazê-lo, mas não tenho tempo”. Mostramos a CTI e alguns pacientes em pós-operatório, explicando a presença de tubos, drenos, sondas, curativos. O que foi positivo é que no momento estavam internados pacientes em dias pós-operatórios distintos, e assim o visitante e familiares puderam ter uma visão de como ocorre a recuperação diária progressivamente. É claro que toda aquela “parafernália” deixou-os apreensivos e assustados num primeiro momento. Todavia, os relatos no pós-operatório confirmaram a importância das informações fornecidas e da visita realizada, deixando-me bastante satisfeita.

Acompanhei-os no retorno à enfermaria e disse que estaria aguardando o paciente, no dia seguinte, no CC. Agradeceram e nos despedimos.

Às 6h30m do dia seguinte, já me encontrava no CC para receber o paciente. Aguardava do lado de fora, para poder manter contato com os familiares. Quando o paciente e familiares chegaram, mostraram-se satisfeitos com a minha presença e perguntaram se eu iria ficar presente durante o ato cirúrgico. Respondi que sim e que os manteria informados sobre o procedimento. Os familiares despediram-se do paciente e o entregaram aos meus cuidados, dizendo: “agora a enfermeira vai cuidar do senhor, vai dar tudo certo”.

Na sala de cirurgia, permaneci ao lado do paciente. Enquanto a equipe não chegava, fui mostrando a sala e retomando as explicações fornecidas no pré-operatório. Conforme os funcionários iam chegando, eu apresentava o paciente. Quando começaram a prepará-lo para a cirurgia, permaneci ao seu lado, explicando cada procedimento. O paciente referiu que tudo o que estava ocorrendo era bem como eu havia explicado e perguntou quanto tempo iria demorar a cirurgia, e quando iria acordar.

O transoperatório transcorreu normalmente. A cirurgia demorou aproximadamente 3 horas. Assim que terminou, deixei o CC a procura dos familiares para fornecer-lhes informações. Os mesmos aguardavam no corredor e, assim que me viram, dirigiram-se a mim. Disse que a cirurgia havia terminado, que tudo transcorreria bem e que o paciente já estava saindo para o CTI. Informei, ainda, que se eles permanecessem ali, poderiam vê-lo sendo encaminhado, ( ao sair do CC, o paciente passa pelo corredor para ir até a CTI).

Ao final da tarde, fui até o CTI para ver como o paciente estava se recuperando. O mesmo se encontrava dormindo, já sem tubo oro-traqueal. Perguntei à equipe de enfermagem como ele estava e me responderam que muito tranquilo e cooperativo; que ao acordar não se agitou, apenas apontou para o tubo sem ansiedade, e a enfermeira orientou que o mesmo seria retirado assim que fosse possível, após avaliação médica. O paciente fez sinal de positivo e passou a aguardar calmamente.

Ao sair do CTI encontrei familiares que aguardavam para visitá-lo. Conversamos um pouco, e eu disse que os mesmos teriam uma agradável surpresa ao ver o paciente.

No dia seguinte, estive no CTI no horário de visitas e pude conversar com familiares e com o paciente que já se encontrava sentado no leito. Todos estavam animados com o processo de recuperação. O paciente referiu que teve um despertar bastante tranquilo pois, quando acordou, logo lembrou das orientações recebidas. Permaneci ali por pouco tempo, para deixá-los a sós, já que o tempo para visitas é reduzido. Conversei com a enfermeira que disse que tudo estava bem e que provavelmente o paciente receberia alta para o quarto no dia seguinte.

No terceiro dia pós-operatório, o paciente recebeu alta para o quarto. Retornou à mesma unidade de internação, porém não para a mesma enfermaria. Isso, de certo modo, facilitou as coisas para mim pois, como eu ainda estava com supervisão de estágio nesta unidade, pude acompanhar mais de perto o paciente. Visitei-o diariamente até o dia de sua alta. A recuperação foi ótima. Teve alta em oito dias. Durante este período, tanto o paciente como os familiares referiram a importância das orientações recebidas, bem como de terem tido a oportunidade de conhecerem a CTI. Relataram o quanto foi tranquilizador saber como o paciente se encontraria no pós-operatório; e que toda aquela “parafernália”, que a princípio os deixou apreensivos não passava de recursos necessários à recuperação. Disseram ainda que este trabalho deveria ser feito com todos os pacientes, pois o fato de já estarem familiarizados com o ambiente e procedimentos fez com que reagissem normalmente.

Pude acompanhar a alta do paciente, pois quando o médico chegou à unidade para dar alta, me chamou para acompanhá-lo. Juntos fornecemos as orientações para a alta, entregamos a receita e orientamos sobre o retorno ao consultório médico. O médico pediu para eu realizar o curativo e se despediu. Terminei a realização do curativo, orientei quanto à parte burocrática e levei o paciente até a saída do hospital. Ao nos despedirmos, o paciente falou: “muito obrigado, você me ajudou muito com suas informações e sua presença. Eu me considero privilegiado por ter tido esta oportunidade”. E eu me considero realizada por ter contribuído para a recuperação deste paciente, ao aplicar o referencial construído.

## **QUINTO PACIENTE – A REALIZAÇÃO**

Esta paciente era jovem, tinha apenas 22 anos de idade e seria submetida a reoperação para troca de válvula. A cirurgia anterior tinha sido realizada há dois anos, mas a paciente estava apresentando problemas e teria que ser submetida a outro procedimento. Ao saber disso - que a paciente já havia realizado cirurgia cardíaca – questionei a validade de incluí-la no estudo, afinal ela já conhecia o CC, o CTI e os procedimentos realizados. Após refletir sobre isso, cheguei à conclusão que seria uma experiência diferente e

enriquecedora. Eu poderia validar minha impressão ou obter resultados diferentes do esperado. Fui ver o que encontraria.

Ao chegar à unidade onde a mesma se encontrava internada, fui consultar o prontuário, falei com a enfermeira do setor que me informou que a paciente apresentava-se agitada e nervosa. Pedi para eu tentar acalmá-la. Dirigi-me à enfermaria, me apresentei e esclareci qual era o meu objetivo. A paciente não foi muito receptiva num primeiro momento. Estava chorosa e pouco cooperativa; não manifestou interesse em receber orientações. Pareceu-me compreensível seu estado. Era uma paciente jovem, que já havia se submetido a um procedimento cirúrgico cardíaco há pouco tempo, que tinha um filho de um ano e que estava ali para um novo procedimento. Percebi que, talvez, eu pudesse ajudá-la a mudar essa concepção. Conversamos um pouco sobre assuntos diversos. Eu achei que seria melhor começar tentando acalmá-la, ouvi-la, me colocar disponível para o que ela achasse necessário. Conforme foi acontecendo a comunicação, a paciente foi se tornando mais receptiva. Procurei sondá-la sobre o procedimento anterior e sua recuperação. Relatou que se sentiu muito insegura, pois “não sabia o que iriam fazer”. Encontrei aí a oportunidade que procurava de poder orientá-la.

Diferente do que eu imaginava encontrar, o fato da mesma já ter conhecimento prévio da cirurgia fez com que ela tivesse mais questionamentos ainda, pois relacionava o procedimento atual com o anterior. Assim, fomos conversando e esclarecendo alguns pontos. A comunicação estava mais direcionada e efetiva do que a realizada com os pacientes anteriores.

Estava apreensiva quanto à recuperação e conversamos bastante sobre isso, pois quando da cirurgia anterior sua recuperação ficou comprometida em decorrência de uma infecção respiratória. Queria saber se ficaria com tubo e drenos novamente, pois era o que mais incomodava, quantos dias permaneceria no CTI, se poderia receber visita do filho. Neste caso, a paciente não manifestou necessidade de ir ao CTI e CC pois já conhecia os setores. Expliquei a ela estes aspectos e sobre a necessidade de exercícios respiratórios pós-operatórios, como tossir e soprar luvas, para evitar acúmulo de secreções pulmonares, o que poderia comprometer novamente sua recuperação.



Após este primeiro contato, despedi-me e disse que viria vê-la no dia seguinte pela manhã (a cirurgia seria à tarde). Ela agradeceu e respondeu que me esperava amanhã. Estava bem mais tranqüila agora.

Quando cheguei à enfermaria, no dia posterior, a paciente estava bem animada. Já havia feito sua higiene e se encontrava no leito. O marido estava junto. Ela apresentou-me a ele. O mesmo fez alguns questionamentos sobre a CTI, horário de visitas, quanto tempo a paciente permaneceria lá, expliquei estes pontos e perguntei como ela estava, se gostaria de mais alguma informação. Ela respondeu que não, que estava bem tranqüila. Orientei que logo iriam vir administrar a medicação pré-anestésica e sobre seu efeito. Deixei a enfermaria, dizendo que estaria a sua espera no CC.

A paciente chegou ao CC dormindo por efeito do pré-anestésico. O marido a acompanhava. Falei a ele que o manteria informado do procedimento e que, se tudo transcorresse como esperado, em aproximadamente 3 horas a paciente deixaria o CC e iria para o CTI.

Acompanhei todo o transoperatório, desde a chegada da paciente no setor até ser encaminhada ao CTI. Como a mesma se encontrava bastante sonolenta, mantive-me ao seu lado durante seu preparo, porém tive o cuidado de não alertá-la.

Deixei o CC ao término do procedimento e fui comunicar ao marido que a cirurgia havia terminado, que correria tudo bem e que a paciente logo seria encaminhada ao CTI, mas que ele só poderia visitá-la no dia seguinte.

Na manhã seguinte, ao chegar ao setor, encontrei o marido já aguardando para vê-la. Eu disse que traria notícias. A paciente estava acordada, sem tubo oro-traqueal. Quando me viu, sorriu para mim e me chamou. Perguntei como estava, se havia passado bem a noite, respondeu que sim. Disse a ela que seu marido estava ali fora, aguardando o horário de visitas.

Conversei com a auxiliar que estava cuidando dela que me informou que a paciente havia acordado bem tranqüila, que estava se recuperando bem e que era cooperativa.

A paciente teve alta do CTI no terceiro dia pós-operatório pela manhã. À tarde fui vê-la no quarto. Estava alimentando-se bem e deambulava pelo quarto e corredores, apesar de permanecer com soro. Relatou que estava sentindo-se muito bem; bem diferente da vez anterior; disse: “não sei se foram os exercícios que você me ensinou a fazer que me ajudaram, mas a minha recuperação foi bem melhor do que na cirurgia anterior”.

Visitei-a diariamente até o dia da alta que aconteceu no oitavo dia pós-operatório. Durante estes encontros estive sempre disponível para esclarecimentos e mantive contato com o médico para poder mantê-la informada do plano do mesmo em relação a ela. No sexto dia pós-operatório o médico me informou que a data provável da alta seria no oitavo dia.

No dia anterior à alta procurei saber qual tinha sido sua percepção do trabalho realizado, pois eu não poderia estar presente na alta devido ao estágio que estava supervisionando em outra unidade. A paciente relatou: “quando você chegou, e disse que estava ali para me informar sobre a cirurgia, achei que era besteira, pois eu já sabia como era e que isso não ia mudar nada. Mas, depois, conforme fomos conversando, percebi que tinha muitas coisas que eu não sabia; quer dizer, eu sabia, mas não entendia. Foi bem importante para mim, bem diferente da outra vez”.

Para mim, também foi muito importante. Fiquei satisfeita por tê-la incluído no estudo, pois os acontecimentos e o depoimento da paciente mudaram minha maneira de pensar, minha concepção de que não se fazia necessário orientar pacientes que já haviam passado por uma experiência semelhante. Muito pelo contrário, o fato de a pessoa já ter algum conhecimento até ajuda na comunicação, direcionando mais o assunto e tornando mais fáceis as explicações.

No dia da alta, eu estava com os alunos na unidade de internação, e a paciente foi até lá à minha procura para agradecer-me. Disse que estava indo para casa e que não podia

deixar de me agradecer por ter estado com ela. O reconhecimento da paciente deixou-me orgulhosa do trabalho realizado.

## V ANÁLISE REFLEXIVA

Neste capítulo têm lugar as reflexões críticas que procuram articular os vários componentes do marco teórico metodológico à prática efetivada, bem como responder aos objetivos propostos.

Quero aqui resgatar, brevemente, o desenvolvimento da prática assistencial.

O projeto previa a realização da mesma com cinco pacientes que seriam submetidos a tratamento cirúrgico cardiovascular, aplicando-se um referencial teórico metodológico previsto. Porém, nos três primeiros casos, motivos inesperados interferiram significativamente no desenvolvimento do projeto. Estas interferências dizem respeito às minhas reações frente aos acontecimentos. Experimentei uma crise que, na época, fez-me sentir impotente e insegura deixando-me bloqueada e impossibilitando a continuação da prática assistencial. Hoje, percebo que esta crise contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Após a superação da mesma retomei a prática e a concluí com sucesso. Tendo em vista estes acontecimentos, procuro, neste capítulo, analisar a prática assistencial no que tange ao uso do referencial teórico metodológico, bem como refletir sobre a crise vivenciada à luz dos conceitos da teoria.

Retomando agora os **objetivos** que foram estabelecidos para esta Prática Assistencial, preciso reconhecer que não foram atingidos na íntegra.

No primeiro objetivo propus **“cuidar/educar pacientes submetidos a tratamento cirúrgico cardiovascular internados em um hospital geral, utilizando um marco referencial fundamentado em conceitos e pressupostos da Teoria de Imogene King”**.

Percebo agora, o quanto foi difícil romper com o modelo bio-médico vigente e lançar mão dos conceitos da teoria; procurando evidenciá-los e integrá-los as ações. Isto ficou explícito quando “rejeitei” uma paciente, por se tratar de uma índia e não apliquei alguns conceitos entre os quais de interação e comunicação.

O segundo objetivo, “ **avaliar a influência da educação pré-operatória do paciente nos vários aspectos que envolvem o período perioperatório, quer sejam físicos ou emocionais, através de suas percepções**”, foi atingido integralmente apenas com dois pacientes, que verbalizaram satisfação com as orientações recebidas e que isto influenciou positivamente na sua recuperação, tanto física como emocional, o que é possível verificar na seguinte fala:

**“...você me ajudou muito com suas informações e sua presença. Me considero privilegiado por ter tido esta oportunidade”.**

Ou ainda nesta outra, de uma paciente que estava sendo submetida a reoperação:

**“Não sei se foram os exercícios que você me ensinou a fazer que me ajudaram, mas a minha recuperação foi bem melhor do que na cirurgia anterior”.**

Com os demais pacientes esta avaliação não foi realizada pelos motivos já descritos no capítulo IV.

No que tange ao uso de um marco teórico metodológico de enfermagem, diferente do “modelo clínico” ao qual estava habituada, registro a importância dos estudos realizados para a sua compreensão. Preciso confessar que frequentemente pensei: ou eu, ou a realidade na qual estou inserida, ou ambos, ainda não estamos totalmente preparados para compreender a diferença que sua aplicação pode trazer para a qualidade do cuidado/assistência. Durante esta prática sofrida, talvez por força deste mesmo sofrimento, ele muitas vezes ficou “perdido”, desconectado do contato com os clientes que me

propus a cuidar. Ou, talvez, pensando melhor, ele pode ter orientado minhas ações, como uma sombra, mais do que uma luz.

Hoje, tendo concluído o estudo, revisitando meus achados, busco superar o visível e encontrar a significação das entrelinhas, ultrapassando a aparência e indo até a essência das idéias. Desta forma, percebo a presença dos pressupostos e conceitos do marco teórico metodológico nas ações efetivadas e busco resgatá-los.

Retomo, a seguir, os **pressupostos**, agrupando-os pelas semelhanças apresentadas e realizando sua interligação com o estudo.

- Os seres humanos são seres sociais, pensantes, racionais que reagem, percebem, controlam, que tem propósitos, são orientados para a ação e orientados no tempo.
- As percepções do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação.
- Os indivíduos, por serem racionais, pensantes, são capazes de perceberem e reagirem com o meio ambiente e social.

Os pressupostos acima estiveram permeando os encontros. Tanto os pacientes como eu, reagimos de acordo com eles, considerando nossas particularidades. Fazendo uma síntese, os pressupostos acima dizem que somos seres humanos sociais. Reagimos com o meio ambiente e, desta forma, carregamos conosco nossa vivência, o que forma nossa percepção sendo distinta entre nós e, portanto, influenciando o processo de interação. Exemplifico aqui destacando o caso da paciente índia. Minha percepção de que não seria possível a comunicação não permitiu que acontecesse a interação entre nós.

- Os indivíduos possuem o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, na saúde e nos serviços comunitários.
- Os indivíduos tem o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde.
- Os objetivos dos profissionais de saúde, poderão não ser os mesmos da clientela.

- Os profissionais de saúde, tem a responsabilidade de fornecer informações que ajudem os indivíduos a tomarem decisões.

Pressupostos observados. Excluindo-se o primeiro caso, nos demais sempre foram respeitadas as vontades verbalizadas pelos pacientes, proporcionando-se aos mesmos sua participação nas decisões sobre o tratamento após fornecer as informações necessárias à tomada de decisões, evitando que os objetivos dos profissionais de saúde se sobrepusessem aos seus.

Busco, agora, resgatar os **conceitos** do referencial utilizado. Para sua melhor compreensão, a interligação dos conceitos com o estudo se dará em dois momentos. Primeiramente, analiso a crise vivenciada quando do início da prática assistencial e no decorrer desta, quando emergiram situações não previstas. Num segundo momento, busco conexão entre o referencial utilizado e a prática efetivada.

O início da prática assistencial caracterizou-se por um período de bastante angústia e insegurança. Eu estava apreensiva em relação ao tema e sobre como seria a aceitação do trabalho pelas pessoas envolvidas; médicos, pacientes, enfermagem, familiares. Elaborei o protocolo da prática assistencial e o encaminhei à direção do hospital e aos médicos da equipe de cirurgia cardiovascular da instituição.

Além do protocolo, achei que seria de “bom tom” conversar pessoalmente com os cirurgiões para esclarecer o que seria feito. Este foi outro momento de crise. Eu precisava da aprovação das pessoas envolvidas. Procrastinei o máximo que pude neste momento, até que tomei a decisão de efetivá-lo. Para meu alento, fui muito bem recebida e a prática foi vista com bons olhos, o que me estimulou a permanecer com o mesmo tema. Fui também conversar com as enfermeiras da CTI Cardiológica, pois parte da prática assistencial se daria lá. A receptividade foi a mesma que recebi da equipe de cirurgia. A iniciativa foi elogiada e as mesmas relataram que este era o trabalho que elas gostariam de fazer como enfermeiras da unidade, mas que não estava sendo possível devido ao excesso de trabalho no setor e o número insuficiente de enfermeiras para deslocar-se do mesmo. Relataram

também que alguns médicos até solicitavam às mesmas que fizessem este trabalho. Estes depoimentos me incentivaram muito e parti para a realização da prática assistencial.

A primeira paciente a fazer parte do estudo era uma índia, que não falava nem entendia o português e que, por este motivo, foi excluída do estudo. Preciso reconhecer que por inexperiência em trabalhar fundamentada em um referencial teórico metodológico, diferente do modelo clínico que estava habituada, deixei passar uma excelente oportunidade de procurar formas alternativas de realizar a **enfermagem**, definida aqui como: um processo de ação, reação e interação entre enfermeira e cliente, através do qual cada um compartilha informações acerca de suas percepções do outro e da situação e através da comunicação, identificam problemas, estabelecem objetivos, exploram os meios e concordam com os meios para alcançá-los.

Ao excluir esta paciente do estudo, tive a **percepção** de que não seria possível a **interação** com a mesma por não ser possível a **comunicação**. Não busquei formas alternativas de comunicação previstas no próprio conceito aqui utilizado que prevê uma forma não verbal, através de gestos, expressões faciais, ações e posturas. Para mim, dentro do sistema interpessoal este é um dos conceito mais relevante pois através da comunicação acontecerá a interação. De acordo com Moscovici(1996) “o processo de interação humana ocorre permanentemente entre as pessoas, sob a forma de comportamentos manifestos e não manifestos, verbais e não verbais, pensamentos, reações mentais e/ou físico-corporais”.

Uma reflexão mais profunda do acontecido leva-me a concordar com Mendes (1994, p.1), quando esta afirma que “ na longa prática de ensino de enfermagem sempre nos chamou a atenção a excessiva profissionalização da comunicação enfermeiro-paciente. As próprias saudações, os pedidos de informação sobre o estado de saúde e as recomendações e sugestões técnicas são sempre expressadas numa forma pré-estabelecida, rotineira, técnico-profissional, sem mudanças” e acrescenta que a **comunicação** é parte central no processo de **interação** humana, constituindo o mais significativo instrumento no agir do enfermeiro.



Haguette (1992) destaca que a **interação** é influenciada pelos aspectos culturais, crenças, valores e que, através da comunicação, os indivíduos compartilham experiências, expectativas e significados.

Após determinado **tempo**, que é a duração entre um acontecimento e outro, percebi que esta primeira experiência contribuiu para meu **crescimento e desenvolvimento**, levando-me ao amadurecimento e maior capacidade de enfrentar estas situações. Dei-me conta de que poderia ter tentado outras formas de comunicação que não a verbal. Percebi uma grande limitação no que diz respeito a romper com o modelo tradicional, mas percebi também que mais do que possível, é necessário buscarmos formas alternativas de realizarmos enfermagem.

Nesta primeira situação, por não ter ocorrido a interação, só foram aplicados os conceitos que fazem parte do sistema pessoal.

Na continuidade do processo assistencial, outras crises emergiram. Ao implementar o referencial elaborado com mais dois pacientes, eu tinha a percepção de que, pelo fato de eu os estar orientando, sua recuperação seria excelente, que os mesmos teriam alta com mil agradecimentos, que esta metodologia seria mesmo um diferencial na assistência de enfermagem, pois fundamentava-se em uma assistência individualizada, em que o paciente era estimulado a participar de seu tratamento. Porém, não foi o que aconteceu. Num dos casos, o paciente apresentou complicações pós-operatórias, sendo necessária sua permanência no hospital por um tempo além do previsto e, no outro caso o paciente foi a óbito.

Buscando compreender estas situações de crises vivenciadas, percebo a inter-relação dos três sistemas preconizados e a presença dos conceitos do referencial utilizado. Eu, vista aqui como **ser humano/sistema pessoal**, carregada de minhas **percepções** precisei interagir com outros seres humanos (médicos, enfermagem, paciente, familiares) – **sistema interpessoal** - dentro de uma instituição – **sistema social**, com seus conceitos de **organização, status, poder, autoridade e tomada de decisões**. Isto é, eu estava dentro de uma instituição, com regras de comportamentos pré-estabelecidas, com um modelo de

assistência definido e propondo uma nova metodologia para a assistência que iria romper com o modelo existente tradicionalmente. Esta situação me impunha uma certa responsabilidade no que se referia a “confirmar” a validade do trabalho proposto, o que, na minha concepção, naquele momento, não aconteceu nestes casos. Hoje, percebo que estes acontecimentos foram imprevistos que não tiveram nenhuma relação com o referencial proposto.

Dos conceitos do **sistema pessoal**, considero que o mais importante, o que esteve presente nas ações realizadas e pôde ser facilmente evidenciado é o conceito de **percepção**, que está intimamente relacionado ao conceito de *self*. A percepção foi fundamental para concretização do processo proposto, pois levava à ocorrência de julgamento, reação, interação e esteve presente em toda a trajetória. Faz parte do ser humano, não é possível conceber um ser humano desprovido de percepções.

Outros conceitos relevantes dentro deste sistema foram: **crescimento e desenvolvimento** e **tempo**. Sendo o tempo a duração entre um acontecimento e outro, sempre esteve presente, levando ao crescimento e desenvolvimento, pois cada acontecimento novo, cada novo desafio, a influência de pessoas e do meio ambiente levavam a mudanças comportamentais e ao amadurecimento. Estas mudanças puderam ser percebidas tanto nos pacientes, como em mim, conforme já relatado.

Os demais conceitos que compõem este sistema, como **imagem corporal e espaço** não foram evidenciados.

Dentre os conceitos que formam o **sistema interpessoal**, um dos conceitos chaves para concretização do referencial construído, foi sem dúvida o conceito de **comunicação**. Ele é a base para que ocorra a **interação** e a **transação**. Porém, é preciso encontrar formas alternativas de comunicação. Ainda temos pouco conhecimento sobre comunicação não-verbal. Tanto é assim que nos casos onde a comunicação verbal foi mais efetiva, a interação foi facilitada e aconteceu a transação.

É interessante lembrar aqui que, só após a primeira experiência, quando não inclui a paciente no estudo pelo fato da mesma não se comunicar em português, é que fui me dar conta da importância deste conceito. Eu achava que ele era uma consequência da interação, quando na verdade ele é que vai determinar o processo de interação.

A **interação** foi outro conceito fundamental no desenvolvimento deste trabalho. Está relacionada com as crenças e valores das pessoas envolvidas e envolve o compartilhamento de experiências, influenciando o comportamento dos participantes. Tem uma conotação terapêutica bastante significativa, constituindo-se num instrumento para a assistência de enfermagem.

A **transação** aconteceu sempre que os conceitos de comunicação e interação foram observados e aplicados. Foi mais facilmente evidenciada com a última paciente a fazer parte do estudo, pois juntas traçamos objetivos que foram atingidos.

Os conceitos do **sistema social**, foram evidenciados. O conceito de **organização** neste estudo diz respeito à instituição de saúde onde o mesmo foi realizado. Os conceitos de **autoridade, poder e status** exerceram influência sobre as reações dos envolvidos no estudo.

Desta forma, ao buscar encontrar conexão entre o referencial utilizado e a prática efetivada, percebo a validade do referencial como instrumento que orienta as nossas ações. Observo que a maioria dos conceitos contribuiu para o desenvolvimento do trabalho. Pude observar a interrelação dos sistemas pessoal, interpessoal e social.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados para coleta de dados do processo assistencial, observo um grande distanciamento dos mesmos do referencial. Quando da elaboração dos mesmos, talvez por ainda não estar familiarizada com o marco, utilizei-me do modelo biológico conhecido. Percebo agora a importância da articulação interna dos componentes da proposta metodológica para dar maior consistência ao referencial utilizado. Talvez este fato tenha dificultado a observação dos conceitos do referencial, pois ao registrar os dados nos instrumentos elaborados os mesmos não estavam presentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo uma análise geral do trabalho realizado, concluo que o mesmo foi um processo de conquista passo a passo.

O uso de um referencial teórico diferente do modelo tradicionalmente aceito, constituiu-se em um desafio. A inexperiência em trabalhar fundamentada em uma Teoria de Enfermagem, aliada às dificuldades que emergiram durante o desenvolvimento da prática assistencial, levaram-me a experimentar crises. Porém, estes desafios foram superados e, hoje, percebo que os mesmos contribuíram muito para meu amadurecimento pessoal e profissional. Fizeram-me refletir sobre minhas limitações e enxergar novas possibilidades de fazer enfermagem.

Tomei consciência de que o meu sofrimento foi mais em decorrência da minha imobilização frente ao inesperado e minha incapacidade de buscar alternativas, do que das ocorrências propriamente ditas. Esta experiência levou-me a estar mais preparada para o imprevisível, para o imponderado.

Aprendi com esta experiência, como relato em artigo encaminhado para publicação (Donadussi & Saube, 2000). Ela me fez refletir e buscar compreender que a enfermagem não é só felicidade e satisfação de ver as pessoas recuperadas, tendo alta com mil agradecimentos à equipe que as cuidou. Precisamos reconhecer nossas humanas limitações e trabalhá-las preparando-nos para eventos desta natureza. Não que a insensibilidade deva orientar nossas ações profissionais, mas também não podemos morrer com cada paciente.

No que diz respeito aos objetivos deste estudo, os mesmos foram atingidos. Foi possível aplicar o referencial teórico construído no cuidado desenvolvido e avaliar a influência da orientação pré-operatória nos vários aspectos que envolvem o período perioperatório. Os relatos dos pacientes confirmaram a importância das orientações fornecidas no pré-operatório.

Quanto aos pressupostos e conceitos, os mesmos foram observados e levados em consideração no desenvolvimento das ações junto aos clientes, orientando a assistência.

Entendo que este estudo trouxe benefícios a todos os envolvidos, pacientes, familiares, à instituição e de forma especial a mim, que saio desta experiência fortalecida pelos acontecimentos. Cresci como pessoa, como profissional enfermeira e professora. Superei desafios ao prestar assistência de enfermagem utilizando-me de um referencial diferente do modelo tradicional, numa instituição que não tem esta tradição; precisei enfrentar situações indesejáveis e transpô-las, buscando forças para continuar, percebi minhas limitações mas, sobretudo, descobri algumas potencialidades que encontravam-se adormecidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMÂNCIO, Maria H., SOUZA, Edda M. T. Avaliação do levantamento e abordagem dos problemas pré-operatórios. São Paulo: SOBECC. **Anais do I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico**. 1994.
- BELAND, I. L. ; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica: aspectos fisio-patológicos e psicossociais**. v. 3. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
- BRESCIA, Silvia; QUAYLE, Julieta. A percepção do paciente em relação à visita médica num hospital-escola: um estudo exploratório. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 21, n. 2/3, p. 36-43, maio/dez. 1997.
- BRITO, Valdete H., GIORGI, Maria Denise M., ZAGO, Anita T. Teoria de Imogene King. Itajaí, **Revista Alcance**. Ano III, n. 2, p. 45-58, nov. 1996.
- BRUNNER, L. S.; SUDDART, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- CARVALHO, V. ; CASTRO, I.B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa fundamental – um ponto de vista. **Rev. Bras. de Enf.** Brasília, v.38, n.1, p. 76-85, 1985.
- CASTELLANOS, Brigueta E. P. ; JOUCLAS Vanda M. G. Assistência de enfermagem perioperatória – um modelo conceitual. São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 24, n. 3, p. 359-370, dez. 1990.
- CHIAVENATTO, Idalberto. **Teoria de Sistemas In: Administração**. São Paulo: Atlas, 1981.
- DONADUSSI, Tanira R.; SAUPE, Rosita. Aprendendo com as dificuldades. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, pt.2, p. 529-535, mai./ago., 2000.
- ELHART, D. *et. al.* **Princípios científicos de enfermagem**. Lisboa, Livros Técnicos e Científicos, 1983.
- FERRAZ, S. de B. *et. al.* Sistematização e humanização no CC. São Paulo. **Revista da SOBECC**. v. 3, n. 4, out./dez. 1998.
- FOX, Vicki J. Educação do paciente e planejamento para a alta. In: MEEKER, Margaret H.; ROTHROCK, Jane C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- GELAIN, Ivo. **Deontologia e Enfermagem**. 3ª ed. rev. e atual. São Paulo: E.P.U., 1998.
- HAGUETTE, Maria Teresa Frota. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO – Relatório 1999 .

KAMIYAMA, Yoriko. **O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas.** São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1972. 111p. Tese dout.

KING, Imogene. **Toward a Theory For Nursing.** New York: John Wiley, 1971.

LOPES, Armandina A. Cuidados de Enfermagem a doentes submetidos a revascularização coronária no pré e pós-operatório imediato. Lisboa. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, n. 82, p.7-11, novembro 1994.

MENEZES, A. R. **A problemática dos pacientes no período transoperatório – um estudo dos problemas sentidos e observados.** São Paulo, 1978. Dissertação Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem.** São Paulo: Sarvier, 1994.

MOSCOVICCI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo.** 5ª ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1996. Cap. 2, p. 19-31: Treinamento, terapia e desenvolvimento.

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

PEREIRA, Rosane C. J. Implicações das ações educativas de enfermagem junto aos clientes. Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 4 (1), p. 49-53, jan 1983.

POLIT, Denise F.; HUNGLER Bernadette P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIZZARDI, Eliana M. B.; SILVA, Elizeth P.; BURLAMAQUE, Clelia S. Adequação da assistência de enfermagem às necessidades e expectativas de pacientes cirúrgicos. Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.4, n. 2, p. 169-187, jul. 1983.

SANTOS , E. ; CARBELON. I. C. Visita pré e pós-operatória aos pacientes. **Enfoque**, v. 9, n. 6, p. 41-45, dezembro, 1980.

SAUPE, Rosita; ALVES, Elioenai D. Contribuição para a construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE. 6ª Delegacia Regional de Saúde. **Relatório Técnico.** Passo Fundo, 1996.

SILVA, Fátima M.; POTENZA, Marlene M. Motivos que levam as enfermeiras de centro cirúrgico a não realizarem uma assistência de enfermagem de forma sistematizada. São Paulo: SOBECC. **Anais do I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico.** 1994.

TAGLIETA, M. *et. al.* Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica dentro do contexto hospital governamental de ensino. São Paulo: SOBECC. **Anais do I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico.** 1994.

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

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



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### PROTOCOLO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

#### A EDUCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO PACIENTE CIRÚRGICO – VISANDO UMA ASSISTÊNCIA PERI-OPERATÓRIA INTEGRAL

Tanira Rozauro Donadussi<sup>1</sup>  
Rosita Saupe (orientadora)<sup>2</sup>

##### 1. Justificativa:

A evolução técnico científica trouxe grandes avanços tecnológicos e com eles conhecimentos sobre como minimizar os riscos cirúrgicos. Apesar disto, o ato cirúrgico ainda é considerado como um momento de crise para o indivíduo.

O paciente cirúrgico está exposto a várias fontes de tensão, como o afastamento dos familiares, de suas atividades, a inserção em um ambiente desconhecido, o trauma fisiológico, a dor, a anestesia, as mudanças no seu estilo de vida. Por mais bem planejada que seja uma cirurgia, não consegue-se anular totalmente os riscos, fato que acarreta ansiedade e insegurança no paciente.

Todo ato cirúrgico acarreta uma série de reações fisiológicas e psicológicas que repercutem em todo o organismo. Segundo Beland & Passos (1979), o sucesso de uma cirurgia depende do estado de saúde do indivíduo no período anterior a cirurgia, e de como ele se comporta no pós-operatório.

O interesse em desenvolver este tema resultou da minha inquietação e do meu descontentamento ao observar, a partir das atividades desenvolvidas na disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico, que a maioria dos pacientes que chegavam à unidade tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre o procedimento a que seriam submetidos.

---

<sup>1</sup>Professora da Universidade de Passo Fundo. Mestranda em Assistência de Enfermagem da UFSC – Polo Passo Fundo

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Pesquisadora Cnpq. Professora visitante da Universidade de Passo Fundo.

Constatei que a assistência ao paciente limitava-se ao período transoperatório, não sendo realizada a assistência perioperatória – que abrange o período pré, trans e pós operatório.

Levando em consideração estes fatores percebi a necessidade de aproximar o paciente deste desconhecido através da visita pré-operatória de enfermagem com o objetivo de orientá-lo sobre o procedimento e esclarecer suas dúvidas, na tentativa de minimizar estas situações de desconforto.

Esta atividade vem sendo desenvolvida na disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico e os resultados tem sido positivos segundo relatos dos pacientes, porém trata-se de uma atividade acadêmica não sistematizada, realizada apenas com alguns pacientes durante o período de estágio da disciplina.

## **2. Objetivo:**

Este projeto tem por objetivo avaliar a influência da educação pré-operatória do paciente nos vários aspectos que envolvem o período peri-operatório, quer sejam físicos ou emocionais, através de suas percepções e propor a implementação da sistematização da assistência de enfermagem peri-operatória.

## **3. Metodologia:**

Para realização deste estudo optou-se por trabalhar com pacientes que serão submetidos a tratamento cirúrgico cardiovascular por representarem um grupo de pacientes cujo período peri-operatório é caracterizado como sendo bastante angustiante, pois trata-se de uma cirurgia de grande porte, com vários procedimentos pré-operatórios, que exige cuidados pós-operatórios intensos e causa alterações no estilo de vida do paciente.

Serão selecionados os pacientes que internarem no dia anterior a realização da cirurgia para que seja possível a visita pré-operatória de enfermagem.

A fundamentação teórica deste estudo repousa sobre a Teoria Interacionista de Imógene King, de onde foram extraídos os pressupostos e alguns conceitos que orientarão o desenvolvimento deste projeto. Os pressupostos utilizados serão:

- Os seres humanos são seres sociais, pensantes, racionais que reagem, percebem, controlam, que tem propósitos, são orientados para a ação e orientados no tempo.
- As percepções do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação.
- Os indivíduos possuem o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, na saúde e nos serviços comunitários.
- Os indivíduos tem o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde.
- Os objetivos dos profissionais de saúde, poderão não ser os mesmos da clientela
- Os profissionais de saúde, tem a responsabilidade de fornecer informações que ajudem os indivíduos a tomarem decisões.
- Os indivíduos, por serem racionais, pensantes, são capazes de perceberem e reagirem com o meio ambiente e social.

Os conceitos selecionados são: percepção, self, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, espaço, tempo, interação, comunicação, transação, estresse.

O método prevê que os pacientes serão visitados no dia anterior à realização da cirurgia para serem orientados sobre o procedimento a que serão submetidos, esclarecidos sobre suas dúvidas e sobre o período pós-operatório, considerando-se as suas necessidades que serão determinadas a partir da interação enfermeiro-paciente e conforme roteiro a ser elaborado e previamente testado. Será possibilitada visita ao Centro Cirúrgico e Centro de

Tratamento Intensivo com vistas a aproximar o paciente desses ambientes integrantes do processo e que, muitas vezes, são temidos por serem desconhecidos.

No pós-operatório os pacientes serão visitados e cuidados diariamente até o dia de sua alta, estabelecendo assim uma assistência peri-operatória integral. Nesta fase serão coletadas as suas percepções para posterior análise. Os dados serão registrados em instrumento próprio a ser elaborado.

#### **4. Questões Éticas e de Educação:**

Ao paciente será garantido o seu anonimato e o sigilo das informações que forem confidenciais e que não sejam relevantes para a situação.

Deverá ser respeitada a sua privacidade, intimidade e seu direito de participar das decisões.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, art. 27, é dever do enfermeiro: “respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar”. Para tanto, o paciente precisa ser informado sobre seu tratamento.

O profissional de enfermagem, tem o dever de “colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e da família sobre seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer” e “colaborar com a equipe de saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames e de outros procedimentos aos quais se submeterá.” (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, art. 30 e 31).

A enfermeira responsável pela educação pré-operatória do paciente deverá manter contato anterior com a equipe de saúde, responsável pelo tratamento cirúrgico, para obter todas as informações necessárias referentes ao tratamento para que possa fazer uma orientação pré-operatória adequada.

#### **5. Cronograma:**

A prática assistencial será realizada nos meses de setembro e outubro de 1999, com os pacientes submetidos a cirurgia cardíaco-torácica no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo.

## **6. Referências Bibliográficas:**

BELAND, I. L. ; PASSOS, J. Y. **Enfermagem clínica: aspectos fisio-patológicos e psicossociais**. v. 3. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

BRITO, Valdete H., GIORGI, Maria Denise M., ZAGO, Anita T. Teoria de Imogene King. Itajaí, **Revista Alcance**. Ano III, n. 2, p. 45-58, nov. 1996.

GELAIN, Ivo. **Deontologia e Enfermagem**. 3<sup>a</sup> ed. rev. e atual. São Paulo: E.P.U., 1998.

KING, Imogene. **Toward a Theory For Nursing**. New York: John Wiley, 1971.

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

## ANEXO 2

Estou encaminhando Protocolo da disciplina de Prática Assistencial do Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina polo Passo Fundo, com cópia para o Departamento de Cardiologia, solicitando aceite para realizá-la nesta instituição, bem como para utilização do nome da mesma no relatório da disciplina e dissertação.

Certa de sua atenção, aguardo resposta

Tanira R. Donadussi

Tanira Rozauro Donadussi  
Mestranda

Rua Teixeira Soares, 817.  
CAMPUS II – UPF  
Curso de Enfermagem  
Passo Fundo – RS

Passo Fundo, agosto de 1999

Liosta  
A  
+  
Diretor médico CKM/3191  
HDVA

À Direção do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo

## ANEXO 3

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

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

Quarto/leito: \_\_\_\_\_ \ Cirurgião: \_\_\_\_\_

Cirurgia proposta: \_\_\_\_\_

2. CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE:

Condições de locomoção:

Condições de higiene:

Condições de pele e anexos:

Condições dos órgãos dos sentidos:

Condições das articulações:

Presença de alergias:

Tabagismo:

Alcoolismo:

Patologias associadas:

Presença de próteses:

Sinais vitais:

Peso e altura:

3. NECESSIDADES EVIDENCIADAS SOBRE:

Conhecimento sobre sua doença e tratamento:

Imagem corporal:

Self:

Medos/temores:

Dúvidas e incertezas:

Outras:

- A partir desta avaliação será realizado o diagnóstico ou levantamento de problemas.





## ANEXO 5

### RELAÇÃO DE CUIDADOS PARA OS PACIENTES

1. Priorizar as necessidades evidenciadas com o paciente.
2. Orientar quanto ao procedimento anestésico/cirúrgico quanto:
  - local da incisão cirúrgica
  - tipo de anestesia
  - recuperação
  - drenos, sondas, tubos
  - ambiente cirúrgico, CTI
  - necessidade de tricotomia
  - NPO
  - exames laboratoriais
  - cuidados pós-operatórios

