

Compreendendo a necessidade do paciente com câncer de receber orientações para a cirurgia: Implicações da visita pré-operatória pelo enfermeiro ¹

Understanding the need of cancer patients to receive information about the surgery: implications of the nursing pre-operative assessment ¹

15

Horacio Frederico Garcia ²

RESUMO

O presente estudo foi realizado na Unidade Hospitalar I do Instituto Nacional de Câncer do Brasil, com o objetivo de analisar quais as expectativas dos pacientes com câncer em relação às orientações pré-operatórias.

Para compreender melhor o objeto de estudo, foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa, que proporcionou meios de aumentar nosso conhecimento sobre o fenômeno da cirurgia na vida do paciente com câncer.

Entre as principais implicações para a assistência de enfermagem destaca-se: a busca da verdade e a necessidade de maior integração do paciente com a equipe cirúrgica.

Segundo os pacientes entrevistados, a assistência de enfermagem no período pré-operatório merece maior destaque, já que um maior conhecimento sobre a cirurgia e o ambiente físico e humano do centro cirúrgico, pode ser oferecido durante a realização da visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem oncológica; enfermagem em centro cirúrgico; orientações pré-operatória; assistência de enfermagem.

¹ Extraído da Monografia de Conclusão do Curso de Residência em Enfermagem Oncológica como Requisito do Instituto Nacional de Câncer, para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem Oncológica.

² Enfermeiro. Ex-residente de Enfermagem Oncológica do Instituto Nacional de Câncer. Enfermeiro do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital do Câncer – INCa

Endereço para correspondência: Rua Djalma Ulrich, 110 Apto. 613. Copacabana. Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22.071.020. Tel. (021) 523.2678. E-mail: goriot@ruralrj.com.br

SUMMARY

The present study was conducted at the Hospital Unit I of the National Cancer Institute of Brazil to investigate the expectations of cancer patients with respect to the preoperative orientation.

A quantitative and qualitative approach was used, providing us the means to improve our knowledge about the impact of the surgery in the life of cancer patient.

Among the main implications of the results for nursing care, there are the search for truth and the need of higher integration between the patient and the surgical team professionals.

According to the patients, the preoperative nursing care should be emphasized, as a better knowledge about the surgery and the human and physical environment of the surgical center may be offered during the realization of the preoperative nursing visit.

KEY WORDS: *Oncology nursing; Operating room nursing; Preoperative orientations; Nursing care.*

Introdução

Desde o início da história do câncer a cirurgia esteve presente como uma das principais formas de tratamento.

O surgimento de um ambiente específico para realização de cirurgias e assim o conjunto de transformações tecnológicas trouxeram a necessidade de uma enfermagem especializada, que atendesse à complexidade do centro cirúrgico e às necessidades dos pacientes que se submetiam aos procedimentos cirúrgicos.

Dentro desse contexto, destacam-se inúmeros trabalhos de pesquisa mostrando que a visita pré-operatória de enfermagem é um meio que o enfermeiro do centro cirúrgico tem para estabelecer um relacionamento terapêutico com o paciente, ampliando assim, o papel deste profissional dentro da equipe cirúrgica.

Em relação ao paciente que está sendo internado na Unidade Hospitalar I do Instituto Nacional de Câncer, o enfermeiro inicia o seu contato com o mesmo através da consulta de enfermagem, que é realizada também por enfermeiros residentes em enfermagem oncológica. É nesse momento que se estabelece a identificação dos diagnósticos de enfermagem. A consulta de enfermagem é realizada antes do paciente ser encaminhado para a enfermaria, ou seja, momentos antes de sua internação.

Ao iniciarmos nossas atividades na unidade de centro cirúrgico, durante o período de residência, assistimos pacientes que eram admitidos referindo não haver recebido qualquer tipo de orientação pré-operatória.

Observamos ainda que as atividades dos enfermeiros da instituição onde realizamos este

estudo não eram sistematizadas, e os profissionais se encontravam sobrecarregados de atividades burocráticas e administrativas.

A doença lembra ao homem sua falibilidade, a perspectiva de que a morte pode estar perto, e que o ser humano é finito fisicamente. Dentre elas, o câncer ainda hoje é a doença mais temida, e também uma das que tem maior índice de mortalidade.

Como principais determinantes sociais do câncer no Brasil, podemos destacar: o aumento na expectativa de vida, industrialização e urbanização e avanço tecnológico no setor da saúde.⁽⁹⁾ As taxas de incidência variam de acordo com as regiões do Brasil. Observa-se, por exemplo, que nas regiões sul e sudeste há maior incidência global de tumores, um perfil bastante semelhante aos países desenvolvidos.⁽⁹⁾

Um diagnóstico de câncer gera profunda tensão emocional e implica em ameaça de evolução prolongada, dolorosa e provável morte. Devido à evolução da doença e à natureza de seu tratamento, o câncer gera frequentemente, também, uma sobrecarga econômica, tanto para o paciente como para a sua família.⁽⁶⁾

O tratamento do câncer para o paciente poderá ser tão doloroso e agressivo como a própria doença, portanto, o tratamento também é um fator gerador de estresse, pois muitas vezes é longo e dividido em várias etapas, como por exemplo: radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, transplante de medula óssea e cirurgia.

A enfermagem oncológica é uma área de

atuação que cobre todas as especialidades de enfermagem e que lida com todas as faixas etárias. O enfermeiro oncologista deve estar capacitado a apoiar o paciente e sua família ao longo de uma ampla gama de alterações físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais.⁽¹⁰⁾

A Sociedade Internacional de Enfermagem Oncológica⁽⁵⁷⁾, ressalta que as principais atribuições dos enfermeiros oncologistas são:

§ Reforçar a idéia de que o câncer é uma doença crônica com exacerbações agudas, ao invés de um quadro unicamente sinônimo de morte ou sofrimento;

§ Avaliar o próprio nível de conhecimento em relação à fisiopatologia da doença;

§ Utilizar práticas e resultados de pesquisas atuais para prestar assistência ao paciente com câncer e seus familiares;

§ Identificar indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de câncer;

§ Avaliar as necessidades de aprendizado, desejos e capacidades do indivíduo com câncer;

§ Conhecer as redes de apoio social acessíveis ao paciente;

§ Planejar cuidados adequados com o paciente e sua família;

§ Identificar a força de vontade e as limitações do paciente;

§ Elaborar com o paciente os cuidados a curto e a longo prazos;

§ Reavaliar e reorientar a assistência após avaliação.

As atribuições acima citadas nos fazem lembrar que a assistência especializada ao paciente com câncer envolve muitas atividades.

Cabe ainda lembrar que, hoje, com o desenvolvimento da farmacologia, anestesia e técnicas operatórias, a cirurgia atinge a maioria de seus objetivos. Para que o tratamento cirúrgico se torne mais humano, o paciente necessita ser melhor preparado emocionalmente.

Entre os fatores prognósticos da cirurgia oncológicas destacam-se fatores dependentes do

tumor, do paciente e da equipe de saúde. Na área da cirurgia oncológica, o enfermeiro utiliza conhecimentos de todas as áreas e terá de lidar com as conseqüências da perda da solução de continuidade, tecidos, vasos, nervos, dos efeitos dos analgésicos e anestésicos, da perda e reposição de sangue e fluidos, bem como entubações e drenagens.⁽⁶⁾ O enfermeiro oncologista e o enfermeiro do centro cirúrgico deverão compartilhar alguns conhecimentos quando a cirurgia é oncológica, pois muitos pacientes, em algum momento de seu tratamento, serão submetidos a algum tipo de intervenção cirúrgica; nesse momento orientação e preparo emocional são fundamentais.

A realização da visita pré-operatória pelo enfermeiro do centro cirúrgico é uma conduta independente, onde, através do contato direto com o paciente, inicia-se um relacionamento terapêutico que auxilia o preparo emocional do paciente. Neste momento o enfermeiro irá obter dados para um planejamento de assistência individualizado e centralizado nas necessidades do paciente.

A visita pré-operatória caracteriza uma atuação expressiva do enfermeiro, que é entendida por apoio emocional, presença e atenção, tão característicos na arte de cuidar em enfermagem, introduzida e profissionalizada por Florence Nightingale. Com essa atitude evitamos que o cuidar torne-se totalmente mecanizado, fragmentado, considerando que o cuidado além de constituir uma ação, é um valor, um comportamento, uma filosofia, uma arte e como tal, ciência.^(52,53)

A visita pré-operatória do enfermeiro é o melhor meio que o enfermeiro do centro cirúrgico dispõe para coletar informações a respeito do paciente a ser operado, e para identificar suas necessidades, tornando assim, a assistência de enfermagem perioperatória efetiva, humanizada e individualizada. (3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64)

Em 1987 a AORN – Association Operative Room Nurse^(1,2), divulgou os padrões mínimos de assistência de enfermagem perioperatória. Para se atender ao padrão I, é necessária a aplicação do processo de enfermagem através da visita pré-operatória, e este padrão é: “o paciente demonstra conhecimento quanto às respostas fisiológicas e psicológicas do ato cirúrgico”.

Baseados nas informações acima e na realidade encontrada durante a realização da residência de enfermagem oncológica, realizamos este estudo com os seguintes objetivos:

1. Determinar quais eram as informações recebidas pelos pacientes no período pré-operatório, e quais os profissionais que as forneciam;
2. Descrever as sensações experimentadas pelos pacientes;
3. Analisar as expectativas dos pacientes com câncer em relação à possibilidade da realização da visita pré-operatória.

MATERIAL E MÉTODOS

Para realizar este estudo foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa, visando analisar de uma forma mais ampla o fenômeno da cirurgia na vida do paciente com câncer, utilizando as definições de COOK & REICHARDT⁽¹⁸⁾ e POLIT & HUNGLER.⁽⁴⁴⁾

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nas questões norteadoras e objetivos deste estudo. Os dados contidos neste instrumento foram divididos em dados gerais de identificação do paciente, de seu procedimento anestésico cirúrgico, e questões abertas destinadas a respostas durante a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas após serem consultados os prontuários para inclusão na amostra. Após isso o autor se apresentava e explicava quais os objetivos deste estudo, deixando então aos pacientes a decisão sobre sua participação ou não no estudo. Em havendo o consentimento por escrito do mesmo, coletávamos os dados utilizando o instrumento elaborado para tal fim.

Para inclusão dos pacientes neste estudo, seguiu-se o seguinte critério:

- pacientes submetidos à cirurgia na Unidade Hospitalar I do Instituto Nacional de Câncer, e que no momento da entrevista se encontravam no segundo dia do pós-operatório e internados na unidade de origem, durante o período de 01 de setembro à 13 de outubro de 1.995.

Entre os critérios para exclusão dos pacientes da amostragem deste estudo estão:

1. Pacientes que se submeteram a cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia mastológica, cirurgia plástica reconstrutora;
2. Pacientes internados no centro de tratamento intensivo;
3. Pacientes pediátricos; e
4. Pacientes que já tivessem sido submetidos a outras intervenções cirúrgicas.

As entrevistas e posterior registro dos dados coletados foram realizados pelo próprio autor do estudo. Após a realização da entrevista, era realizada uma análise preliminar da mesma a fim de se avaliar os dados coletados. Dos 65 pacientes abordados, 55 concordaram em participar das entrevistas, que tiveram duração entre 20 e 45 minutos.

As entrevistas foram gravadas e para análise dos dados, os resultados quantitativos foram agrupados em forma de tabelas com dados brutos e percentuais, e na análise dos dados qualitativos utilizamos categorias que foram estabelecidas após leitura exaustiva dos depoimentos.

Os dados encontrados foram analisados de acordo com dois principais referenciais teóricos, a saber: o modelo conceitual interativo de ORLANDO⁽⁴¹⁾, e a pesquisa de mestrado em enfermagem realizado com paciente cirúrgicos por RODRIGUES.⁽⁴⁶⁾

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 55 pacientes (65 foram abordados e convidados a participar e 10 recusaram participação). Em relação ao sexo, 63,6% da amostra pertenciam ao sexo feminino e 36,4% ao sexo masculino. A maioria das pessoas estava situado na faixa etária entre 50 e 59 anos (30,9%), seguidos de 18,3% situados na faixa etária entre 40 e 49 anos.

Após análise do prontuário do paciente como fonte de informação, observou-se que houve predominância da anestesia geral em 74,5% dos pacientes, seguidos de 16,4% de anestésias raquidianas.

Em relação à visita pré-anestésica 61,8% dos prontuários relatavam sua realização e, 38,2% dos prontuários não apresenta tal relato.

Dos pacientes entrevistados que receberam

visita pré-anestésica, 47,2% receberam diazepam 10mg como medicação pré-anestésica, seguidos de 3,6% dos pacientes que receberam bromazepam 3mg e 11,0% dos pacientes que não receberam medicação pré anestésica.

Os benzodiazepínicos são drogas de amplo uso em anestesia, e especificamente o diazepam é considerado de ação prolongada, pois durante sua biotransformação dá origem ao oxazepam, que é outro benzodiazepínico. Possui ação sedativa, ansiolítica, miorelaxante, porém tem pouca ação amnésica⁽³⁹⁾, fato que possibilitou, durante a realização deste estudo, a chance dos pacientes relatarem o máximo de suas percepções no período pré-operatório.

Os pacientes foram questionados sobre se haviam recebido orientações quanto à cirurgia; os resultados podem ser observados na tabela nº 01.

Tabela 01: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta sobre orientação para a cirurgia.

Orientação para cirurgia	n	%
Sim	49	89,0
Não	06	11,0
Total	55	100

A nossa preocupação principal é a orientação que o paciente recebe em relação à que ele desejaria receber durante o pré-operatório. Quando questionados sobre se estavam orientados sobre a cirurgia que iria ser realizada, a grande maioria (89,0%) respondeu que sim.

Em relação ao conteúdo da orientação, notamos que na maior parte das vezes foi superficial e pouco esclarecedora. Como por exemplo, um paciente nos disse que havia recebido orientação que *“a cirurgia era muito grande”* (depoimento nº 20, paciente submetida à laparotomia exploradora por adenocarcinoma de pâncreas). Outro paciente relatou: *“o doutor me explicou que eu teria que tirar tudo por baixo”* (depoimento nº 28, paciente submetida à histerectomia radical + anexectomia + omentectomia por adenocarcinoma seroso de ovário).

RODRIGUES⁽⁴⁶⁾ ressalta que as orientações deveriam ser completas. Não se trata apenas de falar o nome da cirurgia e sim de explicar cada passo, ou seja, do que, por que, quando, por quem, como, onde e as consequências, a fim de

que o paciente possa estar ciente de seu tratamento e, colaborar na sua recuperação.

Na tabela nº 02, observamos que 89,0% dos pacientes referiram ser orientados por médicos.

Tabela 02: Distribuição dos pacientes entrevistados e que receberam orientações para a cirurgia, de acordo com o profissional que forneceu as informações.

Profissional	n	%
Médico	49	89,0
Enfermeiro	0	0
Outros	0	0
Total	49	89,0

Obs.: esta tabela é uma análise do item SIM da Tabela 1

A pouca participação do enfermeiro tem sido encontrada em outros trabalhos, entre eles o de RODRIGUES⁽⁴⁶⁾, que na realização de sua pesquisa em hospitais na cidade de Londrina – PR, encontrou 96,81% dos pacientes orientados por médicos e apenas 1,06% dos pacientes orientados por enfermeiros.

O centro cirúrgico é considerado como uma das unidades mais complexas do hospital, tendo em vista a especificidade de atendimento nele realizados, bem como a constante presença do estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que estão sujeitos os pacientes submetidos às intervenções cirúrgicas.⁽³⁷⁾

Nota-se pela tabela nº 03 que a grande maioria dos paciente (85,5%), não recebeu orientações sobre o centro cirúrgico, e que apenas uma pequena parte da amostra do estudo (14,5%) recebeu algum tipo de informação sobre o centro cirúrgico, sala operatória e sala de recuperação anestésica.

Tabela 03: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta sobre a orientação sobre o centro cirúrgico, sala operatória e recuperação pós-anestésica.

Tipo de Orientação	n	%
Centro cirúrgico, sala operatória e recuperação pós-anestésica	01	1,8
Sala operatória	06	10,9
Recuperação pós-anestésica	01	1,8
Não recebeu orientações	47	85,5
Total	55	100

Em estudo realizado por COSTA⁽¹⁹⁾, intitulado “A orientação pré-operatória do paciente através de vídeo sobre o ambiente físico e humano do centro cirúrgico”, concluiu-se que 100% dos pacientes gostou de assistir o vídeo, e desses, 52% referiu tranquilidade emocional após ver o vídeo.

Na tabela nº 04 podemos notar que o enfermeiro também teve pouca participação na orientação sobre o centro cirúrgico, aparecendo apenas em 1,8% das respostas. Novamente aqui os profissionais médicos aparecem em 7,3% das respostas pelo cirurgião e 5,4% pelo anestesiológista.

Tabela 04: Distribuição dos pacientes entrevistados e que referiram haver recebido orientações sobre o centro cirúrgico, sala operatória e recuperação anestésica, de acordo com o profissional que forneceu as informações.

Profissional	n	%
Enfermeiro	01	1,8
Médico	04	7,3
Anestesiológista	03	5,4
Total	08	14,5

Obs.: Esta tabela é uma análise dos itens CENTRO CIRÚRGICO, SALA OPERATÓRIA e RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, da Tabela 3

A função de educação do enfermeiro tem sido enfatizada, conforme podemos constatar no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, aprovado pela resolução COFEN⁽¹⁷⁾ – 160/93 de 12 de março de 1993. No artigo 26, podemos constatar que é dever do enfermeiro prestar informações adequadas aos clientes e seus familiares à respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios e riscos e consequência do que possam ocorrer.

Durante a leitura dos depoimentos notamos que as informações recebidas não traduzem a realidade do ambiente da unidade de centro cirúrgico, e na maioria das vezes não esclarecem as dúvidas dos pacientes. Há que se considerar que muitas informações eram destinadas aos atos anestésicos. Outras vezes, as informações não traduziam de maneira alguma a natureza peculiar daquele ambiente, como por exemplo: “que lá dentro eu teria que ficar sentado para receber anestesia nas costas” (depoimento nº 01), “explicou que a sala era diferente e que eu logo iria dormir, e que quando acordasse já

estaria quase no quarto” (depoimento nº 18).

Na tabela nº 05A, observamos que 56,4% dos pacientes entrevistados não reconheceram qualquer profissional ao chegar no centro cirúrgico, e tentamos explorar com o paciente qual o sentimento vivido naquela situação.

Tabela 05A: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta se havia reconhecido alguém ao chegar no centro cirúrgico.

Reconheceu alguém ?	n	%
Sim	24	43,6
Não	31	56,4
Total	55	100

Na tabela nº 05B, destes 43,6% que reconheceram alguém, na unidade de centro cirúrgico, apenas 1,8% identificaram o enfermeiro e o cirurgião e o enfermeiro.

Tabela 05B: Distribuição dos pacientes entrevistados e que referiram reconhecer alguém na unidade de centro cirúrgico, sobre quem o mesmo havia reconhecido

Tipo de Orientação	n	%
Enfermeiro	01	1,8
Cirurgião	11	20,0
Anestesiológista	02	3,6
Cirurgião+Anestesiológista	08	14,6
Cirurgião+Enfermeiro	01	1,8
Pacientes da mesma enfermaria	01	1,8

Obs.: Esta tabela é uma análise do item SIM da tabela 05A

Vários aspectos foram citados, e a sensação de solidão fez parte das observações, como por exemplo: “me senti só e adandonado, pensei que eu ia morrer, pois eu nunca precisei de hospital” (depoimento nº 44), “nervosa, um estado que o senhor nem imagina” (depoimento nº 02), “muito nervoso, minha perna não parava de pular de medo” (depoimento nº34).

Na tabela nº 06 notamos que 78,1% dos pacientes entrevistados referem que gostariam de ter recebido orientações sobre o ambiente físico e humano do centro cirúrgico antes da

realização da intervenção proposta.

Tabela 06: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta se gostariam de ter recebido orientações antes da cirurgia a respeito do centro cirúrgico, sala operatória e recuperação pós-anestésica.

Gostaria de receber informações sobre o centro cirúrgico	n	%
Sim	43	78,1
Não	12	21,9
Total	55	100

Ao analisarmos os depoimentos, observamos quatro aspectos ressaltados pelos pacientes quando se referiam às orientações que gostariam de receber no período pré-operatório, sendo esses aspectos: **aspectos físicos do ambiente do centro cirúrgico, aspectos emocionais do paciente na unidade de centro cirúrgico, aspectos religiosos do paciente na unidade de centro cirúrgico e trabalho da equipe cirúrgica.**

Não podemos partir do pressuposto de que, por serem diferentes o ambiente hospitalar e o centro cirúrgico, causam sempre uma reação desagradável aos pacientes que ali estão para ser submetidos a algum tipo de procedimento. Devemos levar em consideração que cada pessoa reage de maneira diferente frente ao mesmo estímulo ou situação.

Aspectos físicos do ambiente do centro cirúrgico

Através dos depoimentos dos pacientes, notamos que alguns pacientes esperavam que durante a orientação pré-operatória fossem abordados detalhes específicos do ambiente da sala de cirurgia, já que o desconhecimento representou para eles um fator gerador de estresse, como por exemplo: *“o que me deixou impressionado foi a quantidade de material sobre a mesa, porque o médico me falou que a cirurgia era pequena e simples aí eu fiquei preocupado”* (depoimento nº 54).

A qualidade da informação foi também referida como importante pelos pacientes entrevistados, a busca e necessidade da verdade fazem parte de suas preocupações e, segundo os entrevistados, este fato deveria ser valorizado. *“acho que tudo deveria ser explicado para o paciente antes da cirurgia...”* (depoimento nº

54); *“no meu caso foi bom, porque a cirurgia que realizaram foi menor do que falaram, mas mesmo assim eu me senti enganada, pois não me falaram sobre essa possibilidade, então eu fiquei estressada à toa. A doença já não é fácil e você ser tratado com indiferença é pior do que a doença...”* (depoimento nº 15).

Aspectos emocionais do paciente na unidade de centro cirúrgico

Na análise dos depoimentos podemos notar aspectos emocionais envolvidos na necessidade de orientações, pois o câncer e a cirurgia são considerados como situação de crise, em que esta influencia e catalisa as reações desencadeadas por aquele.⁽²⁷⁾ Podemos verificar este sentimento nos pacientes, como nos exemplos a seguir: *“porque a explicação acalmaria a pessoa, pois a pessoa está muito assustada naquele lugar”* (depoimento nº 03); *“porque quem não conhece o local ficaria até mais animado com a cirurgia, pois uma pessoa que tem disposição para falar e explicar é muito bom para o paciente e a gente ficaria tranquilo com certeza...”* (depoimento nº 14).

Os pacientes depositam suas vidas em nossas mãos e confiam que tudo de melhor será feito por eles, por isso precisamos refletir sobre a nossa prática clínica diária, e nos perguntarmos se somos merecedores dessa confiança. Será que não deveríamos valorizar mais as expectativas de nossos pacientes?

Deve ser lembrado que a integração do paciente cirúrgico ao ambiente, assim como com a equipe cirúrgica, são critérios essenciais para que se realize um trabalho com o paciente e não para o paciente.

A maioria dos profissionais de saúde não valoriza a integração do paciente. Essa atitude implicaria em maiores diálogos, e assim como os pacientes, os profissionais possuem a sensação de impotência reafirmada frente a certos casos e, finalmente, frente a possibilidade de finitude.⁽⁶⁰⁾

O diagnóstico de câncer foi um fato relatado pelos pacientes como fator de preocupação no momento de sua cirurgia, como podemos notar no exemplo: *“você não imagina como essa doença mexe com a cabeça da gente, fiquei mais sensível e assustado, a gente sempre acha que tudo pode piorar a sua situação, que tudo vai de agredir mais ainda...”* (depoimento nº 23).

É necessário que se tente compreender as reações emocionais dos pacientes sob nossos cuidados. As reações humanas dos pacientes no ambiente que pode causar-lhes problemas são geralmente baseadas na compreensão inadequada ou mesmo incorreta de uma dada experiência.⁽⁴¹⁾ Preocupados com este assunto, enfermeiros de centro cirúrgico realizaram vários estudos sobre a interação com o paciente. Em estudo realizado com pacientes portadores de câncer, YOUNT & EDGELL & JAKOVEC⁽⁶³⁾ afirmam que a maior necessidade desses pacientes é a necessidade de integração social. Também alertaram que o enfermeiro de centro cirúrgico tem grande destaque na promoção desta integração do paciente no período trans-operatório ressaltando que essa interação deveria ser iniciado no período pré-operatório e ser estendido até o período pós-operatório.

Aspectos religiosos do paciente na unidade de centro cirúrgico

Durante as entrevistas, podemos notar referências à religião como um ponto importante a ser considerado na assistência recebida, como notamos a seguir: *“acho bom ser orientado, principalmente com o apoio de Deus, vocês ajudariam muito mais a gente”* (depoimento nº 18), *“porque você se sente melhor, mas antes de tudo temos Deus para ajudar...”* (depoimento nº 40).

Vários pesquisadores se referem à religião e a espiritualidade, entre eles JERKINS & PARGAMENT⁽³⁰⁾, que estudaram de que forma a religião e a espiritualidade ajudam as pessoas a conviver com o câncer. Estes autores afirmam que a religião e a espiritualidade estão na maioria das experiências do paciente com câncer, e afirmam que os profissionais deveriam fazer esforços para que a religiosidade do paciente fosse respeitada e estimulada na prática clínica.

Tem sido parte dos códigos de ética de enfermeiros prestar assistência aos pacientes sem preconceitos de etnia, credo, religião, de sexo ou de orientação sexual. O enfermeiro, dentro de sua atuação, não deve tentar converter os pacientes na aceitação de seus próprios valores espirituais. Faz parte do cuidado básico de enfermagem respeitar os anseios espirituais do paciente. Pensamos que durante a realização da visita pré-operatória de enfermagem ao paciente com câncer, o enfermeiro deveria levar em consideração a satisfação da necessidade

religiosa dos pacientes, principalmente se esta for manifestada pelos mesmos.⁽²⁹⁾

Trabalho da equipe cirúrgica

O trabalho com o paciente oncológico deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, a fim de que sejam supridas todas as necessidades do paciente em relação ao enfrentamento da realidade.

A atuação da equipe profissional foi mencionada pelos pacientes como um aspecto relevante: *“acho que a assistência foi boa mas não custaria nada mais um pouco de conversa...”* (depoimento nº 15), *“eu gostaria de conhecer alguém da enfermagem de lá de dentro, pois eles são sempre mais atenciosos e eu não sabia o nome de ninguém ...”* (depoimento nº 07).

A interação com a equipe foi outro aspecto destacado pelos pacientes entrevistados neste estudo. Consideramos que a valorização desta interação está alicerçada na maior participação do paciente em seu plano terapêutico e colaboração do mesmo na sala operatória: *“também acho que deveriam avisar que não se pode falar... toda a vez que eu falava as pessoas mandavam esperar e até chegaram a falar para que eu não falasse ali dentro...”* (depoimento nº 03).

O paciente deveria ser estimulado a participar de seu plano terapêutico e a visita pré-operatória de enfermagem tem a propriedade de favorecer o relacionamento e integração do paciente com câncer que se submeterá à cirurgia.

Com a atuação dos enfermeiros nos cuidados aos pacientes com câncer, acreditamos que muito brevemente será possível colocar em prática a afirmação de MARX & SECAF⁽³⁶⁾, que referem como ideal a situação onde os hospitais pudessem divulgar seus serviços da seguinte forma: *“vencemos em tecnologia e o pessoal de enfermagem é numericamente adequado. Utilize nossos serviços, pois, você paciente, será atendido por enfermeiros competentes”*.

Para que cheguemos a isso é necessário que a população em geral e principalmente os pacientes reconheçam o enfermeiro como o principal interessado na sua integração com a equipe de saúde. Tal atitude ajudaria a eliminar o isolamento social que o câncer ainda provoca nas pessoas. Observamos que, muitas vezes, esse isolamento, ainda é proporcionado pelos próprios profissionais de saúde.

Nós, enfermeiros, especialistas ou não, devemos fazer o possível para cada vez menos fazer valer a afirmativa do escritor Charles Dickens de que *“a alma humana é uma mulher grávida e solitária, que morre no parto”*.

CONCLUSÕES

Embora o tema já tenha sido discutido sob diversos enfoques, por diversos pesquisadores em diferentes momentos, neste estudo deu-se ênfase às expectativas que os pacientes possuem em relação às orientações pré-operatórias.

Após a análise dos dados coletados, podemos concluir que:

1. A assistência de enfermagem no período perioperatório na instituição onde se realizou este estudo é realizada de maneira assistemática, como descrito abaixo:

· 89,0% dos pacientes referiu ser orientado apenas por médicos (tabela 02);

· 85,5% dos pacientes referiu não haver recebido orientações sobre o ambiente físico e humano da unidade de centro cirúrgico (tabela 03); e

· 56,4% dos pacientes não reconheceu ninguém ao ser admitido na unidade de centro cirúrgico (tabela 05A).

2. Não há participação significativa dos enfermeiros na assistência pré-operatória, pois na amostra deste estudo:

· nenhum dos pacientes entrevistados

identificou o enfermeiro como provedor de orientação para a cirurgia (tabela 02);

· apenas 1,8% dos pacientes referenciou o enfermeiro como provedor de orientações sobre o ambiente físico e humano da unidade de centro cirúrgico (tabela 04); e

· apenas 1,8% dos pacientes entrevistados referiu haver reconhecido o enfermeiro na sua admissão na unidade de centro cirúrgico (tabela 05B).

3. Os pacientes entrevistados valorizaram as orientações pré-operatórias, a respeito não só da cirurgia, mas também do ambiente físico e humano da unidade de centro cirúrgico, principalmente se estas informações estiverem baseadas na verdade e na maior integração com a equipe cirúrgica;

4. Entre os aspectos colocados pelos pacientes como relevantes para orientação no período pré-operatório destacam-se: instrumentos e aparelhos utilizados na sala operatória, procedimentos de enfermagem realizados na sala operatória, procedimentos realizados na indução anestésica, uniforme privativo do centro cirúrgico, apoio emocional na sala operatória, transporte para o centro cirúrgico, apoio religioso, e abordagem mais humanizada pela equipe cirúrgica;

5. O ambiente desconhecido da unidade de centro cirúrgico, causou nos pacientes deste estudo, reações emocionais como: solidão, nervosismo, e necessidade de apoio emocional por parte da equipe que o assiste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES. Standard for administrative and clinical practice in the operating room. *AORN Journal*, 1968, 8: 8-82.
2. ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES. Standards and recommends practice for perioperative nursing. *AORN Journal*, 1987, 1: 1-5.
3. AVELAR, M.C.Q.; JOUCLAS, V.M.G. Centro cirúrgico: sistema sócio-técnico-estruturado. 1989, 12. (mimeografado)
4. AVELAR, M.C.Q.; PELLIZZETTI, N.; GRAZIANO, K.U. Padrões mínimos de assistência de enfermagem perioperatória. In: Anais do III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib. Preto, 1989, 271-287.
5. BAFFI, S.H. O paciente cirúrgico e seus direitos: uma reflexão para o enfermeiro. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico. São Paulo, 1994, 113-118.
6. BELAND, J.L.; PASSOS, J.Y. Enfermagem do paciente com problemas com regulação da proliferação e maturação de células. In: Beland, J.L.; Passos, J.Y., Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo: EDUSP, 1979, 33-89.
7. BIANCHI, E.R.F. Fatores de risco relacionado a todo paciente cirúrgico: estresse. In: LACERDA, R.A. (coord). Buscando compreender a infecção no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu.

- 1992, 44 – 45.
8. BIANCHI, E.R.F.; CASTELLANOS, B.E.P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro do centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. *Rev.Paul. Enf.*, 1983, 3: 161-166.
 9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. PRO-ONCO. O problema do câncer no Brasil. 3.ed.revisado e atualizado. Rio de Janeiro: INCa/PRO-ONCO, 1995, 43.
 10. BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990, 1812.
 11. CASTELLANOS, B.E.P. Aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de centro cirúrgico. *Rev.Esc.Enf.USP*, 1978, 12: 170-186.
 12. CASTELLANOS, B.E.P.; BIANCHI, E.R.F. Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação em enfermagem. *Rev. Paul. Enferm*, 1984, 4: 10-14.
 13. CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCLAS, V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev.Esc.Enf.USP*, 1990, 4: 359-370.
 14. CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCLAS, V.M.G.; GATTO, M.A.F. Assistência de enfermagem no transoperatório. *Enfoque*, 1985, 14: 7-11.
 15. CASTELLANOS, B.E.P.; MANDELBAUM, M.H.S. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. *Rev.Paul.Enferm*, 1985, 5: 15-20.
 16. CASTELLANOS, B.E.P.; SALZANO, S.D.T.; JOUCLAS, V.M.G. Planejamento do cuidado de enfermagem durante o período transoperatório: ensino do estudante de enfermagem. *Rev.Esc.Enf.USP*, 1978, 12: 150-153.
 17. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. COREn-PR, 1993, 10.
 18. COOK, R.D.; REICHARDT, C.S. Qualitative and quantitative methods in evolution research. Beverly-Hill: Sage Publication, 1979, 44.
 19. COSTA, D.R. A orientação pré-operatória do paciente através de vídeo sobre o ambiente físico e humano do centro cirúrgico. Monografia (especialização). Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1994, 53.
 20. COSTA, Z.S.; LEITE, J.L.; SOBREIRA, N.R. A importância da orientação de enfermagem no pré-operatório de pacientes com afecções cardíacas. *Enfoque*, 1978, 9: 4-8.
 21. DUMAS, R.G.; LEONARD, R.G. The effect of nursing on the incidence of post-operative vomiting. *Nurs.Res*, 1963, 12: 12-15.
 22. EDWARDS, B.J. How to talk with patient before and after surgery. *AORN Journal*, 1971, 14: 45-48.
 23. ESCUDEIRO, E.L. Implantação da visita pré-operatória pelo enfermeiro de centro cirúrgico. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1988, 71.
 24. FERRAZ, E.R. Focalizando o paciente no centro cirúrgico. *Rev. Esc.Enf.USP*, 1978, 12: 167-179.
 25. FERRAZ, E.R. O paciente cirúrgico: suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de enfermagem no período transoperatório. *Rev.Bras. Enferm*, 1982, 35: 48-59.
 26. FONTES, M.C.; ALMEIDA, M.S.; CARVALHO, D.D. O trauma cirúrgico: importância da orientação pré-operatória. *Rev.Bras. Enferm*, 33: 194-200, 1980.
 27. HALLDÓRSDÓTTIR, S. ; HARMIN, E. Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 1996, 19: 29-36.
 28. HAYASHI, E.L.O.; et all. Visita pré-operatória do centro cirúrgico: teste piloto para implantação. *Hospital, Administração e Saúde*, 11: 18-21, 1987.
 29. HENDERSON, V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989, 69.
 30. JERKINS, R.A.; PARGAMENT, K.I. Religion and spirituality as resources for coping cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13: 51-74, 1995.
 31. JOUCLAS, V.M.G.; SALZANO, S.D.T. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. *Rev.Esc.Enf.USP*, 15: 5-16, 1981.
 32. KEMMER, L.F.; GARANHANI, M.C. Proposta de um treinamento para enfermeiros de centro cirúrgico. *Enfoque*, 1989, 17: 4-6.
 33. KNEEDLER, J.A.; et all. Reconceptualizing, redefining perioperative nursing. *AORN Journal*, 1992, 56: 688-694.
 34. LEWIS, J.A. Differentiated nursing practice: a proposed model for perioperative practice. *AORN Journal*, 1993, 57: 682-691.

- 35.LINDERMAM, C.A. Study effects of preoperative visits. *AORN Journal*, 1974, 19: 427-437.
- 36.MARX, L.C.; SECAF, V. Enfermeira: segurança para o paciente, investimento do hospital. *Rev. Paul. Enferm*, 1985, 5: 65-67.
- 37.MATOS FILHOS, S.A. Expectativas dos alunos de enfermagem médico-cirúrgica, frente ao estágio na unidade de centro cirúrgico. *Enfoque*, 1991, 9: 28-30.
- 38.NAKATANI, A.Y.K.; PEREIRA, M.S.; CARVALHO V.L. Orientação educativa no pré-operatório: abordagem sobre sua efetivação. In: Anais do 43. Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curitiba, 1991, 1-20.
- 39.NOCITE, J.R. Anestesia venosa. In: Curso de Atualização da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo. São Paulo: Atheneu, 1990, 91-97.
- 40.OKINO, N.; GALVÃO, C.M.; ZAGO, M.M.F. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem no perioperatório. In: Anais do III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib.Preto, 1989, 388-406.
- 41.ORLANDO, I.J. O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente. São Paulo: EDUSP, 1978, 110.
- 42.PANZA, A.M.M. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira do centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório. Dissertação (mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1977, 75.
- 43.PEREZ, M.; et all. Proposta de um instrumento para o registro das ações de enfermagem perioperatória de um hospital privado. *Rev. Paul. Enferm*, Ed. Especial: 1991, 33-39.
- 44.POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. {Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 391.
- 45.RIKER, D.D. Relação entre problemas sentidos por pacientes cirúrgicos e a assistência de enfermagem. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 1980, 175.
- 46.RODRIGUES, A.I. O paciente no sistema centro cirúrgico: um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. Dissertação (mestrado) São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1979, 150.
- 47.RODRIGUES, A.I.; YOKOTA, O. A equipe cirúrgica e o paciente. 1979, 10. (mimeografado)
- 48.SALZANO, S.D.T. Os problemas dos pacientes detectados pelo enfermeiro durante a recepção no centro cirúrgico. *Rev.Paul.Enferm*, 1986, 6: 67-77.
- 49.SANTOS, J.M.C.S. Assistência de enfermagem ao paciente no transoperatório. *Rev. Baiana Enferm*, 2: 1986, 118-150.
- 50.SAWADA, N.O. A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória. *Rev. Paul. Enferm*. Ed. Especial: 1991, 42-47.
- 51.SILVA, A.A. A visita pré-operatória de enfermagem pelo enfermeiro do centro cirúrgico. *Rev.Esc.Enf. USP*, 1987, 21: 145-160.
- 52.SILVA, A.L. O saber nightigaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: Waldow, V.R.; Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 41-60.
- 53.SILVA, A.L. O processo de cuidar em enfermagem. In: Waldow, V.R.; Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 31-40.
- 54.SILVA, F.M.; POTENZA, M.M. Motivos que levam os enfermeiros de centro cirúrgico a não realizarem uma assistência de forma sistematizada. In: Anais do I Congresso Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico. São Paulo., 1994, 101-107.
- 55.SILVA, M.H.A.; RODRIGUES, A.; CEZARETTI, I.V.R. Enfermagem na unidade de centro de centro cirúrgico. São Paulo: EDUSP, 1982, 89.
- 56.SILVA, R.F.; SILVA, T.M. Implantação de uma sistemática de assistência de enfermagem no perioperatório: uma proposta preliminar. In: Anais da III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib. Preto: 1989, 72-91.
- 57.SOCIEDADE INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA. Curso de Treinamento internacional: o manejo da náusea e vomito induzidos por quimioterapia e radioterapia. São Paulo: Glaxo do Brasil, 1991, 188.
- 58.SONOBÉ, H.M.; CANCHE, R.F. Comunicação escrita sobre orientação de enfermagem em situação pré-operatória. In:

- Anais da III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib Preto, 1989, 363-369.
59. TAKEDA, L.R. Solidão e morte em hospitais. *Rev. Enf. Atual*, 1985, 3: 10-15.
60. TEIXEIRA, M.E.M. Relação terapêutica entre a equipe de enfermagem e pacientes submetidos à cirurgia de pequeno, médio e grande portes. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 1991, 80.
61. URSI, E.S.; MACUL, S.F. A atuação do enfermeiro de centro cirúrgico em visitas pré e pós-operatórias. *Enfoque*, 1986, 15: 4-6.
62. VALENTE, M.A.; IDE, C.D.C. Atuação do enfermeiro junto ao paciente cirúrgico na prevenção de complicações pulmonares. *Rev. Esc. USP*, 1982, 16: 265-274.
63. YOUNT, S.T.; EDGELL, S.I.; JAKOVECC, V. Preoperative teaching: a study of nurses perception. *AORN Journal*, 1990, 51: 572-579.
64. ZEN, O.P.; BRUSTCHER, S.M. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. *Enfoque*, 1985, 14: 4-6.