

PLANEJAMENTO DE UMA FICHA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Vanda Maria Galvão Jouclas *
Sonia Della Torre Salzano **

JOUCLAS, V. M. G. & SALZANO, S. D. T. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 15(1):5-16, 1981.

As autoras planejaram um instrumento de comunicação para assegurar uma assistência de enfermagem individualizada ao paciente no período trans-operatório.

O paciente cirúrgico, desde sua admissão em uma organização complexa como o Hospital, está sujeito à ação de vários serviços: a própria unidade cirúrgica de internação, o centro cirúrgico e todos os serviços afins diretamente ligados à sua assistência: laboratórios, serviço de radiologia, serviço de transfusão de sangue, serviço de nutrição e dietética, serviço social. O fluxo de informações desenvolvido entre estes serviços é um dos fatores determinantes de uma assistência de enfermagem individualizada a que este paciente tem direito.

Entre o centro e as unidades cirúrgicas de internação, pouco existe de intercâmbio de informações. A enfermeira do centro cirúrgico, muitas vezes sem o tempo disponível para fazer as visitas pré-operatórias, recebe seus pacientes poucos minutos antes da cirurgia com algumas informações de que necessita, mas distribuídas de forma desorganizada. Para conseguí-las ela terá que, necessariamente, procurar em seus prontuários médicos selecionando o que lhe é de interesse, dentro de todas as anotações de enfermagem, relatórios médicos e exames laboratoriais. Isto resulta, além do trabalho exaustivo, em uma grande perda de tempo, levando-se em conta que o período compreendido entre o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico e é encaminhado para a respectiva sala de operações é muito pequeno. Por outro lado, este trabalho poderia ser considerado impraticável diante de toda a sobrecarga técnico-administrativa que faz parte das responsabilidades da enfermeira do centro cirúrgico.

Sem um recurso prático de recebimento das informações de que necessita, torna-se difícil à enfermeira e a toda sua equipe prestar uma assistência individualizada numa fase de crucial importância, pois, como referem BARNETT⁴, DUMAS⁹, GIBERTONI¹⁰, LEVINÉ¹⁹, PLEITEZ²⁴ e WALKER²⁹, as horas e minutos que antecedem a cirurgia podem ser de agonia para o paciente, levando-o até o pânico, o que poderá resultar em sérios problemas pós-operatórios.

Neste trabalho propomos um instrumento de comunicação, a "Ficha Pré-Operatória de Enfermagem", em anexo, que preenchido pela enfermeira da unidade cirúrgica de internação facilite à enfermeira de centro cirúrgico conhecer

* Professor Assistente da disciplina **Enfermagem em Centro Cirúrgico** da EEUSP. Mestre em Enfermagem.
** Professor Assistente Doutor da disciplina **Enfermagem em Centro Cirúrgico** da EEUSP.

os pacientes cujas necessidades devam ser assistidas durante o período trans-operatório.

Procuramos planejar a ficha pré-operatória de enfermagem estabelecendo três itens básicos: identificação do paciente, condições gerais e preparo pré-operatório. A partir da observação destes três itens, a enfermeira do centro cirúrgico tem traçado o perfil do seu paciente, tendo em mãos os dados necessários para prestar os cuidados de enfermagem respeitando-lhe a individualidade.

Limitamo-nos a cirurgia geral, isto é, cirurgias eletivas incluindo as seguintes especialidades: oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, neurologia, cardiologia e pediatria, por possuírem estas últimas características e preparo pré-operatório específicos, podendo levar à necessidade de possuírem cada uma delas um instrumento próprio para o levantamento de dados.

Itens e subitens constantes da ficha proposta — critérios de preenchimento:

1 — IDENTIFICAÇÃO — Se estamos conscientes que a enfermeira do Centro Cirúrgico deve encarar seu paciente como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, este item não nos parecerá tão óbvio.

KATZ¹⁷ lembra que o conhecimento dos costumes, da família e do meio em que o paciente vive, é ponto determinante para a compreensão de sua personalidade e conduta.

Para RICHTER²⁶, em termos de saúde mental em sala de operações, a parte básica e fundamental é o conceito que temos do paciente. Quem é ele? O que ele faz? Como é sua família? Ele é importante para ela? Prosseguindo, diz RICHTER²⁶: “Não olhemos para os pacientes como se fossem um objeto qualquer, como se tivessem sido sempre pacientes ou como se fossem pacientes para todo o sempre. Devemos pensar onde eles estavam dias antes? Onde estarão depois? Como a operação neles realizada, irá figurar na sua experiência total de vida?”.

Para RAMOS²⁵, a identificação, primeiro item da anamnese médica, deve constar dos seguintes subitens: nome, estado civil, cor, idade, nacionalidade, profissão e procedência. São todos eles elementos diretamente ligados às influências sobre a vida psíquica do paciente, com maior ou menor intensidade dos conflitos emocionais. O nome, por exemplo, além de obrigatório registro no arquivo hospitalar, constitui uma boa forma na relação médico-paciente. É uma reverência, é uma consideração que certamente influi no estabelecimento da relação médico-paciente e da confiança do cliente com o médico.

Para individualizar a assistência de enfermagem, há necessidade de a enfermeira de centro cirúrgico receber informação de certas particularidades do paciente, tanto do ponto de vista físico, como psíquico e social. Para AMADO¹, “o que está em jogo nos deveres a cumprir pelo hospital que recebe o paciente em seu leito é a unidade humana a carecer de desvelo e entre estes, inviolável, o respeito que lhe é inerente”. Assim é indispensável que a enfermeira do centro cirúrgico isolada das outras unidades e serviços do hospital pela barreira que lhe é imposta pela técnica asséptica, tenha em mãos subsídios para observar o paciente, centro das atenções na sala de operações, respeitando-o e assistindo-o em todas as suas necessidades básicas afetadas como ser humano.

Esta parte compreende os seguintes parâmetros: nome, idade, ocupação, religião, nacionalidade, procedência, outras cirurgias a que foi submetido, diagnóstico médico, cirurgia proposta, unidade cirúrgica de internação, enfermaria, número de leito e registro no hospital.

2 — CONDIÇÕES GERAIS — São incluídos nesta parte os parâmetros básicos que determinam medidas específicas a serem tomadas na assistência de enfermagem ao paciente desde que é recebido no centro cirúrgico, durante o ato anestésico-cirúrgico até o encaminhamento à sala de recuperação pós-anestésica.

2.1 — Comportamento — A literatura sobre o preparo psicológico do paciente a ser submetido à cirurgia é intensa, sendo sua importância indiscutível.

Para MARTINEZ²², qualquer intervenção cirúrgica desperta ansiedade, porque significa um perigo que ameaça a integridade do indivíduo. É, no entanto, uma reação normal ou, ainda uma reação necessária, pois coloca em estado de alerta os mecanismos de defesa psicobiológicos do organismo, preparando-o para a luta e riscos, dependendo do tipo de cirurgia e do ambiente onde se realizará.

Segundo KATZ¹⁷ é importante levar em consideração que a inteligência, não basta para assegurar o êxito ou fracasso da inter-relação do paciente com seu cirurgião e sua equipe, e equipe de enfermagem, frente a um ato cirúrgico. Todos somos um pouco crianças e, embora aparentemente bem ajustados, podemos fracassar diante de situações traumáticas. Diz ainda este autor que, ao se agregarem fatores que como a situação cirúrgica, levam a um terreno habitualmente predisposto a fobias, estas podem eclodir em uma gama de conflitos inconscientes geradores de ansiedade.

PEITCHINIS²³ classifica os pacientes cirúrgicos de acordo com o grau de ansiedade: baixa ansiedade, ansiedade moderada e alto teor de ansiedade anteriores à cirurgia. Para detectá-las, a enfermeira necessita desenvolver um alto grau de sensibilidade que a leve a reconhecer desde a mais sutil até a mais evidente manifestação emocional.

A partir das informações recebidas da unidade cirúrgica de internação e de sua própria observação durante o recebimento no centro cirúrgico, a enfermeira terá condições de avaliar o estado emocional do paciente e planejar sua assistência de enfermagem, dependendo do grau de ansiedade apresentada por ele.

ATKINSON² cita o exemplo do paciente que diz durante seu encaminhamento para o centro cirúrgico “estou indo morrer na sala de operações”, considerando-o mais propenso a ter problemas cardíacos durante o ato anestésico-cirúrgico. Esta é uma informação vital que deve ser detectada e fornecida às enfermeiras do centro cirúrgico. Muitas cirurgias são canceladas quando o grau de ansiedade do paciente se apresenta extremamente alto, evitando assim sérios problemas no trans e pós-operatório.

Nossos critérios, para a avaliação do comportamento aparente do paciente no pré-operatório, foram baseados nas classificações de PEITCHINIS²³ e WISLOW⁴³:

a — ansiedade normal:

o paciente estará preocupado com o que acontecerá durante a cirurgia, podendo, às vezes apresentar nervosismo, desassossego ou insônia;

b — alta ansiedade:

o paciente apresentará na maior parte do tempo um comportamento hiperativo, detendo-se nos perigos da cirurgia, parecendo sufocado por eles. Não ouve as respostas de suas perguntas, nem aceita medidas tranqüilizadoras. É um paciente de alto risco, apresentando um medo exaltado;

c — ausência de ansiedade:

o paciente não demonstrará medo ou interesse perceptíveis, parecendo despreocupado. Poderá inclusive adotar atitudes displicentes. É um paciente de alto risco, desde que não seja preparado para enfrentar a situação pós-operatória.

2.2 — Condições de locomoção — Muitas vezes, na sala de operações, o paciente é solicitado para passar à mesa cirúrgica, assim como sentar-se para lhe ser administrada a raquianestesia. A enfermeira do centro cirúrgico, tendo conhecimento do problema de locomoção que o paciente pode eventualmente apresentar, poderá ajudá-lo sem incorrer no erro de solicitar sua cooperação.

Crítérios adotados

a — ambulante:

paciente sem problemas de ambulação e sem prescrição médica de repouso absoluto no leito;

b — ambulante com auxílio:

o paciente apresenta deficiência de locomoção; ausência de um membro inferior ou presença de problemas neurológicos, mas deambula com auxílio de algum suporte: bengala, próteses ou ajuda de outra pessoa;

c — cadeira de rodas:

o paciente apresenta deficiência de locomoção pela falta dos membros inferiores ou pela existência de problemas neurológicos, não conseguindo deambular; com auxílio, senta na cadeira de rodas;

d — acamado:

o paciente que apresenta incapacidade total de deambulação e/ou prescrição médica de repouso absoluto no leito.

2.3 — Condições de higiene — A observação acurada das condições de higiene do paciente cirúrgico é preponderante, pois ao promover um preparo específico, diminui em parte as fontes que podem levar a uma infecção pós-operatória.

Crítérios adotados

Segundo HORTA¹⁴, a observação sistematizada das condições de higiene devem obedecer as três regiões que constituem problema de enfermagem: pele e

mucosas, cavidade bucal, couro cabeludo e cabelos. As condições de limpeza destas três regiões foram classificadas em:

a — boa:

— pele: sem sujidade, unhas cortadas;

— cavidade bucal: mucosa íntegra, sem sujidade; dentes sem presença de sujidade;

— couro cabeludo e cabelos: sem sujidade, cabelos penteados.

b — regular:

— pele: aparentemente sem presença de sujidade, essa pode estar presente em algumas regiões que podem ser: pescoço, pés, região genital, pavilhão auricular, umbigo, etc.;

— cavidade bucal: mucosa íntegra; dentes aparentemente sem sujidade, que podem, no entanto, apresentar língua saburrosa e halitose;

— couro cabeludo e cabelos: couro cabeludo sem sujidade, cabelos sujos e oleosos, com ou sem presença de descamações.

c — má:

— pele: pele suja, odor desagradável, unhas compridas e sujas;

— cavidade bucal: suja, dentes se presentes sujos, cariados, quebrados; halitose, língua saburrosa;

— couro cabeludo e cabelos: sujos; cabelos oleosos, emaranhados, despenteados, odor desagradável, presença de descamações.

2.4 — Revestimento cutâneo-mucoso — Qualquer problema de integridade da pele reduz sua eficiência como mecanismo de defesa. Toda solução de continuidade está associada à contaminação por microrganismos de vários tipos. A enfermeira do centro cirúrgico deve ser notificada quanto à presença e localização de drenos, catéteres, sondas, gastrostomia, colostomia, nefrostomia, deiscências de cicatrizes cirúrgicas, lesões infectadas e quanto a cuidados pré-operatórios prestados, pertinentes a estes problemas, visando desta forma à diminuição da probabilidade de se tornarem fonte de infecção pós-operatória.

Crítérios adotados

Baseamo-nos nos critérios estabelecidos por HORTA ¹⁴:

a — íntegro:

sem solução de continuidade ou manchas;

b — lesões:

presença de descontinuidade patológica ou traumática de tecido. Podem apresentar-se como:

— **ulcerações:** perdas de substâncias mais ou menos profundas dos tegumentos, produzida por um processo mórbido qualquer. Podem ser menos profundas quando atingem a camada capilar da derme, não deixando cicatrizes; ao contrário, podem atingi-la inteiramente, causando cicatriz (ROMEIRO ²⁷);

— **descamações:** causadas por desprendimento de elementos epiteliais, principalmente da pele, em escamas ou lâminas (DORLAND ⁸);

— **escoriações:** soluções de continuidade de origem traumática, de forma e extensão variáveis, atingindo somente as camadas superficiais da pele. Geralmente são resultantes da coçadura a que os pacientes são obrigados em certas afecções pruriginosas (ROMEIRO ²⁷);

— **erosões:** como as escoriações, são perdas de substância atingindo apenas as camadas superficiais da pele. Diferenciam-se das escoriações, por serem, em geral, produzidas lentamente pela ação de substâncias corrosivas ou por certos processos patológicos (ROMEIRO ²⁷);

— **fissuras:** fendas lineares na pele, de forma e extensão variáveis, atingindo geralmente a epiderme e a camada dérmica. Geralmente se encontram em volta dos orifícios naturais (boca, ânus), nas dobras de flexão e nas extremidades dos membros (ROMEIRO ²⁷);

— **crostas:** concentrações mais ou menos consistentes que se formam na superfície da pele e que resultam do dessecação de serosidade, pus ou sangue (ROMEIRO ²⁷);

— **pústulas:** definidas como vesículas de conteúdo purulento, são geralmente cercadas por uma auréola vermelha inflamatória (ROMEIRO ²⁷);

— **deiscência cirúrgica:** considerada no presente trabalho como a abertura natural ou espontânea ou ainda aquela causada por processo infeccioso de uma ferida cirúrgica;

— **hematoma:** pseudo tumor que contém sangue acumulado devido a traumatismos vasculares (DORLAND ⁸);

— **gastrostomia:** criação de uma fístula gástrica artificial (CORTADA ⁶);

— **ileostomia:** criação de uma abertura artificial no íleo (CORTADA ⁶);

— **colostomia:** formação de uma abertura artificial permanente ou não (ânus artificial) no colon (CORTADA ⁶);

— **nefrostomia:** criação de uma fístula permanente ou não no rim, com fixação prévia na parede abdominal, para que a urina saia diretamente ao exterior (CORTADA ⁶);

c — manchas:

presença de alterações da cor da pele, sem elevação ou depressão correspondente a lesões diacrômicas, eritematosas ou hemorrágicas. Podem apresentar-se como:

— mancha acrômica: área de cor branca da pele por ausência de pigmento melânico (SAMPAIO²⁸);

— equimose: coloração da pele produzida pela extravazamento de sangue dos vasos lesados para tecidos circunvizinhos (DORLAND¹¹);

— exantema: mancha de cor vermelha mais ou menos viva, nada ou quase nada saliente, de extensão variável que desaparece momentaneamente pela pressão dos dedos. É produzida pela hiperemia de pequenos vasos cutâneos (ROMEIRO²⁷);

— eritema: quando a mancha exantemática é mais extensa, formando placas de cor vermelha, sem forma e sem limites precisos (ROMEIRO²⁷);

— petéquia: mancha de pequena dimensão (desde o tamanho de uma cabeça de alfinete ao de uma unha) de cor vermelha viva que não desaparece pela pressão dos dedos. É devida a hemorragias cutâneas (ROMEIRO²⁷);

d — cicatriz cirúrgica;

e — drenos, sondas, catéteres.

2.5 — Condições visuais — O paciente que apresenta problemas quanto à acuidade visual geralmente usa lentes corretivas, as quais não vai poder usar quando for encaminhado para o centro cirúrgico. Desta maneira, não poderá perceber o ambiente de sua maneira habitual.

A cirurgia, como sustenta MARTINEZ³⁰, desperta uma ansiedade normal no indivíduo. Uma visão distorcida ou nublada frente à realidade do ambiente cirúrgico poderá ser o fator desencadeante de reações psicológicas mais sérias, como o pânico e a angústia, que levarão ao esgotamento dos meios defensivos intelectuais.

A enfermeira do centro cirúrgico deve estar ciente da deficiência visual do paciente, para poder ajudá-lo de maneira a usar seus outros sentidos, a fim de auxiliá-lo a “ver” o ambiente cirúrgico.

Como lembra MALONE²⁹, ela precisa ajudar o paciente a sentir a mesa cirúrgica, por exemplo, antes de removê-lo da maca, ou usar palavras que o levem a perceber os objetos distorcidos que está visualizando no ambiente.

Critérios adotados

a — boa:

o paciente não refere problemas visuais;

b — diminuição parcial:

o paciente refere problemas de visão no olho direito e/ou no olho esquerdo;

c — diminuição quase total:

o paciente refere problema de visão em ambos os olhos;

d — ausência de visão.

2.6 — Condições auditivas — Os transtornos de audição podem causar mudanças na personalidade e nas atitudes de uma pessoa, em sua capacidade de comunicação, na percepção de seu meio e inclusive na capacidade de comunicação, na percepção de seu meio e inclusive na capacidade de proteger a si mesmo (BRUNNER⁵). Não nos surpreende que o indivíduo se sinta depressivo, inseguro e marginalizado das atividades humanas e contatos sociais, pois “a tudo observa e pouco consegue compreender” (LUCKMANN & SORENSEN²⁰).

No centro cirúrgico, além do próprio problema auditivo, o paciente encontrará outras barreiras que dificultarão ainda mais sua comunicação: a medicação pré-anestésica, segundo MALONE²⁹, a ansiedade mencionada por LUCKMANN & SORENSEN²⁰, e a barreira física imposta pelas máscaras usadas por todos da equipe cirúrgica na sala de operações.

Ciente do problema, a enfermeira do centro cirúrgico modificará sua comunicação verbal, ou falando nítida e vagarosamente, fazendo pausas mais frequentes, ou escrevendo as informações necessárias, mas sempre tendo como objetivo ajustar o paciente ao ambiente, procurando certificá-lo de todos os procedimentos a que será submetido.

Crítérios adotados

a — boa:

o paciente não refere problemas auditivos;

b — diminuição parcial:

o paciente refere problema de adição no ouvido direito e/ou no ouvido esquerdo;

c — diminuição quase total em ambos os ouvidos;

o paciente refere problemas de audição em ambos os ouvidos;

d — ausência de audição.

2.7 — Condições das articulações — Os problemas que podem afetar a movimentação das articulações foram resumidos por MALONE²¹, a partir da classificação de “American Rheumatism Association” em: trauma dos tecidos circunvizinhos, tais como: contorções, deformações, fraturas; alterações degenerativas como a artrite; doenças inflamatórias como a artrite reumatóide e a perda do controle neurológico, caracterizado pelas paralisias. O conhecimento desta problemática pode ajudar a enfermeira do centro cirúrgico a planejar sua assistência, de forma que o paciente seja colocado na posição exigida pela técnica cirúrgica, tendo assegurado seu bem-estar e sua segurança, durante o ato anestésico cirúrgico, sem o risco de estes problemas se assoberbarem no pós-operatório.

Crítérios adotados

a — normal:

o paciente não refere problemas articulares anteriores. Boa mobilidade, coloração inalterada e ausência de edema;

b — articulação edemaciada:

determinada articulação edemaciada com alteração de coloração; história de problema infeccioso anterior; mobilidade prejudicada;

c — impossibilidade funcional:

antecedente patológico; ausência de mobilidade em determinada articulação.

2.8 — Alergia — Qualquer problema alérgico deve ser identificado e imediatamente comunicado ao anestesista. A notificação da hipersensibilidade a soluções químicas, a medicamentos ou a outros produtos de uso tópico só pode trazer benefícios para a profilaxia de complicações trans e pós-operatórias (GINSBERG¹¹, LE MAITRE¹⁸, DAVIS⁷, LUCKMANN & SORENSEN²⁰, WISLOW³⁰ e MALONE²¹).

2.9 — Sinais vitais — Os valores de temperatura, pulso, respiração, pressão arterial dos dias que antecedem a cirurgia, assim como os do dia da cirurgia, são indispensáveis, fornecendo ao anestesista e à equipe cirúrgica e de enfermagem uma linha básica para avaliação e comparação com os dados obtidos durante o ato anestésico-cirúrgico (GRUENDEMANN¹¹ e LUCKMANN & SORENSEN²⁰). Qualquer alteração deve ser detectada e comunicada ao anestesista para que se avaliem as condições do paciente antes de encaminhá-lo à sala de operações.

2.10 — Peso e altura — Frequentemente, o anestesista solicita do circulante da sala de operações o peso e a altura do paciente, tendo em vista a dosagem do medicamento que planeja administrar. São dados relevantes, mas que nem sempre estão à mão da equipe de enfermagem do centro cirúrgico, sendo nestes casos, fornecidos sem a precisão necessária. Os valores de peso e altura são importantes, em primeiro lugar, diante da administração dos medicamentos, desde que muitas drogas são geralmente calculadas com base no peso e/ou superfície corporal estimada. Para GOODMAN¹⁶, a relação entre a quantidade da droga administrada e o peso corpóreo influencia as concentrações da droga em seus sítios de ação. Portanto, a dose deve ser ajustada de modo adequado, em particular aos indivíduos anormalmente magros ou obesos. Em segundo lugar, são valores que fornecerão um nível básico para a avaliação deste paciente no pós-operatório, principalmente em relação às perdas hídricas e sanguíneas no trans-operatório.

2.11 — Prótese — A remoção de próteses dentárias, oculares, lentes de contato, etc. também é indispensável para não interferir no controle do paciente durante a anestesia (BAIRÃO³).

3 — PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO — A falta de uma sistematização quanto a verificação do preparo pós-operatório, no período imediato à cirurgia, tendo levado a freqüentes ocorrências de erros ou omissões por parte da equipe de enfermagem (BRUNNER⁵).

Neste item, propomos um recurso rápido que supra esta necessidade: o “pre-operative check list” proposto por algumas autoras americanas como BRUNNER⁶, GRUENDEMANN¹⁷, HULL¹⁵, LE MAITRE¹⁸, LUCKAMANN & SORENSEN²⁰ e MALONE²¹.

Para as enfermeiras das unidades cirúrgicas de internação, o “pre-operative check list” é o instrumento com que podem checar as prescrições de enfermagem pertinentes às véspera da cirurgia.

No centro cirúrgico, é o recurso que facilita a avaliação do paciente pela equipe de enfermagem, antes de encaminhá-lo à respectiva sala de operações.

Para o preenchimento desta parte, a enfermeira da unidade cirúrgica de internação coloca um círculo ou uma cruz nos procedimentos propostos, prescreve os horários e algumas vezes, a região e o modo como devem ser efetuados.

Constará dos seguintes subitens:

3.1 — Orientação quanto à cirurgia e pós-operatório: assinatura da responsável pela orientação;

3.2 — Tricotomia: horário e região em que deve ser efetuada;

3.3 — Sonda gástrica: horário prescrito;

3.4 — Sonda vesical: horário prescrito;

3.5 — Preparo da região operatória: horário prescrito e modo indicado;

3.6 — Jejum: a partir de que horário;

3.7 — Retirada de próteses: assinatura do responsável pela guarda;

3.8 — Lavagem intestinal: horário prescrito e prescrição médica;

3.9 — Outros preparos mais específicos;

3.10 — Sinais vitais: 45 minutos antes de o paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico: valores de temperatura, pulso, respiração e pressão arterial;

3.11 — Pré-anestésico: prescrição médica, horário e assinatura do responsável pela administração.

CONCLUSÕES

A “Ficha pré-operatória de enfermagem”, contendo todos os itens necessários para o planejamento dos cuidados de enfermagem no trans-operatório e apresentando-se de forma simples e clara e de fácil preenchimento, como foi por nós constatado em trabalho anteriormente realizado (JUGLAS¹⁶), pode ser o instrumento necessário para a sistematização de um intercâmbio de informações entre as unidades cirúrgicas de internação e o centro cirúrgico.

O ideal seria que ela fosse utilizada como um recurso que facilitasse a enfermeira do centro cirúrgico efetuar a visita pré-operatória. Todo o levantamento de problemas físicos e a prescrição de enfermagem dos cuidados pré-operatórios já estariam em suas mãos, antes de se aproximar do paciente. A visita então, teria como objetivo a "interação enfermeira do centro cirúrgico-paciente a ser operado" favorecendo o levantamento de problemas mais diretamente ligados à área psico-sócio-espiritual.

É importante ressaltar que como instrumento de intercâmbio de informações ela está incompleta, pois falta a devolução às unidades cirúrgicas das informações decorrentes do período trans-operatório, e que é nossa proposição para um próximo trabalho.

JOUCLAS, V. M. G. & SALZANO, S. D. T. Planning a nursing chart in the preoperative period. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 15(1):5-16, 1981.

The authors planned an instrument of communication which insure the individualized care to the patient in the perioperative period.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. AMADO, G. O respeito à pessoa do paciente. *Rev. paul. Hosp.*, São Paulo, 14 (9): 22-3, set. 1966.
2. ATKINSON, L. J. The circle of the patient care. *AORN J.*, Denver, 16 (9): 45-50, Sept. 1972.
3. BAIRÃO, G. S. & CREMONESI, E. Preparo do doente para a anestesia. *Rev. Med.*, São Paulo 54 (1): 11-20, fev. 1970.
4. BARNETT, L. A. Preparing your patient for the operating room. *AORN J.*, Denver, 18 (3): 534-9, Sept. 1973.
5. BRUNNER, L. S. et alii. *Enfermeria medicoquirúrgica*. 2. ed., México, Interamericana 1971. p. 103-7.
6. CORTADA, F. J. *Dicionário médico Labor*. Buenos Aires, Labor, 1970. 3 v.
7. DAVIS, L. *Clinica cirúrgica*. 2. ed. Rio de Janeiro, Koogan, 1970. 1.463 p.
8. *DICCIONARIO de ciencias médicas Dorland*. Buenos Aires, El Ateneo, 1966. 2v.
9. DUMAS, R. & ANDERSON, B. T. Psychological preparation beneficial if based on individual's need. *Hosp. Topics.*, Chicago, 42 (5): 79-81, 124, May 1964.
10. GIBERTONI, J. Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 20 (4): 237-9, ago. 1967.
11. GINSBERG, F. *A manual of operation room technology*. Philadelphia, Lippincott, 1966. p. 166-76.
12. GOODMAN, L. S. & GILMAN, A. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1967. p. 10-1.
13. GRUENDEMANN, B. G. et alii. *The surgical patient-behavioral concept for the operating room nurse*. Saint Louis, Mosby, 1973. p. 28-37.
14. HORTA, W. de A. A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. Rio de Janeiro, 1968. 60 p. (Tese Docência-Livre — Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro).
15. HULL, E. Written communication concerning patient care. *AORN J.*, Denver, 10 (2): 40-2, Aug. 1969.
16. JOUGLAS, V. M. G. *Elaboração e avaliação de um instrumento de comunicação que favoreça a assistência de enfermagem no trans-operatório*. São Paulo, 1977. 85 p. (Dissertação de mestrado — Escola de Enfermagem da USP).
17. KATZ, E. *Pre y posoperatorio normal y patológico*. Buenos Aires, Universitaria, 1971. p. 907-20.
18. LE MAITRE, G. & FINNEGAN, J. *The patient in surgery*. 2. ed. Philadelphia, Saunders, 1970. p. 57-68.
19. LEVINE, D. C. et alii. Fears, facts and fantasias about pre and pos operative care. *Nurs. Outlook*, New York 18: 26-8, Feb. 1970.
20. LUCKMANN, G. & SORENSEN, K. C. *Medical: surgical nursing*. Philadelphia, Saunders, 1974. p. 313-22 e 1534.
21. MALONE, A. O.R. nurse evaluates physical liabilities data. *AORN J.*, Denver 16 (4): 82-91, Oct. 1972.
22. MARTINEZ, J. E. Enfoque psicossomático in cirurgia. In: KATZ, E. *Pre y posoperatorio normal y patológico*. Buenos Aires, Universitaria, 1971. p. 921-39.
23. PEITCHINIS, J. Psychological care of patient important to surgery's outcome. *Hosp. Topics*, Chicago 43 (11): 113-9, Nov. 1965.
24. PLEITEZ, J. A. Psychological complications of the surgical patient. *AORN J.*, Denver 16 (2): 137-8, Aug. 1972.
25. RAMOS, J. J. R. *Semiótica da observação clínica*. São Paulo, Sarvier, 1971. p. 11.
26. RICHTER, E. O paciente como centro na sala de operações. *Rev. paul. Hosp.*, São Paulo, 9 (4): 20, abr. 1961.
27. ROMEIRO J. V. *Semiologia médica*. 11. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1968. p. 101-3.
28. SAMPAIO, S. P. *Dermatologia básica*. São Paulo, Artes Médicas, 1974. p. 15-7.
29. WALKER, M. L. et alii. Continuity of care in cardiac surgery. *AORN J.*, Denver, 9 (2): 62-8, Feb. 1969.
30. WISLOW, E. H. et alii. Pre operative assesment for postoperative evaluation. *Amer. J. Nurs.*, New York, 73 (8): 1372-4, Aug. 1973.

FICHA PRE-OPERATORIA DE ENFERMAGEM

NOME:	IDADE:	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDADE:
Ocupação:	Religião:	Registro:	Clinica:
Cirurgias anteriores: NÃO () SIM () PROBLEMAS APRESENTADOS: NÃO () SIM () QUAIS:			
Diagnóstico médico:			
Data do preenchimento:			
Cirurgia proposta:			
Data da cirurgia:			

CONDIÇÕES GERAIS

PREPARO PRE-OPERATORIO

COMPORTAMENTO	não apresenta ansiedade		ansioso		muito ansioso		FOI DADA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE QUANTO AO TRANS E POS-OPERATORIO	SIM	NÃO	
	ambulante	ambulante com auxílio	cadeira de rodas	cadeira de rodas	acamado	acamado				
HIGIENE CORPORAL	boa		- regular		má		TRICOTOMIA	NÃO necessária	Necessária e feita	
	lesões		maquias		cicatriz cirúrgica					
REVESTIMENTO CUTANEO	Integro		SIM NAO		SIM NAO		SONDA GÁSTRICA	NÃO necessária	Necessária mas deverá ser passada na S.O.	
	REGIÃO:		REGIÃO:		REGIÃO:					
MUCOSO	boa		diminuição quase total		ausência		SONDA VESICAL	NÃO necessária	Necessária mas deverá ser passada na S.O.	
	Olho: direito () esquerdo ()		Olho: direito () esquerdo ()		ausência					
AUDITIVA	boa		diminuição quase total		ausência		LAVAGEM INTESTINAL	NÃO necessária	Necessária e feita	
	Ouvido: direito () esquerdo ()		Ouvido: direito () esquerdo ()		ausência					
ARTICULAÇÃO	normal		Impossibilidade Funcional				LAVAGEM EM JEJUM	NÃO Sim	PRÓTESE RETRADA	Sim
	cervical		úmero-umeral		coxo-femural					
SINAIS VITAIS	temperatura		pulso		pressão arterial		OUTROS PREPAROS ESPECÍFICOS PARA A CIRURGIA:			
	temperatura		pulso		pressão arterial		OBSERVAÇÕES:			
PESO:	Kg		ALTURA:		m					
	a droga?		de contacto?		Qual?					
ALERGIA	NÃO Sim		Quais?		Região					
	NÃO Sim		Quais?		Região					
PRÓTESE	NÃO Sim		Quais?		Região					
	NÃO Sim		Quais?		Região					
OBSERVAÇÕES QUANTO A PROBLEMAS NOS SISTEMAS										
PROBLEMA										
LOCOMOTOR	NÃO Sim		Quais?		Região		SINAIS VITAIS 45 minutos DA CIRURGIA		pressão arterial	
	NÃO Sim		Quais?		Região		temperatura		respiração	
DIGESTIVO	NÃO Sim		Quais?		Região		MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA		Prescrita e feita	
	NÃO Sim		Quais?		Região		Não prescrita		Prescrita mas deverá ser feita no C.C.	
RESPIRATORIO	NÃO Sim		Quais?		Região		Responsável pelo preenchimento:			
	NÃO Sim		Quais?		Região		Responsável pelo encaminhamento:			
VASCULAR	NÃO Sim		Quais?		Região		Responsável pelo recebimento do Centro Cirúrgico:			
	NÃO Sim		Quais?		Região		Responsável pelo recebimento do Centro Cirúrgico:			
GENITO URINÁRIO	NÃO Sim		Quais?		Região					
	NÃO Sim		Quais?		Região					
NERVOOSO E ÓRGÃOS DO SENTIDO	NÃO Sim		Quais?		Região					
	NÃO Sim		Quais?		Região					
ENDOCRINO	NÃO Sim		Quais?		Região					
	NÃO Sim		Quais?		Região					