

O PACIENTE NO SISTEMA CENTRO CIRÚRGICO – UM ESTUDO SOBRE PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE PACIENTES EM RELAÇÃO AO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO *

Ana Irma Rodrigues**

RODRIGUES, A. I. O paciente no sistema centro cirúrgico – um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 18(2):163-176, 1984.

A autora fez um estudo sobre as percepções e opiniões do paciente, durante o período transoperatório, relacionadas ao ambiente físico e humano do sistema centro cirúrgico em três hospitais de Londrina.

INTRODUÇÃO

O sistema centro cirúrgico, reconhecidamente cada vez mais complexo, passa por acentuado desequilíbrio no dualismo tecnologia/humanismo. As atividades e tarefas da equipe cirúrgica, acompanhando a crescente complexidade do ato operatório, condiciona a pouca atenção que se vem dando ao relacionamento humano.

Autores como ARMSTRONG² e OLSEN²³ alertam para o fato de que as crescentes mudanças tecnológicas, levam a enfermeira do centro cirúrgico a questionar como essas mudanças estão influenciando a qualidade do cuidado de enfermagem necessário ou proporcionado.

RADINA²⁵ refere-se à barreira constituída pela estrutura social e física do centro cirúrgico, e salienta a importância da equipe de enfermagem estar ciente das percepções do paciente, diante desse ambiente desconhecido.

NOLAN²² atribui à enfermeira de centro cirúrgico a tarefa de manter um ambiente seguro, tanto no aspecto físico como psíquico, e favorecer o envolvimento interpessoal da equipe cirúrgica na responsabilidade do atendimento às necessidades biopsicossocioespirituais do paciente.

São muitos os trabalhos que preconizam e/ou enfatizam a importância

* Resumo da Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

** Professor Assistente do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

da atuação da enfermeira, como membro profissional da equipe cirúrgica e como líder da equipe de enfermagem, em assegurar ao paciente, na fase transoperatória, assistência personalizada, contínua e integrada (BERRY & MICHAEL⁵; FAY¹³; FEHLAU¹⁴; PANZA²⁴).

Considere-se a atual concepção de estrutura e de funcionamento hospitalar fundamentados na análise de sistemas, contida em trabalhos de ANGERAMI¹; CASTELLANOS et alii⁸; CHAVES⁹; JOUCLAS¹⁶; LAUFMAN¹⁸. O sistema centro cirúrgico recebe o paciente, "input", com sua demanda de necessidades afetadas, para um processo que compreende todas as ações a serem desenvolvidas na fase transoperatória; o paciente operado será o "output", capaz de proporcionar informações a respeito do processo, daí obtendo-se condições para a retroalimentação do sistema. Efetivamente, posicionado o paciente como fonte informante, a(o) enfermeira(o) do centro cirúrgico poderá prevenir situações por ela(e) consideradas como traumatizantes, física e psicologicamente, bem como prover as condições positivas, resultantes de sua percepção no contexto ambiental.

Com esses propósitos foram determinados os objetivos deste trabalho:

- 1) identificar os problemas sentidos pelos pacientes na sua interação como contexto (físico e humano) do centro cirúrgico, durante o período transoperatório;
- 2) verificar a presença e atuação da enfermagem no período transoperatório, tal como percebida ou reconhecida pelo paciente cirúrgico;
- 3) identificar, no contexto centro cirúrgico, os fatores que afetaram, de maneira agradável ou desagradável, as percepções do paciente durante o período transoperatório

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado em três hospitais gerais da cidade de Londrina, um oficial e dois particulares, referidos respectivamente como A, B e C.

A população foi constituída de pacientes de ambos os sexos, submetidos a cirurgia realizada sob anestesia raquidiana ou peridural lombar.

Foram entrevistados 362 pacientes que preencheram os requisitos previamente determinados.

Para a coleta de dados, utilizou-se como instrumento um formulário constituído por um conjunto de questões abrangendo identificação, dados referentes à cirurgia realizada, tipo de anestesia, medicação pré-anestésica, drogas sedativas, e 36 perguntas relativas a: interação do paciente com o contexto físico e humano do centro cirúrgico; presença e atuação da enfermagem no período transoperatório, segundo a percepção do paciente; e fatores

que constituem para o paciente, no centro cirúrgico, percepções agradáveis e percepções desagradáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos foram apresentados em 53 tabelas, discutidos em quatro grupos interligados.

- 1) Características gerais da amostra.
- 2) Problemática na interação paciente-contexto sistema centro cirúrgico no período transoperatório.
- 3) Presença e atuação da enfermagem no período transoperatório, segundo a percepção do paciente.
- 4) Fatores que constituem para o paciente, no contexto ambiental do centro cirúrgico, percepções agradáveis e percepções desagradáveis.

Na caracterização da amostra observou-se que os pacientes, na maioria, (66,58%) pertenciam à faixa etária de 20 a 39 anos de idade; eram do sexo feminino (74,59%); casados (87,57%).

Quanto à categoria sócio-econômica, 60,50% contribuíam para o INAMPS; 26,80% eram indigentes e 12,70%, particulares.

– *Problemática na interação paciente-contexto sistema centro cirúrgico no período transoperatório.*

É tarefa da enfermagem, postulada por LAMBERTSEN¹⁷, incentivar a participação do paciente no planejamento de sua assistência, considerando-o como um elemento da equipe e orientando-o adequadamente.

Conforme conceituam BARNETT³; CASTELLANOS⁷; De LAPPE¹⁰; EPSTEIN¹²; PANZA²⁴, quanto melhor o paciente entender a importância de sua cooperação e participação, melhores serão suas condições para superar o estresse da doença e a própria cirurgia e anestesia. “Os pacientes têm o direito de receber informações completas, que sirvam de base para que possam lidar com o sistema e não serem por ele abafados” (BELAND & PASSOS⁴).

Os resultados mostram que, dos 362 pacientes, 174 (48,07%) foram encaminhados ao centro cirúrgico sem nenhuma orientação prévia a respeito de sua condição de paciente cirúrgico.

Constata-se, pelas respostas dos pacientes, que a orientação para cirurgia, quando houve, foi feita de maneira assistematizada, por meio de palavras soltas ou conversações fragmentadas, sendo eles deixados com muitas dúvidas sobre o que iria acontecer no trans e no pós-operatório.

PANZA²⁴ provou ser significativa a diminuição do estresse nos pacientes

quando estes recebiam orientação, de acordo com os problemas identificados, na visita pré-operatória.

Além das informações concernentes aos procedimentos terapêuticos, deve ser valorizado o relacionamento humano. MAHOMET²⁰ afirma que uma presença conhecida durante o ato anestésico-cirúrgico representa, para o paciente, segurança física e psicológica. Procurou-se verificar se os pacientes entrevistados haviam reconhecido alguém no centro cirúrgico e, em particular, a enfermeira. Os resultados demonstraram que 188 pacientes (51,93%) reconheceram um ou alguns dos elementos da equipe cirúrgica; 75,53% reconheceram o cirurgião; o anestesiológista foi mencionado, nos hospitais B e C por 17,03% dos pacientes; somente no hospital A houve referência de 7 (12,50%) pacientes a elementos da enfermagem.

Quanto a esses dados verificou-se que a maior percentagem de pacientes que reconheceu alguém no centro cirúrgico pertencia ao grupo de pacientes orientados, o que nos leva a inferir que, quando os elementos da equipe cirúrgica entram em contato com os pacientes no pré-operatório, estes os reconhecem durante o período transoperatório.

Nos três hospitais nota-se, pelos dados obtidos, que a(o) enfermeira(o) não realiza a visita pré-operatória. "Todos acham a visita pré-operatória útil para a assistência transoperatória mas ninguém a aplica. . . o contato da enfermeira do centro cirúrgico com o paciente, na fase pré-operatória, praticamente ainda não existe" (WELSH & RICHARDSON²⁷).

RICHTER²⁶ e YANICK & PODOBNIKAR²⁸ abordam a necessidade de segurança do paciente em se sentir como pessoa no centro cirúrgico, pelo respeito de todos os elementos da equipe à sua individualidade, que o cumprimentar e o tratar pelo nome.

No presente estudo, constatou-se que, dos 362 pacientes, 53,04% não foram cumprimentados e a 53,31% ninguém perguntou o nome durante o período transoperatório.

Toda atividade da equipe é uma forma de interação, que o paciente recebe e interpreta de acordo com sua percepção, durante o período transoperatório.

Pela análise dos dados, verificou-se que 59,52% dos pacientes identificaram o anestesiológista como o elemento da equipe que lhes dispensou mais atenção; a(o) enfermeira(o) foi citada(o) por apenas 5,06% dos pacientes.

Neste trabalho constatou-se também que há tipos de diálogo entre os elementos da equipe cirúrgica que causam preocupação ao paciente durante o período transoperatório. A maior percentagem (22,75%) refere-se a procedimentos técnicos da cirurgia; 18,18% referem-se às discussões e reclamações entre os membros da equipe cirúrgica. Verificou-se, ainda, que 45 pa-

cientes (12,43%) referiram-se à irritação dos elementos da equipe cirúrgica. O elemento mais citado nos três hospitais foi o anestesiolegista.

Todos os elementos em quem os pacientes perceberam irritação foram identificados em sua categoria profissional ou função, tendo aqueles descrito o motivo da irritação que, direta ou indiretamente, os agrediu.

Durante o ato anestésico-cirúrgico, os pacientes apresentaram necessidades biopsicossociais que foram verbalizadas através de solicitações aos membros da equipe cirúrgica (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e percentagem, por hospital de estudo, segundo o tipo de solicitação feita durante o período transoperatório.

Hospital \ Tipo de solicitação feita pelos pacientes	A		B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Área Técnica</i>								
– Não dormir durante a cirurgia	06	9,38	15	68,18	06	54,55	27	27,84
– Fazer laqueadura de trompas	10	15,63	–	–	–	–	10	10,31
– Não ver o ato cirúrgico	05	7,81	–	–	01	9,09	06	6,19
– Aplicar mais anestésico	03	4,69	01	4,55	–	–	04	4,12
– Suspender a cirurgia	02	3,12	–	–	–	–	02	2,06
– Controlar o soro que estava fora da veia	02	3,12	–	–	–	–	02	2,06
– Tirar um “calo” do pé	01	1,56	–	–	–	–	01	1,03
<i>Área Expressiva</i>								
– Molhar a boca	12	18,75	–	–	–	–	12	12,37
– Melhorar a posição dos braços e/ou do corpo na mesa cirúrgica	08	12,50	02	9,09	–	–	10	10,31
– Zelar pela manutenção de sua vida	04	6,25	–	–	02	18,18	06	6,19
– Zelar pela segurança do feto	01	1,56	03	13,63	01	9,09	05	5,16
– Ser coberto	03	4,69	01	4,55	–	–	04	4,12
– Não ficar sozinho na sala de operações	03	4,69	–	–	01	9,09	04	4,12
– Auxiliar durante o vômito	03	4,69	–	–	–	–	03	3,09
– Retirar os campos cirúrgicos do rosto do paciente	01	1,56	–	–	–	–	01	1,03
Total	64	100,00	22	100,00	11	100,00	97	100,00

A análise dos dados da tabela 1 possibilita verificar que o maior número de solicitações ocorreu no hospital A, feitas por 64 (65,98%) pacientes, em relação à assistência de enfermagem, as solicitações, em 54,69% dos casos, relacionam-se à área expressiva.

Importa ressaltar que, nos hospitais B e C, a maior ocorrência de solicitações relaciona-se à área técnica, (72,73% e 63,64% respectivamente).

Os resultados mostram que, dos 7 pacientes que dirigiram a sua solicitação à(ao) enfermeira(o), 4 não foram atendidos.

O paciente sofre durante a sua permanência no centro-cirúrgico uma série de procedimentos comuns a qualquer tipo de tratamento anestésico-cirúrgico, ou específico, e devem ser preparados, não só para o que o espera, como, também, para o que é esperado dele.

Conforme os resultados, dos 362 pacientes (64,92%) não receberam nenhuma explicação sobre os cuidados prestados durante a cirurgia. Dos que receberam a explicação, 65,36% identificaram o anestesiolegista como a pessoa que transmitiu a explicação. Quanto aos elementos da enfermagem, a(o) enfermeira(o) e a circulante da sala foram identificadas por 4 pacientes (3,15%).

Na interação equipe cirúrgica-paciente-ambiente, 161 (44,48%) pacientes manifestaram sua preocupação e ansiedade, pela reação de choro (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes em número e porcentagem, por hospital de estudo, segundo as causas do choro durante o período transoperatório.

Causas de choro	Hospital		A		B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medo da morte	26	35,14	24	43,64	08	25,00	58	36,03		
Sensação de abandono	17	22,97	09	16,36	10	31,25	36	22,36		
Medo das conseqüências da anestesia	13	17,57	07	12,73	08	25,00	28	17,39		
Emoção ao ouvir o choro do recém-nascido	02	2,70	12	21,81	05	15,63	19	11,80		
Dor durante a cirurgia	06	8,11	01	1,82	01	3,12	08	4,97		
Tipo de relacionamento com o paciente	05	6,76	01	1,82	—	—	06	3,73		
Não conhecimento do cirurgião	03	4,05	—	—	—	—	03	1,86		
Amputação do membro inferior	02	2,70	01	1,82	—	—	03	1,86		
Total	74	100,00	55	100,00	32	100,00	161	100,00		

A análise dos dados da tabela 2 possibilita verificar que, em relação ao total de pacientes, 36,03% citaram como causa de choro o medo da morte, 22,36% citaram a sensação de abandono e 17,39% citaram o medo das conseqüências da anestesia. Observa-se, também, que no hospital B, dos 55 pacientes, 12 (21,81%) citaram como causa de choro a emoção ao ouvir o choro do recém-nascido.

Para BRUNNER et alii⁶, DUGAS¹¹ e GRAHAN & CONLEY¹⁵, o choro é uma resposta emocional que, geralmente, denota sentimentos de impotência do paciente para manejar seus problemas.

Acreditamos, pois, que assistir o paciente, através da identificação e aten-

dimento de reais necessidades deste, é a razão fundamental da presença da(o) enfermeira(o) no período transoperatório, no desempenho de seu papel expressivo, em que ela ouve, observa e esclarece o paciente, quanto aos problemas sentidos e reduz as tensões.

– *Presença e atuação da enfermagem no período transoperatório, segundo a percepção do paciente.*

McPHAIL¹⁹ atribui à enfermeira a responsabilidade, no momento da recepção do paciente no centro cirúrgico, iniciar interação positiva que desperte, no paciente, confiança nas ações da equipe cirúrgica.

Verificou-se que, nos três hospitais, 75,42% dos pacientes não identificaram os elementos da equipe cirúrgica que os receberam; 15,75% mencionaram a(o) enfermeira(o).

BELAND e PASSOS⁴ opinam que o significado do contato físico, no estabelecimento de relação de auxílio com uma pessoa fisicamente doente, vem da associação entre relacionamento espacial e interpessoal.

A equipe cirúrgica ocupa o “espaço íntimo” para atender às necessidades psicobiológicas dos pacientes na fase transoperatória.

Neste estudo obteve-se, como mostram os dados da Tabela 3, a informação de que o contato físico dos elementos da equipe cirúrgica, no atendimento às necessidades básicas, seja na área expressiva, seja na área técnica, tem para o paciente o significado de gesto afetivo. Apesar desses contatos físicos caracterizarem ações de enfermagem, na prestação de cuidados durante o ato anestésico-cirúrgico, e de serem valorizados pelos pacientes, a ponto destes interpretá-los como gestos de carinho, 51,04% dos pacientes não identificaram o elemento da equipe cirúrgica envolvido nesse relacionamento. A participação da enfermagem foi identificada somente por 8,85% dos pacientes.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes, em número e porcentagem, por hospital de estudo, segundo a relação de gestos afetuosos que receberam durante o período transoperatório.

Gestos afetuosos	Hospital	A		B		C		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
– Acariciar a testa ou o rosto do paciente		41	44,08	21	33,87	07	18,92	69	35,94
● Segurar os ombros e a cabeça do paciente durante a aplicação do anestésico		10	10,75	15	24,20	13	35,13	38	19,79
● Massagear os braços do paciente devido a “formigamento”		19	20,43	11	17,74	06	16,21	36	18,75
– Dar “tapinhas” nos ombros do paciente		03	3,23	08	12,90	08	21,62	19	9,90
● Colocar os ombros e os braços do paciente em posição correta, na mesa cirúrgica		10	10,75	01	1,61	01	2,70	12	6,25
● Prender os cabelos do paciente com a touca		02	2,15	04	6,45	02	5,41	08	4,17
● Ajudar o paciente a passar da maca para a mesa cirúrgica e cobri-lo		03	3,23	02	3,23	–	–	05	2,61
● Limpar o suor do rosto do paciente		02	2,15	–	–	–	–	02	1,04
● Amparar a cabeça do paciente e limpar-lhe a boca após o vômito		02	2,15	–	–	–	–	02	1,04
● Enxugar as lágrimas do paciente		01	1,08	–	–	–	–	01	0,51
Total		93	100,00	62	100,00	37	100,00	192	100,00

(●) = Cuidados de enfermagem interpretados pelos pacientes como gestos afetuosos.

(–) = Gestos afetuosos

A análise da tabela 3 possibilita verificar que 104 (54,17%) pacientes, nos três hospitais, interpretaram cuidados de enfermagem como sendo gestos afetuosos.

Nota-se que, nos três hospitais, a maior porcentagem (35,94%) dos pacientes informou que o gesto afetuosos recebido foi o de acariciar a testa ou o rosto.

Dos 362 pacientes, 173 (47,79%) sentiram desconforto físico durante a cirurgia. Dos 125 pacientes que se queixaram a alguém, 52,00% o fizeram ao anesthesiologista; 42,40% não identificaram o elemento da equipe a quem se dirigiram e apenas 4 (30,20%) identificaram a(o) enfermeira(o) como sendo a pessoa a quem recorreram.

Os resultados deste trabalho demonstram que os pacientes percebem a necessidade de assistência que proporcione segurança física e emocional; e que esta assistência envolve não somente as ações e atitudes de enfermagem, como também as correspondentes aos demais elementos da equipe cirúrgica (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, por hospital de estudo, segundo o tipo de desconforto físico sentido durante a cirurgia.

Tipos de desconforto físico	Hospital	A		B		C		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cansaço e/ou dor – “posição desconfortável na mesa cirúrgica”		19	16,67	15	42,85	12	50,00	46	26,59
Dor e/ou “formigamento” nos membros superiores		26	22,81	03	8,57	03	12,50	32	18,50
Dor e desconforto durante a punção lombar para a anestesia		08	7,02	11	31,43	05	20,83	24	13,87
Dispnéia – “sensação de morte”		20	17,54	–	–	02	8,33	22	12,72
Dor durante a cirurgia		14	12,28	01	2,86	–	–	15	8,67
Náuseas e/ou vômitos		08	7,02	01	2,86	01	4,17	10	5,78
Frio		05	4,39	02	5,71	01	4,17	08	4,62
Dor no pescoço		05	4,39	01	2,86	–	–	06	3,47
Dispnéia – “Campos cirúrgicos sobre o rosto”		06	5,26	–	–	–	–	06	3,47
Cefaléia e/ou compressão sobre os olhos		02	1,75	01	2,86	–	–	03	1,73
Calor		01	0,87	–	–	–	–	01	0,58
Total		114	100,00	35	100,00	24	100,00	173	100,00

A análise dos dados da tabela 4 possibilita verificar que os tipos de desconforto físico mais citados pelos 173 pacientes foram: cansaço e/ou dor devido a posição desconfortável na mesa cirúrgica (26,59%); dor e “formigamento” nos membros superiores (18,50%); dor e desconforto durante o punção lombar (13,87%).

Destaca-se ainda que dos 114 pacientes do hospital A, 20 (17,54%) referiram-se a Dispnéia tipo “sensação de morte”.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes em número e percentagem, por hospital de estudo, segundo as causas de insatisfação com a assistência recebida durante o período transoperatório.

Causas de insatisfação	Hospital		A		B		C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desatenção para com o paciente	38	54,28	12	60,00	13	39,40	63	51,21		
Desorganização no atendimento	07	10,00	04	20,00	04	12,12	15	12,20		
Atitudes agressivas para com o paciente	09	12,86	—	—	01	3,03	10	8,13		
Fala insistente e voz irritante	—	—	—	—	10	30,30	10	8,13		
Inabilidade técnica na punção lombar	08	11,43	—	—	—	—	08	6,50		
Brincadeiras e/ou piadas	03	4,29	03	15,00	01	3,03	07	5,69		
Inabilidade técnica na punção venosa	04	5,71	01	5,00	—	—	05	4,07		
Insegurança na execução dos procedimentos de enfermagem	01	1,43	—	—	04	12,12	05	4,07		
Total	70	100,00	20	100,00	33	100,00	123	100,00		

A análise dos dados da tabela 5 possibilita verificar que a maior proporção de causas de insatisfação com a assistência recebida no transoperatório, nos três hospitais, ocorreu em relação à desatenção da equipe cirúrgica para com o paciente (51,21%).

Verifica-se também que, no hospital A, dos 70 pacientes insatisfeitos com a assistência durante o transoperatório, 09 (12,86%) reclamaram das atitudes agressivas para com o paciente. No hospital B, dos 20 pacientes, 4 (20,00%) reclamaram da desorganização no atendimento. No hospital C, dos 33 pacientes, 10 (30,30%) reclamaram da fala insistente e voz irritante de um elemento da equipe durante o transoperatório.

Constata-se, também, que os elementos da equipe de enfermagem foram raramente mencionados pelos pacientes. Esperava-se que a(o) enfermeira(o) fosse citada(o) com mais frequência, mesmo que sob uma percepção irreal das categorias funcionais.

O baixo índice da identificação da(o) enfermeira(o), aqui referida como representante operacional da equipe de enfermagem, parece retratar a omissão da(o) enfermeira(o) do centro cirúrgico no relacionamento interpessoal com o paciente, no período pré e transoperatório.

— *Fatores que constituem para o paciente, no contexto ambiental do centro cirúrgico, percepções agradáveis e percepções desagradáveis.*

Procurou-se, neste trabalho, identificar, também, os insumos de natureza humana e material que constituem, segundo a percepção do paciente, os fatores mais agradáveis e os mais desagradáveis no contexto ambiental do sistema centro cirúrgico.

A literatura tem abordado o sistema centro-cirúrgico quase sempre pelo seu efeito agressor sobre o paciente. Parece que se está, sempre, partindo da premissa de que o ambiente do centro cirúrgico é constituído somente de fatores desagradáveis.

É preciso considerar-se que nem sempre o desconhecido é de efeito apenas negativo. Por vezes, a impressão causada por novo fato ou objeto, ainda que desconhecido, pode resultar agradável ou, ainda, não ser suficientemente forte para ser registrada como importante.

Os resultados demonstram que os fatores mencionados em maior número pelos pacientes, tanto em percepções agradáveis como em percepções desagradáveis, estão relacionados à modalidade visual, com 301 (47,11%) e 224 (38,42%) dos casos, respectivamente.

Para os fatores agradáveis, a modalidade de percepção auditiva veio a seguir, citada por 203 (31,77%) dos pacientes. Entretanto, para os fatores desagradáveis, a modalidade citada em segundo lugar foi a de percepção olfativa, por 131 (22,47%) dos pacientes.

Além dessas percepções, direta e especificamente ligadas aos órgãos dos sentidos, buscou-se obter dados sobre “outras percepções” não restritas às sensações imediatamente vinculadas a esses receptores, mas, também, associadas a fatores psicológicos; são esses fatores conceituados, para efeitos práticos, em MARX & HILLIX²¹, como sendo mais do que fenômenos apenas observáveis diretamente e, sim, manifestações de natureza emocional associadas a esses fenômenos.

Constata-se que em “outras percepções” agradáveis, os pacientes referiram-se, apenas, às de comportamento emocional, em relação a atitudes de relacionamento interpessoais entre equipe cirúrgica e paciente.

“Outras percepções” desagradáveis ocupam o 3º lugar no contexto ambiental, relatadas por 120 pacientes, sendo que 25,00% mencionaram, como a mais desagradável, a indiferença da equipe cirúrgica na assistência ao paciente. Observa-se também que 12,50% dos pacientes manifestam, como mais desagradável, a sensação perceptiva do seu próprio corpo restringido à mesa cirúrgica.

Com base no exposto, acreditamos ter obtido informações de valia a serem tomadas, ao menos como ponto de partida, como subsídios para a eficiente retroalimentação do sistema centro cirúrgico.

A assistência no transoperatório deixa muito a desejar, a partir, mesmo, da assistência pré-operatória, cujo resultado, bom ou mau, é levado com o paciente ao centro cirúrgico.

O desconhecimento do que está por acontecer, ou está acontecendo, e a desatenção por parte dos membros da equipe cirúrgica pontificaram como

agentes causais coadjuvantes de todo um quadro de estresse, que pode ser, pelo menos minorado, com a correção de tais causas.

A falta de atuação da(o) enfermeira(o), desde o pré-operatório, eficiente e centrada na pessoa humana, é o que parece ser, entre outras, a grande falha do sistema. Vê-se que muito mais pode ser feito pelo paciente na dependência do pessoal de enfermagem, dando-se a conhecer e aproximando-se dele, explicando-lhe, tanto quanto sua compreensão possa permitir, tudo aquilo que irá encontrar, pelo que irá passar no transoperatório e, sobretudo, acompanhando-o e prestando-lhe o melhor de sua atenção profissional e humana.

CONCLUSÕES

- 1— Os principais problemas sentidos pelos pacientes, em sua interação com o contexto do centro cirúrgico, durante o período transoperatório, foram: desconforto físico, medo da morte, medo da anestesia e desatenção dos elementos da equipe cirúrgica.
- 2— Para o paciente no transoperatório, é quase inexpressiva a atuação da(o) enfermeira(o) de centro cirúrgico, marcadamente por que:
 - 2.1 A(O) enfermeira(o) não se dá a conhecer, como elemento individualizado da equipe cirúrgica, a partir da recepção e no relacionamento com o paciente durante o transoperatório;
 - 2.2 A(O) enfermeira(o) não é atuante quanto às explicações ao paciente sobre os cuidados de enfermagem e os procedimentos médicos durante o ato anestésico-cirúrgico; tampouco procura estabelecer, com o paciente, relação de afetividade, como base para uma assistência integral;
 - 2.3 A(O) enfermeira(o) não oferece a necessária atenção e o necessário atendimento às necessidades do paciente, manifestadas durante o período transoperatório.
- 3— O contexto ambiental do centro cirúrgico impressiona, nitidamente, as percepções do paciente, destacando-se alguns fatores no período transoperatório, considerados agradáveis ou desagradáveis.
 - 3.1 A comunicação verbal, durante o período transoperatório, constitui fator de percepção auditiva agradável, quando relacionada a explicações do ato anestésico-cirúrgico e a palavras de apoio;
 - 3.2 A forma e conteúdo do diálogo entre os elementos da equipe cirúrgica e destes com o paciente; e o ruído do equipamento cirúrgico são, predominantemente, fatores de percepções auditivas desagradáveis;
 - 3.3 Os fatores que determinam percepções emocionais desagradáveis estão

ligados ao comportamento dos elementos da equipe cirúrgica no relacionamento com o paciente e às sensações perceptivas do próprio corpo (forma de restrição sobre a mesa cirúrgica e mudanças de posição).

RODRIGUES, A. I. The patient in the surgical unit system: study about perceptions and opinions of patients relating to the transoperative period. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 18(2):163-176, 1984.

The author made a study about the perceptions and opinions of the patient, during the period of transoperative, in relation with the physical human surroundings of the surgical system in three hospitals in Londrina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGERAMI, E. L. S. Estudo epidemiológico da temperatura corporal em pacientes internados em um hospital escola. São Paulo, 1977. p. 62-5 (Tese de Livre-Docência – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).
2. ARMSTRONG, D. M. Nursing administrator's expectations of leader. *AORN J*, Denver, 25:859-64, Apr. 1977.
3. BARNETT, L. A. Preparing your patient for the operating room. *AORN J*, Denver, 18:534-39, Sept. 1973.
4. BELAND, I. L. & PASSOS, J. Y. Enfermagem clínica: aspectos fisiológicos e psicossociais. São Paulo, EPU, 1978. v. 1, 446 p.
5. BERRY, D. M. & MICHAEL, M. G. Professional nurse on the operating room team. *AORN J*, Denver, 11:41-4, Feb. 1970.
6. BRUNNER, L. S.; EMERSON, C. P.; FERGUSON, L. K.; SUDDART, D. S. Enfermería médico-quirúrgica. 2.ed. México, Interamericana, 1971. p. 30-2; 103-20; 1064-74.
7. CASTELLANOS, B. E. P. Necessidade humana básica "Liberdade". *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 4:245-253, set./out. 1978.
8. CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. G.; SALZANO, S. D. T. Centro cirúrgico: subsistema do macrosistema hospital. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 1:126-29, jul./ago. 1975.
9. CHAVES, M. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972. 212 p.
10. De LAPPE, A. Shhh! "Sleeping" OR patients are listening. *AORN J*, Denver, 19:1334-48, June 1974.
11. Du GAS, B. W. Enfermagem prática. 3.ed. Rio de Janeiro Interamericana, 1977. p. 166-74.
12. EPSTEIN, C. Interação efetiva na enfermagem. São Paulo, E. P. U., 1977. 173 p.
13. FAY, M. R. Nursing process in the recovery room. *AORN J*, Denver, 24:1069-75, Dec. 1976.
14. FEHLAU, M. T. Applying the nursing process to patient care in the operating room. *Nurs. Clin. North Amer.*, Philadelphia, 10:617-623, Dec. 1975.
15. GRAHAM, L. E. & CONLEY, E. M. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nurs. Res.*, New York, 20:113-22, Mar./Apr. 1971.
16. JOUCLAS, V. M. G. Elaboração e avaliação de um instrumento de comunicação que favoreça a assistência de enfermagem no transoperatório. São Paulo, 1977. (Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da USP).
17. LAMBERTSEN, E. C. Equipe de enfermagem organização e funcionamento. Rio de Janeiro, ABEn, 1966. p. 15-18.
18. LAUFMAN, H. What's wrong with our operating rooms? *Amer. J. Surg.*, New York, 122:332-43, Sept. 1971.

19. McPHAIL, J. A plea for professional nurse in the OR. AORN J., Denver, 19:872-6, Apr. 1974.
20. MAHOMET, A. D. Nursing diagnosis for the OR nurse. AORN J., Denver, 22:709, Nov. 1975.
21. MARX, M. H. & HILLIX, W. A. Sistemas e teorias em psicologia. 3.ed. São Paulo, Cultrix, 1973. p. 427-36.
22. NOLAN, M. Team nursing in the OR. Amer. J. Nurs., New York, 74:272-4, Feb. 1974.
23. OLSEN, M. OR nurse's perception of stress. AORN J., Denver, 25:43-8, Jan. 1977.
24. PANZA, A. M. M. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira do centro cirúrgico sobre os estresse do paciente no pré-operatório no dia da cirurgia e no pós-operatório. São Paulo, 1977. (Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da USP).
25. RADINA, B. What the operating room nurse wants to know. AORN J., Denver, 10:39, Aug. 1969.
26. RICHTER, E. O paciente como centro na sala de operações. Rev. Paul. Hosp., São Paulo, 9:20, abr. 1961.
27. WELSH, J. & RICHARDSON, A. How well do you know your patient nurse? NAT News, Windsor, 13(5):12-15, July 1976.
28. YANICK, M. & PODOBNIKAR, N. S. Don't you miss patient care? Amer. J. Nurs., New York, 67:1260-2, June 1967.