

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA INFECÇÃO FUNDAMENTADA NO MODELO CONCEITUAL DE LEVINE¹

Marister Piccoli²
Cristina Maria Galvão³

Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Latino-am Enfermagem 2001 julho; 9(4):37-43.

A visita pré-operatória consiste na primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. O presente estudo teve como objetivo identificar o diagnóstico de enfermagem com maior frequência na visita pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgia geral. O referencial teórico selecionado foi o modelo conceitual de Levine, tendo como eixo norteador os quatro princípios de conservação, a saber: conservação de energia, conservação da integridade estrutural, conservação da integridade pessoal e conservação da integridade social. Para o alcance do objetivo proposto foi previamente elaborado e validado um instrumento para a coleta de dados. A amostra consistiu de 30 (trinta) pacientes, de ambos os sexos que foram submetidos a cirurgia geral. O diagnóstico de enfermagem Risco para Infecção obteve 100% de frequência nas visitas pré-operatórias com os pacientes cirúrgicos. Em relação aos fatores relacionados identificados destacamos: o local de invasão dos organismos secundário à cirurgia e procedimentos invasivos. Assim, a identificação deste diagnóstico poderá auxiliar o enfermeiro no planejamento e implementação de cuidados de prevenção e controle de infecção, principalmente se os fatores de risco forem identificados no período pré-operatório.

PALAVRAS CHAVE: enfermagem perioperatória, infecção, diagnóstico de enfermagem

PERIOPERATIVE NURSING: IDENTIFICATION OF THE NURSING DIAGNOSIS INFECTION RISK BASED ON LEVINE'S CONCEPTUAL MODEL

The pre-operative visit consists in the first phase in the systematization of perioperative nursing care. This study aimed at identifying, during the pre-operative visit and more frequently, a nursing diagnosis of clients submitted to general surgery. The selected theoretical framework was Levine's conceptual model based on the four conservation principles, which are: energy conservation, structural integrity conservation, personal integrity conservation and social integrity conservation. In order to reach the proposed objective, an instrument was previously elaborated and validated for data collection. The sample consisted of 30 patients, males and females, who had been submitted to general surgery. The nursing diagnosis Infection Risk obtained 100% of frequency during the pre-operative visits to surgery patients. As to related factors that were identified, we point out: the site of invasion by organisms after the surgery and invasive procedures. Thus, the identification of this diagnosis can help nurses with the planning and implementation of preventive and infection control care, especially if risk factors are identified in the pre-operative period.

KEY WORDS: perioperative nursing, infection, nursing diagnosis

ENFERMERÍA PERIOPERATÓRIA: IDENTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RIESGO PARA INFECCIÓN FUNDAMENTADA EN EL MODELO CONCEPTUAL DE LEVINE

La visita preoperatoria consiste en la primera etapa de la sistematización de la asistencia de enfermería perioperatoria. El presente estudio tuvo como objetivo identificar el diagnóstico de enfermería con mayor frecuencia, en la visita preoperatoria, de pacientes sometidos a cirugía general. El referencial teórico seleccionado fue el modelo conceptual de Levine, teniendo como eje orientador los cuatro principios de conservación: conservación de energía, conservación de integridad estructural, conservación de integridad personal y conservación de integridad social. Para el alcance del objetivo propuesto fue previamente elaborado y validado un instrumento para la recolección de datos. La muestra estuvo constituida por 30 (treinta) pacientes, de ambos sexos que fueron sometidos a cirugía general. El diagnóstico de enfermería Riesgo para Infección obtuvo 100% de frecuencia, en las visitas preoperatorias con los pacientes quirúrgicos. En relación con los factores relacionados identificados destacamos: el lugar de invasión de los organismos secundario a cirugía y procedimientos invasivos. Así, la identificación de este diagnóstico podrá ayudar al enfermero en la planeación e implementación de cuidados de prevención y control de infección, sobretodo si los factores de riesgo son identificados en el periodo preoperatorio.

PALABRAS CLAVES: enfermería perioperatoria, infección, diagnóstico de enfermería

¹ Este trabalho é parte da Dissertação de Mestrado de: Piccoli M. Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine [dissertation]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000; ² Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação; ³ Enfermeira, Professor Doutor, e-mail: crisgalv@eerp.usp.br, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é um tema relevante na enfermagem, apesar da escassez de estudos na literatura nacional. A implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado; esse método deve facilitar a prestação da assistência ao paciente como um ser único, com sentimentos e necessidades únicas, com a sua anestesia e sua cirurgia, permitindo uma participação ativa e tendo como objetivo principal a visão global do ser humano. A continuidade da assistência iniciada com a visita de enfermagem deve ser obtida pelo planejamento e implementação da assistência no período trans-operatório, compreendendo a avaliação pré-operatória, trans-operatória, e a pós-operatória de enfermagem⁽¹⁾.

Para a utilização da sistematização da assistência o enfermeiro deve levar em consideração dois componentes básicos: um modelo conceitual que norteará a coleta de dados para identificar os diagnósticos de enfermagem e a consequente implementação do plano de cuidados; outro componente refere-se ao conhecimento cognitivo e afetivo necessários ao atendimento do paciente com necessidades afetadas devido ao procedimento anestésico-cirúrgico⁽²⁾.

Em um estudo sobre a aplicação do processo de enfermagem na unidade de centro cirúrgico, a visita pré-operatória de enfermagem é o primeiro item da avaliação do paciente, procedimento este indispensável tanto no preparo físico quanto no emocional. A visita pré-operatória de enfermagem é o início da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória; esta primeira fase é realizada por meio da visita ao paciente, consulta ao prontuário e interação com o enfermeiro da unidade de internação^(1,3). A visita pré-operatória de enfermagem é uma atividade desenvolvida para “conhecer e manter uma interação efetiva enfermeiro-paciente, para orientar, supervisionar e encaminhar os problemas detectados a outros profissionais quando necessário”⁽⁴⁾.

O paciente é um ser autônomo que interage com suas particularidades, e essas devem ser avaliadas no contexto da individualidade. Os diagnósticos de enfermagem derivam dessa avaliação, e considerando que o paciente está a todo momento interagindo com o ambiente, a enfermagem deve aplicar o processo de enfermagem em um ciclo contínuo abordando: *assessment*, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, ou seja, a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem. O diagnóstico não pode ser retirado do contexto do processo de enfermagem; isto resultaria em mau uso do conceito e rotulação prematura a estereótipos, resultando em assistência inapropriada.

Cada passo depende da exatidão do passo precedente e o *assessment* e a avaliação são relacionados ao diagnóstico, ao planejamento e a implementação. Assim, na realidade a separação por passos é explicativa, pois na prática o processo é contínuo, e suas fases interrelacionadas e a sua aplicação coloca em prática as ações de enfermagem⁽⁵⁾.

A assistência de enfermagem ao paciente no período trans-operatório é relativa ao desenvolvimento das ações de enfermagem já planejadas e implementadas desde a recepção do paciente na unidade de centro cirúrgico até a saída deste para a sala de recuperação pós anestésica. Esta fase compreende uma das etapas da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e só pode ser realizada com a devida efetivação da primeira fase, o que consiste na visita pré-operatória, onde o enfermeiro coleta dados por meio da visita ao paciente, consulta no prontuário e também busca informações com outros profissionais da equipe de saúde. Ou seja, realiza a avaliação pré-operatória, identificação dos problemas ou diagnósticos de enfermagem e elaboração do plano de cuidados.

Ao nosso ver, a identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória é fundamental para o enfermeiro elaborar e implementar o plano de cuidados de enfermagem para o período trans-operatório, pois sabemos que vários são os aspectos que irão influenciar a resposta do paciente ao procedimento anestésico-cirúrgico. Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar o diagnóstico de enfermagem mais freqüente na visita pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgia geral.

REFERENCIAL TEÓRICO

Muitas teorias foram propostas na enfermagem, mas considerando o paciente cirúrgico, primamos por um referencial teórico que nos oferecesse uma visão total do ser humano.

Optamos então pelo modelo conceitual de Myra Estrin Levine, pois esta estudiosa caracteriza o homem como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente; além deste ponto, este modelo preocupa-se com o paciente que adentra em um estabelecimento de saúde necessitando de assistência, ou seja, com estado de saúde alterado. Essas mesmas características são encontradas no paciente cirúrgico.

Em seu modelo conceitual, Levine desenvolveu quatro princípios de conservação: de energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social do paciente. O modelo centraliza-se na intervenção da enfermagem, na adaptação e na reação dos pacientes à doença⁽⁶⁾.

Levine entende que o “ser humano” deve ser visto holisticamente, o que pressupõe a compreensão do indivíduo como um ser complexo que é dependente de sua relação com os outros;

as dimensões dessa dependência está ligada com os quatro princípios de conservação, e esta dependência existe em todas as passagens de sua existência, na sobrevivência. O enfermeiro deve estar consciente dessa dependência e estar preparado para atuar na transformação que o estresse causado por algum desequilíbrio possa alterar o funcionamento do organismo humano. O enfermeiro deve assumir a ajuda ao paciente para transformá-lo e auxiliá-lo na adaptação às mudanças oriundas da doença⁽⁶⁾.

A "enfermagem" para Levine é uma disciplina, o atendimento de enfermagem é um processo no qual as intervenções estão baseadas na avaliação, utilização dos princípios de conservação, reconhecimento de mudanças comportamentais; está centrado em um método científico e promove cuidado holístico⁽⁶⁾.

Para Levine o enfermeiro é quem ajuda o paciente adaptar-se a sua doença, através de ações baseadas em conhecimento, e considera dois tipos de ações de enfermagem: as ações terapêuticas quando influencia a adaptação ou um bem-estar social e as ações de apoio quando não se pode alterar o curso da adaptação, as quais de acordo com a autora são mantidas através dos quatro princípios de conservação⁽⁶⁾.

A meta da enfermagem é manter ou recuperar uma pessoa para um estado de saúde, através dos princípios de conservação. A conservação da energia, que consiste no primeiro princípio, refere-se ao equilíbrio entre a energia de saída e a energia de entrada, com o propósito de evitar cansaço excessivo utilizando repouso, nutrição e exercícios adequados. A habilidade do corpo humano é dependente do seu balanço de energia; a energia exigida pelas alterações fisiológicas durante a doença representa uma exigência adicional nos sistemas de produção para a cura⁽⁷⁾.

O segundo princípio, conservação da integridade estrutural, refere-se à manutenção ou recuperação da estrutura do corpo, ou seja, a prevenção do colapso físico e a promoção da cura. Em muitos casos as pessoas estão expostas a fatores ameaçadores no meio ambiente; para enfrentar ferimentos o corpo processa um número de sistemas de defesa eficientes que o protegem da perda de fluidos, introdução de microrganismos, habilidade para locomoção, adaptações rápidas nas mudanças de temperaturas externas, umidade e outras. Somente o organismo intacto pode mover-se com liberdade e sem restrições no meio⁽⁷⁾.

O terceiro princípio, conservação da integridade pessoal, refere-se à manutenção ou recuperação da identidade e auto-estima do paciente. O senso de identidade é a mais completa evidência de totalidade. Para a estudiosa, existe sempre uma parcela da vida das pessoas que é dividida através de experiência comum, mas a decisão de dividir, ou não, é sempre uma expressão da privacidade de alguém; a entrada de uma pessoa no hospital tem sempre significado um sacrifício da integridade pessoal, outros tomarão decisões, que no passado o paciente fazia sozinho⁽⁷⁾.

O último princípio, conservação da integridade social, consiste no reconhecimento do paciente como um ser social, envolve a interação humana, particularmente aquelas que são importantes ao paciente. Levine menciona que a doença é freqüentemente solitária, e nas horas estressantes as interações com outras pessoas tornam-se mais importantes, não somente o paciente continua envolvido nas preocupações das outras pessoas, como também novos problemas com a hospitalização podem ser resolvidos pela participação de todos que são incluídos em sua vida social. Assim, as forças das relações humanas são necessárias e para Levine consiste falha não considerar a família e os amigos do paciente⁽⁷⁾.

Conservação significa manter a unicidade ou equilíbrio adequado, sendo seu propósito a manutenção da integridade da pessoa. Assim, considerando que o paciente submetido ao procedimento anestésico cirúrgico sofre mudanças bruscas em sua totalidade e requer uma adaptação favorável para o restabelecimento de seu estado de saúde, selecionamos este modelo para fundamentarmos nosso estudo.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este estudo foi realizado em um hospital com atendimento público e privado de médio porte, localizado na cidade de Cascavel, região oeste do Paraná, pertencente a 10ª regional de saúde.

A direção do hospital foi consultada através de ofício e esclarecida quanto ao objetivo do estudo e do compromisso do anonimato, bem como, os pacientes que fizeram parte foram esclarecidos e consultados através de termo de consentimento por escrito, garantindo o direito de desistirem da participação, assim como o completo anonimato. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

Primeira etapa: construção e validação do instrumento

A primeira etapa consistiu na elaboração de um instrumento de coleta de dados que teve como eixo norteador os quatro princípios de conservação do modelo conceitual de Levine⁽⁶⁻⁷⁾. A literatura pesquisada e a experiência profissional da pesquisadora também nortearam a construção do instrumento.

No referido instrumento foi realizada a validação aparente e de conteúdo. Solicitamos a quatro especialistas (docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, com experiência na temática em questão ou validação de instrumento) a análise do instrumento quanto aos itens abordados, forma de apresentação e verificação sobre o alcance do objetivo traçado.

Após esta fase, com a finalidade de obtermos subsídios

para verificarmos a adequação do conteúdo e melhor forma de aplicação do instrumento, realizamos um teste piloto com o objetivo de aproximação com a unidade hospitalar e sua equipe, bem como avaliar o tempo gasto nas entrevistas e promover os ajustes necessários no instrumento. Foram entrevistados cinco pacientes, do que resultou a adoção de adequações necessárias, apenas na forma de abordagem ao paciente, sua família e procedência dos pacientes (Anexo A).

Segunda etapa: coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da visita pré-operatória ao paciente cirúrgico adulto que iria ser submetido a procedimento de cirurgia geral de pequeno e médio porte, utilizando o instrumento elaborado. Optamos pelas especialidades de gastroenterologia, oncologia, ortopedia, nefrologia e neurologia, pois as mesmas possuem um volume cirúrgico maior no hospital investigado. Prontuário do paciente, família do paciente, enfermeiros da unidade de internação e outros profissionais da área da saúde também foram fontes de informações.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 1999, totalizando 30 pacientes adultos de ambos os sexos que se submeteram a cirurgia geral de pequeno e médio porte.

Terceira etapa: identificação dos diagnósticos de enfermagem

Após a coleta de dados procedemos a identificação dos diagnósticos de enfermagem de cada entrevista realizada, utilizando o processo de raciocínio diagnóstico, sendo a análise e a síntese as etapas desse processo. A análise é compreendida como a separação por partes do material encontrado e o exame crítico. Nesta etapa existem duas fases: categorização dos dados, definida como a organização dos dados que podem ser relacionados com diferentes modelos conceituais ou teorias; e identificação de lacunas, compreendida como sendo a fase onde os dados incompletos são identificados. Neste caso pode haver necessidade de nova coleta de dados⁽⁸⁾.

A síntese é entendida como o processo de raciocínio, com as seguintes fases: agrupamento dos dados relevantes em padrões, entendido como a manifestação do paciente; comparação dos agrupamentos com padrões, normas e conceitos, entendida como a relação entre os dados que o paciente apresenta e o conhecimento do profissional; identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese), compreendida como a fase do julgamento clínico. É a hipótese a partir do que o paciente relata e o que o profissional considera. Nesta fase os dados foram colocados de forma de indicação para uma possível hipótese diagnóstica; proposição de relações etiológicas, entendida como sendo os fatores que contribuíram para as inferências⁽⁸⁾.

Após a aplicação do processo de raciocínio diagnóstico nos dados coletados procedemos a construção das categorias diagnósticas^(5,9-11).

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Na presente investigação, dos pacientes cirúrgicos entrevistados, dezessete (57%) eram do sexo feminino e 13 (43%) do sexo masculino.

Em relação a idade, nove pacientes cirúrgicos entrevistados, (30%) estavam na faixa etária de 41 a 50 anos, oito (27%) estavam na faixa etária entre 51 a 60 anos, sete (23%) estavam na faixa etária de 31 a 40 anos e seis (20%) estavam na faixa etária de 20 a 30 anos.

Dos pacientes cirúrgicos entrevistados, doze (40%) eram da clínica oncológica, nove (30%) eram da gastroenterologia, seis (20%) eram da clínica ortopédica, dois (7%) eram da neurologia e um (3%) era da nefrologia.

Em relação ao procedimento anestésico, dezenove pacientes (63%) foram submetidos a anestesia geral, oito (27%) foram submetidos a anestesia raquidiana, dois (7%) foram submetidos ao procedimento anestésico local e um (3%) foi submetido a anestesia peridural.

Diagnóstico de enfermagem: risco para Infecção

Na Tabela 1 apresentamos os enunciados da categoria diagnóstica Risco para Infecção que obteve 100% de frequência nas visitas pré-operatórias com os pacientes cirúrgicos.

Tabela 1 - Número e porcentagem dos enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica Risco para Infecção. Cascavel, 1999

Risco para Infecção	Nº	%
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos organismos secundário a cirurgia, procedimentos invasivos e a maior vulnerabilidade secundária a ausência de esquema vacinal (anti-hepatite B)	24	80
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos organismos secundário a cirurgia, procedimento invasivo e comprometimento das defesas hospedeiras secundária a diabetes melito	01	3,3
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos organismos secundário a cirurgia e procedimentos invasivos	05	16,6
Total	30	100

Nos enunciados da categoria diagnóstica, "Risco para Infecção", em relação aos procedimentos invasivos identificados foram: o procedimento de intubação quando o paciente foi submetido a anestesia geral; a punção do espaço subaracnóideo, epidural ou local dependendo do tipo de anestesia regional (raquianestesia, peridural e local, respectivamente); presença de venopunção e realização de tricotomia.

A taxa de infecção hospitalar no Brasil é de 15,62%, de acordo com estudos realizados pelo Ministério da Saúde, sendo a quarta causa de morte no país⁽¹²⁾. Nos Estados Unidos da América é a quinta causa de morte⁽¹³⁾.

Sabemos que as infecções hospitalares constituem sérios problemas de saúde, acarretando maior taxa de mortalidade e letalidade, é importante ressaltarmos, que nenhuma taxa de infecção pode ser avaliada fora da sua origem, onde são consideradas muitas variáveis como: doença que motivou a hospitalização, idade, estado nutricional, uso de medicamentos imunossuppressores, procedimentos invasivos e outros inerentes de cada paciente e equipe⁽¹⁴⁾.

O organismo possui três linhas de defesa para prevenir a infecção.

"A primeira linha de defesa consiste nas barreiras externas, tais como a pele e membranas mucosas, que são usualmente impermeáveis a muitos microorganismos. A segunda linha de defesa é a resposta inflamatória, que previne a invasão e reprodução de patógenos e possivelmente do seu envolvimento com outros tecidos. A terceira linha de defesa, ou resposta imune, é desencadeada após a resposta inflamatória. Quando existe uma ruptura neste mecanismo de defesa, a possibilidade de infecção aumenta"⁽¹³⁾.

Programas eficazes de controle de infecção para as salas de cirurgias devem ser executados por aqueles que cuidam dos pacientes, devem ser fundamentados em conhecimento científico sobre as características dos microorganismos que podem produzir infecções e na compreensão de sua transmissão para o ambiente e para a ferida cirúrgica. Cada membro da equipe cirúrgica deve ter conhecimento claro sobre microbiologia para que entenda os meios de transmissão, bem como, agir em cada caso, dependendo da patogenicidade de cada microrganismo⁽¹³⁾.

As precauções universais devem ser utilizadas pelos profissionais para todos os pacientes; o sangue e secreções são considerados contaminados e as precauções devem ser seguidas independente da confirmação ou não de doenças infecto-contagiosas⁽¹⁵⁾.

Como fatores de risco são considerados os procedimentos e situações comuns a praticamente todos os pacientes cirúrgicos, sendo eles: especificidades da cirurgia; anestesia; estresse, repercussão do trauma anestésico-cirúrgico; período de hospitalização pré-operatório; paramentação cirúrgica; anti-sepsia;

degermação e preparo pré-operatório da pele e procedimentos invasivos. Estão diretamente relacionados às particularidades de cada paciente, tipo de cirurgia, duração, extensão, técnica cirúrgica e suas condições de saúde como estado nutricional, presença de patologias associadas, idade e outras⁽¹⁶⁾.

Existe uma combinação da anestesia e da cirurgia sobre os aspectos da imunocompetência específica; as mudanças na imunidade específica estão mais relacionadas ao trauma cirúrgico do que ao procedimento anestésico; mas é indiscutível os efeitos depressores da anestesia, tomando os pacientes, em muitos casos, dependentes de assistência médica e de enfermagem na sala de cirurgia e recuperação pós-anestésica⁽¹⁷⁾.

No presente estudo alguns aspectos importante foram encontrados: a) esquema vacinal, dos 30 pacientes entrevistados: 26 não possuíam esquema vacinal anti-hepatite B; b) adotamos o diagnóstico de enfermagem "Risco para Transmissão de Infecção", para dois pacientes portadores de hepatite B e C conforme registro em seu prontuário; neste caso a transmissão poderá ser tanto para a equipe que atua com os pacientes como para os outros pacientes internados.

Outro fator que merece consideração é a presença de Diabete Melito. A hiperglicemia leva a um aumento da suscetibilidade à infecção e 5 a 10% dos pacientes diabéticos operados apresentam infecções na ferida cirúrgica; existem casos de diminuição da força tênsil da ferida cirúrgica nos pacientes diabéticos descompensados. As complicações a longo prazo são as alterações microvasculares, macrovasculares e neurais encontrados em casos de hiperglicemia⁽¹⁸⁾.

Ao nos reportarmos ao modelo conceitual de Levine, entendemos que o diagnóstico de enfermagem "Risco para Infecção" configure à princípio a conservação da integridade estrutural. É reconhecido que em muitos momentos o paciente está exposto a fatores de risco do meio ambiente; desde o momento em que adentra à instituição de saúde já está exposto a riscos na sua integridade estrutural. Com maior intensidade, este diagnóstico deve ser observado no paciente cirúrgico, pois além de todas as probabilidades de contrair um processo infeccioso, o procedimento cirúrgico é uma porta de entrada de microorganismos no organismo humano.

Na presença da infecção, ao nosso ver, os quatro princípios de conservação estarão afetados, pois a integridade estrutural foi rompida; obviamente haverá um gasto adicional de energia, o lado pessoal do paciente será afetado com um novo acontecimento em seu processo de saúde-doença e conseqüentemente a família também será envolvida neste novo processo que de acordo com as fontes consultadas, alguma das vezes poderia ser prevenido.

Acreditamos que o momento em que o paciente será submetido a um procedimento cirúrgico, muito especial para o paciente e para a sua família, e é nesta hora que o enfermeiro pode

auxiliar para que não ocorram agravos ainda maiores do que o próprio procedimento por falta de cuidados individuais de prevenção: "cuidados mínimos de prevenção de infecções podem fazer uma grande diferença: a diferença entre a vida e a morte"⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados neste estudo indicam a importância do diagnóstico de enfermagem Risco para Infecção para o enfermeiro de centro cirúrgico, tanto quanto para os outros enfermeiros envolvidos na assistência ao paciente cirúrgico, pois mostra os vários fatores que podem desencadear o processo de infecção, servindo

como fonte de informações para o planejamento das ações de enfermagem no período perioperatório.

Outro aspecto, abordado por Levine e que vem ao encontro do diagnóstico em questão é em relação ao conceito de enfermagem onde a autora considera como uma disciplina, na qual o enfermeiro deve possuir habilidades e conhecimento técnico científico, portanto, percepção dos fatores relacionados.

Assim sendo, a identificação do diagnóstico "Risco para Infecção" do paciente cirúrgico pelo enfermeiro de centro cirúrgico, pode auxiliar esse profissional em relação aos cuidados de prevenção e controle de infecção, principalmente se os fatores de risco forem identificados no pré-operatório através da visita pré-operatória de enfermagem.

Anexo A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Visita Pré-operatória de Enfermagem Visita nº: _____

1.1 Dados de identificação

Nome: _____ Idade _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Grau de escolaridade _____ Profissão _____
Data da visita pré-operatória _____ Hora _____
Enfermaria _____ Leito _____
Clínica _____
Endereço residencial _____
Cidade de origem _____ Telefone _____

1.2 Dados relacionados ao princípio de conservação de energia

a) Sistema Respiratório
R _____ mpm
Características: () eupneico () dispneico () taquipneico () ortopneico
() superficial () profunda () ruidosa
Sintomas de fadiga: () Sim () Não
Quais _____

b) Sistema Gastrointestinal

Somatometria: Peso _____ Kg Altura _____ m
IMC: P () Normal () Sobrepeso () Obeso
A2
Características abdominais: () plano () distendido () globoso () escavado
Presença de prótese dentária: () sim () não
Jejum: () sim () não
Defecação: Tipo _____ Frequência _____
Apetite: () diminuído () aumentado
Observações _____

c) Sistema Cardiovascular

F.C. _____ bpm
P.A. _____ mmHg
Pulso: () rítmico () arritmico
() taquicardico () bradicardico
() cheio () fino

d) Sistema Músculo Esquelético

Deambulação: () preservada () prejudicada
Especificar _____

e) Sistema Genito-urinário e Reprodutor
Características da urina: Coloração _____ Frequência _____
Características do ciclo menstrual _____

f) Sistema Tegumentar

T. _____ °C () axilar () oral () retal
Integridade cutânea: () sim () não
Observações _____

g) Sistema Imunológico

Alergias: () sim () não () não sabe
Quais _____
Vacinações: () anti-hepatite B () anti-tetânica

h) Sistema Neurológico

Sono: () 8 horas () < 8 horas () outro padrão Especificar
alteração _____
Orientação tempo/espaco: () sim () não
Acuidade auditiva e visual _____
Dor: () presente () ausente
Local _____ Tipo _____

1.3. Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade estrutural

1. Fatores de risco relacionados ao paciente cirúrgico

Cirurgia proposta _____
Data _____ Hora _____
Anestesia proposta _____
Problemas apresentados em procedimentos anestésico cirúrgicos anteriores _____
Procedimentos invasivos _____
Sondas: () sim () não
Especificar _____
Soroterapia: () sim () não
Especificar _____
Tricotomia: () sim () não
Especificar _____
Lavagem Intestinal: () sim () não

2. Fatores de risco individuais

Diagnóstico médico _____
Utilização de medicamentos: () sim () não
Especificar _____
Utilização de antibióticos: () sim () não
Especificar _____

Potencial de contaminação da cirurgia atual: () limpa
() potencialmente contaminada
() contaminada
() infectada

Tabagismo: () sim () não

Quantidade _____

1.4 Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade pessoal

Privacidade preservada: () sim () não

Especificar _____

Crença religiosa _____

O paciente faz parte nas decisões do tratamento: () sim () não

Quais _____

Grau de dependência: () total () parcial () independente

Especificar _____

O paciente conhece a unidade de centro cirúrgico: () sim () não

Observações _____

Sentimentos do paciente: () impressão () expressão () calma () apatia

() angústia () medo () negação () agitação () isolamento

Observações _____

Conhecimento do paciente em relação ao procedimento cirúrgico: () nada

() pouco () suficiente () muito

Observações _____

Conhecimento do paciente em relação ao procedimento anestésico: () nada

() pouco () suficiente () muito

Observações _____

Qual a sua opinião em relação a assistência prestado pela equipe de

enfermagem da unidade de internação _____

Qual a sua opinião em relação ao tratamento prestado pela equipe médica

1.5 Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade social

Presença da família: () sim () não

Elo de ligação (parentesco) _____

A família participa nos cuidados ao paciente no hospital: () sim () não

Observações _____

O que a família sabe em relação ao procedimento cirúrgico que o paciente

será submetido: () nada () pouco () suficiente () muito

Observações _____

O que a família sabe em relação ao procedimento anestésico que o paciente

será submetido: () nada () pouco () suficiente () muito

Observações _____

Qual é a opinião da família em relação a assistência prestado ao paciente

pela equipe de enfermagem _____

Opinião da família em relação ao tratamento prestado ao paciente pela equipe

médica _____

Houve mudança na sua vida pessoal devido a necessidade do procedimento

cirúrgico: () sim () não

Quais _____

Houve mudanças na vida profissional devido a necessidade do procedimento

cirúrgico: () sim () não

Quais _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de enfermagem perioperatória. Rev Esc Enfermagem USP 1990 dezembro; 24(3): 359-70.
2. Castellanos BEP, Mandelbaum MHS. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. Rev Paul Enfermagem 1985 janeiro/março; 5(1):15-20.
3. Castellanos BEP. Aplicação do processo de enfermagem na unidade de centro cirúrgico. Rev Esc Enfermagem USP 1978; 12(3):170-86.
4. Ferraz ER. Focalizando o paciente no centro cirúrgico Rev Esc Enfermagem USP, 1978; 12(3):167-9.
5. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
6. Leonard MK, Myra Estrin Levine. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p.164-73.
7. Levine ME. Introduction to clinical nursing. 2ª ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1973.
8. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christensen PJ, Kenney JW. Nursing process: application of conceptual models. Saint Louis: Mosby; 1990. p.132-57.
9. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses: definitions & classification (1999-2000). Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association; 1999.
10. Nobrega MML, Garcia TR, organizadoras. Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE. João Pessoa (PB): UNIÃO, CNRDE/GIDE; 1994.
11. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999.
12. Santos NQ. Infecção hospitalar: uma reflexão histórico-crítica. Florianópolis (SC): UFSC; 1997.
13. Garner BD. Controle de infecção. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997. p.33-89.
14. Lacerda RA. Fatores de riscos individuais. In: Lacerda RA, organizadora. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo (SP): Atheneu; 1992. p.81-9.
15. Center for Disease Control. Recommendations for preventing transmission of immunodeficiency virus and hepatitis virus do patients during exposure-prone invasive procedures. MMWR 1991; 40 (RR-8).
16. Graziano KU, Lacerda RA. Especificidades da cirurgia. In: Lacerda RA, organizadora. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo (SP): Atheneu; 1992. p.39-41.
17. Peniche ACG. Anestesia. In: Lacerda RA, organizadora. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo (SP): Atheneu; 1992. p.41-3.
18. Sabiston DC, Lysterly HK. Fundamentos de cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1996.
19. Carraro TE. Desafio secular: mortes maternas por infecções puerperais. Florianópolis (SC): Universitária UF Pel; 1999.