



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

NATIELE KAROLAYNE FONSECA DA SILVA

**PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COMO
DIFERENCIAL NA MULTIDIMENSIONALIDADE DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRÉ-
OPERATÓRIA**

ARIQUEMES - RO
2017

Natiele Karolayne Fonseca da Silva

**PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COMO
DIFERENCIAL NA MULTIDIMENSIONALIDADE DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRÉ-
OPERATÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel.

Orientador (a): Profa. Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo.

Co-Orientador (a): Profa. Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.

Natiele Karolayne Fonseca da Silva

**PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COMO DIFERENCIAL NA
MULTIDIMENSIONALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel.

Orientador (a): Profa. Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo

Co-Orientador (a): Profa. Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador: Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Prof. Ms. Eliane Alves Almeida.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Prof. Esp. Jessica de Sousa Vale.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Ariquemes, 05 de Dezembro de 2017.

Dedico essa trajetória à Deus, por te colocado em meu coração essa promessa, e a
Minha Mãe **Selma Terlecki** que proporcionou apoio em todo o caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que proporcionou a oportunidade de viver intensamente essa árdua caminhada, renovando minhas perspectivas a cada amanhecer, e sendo meu porto seguro nas horas de angústias.

A minha mãe **Selma Terlecki Fonseca**, que acreditou no meu potencial e me apoiou durante essa escolha na minha vida e viveu esse sonho comigo, não poderia me esquecer do meu tio **Cicero Terlecki Fonseca**, por todas as caronas no início da faculdade. E a todos os meus familiares e amigos, que torceram por mim e ajudaram durante todo esse período, até mesmo com palavras de perseverança.

Ao meu amigo, companheiro e namorado, **Igor Hodniuk**, pela motivação diária, confiança, e me compreender nos momentos mais difíceis durante a faculdade.

A todos os professores conhecidos durante a graduação, onde tive a oportunidade de aprender um pouco, com cada um, para chegar até aqui, e levarei comigo todo o aprendizado e exemplo.

As minhas Orientadoras, **Ms. Thays Dutra Chiaratto Verissimo**, e **Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza**, que permaneceram ao meu lado durante todo o momento da construção do presente trabalho, motivando, tirando as dúvidas e aflições causadas durante a construção deste instrumento científico, sendo “colo” até mesmo nas horas de conflitos pessoais. Sendo fontes de inspiração, exemplos de profissionais e de seres humanos, me sinto lisonjeada de ter tido a oportunidade de ter a presença delas durante esse desafio.

Não poderia deixar de agradecer, todos os pacientes entrevistados, pela atenção e colaboração da formulação dessa pesquisa, acreditando e confiando suas emoções e sentimentos. E por fim, agradeço a todos que de algum modo, colaboraram para a realização e finalização do presente estudo.

"Para nos comunicarmos efetivamente, devemos compreender que somos todos diferentes na maneira como vemos o mundo, e usar esse entendimento como guia para nossa comunicação com os outros."

Anthony Robbins

RESUMO

A comunicação na perspectiva humana tem função biológica, natural e inerente do indivíduo, além da capacidade fisiológica e funcional. É por meio do contato interativo seja verbal ou não verbal que o mesmo consegue expressar suas emoções e anseios. O presente estudo teve por objetivo identificar a influência do processo de comunicação como diferencial na assistência de enfermagem pré-operatória, considerando o paciente cirúrgico como um indivíduo biopsico-sócio-eco-espiritual. Optou-se pelo método de pesquisa de campo quanti-qualitativa, com caráter exploratório transversal. A coleta de dados aconteceu, através de um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, aplicado em um hospital público de médio porte do município de Ariquemes/RO, tendo como população de estudo, quarenta e cinco (45) entrevistados. Para o tratamento dos resultados encontrados utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. Dentro dos achados, houve o seguinte resultado que chama atenção, 55,55% dos entrevistados dessa pesquisa, não tiveram nenhum tipo de orientação, possibilitando uma reflexão sobre a possibilidade do cuidado de enfermagem estar sendo focado em um modelo tecnicista. Pode-se considerar e compreender a grande dimensão terapêutica que a comunicação permite na assistência de enfermagem pré-operatória, evidenciando a necessidade da visita de enfermagem pré-cirúrgica, considerando o paciente como indivíduo multidimensional, demonstrando a necessidade de implantação de políticas institucionais que busquem a formação contínua dos profissionais, a fim de resgatarem a essência da enfermagem, junto ao processo do cuidado holístico.

Palavras-Chaves: Comunicação em Saúde; Enfermagem Perioperatória; Relação Enfermeiro-Paciente.

ABSTRACT

Communication in human perspective has biological, natural and inherent of an individual. Besides the physiological and functional capacity, it's throughout the interactive contact being it verbal or not verbal that the person can express their emotions and desires. This project had the objective to identify the influence of communication process as something different in the nursing assistance in preoperative, considering a surgery patient as a bio-psycho-eco-spiritual. We opted for this method qualitative-quantitative for field of study as character of transversal exploration. The collection of information happened after we a script semiestruturado, with opened and closed questions, applied in a medium sized public hospital in Ariquemes/RO, having as object of study, forty five (45) participants. The treatment to the results found were interpreted by the analysis of Laurence Bardin. And throughout the findings, there was a result that caught our attention, 55,55% of the interviewers of this research, didn't have any kind of orientation giving them the possibility to reflect about the possibility of the care of nursing being focused in a tecnysist. You can consider and comprehend a big therapeutic dimension that communication assists in a preoperative, showing the necessities of nurses pre surgery, considering the patient as a multidimensional individual. Demonstrating the necessities of implanting institutional policies that get professionals with more formation, so that they can rescue the essence of nursing together with the holistic care.

Key-words: Communication in health; Preoperative nursing; Relationship nurse-patient.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	Centro Cirúrgico
CEP	Conselho De Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal De Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
HMA	Hospital Municipal De Ariquemes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
PE	Processo de Enfermagem
PNH	Política Nacional de Imunização
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência Perioperatória de Enfermagem
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 COMUNICAÇÃO E SUA FUNÇÃO TERAPÊUTICA.....	13
2.2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	14
2.3 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO PERÍODO PRÉ-CIRÚRGICO.....	16
2.4 A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA.....	19
2.5 A INFLUÊNCIA DE ORIENTAÇÕES NO PERÍODO PRÉ-CIRÚRGICO.....	20
2.6 O CUIDADO HOLÍSTICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.....	25
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	29
4.2 CAMPO DE PESQUISA.....	29
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	31
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	31
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	31
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 ANÁLISES DAS ENTREVISTAS.....	33
5.1.1 Distribuição por Faixa Etária e Gênero.....	33
5.1.2 Nível de Escolaridade.....	34
5.1.3 Vínculo Empregatício.....	35
5.1.4 Responsabilidade Financeira Domiciliar.....	35
5.1.5 Crença Religiosa.....	36
5.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....	37
5.2.1 Discussão dos discursos dos entrevistados diante do processo de comunicação na assistência pré-operatória de enfermagem.....	49
5.2.1.1 Função assistencial terapêutica.....	49
5.2.1.2 Instrumento de segurança ao paciente.....	50
5.2.1.3 Sentimentos negativos relacionados ao processo operatório.....	52
5.2.1.4 Detrimento da aplicabilidade SAEP.....	53
5.2.1.5 Eficácia da interação comunicativa entre enfermeiro-paciente.....	54
5.2.1.6 Expectativas da assistência de enfermagem perioperatória.....	55
5.2.1.7 Fatores biopsico-sócio-eco-espiritual que influenciam o estado emocional do paciente cirúrgico.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	68
APÊNDICE A	69
APÊNDICE B	70
ANEXO	71
ANEXO A	72

INTRODUÇÃO

A comunicação é o princípio básico na evolução humana, haja vista, desde a sociedade primitiva, sabe-se que a mesma ocorria por meios físicos, orais e escritos, transformou-se em uma eficiente ferramenta de contato. De forma que o ato de comunicação se tornou um recurso existencial, seja verbal ou não verbal, atribuído aos investimentos de interação humana, proporcionando o progresso dos envolvidos e a elucidação de determinadas situações.

O esclarecimento de situações no cuidado da saúde é um mecanismo indispensável de assistência segura e humanizada, principalmente, referente a procedimentos invasivos como, por exemplo, as cirurgias.

Nos dias atuais, a intervenção cirúrgica ainda é retratada como ameaça ao estado fisiológico, em alguns casos ser considerada um processo estigmatizado. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, os pacientes submetidos a este processo desencadeiam vulnerabilidades emocionais intensas, que podem gerar complicações na recuperação do cliente cirúrgico.

Ademais, o indivíduo envolvido neste processo desenvolve sentimentos de medo, frustrações, solidão, desespero, conseqüentemente o leva a procurar não somente o processo de cura, mas também afeto, empatia e segurança por parte dos profissionais envolvidos. (SILVA; NAKATA, 2005).

A assistência de enfermagem pré-cirúrgica tem como finalidade proporcionar intervenções físicas e emocionais, em que é utilizado o recurso de visita pré-operatória para visibilizar as características do paciente cirúrgico. Outrossim, utilizar o processo de comunicação como instrumento terapêutico é imprescindível, uma vez que proporciona a interação enfermeiro-paciente, com isso facilita o desenvolvimento de uma assistência direcionada, sensível e segura aos anseios de cada indivíduo.

A assistência pré-operatória de enfermagem, baseada no conhecimento técnico-científico, permite um cenário de compreensão a cerca das características peculiares de cada indivíduo, dessa forma o profissional enfermeiro tem que ser hábil para lidar com questões de empatia e tolerância com cada paciente.

No entanto, no exercício da profissão, depara-se com a deficiência na comunicação entre enfermeiro e paciente no período pré-operatório, dificultando o

sequenciamento da assistência de enfermagem ao Ser biopsico-sócio-eco-espiritual, o que gera então falhas no processo de recuperação e adaptação do paciente cirúrgico.

Em diversas circunstâncias, esse evento pode estar ligado à existência de uma comunicação unilateral e generalista com foco na assistência de saúde tecnicista, o que pode ser atribuído também à vigência de uma política institucional que não promove o cuidado holístico ao paciente. Por último, pode ser considerada também a deficiência da capacitação profissional quanto à aplicabilidade do processo de comunicação na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O presente estudo ousa abordar a eficiência da comunicação prestada durante a assistência de enfermagem, no período pré-operatório, e busca dessa forma demonstrar a importância desse período, considerando-se a multidimensionalidade do indivíduo cirúrgico, em que fica evidente a importância da relação profissional comunicativa enfermeiro-paciente como instrumento de humanização.

Assim exposto, é possível compreender a importância da assistência pré-operatória de enfermagem, onde atrelada ao processo de comunicação, torna-se formidável ferramenta terapêutica ao paciente cirúrgico, proporcionando cuidados direcionados e sistematizados, capazes de auxiliar melhorias físicas, emocionais e recuperativas, demonstrando a consideração do indivíduo biopsico-sócio-eco-espiritual, como incentivo para elaboração de uma assistência individualizada, por parte dos profissionais envolvidos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COMUNICAÇÃO E SUA FUNÇÃO TERAPÊUTICA

O ser humano realiza o exercício da comunicação como função biológica, mas essa também atinge a dimensão funcional na vida do indivíduo, é por meio desse instrumento que o ser humano consegue expressar suas emoções e anseios, estando estreitamente ligada a evolução de cada pessoa. Ainda, a compreensão da comunicação está relacionada à vivência pessoal e coletiva de cada pessoa, tornando-se um tema de fácil entendimento, pois os seres humanos utilizam esse recurso desde o nascimento, já condicionados a aprender e a estabelecer interação com seus semelhantes. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

O reconhecimento das individualidades é a base para a compreensão de que cada ser humano é completo, ou seja, é composto por eixos biológicos, psicológicos, sociais, ecológicos e espirituais que se inter-relacionam. Tais aspectos tornam-no singular em suas características particulares, o que cria a consciência de que a aceitação de individualidades está ligada a prática da humanização, dependente do processo de comunicação, pois esse processo é advindo da interação dialógica entre as partes envolvidas no processo de interação. (MORAIS et al., 2009).

O estabelecimento de diálogos é inerente ao indivíduo, ou seja, compartilhar vivências e experiências de vida com seus semelhantes, o que pode ser feito por meio de uma linguagem verbal ou não verbal. Desta forma, a comunicação alicerçada na competência da assistência técnico-científica de enfermagem é o ponto de apoio para elaboração de uma atenção ao indivíduo biopsico-sócio-eco-espiritual, considerando sua integralização para a elaboração de uma relação capaz de identificar alteração ao estado integral de cada pessoa. (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Ao fragmentar o conceito biopsico-sócio-eco-espiritual, temos as seguintes definições, biopsico: refere-se ao corpo físico e alma do indivíduo, onde a mesma expressa emoções e desejos de acordo com seu estado físico; sócio: referente ao contexto que a pessoa reage a determinada situação, com o envolvimento familiar e social; eco: relacionada ao ambiente que o mesmo vive e sua interação com o

ambiente e espiritual: contempla a capacidade de apoiar-se em suas crenças, para o desenvolvimento do próprio autoconhecimento, de acordo com sua cultura, sem distinção de religião, desenvolvendo o conhecimento íntimo de seu próprio ser. (SANTOS et al., 2012).

Dentro do processo de comunicação, é importante compreender que o indivíduo expressa interação com seus semelhantes por meio de sinais e movimentos corporais. Os movimentos e os sinais corporais, estabelecidos em um diálogo, tornam-se ferramentas para a compreensão do indivíduo, referente a reações sobre determinado momento que está passando, sentimentos que não são expressos através de gestos faciais e comunicativos. (SILVA, 1996).

Conforme Morais et al. (2009), a comunicação no cenário hospitalar vai além de uma relação de diálogo, respeito e tratamento humanizado. A comunicação proporciona uma relação terapêutica, pois permite ao indivíduo explicar o que realmente precisa e sente. Por meio do alcance dessa relação, o profissional será capaz de identificar alterações que agravem ou piorem o quadro clínico do paciente, levando sempre em consideração a integralidade da assistência, colocando o processo de comunicação como uma alternativa terapêutica estreitamente necessária.

2.2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

De acordo com a Resolução nº 358/2009, pertencente ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), toda instituição de saúde, que possuiu profissionais de enfermagem vinculados à prestação de serviço, deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como instrumento orientador para uma assistência individual e segura para o paciente. Baseada na teoria de Wanda de Aguiar Horta, a SAE fundamenta-se nas necessidades básicas humanas. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2013).

A Associação Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização (SOBECC), explana a adaptação da

SAE para o paciente cirúrgico, a Sistematização Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), objetivando uma assistência de enfermagem operatória, individualizada e documentada nos períodos pré-operatório, transoperatório, e pós-operatório. Sendo primordial a interação entre os períodos, para proporcionar uma assistência integral e eficiente. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTESICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2013).

Os períodos do processo operatório, de acordo com a SAEP, são iniciados com o momento do Pré-operatório Imediato: período de vinte e quatro (24) horas que antecede o procedimento anestésico-cirúrgico; Transoperatório e Intraoperatório: desde o momento que o cliente é recebido na unidade de centro cirúrgico até sua saída da sala de operações e o Intraoperatório é momento do procedimento anestésico-cirúrgico; Pós Operatório: período após o procedimento cirúrgico para devida recuperação. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTESICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2013).

Segundo Possari (2011), a SAEP é o alicerce para a Assistência de Enfermagem Operatória, sendo um diferencial, pois abrange ações de promoção de saúde no indivíduo e medidas de prevenção de complicações pós-operatórias. Nesse sentido, a assistência deve ser baseada no conhecimento técnico-científico junto à habilidade comunicativa, para saber reconhecer a individualidade de cada paciente e assim estabelecer a sistematização da assistência pré-operatória.

Referente à SAEP, o enfermeiro é o profissional capacitado a gerenciar o ato anestésico-operatório em todas as suas etapas, atendendo as necessidades do cliente durante todo o período cirúrgico, neste seguimento, o mesmo torna-se capaz de atuar como coordenador do ato cirúrgico, utilizando a interpretação da multidimensionalidade do indivíduo para elaborar uma assistência única e individualizada para cada paciente cirúrgico. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTESICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2013).

A SAEP compreende cinco fases, sendo elas: 1- visita pré-operatória de enfermagem, fase que estabelece o histórico de enfermagem/anamnese; 2- planejamento da assistência, compreendendo a identificação das singularidades multidimensionais do indivíduo para a formulação de diagnósticos; 3- implementação

da assistência; 4- Avaliação da assistência através da visita pós-operatória de enfermagem, ocasião que o enfermeiro avalia a resposta do paciente; 5- Reformulação da assistência, com objetivo de solucionar situações ou intercorrências adversas. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTESICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2013).

Levando em consideração esse contexto da assistência sistematizada de enfermagem ao paciente cirúrgico, os profissionais enfermeiros são subsidiados a oferecer uma assistência de qualidade embasada no preparo emocional e físico do paciente, procurando alcançar o entendimento do mesmo, utilizando o processo de comunicação como ferramenta fortalecedora da assistência pré-cirúrgica. (ARAÚJO;HENRIQUE, 2012).

2.3 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO PERÍODO PRÉ-CIRÚRGICO

O momento pré-cirúrgico é o período de identificação das necessidades de cada paciente, e a compreensão multidimensional nesse período é de extrema importância para concretização da assistência perioperatória. A avaliação de problemas de um paciente cirúrgico está estreitamente ligada ao levantamento de dados durante a entrevista com o paciente, em que o entrevistado tem a oportunidade de expressar-se e o profissional enfermeiro levantará observações relacionadas ao exame físico e as necessidades biopsico-socio-eco-espiritual. (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

A multidimensionalidade da assistência de enfermagem pré-operatória é baseada na interação comunicativa verbal ou não verbal com o indivíduo, considerando sempre o atendimento em torno das dimensões biopsico-sócio-eco-espiritual. A assistência do profissional enfermeiro, no período cirúrgico, exige uma interpretação integral das necessidades humanas do paciente, isto é, a consideração de todas as suas dimensões e o envolvimento familiar. (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010).

Conforme Silva e Nakata (2005), o indivíduo submetido ao processo cirúrgico desenvolve sentimentos de apreensão, medo, insegurança, até mesmo o medo da

morte relacionado ao processo operatório, portanto possui uma necessidade não somente de orientação sobre seu tratamento para o alcance da cura e recuperação, porém uma busca inevitável de compreensão, empatia e afeto por parte dos profissionais. O momento pré-cirúrgico imediato é o período que a assistência de enfermagem deve ser única e direcionada a cada necessidade do paciente. (SILVA; NAKATA, 2005).

De acordo com Freiburger e Mudrey (2011), o profissional enfermeiro tem papel fundamental para mudança desse cenário de sentimentos de apreensão e abandono, utilizando como recurso, sua atribuição de visita/consulta pré-operatória, garantindo a assistência integral do indivíduo, construindo uma relação capaz de proporcionar diagnósticos e intervenções de enfermagem individuais. Esta assistência pré-operatória de enfermagem está diretamente ligada ao relacionamento comunicativo do enfermeiro-paciente.

Por meio da visita de enfermagem no período pré-operatório, o enfermeiro deve proporcionar orientações concisas e claras, visando o entendimento do cliente sobre o procedimento o qual irá submeter-se, facilitando a compreensão de seu estado, para o alcance satisfatório de sua recuperação. Porém, essa orientação é advinda de uma interação dialógica entre enfermeiro-paciente, construída desde o primeiro contato com o indivíduo, exigindo do profissional uma ótica e ausculta refinadas. (GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

A atenção pré-operatória eficiente exige do enfermeiro uma assistência de enfermagem holística, capaz de compreender que todos terão idiossincrasias, advindas de seu contexto de vida. Pois, a plenitude do cuidado em enfermagem holístico, está em considerar o indivíduo como parceiro para a construção da assistência, valorizar sua cultura e os conceitos que o mesmo acredita e intensificar o desenvolvimento do seu próprio ser naquele momento de vulnerabilidade, porém este cuidado integral será através da comunicação efetiva durante a assistência. (SANTOS et al., 2012).

De acordo com Silva e Nakata (2005), o ato de comunicar-se é um enriquecimento mútuo, tanto para o locutor e interlocutor proporcionando a interação humanizada, possibilitando a seguinte interpretação: a comunicação é o ato capaz de mudar cenários e proporcionar melhorias aos indivíduos. Nesse sentido, a comunicação pode ser conceituada como instrumento terapêutico imprescindível, proporcionando a interação enfermeiro-paciente, e com isso, o desenvolvimento de

uma assistência segura, possibilitando a identificação precoce das possíveis complicações.

O desenvolvimento dessa relação profissional comunicativa é responsabilidade do enfermeiro. Com sua capacitação técnico-científica, ele deve ser capaz de criar medidas estratégicas de iniciar o processo de diálogo, considerando sempre que a ausculta profissional será o ponto primordial. A SAEP deve ser aplicada de maneira integral, direcionada a individualidade de cada indivíduo, objetivando clareza no estabelecimento do diálogo com o paciente, para pertinentes orientações e atenção integral. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTESICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2013).

Santos et al. (2012), evidencia um grande desafio para os profissionais de enfermagem - relacionado à capacidade de assumir seu conhecimento técnico-científico, filosófico e tecnológico - para elaboração de um cuidado integral, visando sempre o bem estar total do indivíduo. A integralidade do cuidado baseia-se em cinco dimensões existenciais do ser humano, podendo ser exploradas/analizadas em cada pessoa a partir do artifício da comunicação, estando entrelaçada a primeira etapa da SAEP, pela anamnese.

As necessidades biopsico-sócio-eco-espiritual contemplam essas dimensões, possuindo suas peculiaridades e potencialidades de acordo a multidimensionalidade de sua existência. Sendo conhecidas a partir do processo comunicacional de enfermagem, onde o enfermeiro objetiva realizar a identificação do cliente, para organizar a assistência de enfermagem, com base científica para elaborar intervenções eficazes de acordo com sua multidimensionalidade, para um cuidado pré-operatório integro e humanizado. (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Desta forma, de acordo com o filósofo Buber (1979, *apud* TESSER, 2007), a comunicação vai além da relação locutor-interlocutor, necessitando da compreensão holística de um ser humano, para estabelecer um diálogo ativo e dinâmico, desta forma, é possível considerar a comunicação como instrumento de interação assistencial, que possibilita um dialogo de reflexões próprias, exclusivas e individuais, estabelecendo assistência integral para cada paciente. Sendo então, um instrumento crucial para o desenvolvimento da assistência pré-operatória, para subsidiar com eficiência todo o período perioperatório.

A comunicação na assistência de enfermagem pré-operatória tem finalidade de proporcionar a interação enfermeiro-paciente. Atingido esse objetivo, o enfermeiro será capaz de identificar sinais verbais e não verbais expressados pelo indivíduo em relação ao tratamento cirúrgico. Em consequência, terá a capacidade de desenvolver uma assistência direcionada e sensível aos anseios de cada indivíduo, pois o modo que o paciente é cuidado e assistido influencia na sua recuperação cirúrgica, pois ele precisa de uma atenção que proporcione segurança quanto ao procedimento. (SILVA; NAKATA, 2005).

A partir do processo de comunicação é estabelecido o diálogo efetivo com o paciente cirúrgico, onde o mesmo é estimulado a expressar seus sentimentos de apreensão, medo e temores, para então iniciar o processo de esclarecimento de dúvidas relacionado ao processo cirúrgico, orientando de acordo com as situações identificadas, assim o enfermeiro deve estimular a verbalização do paciente para ouvir e identificar as situações de apreensão para então direcionar a assistência que tenha como objetivo dissolver as preocupações. (SOUZA et al., 2010).

O processo de comunicação exige dos envolvidos uma capacidade de compreensão sobre o diálogo bidirecional estabelecido entre o comunicante e o comunicado, tornando-se uma ferramenta para produção de conhecimento mútuo. Assim exposto, inovar formas, métodos e práticas de conhecimento em saúde, necessita levar em apreço aos diferentes contextos de vivência sobre determinada situação, construindo um conhecimento de diversas experiências que direcionam o estabelecimento de uma assistência integral. (NASCIMENTO et al., 2008).

2.4 A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA

O processo de enfermagem perioperatória é constituído pelas seguintes etapas: reconhecimento/anamnese, identificação do problema, planejamento da assistência, implementação e avaliação, onde o profissional é habilitado para identificar as alterações no indivíduo e proporcionar uma intervenção de enfermagem segura e direcionada. (BARROS et al., 2010). Esse processo é

validado pela SAEP, utilizado na assistência de enfermagem perioperatória, como base essencial para a elaboração de diagnósticos.

De acordo com Possari (2011), a SAE é adaptada à assistência de enfermagem perioperatória, conhecida como SAEP, o qual o enfermeiro utiliza as cinco etapas para identificar os diagnósticos do período pré-operatório. Assim exposto, os diagnósticos cirúrgicos de enfermagem são baseados no embasamento técnico-científico, possuindo as intervenções de enfermagem que compreende a prescrição de cuidados direcionados e individuais, baseado nas necessidades de cada paciente.

O profissional enfermeiro possui o julgamento clínico para formular hipóteses ou explicações sobre determinados problemas/agravos de saúde presentes, fragilidades que proporcionem riscos para o paciente e para realizar a promoção da saúde de maneira integral, exigindo, então, do enfermeiro conhecimento técnico-científico de enfermagem. (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

2.5 A INFLUÊNCIA DE ORIENTAÇÕES NO PERÍODO PRÉ-CIRÚRGICO

A orientação define-se como ato de direcionar ações para uma determinada solução de um problema ou agravo, atribuída ao processo educativo, torna-se um processo de instrução para o indivíduo. Assim, seja por diferentes linguagens utilizadas, expressões/sinais faciais e corporais, palavra escrita ou falada, é possível estabelecer o processo de orientação para o indivíduo necessitado, estabelecendo então, o processo de comunicação interpessoal e de seus fundamentos básicos que são exigidos para o profissional de saúde, para efetiva orientação de saúde. (SILVA, 1996).

O paciente inserido no período pré-operatório necessita da orientação pré-cirúrgica sobre o procedimento operatório, referente à recuperação anestésico-cirúrgico e cuidados pós-operatórios, pois é primordial o indivíduo estar ciente das reações comuns a esse período, é importante destacar que o período pré-operatório é momento primordial para orientações, baseadas na análise basal do paciente conciliada a uma avaliação física, o enfermeiro estabelece a comunicação efetiva,

sendo considerada nesse período um processo de orientação. (SMELTZER et al., 2005).

É necessário destacar a importância da assistência de enfermagem pré-operatória para o paciente cirúrgico, com a finalidade de identificação das possíveis alterações emocionais oriundas do diagnóstico cirúrgico, a atenção de enfermagem aliada ao processo de relacionamento profissional terapêutico contribui para diminuição de riscos futuros de complicações operatórias, facilitando o planejamento de uma assistência integral, documentada e continua durante todo o período pré-operatório. (SOUZA et al., 2010).

Para proporcionar a orientação no período pré-cirúrgico, é imprescindível estabelecer a identificação das condições fisiológicas, psicológicas, psicossociais e espirituais de cada indivíduo, compreendendo a multidimensionalidade da assistência. Identificando se o paciente possui alguma patologia de base, histórico de uso de drogas ou álcool, quadro de hipersensibilidade medicamentosa, qual crença espiritual e cultural do mesmo, para então formular a assistência direcionada e instrução pertinente a cada necessidade. (SMELTZER et al., 2005).

Dentro do plano terapêutico cirúrgico, o diagnóstico de enfermagem merece um grande destaque pelo seu planejamento, seleção e implementação de cuidados individuais e holísticos, tendo sua formulação a partir do levantamento de características definidoras da situação e fatores relacionados a agravos e riscos. Este levantamento de diagnósticos é realizado através da entrevista de enfermagem e exame físico, compondo a consulta em enfermagem. (NOVAES et al., 2015).

O profissional enfermeiro tem seu processo de conhecimento referente a processos de respostas humanas, a problemas de saúde e/ou processos de vida, utilizando a taxonomia de diagnósticos de enfermagem *North American Nursing Diagnosis Association International Inc.* (NANDA-I), como ferramenta científica da profissão. Possuindo 234 (duzentos e trinta e quatro) diagnósticos de enfermagem, a taxonomia NANDA-I, agrupando esses diagnósticos em 13 (treze) domínios e 47 (quarenta e sete) classes, formando uma ordenação sistêmica de organização dos conceitos que interessam a enfermagem. (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL-NANDA, 2015).

De acordo com os Diagnósticos de Enfermagem (DE) NANDA-I (2015-2017), os diagnósticos são apresentados pelo julgamento clínico, em que o profissional identifica vulnerabilidades e problemáticas para promover saúde. Dessa forma, de

acordo com a avaliação do individual no período pré-cirúrgico e pela consideração de sua multidimensionalidade, é possível estabelecer os seguintes diagnósticos de enfermagem, que serão apresentados a seguir, com seus respectivos domínios e classificações:

Domínio quatro (4): Atividade/Repouso, classe um (1): Sono/repouso.

- D.E: Insônia relacionado à Ansiedade e medo do processo cirúrgico, caracterizado pelo relato de dificuldade para adormecer.

Domínio cinco (5): Percepção/cognição, classe quatro (4): cognição, possível identificar os seguintes diagnósticos.

- D.E: Conhecimento deficiente relacionada à falta de conhecimento com os recursos de informação, termos e linguagem utilizada, caracterizado pela verbalização do problema.

Domínio cinco (5): Percepção/cognição, classe cinco (5): comunicação.

- Comunicação verbal prejudicada relacionada à baixa autoestima do período pré-operatório, caracterizada pela desorientação em relação a pessoas, profissionais envolvidos na sua assistência pré-cirúrgico.

Domínio seis (6): Autopercepção, classe dois (2): Autoestima.

- D.E: Baixa autoestima situacional, relacionada a falta de conhecimento sobre determinado procedimento cirúrgico que será submetido, caracterizado por relato de desamparo.

- D.E: Risco de baixa autoestima situacional, relacionada a falta de conhecimento sobre seu estado pré-operatório.

Domínio sete (7): Papéis e relacionamentos, classe três (3): Desempenho de papéis.

- D.E: Interação social prejudicada com o profissional relacionada ao processo de pensamentos perturbadores sobre o processo cirúrgico, caracterizado por incapacidade de receber uma sensação satisfatória de envolvimento com os profissionais.

Domínio nove (9): Enfretamento/tolerância ao estresse, classe dois (2): Resposta de enfrentamento.

- D.E: Ansiedade relacionada a sofrimento antecipado das possíveis reações adversas de anestesia, caracterizada pelo relato de medo do processo de morrer, advindo de pensamentos negativos.
- D.E: Sentimento de impotência relacionada ao ambiente de assistência à saúde, caracterizada pela não participação no cuidado.
- D.E: Medo caracterizado por relato de apreensão sobre o processo o qual irá ser submetido.
- D.E: Risco de resiliência prejudicada relacionada à situação atípica do processo operatório.

Domínio dez (10): Princípios da vida, classe três (3): Coerência entre valores/crenças/atos.

- D.E: Risco de religiosidade prejudicada relacionada ao cuidado ineficaz e não holístico.
- D.E: Sofrimento espiritual caracterizado pelo enfrentamento insatisfatório do processo cirúrgico.

Domínio doze (12), classe um (1): conforto físico; dois (2): conforto ambiental; três (3): conforto social.

- D.E: Conforto prejudicado relacionado à falta de familiaridade com o ambiente hospitalar cirúrgico, caracterizado por incapacidade de relaxar.

Os diagnósticos de enfermagem de Taxonomia NANDA-I (2015-2017) foram relacionados ao processo pré-operatório, estando de acordo com as principais reações ao processo cirúrgico, que muitas vezes são identificadas no momento da visita de enfermagem. Após a identificação dos diagnósticos é essencial à prescrição das intervenções de enfermagem que estão estreitamente ligadas ao

processo de comunicação efetiva, proporcionando cuidados e instruções para o paciente, e seus familiares.

De acordo com Piexak et al. (2016), o qual retrata que a reação de medo para o cliente cirúrgico é um sentimento prevalente, sendo que este é influenciado pela individualidade e concepção de cada indivíduo, pois o medo, é atribuído ao processo anestésico-operatório, constatando que este sentimento era mais predominante naqueles indivíduos que nunca passaram por uma cirurgia, identificando reações emocionais, como ansiedade e preocupação referente ao ato anestésico-cirúrgico.

Conforme Mafetoni et al. (2011), a aplicabilidade da assistência de enfermagem pré-operatória são fundamentadas em bases teóricas e fundamentos técnico-científicos para proporcionar uma relação eficaz, entre enfermeiro-paciente, com isso, contribuem no esclarecimento e redução dos estressores que o período cirúrgico carrega. Desta forma, o enfermeiro torna-se um profissional preparado para esclarecer dúvidas e questionamentos que o processo cirúrgico desencadeia de forma singular em cada indivíduo.

Necessário evidenciar que a fase pré-cirúrgica é o período onde o paciente apresenta-se mais vulnerável em suas necessidades biopsico-sócio-eco-espiritual, tornando-se mais propenso ao desequilíbrio emocional. Deste modo, o enfermeiro tem atribuição crucial para o estabelecimento de técnicas para enfrentamento dessas vulnerabilidades, estabelecendo o levantamento de diagnósticos e um plano de cuidado que busque minimizar os sentimentos negativos de cada paciente, proporcionando uma assistência segura, facilitando então, o sequenciamento das demais fases cirúrgicas. (COSTA et al., 2010).

A orientação de enfermagem é considerada peça chave para efetividade da assistência pré-operatória, sendo o ponto crucial do relacionamento enfermeiro-paciente, conseguindo detectar alterações minuciosas no estado do paciente e identificar sentimentos e deficiências de conhecimento que podem influenciar negativamente na adaptação ao processo cirúrgico. Desta forma, orientar torna-se uma atividade para minimizar dúvidas e indagações, esclarecendo de maneira efetiva e concisa o objetivo do procedimento médico cirúrgico, favorecendo o restabelecimento da adaptação e recuperação cirúrgicas. (ARAÚJO; HENRIQUE, 2012).

2.6 O CUIDADO HOLÍSTICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

O cuidado holístico é definido como uma assistência focada na multidimensionalidade do ser humano, ou seja, que proporcione um cuidado integral em todas as dimensões. Desta forma, a assistência humanizada de saúde está relacionada com a atenção individualizada com cada paciente, pois a ação de cuidar está cada vez mais com maior abrangência nas necessidades básicas do ser humano, levando em consideração não somente o processo saúde-doença, mas a mudança continua aos desafios ambientais e ao equilíbrio dinâmico do organismo. (LEMOS et al., 2010).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como objetivo colocar em ação os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. Desta forma, a humanização é uma política nacional, portanto, transmite princípios e um conjunto de relações indicadas para profissionais e usuários, devendo ser construída com trocas solidárias e comprometida com a produção de saúde. (BRASIL, 2004).

O processo de humanização compreende em entender a integralidade de cada usuário e reconhecer individualidades, valorizando o mesmo em toda a sua perspectiva e produzindo um cuidado humano, com respeito e integralidade. Para melhor entendimento sobre o tema humanização, é interessante ressaltar o conceito como uma ferramenta de prestação de serviço de saúde essencial para efetividade da assistência à saúde. (FREITAS; FERREIRA, 2016).

De acordo com Beserra et al. (2014), a assistência de enfermagem possui sua essência alicerçada ao cuidado do ser humano, aliada a uma concepção ética, tendo finalidade de ajudar e zelar, principalmente em situações problemáticas, consistindo a complexidade desse cuidado, sempre identificando as vulnerabilidades do paciente para direcionar a atenção. A assistência do enfermeiro se destaca pela compreensão integral do ser humano, tendo capacidade científica de identificar alterações biopsico-sócio-eco-espiritual de um paciente.

Sabe-se que o sofrimento psicológico influencia diretamente no funcionamento fisiológico, podendo acarretar complicações no quadro clínico do paciente cirúrgico, assim, é necessário saber que as crenças espirituais desempenham um papel importante sobre como as pessoas reagem ao sofrimento

emocional de determinada situação e quais suas necessidades para o fortalecimento dessas crenças. Cabe ao profissional o dever de não somente respeitar essa espiritualidade, mas também intensificar o fortalecimento da fé do indivíduo. (SMELTZER et al., 2005).

Conforme Frias et al. (2010), o alcance da integralidade no atendimento pré-cirúrgico é advinda da capacidade do profissional enfermeiro de identificar as peculiaridades de cada pessoa, isso só é possível pela visita pré-operatória de enfermagem, a partir desse momento é identificado as vulnerabilidades e características do paciente, para elaboração de orientação e prescrições pertinentes ao estado de cada indivíduo, direcionadas e individuais.

Segundo Oliveira e Mendonça (2014), o enfermeiro na assistência operatória possui uma atividade primordial para atenção integral: a visita pré-operatória, que possibilita ao profissional detectar, solucionar e/ou encaminhar problemas identificados durante o procedimento, para tanto será essencial uma visão multidimensional sobre o cliente, analisando todas as suas características biopsico-sócio-eco-espiritual, tornando-se um instrumento imprescindível para efetivação da SAEP, sequenciando então, a assistência de qualidade de todas as etapas subsequentes da fase perioperatória.

A assistência de enfermagem holística deve ser baseada no conhecimento técnico-científico da multidimensionalidade, dessa forma o profissional torna-se hábil a lidar com questões de tolerância, empatia e comunicação efetiva com cada paciente. A aceitação da integralidade de cada indivíduo está na capacidade do profissional ser capaz de ser presente no cuidado e conhecer o seu próprio ser, buscando entender as características dos clientes, através da compreensão das peculiaridades do ser humano. (SANTOS et al., 2012).

Nessa relação de empatia o profissional enfermeiro estabelece o cuidado integral, tendo como necessidade estabelecer o envolvimento familiar do indivíduo. Dessa forma, a relação assistencial é fortalecida, estabelecendo um vínculo de confiança profissional, proporcionando apoio e orientação. A assistência do enfermeiro, nesse sentido, se faz extremamente essencial para o período operatório, pois prepara o indivíduo tanto na condição física, quanto emocionalmente, considerando sempre a integralidade do cliente, compreendendo a função holística do paciente. (SOUZA et al., 2010).

O cuidado de enfermagem tem suas características baseadas em uma assistência holística, onde a expressão de estar com o outro devem ser valorizados, onde a comunicação deve ser por uma linguagem verbal e não verbal nas expressões, nas emoções, até mesmo no silêncio e no olhar, esse cuidado baseado na interação surge com intuito de estabelecer o compromisso entre a relação enfermeiro-paciente, compreendo que esse processo é primordial para o estabelecimento do cuidado integral, valorizando a subjetividade e sensibilidade dos envolvidos. (PIEXAK et al., 2016).

Conforme Oliveira et al. (2014), a enfermagem busca constantemente a renovação de seus conceitos assistenciais para cada vez mais beneficiar o paciente, por meio de uma atenção que contemple uma assistência holística e segura, compreendendo a multidimensionalidade do ser humano, para o desenvolvimento de um cuidado único, crítico, participativo e humanizado. Necessário destacar, que o indivíduo submetido ao processo de hospitalização, desenvolve múltiplas respostas, compondo a diversidade da assistência holística.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a influência do processo de comunicação como diferencial na assistência de enfermagem pré-cirúrgica, considerando o paciente como um indivíduo biopsico-sócio-eco-espiritual.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre comunicação e sua função terapêutica no período pré-cirúrgico;
- Relacionar a comunicação ao processo de sistematização da assistência de enfermagem pré-operatória, considerando as dimensões biopsico-sócio-eco-espiritual do indivíduo;
- Evidenciar a necessidade do processo de comunicação durante a assistência de enfermagem pré-cirúrgica;
- Relacionar os dados obtidos ao processo de sistematização da assistência de enfermagem pré-operatória com visão multidimensional e suas implicações.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para o alcance satisfatório deste estudo, optou-se pelo método de pesquisa de campo quanti-qualitativa, com caráter exploratório transversal.

4.2 CAMPO DE PESQUISA

O Centro Cirúrgico corresponde à área de estudo desta pesquisa, que por sua vez realiza em média de 140 a 160 cirurgias mensais, de caráter eletivo ou de urgência/emergência. O setor é composto por três (03) salas cirúrgicas, com procedimentos de cirurgia geral, obstetrícia/ginecologia e ortopedia, atendendo de forma única e exclusiva pelo SUS.

Esse serviço faz parte do atendimento no Hospital Municipal de Ariquemes (HMA), instituição de médio porte, com assistência de média complexidade, funcionamento 24 horas (incluindo feriados e finais de semana), com atendimento ambulatorial, urgência e emergência hospitalar e cirúrgica.

O fluxo de atendimento do HMA é estabelecido com a demanda espontânea e/ou referenciada por oito municípios pactuados pela região de saúde do Vale do Jamari. Conforme a Resolução nº 087/CIB/RO, de 08 de Maio de 2014, que aprovou a conformação das sete (07) regiões de saúde do estado de Rondônia, considerando o Art. 4º do Decreto nº 7.508, do dia 28 de Junho de 2011, e a Resolução CIT 01, de 29 de Setembro de 2011, que estabeleceram as diretrizes legais para a instituição das Regiões de Saúde no âmbito do SUS.

Localizado na região norte, o Vale do Jamari foi colonizado por volta do ano de 1900, onde acontecia o desbravamento da grande região amazônica. Teve a sua ocupação efetivada após a primeira instalação da linha telegráfica de Cuiabá à Santo Antônio do Rio Madeira, realizada por Marechal Cândido Rondon. Habitado por muitas tribos indígenas, destaca-se a tribo “*Arikeme*”, homenageada pela nomenclatura do município rondoniense de Ariquemes.

O município de Ariquemes se encontra nas margens da rodovia BR-364, do estado de Rondônia, e é ponto estratégico de parada para os municípios pertencentes ao Vale do Jamari. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma área territorial de 4.426,571(km²), conforme dados de 2016. Com uma estimativa populacional de 107.345 habitantes, realizada no ano de 2017.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em 15 dias, no setor de clínica cirúrgica, no momento conhecido como pré-operatório imediato, foi iniciado no dia 15 maio de 2017 e foi terminado no dia 02 junho de 2017. Foi baseada em um roteiro semiestruturado, com questões abertas e fechadas (socioeconômico), aplicadas individualmente.

A entrevista teve início somente após a aceitação do paciente em participar do estudo e o preenchimento do Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE), como respaldo ético e legal. Conforme estabelecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, o TCLE foi elaborado com linguagem clara e acessível, sendo baseado sempre no respeito e dignidade com a pessoa humana.

A interpretação dos dados foi baseada pela Análise de Conteúdo de Laurence Bardin¹, que distribuiu metodologicamente o seu conteúdo em quatro (04) etapas: história e teoria; parte prática; métodos de análise; técnicas de análise. Além disso, os dados quantitativos foram apresentados de maneira descritiva. A pesquisa foi iniciada somente após a aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) em anexo na presente pesquisa.

¹ Laurence Bardin, professora-assistente de Psicologia na Universidade de Paris, aplicou as técnicas da Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e no estudo das comunicações de massas (ALMEDINA, 2017).

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram entrevistados quarenta e cinco (45) pacientes, no período de 15 Maio a 02 Junho no de 2017, em dias alternados, conforme escala cirúrgica. Vale ressaltar que se tratou de amostra proporcional estratificada de trinta (30) por cento do montante geral de 140 cirurgias.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tendo como critérios para inclusão indivíduos de cirurgias de caráter eletivo.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes submetidos em cirurgias de emergência/urgência e que não aceitarem participar da pesquisa, ou que fossem menores de idade, ou que não estejam com suas faculdades mentais preservadas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo de campo foi regularmente aprovado pelo CEP da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), nº de processo CAAE: 67361417.2.0000.5601, pelo número do parecer: 2.042.258, conforme Resolução nº 510, de 07 abr. 2016. (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É necessário destacar que para melhor entendimento, se fez indispensável à classificação dos quarenta e cinco (45) participantes envolvidos, por grupos de faixa etária, sendo estes nomeados em: GRUPO A (18 a 30 anos); GRUPO B(31 a 41 anos); GRUPO C (42 a 52 anos); GRUPO D (52 a 62 anos); GRUPO E (63 a 70 anos) E GRUPO F(71 a 80 anos).

A divisão foi utilizada somente para estabelecer a análise dos dados socioeconômicos, que serão apresentados de maneira escrita e interpretados de forma quantitativa, sendo tituladas pelo conteúdo social e econômico analisado.

Para alcançar maior entendimento dos resultados encontrados, a apresentação dos discursos das questões do roteiro semiestruturado será estabelecida à identificação dos quarenta e cinco (45) participantes pela rotulação alfabética e numérica de cada entrevistado, onde será utilizada a letra “E” como sigla de identificação para todos os participantes, sendo diferenciados pela sequência numérica pelo valor total dos entrevistados, ou seja, de E1 até E45. Necessário elencar que respostas da entrevista, terão seus discursos transcritos na íntegra.

A exposição dos discursos do roteiro semiestruturado será apresentada por um quadro (Quadro1), na página 36, que utiliza como meio de explanação uma temática principal, subtemática e o discurso dos entrevistados, sendo dividido em três colunas. É válido ressaltar que cada subtemática está baseada nas perguntas abertas e estruturadas da pesquisa. Os discursos dos participantes serão discutidos através da análise de Laurence Bardin.

A temática principal utilizada foi denominada ‘Comunicação como Diferencial na Assistência de Enfermagem Pré-Operatória’, tendo as seguintes subtemáticas: Função assistencial terapêutica; Instrumento de segurança ao paciente; Sentimentos negativos relacionados ao processo operatório, que possam ser atribuídos à falta de interação profissional; Detrimento da aplicabilidade SAEP; Eficácia da interação comunicativa entre enfermeiro-paciente; Fatores biopsico-sócio-eco-espirituais que influenciam o estado emocional do paciente cirúrgico.

5.1 ANÁLISES DAS ENTREVISTAS

5.1.1 Distribuição por Faixa Etária e Gênero

Diante dos resultados encontrados neste estudo, a idade que prevaleceu foi a faixa etária do GRUPO A, tendo como 24,44% do número de amostra, em seguida o GRUPO B, sendo 20%, logo após, GRUPO C e GRUPO D, correspondendo também a 20% da pesquisa e por fim, o GRUPO E, e GRUPO F, que totalizaram os percentuais de 13,33% e 2,22% respectivamente. Dessa forma foi possível compreender a prevalência do GRUPO A, seguido dos GRUPOS B, C, D com o mesmo percentual e por fim a incidência menor dos GRUPOS E, e F.

A prevalência do gênero feminino é nitidamente notável em todos os grupos acima citados, onde 82,22% dos entrevistados eram mulheres, e 17,77% correspondem ao gênero masculino, porém é interessante ressaltar que a prevalência do gênero masculino foi somente no GRUPO E, correspondendo a 66,66%, e o gênero feminino por 33,33%.

Um dos indicadores que justificam a predominância das mulheres nesta pesquisa está relacionado à oferta de cirurgias ginecológicas por parte do município gestor do HMA, onde prevaleceram os GRUPOS A, B, C e D.

Necessário destacar que se torna explicável também essa prevalência de gênero, devido a maior procura por serviços de saúde por parte do público feminino, sendo afamado principalmente por questões reprodutivas, natural da própria anatomia e fisiologia das mesmas. (TRAVASSOS et al., 2002).

Porém, é interessante ressaltar que somente no GRUPO E, a prevalência masculina foi maior, esse fato pode ser justificado por dois fatores inter-relacionados, conforme dados anuais dos índices de morbimortalidade. O público masculino tem maior incidência de patologias crônicas e de grande letalidade, comparado ao público feminino. Ocorre também uma busca preventiva de doenças por grande parte das mulheres, porém essa busca não é realizada por homens, o que pode estar relacionado a paradigmas socioculturais de machismo e projeção de responsabilidade mútua de não demonstrar fraquezas, dificultando diretamente a prevenção de agravos de saúde nessa população. (ROCHA et al., 2016).

5.1.2 Nível de Escolaridade

Foi possível identificar que a prevalência do nível de escolaridade do antigo primeiro (1) grau completo prevaleceu no GRUPO B com 55,56%, em seguida o GRUPO A 36,46%, GRUPO C 33,34% e por fim no GRUPO D, com 11,11%, não apresentando incidência nos restantes dos grupos citados nessa pesquisa. O nível do antigo primeiro grau incompleto, teve incidência somente no GRUPO A, correspondendo 18,11%.

O nível de fundamental completo teve maior índice no GRUPO B, sendo 22,22%, seguido do GRUPO A de 18,11%, tendo a apresentação desse nível escolar apenas nesses dois grupos citados. O Fundamental incompleto prevaleceu nos GRUPOS E, e F, onde teve 100% dos membros correspondente a esse nível de escolaridade, seguido do GRUPO D com 77,78%, GRUPO C tendo 66,66%, GRUPO A com 27,27% e por fim 22,22% do GRUPO B. O GRUPO D, foi o único grupo dessa pesquisa que teve 11,11% dos membros entrevistados sem nível de escolaridade.

O Brasil ainda nos dias atuais é um país em desenvolvimento, tendo como uma disfunção de evolução a precariedade de formação escolar, refletindo problemas sociais intensos inclusive associados ao estado de saúde. A população de jovens e adultos brasileiros possui persistências históricas de taxas de analfabetismo, apesar das inúmeras políticas públicas criadas e implantadas não conseguirem baixar as altas taxas de pessoas sem escolaridade, e muito menos alcançar as taxas internacionais combinantes para um melhor desenvolvimento social e econômico. (HADDAD; SIQUEIRA, 2015).

Porém, no decorrer das últimas cinco décadas estão ocorrendo melhorias nas estatísticas da procura por saúde nos países em desenvolvimento, é visível que o aumento do acesso a educação e nível de renda, possibilitando a população um melhor acesso as serviços de prestação de saúde, porém é nítido que essa evolução está em processo lento e desigual. (KASSOUF, 2005).

Dessa maneira, cabe aos serviços de saúde interagir com toda sociedade, visando assegurar ações em outros setores que melhorem a igualdade na saúde, pois é valido considerar que o sistema de atenção à saúde é um determinante social, influenciados por outros fatores sociais, como por exemplo, o acesso à educação, estando vinculado aos benefícios dos cuidados em saúde. (CARVALHO, 2013).

5.1.3 Vínculo Empregatício

Representando a totalidade dos participantes que possui vínculos empregatícios, é necessário levar em consideração que 82,22% dos participantes eram mulheres, e 17,77% eram homens. Dessa forma, é visível que 64,87% dos entrevistados do gênero feminino não possuem vínculo trabalhista e que somente 35,13% desse público possuem emprego. Contraposto do gênero masculino de 17,77%, onde 62,5% homens possuem vínculo trabalhista seguido de 37,5% dessa amostra não possuem trabalho.

Atualmente foi percebida uma mudança histórica mundial em relação aos gêneros masculinos e femininos, onde a mulher teve uma conquista nítida no mercado de trabalho, tendo um papel de destaque, no que se refere o preenchimento de vagas trabalhistas, conquistando à conciliação do emprego e a vida familiar. (OLIVEIRA; TRAESEL, 2008).

5.1.4 Responsabilidade Financeira Domiciliar

Houve um percentual de 40% dos entrevistados que possuem a responsabilidade de manter financeiramente sua moradia e 60% não tem esse encargo. Todavia, ao analisarmos isoladamente os dois públicos do estudo, tem-se como informação principal que 33,13% dos entrevistados do gênero feminino são responsáveis pelo sustento familiar, assim como 62,5% dos participantes do gênero masculino possuem a obrigação de prover sustento para sua residência.

Diante dos fatos, com base no conteúdo já apresentado, torna-se possível mencionar que toda população identificada com vínculo empregatício, tem a incumbência de sanar as despesas do seu convívio familiar.

Considerando a rotulação ultrapassada das funções atribuídas aos homens e mulheres, em que o sustento familiar e a organização domiciliar eram de responsabilidade estreita e respectiva de cada um, sendo reservados às mulheres os afazeres domésticos. Foi possível identificar que esse cenário, na sociedade atual, tem sido modificado, haja vista a mulher ter alcançado uma série de responsabilidades financeiras e nitidamente um alcance maior na divisão de tarefas com o gênero masculino. (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

5.1.5 Crença Religiosa

Esta análise representa o porcentual de entrevistados que possui crença religiosa e os que não possuem. Foi identificado que 88,88% dos participantes possuem crença religiosa, totalizando a maioria dos envolvidos, e com 11,12% dos indivíduos não possuíam crença religiosa.

Conforme justifica Pessini (2011), o século XXI é um novo tempo de valorização da dimensão espiritual dos seres humanos, considerando que o mesmo tem a espiritualidade em si, proporcionando ligações com todo o mistério místico a sua volta. Dessa maneira, conciliando esse fator com a característica desse novo século, acontece a revalorização da espiritualidade, sendo a grande provedora de pensamentos positivos e de esperança de vida, como resolução de todos os problemas, inclusive os de saúde. Necessário salientar que a religião expressada pelo autor, é referente à essência espiritual, ou seja, independente de doutrinas ou segmentos religiosos, a religiosidade vem como essência espiritual, íntima de evolução individual e esperança de um futuro transcendente.

Assim, a sublimidade é parte do processo de evolução do ser humano, que é capaz de fazer surgir novas reações de preocupações e sentimentos, principalmente aquelas ligadas à saúde. Em que cada pessoa é colocada em uma complexidade única, com desafios subjetivos e essenciais para cada um, tornando a experiência em saúde, um fator motivador de mudanças não somente de pensamentos, mas de atitudes. (SANTOS et al., 2012).

5.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

TEMÁTICA	SUBTEMÁTICA	DISCUSSÕES
<p>COMUNICAÇÃO COMO DIFERENCIAL NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA.</p>	<p>FUNÇÃO ASSISTENCIAL TERAPÊUTICA.</p>	<p>“[...] a enfermeira que agendou minha cirurgia, falou até o nome da operação, mas não sei fala porque é difícil, ai a gente fica até mais tranquilo. E2”.</p> <p>“Sim, retirada da vesícula explicada. E4”.</p> <p>“Sim, o médico cirurgião explicou. E5”.</p> <p>“Sim, mas quando agendou a enfermeira explicou. E6”.</p> <p>“Sim, a médica ginecologista responsável pela cirurgia. E8”.</p> <p>“Sim, porém foi o médico informou durante a consulta. E10”.</p> <p>“Teve nas consultas com a assistente social e equipe de enfermagem. E12”.</p>

		<p>“Sim, com a médica durante a consulta. E14”.</p> <p>“Sim, em uma consulta, depois a menina que agenda e a enfermeira. E15”.</p> <p>“Sim, a médica orientou. E16”.</p> <p>“Sim, o médico na consulta, orientou muito bem o procedimento, fez até desenho explicando mais o enfermeiro. E17”.</p> <p>“Sim tive orientações. E18”.</p> <p>“Sim, nas consultas no posto de saúde, porém hoje a enfermeira conversou e explicou um pouco. E22”.</p> <p>“Sim. E13; E23; E35”.</p> <p>“Sim, da própria médica cirurgião e da enfermeira de hoje. E28”.</p>
--	--	--

		<p>“Sim tive orientação médica e dos enfermeiros. E31”.</p> <p>“Sim, fui informada sobre o procedimento e fui muito bem atendida. E43”.</p> <p>“Sim teve a explicação do procedimento. E44”.</p>
	<p>INSTRUMENTO DE SEGURANÇA AO PACIENTE.</p>	<p>“Perguntaram se eu tinha alergia a algum remédio na recepção e no momento que cheguei na clinica para internação. E1”.</p> <p>“Não, ninguém falou e nem sabia que precisava. E2”.</p> <p>“Nenhum profissional orientou eu tirar nada, a enfermeira nem falou comigo. E5”.</p> <p>“Não, ninguém perguntou se eu era alérgica a algum remédio. E5”.</p> <p>“Não houve orientação, mas pela experiência já vim sem nada, nem aliança. E16”.</p>

		<p>“Não perguntaram, porém eu possuo alergia a diclofenaco. E21”.</p> <p>“Não, ninguém perguntou, mas sou alérgica a sulfatiazina e piroxican. E38”.</p>
	<p>SENTIMENTOS NEGATIVOS RELACIONADOS AO PROCESSO OPERATÓRIO, ATRIBUÍDOS A FALTA DE INTERAÇÃO PROFISSIONAL.</p>	<p>“Indiferente, não senti nada. E1”.</p> <p>“Tô sentindo medo, insegurança, pois nem sei quem é a equipe da cirurgia. E7”.</p> <p>“Não conversei com nenhum enfermeiro do hospital ainda, porém com a médica senti segurança, mas estou com medo. E9”.</p> <p>“Não conversei com nenhum profissional nenhum enfermeiro, somente com a moça que faz agendamento e tô sentindo muito medo. E10”.</p> <p>“Estou insegurança. E11”.</p>

		<p>“Não sinto nenhuma segurança, a medica é novinha não tem experiência e o tratamento é seco e também nem vi o enfermeiro ainda. E18”.</p> <p>“Insegurança e medo. E23”.</p> <p>“Mal conversam, tô me sentindo mal atendido, a piora né... muita insegurança e medo. E24”.</p> <p>“Não conheci os enfermeiros e não conversei com nenhum, isso dá até medo. E33”.</p> <p>“Não conversei com ninguém. E34”.</p> <p>“Insegurança conversando sobre a cirurgia. E37”.</p> <p>“De primeiro momento me senti muito mal atendido, mas depois fui tratado melhor. E41”.</p>
	<p>EM DETRIMENTO DA APLICABILIDADE SAEP.</p>	<p>“Não, ninguém explicou a finalidade e como seria a cirurgia. E1”.</p> <p>“Não, ninguém explicou o procedimento. E3”.</p> <p>“Não. Teve orientação no momento do agendamento pela recepcionista. E7”.</p>

“Não, no hospital não teve orientação, porém no consultório médico houve. E9”.

“Não, ninguém explicou. E11”.

“Não, só falaram que o caso seria cirúrgico e ninguém explicou o procedimento. E19”.

“Não, ninguém explicou. E20”.

“Não, ninguém nunca falou o que seria, só sei que tô com pedra na vesícula. E21”.

“Não. E24; E25”.

“Não, nenhum profissional. E26”.

“Não, nenhum profissional de saúde falou nada. E27”.

“Sinto muita confiança no cirurgião, porém tenho muito medo em relação a equipe. E28”.

“Não, a médica indicou a cirurgia, mas não explicou e ninguém até agora. E29”.

“Não tive informação nenhuma, não conversei com ninguém daqui. E30”.

“Não, somente que eu iria fazer a retirada da vesícula. E32”.

“Não, perguntou se eu iria fazer cirurgia, nem sabendo o quem eu era. E33”.

“No hospital não, porém quando consultou no postinho teve. E34”.

“Não, ninguém explicou o procedimento, muito menos falou o nome da cirurgia. E36”.

“Não, porém o cirurgião a hora que viu os exames indicou a cirurgia. E37”.

		<p>“Não, somente disse que era caso de cirurgia, porém não explicou o procedimento. E38”.</p> <p>“Não, ninguém orientou. E39”.</p> <p>“Não ninguém. E40”.</p> <p>“Não, não houve nenhuma orientação. E41”.</p> <p>“Não, ele que procurou que iria fazer. E42”.</p> <p>“Não, nem sei que são os enfermeiros daqui. E45”.</p>
	<p>EFICÁCIA DA INTERAÇÃO COMUNICATIVA ENTRE ENFERMEIRO-PACIENTE.</p>	<p>“To sentindo que o atendimento está sendo muito rápido. E1”.</p> <p>“Atenção por parte dos enfermeiros. E6”.</p> <p>“Senti segurança pelas informações repassadas. E8”.</p>

“Senti que ouvindo a enfermeira falar, da sensação que minha cirurgia vai ser com mais atenção e estou ate aliviada, mas mesmo assim dá muito medo ainda. E14”.

“Fui bem recepcionada e teve agilidade no processo quando cheguei. E16”.

“Sinto tranquilidade e segurança. E19”.

“Sinto segurança e conforto por parte enfermeiros, porém to muito ansiosa e nervosa. E21”.

“Tranquilidade durante o atendimento. E22”.

“Senti confiança e segurança, ainda mais que já fiz uma cirurgia com o mesmo cirurgião. E26”.

“Senti confiança nas duas conversas que tive com a enfermeira, mesmo assim da medo. E29”.

“Senti acolhimento por parte deles. E32”.

		<p>“A vontade até, passou segurança. E35”.</p> <p>“Atenção por parte da equipe. E42”.</p> <p>“Senti confiança. E44”.</p>
	<p>EXPECTATIVAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.</p>	<p>“Um bom trabalho e capacitação. E1”.</p> <p>“Bom atendimento, que seja bons funcionários humanizados. E3”.</p> <p>“Não haver intercorrências pela capacidade deles. E4”.</p> <p>“Que trabalhe bem, para resolver o problema. E8”.</p> <p>“Não sei que possua destreza no que faz e capacidade de trabalho. E13”.</p> <p>“Que eu seja bem atendida. E14”.</p> <p>“Atendimento humanizado, e uma ótima conduta</p>

		<p>profissional. E16”.</p> <p>“Espero o melhor atendimento. E17”.</p> <p>“Que Deus ungiu as mãos deles. E18”.</p> <p>“Espero que Deus conduza todo o procedimento. E22”.</p> <p>“Um bom trabalho que sejam capazes. E24”.</p> <p>“Bom atendimento e que ocorra tudo bem, pois já tiven muitos traumas e estou refazendo sua cirurgia. E33”.</p> <p>“Que Deus use cada um para um melhor atendimento, agindo e abençoando. E35”.</p> <p>“Que eles façam o melhor, com o agir de Deus. E38”.</p>
	<p>FATORES BIOPSICO-SÓCIO-ECO-ESPIRITUAL QUE INFLUENCIAM O ESTADO EMOCIONAL DO PACIENTE CIRÚRGICO.</p>	<p>“Sim, gostaria de levar para o centro cirúrgico a bíblia. E4”.</p> <p>“Sim, levaria para cirurgia a mochila, pois ela me</p>

		<p>acompanha em todos os lugares que eu vou e entro, tenho ela há anos. E5”.</p> <p>“[...] senti falta de não ter acompanhante com isso dá uma insegurança e medo. E12”.</p> <p>“Sim, meu gato que é meu amigo, companheiro e que ele entrasse comigo no centro cirúrgico. E37”.</p> <p>“Sim, se pudesse levaria para minha cirurgia a imagem de Nossa Senhora Aparecida. E38”.</p> <p>“Sim, queria ta com meu terço. E45”.</p>
--	--	---

Quadro 1 - Apresentação dos discursos dos entrevistados.

5.2.1 Discussão dos discursos dos entrevistados diante do processo de comunicação na assistência pré-operatória de enfermagem

5.2.1.1 Função assistencial terapêutica

A função assistencial terapêutica do processo comunicativo do profissional enfermeiro e o paciente cirúrgico tem seu diferencial notado no período pré-operatório. Pois esse contato permite que o paciente se sinta integrado ao cuidado prestado, percebendo que sua condição cirúrgica é individual e que cada conduta de cuidado torna-se uma extensão do tratamento, seja físico ou emocional. Esta função é evidenciada pelas orientações realizadas no momento pré-cirúrgico, capaz de minimizar ou até mesmo sanar os conflitos emocionais que o período acarreta.

Ao analisar o discurso:

“[...] a enfermeira que agendou minha cirurgia, falou até o nome da operação, mas não sei fala porque é difícil, aí a gente fica até mais tranquila E2”.

Nota-se que a construção de uma orientação é baseada na comunicação efetiva entre enfermeiro e paciente, tornando instrumento de efetividade e humanização da assistência. Referindo-se a relação profissional-cliente, a comunicação deve ser eficaz para a viabilização de uma assistência individual e direcionada, porém essa interação não deve ser atribuída somente a diálogo de poder sobre a situação que está o paciente, mas também pela consideração de atitudes de empatia entre os envolvidos. (ORÍÁ et al., 2004).

Essas orientações realizadas pelo enfermeiro durante o período cirúrgico é advinda da SAEP, onde é iniciada pela visita pré-operatória, sendo uma atividade essencial do profissional Enfermeiro, sendo capaz de identificar agravos em relação ao cliente envolvido e proporcionar soluções e intervenções de enfermagem. (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

5.2.1.2 Instrumento de segurança ao paciente

A segurança à saúde dos pacientes hospitalizados tem seu início na interação com o cliente, onde o diálogo direcionado para a identificação do estado de saúde do indivíduo e as orientações preventivas pertinentes, como por exemplo, a investigação de alergias conhecidas pelo próprio paciente, ou até mesmo orientações direcionadas ao centro cirúrgico, em específico a não utilização de adornos.

Entre os participantes, 80% afirma que o profissional enfermeiro perguntou se o mesmo possuía algum tipo de alergia e 20% refere que não houve questionamento nesse quesito.

Foi possível deparar-se com duas falas distintas, sendo elas:

“Perguntaram se eu tinha alergia a algum remédio na recepção e no momento que chegou na clínica para internação. E1”.

“Não, ninguém perguntou, mas sou alérgica a sulfadiazina e piroxicam. E38”.

As reações alérgicas a medicamentos são conceituadas como um efeito indesejável a qualquer fórmula química, porém os erros relacionados às alergias conhecidas pelo próprio paciente são evitáveis desde momento da prescrição médica, no qual deve ser comunicado aos profissionais envolvidos. (CASSIANI, 2005).

Dessa forma, o conhecimento sobre as reações adversas de cada paciente é estabelecido somente com diálogo entre profissional e paciente, buscando sempre compreender as peculiaridades, assim evitar complicações e manter uma assistência segura.

De acordo com Raduenz et al. (2010), o cuidado de enfermagem para manter sua qualidade e segurança deve refletir na assistência ao paciente, pelo gerenciamento de risco em relação as medicações, cujo objetivo é prevenir complicações, por meio da comunicação entre a equipe médica e a interação com cliente, ocorrendo um repasse de informação efetivo para o paciente.

Por essa razão, o enfermeiro como profissional integrado de uma equipe multidisciplinar, tem sua função na administração de medicamentos uma atividade delicada e complexa, levando em consideração que esse processo possui várias

etapas, basicamente iniciando-se no momento da prescrição médica e finalizando-se pela administração através da equipe de enfermagem. Torna-se essencial o conhecimento do profissional sobre as informações referentes aos medicamentos e o histórico de utilização do paciente, tornando-se uma ferramenta de segurança e precaução. (CASSIANI, 2005).

A segurança do paciente cirúrgico também é alcançada por meio de orientações, como já citado, referente a utilização de adornos no centro cirúrgico, dessa maneira, essa orientação deve ser atividade efetiva do enfermeiro, sendo um dos pontos a serem abordados na visita pré-operatório conforme a SAEP.

Além disso, foi evidenciado que 77,77% por cento dos participantes não tiveram orientação quanto à retirada de adornos e somente 22,22% por cento tiveram.

Conforme os seguintes discursos:

“Nenhum profissional orientou eu tirar nada, a enfermeira nem falou comigo. E5”.

“Não houve orientação, mas pela experiência já vim sem nada, nem aliança. E16”.

A inovação de mecanismos tecnológicos em cirurgias é perpetuante, desde os tempos antigos. Um desses é o uso do eletrocautério, sendo basicamente um bisturi elétrico capaz de cauterizar o tecido que receberá a incisão. Todavia, até os dias atuais, apresenta riscos, dessa maneira, a equipe cirúrgica deve conhecer os possíveis agravos pela utilização desse mecanismo, para então elaborar medidas preventivas. (AFONSO et al., 2010).

O eletrocautério tem sua funcionalidade baseada na condução elétrica que possui sua dispersão em placas metálicas, tornando-se um risco para os envolvidos no procedimento transoperatório, principalmente se o paciente estiver portando qualquer objeto metálico, acarretando o desvio da condução da eletricidade, ocasionando lesões no indivíduo. (OKUBO et al., 2017).

A equipe médica deve estar ciente dos riscos da utilização de adornos metálicos, brincos, qualquer tipo de joias, pois pode se tornar um caminho alternativo da corrente de eletricidade, causando queimaduras, desta forma, todo profissional envolvido no processo cirúrgico deve entender a obrigatoriedade e

grande relevância de pedir para o cliente retirar todo objeto metálico. (AFONSO et al, 2010).

5.2.1.3 Sentimentos negativos relacionados ao processo operatório atribuído a falta de interação profissional

O sentimento negativo de cada ser humano geralmente é atribuído a experiências e situações adversas e desconhecidas, principalmente quando não são dispensadas as expectativas do indivíduo, no âmbito do atendimento de enfermagem pré-operatória. Em consequência, não é diferente verificar que, um dos fatores principais de queixas negativas em relação ao atendimento, é devido a um fato simples e essencial que é a interação entre profissional e cliente, ligada a recepção/acolhimento do paciente.

Conforme discurso:

“Não conversei com nenhum profissional nenhum enfermeiro, somente com a moça que faz agendamento e tô sentindo muito medo. E10”.

“Mal conversam, tô me sentindo mal atendido, a piora né... muita insegurança e medo. E24”.

O sentimento de insegurança geralmente é atribuído ao desconhecido. Mesmo diante de tanta evolução tecnológica e científica, o campo do processo cirúrgico ainda é capaz de tornar o ato anestésico-operatório uma simbologia de medos e incertezas. Isso acontece a partir do momento em que o paciente recebe a decisão médica cirúrgica, ele inicia um processo multifatorial de respostas em relação a toda assistência recebida, igualmente, se faz necessário à interação do enfermeiro e paciente para estabelecer diagnósticos e intervenções. Porém, a efetividade só é dada a partir do sentimento que o enfermeiro será capaz de despertar no indivíduo, contribuindo assim na qualidade e individualização da assistência de enfermagem prestada. (FRIAS et al., 2010).

É necessário evidenciar que, além dos medos, existem as dúvidas referentes ao processo cirúrgico que no paciente pode desenvolver resistências no atendimento, tanto no que se refere em interação quanto à exposição de seus

próprios sentimentos. Pois, sabe-se que existem pessoas que possuem tantos traumas e preocupações em sua vida, que acabam criando uma resistência na sua própria evolução, com isso, seguem todas as vivências com as sensações de raiva, medo, preocupação, ou até mesmo não querendo obter nenhum sentimento a respeito, se privando do próprio sofrimento já impregnado no pensamento, sem saber realmente os resultados. (BESERRA et al., 2014).

5.2.1.4 Em detrimento da aplicabilidade SAEP

A característica definidora da SAEP é sistematizar/individualizar a assistência operatória de um indivíduo, principalmente no que se refere enfatizar e reconhecer as peculiaridades multidimensionais de cada paciente. Porém, a sua efetivação é totalmente ligada à visita de enfermagem pré-operatória, sendo este o passo primordial para o reconhecimento do paciente, para então formular uma assistência efetiva. Se não houver a interação enfermeiro e paciente no período pré-operatório, a SAEP não tem aplicabilidade, sendo então, exercida de maneira errônea, sem alcance de resultados benéficos para os envolvidos, em questão, os pacientes cirúrgicos.

É evidente que, na dimensão atual de assistência a pacientes cirúrgicos, o enfermeiro está tornando sua atribuição falha, no reconhecimento do seu papel na formulação da assistência efetiva e segura ao paciente baseada na SAEP, de maneira, que se apresentar e estar disposto a colaborar com aquele momento, para que se torne o seu objetivo principal dentro do atendimento perioperatório. Na prática, esse momento é desfasado, causando danos a experiência dos indivíduos envolvidos no processo.

Quando questionados sobre o recebimento de orientações sobre a finalidade do procedimento cirúrgico o qual irá realizar, destaca-se que 44,44% dos entrevistados tiveram orientações operatórias com o profissional de Enfermagem e 55,55% dos envolvidos não tiveram nenhum tipo de orientação.

Foi possível obter os seguintes discursos:

“[...] perguntou se eu iria fazer cirurgia, nem sabendo o quem eu era. E33”.

“[...] nem sei que são os enfermeiros daqui. E45”.

Apesar de a visita operatória ser essencial e norteadora para o processo inicial de comunicação, também como subsídio primordial para o enfermeiro compreender e planejar a assistência perioperatória, ainda existe desfasamento por parte dos profissionais, que infelizmente não realizam essa atribuição. Muitos colocam como justificativa o não contato com o paciente cirúrgico, justificado pela alta carga de trabalho, altas demandas cirúrgicas, sobrecarga de trabalho ou até mesmo o próprio desconhecimento sobre o processo cirúrgico. (OLIVEIRA; MEDONÇA, 2014).

5.2.1.5 Eficácia da interação comunicativa entre enfermeiro-paciente

A identificação de satisfação de um atendimento médico hospitalar, em muitas situações, pode ser atribuída à comunicação efetiva entre profissional e paciente, assim como pela agilidade na prestação de serviços, cujo contentamento pode estar mais ligado a diminuição do tempo de espera.

Discursos:

“Senti confiança nas duas conversas que tive com a enfermeira [...]. E29”.

“Fui bem recepcionada e teve agilidade no atendimento quando cheguei. E16”.

Dentre as percepções de cuidados de enfermagem prestados na unidade de clinica cirúrgica, foi possível compreender a reação satisfatória dos participantes, referente à agilidade técnica por parte da equipe de enfermagem, como evidenciado na fala de muitos entrevistados. O bom atendimento pela rapidez nos primeiros cuidados - no que se refere a punções venosas e aferições de sinais vitais - torna-se uma percepção positiva referente ao cuidado prestado. (PIEXAK et al., 2016).

O conhecimento, de como um paciente avalia o atendimento de saúde prestado é de suma importância, de forma que esse procedimento incentiva a melhora do cuidado, porém a primeira visão que o paciente possui referente ao serviço de saúde está relacionada à maneira que teve acesso ao serviço prestado, em relação a procedimentos cirúrgicos. Pontos em destaque: se houve agilidade na programação cirúrgica, tornando desse modo a primeira reação de bom atendimento prestado; e, logo em seguida, está relacionado ao acolhimento que a equipe

demonstra sobre o mesmo, principalmente referente a ofertar todo recurso ali disponível no que se refere ao cuidado, tendo como ponto primordial a eficiência da prestação de serviço do profissional enfermeiro e sua demonstração de satisfação no trabalho. (LIMA et al., 2007).

Dentre aqueles que conversaram com o profissional de enfermagem: 33,33% sentiram-se seguros e confortáveis pela conversa; porém, em contrapartida, 20% tiveram sentimentos de insegurança e medo; 11,11% sentiram-se confortáveis; 11,11% não tiveram nenhuma conversa ou com contato com o enfermeiro, ocasionando maior sentimento de medo; 8,88% sentiram empatia por parte dos profissionais; 6,66% sentiram-se indiferentes, não tendo nenhum tipo de sentimento em relação a este contato; 4,44% relataram ter aumento de ansiedade e nervosismo; 2,22% sentiram indiferença; e por fim o mesmo percentual de 2,22% sentiu atenção por parte do profissional.

5.2.1.6 Expectativas da assistência de enfermagem perioperatória

As expectativas de cada pessoa são construções individualizadas, de acordo com sua cultura familiar e social, tendo como perspectiva motivadora de esperanças a crença religiosa ou de outro segmento. Ao direcionar expectativas na prestação de serviços de saúde, gera-se muitas vezes receio de alguma intercorrência. Dessa forma, a expectativa de indivíduo é voltada para a realização correta de técnicas e aperfeiçoamento científico, bem como o tratamento humanizado baseado na empatia. No âmbito do campo operatório não é diferente, os pacientes colocam todas suas expectativas na responsabilidade do profissional de saúde ou até mesmo direcionam suas esperanças positivas, em resposta divina, fortalecendo seu campo de fé pessoal.

Dentre as expectativas individuais dos participantes, 82,22% esperam a capacitação técnica dos profissionais e um atendimento humanizado durante todo o processo cirúrgico; seguido de 15,55% que põem suas expectativas no agir Deus, acreditando ser uma força maior e divina; e por fim 2,22% espera que não haja nenhuma intercorrência.

Conforme discursos:

“Que eles façam o melhor, com o agir de Deus. E38”.

“Atendimento humanizado, e uma ótima conduta profissional. E16”.

No decorrer do avanço tecnológico da assistência a saúde, os profissionais envolvidos em assistências médicas hospitalares começaram a objetivar a atenção científica dos sinais e sintomas, diminuindo o contato comunicativo em diversas ocasiões com o paciente, nisso o cuidado holístico começou ocupar segundo plano. Por consequência, foi necessário direcionar o cuidado humanizado - iniciado a partir de políticas públicas de implementação do SUS – em que é incentivado o profissional de saúde a resgatar a essência do atendimento, proporcionando o contato humanizado. (BARBOSA et al., 2013).

A expectativa de receber um cuidado humanizado vai muito além da atenção individualizada e planejada, está relacionada à vontade do paciente ser considerado único, tendo condições únicas e humanas, objetivando o bem estar e a valorização de suas características. Considerando a frequente evolução tecnológica, no âmbito da assistência a saúde, e o aumento das complexidades administrativas, o profissional enfermeiro acaba se distanciando do cliente, desfavorecendo o cuidado holístico do cliente, o que ocasiona uma decepção as expectativas de cada paciente. (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

Vale ressaltar que a partir do momento que um indivíduo entra como paciente em determinada unidade hospitalar/cirúrgica, além de esperar capacidade técnica e científica em seu atendimento, ele espera por parte dos profissionais envolvidos, atenção e empatia pelos seus anseios, principalmente em relação à equipe de enfermagem e enfermeiros que possuem maior tempo de acompanhamento. (AMTHAUER; FALK, 2014). Portanto, o modo para alcance satisfatório do atendimento para cada cliente é possibilitar uma assistência integral e que seja capaz de estabelecer uma comunicação afetiva, capaz de proporcionar confiança e tranquilidade para seus medos, facilitando assim a eficácia de todo atendimento hospitalar.

A espiritualidade é outra expectativa subjetiva do ser humano, em que muitos colocam todo o processo saúde-doença acerca da convicção de respostas espirituais com intuito de evolução, tornando a espiritualidade uma reação à situações desconhecidas em questões relacionadas à assistência perioperatória.

A espiritualidade tem por finalidade conceber todas as expectativas interiores, são consideradas uma resposta humana, desde a década de oitenta, quando a NANDA começou a considerar como um dos focos da atenção profissional da enfermagem. (SILVA; AQUINO; SILVA, 2016).

Por sua vez, alguns pacientes têm suas expectativas relacionadas aos aspectos técnicos científicos da assistência, colocando como linha de pensamento central que não haja nenhuma intercorrência.

5.2.1.7 Fatores biopsico-sócio-eco-espiritual que influenciam o estado emocional do paciente cirúrgico

O direcionamento de uma assistência à saúde de um paciente deve ser elaborado de acordo com as características familiares, sociais, psicológicas, ecológicas e espirituais de cada, ou seja, uma multidimensionalidade eminente que é capaz de interferir diretamente no estado de saúde do mesmo, ou até evidenciar necessidades que podem intervir na recuperação de cada cliente. Em muitas circunstâncias, ocorrem vontades ocultadas que abalam o estado emocional do cliente.

Necessário destacar as seguintes falas:

“Sim, gostaria de levar para o centro cirúrgico bíblia. E4”.

“[...] senti falta de não ter acompanhante com isso dá uma insegurança e medo. E12”.

“Sim, queria ta com meu terço. E45”.

Foi constatado que 20% dos entrevistados apresentavam o desejo de estar munido de objetos familiares que repassassem sensação de calma. Interessante ressaltar que maioria daqueles que tinham a vontade de estar com seus amuletos estão relacionados a apegos religiosos, sendo: cinco (5) gostariam de levar a bíblia para a mesa cirúrgica; Um (1) a imagem de nossa Senhora Aparecida; Outro entrevistado gostaria de estar com o terço durante toda cirurgia.

Houve também um entrevistado que possui um apego estimável a uma mochila que conforme relato a seguir explicaria o motivo dele querer a mochila no momento da operação:

“Sim, a Mochila, pois ela me acompanha em todos os lugares que eu entro e tenho ela há anos. E5”.

Dentre os objetos referidos teve um desejo um pouco inusitado, onde o entrevistado intitulado como E37, desejava a presença de um gato de estimação, tendo o seguinte relato:

“Estou me sentindo com muita ansiedade e nervosismo, até confusa para falar a verdade, queria mesmo era que meu gato estivesse aqui, ele é meu único amigo, companheiro e teria vontade dele entrar no centro cirúrgico comigo”.

Foi possível analisar que todos esses entrevistados que gostariam de ter determinado amuleto no período transoperatório, estava sentindo como sentimento comum, o medo, ansiedade ou nervosismo. Notando então que essa necessidade de aproximação com objetos familiares era para tentar suprir a reação de estranheza com o âmbito incomum que o período cirúrgico carrega, sendo necessário o reconhecimento por parte do enfermeiro que aquele objeto tem importância no ciclo multidimensional que o indivíduo está inserido.

Proporcionando um ponto de reflexão para os profissionais envolvidos na assistência, em referência, os enfermeiros, onde deve levar em consideração a vulnerabilidade humana para possibilitar um reconhecimento do sofrimento que o indivíduo está passando e suas relações que proporciona maior amparo, possibilitando dessa forma o cuidado integral desse paciente, de maneira, que reconhecer e levar em consideração seus desejos se torne uma ferramenta assistencial. (BESERRA et al., 2014).

Por fim, necessário destacar que a restrição de entrada de objetos estranhos na sala do ato anestésico-cirúrgico é objetiva e clara, principalmente por sua questão primordial, que é evitar contaminação bacteriana no processo cirúrgico, dessa maneira, o conhecimento da vontade individual de cada indivíduo em querer um amuleto pessoal é necessária para estabelecer estratégias de intervenções, mas, no entanto, não é aceitável e regulamentada a entrada destes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que, a comunicação no âmbito da assistência à saúde é essencial em todos os aspectos, desde a assistência direta ao paciente, quanto indiretamente no planejamento interno de intervenções, fica evidente a necessidade do contato comunicativo para estabelecer uma assistência segura e humanizada, utilizando-a não somente como uma relação interpessoal profissional, mas também, como uma ferramenta terapêutica capaz de garantir a atenção holística tão comentada nos tempos atuais.

A compreensão biopsico-socio-eco-espiritual é baseada em uma abrangência multifatorial, interferindo diretamente no estado geral de saúde do paciente, podendo ser de maneira benéfica ou até mesmo contrária. Tal condição é ilustrada quando nos referimos ao indivíduo como ser multidimensional, devemos levar em consideração que a resposta de compreensão daquela assistência a saúde, pode estar relacionada à dimensão fatorial que ele está inserido, ou seja, aspectos socioeconômicos, culturais e religiosos proporcionam compreensões individuais distintas.

Dessa forma, foi possível compreender que os fatores sociais e econômicos interferem diretamente no estado de saúde, e conseqüentemente, na diminuição da procura por meios preventivos e curativos de assistência à saúde.

Assim, o processo de comunicação entra como diferencial na assistência de enfermagem, contribuindo para construção de um olhar holístico sobre o paciente, considerando não somente o estado fisiopatológico que o mesmo está, mas os fatores que estão contribuindo ou associados ao estado de saúde.

Quando identificamos os pontos de intervenções pelo contato com paciente cirúrgico, podemos elaborar uma assistência respaldada e cientificamente direcionada ao cliente, possibilitando assim, intervenções de enfermagem individualizadas, sejam elas de aspecto fisiológico, emocional ou ambiental.

Porém, quando nos deparamos com os achados dessa pesquisa, onde 44,44% dos entrevistados tiveram orientações de enfermagem e que 55,55% não tiveram nenhum tipo de orientação, podemos levar em consideração que o cuidado de enfermagem pode estar sendo focado em um modelo tecnicista, onde a agilidade

do atendimento prevalece, podendo estar relacionada a uma vigência institucional obsoleta que não preza pelo cuidado integral.

É válido destacar que frequentemente, essa visão técnica e objetiva também pode estar partindo dos profissionais enfermeiros, que infelizmente, tem suas atualizações científicas deficientes, implicando significativamente na efetividade da assistência.

No entanto, foi possível identificar que existem falhas na interação entre enfermeiro-cliente que repercutem diretamente no estado bio-psico-socio-eco-espiritual do paciente. Concluindo então que a comunicação é diferencial para elaboração da assistência de enfermagem, e que infelizmente a sua não efetivação causa o detrimento da SAEP, sendo comprovado pelos sentimentos de frustrações, medo, ansiedade e insegurança ocasionados frequentemente pelo processo cirúrgico.

Dessa forma, é justo, proporcionar a propagação que a consideração holística de um indivíduo envolvido em processo cirúrgico e a efetivação do processo de comunicação, contribui para o alcance de uma assistência segura e direcionada, colaborando para a evolução clínica e recuperação anestésica do indivíduo cirúrgico.

Confirmando a necessidade da elaboração de políticas institucionais direcionadas a compreensão multidimensional do indivíduo e treinamentos referentes aos processos de comunicação, além da necessidade de programas de educação continuada a fim de reforçarem a obrigatoriedade da execução da assistência de enfermagem perioperatória, por parte dos enfermeiros, com intuito de fortalecer a aplicabilidade da visita pré-operatória, conseqüente à efetivação da SAEP, deixando mais ameno esse campo “desconhecido” que é o centro cirúrgico para o paciente.

Dentro dessa perspectiva, é válido compreender que o presente estudo possibilitou a compreensão da grande dimensão terapêutica que a comunicação permite na assistência de enfermagem pré-operatória, evidenciando a necessidade de uma interação comunicativa e integral durante visita pré-operatória de enfermagem, sendo uma atribuição obrigatória e exclusiva do profissional enfermeiro.

REFERÊNCIAS

AFONSO et al. Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. **ABCD Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**, v. 23, n. 3, 2010. p.183-186. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01026720201000030001>. Acesso em: 09 Out. 2017.

ALMEDINA. **Análise de conteúdo**. Disponível em: <http://www.almedina.net/catalog/product_info.php?products_id=4337>. Acesso em: 23 Out. 2017.

AMTHAUER, Camila; FALK, João Werner. O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 10, 2014. p. 54-59. Disponível em: <<http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1386>>. Acesso em: 28 Set. 2016.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Editora FIOCRUZ, 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 5, p.1192-1197. Maio, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/32.pdf>>. Acesso em 19 Nov. 2016.

ARAÚJO, Suzana Valéria Nogueira; HENRIQUE, Suzane Souza. Visita de enfermagem pré-operatória com finalidade educativa para o procedimento cirúrgico. **Comunicação Ciências e Saúde**, v. 23, n. 4, 2012. p. 297-304. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2012Vol23_4_2_VisitaEnfermagemPrOperat%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: 28 Set. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTESICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas Recomendadas Sobecc**. 6. Ed. Rev. e atual. São Paulo-SP, 2013.

BARBOSA, Andreia Cristina; TERRA, Fabio Souza; CARVALHO, João Batista Vieira. Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, set/out, 2014. p. 699-704. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a19.pdf>>. Acesso em: 28 Set. 2016.

BARROS et al., Ana Lúcia Bottura. **Anamnese e exame físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2.ed.-Porto Alegre: Artmed, 2010. 440p.

BESERRA, Eveline Pinheiro; OLIVEIRA, Fernanda Caledonio; RAMOS, Islane Costa; Moreira, Rui Verlaine; ALVES, Maria Dalva Santo; BRAGA, Violante Augusta. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.18.n.1. Jan-Mar 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0175.pdf>>. Acesso em: 28 Set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Secretaria Executiva; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf>. Acesso em: 26 Out. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 abr. 2016. 2016. p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 18 Nov. 2017.

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 19-38. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>>. Acesso em 17 Nov. 2017.

CASSIANI Silvia Helena Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, jan./fev., 2005. p. 95-9. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19>. Acesso em: 10 de Out. 2017.

CHRISTÓFORO, Berendina Elsinia Bouwman; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; CARVALHO, Denise S. Relacionamento enfermeiro paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 1, jan./abr, 2006. p. 56-60. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5977>>. Acesso em: 26 Set. 2016.

COSTA, Veridiana Alves de Sousa; SILVA, Sandra Cibelly; LIMA, Vivian Caroline. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH** vol.13 n.2, Rio de Janeiro - Julho/dez. – 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582010000200010>. Acesso em 24 Out. 2016.

CRESPO, Antônio Arnot. **Estatística fácil**. 19.ed. Atual- São Paulo; Saraiva, 2009.

FREIBERGER, Mônica Fernandes; MUDREY, Ericléa Schamber. A importância da visita pré-operatória para sistematização da Assistência de enfermagem perioperatória. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 2, n. 2, mai./out., 2011. p. 1-26. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/viewFile/96/72>>. Acesso em: 28 Set. 2016.

FREITAS, Fernanda Duarte Silva; FERREIRA, Márcia Assunção. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, mar./abr., 2016. p. 282-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0282.pdf>>. Acesso em: 28 Nov. 2016.

FRIAS, Thaís Falcão Pereira; COSTA, Cristiane Maria Amorim; SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. **REME, Rev. Min. Enferm.** v. 4. N.3. 2010:345-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S00347167201400040056800005&lng=en>. Acesso em: 28 Set. 2016.

GONÇALVES, Thiago Franco; MEDEIROS, Veronica Cecília Calbo. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 1, jan./mar., 2016; p. 22-27. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5570.pdf>>. Acesso em: 02 Out. 2016.

HADDAD, Sérgio; SIQUEIRA, Filomena. Analfabetismo entre jovens e adultos no Brasil. **Revista Brasileira de Alfabetização**, Vitória – ES, v. 1, n. 2, jul./dez., 2015. p. 88-110. Disponível em: <http://abalf.org.br/revistaeletronica/index.php/rabalf/article/view/81/64>. Acesso em: 25 Set. 2017.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi (Orgs.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015-2017** / [NANDA Internacional]; Porto Alegre: Artmed, 2015. 468 p.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural.**, v.43, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032005000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 Nov. 2017.

LEMOS, Rejane Cussi; JORGE, Livia Loami; ALMEIDA, Ludmila Santiago; CATRO, Ana Carolina. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n. 2, 2010 p. 354-9. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>>. Acesso em: 28 Nov. 2016.

LIMA, Maria Alice Dias Silva; RAMOS, Donatela Dourado; ROSA, Raquel Borba; NAUDERER; Tais Maria; DAVIS, Roberta.. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2007. p. 12-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a03v20n1>>. Acesso em: 13 Out. 2017.

LOPES, Manuela Nunes. DELLAZZANA-ZANON, Leticia Lovato. Boeckel, Mariana Gonçalves. A Multiplicidade de Papéis da Mulher Contemporânea e a Maternidade Tardia. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia** – 2014, Vol. 22, nº 4, p. 917-928. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2888/>>. Acesso em: 09 de Out. 2017.

MAFETONI, Reginaldo Roque; HIGA, Rosângela; Bellini, Nara Regina. Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. **Rev. Rene, Fortaleza**. v.12. n.4. 2011 out/dez; 859-65. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a25v12n4.html>. Acesso em: 30 Set. 2016.

MORAIS, Gilvânia Smith Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo; FONTES, Wilma Dias; CARNEIRO, Alan Dionizio. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul. Enferm.** v. 22. n.3. 2009; 323-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3>>. Acesso em: 19 Nov. 2016.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane; BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Alacoque Lorenzini. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm.** v.42. n.4. USP 2008; 643-8. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 06 Nov. 2016.

NOVAES, Elsiene Soares; TORRES, Maricy Morbin; OLIVA, Ana Paula. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, 2015. p. 26-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>>. Acesso em: 28 de Set 2016.

OKUBO, Caroline Vieira Claudio; RIBEIRO, Renata Perfeito; MARTINS, Julia Trevisan; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Hidrocarbonetos policíclicos aromáticos: correlação entre tempo de uso do eletrocautério e tempo cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**. V. 22. 3: e50115, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2017/07/50115-212395-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 de Out. 2017.

OLIVEIRA, Cibele Roso; TRAESEL, Elisete Soares. A Mulher, No Trabalho E Vida Familiar: A Conciliação De Diferentes Papéis Na Atualidade. **Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde**. Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 149-163, 2008. ISSN 2177-3335. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/943/886>. Acesso em 25 de Set. de 2017.

OLIVEIRA, Marly Maria; MENDONÇA, Katiane Martins. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 3, jul./set., 2014. p. 164-172. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/109>. Acesso em: 28 Set. 2016.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf. Acesso em: 25 Set. 2017.

PESSINI, Léo. **Espiritualidade e a arte de cuidar**: o sentindo da fé para a saúde. 2. ed. São Paulo: Editora: Paulinas, 2011.

PIEXAK, Diéssica Roggia; FERREIRA, Carla Lizandra Lima; TERRA, Marlene Gome; DIRCE, Stein Backes; BARLEM, Jamila Geri Tomaschewski; ILHA, Silomar. Cuidado de enfermagem em unidade de internação cirúrgica: percepção dos pacientes. **Jornal Residência: Fundamentos em Care**, v. 8, n. 1, jan./mar, 2016. p. 3624-3632. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3596/pdf_176. Acesso em: 27 Set. 2016.

POSSARI, J.F. **Centro Cirúrgico**: Planejamento, Organização e Gestão. 5. Ed. São Paulo: Iátria, 2011.

RADUENZ, Anna Carolina; HOFFMANN, Priscila; RADUNZ, Vera; DAL SASSO Grace Teresinha Marcon; MALISKA, Isabel Cristina Alves; MARCK, Patrícia Beryl. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, nov./dez., 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02>. Acesso em: 10 Out. 2017.

ROCHA, Elias Marcelino; MEDEIROS, Alice Dorothy Ligeiro; RODRIGUES, Kaique Saimon Lemes Farias; CRUZ, Jefferson Pereira Maciel; SIQUEIRA, Marcelo Fermanian Catunda; FARIAS, Elias Franco Neves; LEMES, Alisséia Guimarães. A política nacional de saúde do homem e os desafios de sua implementação na atenção primária à saúde. Interdisciplinar: **Revista Eletrônica da UNIVAR**, v. 15, n. 1, 2016. p. 43-48. Disponível em: <<http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/476/394>>. Acesso em: 25 Set. 2017.

RONDÔNIA. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Rondônia- CIB/RO. **Resolução Nº087/CIB/RO**. Aprovar a conformação das 07 (sete) Regiões de Saúde do Estado de Rondônia. Anexo I da Resolução nº 087 de 08 de maio de 2014. Disponível em: <http://www.diop.ro.gov.br/data/uploads/2014/07/DOE_-_01-07-2014.pdf>. Acesso em 24 Fev. 2017.

SANTOS, Iraci; CALDAS, Célia Pereira; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; GAUTHIER, Jacques; FIGUEIREDO, Nêbia Maria. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan/mar, 2012. p. 9-14. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a02.pdf>>. Acesso em: 28 Set. 2016.

SENA, Adnairdes Cabral; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; MAIA, Ana Rosete. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, n. 34, v. 3, 2013. p. 132-137. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 Set. 2016.

SILVA, João Bernardino; AQUINO, Thiago Antônio Avellar; SILVA, Aline Franco. As relações entre espiritualidade e cuidado segundo as concepções de estudantes de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, 10(3):1029-37. Ano: Março-2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7152/pdf_9848. Acesso em: 13 de Out. 2017.

SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. Editora: Gente-São Paulo, 1996.

SILVA, Waldine Viana; NAKATA, Sumie. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58. n. 6, nov-dez, 2005. P. 673-679. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf>>. Acesso em: 25 Set. 2016.

SMELTZER, Suzanne. Brunner Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**/ Suzanne C. Snektzer; Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Marcia Tereza Luz Lisboa; Tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. –Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 10^o Edição. Vol 1.

SOUZA, Luciana Roberto; SOUZA, Maria Aparecida Guerreiro; PINTO, Adriana da Silva; CORTEZ, Elaine Antunes; CARMOS, Thalita Gomes; NASCIMENTO, Rogéria Maria. Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. **Rev. Pesquisa Cuidados Fundamentais (Online)**. v.2. n.2. 2010; 797-806. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/522/pdf_18>. Acesso em 28 Nov. 2016.

STEFANELLI, Maguida Costa. CARVALHO, Emilia Campos. **A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem**. Baueri-SP: Manole, 2005.

SURIANO, Maria Lúcia Fernandez; LOPES, Daniela Cristina Fonte; MACEDO, Giselle Pinto Oliveira; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene; BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite. Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. **Acta Paul Enfermagem 2009;22(Especial - 70 Anos)**:928-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700016. Acesso em: 26 de Set de 2017.

TESSER, Evelin. **Reflexões sobre diálogo–sob efeito da clínica de linguagem com afásicos**. 2007. Tese de Mestrado. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/13896/1/evelin.pdf>>. Acesso em: 22 Set. 2016.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; PINHEIRO, Rejane; BRITO, Alexandre. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6)**; 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10721>. Acesso em 27 de Set de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A- DADOS SOCIOECONÔMICOS

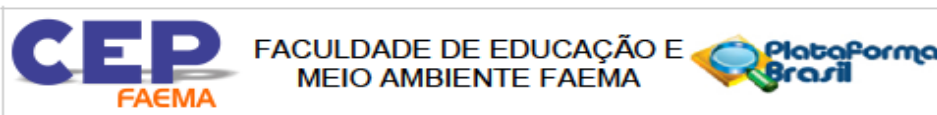
Qual sua idade?	<input type="checkbox"/> 18 a 30;	<input type="checkbox"/> 31 a 41;	<input type="checkbox"/> 42 a 52;	<input type="checkbox"/> 52 a 62;	<input type="checkbox"/> 63 a 70;	<input type="checkbox"/> 71 a 80;
Qual o seu gênero?	<input type="checkbox"/> feminino		<input type="checkbox"/> masculino		<input type="checkbox"/> indefinido	
Qual sua escolaridade?	1 grau completo <input type="checkbox"/>	1 grau incompleto <input type="checkbox"/>	fundamental completo <input type="checkbox"/>	fundamental incompleto <input type="checkbox"/>	sem escl. <input type="checkbox"/>	
Você trabalha?	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não		
Você possui a responsabilidade de manter financeiramente sua casa e família?	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não		
Qual é o tipo de moradia que reside?	<input type="checkbox"/> própria		<input type="checkbox"/> aluguel		<input type="checkbox"/> outros	
Possui alguma crença religiosa?	<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não		

APÊNDICE B- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

Você teve orientações de algum profissional de saúde (enfermeiro), sobre a finalidade do procedimento cirúrgico o qual irá fazer?
Algum profissional de saúde (enfermeiro) perguntou se você possui alergia de algum tipo de medicamento?
Teve orientação quanto à retirada de adornos?
Qual sentimento você sentiu no momento em que a equipe te recepcionou na unidade de clínica cirúrgica?
O que você espera da equipe de enfermagem durante seu atendimento perioperatório?
O que você sente conversando com os enfermeiros responsáveis pelo seu cuidado?
Você possui algum amuleto ou objeto que proporciona a sensação de proteção? Gostaria de tê-lo durante o processo cirúrgico?

ANEXO

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de comunicação como diferencial na multidimensionalidade da assistência de enfermagem perioperatória.

Pesquisador: Thays Dutra Chiaratto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67361417.2.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.042.258

Apresentação do Projeto:

O projeto busca identificar através do preenchimento de dois formulários sendo um socioeconômico e o outro roteiro semiestruturado a influência do processo de comunicação como diferencial na assistência de enfermagem pré-operatória, proporcionando melhorias na assistência em todo o processo cirúrgico.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Identificar a influência do processo de comunicação como diferencial na assistência de enfermagem pré-operatória considerando o paciente cirúrgico como um indivíduo biopsico-sócio-eco-espiritual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

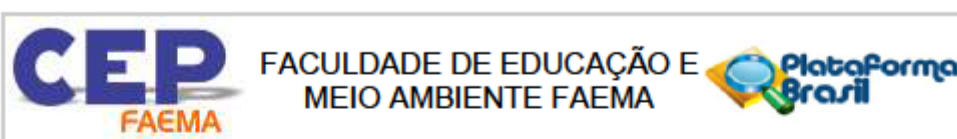
Discorrer sobre comunicação e sua função terapêutica no período pré-cirúrgico;

Relacionar a comunicação ao processo de sistematização da assistência de enfermagem pré-operatória, considerando o indivíduo biopsico-sócioeco-espiritual.

Identificar o processo de comunicação estabelecido durante a assistência de enfermagem pré-cirúrgica, ao indivíduo biopsico-sócio-eco-espiritual.

Relacionar os dados obtidos ao processo de sistematização da assistência de enfermagem pré-

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C
Bairro: SETOR 06 **CEP:** 78.932-125
UF: RO **Município:** ARIQUEMES
Telefone: (69)3536-6600 **E-mail:** cep@faema.edu.br



Continuação do Parecer: 2.042.258

operatória com visão multidimensional e suas implicações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade com a resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de suma importância pois quer mostrar que o processo de comunicação é uma importante ferramenta terapêutica ao paciente cirúrgico, proporcionando cuidados direcionados e sistematizados, capazes de proporcionar melhorias físicas e emocionais e recuperativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após leitura do projeto e verificação dos termos os mesmos encontram -se em conformidades as normativas do CEP.

Recomendações:

Acrescentar na metodologia riscos e benefícios da pesquisa aos pesquisados.

No decorrer do projeto só é cuidado roteiro semiestruturado e não a fala sobre o APÊNDICE A- DADOS SOCIOECONOMICO acrescentar o uso deste no projeto ou a retirada deste.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

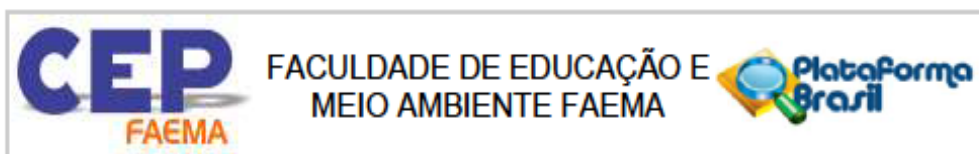
Todos requisitos em conformidade com a resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_878757.pdf	18/04/2017 23:41:03		Aceito
Outros	cartacorigida.pdf	18/04/2017 23:40:11	NATIELE KAROLAYNE FONSECA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projcep.pdf	12/04/2017 13:59:53	NATIELE KAROLAYNE FONSECA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle.pdf	04/04/2017 23:26:49	NATIELE KAROLAYNE FONSECA DA SILVA	Aceito

Endereço: Avenida Machado, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C
 Bairro: SETOR 06 CEP: 78.932-125
 UF: RO Município: ARIQUEMES
 Telefone: (69)3536-6600 E-mail: cep@faema.edu.br



Continuação do Parecer: 2.042.258

Ausência	tele.pdf	04/04/2017 23:26:49	NATIELE KAROLAYNE FONSECA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/04/2017 23:13:05	NATIELE KAROLAYNE FONSECA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	04/04/2017 23:10:50	NATIELE KAROLAYNE FONSECA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARIQUEMES, 02 de Maio de 2017

Assinado por:

**Vera Lúcia Matias Gomes Geron
(Coordenador)**

Endereço: Avenida Machado, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06 CEP: 78.932-125

UF: RO Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br