



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA CLARA CATIVO GUEDES

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
COLECISTECTOMIA: visão dos Enfermeiros que atuam no Hospital
Municipal de Itaituba**

Itaituba, PA

2019

ANA CLARA CATIVO GUEDES

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
COLECISTECTOMIA: visão dos Enfermeiros que atuam no Hospital
Municipal de Itaituba**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Adriano de Aguiar Coutinho

Itaituba, PA
2019

Guedes, Ana Clara Cativo.

Cuidados de enfermagem no pré-operatório de colecistectomia: visão dos enfermeiros que atuam no Hospital Municipal de Itaituba / Ana Clara Cativo Guedes. Itaituba: FAI, 2019.

60 f.

Orientador: Adriano de Aguiar Coutinho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2019.

1. Enfermagem. 2. Pré-operatório. 3. Cirurgia. I. Orientador: Coutinho, Adriano de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2019.

ERRATA

GUEDES, Ana Clara Cativo. **Cuidados de enfermagem no pré-operatório de colecistectomia:** visão dos enfermeiros que atuam no Hospital Municipal de Itaituba. Itaituba: Faculdade de Itaituba, 2019.

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
17	18	Até o início do século XVI eram os médicos, os profissionais responsáveis por praticarem os poucos procedimentos cirúrgicos existentes, os quais eram em sua grande maioria do tipo emergenciais. Mais tarde, foram pessoas menos qualificadas, que passaram a ser responsáveis por tais procedimentos, sendo que estas eram denominadas de barbeiros (HOLLINGHAM, 2011).	Desconsiderar (parágrafo repetido).

ANA CLARA CATIVO GUEDES

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
COLECISTECTOMIA: visão dos Enfermeiros que atuam no Hospital
Municipal de Itaituba**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Adriano de Aguiar Coutinho

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Esp. Adriano de Aguiar Coutinho

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de _____ de 2019.

Dedico esse trabalho a Deus e família

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, guia presente nas horas de angústia, por tudo que ele me possibilitou e todas as vitórias conquistadas até aqui.

Agradeço ao meu padrasto Carlos Alberto, a minha Mãe Vilma Guedes, a minha filha Anna Luiza, esposo e sogra por terem me apoiado nas decisões, muitas vezes difíceis que tive que tomar, agradecer por terem acreditado na minha capacidade e principalmente por terem confiado em mim.

Agradeço as minhas amigas Valeria Menezes e Rainice Sousa (babá), pois essas possuem grande parcela de contribuição na minha graduação.

Agradeço a todos os professores, por todo conhecimento que foi repassado até aqui. Ao meu orientador Adriano de Aguiar Coutinho, o qual me ajudou na construção desse trabalho.

Agradeço a Faculdade de Itaituba, por ter proporcionado a realização do sonho de conseguir cursar enfermagem e a prefeitura de Itaituba por ter me possibilitado ganhar a bolsa de estudos para o curso.

“Devemos ser a enfermagem que queremos ter”

Marislei Espíndula Brasileiro

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo a respeito dos cuidados de enfermagem no pré-operatório de colecistectomia, trazendo uma visão dos enfermeiros que atuam no hospital municipal de Itaituba. O estudo possui como objetivo, identificar a visão dos enfermeiros do HMI sobre os cuidados de enfermagem no período pré-operatório de colecistectomia, demonstrar qual a importância da enfermagem no pré-operatório, entender quais as principais dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem, além de expor os principais cuidados de enfermagem realizados tanto, os voltados para os aspectos biológicos, quanto para os aspectos emocionais. A metodologia usada foi do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, onde se realizou a aplicação de um questionário aos profissionais que faziam parte da equipe de enfermagem. Evidenciou-se que todos os enfermeiros acreditam que os cuidados de enfermagem contribuem de maneira positiva no pré-operatório, seja contribuindo para diminuição do medo e ansiedade, seja para a segurança do paciente. Em relação aos cuidados de enfermagem, foram citados jejum, controle dos sinais vitais, higiene e esclarecimento de dúvidas, além de outros. Metade dos profissionais afirmou não fazer o uso da SAE, enquanto metade o faz, porém de maneira informal. Os diagnósticos mais prevalentes são aqueles voltados para os aspectos emocionais do cliente e as prescrições também estão voltadas para tal fato. A família e os pacientes são mantidas sempre informados, a principal dificuldade está relacionada a ansiedade vivenciada pelo paciente e a dificuldade de adesão ao jejum. Os enfermeiros em geral são preparados para atuar nos cuidados pré-operatório por meio de estudos da literatura científica e cursos e treinamentos que o capacitam para tal atribuição. As melhorias que poderiam ser postas em prática, se referem a uma melhor estrutura hospitalar, além de disponibilidade de capacitações e equipe multiprofissional. Além do enfermeiro, técnicos de enfermagem, nutricionista, médico cirurgião, psicólogo e assistente social fazem orientações ao paciente. Indica-se que novos estudos sejam posteriormente realizados visando levantar melhorias que possam ser implementadas como forma de melhorar o processo de cuidados pré-operatórios promovidos pelo enfermeiro.

Palavras – Chaves: Enfermagem. Pré-operatório. Cirurgia. Colecistectomia.

ABSTRACT

This paper is about a study about nursing care in the preoperative cholecystectomy, bringing a vision of the professionals who work in the municipal hospital of Itaituba. The objective of this study is to identify the view of the HMI nurses on the nursing care in the preoperative period of cholecystectomy, to demonstrate the importance of the preoperative nursing, to understand the main difficulties encountered by the nursing team, besides to expose the main nursing care carried out, both for the biological aspects and for the emotional aspects. The methodology used was descriptive, with a qualitative approach, where a questionnaire was applied to professionals who were part of the nursing team. It was evidenced that all nurses believe that nursing care contributes positively in the preoperative period, either contributing to decrease fear and anxiety, or to patient safety. Regarding nursing care, fasting, vital signs control, hygiene and clarification of doubts, as well as others, were cited. Half of the professionals said they did not use SAE, while half did, but in an informal way. The most prevalent diagnoses are those focused on the emotional aspects of the client and the prescriptions are also directed towards that fact. The family and patients are always kept informed, the main difficulty is related to anxiety experienced by the patient and the difficulty of adherence to fasting. Nurses in general are prepared to work in preoperative care through studies of the scientific literature and courses and training that enable them to do so. The improvements that could be put into practice refer to a better hospital structure, besides the availability of training and multiprofessional team. In addition to the nurse, technicians and nursing, nutritionist, medical surgeon, psychologist and social worker give guidance to the patient. It is indicated that further studies are carried out subsequently to raise improvements that can be implemented as a way to improve the process of preoperative care promoted by the nurse.

Keywords: Nursing. Preoperative. Surgery. Cholecystectomy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - lustração de trepanação sendo realizada.....	17
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Contribuições dos cuidados pré-operatório para cirurgia de colecistectomia.....	37
Quadro 2 - Cuidados no pré-operatório.....	38
Quadro 3 - Aplicação da SAE no Pré-operatório de colecistectomia.....	40
Quadro 4 - Principais diagnósticos de enfermagem no Pré-operatório de colecistectomia.....	41
Quadro 5 - Principais prescrições de enfermagem no Pré-operatório de colecistectomia.....	43
Quadro 6 - Costuma manter a família e o paciente informados durante o pré-operatório de colecistectomia.....	44
Quadro 7 - principais dificuldades encontradas durante o pré-operatório de colecistectomia.....	45
Quadro 8 - Como o enfermeiro é preparado para o pré-operatório de colecistectomia.....	47
Quadro 9 - Melhorias que podem ser disponibilizadas pelo hospital.....	49
Quadro 10 - Outros profissionais que fazem orientações no pré-operatório, além dos enfermeiros.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HMI - Hospital Municipal de Itaituba

PA - Pressão Arterial

CC - Centro Cirúrgico

TVP - Trombose Venosa Profunda

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

SUS - Sistema Único Saúde

SESP - Serviços de Saúde Pública

SAE - Sistematização da Assistência de enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	HISTÓRIA DA CIRURGIA	17
2.2	PROCESSO CIRÚRGICO	27
2.3	COLECISTECTOMIA	33
3	METODOLOGIA	36
3.1	TIPO DE ESTUDO	36
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO	36
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
3.4	COLETA DE DADOS	37
3.5	ANALISE DOS RESULTADOS	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICE A	61
	APÊNDICE B	62

1 INTRODUÇÃO

A Colectistectomia é uma das cirurgias mais realizadas nos dias atuais e é considerada como segura em relação a ocorrência de complicações e mortalidades, uma vez que a prevalência deste tipo de ocorrência é baixa. A mesma consiste na retirada da vesícula biliar e pode ser realizada por meio de uma cirurgia clássica, onde se realiza uma incisão no quadrante superior abdominal, ou por meio da videolaparoscopia, sendo este um método cada vez mais utilizado devido a sua praticidade e número de complicações reduzidas (SANTOS *et al.*, 2008).

Assim como em outros tipos de cirurgia, ao se realizar uma colectistectomia são necessários cuidados especiais, tanto no momento que antecede a cirurgia, durante a cirurgia e após o término da cirurgia. Tais cuidados são executados em sua maioria pela equipe de enfermagem (CASTRO *et al.*, 2014).

Quando um paciente é submetido a qualquer tipo de procedimento cirúrgico, existe um momento denominado de pré-operatório. Como é possível deduzir, este é o momento que antecede a realização do procedimento cirúrgico, onde o paciente recebe uma série de cuidados específicos (FELÍCIO *et al.*, 2017).

No período pré-operatório são realizados cuidados iniciais ao paciente, são dadas informações para o paciente e para a família a respeito da cirurgia que irá acontecer. O cuidado pré-operatório deve ser realizado de maneira humanizada, onde o enfermeiro deverá preparar o paciente não só fisicamente, mais também emocionalmente (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Entre os anos de 2017 e 2018 foram realizados no Hospital Municipal de Itaituba 307 cirurgias de colectistectomia (SEMSA, 2017), a equipe de enfermagem participa de todo processo cirúrgico que vai desde o pré até o pós-operatório sendo, portanto muito importante que o enfermeiro tenha conhecimentos em torno das principais condutas que devem ser tomadas, assim, identificar a visão dos Enfermeiros sobre a assistência dada ao paciente que será submetido a colectistectomia torna-se primordial, além de ser uma pesquisa inédita neste município.

Os profissionais de enfermagem devem primar pelo conhecimento em torno dos cuidados diante de um paciente que irá ser submetido a tal procedimento, porém, o que se percebe é que ainda existe falta de qualificação específica no pré-operatório voltada para estes profissionais, o que acaba por dificultar o bom andamento dos seus trabalhos (MAYA *et al.*, 2009).

Diante do exposto formulam-se as seguintes questões norteadoras, qual é a visão dos enfermeiros sobre os cuidados pré-operatórios de colecistectomia? Quais as principais dificuldades que são encontradas pela equipe de enfermagem ao realizarem estes cuidados?

O presente trabalho possui como objetivos, identificar a visão dos enfermeiros do HMI sobre os cuidados de enfermagem no período pré-operatório de colecistectomia, demonstrar qual a importância da enfermagem no pré-operatório, entender quais as principais dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem, expor os principais cuidados de enfermagem realizados tanto, os voltados para os aspectos biológicos, quanto para os aspectos emocionais.

Esta monografia encontra-se dividida em quatro partes diferentes, após a introdução, sendo a fundamentação teórica a segunda parte do trabalho e se refere ao momento em que é feita uma abordagem sobre o tema de acordo com as ideias de outros autores que já escreveram sobre o assunto. A terceira parte se refere à metodologia, onde é explicado todo percurso que se pretende realizar para se alcançar os objetivos. A quarta parte, diz respeito ao resultado e discussão e a última parte diz respeito à conclusão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIA DA CIRURGIA

A cirurgia pode ser conceituada como o ramo da medicina que leva o bem estar e a saúde por meio de técnicas e ações baseadas no conhecimento científico. A mesma vem do Grego: *kheirurgia* (*kheiros*, mão e *ergon*, obra). Muitos autores utilizam também o termo *cheirurgos*, como forma de designar os médicos. Durante toda a história os conceitos norteadores, do que viria a ser cirurgia, estão sempre se modificando, assim como a prática da mesma, a qual demonstra possuir um amplo dinamismo (REIS, 2006).

Por se mostrar muito dinâmica, a área da cirurgia em geral demonstrar possuir uma variedade de subáreas. Desta maneira podemos falar de ramos da cirurgia, como cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia cardiotorácica etc (CARVALHO *et al.*, 2010).

Em outras épocas era comum que os procedimentos cirúrgicos não fossem utilizados com tanta frequência, onde este tipo de método utilizado como forma de tratamento só era realmente indicado em casos de extremos, onde já não houvessem mais opções. Em princípio a cirurgia estava baseada principalmente nos princípios do empirismo, ou seja, o saber adquirido no dia a dia. Nos dias atuais a cirurgia exige do profissional que a realiza todo um conhecimento científico (BRAZ, 2017).

No passado era comum que procedimentos cirúrgicos fossem realizados não por médicos mais por pessoas que possuíam saberes empíricos. Assim muitas das cirurgias eram feitas em sua maioria por feiticeiros. Antigamente um procedimento cirúrgico muito realizado era a trepanação, a qual consiste na retirada de um fragmento ósseo arredondado da caixa intracraniana. Este tipo de cirurgia é realizado com o objetivo principal de acabar com a pressão intracraniana, porém durante muito tempo acreditou-se que os fragmentos que eram retirados, poderiam servir como uma espécie de amuleto da sorte (ALVES, 2007).

Os procedimentos de trepanação eram comumente realizados de diferentes maneiras, onde o local da retirada variava muito de cirurgia para cirurgia. A maioria dos pacientes que eram submetidos a procedimento de trepanação eram crianças e jovens. Em geral, utilizavam-se os fragmentos que eram retirados para se utilizar em rituais mágicos. Pode-se afirmar que as trepanações eram em geral um procedimento altamente doloroso e sangrento. Antigamente existiam ainda outras muitas práticas que estavam voltadas para rituais de magia, como a subincisão uretral e a circuncisão (HOLLINGHAM, 2011).

Pesquisas históricas realizadas por meio de achados arqueológicos em antigas tumbas de faraós egípcios apontaram que a prática cirúrgica já era algo utilizado naquelas épocas, sendo que a maioria dos procedimentos cirúrgicos era referente a feridas e a sua forma de tratamento (MOTTA-FILHO, 2013).

É importante ressaltar que uma das áreas mais antigas dentro da cirurgia, diz respeito a plástica. Já no século IV a. C existem os relatos de realização de procedimentos cirúrgicos do campo da cirurgia plástica, sendo que a maioria destes procedimentos dizia respeito a reconstrução de partes do corpo, como o nariz. Uma grande cirurgia indiana que trouxe muito prestígio para este campo, além de uma contribuição sem precedentes foi Susruta (HOLLINGHAM, 2011).

Na China, a realização de procedimentos cirúrgicos foi ignorada durante muito tempo devido ao tipo de medicina praticado por estes povos. Assim a realização de procedimentos cirúrgicos ia a desconhecimento com o modelo médico que foi adotado por este país durante muito tempo. Outro fator que contribuiu muito para o esquecimento deste tipo de prática foi a falta de conhecimento sobre anatomia e fisiologia do corpo humano. No século II já eram utilizados *Cannabis sativa* fervida como forma de promover a anestesia no paciente (MOTTA-FILHO, 2013).

O mais interessante a respeito da história medicinal chinesa é que após os primeiros passos dados em direção a realização de procedimentos cirúrgicos como maneira de se tratar os pacientes, passou-se a proibir o método, onde o que se alegou foram questões puramente morais e religiosas. O mais interessante é o fato de que muitas pessoas que praticavam os procedimentos cirúrgicos chegaram a ser condenadas e algumas até mesmo receberam pena de morte (AVILA, 2017).

Por meio dos estudos e livros que abordam a história é possível perceber de maneira clara que durante muito tempo o misticismo se fez presente na história da cirurgia. Em muitas ocasiões o que ocorria era uma mistura entre as práticas baseadas no empirismo e as baseadas no conhecimento científico (CARVALHO *et al.*, 2010).

Durante a idade média sabe-se historicamente que boa parte dos estudos científicos em torno do desenvolvimento da medicina acabou por se tornarem comprometidos em razão da imposição da igreja frente ao desenvolvimento da época. Desta maneira percebe-se claramente que a maioria dos estudos que foram desenvolvidos neste período foi realizado secretamente, uma vez que a igreja condenava duramente esta prática e condenava os seus praticantes de forma severa (HOLLINGHAM, 2011).

Quando Pasteur (1822 – 1895) demonstrou que a fermentação de microorganismos não ocorria por geração espontânea, propondo que os mesmos possuem a capacidade de se multiplicar de acordo com as condições do ambiente, passou-se a ter uma preocupação maior em relação a esterilização dos ambientes onde eram realizados os procedimentos cirúrgicos (BRAZ, 2017).

A partir do ano de 1895 os cirurgiões passaram então a utilizar a teoria de Pasteur como forma de se eliminar os microorganismos nocivos à saúde humana e que eram responsáveis pela contaminação de cirurgias, gerando desta maneira serias complicações. A partir destes princípios muitos médicos passaram a proceder com a eliminação dos microorganismo por meio de técnicas de vaporização utilizando-se ácido carbólico (fenol) (CARVALHO *et al.*, 2010).

A partir do momento em que se iniciaram as práticas de eliminação de microorganismo por meio de vaporização foi notável a diminuição do número de infecções relacionadas ao sítio cirúrgico, chegando a 50% de redução na taxa de mortalidade relacionada a infecções no ano de 1869. Um cirurgião denominado de Lister passou a pôr em práticas técnicas que visavam reduzir ainda mais o número de complicações relacionadas a infecção cirúrgica. Foi por meio deste cirurgião que a utilização de luvas, aventais, máscaras foi introduzida no meio cirúrgico (HOLLINGHAM, 2011).

Cirurgia pode ser definida como uma ciência e uma arte. Vista como ciência, tem renovação dinâmica e constante de preceitos e conceitos em função da sua própria evolução. Vista como arte exige um verdadeiro aprendizado manual que seja paciente e bem conduzido. Pode ser aprendida de maneira mais fácil por aqueles que já nascem com vocação e aptidão específicas, de forma que acontece com todas as artes (REIS, 2006).

Em outras épocas a cirurgia era considerada o último recurso aplicável a pessoas doentes as quais não apresentavam possibilidade de conseguirem se curar. Desta maneira com a evolução dos conhecimentos, a cirurgia passou cada vez mais a se tornar uma opção viável no tratamento de muitas doenças. Nos dias de hoje, os cirurgiões precisam ter conhecimento amplo a respeito de anatomia e fisiologia, bioquímica, imunologia, bacteriologia, metabolismo e, claro, de técnica cirúrgica (AVILA, 2017).

Até o início do século XVI eram os médicos, os profissionais responsáveis por praticarem os poucos procedimentos cirúrgicos existentes, os quais eram em sua

grande maioria do tipo emergenciais. Mais tarde, foram pessoas menos qualificadas, que passaram a ser responsáveis por tais procedimentos, sendo que estas eram denominadas de barbeiros (BRAZ, 2017).

Durante séculos a cirurgia existiu em estado latente:

- Ocupava-se dos feridos das guerras.
- Raríssimas operações eram bem sucedidas, sendo praticadas, inicialmente, como magia ou por imperiosa necessidade.

Atos médicos e cirúrgicos (trepanações) eram feitos por feiticeiros. A trepanação é a primeira operação conhecida. A remoção de pequeno fragmento ósseo, geralmente arredondado, é conhecida desde os tempos neolíticos e era feita por razões religiosas, mas também médicas (alívio da pressão intracraniana). Os fragmentos ósseos discóides eram usados como amuletos. Abaixo na figura 1, é possível visualizar um exemplo de trepanação (REIS, 2006).

Até o início do século XVI eram os médicos, os profissionais responsáveis por praticarem os poucos procedimentos cirúrgicos existentes, os quais eram em sua grande maioria do tipo emergenciais. Mais tarde, foram pessoas menos qualificadas, que passaram a ser responsáveis por tais procedimentos, sendo que estas eram denominadas de barbeiros (HOLLINGHAM, 2011).

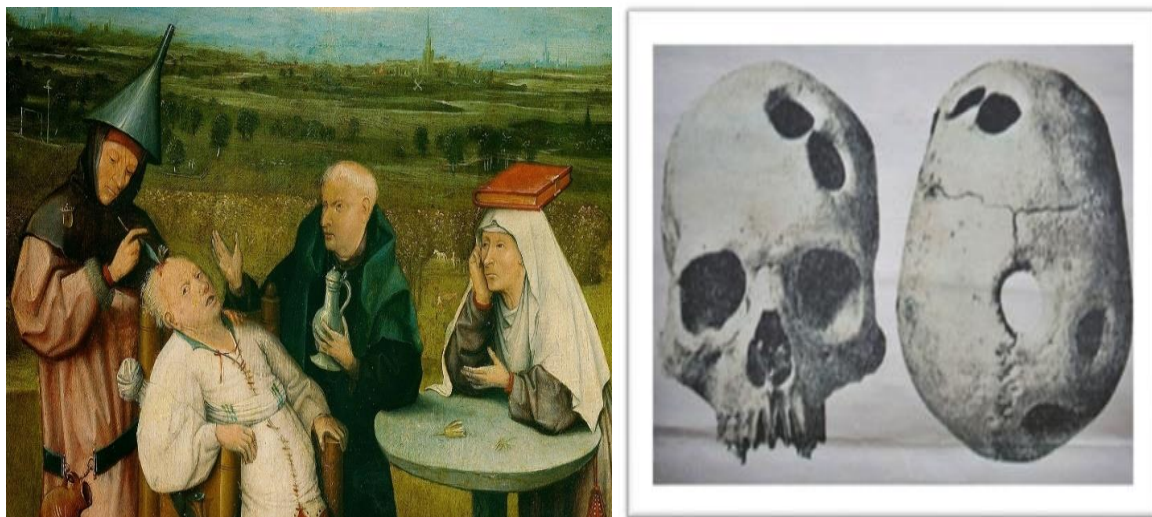


Figura 01 – Ilustração de trepanação sendo realizada.

As trepanações eram de diferentes tamanhos, e feitas em diferentes pontos da caixa craniana. Eram mais frequentes nos adolescentes e jovens. Alguns crânios sofreram várias trepanações. As trepanações eram mutilações sangrentas e dolorosas executadas com um fim de iniciação mística (crianças e adolescentes) ou

de ritos mágicos. Havia, do mesmo modo, outras práticas sangrentas como a subincisão uretral e a circuncisão (REIS, 2006).

Em 2500 a.C. foram relatadas operações em tumbas de faraós em Saqqarah. Os papiros de Ebers e Edwin Smith, do século XVI A.C., trouxeram informações e foram os primeiros textos sobre cirurgia. O papiro cirúrgico de Edwin Smith é um dos mais importantes documentos da medicina antiga do Vale do Nilo. Foi escrito por volta de 1700 a.C., mas a maioria de suas informações é baseada em textos escritos na época de Imhotep (2640 a.C.). O papiro se refere, principalmente, às feridas e a como tratá-las (ALVES, 2007).

Na Índia, no século IV a.C., houve um desenvolvimento grande da cirurgia plástica, principalmente das rinoplastias. Os prisioneiros de guerra e os adúlteros eram punidos com a amputação do nariz, cuja reconstrução era feita à custa de retalhos da testa. Susruta foi o grande cirurgião indiano da época (CARVALHO *et al.*, 2010).

Entre 460 e 377 a.C. foi formulado o Juramento de Hipócrates. Sob essa influência, em 150 a.C., foi proibido que médicos e cirurgiões respeitáveis, educados, usassem bisturis e cortassem pacientes para retirada de cálculos. Tais tarefas, consideradas selvagens, ficavam para artesãos menos educados (mais tarde a Igreja se posicionou fortemente contra as disseções e operações e somente no século XIII é que os médicos e os cirurgiões começaram a ser igualmente respeitados) (HOLLINGHAM, 2011).

A cirurgia praticamente não existia na China Antiga por causa da orientação totalmente diferente da medicina chinesa, somada à completa ignorância da anatomia. Hua T'o, o mais famoso médico chinês da época, no ano de 190 (século II) já fazia anestesia para operações no abdome usando (BRAZ, 2017).

Cannabis sativa fervida com vinho. Parece ter removido um baço com esse método. O seu avanço cirúrgico parou nessa ocasião porque Confúcio proibiu as mutilações do corpo humano. Nessa época, o Senhor da Guerra Kuan Yun foi operado por Hua T'o para retirar uma flecha envenenada que o atingira. Quando, mais tarde, Hua T'o indicou uma trepanação para melhorar a dor de cabeça de Kuan Yun, este o mandou executar por desconfiar que o cirurgião tinha sido subornado para matá-lo (HOLLINGHAM, 2011).

O cirurgião bizantino Paulo de Egina (Paulus Aegineta), escreveu um breviário de cirurgia onde compilou o que já havia sido dito pelos gregos. Discutiu, com sua

experiência pessoal: traqueotomia, tonsilectomias, flebotomias e redução do tamanho das mamas. Abw'l Qasim al Zahrawi, Albucasis (930-1013), cirurgião islâmico nascido em Córdoba, escreveu o primeiro livro ilustrado de cirurgia, introduzindo o uso do ferro em brasa para cauterização de feridas. Teve grande influência sobre os cirurgiões da idade média, que usaram abusivamente essa técnica (cauterização de feridas) (CARVALHO *et al.*, 2010).

Os escritos e manuscritos da época mostram claramente a mistura vigente de misticismo e crueldade. Na Idade Média, o homem era totalmente religioso e via em tudo o que lhe acontecia um gesto direto de Deus. A igreja, cuja autoridade era incontestada, impediu todo o espírito de pesquisa como, por exemplo, a interdição das disseções que, aliás, foi mantida até 1480. A cirurgia foi considerada uma prática bárbara, também condenada pela igreja (ALVES, 2007).

No século XIII apareceram as primeiras escolas de medicina. A primeira foi a de Salerno (século IX), que fornecia ensino verdadeiro e diploma. Rogerius Frugardi (Roger de Salerno) teve sua obra “Cirurgia” editada por Roland de Parma (CARVALHO *et al.*, 2010).

A Escola de Salerno professava o dogma da supuração louvável: qualquer ferida deveria produzir supuração. A Escola de Bolonha (1158), segunda a aparecer, defendia a doutrina inversa: É o seco, mais que o úmido, que mais se aproxima do estado são (PRATES, 1999).

Em 1222 é criada a Universidade de Pádua, que contou com destacados professores de anatomia e cirurgia, como Fabricius d'Acquapendente, Giambattista Morgagni, Andreas Vesalius e Gabriel Faloppio, dentre outros (CARVALHO *et al.*, 2010).

No século XIII, dois cirurgiões italianos tiveram atuação marcante: Guglielmo Salicetti (1201-1277) e seu aluno Guido Lanfranchi que, em seu livro *Chirurgia Magna* (1296), já fala de sutura de nervos cortados e recomenda a sutura intestinal, tendo se associado ao primeiro colégio de cirurgia, o Colégio de São Cosme (HOLLINGHAM, 2011).

No fim do século XIII e início do século XIV, as escolas francesas aumentam seu prestígio e dois cirurgiões se distinguem: Henri de Mondeville e Guy de Chauliac. Mondeville (1260-1320) preconizou que as feridas limpas cicatrizam melhor. Nas feridas não se deveriam usar unguentos e bálsamos. Os corpos estranhos deveriam ser removidos e o sangramento parado. Recomendava curativos com compressas

embebidas em vinho quente. Guy de Chauliac (1300-1370), professor na Universidade de Montpellier, publicou o livro *Chirurgia Magna* (1363), em que dizia: “Todos os artesãos devem conhecer o assunto em que trabalham; de outro modo, eles errariam nas suas obras. Segue-se que os cirurgiões devem conhecer a anatomia” (FIOLHAIS, 2014).

Em 1376, Chauliac foi autorizado a dissecar um cadáver por ano. Foi um dos primeiros a receber esta autorização, precedido por Mondino de Luzzi de Bolonha. Recomendava a castração nas operações de hérnia inguinal, já que usava a cauterização e poucos testículos permaneciam viáveis. Retirava-os preventivamente (BRAZ, 2017).

A Itália lidera a pesquisa anatômica durante pelo menos dois séculos, inicialmente com a Escola de Salerno (criada por Frederico II da Sicília). Era obrigatório o estudo de três anos de lógica, cinco anos de medicina e cirurgia e um ano de prática sob a orientação de um médico instruído (FIOLHAIS, 2014).

O médico assim formado devia pertencer à igreja e falar latim. Seu ensino tinha sido dogmático, ele se preocupava mais com a discussão teórica e citações de textos antigos. Qualquer ação manual era considerada desonrosa e significava perda da autoridade. Como homem da igreja não poderia derramar sangue. Recusava-se a qualquer ato cirúrgico, deixando-o para os inferiores: os barbeiros cirurgiões, que eram simples operários, iletrados e leigos (PRATES, 1999).

O médico usava a toga longa e o barbeiro cirurgião a toga curta. Os médicos exigiam a submissão dos então chamados cirurgiões-barbeiros. Apenas no século XVI os cirurgiões atingiram sua autonomia com Ambroise Paré, que foi o primeiro médico que dedicou todo o seu tempo à cirurgia (CARVALHO *et al.*, 2010).

Ambroise Paré (1510-1590), considerado o fundador da ortopedia, modificou o tratamento das feridas que, até então, eram cauterizadas e queimadas com óleo. Em 1536 foi reconhecido como apto a curar cravos, bossas, antrazes e carbúnculos, chegando à posição de cirurgião de quatro reis da França (HOLLINGHAM, 2011).

Em 1540, os barbeiros e os cirurgiões de Londres se unem na Companhia dos Barbeiros Cirurgiões, que se transformaria no Royal College of Surgeons em 1800. Do século XV em diante os europeus falam de uma nova era e adquirem uma visão mais avançada de vários aspectos da vida. Há o nascimento de uma nova cirurgia em virtude do desenvolvimento da anatomia e da fisiologia (FIOLHAIS, 2014).

Devem ser citados: Leonardo da Vinci (1452-1519), Andreas Vesalius (1514-1564), Gabriel Falloppio (1523-1562), Bartolomeo Eustachio (1524-1574), Fabricius d'Acquapendente (1537-1615), William Harvey (1578-1657), Santorius Santorius (1561-1636). Luís XIV, em 1686, sofria de fístulas anais e se tratava sem resultados com ungüentos, laxativos, banhos, etc. Foi operado com êxito por Charles François Félix. Em 1715, por influência de Félix, Luís XV (neto de Luís XIV) decreta que o ensino da cirurgia seja incluído nas escolas de medicina da França. Em 1731 é fundada a Academia Real de Cirurgia (PRATES, 1999).

O ser humano sempre procurou meios de aliviar a dor; por volta de 3000 a.C, na Mesopotâmia, se “narcotizava” o paciente comprimindo-lhe as carótidas para que perdesse a consciência. Nas Américas a coca era um importante anestésico usado nas trepanações (ALVES, 2007).

Com um maior conhecimento das plantas medicinais, a narcose começou a ser obtida por meio da administração das mais diversas substâncias (haxixe, ópio, álcool, etc.) ou por meio da isquemia do membro (no caso das amputações). Na verdade, por milhares de anos, arrancadores de dentes, barbeiros e cirurgiões tinham que trabalhar com extrema rapidez procedendo a uma amputação em alguns segundos (CARVALHO *et al.*, 2010).

A despeito disso, usavam tampão nas orelhas e os pacientes eram amarrados ou contidos por auxiliares. No século X, Ambroise Paré preconizava um coquetel de ópio e álcool. Dominique Jean Larrey (1766-1842) cirurgião-chefe dos exércitos de Napoleão, considerado o pai da medicina de urgência, constatou que o frio intenso atenuava a dor dos operados e por muito tempo usou o método para amputar membros gangrenados (AVILA, 2017).

Os alquimistas árabes empregavam técnicas como a esponja soporífera, que era uma esponja embebida em haxixe, ópio e ervas aromáticas. Quando usada em uma operação, deveria ser umedecida e mantida sobre a face induzindo a um estado de inconsciência (ALVES, 2007).

Em 10 de dezembro de 1844 Horace Wells, um dentista itinerante, assistia a uma demonstração com gás hilariante (óxido nitroso) em uma feira em Connecticut (EUA) quando um espectador caiu, feriu a perna e nada sentiu enquanto estava inalando o gás. Percebeu suas propriedades anestésicas e tentou demonstrá-las em uma sessão pública de extração dentária sem dor, com o uso do óxido nitroso (FIOLHAIS, 2014).

Foi mal sucedido e o fracasso o perturbou a tal ponto que o levou ao suicídio em 1848. William Thomas Green Morton (1819-1868) e John Collins Warren (1778-1856) tiveram melhor sorte na anestesia feita com éter, ministrada ao paciente Edward Gilbert Abbott em 1846 (HOLLINGHAM, 2011).

Na verdade, o médico e farmacêutico americano Crawford Williamson Long (1815-1878) foi o primeiro a usar o éter como anestésico durante uma intervenção cirúrgica. Em 30 de março de 1842 Long fez com que seu paciente James Venable inalasse os vapores do éter, e assim pôde ressecar um tumor em seu pescoço sem que o paciente, inicialmente aterrorizado com a simples idéia da operação, sentisse qualquer dor (PRATES, 1999).

O preço do procedimento com anestesia foi de dois dólares. Com o bom resultado obtido, Long, passou a usar o éter em amputações e em partos, mas não se preocupou em publicar os resultados de seus trabalhos. Só o fez em 1849, quase três anos depois das publicações de Morton (CARVALHO *et al.*, 2010).

Em novembro de 1847, James Young Simpson, obstetra em Edimburgo (Escócia), usou clorofórmio para alívio da dor do parto vaginal, o que suscitou diversos debates médicos e religiosos já que a dor do parto era então considerada um castigo divino (HOLLINGHAM, 2011).

Esses debates arrefeceram quando John Snow, médico e epidemiologista inglês, administrou clorofórmio à Rainha Vitória quando ela deu à luz seu quarto filho homem, o príncipe Leopoldo, em 1857. Tal fato levou a uma ampla a pública da anestesia obstétrica (BRAZ, 2017).

Inácio Felipe Semmelweis (Semmelweis Ignác Fülöp), médico húngaro que nasceu em 1818, conseguiu diminuir drasticamente a taxa de mortalidade por sépsis (febre) puerperal em seu hospital mediante a determinação de que os obstetras lavassem as mãos antes de atender aos partos (ALVES, 2007).

Havia observado que a mortalidade das parturientes atendidas por médicos (na Primeira Clínica Obstétrica do Allgemeine Krankenhaus) era cerca de três a dez vezes maior que a das parturientes atendidas por parteiras (na Segunda Clínica Obstétrica do mesmo hospital). Os recém-nascidos também morriam com mais frequência na primeira clínica (BARRADA, 1999).

Na época, as doenças epidêmicas eram explicadas por “influências cósmico-telúricas”. As pesquisas de Semmelweis eram boicotadas por seus pares e superiores, mas ele acabou concluindo que a grande diferença estava no fato de que na segunda

unidade só trabalhavam parteiras, que antes de examinar as pacientes não dissecavam cadáveres – o que ocorria, frequentemente, com os médicos (CARVALHO *et al.*, 2010).

A despeito do significado de sua descoberta, foi incompreendido e insultado pela comunidade científica de seu tempo. Acabou morrendo em 1865, em um asilo, aparentemente em consequência de uma infecção que ele mesmo provocou cortando-se com um bisturi contaminado para demonstrar sua teoria. Atualmente, Semmelweis é considerado um dos pioneiros da anti-sepsia e da prevenção da infecção hospitalar (HOLLINGHAM, 2011).

Luís (Louis) Pasteur (1822-1895) foi um cientista e químico francês que, entre 1860 e 1864, demonstrou que a fermentação e o crescimento de microorganismos em caldos de cultura não ocorriam por geração espontânea. Propôs a “teoria germinal das doenças infecciosas”, segundo a qual toda doença infecciosa tem sua causa em um micróbio com capacidade de propagar-se entre as pessoas (BRAZ *et al.*, 2004).

Em 1865, o cirurgião inglês Joseph Lister (1827-1912) aplicou a teoria dos germes de Pasteur para eliminar os microorganismos vivos em feridas e incisões cirúrgicas. Acreditando que as infecções se deviam a partículas presentes no ar ambiente, vaporizava os instrumentos, as feridas e as roupas com ácido carbólico (fenol), que era usado na época para desodorizar águas residuais (FIOLHAIS, 2014).

Assim, Lister iniciou uma nova era na cirurgia; em 1869 conseguiu reduzir a taxa de mortalidade operatória de 50% para 15%. Inicialmente seu método – que ele chamava anti-séptico – foi recebido com ceticismo, mas por volta de 1880 já era aceito por todos (BARRADA, 1999).

As técnicas de anti-sepsia e assepsia foram, finalmente, aceitas como parte da rotina cirúrgica em meados de 1890. Como consequência, o uso de luvas, máscaras, aventais e gorros cirúrgicos evoluiu naturalmente (BARRADA, 1999).

Embora a descoberta da vulcanização, em 1843, permitisse a fabricação de luvas de borracha, nenhuma luva verdadeiramente flexível e funcional havia sido produzida até 1878 (HOLLINGHAM, 2011).

A identidade do primeiro cirurgião que usou luvas de borracha rotineiramente permanece incerta. Sabe-se que, já em 1878, T. Gaillard Thomas (1831-1903), um ginecologista de Nova Iorque, permitia que membros de sua equipe cirúrgica usassem luvas de borracha para proteger as mãos dos efeitos cáusticos das várias soluções usadas para limpar os instrumentos cirúrgicos (ALVES, 2007).

Entretanto, o uso das luvas cirúrgicas na sala de operações foi popularizado por William Stewart Halsted (1852-1922). Em 1889, as luvas cirúrgicas foram introduzidas no Johns Hopkins Hospital em Baltimore, EUA, porque a enfermeira-chefe do centro cirúrgico (e sua futura esposa) (AVILA, 2017).

Caroline Hampton desenvolveu uma dermatite pelo uso da solução usada para desinfetar as mãos e os braços. Tal fato levou Halsted a solicitar à Goodyear Rubber Company que produzisse luvas finas que não interferissem com a necessária sensibilidade. Como a maioria dos cirurgiões do século XIX, Halsted achava que operar com luvas era um método de prevenir a dermatite induzida quimicamente. Só mais tarde se deu conta do impacto das luvas na anti-sepsia (HOLLINGHAM, 2011) (PRATES, 1999).

Muitos cirurgiões, no entanto, insistiam que as luvas reduziam a delicadeza do toque e continuavam a operar sem proteção para as mãos. A aceitação internacional do uso necessário das luvas de borracha em qualquer operação cirúrgica só ocorreu após a I Guerra Mundial (1914-1918) (BARRADA, 1999).

2.2 PROCESSO CIRÚRGICO

O Processo cirúrgico diz respeito a todo processo pelo qual o paciente passa quando necessita realizar uma intervenção cirúrgica. O mesmo é dividido em 3 fases diferentes, sendo elas: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. Em cada fase dessa serão realizados cuidados específicos os quais visam levar todo um atendimento com qualidade segurança para o paciente (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

De acordo com Madeira *et al.* (20011, p. 10):

Para satisfazer o cliente é necessário, primeiro, ter uma compreensão profunda de suas necessidades e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolver essas necessidades. Para isso, a organização deverá traduzir essas necessidades em requisitos e cumprir esses fatores, sempre, continuamente. Nessa perspectiva, serão exigidos recursos para coletar e analisar os dados e as informações, sistematicamente, a fim de entender os requisitos e as percepções do paciente.

As três fases do processo cirúrgico, encontram-se interligadas, de maneira que os cuidados realizados em uma, irão influenciar nos cuidados realizados na outra. Ou seja, é importante que ocorra o mínimo de falhas durante este processo. O pré – operatório é o momento que irá anteceder a realização do procedimento cirúrgico,

onde são prestados os cuidados iniciais ao paciente, é realizada toda uma análise da situação do mesmo, são feitas orientações ao indivíduo e a sua família. Este momento é basicamente de preparação para a intervenção cirúrgica que será realizada (LARA, 2010).

Os cuidados que são prestados durante o pré – operatório poderão influenciar diretamente no momento da cirurgia. Assim é importante que se preconize o máximo possível uma assistência de qualidade e que se analise a situação do paciente da maneira mais minuciosa possível. A equipe de enfermagem irá exercer um papel muito importante neste momento, já que será a mesma a responsável pelos cuidados iniciais prestados ao paciente. O profissional de enfermagem deve se responsabilizar diretamente pelo acompanhamento do paciente. Se o paciente apresentar, por exemplo, algum tipo de alergia a algum anestésico, cabe ao enfermeiro realizar esta informação e a repassar a equipe médica. Se o paciente no dia da cirurgia apresenta uma Pressão Arterial (PA) muito elevada, é de responsabilidade da equipe de enfermagem repassar isto aos médicos (ALPENDRE, 2014).

Considera-se como sendo pré-operatório, a partir do momento em que se reconhece que existe a necessidade de uma intervenção cirúrgica. Este período terá termino no momento em que o paciente chega a sala de operação. Assim, é possível perceber que este é um período bem delimitado, possuindo início e fim e que dependendo do tipo de cirurgia pode se alongar um pouco mais que o normal, já que é a preparação para a cirurgia se faz neste momento (ROSSETO, 2013).

De maneira didática é possível dividir o período pré-operatório em dois momentos distintos, sendo o primeiro referente ao pré-operatório mediato e o segundo ao imediato. A partir do momento em que se indica a cirurgia até às 24 horas anteriores a realização da mesma, tem-se configurado o período mediato, enquanto que as 24 horas antecedentes a cirurgia denomina-se de imediato. Durante este período a equipe de enfermagem deve preparar o paciente não só fisicamente, mas também emocionalmente (VIANA, 2010).

Em relação ao lado emocional do paciente, é importante que sejam preconizadas ações de enfermagem que visem o cuidado humanizado, como maneira de se garantir que o paciente sinta-se seguro quanto a todo o processo que está ocorrendo. O enfermeiro deve por obrigação informar ao paciente o tipo de procedimento cirúrgico, de que forma o mesmo ocorre, quais as possíveis complicações e como se dará a recuperação irá se dar. Acredita-se que quanto mais

o paciente souber a respeito de sua cirurgia, maior será a confiança que irá se estabelecer (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

A relação que será construída durante o período pré-operatório é considerada de extrema importância para que o paciente sinta-se mais confiante e consiga vencer os medos existentes, pois uma vez que se estabelece um vínculo de confiança, o paciente se sentirá a vontade para tirar todas as suas dúvidas e demonstrar os seus reais sentimentos. O enfermeiro deve possuir pelo menos um conhecimento básico a respeito dos tipos de cirurgia, além de que forma deve-se proceder diante de um paciente que demonstra evidente abalo em relação a cirurgia (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Após terminado o período pré-operatório, quando o paciente dá entrada na sala de cirurgia, é dado início ao intra-operatório. O mesmo compreende o momento em que o paciente é recepcionado dentro do CC até o momento de recuperação anestésica. No intra-operatório ocorre a administração da anestesia, a realização da cirurgia e a recuperação anestésica (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

O papel da enfermagem neste momento acaba por se tornar muito importante, uma vez que será a equipe de enfermagem a responsável pelos preparativos da sala de cirurgia, além de que estes profissionais centram a suas ações em torno do paciente. Como maneira de se garantir a segurança do paciente neste momento, a equipe de enfermagem deve presar pela confirmação de informações referentes, ao nome do paciente, a confirmação de que se trata do paciente correto, a checagem do tipo de cirurgia que será realizada e em casos específicos qual o lado a ser operado (LARA, 2010).

Medias de segurança que são importantes e devem ser postas em prática dizem respeito a checagem da pulseira utilizada pelo paciente, além confirmação de informações importantes por meio do prontuário. O profissional de enfermagem deverá realizar anotações referentes a todos os acontecimentos que se dão neste período, desde a entrada do paciente, até o início da anestesia, assepsia do local da cirurgia e especialmente da forma como a cirurgia ocorre. As informações referentes ao resultado imediato após o término da cirurgia, como a recuperação anestésica, devem estar presentes nas anotações (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

Toda equipe deve participar durante as atividades que assistências que são desenvolvidas nesta fase. A equipe de enfermagem deve sempre primar pela humanização dos cuidados, respeitando os aspectos peculiares que cada paciente

apresenta. Tanto o momento pré-operatório, quanto o intra-operatório representam uma “figura” de medo para os pacientes, uma vez que os mesmos encontram-se ansiosos por não terem a certeza de que o desfecho final da cirurgia será positivo ou negativo (MADEIRA *et al.*, 2011).

De acordo com Oliveira e Mendonça (2014), abaixo são dispostos de maneira geral, algumas medidas que devem ser tomadas quando o paciente é encaminhado para o Centro Cirúrgico (CC):

- encaminhar o paciente para a sala de cirurgia onde deverá ser realizado procedimento cirúrgico;
- colocar o paciente sobre a mesa onde será realizada a cirurgia. Deve-se acomodá-lo de maneira confortável e também segura, tendo-se especial atenção em relação ao risco de queda;
- a equipe de enfermagem deve sempre manter os sinais do paciente sobre monitoramento constante, de forma que alterações que tragam riscos a cirurgia possam ser identificadas e imediatamente revertidas;
- sempre manter o paciente aquecido por meio da utilização de cobertores e principalmente mantas térmicas, já que estas propiciam um aquecimento mais eficiente e confortável;
- durante a realização da anestesia, o profissional de enfermagem deverá não só realizar anotações referentes a realização da mesma, mas também ficar atento em relação ao auxílio que deve ser dado ao anestesiológista durante a indução da mesma;
- quando o paciente dá entrada na sala de cirurgia e é colocado sobre a maca, deve-se desde já posicionar o paciente de acordo com o tipo de cirurgia que será realizada;
- realizar as massagens nos membros inferiores por meio da inserção do massageador, visando a prevenção da Trombose venosa profunda TVP. A utilização de meias elásticas é também amplamente indicado como forma de prevenção da TVP.

Em alguns casos é necessário que se realize a inserção do cateterismo vesical, o qual ajuda a dar vazão na urina da bexiga. A utilização de cateter vesical não deve ser utilizada em todos os casos, sendo mais amplamente indicada quando trata-se de uma cirurgia mais demorada, ou quando o paciente deu entrada na sala operatória com um volume de urina muito alto (ALPENDRE, 2014).

Mesmo dentro do centro cirúrgico, o enfermeiro deve sempre está atento em relação a importância da sistematização em enfermagem, realizando desta maneira o registro de todos as intercorrências que se fizeram presentes durante a cirurgia, assim como dos cuidados que foram realizados (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

É muito comum que durante procedimentos operatórios, tenha-se necessidade utilização de medicamentos específicos, os quais devem ser administrados no paciente em cirurgia. Em geral, fica sob a responsabilidade da enfermagem realizar a preparação e a administração de tais medicamentos, de acordo com a prescrição médica. É muito importante que o enfermeiro tenha conhecimento a respeito de medicações, de preparação, administração e da ação do medicamento, junto aos seus efeitos colaterais (TOSTES, 2016).

A cirurgia é um dos momentos mais delicados no que diz respeito a família do paciente, já que os mesmos precisam esperar por notícias sobre o decorrer da cirurgia. A cirurgia pode ocorre de maneira positiva e sem grandes preocupações, porém em alguns casos, complicações podem levar o indivíduo a óbito, o que é o maior temor da família. A enfermagem deve primar pelo fluxo de informações prestado a família, de forma a mantê-la informada sobre o que ocorre dentro do centro cirúrgico (CARNEIRO; LEITE, 2011)

Não só o paciente como também a família apresentam os seus aspectos emocionais um tanto quanto abalados. A enfermagem como forma de atender aos anseios da família e do paciente, deve procurar entender os sentimentos que se passam e primar pelo controle dos mesmos (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Após a finalização da cirurgia, existem medicamentos que devem ser administrados no paciente, sendo esta uma função da enfermagem. É importante que a equipe de enfermagem confirme a medicação que foi prescrita pelo médico. O enfermeiro como forma de sistematizar os cuidados poderá realizar a prescrição de enfermagem, no que se refere aos cuidados que devem ser tomados diante do paciente que foi submetido a cirurgia (TOSTES, 2016).

Denomina-se de pós-operatório, o momento posterior ao termino da cirurgia, podendo ser definido em geral como uma fase de recuperação, em que são prestados cuidados de enfermagem que visam contribuir para o processo de reabilitação do paciente. No pós-operatório existem grandes chances de que ocorram complicações desde as mais moderadas, até as mais serias. Desta maneira é de suma importância

que o enfermeiro esteja atento para as necessidades do paciente neste momento (STRACIERI, 2008).

A equipe de enfermagem deve estar pronta para atender a todas as necessidades que o paciente possui, estando sempre atenta para todas as dúvidas e incertezas que o paciente apresentar. Fica sobre responsabilidade da equipe de enfermagem a preparação e administração de todos os medicamentos prescritos pelo médico e pela observação de todos os sinais de evolução que o paciente apresentar (TOSTES, 2016).

O enfermeiro deve monitorar todos os sinais vitais do paciente, sendo que se deve ter uma atenção especial em relação a temperatura e a Pressão Arterial (PA), estando sempre atento em relação a alterações anormais destes. A manutenção e monitoramento dos soros, drenos e sondas são também de responsabilidade da equipe de enfermagem (ALPENDRE, 2014).

Fica a cargo da equipe de enfermagem também estar atento quanto a reação do organismo do paciente diante das medicações que são administradas, atentando-se para os estados de sonolência e possíveis reações adversas, como alergia ao medicamento. Quando viável, é de responsabilidade também da equipe de enfermagem realizar a retirada dos pontos cirúrgicos (ROSSETO, 2013).

Todo e qualquer procedimento cirúrgico, acaba por deixar o paciente com um estado imunológico mais enfraquecido, o que torna o mesmo mais propenso a apresentar infecções ou complicações, sendo necessário então, que a atenção da equipe de enfermagem seja redobrada como forma de se identificar possíveis complicações ainda de maneira precoce. Quanto mais cuidadosos forem os cuidados prestados neste momento, menores serão as chances de que o paciente venha a apresentar complicações pós-operatória (VIANA, 2010).

Durante a recuperação pós-operatória, especialmente no momento imediato ao acontecimento da cirurgia gera uma grande preocupação por parte dos familiares, que se encontram ansiosos devido a possibilidade de que algo de ruim ainda possa vir a acontecer. Desta maneira os cuidados de enfermagem que são prestados de maneira cuidadosa e humanizada irão se refletir diretamente no bem estar da família, pois é importante que a mesma sinta um vínculo de confiança em relação ao enfermeiro como responsável pelo paciente e não só isso, como também a família irá se sentir mais tranquilizada quando passa a receber informações constantes sobre qual a real situação do paciente que está se recuperando (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

O enfermeiro por interagir diretamente com o paciente mais do que os outros profissionais da área da saúde precisa estar mais atento ao uso adequado das técnicas de comunicação interpessoal, ajudando o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de ação dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento. Destaca-se que, nessa perspectiva, a comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes (MADEIRA, 2011, p. 14).

A dieta do paciente é algo também muito importante, ficando a cargo do enfermeiro manter um controle sobre os alimentos que são ingeridos pelo mesmo. A alimentação é muito importante, pois, irá influenciar de maneira direta na recuperação do mesmo (STRACIERI, 2008).

Em relação as necessidades fisiológicas do paciente em recuperação pós operatória, o enfermeiro deve estar atento quanto a necessidade urinar e evacuar, apresentada pelo mesmo. Muitas das vezes é necessário que se introduza uma sonda vesica como forma de controlar o volume urinário, sendo importante que sejam realizados cuidados específicos que visam a prevenção de um possível quadro de infecção urinaria. Sempre que ocorrer alguma alteração suspeita quanto a uma possível infecção o enfermeiro deve informar o médico responsável para que o mesmo tome as devidas providencias (CARNEIRO; LEITE, 2011).

O enfermeiro deve enxergar o pós-operatório como um momento delicado, onde o paciente encontra-se suscetível a diversas complicações e principalmente infecções, sendo um momento delicado para a família também. É importante que este profissional possua toda uma preparação para aprender a lidar com as possíveis adversidades que podem vir a surgir. Deve-se procurar transformar este momento em algo mais tranquilo e confortável tanto para o paciente quanto para a família do mesmo (LARA, 2010).

2.3 COLECISTECTOMIA

A prevalência de cálculos biliares, nos adultos, estimada mediante estudos epidemiológicos de necropsia e de investigação clínica varia de 15 a 20%. A litíase vesicular é rara na criança, começa a ser identificada na adolescência, apresenta um marcado acréscimo na incidência entre os 35 e 55 anos e aumenta, gradualmente, a partir dos 55 anos. Estimativas baseadas em estudo de necropsia indicam que, aproximadamente, 50% dos pacientes idosos têm colelitíase aos 75 anos de idade. A

incidência da litíase biliar é maior nas mulheres com múltiplas gestações e está, discretamente, aumentada em pacientes obesos (SANTOS *et al.*, 2008).

Os cálculos biliares humanos são classificados química e morfológicamente em duas categorias: cálculos de colesterol (amarelo-esbranquiçados) puros ou mistos e cálculos pigmentares (pretos e marrons), os últimos perfazem apenas 10% dos cálculos vesiculares (MAYA *et al.*, 2009).

Os defeitos metabólicos e da secreção de lipídios biliares, a disfunção da vesícula biliar e a precipitação de colesterol e sais de cálcio são fatores envolvidos na formação dos cálculos biliares. O aumento da síntese de colesterol ocorre nos obesos, nas usuárias de anticoncepcionais orais, na gravidez, no envelhecimento, na diabetes melito, e na perda ponderal acentuada (POMA, 2015).

A hiposecreção de sais biliares que ocorre na cirrose biliar e na colongite esclerosante e a perda anormal observada na ressecção ileal ou outras síndromes de má absorção associadas ou não à hipersecreção de colesterol também são fatores envolvidos na formação dos cálculos. Estas alterações levam a supersaturação de colesterol na bile com formação do núcleo de cristais na vesícula biliar. Os cristais crescem e unem-se uns aos outros e com outros componentes da bile como a mucina, bilirrubina e o cálcio formando os cálculos (SANTOS *et al.*, 2008).

As hipóteses aventadas para formação dos cálculos pigmentares incluem a concentração excessiva de bilirrubina não conjugada insolúvel, a deficiência relativa da concentração de sais biliares para solubilizá-la, além de outros fatores como o possível excesso de cálcio e mucina na vesícula e a disfunção vesicular (SANTOS, 2018).

Há associações clínicas bem estabelecidas ou fatores de risco para a litíase vesicular por cálculos pigmentares. As mais importantes são a hemólise crônica como a doença falciforme, a talassemia, a esferocitose hereditária, o uso de prótese de válvula cardíaca, a cirrose avançada, a infestação biliar por parasitas e a infecção biliar bacteriana (SANTOS *et al.*, 2017).

Na história natural da litíase biliar, 40 a 60% dos portadores de colelitíase são assintomáticos. A incidência do desenvolvimento de sintomas varia de 10 a 30%, durante um seguimento de 2 a 15 anos. Dos pacientes que se tornam sintomáticos e, portanto com indicação para colecistectomia, 60 a 70% se apresentam sob a forma de colecistite calculosa; nesse grupo, os sintomas são moderados e de interpretação difícil em 20% dos casos (MAYA *et al.*, 2009).

A colecistite aguda ocorre aproximadamente, em 20% dos casos, e cerca de 10% apresentam outras complicações da colelitíase, como icterícia, colangite e pancreatite. A incidência dessas complicações aumenta nos pacientes idosos, onde coexistem outras afecções como diabetes, disfunções cardiorrespiratórias e renais (ROQUE *et al.*, 2007).

A consequência mais comum da colecistectomia é o aumento da frequência das evacuações que acomete menos de 5% e responde bem às medidas habituais de orientação alimentar e antidiarreicos. A mortalidade após colecistectomia é baixa, 0,1% para o acesso por videolaparoscopia e 0,5% para o acesso por laparotomia, onde as complicações cardiorrespiratórias são mais frequentes (POMA, 2015).

A permanência hospitalar na colecistectomia por laparotomia é de dois a três dias enquanto na via laparoscópica a operação pode ser feita em regime ambulatorial e o retorno às atividades laborais, em geral, ocorre após 7 a 10 dias (SANTOS, 2018).

A maior desvantagem da colecistectomia via laparoscópica é a incidência mais elevada de lesão traumática da via biliar: de 0,2 a 0,4% em comparação a 0,1% no tratamento por laparotomia. A inexperiência do cirurgião, a colecistite aguda e a vesícula escleroatrófica são fatores associados à maior incidência de lesão traumática da via biliar. A lesão traumática da via biliar, por sua vez, também pode ser agravada por dificuldade de acesso oportuno ao tratamento e, não raramente, por reoperações executadas por profissionais sem formação especializada (BISCIONE, 2006).

Esses fatores podem transformar lesões mais acessíveis às derivações biliodigestivas efetivas em lesões mais complexas. Alguns pacientes com colestase crônica secundária à lesão traumática da via biliar podem apresentar lesões no fígado como fibrose e cirrose com hipertensão portal, onde a dúvida entre a indicação ou revisão da derivação biliar e o transplante hepático, bem como a evolução pós-operatória ainda persiste (SANTOS *et al.*, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa se realiza uma discussão a respeito dos cuidados pré-operatórios de enfermagem em pacientes que passaram por cirurgia de colecistectomia.

O estudo descritivo segundo Severino (2007) é aquele que está centrado na descrição dos fenômenos, onde se norteiam em torno das características existentes sobre certo tema. Para Gil (2010), a pesquisa descritiva é aquela que descreve o registro e análise de características, em geral é o tipo de pesquisa, onde ocorre pouca interferência do pesquisador.

As pesquisas descritivas em alguns casos não só descrevem dados mas também acabam por ir mais a fundo quando diante de determinado problema que foi levantado, onde nestes casos acabam por manter uma grande proximidade das pesquisas explicativas (DEMO, 2004). Quando uma pesquisa descritiva permite ao pesquisador, que o mesmo passe a ter uma nova visão acerca de determinado assunto, tem-se então uma proximidade com a pesquisa exploratória (GIL, 1999).

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo ocorreu no município de Itaituba, mais precisamente no Hospital Municipal de Saúde, no setor de clínica cirurgia. O HMI foi fundado no em dezembro de 1977 através da antiga fundação Sesp, sendo municipalizado em 1 de janeiro de 1999. Atualmente o HMI possui 56 leitos, sendo divididos da seguinte maneira: 9 leitos obstetrícia, 9 leitos pediatria, 12 leitos clínicas cirúrgicas masculinas e femininas e 26 leitos clínica médica masculina e feminina e 10 leitos Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Ao todo possui uma área de 20.188m². O objetivo do HMI é atender a todos os usuários do Sistema Único Saúde (SUS) que necessitem de atendimento de caráter de urgência e emergência ou de internação, onde sempre é obedecido aos princípios e diretrizes do SUS, possuindo equipe capacitada de forma a atender as necessidades da população 814m² são construídos.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O HMI em seu quadro funcional possui 30 enfermeiros distribuídos da seguinte forma: 5 na UCI, 5 no centro cirúrgico, 9 na Urgência e Emergência, 1 na comissão

de controle de infecção hospitalar, 1 na coordenação de Enfermagem e 9 na clínica médico-cirúrgica.

A população alvo do estudo foram todos os Enfermeiros que atuam no setor de clínica médico-cirúrgica no HMI, estando os mesmos sempre em constante interação com os pacientes em pré-operatório e prestando os cuidados de enfermagem. A amostra é composta por um total de 09 enfermeiros, os mesmos responderam a um questionário (apêndice B) com um total de 10 perguntas abertas.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser enfermeiro, funcionário do Hospital e atuar no setor de clínica médica ou cirúrgica a pelo menos 6 meses. Todos os outros funcionários que não atenderam a esses critérios foram excluídos da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu por meio de aplicação de questionário no período de 15 de outubro a 03 de novembro de 2018. A aplicação do questionário ocorreu mediante a explicação dos objetivos da pesquisa, onde foi entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para cada profissional que aceitou participar da pesquisa.

3.5 ANALISE DOS RESULTADOS

Após aplicado o questionário procedeu-se com a análise e interpretação das respostas que foram dadas pelos profissionais, e posteriormente a organização das ideias que foi possível adquirir. Os enfermeiros possuem são caracterizados por meio das representações: Enfermeiro 1, Enfermeiro 2, Enfermeiro 3, Enfermeiro 4, Enfermeiro 5, Enfermeiro 6, Enfermeiro 7, Enfermeiro 8 e Enfermeiro 9. As respostas dadas são expostas em quadros, e após a exposição dos mesmos é realizada a descrição e discussão dos resultados obtidos baseando-se em estudos já realizados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à pesquisa a mesma foi direcionada nove (09) participantes, os dados foram coletados e estão distribuídos através de quadros para uma melhor compreensão sobre a opinião e conhecimento em relação ao tema abordado. Por isso foi realizado um questionário para fortalecer o processo da pesquisa, que segue, de formulação de perguntas e respeitando o anonimato do indivíduo a ser entrevistado. Os quadros abaixo indicam de que forma as etapas de desenvolvimento da pesquisa ocorreu no espaço pesquisado. A partir da caracterização do hospital supracitada, foram demonstradas as respostas dos enfermeiros que trabalham nesta área.

Abaixo aborda-se a questão referente aos cuidados pré-operatórios em cirurgia de colecistectomia e de que maneira estes contribuem para a cirurgia.

A pergunta 1: “Como os cuidados de enfermagem realizados no pré-operatório de colecistectomia contribuem para a cirurgia?” segue no quadro 1.

A partir das respostas que foram dadas, é possível perceber que todos os enfermeiros acreditam que os cuidados promovidos no pré-operatório são de grande importância para o processo cirúrgico mais seguro e livre de complicações, além de que por meio do contato que se estabelece entre enfermeiro e paciente, é possível esclarecer dúvidas, o que ajuda no controle do medo e ansiedade apresentados pelos pacientes.

Conforme Vendites; Almada-Filho e Minossi (2010) em qualquer tipo de cirurgia os cuidados pré-operatório devem se fazer presentes, uma vez que os mesmos contribuem para que todo o processo cirúrgico. Para Minossi e Minossi (2014) uma das grandes contribuições provenientes de uma boa atenção durante o pré-operatório, diz respeito a segurança do paciente mediante a cirurgia, ou seja, é possível promover uma cirurgia mais segura e também com menos complicações.

Luna (2014) evidencia a importância que o enfermeiro exerce ao conversa com o paciente, prestando apoio, esclarecendo as dúvidas e explicando como será realizado o procedimento. Assim, o paciente tende a se mostrar mais calmo e menos ansioso, o que é algo muito importante, uma vez que os aspectos emocionais apresentados pelo paciente antes da cirurgia pode contribuir para que possíveis complicações possam vir a acontecer.

Quadro 1 - Contribuições dos cuidados pré-operatório para cirurgia de colecistectomia.

ENFERMEIRO 1	<i>Diminuem o medo e a ansiedade, obtém-se dados do paciente, além de tirar dúvidas sobre o decorrer do procedimento.</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Para que a cirurgia ocorra de forma segura e que não aconteça complicações.</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Serve para orientar o paciente e diminuir possíveis complicações.</i>
ENFERMEIRO 4	<i>Os cuidados contribuem para diminuir complicações e esclarecer dúvidas e medos que os pacientes apresentam. Contribui assim, para que o paciente se sinta mais seguro e tenha uma recuperação mais rápida.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Contribui de maneira positiva, pois os cuidados prepararam o paciente.</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Evita que complicações venham a acontecer e contribui para uma cirurgia mais segura.</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Evita complicações durante a cirurgia, ou até mesmo cancelamento de procedimento.</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Garante a estabilidade emocional do paciente, fazendo-o mais colaborativo. Evita desidratação e minimiza os riscos de infecção, principalmente transcutânea. Ajuda na diminuição do medo e conseqüentemente do estresse.</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Toda cirurgia traz medo ao cliente, assim os cuidados de enfermagem no pré-operatório são imprescindíveis, o contato com o cliente, a explicação do procedimento, ajuda a diminuir o medo e a insegurança do paciente, além de diminuir a possibilidade complicações e o tempo de recuperação.</i>

Este primeiro resultado obtido está de acordo com a opinião dos autores, uma vez que por se tratarem de profissionais que atuam diariamente com pacientes que irão passar por cirurgia, estes já sabem a grande importância da promoção dos cuidados pré-operatórios.

Desta forma pode-se notar que os estudos que foram produzidos corroboram com as respostas que foram dadas pelos enfermeiros que responderam ao questionário.

A pergunta 2: “Quais são os cuidados de enfermagem no pré-operatório?” Em relação a esses cuidados, foram obtidos os seguintes resultados (Quadro 2).

Quando questionados a respeito dos principais cuidados no pré-operatório, os enfermeiros responderam que cuidados relacionados a higiene como tricotomia, preparação psicológica, onde são esclarecidas dúvidas, além de monitorização dos sinais vitais e retirada de dentadura, adornos e objetos devem ser realizados e são de grande importância para que o procedimento cirúrgico ocorra de maneira tranquila e sem complicações.

Quadro 2 - Cuidados no pré-operatório.

ENFERMEIRO 1	<i>Ficar em dieta zero por horas antes do procedimento. Monitorar a pressão arterial, orientar higiene, retirar próteses e joias.</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Jejum, medicações usadas, alergias, cirurgias realizadas, doenças crônicas e contagiosas, tricotomia, retirada de próteses dentárias, adornos, promover acesso venoso com bom funcionamento e controle dos Sinais Vitais.</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Monitorar os sinais vitais, fazer exame físico no paciente, levantamento do histórico do paciente. Orientar quanto a dieta e retirada de objetos, dentaduras e adornos.</i>
ENFERMEIRO 4	<i>Esclarecer dúvidas, orientar quanto ao jejum explicando o motivo, orientar quanto a limpeza do paciente, realizar a tricotomia e monitorar os sinais vitais.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Preparo psicológico, orientações gerais do procedimento cirúrgico.</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Orientar jejum pelo menos 8 horas antes do procedimento, monitorar os sinais vitais, realizar a higiene do paciente, fazer tricotomia e esclarecer dúvidas.</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Orientar o paciente, preparando o mesmo fisicamente e psicologicamente para a cirurgia.</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Orientar o paciente quanto a dieta zero, uso de laxantes, conforme prescrição médica, acesso venoso periférico calibroso, higiene da pele, especialmente no sítio cirúrgico e preparo psicológico.</i>

De acordo com Luna (2014) muitas das vezes o período de intra-operatório (durante a cirurgia) e o pós-operatório (após a cirurgia) irão depender diretamente dos cuidados que são realizados no momento que antecede a cirurgia. Assim, uma boa preparação cirúrgica, contribui de forma direta para que uma cirurgia aconteça sem complicações e para que o paciente consiga se recuperar mais rápido.

O ideal é que o enfermeiro consiga promover os cuidados de maneira completa, contemplando não somente os aspectos físicos, mais também a questão psicológica do paciente. Desta maneira, conversar com o paciente, esclarecer dúvidas é tão importante quanto realizar o exame físico no mesmo e monitorar os seus sinais vitais (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Christóforo (2006) lembra que existem cuidados que estão ligados diretamente na ocorrência ou não de complicações e até mesmo óbito. De acordo com o mesmo explicar ao paciente a importância do jejum, assim como identificar doenças crônicas que podem gerar complicações durante a cirurgia é um aspecto chave dentro do processo de cuidados pré-operatórios.

Realizando uma análise das respostas que foram dadas, percebe-se que os cuidados estão de acordo com o que se preconiza com a literatura, no entanto, é possível evidenciar que nenhum dos enfermeiros em suas respostas incluiu a importância de se esclarecer dúvidas sobre a cirurgia junto aos familiares.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) trata-se de um processo, onde por meio dele torna-se possível que o enfermeiro analise toda a situação vivenciada pelo paciente, conseguindo desta maneira levantar diagnósticos de enfermagem os quais se baseiam nos problemas encontrados e prescrever cuidados de enfermagem voltados para a resolução dos problemas (CHRISTELLO *et al.*, 2014).

A pergunta 3: “Você aplica a SAE no pré-operatório?” As respostas obtidas em relação à aplicação da SAE no pré-operatório (Quadro 3) foram as seguintes.

Por meio das respostas é possível evidenciar que alguns enfermeiros não utilizam a SAE durante os cuidados pré-operatórios enquanto que outros afirmam fazer uso. O hospital onde foi realizada a pesquisa não apresenta obrigatoriedade de

utilização da SAE, porém alguns enfermeiros na medida do que é possível fazem uso da mesma de maneira informal. O enfermeiro 1 por exemplo, afirma que apesar de não usa-la de forma teórica por meio de anotações, consegue usa-la na prática ao se prestar os cuidados de enfermagem.

Quadro 3 - Aplicação da SAE no Pré-operatório de colecistectomia.

ENFERMEIRO 1	<i>Sim, porém somente de maneira prática e não teórica.</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Sim, conforme torna-se possível, porém sempre de maneira informal</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Não, pois não existe obrigação no hospital de que a mesma seja usada</i>
ENFERMEIRO 4	<i>Sim, porém de forma informal</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Não</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Não</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Não</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Não</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Sim</i>

Como explicam Grittem; Meier e Gaievicz (2006), a SAE ao ser usada no pré-operatório torna possível a identificação antecipada e sistematizada de problemas que o paciente possui, os quais podem envolver tantos os aspectos biológicos, quanto os emocionais e espirituais. Por meio SAE é possível promover ações que irão contribuir para que o processo cirúrgico ocorra de forma mais segura.

De acordo Christello *et al.* (2014) o uso da SAE durante este período cirúrgico traz muitas vantagens, devendo desta maneira o enfermeiro procurar fazer o uso desta “ferramenta” como forma de facilitar e aumentar a qualidade de seu trabalho e consequentemente o bem estar do paciente.

O fato de que o referido hospital não possui entre as suas políticas o uso da SAE traz preocupações, uma vez que atualmente praticamente todos os hospitais já fazem uso da mesma, uma vez que sua eficácia já reconhecida. Evidenciar que alguns profissionais apesar da não obrigatoriedade de uso da SAE, ainda assim a usam de maneira informal é algo muito relevante, pois demonstra que os enfermeiros reconhecem a importância da mesma e que sempre que possível deve-se utiliza-la.

Ao prestar a assistência, o uso da SAE por parte do enfermeiro possibilita fazer a realização de diagnósticos de enfermagem, os quais tratam-se de frases padrões e descritivas sobre o estado de saúde vivenciado pelo paciente, sendo que os diagnósticos de enfermagem são utilizados pelo enfermeiro como forma de se facilitar a promoção de cuidados (TEODORO, 2015).

Em relação a pergunta 4: “Quais são os principais diagnósticos de enfermagem no paciente no pré-operatório de colecistectomia?”. Com as respostas (Quadro 4), foi possível evidenciar que mesmo entre os enfermeiros que utilizam a mesma, ocorreu inconsistências em relação aos diagnósticos levantados, onde percebe-se que o enfermeiro 9 mesmo sabendo da importância da SAE não demonstrou domínio pleno sobre o uso da mesma. Em contrapartida alguns enfermeiros como o 1, 2 e 4 souberam fazer uso da mesma de maneira clara. Os enfermeiros que não utilizam a SAE acabam por não realizar os diagnósticos de enfermagem.

Quadro 4 - Principais diagnósticos de enfermagem no Pré-operatório de colecistectomia.

ENFERMEIRO 1	<i>Risco para temperatura corporal desequilibrada, nutrição desequilibrada, dor aguda, expressão facial e comportamento de defesa (tais diagnósticos são levantados teoricamente sem serem realizadas anotações).</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Náusea relacionada a colelitíase evidenciada por relato verbal; nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; risco para função respiratória alterada pelo histórico de tabagismo; risco para infecção na ferida operatória devido a obesidade.</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 4	<i>Ansiedade e medo relacionado a procedimento cirúrgico; incertezas relacionadas ao período pós-operatório.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Dor, raiva e ansiedade</i>

Para Vasconcelos (2013) os diagnósticos de enfermagem importantes pois são levantados de acordo com os problemas identificados pelo enfermeiro. Desta maneira o enfermeiro consegue sistematizar e organizar os diagnósticos (baseados nos problemas), e planejar ações baseado nos mesmos.

Em relação ao cirurgia de colecistectomia, os principais diagnósticos referidos em estudos publicados são: Conhecimento deficiente relacionado a falta de exposição a informações evidenciado por relato verbal; Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional relacionado a uso contínuo de agentes farmacêuticos; Náusea relacionada a coledolitíase evidenciada por relato verbal; Risco de infecção relacionado a defesas primárias inadequadas (dispositivo intravenoso); Dor aguda relacionada a agentes lesivos (coledolitíase) evidenciada por relato verbal (CHRISTELLO *et al.*, 2014).

Assim fica claro que apesar de alguns profissionais utilizarem a SAE e inclusive levantarem diagnósticos de enfermagem que estão de acordo com a literatura, existe por parte de outros profissionais o desconhecimento a respeito de como a mesma deve ser utilizado, ou mesmo a importância existente em fazê-la presente mediante a promoção da assistência de enfermagem.

A SAE possibilita também a criação de prescrições de enfermagem, as quais tratam-se de um conjunto de cuidados que são indicados e promovidos pelo enfermeiro, de acordo com os diagnósticos de enfermagem e a necessidade apresentada pelo paciente (TEODORO, 2015).

Quanto a pergunta 5: “Quais são os principais prescrições de enfermagem no paciente no pré-operatório de colecistectomia?” As respostas são expostas no quadro 5.

Por meio da pergunta 5, a qual questiona sobre quais são as principais prescrições levantadas, foi possível evidenciar que em geral, os enfermeiros que utilizam a SAE demonstram preocupação em relação a prescrições voltadas especialmente para questão de higiene, cuidados com sinais vitais e diálogo com o paciente, de forma a acalmá-lo.

Assim como os diagnósticos de enfermagem, as prescrições fazem-se importantes uma vez que as mesmas são criadas e promovidas de acordo com os problemas que foram levantados. Portanto, pode-se considerar que as prescrições de enfermagem são partes complementares dos diagnósticos de enfermagem (GOI *et al.*, 2016).

Quadro 5 - Principais prescrições de enfermagem no Pré-operatório de colecistectomia.

ENFERMEIRO 1	<i>Definir forma pela qual será administrado soros e analgésicos; colaboração com outros membros da equipe, como assistente social, fisioterapeutas e médicos; provisão de ambiente seguro e tranquilo; conversar com o paciente.</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Identificar dieta prescrita; promover saúde oral; manter cuidado com tricotomia; monitorar os sinais vitais; orientar o paciente quanto ao procedimento.</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 4	<i>Orientar o paciente a dieta zero; esclarecer todas as dúvidas; realizar tricotomia no local cirúrgico; orientar quanto a realização das necessidades fisiológicas antes de ir ao bloco cirúrgico.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Não utiliza a SAE</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Administrar analgesia conforme prescrição do médico; realizar orientações para prevenir o estresse; estimular a interação com o cliente através do diálogo.</i>

Em geral as prescrições de enfermagem realizadas nesse momento voltam-se muito para a questão emocional do paciente, uma vez que este é um problema muito evidenciado ao se fazer os diagnósticos. O paciente sente muita ansiedade e medo em relação a complicações e a um possível óbito (RAMOS; PIEKAK, 2017). Apesar disto, existem prescrições também voltadas para a higiene apresentada pelo paciente e para a alteração de sinais vitais.

Diante das respostas que foram dadas, foi possível evidenciar que os enfermeiros que utilizam a SAE, em geral levantam prescrições de enfermagem, que estão de acordo com as levantadas por outros estudos.

A pergunta 6: “Como enfermeiro você costuma manter a família e o pacientes informados durante o pré-operatório, de forma que as suas principais dúvidas e incertezas sejam resolvidas?” Foram emitidas as seguintes respostas (Quadro 6).

A análise das respostas referidas, tornou possível evidenciar que todos os enfermeiros afirmam que sempre procuram manter a família e os pacientes informados de maneira que as principais dúvidas e incertezas sejam resolvidas.

Quadro 6 - Costuma manter a família e o paciente informados durante o pré-operatório de colecistectomia.

ENFERMEIRO 1	<i>Sempre que possível</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Sim</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Sim</i>
ENFERMEIRO 4	<i>Sim</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Sim</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Sim</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Sim</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Sim</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Sim</i>

Toda cirurgia envolve uma série de dúvidas e incertezas por parte do paciente e de sua família, desta forma o medo e ansiedade podem se fazer presentes de forma constante, podendo em alguns casos vir a prejudicar o paciente, de maneira que os seus sinais vitais podem se mostrar alterados o que contribui para que a cirurgia possa apresentar complicações ou mesmo ser cancelada. Portanto, ao manter um diálogo aberto com paciente e família, o enfermeiro ajuda a manter sob controle as emoções desses indivíduos (BARRETO *et al.*, 2010).

Ao afirmarem que procuram conversar com paciente e família, os enfermeiros demonstram que possuem conhecimento quanto a importância de tal prática e que a executam sempre que possível.

Em relação a pergunta 7: “Quais são as principais dificuldades encontradas durante o período pré- operatório de colecistectomia?” As respostas encontram-se no quadro 7.

Quadro 7 - principais dificuldades encontradas durante o pré-operatório de colecistectomia.

ENFERMEIRO 1	<i>Cancelamento da cirurgia devido ao paciente não ter obedecido a dieta e falta de uma equipe multidisciplinar.</i>
ENFERMEIRO 2	<i>A ansiedade que muitos pacientes acabam apresentando em função da obrigatoriedade do jejum, o que em alguns casos acaba fazendo com que a pressão arterial acabe se elevando.</i>
ENFERMEIRO 3	<i>A falta de conhecimento dos pacientes sobre o preparo e em muitos casos a desobediência dos mesmos em relação aos mesmos.</i>
ENFERMEIRO 4	<i>A principal dificuldade diz respeito a dieta zero, pois muitos pacientes não querem obedecer, o que pode acabar trazendo prejuízos para eles.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Os pacientes demonstram muita ansiedade e medo.</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Conseguir controlar a ansiedade do paciente e manter o jejum</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Os pacientes não querem ficar em jejum durante muitas horas</i>
ENFERMEIRO 8	<i>O jejum muitas das vezes não é cumprido. Os sinais vitais como pressão arterial em alguns casos ficam muito elevados e não conseguimos controla-los.</i>
ENFERMEIRO 9	<i>O paciente muitas vezes apresenta agitação, nervosismo, medo, ansiedade, preocupações e perguntas em excesso. Muitos não querem manter o jejum e apresentam sinais vitais alterados. A falta de mais profissionais em alguns casos pode ser apontado como um problema.</i>

Por meio das respostas é possível perceber que todos os enfermeiros reconhecem a existência de dificuldades no pré-operatório, sendo que questão referente a dieta é o principal desafio encontrado, pois de acordo com os profissionais, os pacientes na maioria das vezes apresentam resistência em relação ao respeito a dieta que se estabelece, onde não se pode ingerir alimentos.

Por meio dos relatos, é possível evidenciar que muitos pacientes acabam desobedecendo o jejum, o que acaba trazendo riscos aos mesmos. Ainda em relação a dieta alguns enfermeiros afirmam que por ficarem horas sem comer, os pacientes

acabam apresentando nervosismo, estresse e ansiedade e em casos específicos podem ter alterações nos sinais vitais.

Para Henriques; Costa e Lacerda (2016) o organismo não é acostumado a ficar por muitas horas seguidas sem ingerir alimento, desta maneira é normal que os pacientes acabem apresentando muita fome e em decorrência disso ansiedade e estresse. De acordo com o mesmo é necessário que o enfermeiro saiba se sobressair em torno da situação, orientando e explicando ao paciente a importância do jejum e os riscos decorrentes do não cumprimento do mesmo.

Outro problema relatado pelos enfermeiros diz respeito ao controle dos sinais vitais, uma vez que existem pacientes que apresentam uma grande instabilidade em relação aos parâmetros normais. Também foi referido como problema a preocupação e o medo apresentado pelo paciente, o que faz com que o mesmo crie diversas dúvidas e desta maneira sobrecarregue o enfermeiro de perguntas. Para Barreto *et al.* (2010) o enfermeiro como profissional responsável pelos cuidados referentes aos aspectos biológicos e emocionais, deve manter a calma e na medida do possível esclarecer todas as dúvidas que forem criadas.

A falta de mais profissionais e de uma equipe multiprofissional completa também é citada como problema enfrentado no pré-operatório. Torna-se necessário portanto, que se tenha uma maior organização junto aos profissionais que se fazem presentes para o atendimento do setor, de forma que as atividades sejam delegadas de forma organizada, onde todos os pacientes possam ser atendidos e o enfermeiro consiga exercer suas funções sem ficar constantemente sobrecarregado.

Conforme Ramos e Piexak (2017) como em qualquer setor e atividades exercida pelo enfermeiro é sempre muito importante que se tenha uma quantidade de profissionais que consigam atender a demanda existente, uma vez que a carência de enfermeiros pode culminar em um mal atendimento, podendo gerar prejuízos finais ao cliente.

Quanto a pergunta 8: “Como o enfermeiro é preparado para realizar as orientações e cuidados no pré-operatório de colecistectomia?” Em relação a essa pergunta, as respostas estão exposta no quadro 8.

Ao serem questionados quanto a forma como os enfermeiros são preparados para atuarem no pré-operatório de colecistectomia, os entrevistados em sua maioria afirmam que a preparação já se inicia dentro da faculdade, durante a formação do enfermeiro, onde o mesmo tem os primeiro contato teórico e prático com o assunto.

Quadro 8 - Como o enfermeiro é preparado para o pré-operatório de colecistectomia.

ENFERMEIRO 1	<i>O enfermeiro é preparado por meio de planejamento e promoção de programas voltados para a capacitação do profissional.</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Através de pós-graduações, cursos, capacitações, oficinas. É relevante que o profissional esteja sempre buscando informações sobre cuidados de enfermagem</i>
ENFERMEIRO 3	<i>O mesmo começa seu preparo já na graduação, depois na pós-graduação e auxílio médico em relação a dúvidas que se fizerem existentes.</i>
ENFERMEIRO 4	<i>No hospital não há treinamentos, o enfermeiro deve adquirir conhecimento na prática e também por meio de estudos científicos.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Por meio da faculdade, cursos de pós-graduação, qualificações e estudando por meio de livros, artigos e sites.</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Acredito que na faculdade o enfermeiro já se torne capacitado.</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Não existe um treinamento específico promovido pelo hospital. Geralmente seguimos as normas e rotinas existentes. A preparação se dá mesmo na prática do dia a dia.</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Anos de estudo na faculdade, cursos de especializações, diálogos com médicos e equipe e informações por meio de livros e internet.</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Através de estudos na literatura científica.</i>

Os enfermeiros 4 e 7 afirmam que até o presente momento o hospital não oferece nenhum tipo de treinamento voltado para a capacitação em relação aos cuidados que devem ser prestados e ainda acreditam que a capacitação profissional se dá no dia a dia do trabalho, por meio da prática.

Todos os enfermeiros acreditam que na importância existente em relação a busca por conhecimento por parte do enfermeiro, onde segundo eles, os profissionais devem procurar por especializações, capacitações e oficinas, além de se manterem atualizados por meio da literatura científica, a qual pode ser encontrada tanto em livros impressos, quanto em estudos científicos publicados online e sites na internet que são voltados para o assunto.

Os enfermeiros 3 e 8 citam como uma forma de se tornar mais capacitado e aumentar o conhecimento sobre os cuidados prestados, se dá por meio de dialogo junto ao médico e equipe, onde pode ocorrer o repasse e troca de informações, além de esclarecimento de dúvidas.

De acordo com Ribeiro; Bonfim e Silveira (2011) o enfermeiro durante todo o seu processo de formação (graduação, especialização, mestrado etc.) passa a ser mais capacitado quando aos cuidados que devem ser prestados, uma vez que o mesmo passa a promover suas ações baseadas em conhecimentos científicos.

É importante frisar que apesar de ser de grande relevância, a formação teórica não se mostra suficiente quando se pretende formar um profissional altamente capacitado, sendo indispensável a formação prática, pois é por meio dos cuidados prestados no dia a dia com o paciente, que o enfermeiro terá uma noção mais real de como a assistência de enfermagem no pré-operatório funciona (RAMOS; PIEXAK, 2017).

Ressalta-se ainda que dependendo do tipo de cirurgia, existem cuidados específicos que precisam ser tomados, assim cabe ao enfermeiro possuir conhecimentos sobre os mesmos.

Apesar de certas variações sobre o ponto de vista de como o enfermeiro pode se tornar capacitado para atuar no pré-operatório, nota-se que todos os enfermeiros acreditam na importância do aprendizado científico, onde o profissional deve procurar conhecimento e sempre manter-se atualizado.

A Pergunta 9: “Que melhorias o hospital poderia disponibilizar como forma de melhorar o atendimento nos cuidados pré-operatório?” As respostas foram apresentadas no quadro 9.

Ao serem questionados quanto as melhorias que o hospital poderia promover como forma de melhorar o atendimento pré-operatório disponibilizado, os enfermeiros em sua maioria acreditam que diversas mudanças devem ser colocadas em prática, começando pela criação de uma equipe multiprofissional, a qual deverá ter seus serviços voltados somente para o atendimento aos pacientes cirúrgicos.

Outras mudanças que para alguns enfermeiros devem ser colocadas em prática, dizem respeito a oferta de capacitações para os enfermeiros, melhorias estruturais no centro cirúrgico, leitos mais confortáveis e limpos, enfermaria com estrutura mais confortável, oferta de todos os materiais que forem necessários para o desenvolvimento de um bom serviço.

Quadro 9 - Melhorias que podem ser disponibilizadas pelo hospital.

ENFERMEIRO 1	<i>Aumentar o número de funcionários, além de disponibilizar leitos mais confortáveis e enfermaria climatizada.</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Treinamentos e atualizações para enfermeiros</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Ambiente limpo e confortável para o paciente, equipe 100% preparada e sempre haver disponibilidade de medicações.</i>
ENFERMEIRO 4	<i>Disponibilizar uma enfermaria confortável e uma equipe multiprofissional para atender os pacientes.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Capacitações para a equipe de enfermagem.</i>
ENFERMEIRO 6	<i>A estrutura dos quartos e equipamentos oferecidos para internação do paciente.</i>
ENFERMEIRO 7	<i>O hospital deveria promover capacitações e treinamentos</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Implantação da SAE, fornecer todos os materiais necessários para realização de trabalhos, estrutura mais adequada tanto da sala de operação, quanto dos quartos onde o paciente fica internado antes e após a cirurgia, equipamentos mais modernizados, criar uma rotina mais organizada dentro setor e criar uma equipe voltada apenas para procedimentos cirúrgicos.</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Uma equipe multiprofissional para cuidar só de pacientes cirúrgicos, pois ainda não temos essa equipe.</i>

Ainda medidas que podem ser fazer presentes, são oferta de equipamentos mais modernos, rotina no setor mais organizada, disponibilidade de todos os medicamentos que se fizerem necessários e um dos enfermeiros chegou a citar o uso da SAE como um processo obrigatório por parte de todos os profissionais.

É perceptível que todos os profissionais acreditam serem necessário a implantação de medidas como forma de melhorar os cuidados ofertados no pré-operatório, sendo alguns citam poucas mudanças, enquanto outros citam diversas. Nota-se que alguns enfermeiros acreditam que as mudanças devem estar mais voltadas em relação ao profissional em si, sendo de grande importância a oferta de capacitações, assim como de um maior número de profissionais para atender a demanda existente, enquanto isto, outros profissionais acreditam que as mudanças

devem ocorrer envolvendo não somente o enfermeiro, mas também diversos fatores, como estrutura oferecida e disponibilidade de insumos.

Conforme Luna (2014) os cuidados oferecidos no pré-operatório dependem de diversos fatores, uma vez que deve-se considerar o fato de que a qualidade da assistência prestada não depende somente da capacidade do enfermeiro, mas também do que o mesmo tem a sua disposição para realização de seu trabalho.

O recomendado é que o hospital tenha a sua disposição toda uma equipe multiprofissional completa, assim como uma estrutura limpa e confortável, equipamentos atualizados e disponibilidade de todos os tipos de insumos e medicamentos que se fizerem necessários (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

Os serviços de cirurgia segundo Ramos e Piexak (2017) em muitos casos podem envolver uma série de ocorrências, como complicações, desta maneira o enfermeiro como profissional responsável pela segurança do paciente deve se manter atualizado quanto aos cuidados que devem ser prestados e os protocolos a serem seguidos. Portanto, o ideal é que os hospitais sempre ofereçam capacitações por meio de treinamentos e oficinas, afim de manterem os enfermeiros sempre atualizados e inteirados de normas e rotinas que devem ser seguidas dentro do setor.

É importante ressaltar que a instituição alvo do estudo, trata-se de um hospital que não oferece serviços de alta de complexidade, desta maneira, é notável a existência de diversas carências, sendo importante que sejam tomadas ações que visem melhorar a estrutura do setor além de ofertar um serviço realizado por uma equipe multiprofissional totalmente capacitada.

Quanto a pergunta 10: “Além do enfermeiro mais algum profissional faz as orientações no pré-operatório? Quais?” As respostas estão expostas no quadro 10.

Em relação a participação de outros profissionais mediante o repasse de informações ao paciente, todos, exceto o enfermeiro 9, afirmaram que o SIM, o repasse é também realizado por outros profissionais, sendo que os técnicos em enfermagem são os mais citados, seguido do médico cirurgião e em alguns casos, ocorre a participação do nutricionista, assistente social e psicólogo.

Constata-se que em geral é a equipe de enfermagem que mais mantém contato junto ao paciente no pré-operatório, sendo que o cirurgião nem sempre busca um contato junto ao cliente no momento que antecede a cirurgia. Nutricionistas estão ligados especialmente a questão da dieta que o paciente necessita manter antes de

ser operado, sendo que este profissional mostrasse de grande relevância, uma vez que como foi referido anteriormente, uma das maiores dificuldades existentes no pré-operatório diz respeito a desobediência e resistência de alguns pacientes em relação a dieta.

Quadro 10 - Outros profissionais que fazem orientações no pré-operatório, além dos enfermeiros.

ENFERMEIRO 1	<i>Sim, os médicos e os técnicos em enfermagem</i>
ENFERMEIRO 2	<i>Os técnicos em enfermagem e o cirurgião em alguns casos</i>
ENFERMEIRO 3	<i>Sim, equipe de enfermagem, nutricionista e equipe médica.</i>
ENFERMEIRO 4	<i>No meu setor de trabalho, fazem orientações além do enfermeiro, os técnicos em enfermagem, médico cirurgião e as vezes o nutricionista.</i>
ENFERMEIRO 5	<i>Técnico em enfermagem e nutricionista.</i>
ENFERMEIRO 6	<i>Na maioria dos casos somente os técnicos, sendo que o cirurgião costuma atuar somente na cirurgia.</i>
ENFERMEIRO 7	<i>Sim, o técnico de enfermagem e em casos específicos o cirurgião.</i>
ENFERMEIRO 8	<i>Sim, os técnicos em enfermagem e nutricionista, o cirurgião as vezes também repassa informações ao paciente e em casos que se faz necessário temos a assistente social e psicólogo.</i>
ENFERMEIRO 9	<i>Não.</i>

Conforme Costa; Silva e Lima (2010) em alguns casos se faz necessária atuação do psicólogo, como forma de dialogar junto ao paciente, quando este se mostra muito nervoso, estressado e ansioso. Já a assistente social é incluída no pré-operatório especialmente em casos onde o paciente não apresenta acompanhante.

A existência de uma equipe multiprofissional designada especialmente para atuar em casos cirúrgicos é de grande relevância, uma vez que se consegue com isto, aumentar a eficácia do trabalho por meio de uma maior organização e promoção de serviços mais completos, os quais atendam todas as necessidades do paciente (RAMOS; PIEKAK, 2017).

5 CONCLUSÃO

O pré-operatório de colecistectomia envolve uma série de cuidados, os quais devem ser realizados pelo enfermeiro. Tais cuidados contribuem para aumentar a segurança do paciente, assegurando uma cirurgia livre de intercorrências e complicações, além de ajudarem o cliente a ter uma recuperação pós cirúrgica mais rápida.

Por meio da aplicação dos questionários aos enfermeiros que atuam no hospital alvo da pesquisa, foi possível perceber que em relação as contribuições dos cuidados pré-operatórios que são oferecidos, os enfermeiros citam redução do número de complicações durante a cirurgia, recuperação operatória mais rápida e esclarecimento de dúvidas por parte dos pacientes, o que ajuda no controle do medo e ansiedade. Os cuidados que são realizados, dizem respeito a orientações sobre a cirurgia, higiene e dieta, além da realização do exame físico e monitoramento dos sinais vitais. Os enfermeiros afirmaram que o hospital não obriga os mesmos a utilizarem a SAE durante o pré-operatório, no entanto, alguns o fazem de maneira informal. Entre os que utilizam a SAE, os principais diagnósticos e prescrições de enfermagem estão voltados para os aspectos emocionais e também para a sintomatologia proveniente da patologia apresentada pelos clientes.

Quando questionados sobre o repasse de informações para família e paciente, todos os enfermeiros afirmaram o fazer. A principal dificuldade apontada diz respeito a resistência dos pacientes em relação a dieta que deve ser seguida, além das alterações dos sinais vitais e excesso de perguntas. Para os enfermeiros o preparo para atuar no pré-operatório se dá por meio da formação, desde a graduação até cursos posteriores, além da busca por informações sobre o assunto e a própria prática no dia a dia. Em relação a melhorias que podem ser realizadas pelo hospital foram citadas, a oferta de cursos de capacitação profissional, além da disponibilidade de uma equipe multiprofissional mais completa, implantação da SAE e melhorias estruturais nas enfermarias, sala de cirurgia e leitos. Além dos enfermeiros, os técnicos em enfermagem e médico costumam fazer orientações no pré-operatório, sendo que em alguns casos pode-se contar com a presença de uma nutricionista, psicólogo e assistente social. Ao termino deste estudo foi possível responder a todos os objetivos propostos inicialmente.

Indica-se a posterior realização novos estudos, os quais abordem o tema de uma forma ainda mais aprofundada e procure por meio de discussões criar ações que

possibilitem melhorias para a atuação do enfermeiro no pré-operatório de colecistectomia.

Foi possível evidenciar que os cuidados de enfermagem que antecedem a realização da cirurgia, em geral são padronizados no hospital, não havendo grande diferenciação dependendo do tipo de cirurgia. Orientações são feitas em relação a implantação da SAE no hospital, além da melhoras estrutural do setor e ampliação e capacitação da equipe multiprofissional responsável pelo atendimento aos pacientes cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

ALPENDRE, F. T. **Cirurgia segura**: validação de checklist pré e pós-operatório. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2014.

ALVES, G. P. **Corpos no espelho**: um estudo antropológico sobre as construções corporais através das cirurgias plásticas na cidade de Natal. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

AVILA, R. C. **Tornar-se cirurgiã no Brasil**: um estudo sobre a construção das disposições de gênero quanto à aspiração profissional e à escolha da especialidade médica. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2017.

BARRADA, J. **A Arte de Sangrar**: De cirurgiões e barbeiros. Lisboa: Livros Horizonte, 1999.

BARRETO, R. A. S. S.; ARAUJO, A. C. O.; SUZUKI, K.; FREITAS, V. C. A necessidade de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. **RemE – Rev. Min. Enferm**, Goiás, v. 14, n. 3, 2010.

BISCIONE, F. M. **Risco de infecção do sítio cirúrgico após colecistectomia laparoscópica comparado ao risco após colecistectomia laparotômica**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

BRAZ, N. J. **Fatores determinantes da infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias de revascularização do miocárdio e implantes de válvulas cardíacas**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

CARNEIRO, G. A.; LEITE, R. C. B. O. Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 611-616, 2011.

CARVALHO, R. W. F.; PEREIRA, C. U.; FILHO, J. R. L.; VASCONCELOS, B. C. E. O paciente cirúrgico. Parte I. **Rev. Cir. Traumatol**. Pernambuco. v. 10, n. 4, p. 85-92, 2010.

CASTRO, P. M. V.; AKERMAN D.; MUNHOZ, C. B.; SACRAMENTO, I.; MAZZURANA, M.; ALVAREZ, G. A. Colecistectomia laparoscópica versus minilaparotômica na colelitíase: revisão sistemática e metanálise. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v. 27, n. 2, 2014.

CHRISTELLO, G. A.; SOUSA, L. D.; SILVA, B. T.; SANTOS, R. C. **Colecistectomia: diagnósticos de enfermagem prevalentes no pré-operatório**. 13ª Mostra da Produção Universitária, Rio Grande (RS), 2014.

CHRISTÓFORO, B. B. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2006.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Ver. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2010.

DEMO, P. **Pesquisa e Construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2004.

FELÍCIO, S. J. O.; MATOS, E. P.; CERQUEIRA, A. M.; FARIAS, K. W. S. F.; SILVA, R. A.; TORRES, M. O. Mortalidade da colecistectomia videolaparoscópica de urgência versus operação eletiva para colecistite aguda. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2017.

MOTTA-FILHO, G. R. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Ver. Bras. Ortop.**, Salvador, v. 48, n. 6, p. 554–562, 2013.

FIOLHAIS, C. Sobre o início da cirurgia no mundo e em Portugal. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, Lisboa, v. 29, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010.

GOI, C. B.; BENETTI, S. A. W.; PRETTO, C. R.; PRASS, P. B.; DEZORDI, C. C. M.; STUMM, E. M. F. Sistematização da assistência de enfermagem à paciente submetido a cirurgia de vídeo colecistectomia. **XXIV Seminário de Iniciação Científica**, Ijuí, 2016.

GRITTEM, L.; MÉIER, M. J.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 11, n. 3, 2006.

HENRIQUES, A. H. B.; COSTA, S. S. LACERDA, J. S. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 21, n. 4, 2016.

HOLLINGHAM, R. **Sangue e Entranhas** – A assustadora história da cirurgia. Geração Editorial, 2011.

LARA, M. R. **Sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico cirúrgico: competências para atuação**. Guarulhos: UnG, 2010.

LUNA, A. C. **Importância da Visita Pré-Operatória de Enfermagem: A Satisfação do Cliente**. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, 2014.

MADEIRA, M. Z. A.; OLIVEIRA, E. F. V.; PEREIRA, N.; MARTINS, P. C.; SILVA, F. J. G. A assistência de enfermagem perioperatória e a satisfação do paciente. **Revista Interdisciplinar NOVAFAP**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 9 – 15, 2011.

MAYA, M. C. A.; FREITAS, R. G.; PITOMBO, M. B.; RONAY, A. Colecistite Aguda: diagnóstico e tratamento. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, 2009.

OLIVEIRA, M. M.; MENDONÇA, K. M. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: Revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 164-172, 2014.

POMA, M. A. M. **Associação de Gabapentina como adjuvante à raquianestesia para controle de dor aguda em colecistectomia convencional**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2015.

PRATES, P. R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, Curitiba, v. 14, n. 3, 1999.

RAMOS, F. C.; PIEKAK, D. R. **Pré e pós-operatório de Colecistectomia: orientações e cuidados de enfermagem para pacientes e familiares**. Rio Grande: Editora da FURG, 2017.

REIS, A. O Primeiro a Utilizar Anestesia em Cirurgia Não Foi um Dentista. Foi o Médico Crawford Williamson Long. **Ver. Bras. Anesthesiol.**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 304-324, 2006.

RIBEIRO, M. B.; BONFIM, I. M.; SILVEIRA, C. T. Estratégias de capacitação da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2011.

ROQUE, R.; FREITAS, A.; PINA, A.; MARTINHO A.; SOARES, C.; MESSIAS, H. Colectomia Laparoscópica: Cirurgia de Ambulatório. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 20, 2007.

ROSSETO, K. R. C. **Influência do processo educativo de enfermagem no pré e pós-operatório de paciente de cirurgia cardíaca.** Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

SANTOS, G. M. M. **Colecistectomia laparoscópica na abordagem da litíase vesicular.** Porto: Universidade do Porto, 2018.

SANTOS, J. S. S.; SANKARANKUTTY, SALGADO JÚNIOR, W.; KEMP, R.; MÓDERA, J. L. P; ELIAS JÚNIOR, J; SILVA JÚNIOR, O. C. S. Colectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. **Medicina**, Ribeirão Preto, 2008.

SANTOS, F. D. R. P.; MORAES, H. D. L.; NUNES, S. F. L.; NETO, P. M. L.; PASCOAL, L. M. Laparotomia exploratória e colectomia: análise da frequência respiratória e saturação de oxigênio de pacientes no pós-operatório imediato. **Enfermeiro Global**, São Paulo, n. 48, 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

STRACIERI, L. D. S. Cuidados e complicações pós-operatórias. Ribeirão Preto, **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 4, p. 465-468, 2008.

STUMM, E. M. F.; MAÇALAI, R. T.; KIRCHNER, R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006.

TEODORO, M. C. **SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem:** divergências entre academia e prática profissional, influenciando na qualidade assistencial. Assis: FEMA, 2015.

TOSTES, E. R. O. **Gerenciamento de Riscos:** atuação interprofissional em centro cirúrgico. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

VASCONCELOS, A. P. G. **A visão do paciente cirúrgico sobre a visita pré-operatória.** Belém: Universidade Federal do Pará, 2013.

VENDITES, S.; ALMADA-FILHO, C. M.; MINOSSI, J. G. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v.23, n. 3, 2010.

VENDRAMINI, R. C. R.; SILVA, E. A.; FERREIRA, K. A. S. L.; POSSARI, J. F.; BAIA, W. R. M. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do câncer do Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 827 – 832, 2010.

VIANA, À. D. **Processo de Trabalho em Saúde no Centro Cirúrgico:** implicações para a Enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

APÊNDICE A

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora Ana Clara Cativo Guedes pelo telefone 093991311977 ou pelo noelle_itb@hotmail.com, assim como seu orientador Adriano de Aguiar Coutinho.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, _____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisador (a)

APÊNDICE - B

QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de atuação: _____

1. Como os cuidados de enfermagem realizados no pré – operatório de colecistectomia contribuem de que maneira para a cirurgia?
2. Quais são os cuidados de enfermagem no pré-operatório?
3. Você aplica a SAE no pré-operatório?
4. Quais são os principais diagnósticos de enfermagem no paciente no pré-operatório de colecistectomia?
5. Quais são os principais prescrições de enfermagem no paciente no pré-operatório de colecistectomia?
6. Como enfermeiro você costuma manter a família e o pacientes informados durante o pré–operatório, de forma que as suas principais dúvidas e incertezas sejam resolvidas?
7. Quais são as principais dificuldades encontradas durante o período pré-operatório de colecistectomia?
8. Como o enfermeiro é preparado para realizar as orientações e cuidados no pré-operatório de colecistectomia?
9. Que melhorias o hospital poderia disponibilizar como forma de melhorar o atendimento nos cuidados pré-operatório?
10. Além do enfermeiro mais algum profissional faz as orientações no pré-operatório? Quais?