

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EMOCIONAIS IDENTIFICADOS NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

Rosana Rodrigues dos Santos¹, Marister Piccoli², Ariana Rodrigues Silva Carvalho³

RESUMO: Visita pré-operatória consiste na primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. Este estudo objetivou identificar os diagnósticos de enfermagem emocionais mais frequentes na visita pré-operatória em pacientes que se submeteram a cirurgia oncológica. Para alcançar o objetivo proposto, foi elaborado e validado um instrumento para a coleta de dados. A amostra consistiu de 20 pacientes. Os diagnósticos de enfermagem foram identificados através do processo de raciocínio diagnóstico de RISNER após, as afirmativas diagnósticas foram construídas tendo como referência os diagnósticos de enfermagem da NANDA. Foram identificados vinte e dois diagnósticos de enfermagem, sendo que, os que obtiveram frequência superior a 75% foram os seguintes: Conhecimento deficiente 80% e medo 75%. Consideramos a importância da visita pré-operatória de enfermagem, tratando-se de um meio de assistir o paciente de forma sistematizada, objetivando a prescrição e a implementação do plano de cuidados no perioperatório, por meio da identificação dos diagnósticos.

DESCRIPTORES: Diagnósticos de enfermagem; Pré-operatório; Cirurgia oncológica.

NURSING EMOTIONAL DIAGNOSES IDENTIFIED DURING PRE-OPERATIVE VISITS TO PATIENTS SUBMITTED TO CANCER SURGERY

ABSTRACT: Pre-operative visit takes up the first phase in the systematization of perioperative nursing care. This study aimed at identifying the most frequent emotional nursing diagnoses - during the pre-operative visits to patients submitted to cancer surgery. In order to reach the proposed objective, an instrument was previously elaborated and validated for data collection. The sample consisted of 20 patients. Nursing diagnoses were identified through Risner's reasoning diagnosis and after that, affirmative diagnoses were built having as reference NANDA's nursing diagnoses. Twenty-two nursing diagnoses were identified, among them with frequency superior to 75% were as follows: Knowledge deficit, 80% and fear, 75%. In this study, we consider the importance of perioperative nursing visits to patients as a way to assist them systematically, objectifying prescription and implementation of a perioperative care planning by means of diagnostic identification.

DESCRIPTORS: Nursing diagnosis; Pre-operative; Cancer surgery.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA EMOCIONALES IDENTIFICADOS EN LA VISITA PREOPERATORIA EN PACIENTES DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA

RESUMEN: Visita preoperatoria consiste la primera etapa de sistematización en la asistencia de enfermería perioperatoria. Este estudio tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería emocionales de mayor frecuencia en la visita preoperatoria en pacientes que se sometieron a una cirugía oncológica. Para el obtención propuesto, fue elaborado y validado un instrumento de reconocimiento de datos. La muestra se dio con 20 pacientes. Los diagnósticos de enfermería fueron identificados a través del proceso de raciocinio de RISNER. Luego, las afirmativas diagnosticadas fueron construidas teniendo como referencia los diagnósticos de enfermería de la NANDA. Fueron identificados 22 diagnósticos de enfermería, de los cuales los que obtuvieron frecuencia mayor a 75% fueron los siguientes: conocimiento deficiente 80%, y miedo 75%. En este estudio, consideramos la importancia de la visita preoperatoria de enfermería, tratándose de un medio de acompañamiento al paciente de forma sistematizada, objetivando la prescripción y la implementación del plan de cuidados en el periodo perioperatorio, por intermedio de la identificación de los diagnósticos.

DESCRIPTORES: Diagnósticos de Enfermería; Preoperatorio; Cirugía Oncológica.

¹ Enfermeira. Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

² Enfermeira. Doutoranda. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Professora Assistente, CCBS, Campus de Cascavel, UNIOESTE-PR. (In Memoriam).

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM. Especialista em Cardiologia pelo InCOR/HC/FMUSP. Docente da UNIOESTE (Cascavel). Membro do Grupo de Pesquisa e Linha de Pesquisa: Ciências Cardiovasculares Básicas e Aplicadas.

Autor correspondente:

Ariana Rodrigues da Silva Carvalho

R. Minas Gerais, 2161 ap. 1502 – 85812-030 – Cascavel-PR

E-mail: mauroari2@hotmail.com

Recebido em: 09/09/06

Aprovado em: 12/03/07

INTRODUÇÃO

A enfermagem perioperatória abrange uma ampla variedade de atividades associadas ao processo cirúrgico, destacando-se o pré, o trans e o pós-operatórios. Sendo que a fase pré-operatória inicia-se quando a decisão pela intervenção cirúrgica é tomada e termina quando o paciente é transferido para a mesa cirúrgica⁽¹⁾.

A visita pré-operatória de enfermagem é conceituada como um procedimento técnico científico planejado pelo enfermeiro que atua no centro cirúrgico, com a finalidade de prestar assistência adequada ao paciente que se submeterá ao tratamento cirúrgico, ambulatorial ou hospitalar⁽²⁾.

O período pré-operatório pode ser um momento difícil para o paciente que se encontra hospitalizado, rodeado de pessoas estranhas, submetendo-se a procedimentos invasivos, e que está prestes a submeter-se a um procedimento cirúrgico que pode influenciar direta ou indiretamente nos seus hábitos de vida do dia-a-dia.

Na doença, o tratamento cirúrgico e a própria hospitalização podem abalar profundamente o estado emocional do indivíduo, que poderá influenciar no encaminhamento do procedimento já que muitas alterações emocionais podem ocasionar também impactos fisiológicos como aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória.

O presente estudo objetiva identificar os diagnósticos de enfermagem emocionais durante a visita pré-operatória, nos pacientes adultos com indicação de procedimento cirúrgico oncológico. Tal estudo enfoca o paciente no período que antecede ao procedimento cirúrgico oncológico e os aspectos emocionais envolvidos neste período, visando à identificação dos diagnósticos de enfermagem emocionais. Para a análise deste estudo utilizamos o Processo de Raciocínio Diagnóstico descrito por Risner⁽³⁾ em que as categorias foram nominadas de acordo com a NANDA⁽⁴⁾.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme dados do Instituto Day Care⁽³⁾, a cirurgia oncológica é considerada como a mais antiga forma de tratamento para o câncer, tendo o início do desenvolvimento desta prática no século

XIX nos Estados Unidos, com a retirada de volumosos tumores ovarianos, e ao longo destes séculos aumentou o seu prestígio como recurso terapêutico devido à própria evolução das técnicas cirúrgicas, anestésicas, assepsia e ainda, ao melhor entendimento das doenças.

O tratamento cirúrgico oncológico envolve varias situações que podem deflagrar sentimentos diversos nos pacientes. O estado emocional do paciente pode ser afetado pela incerteza do diagnóstico, ou pela confirmação deste pelo próprio ato cirúrgico, pelo resultado cirúrgico, como na imagem corporal e em sua rotina diária ou simplesmente pelo período de internamento que, nestes casos, podem ser longos e frequentes.

Os pacientes oncológicos em sua maioria necessitam de um período prolongado de internamento hospitalar, seja na preparação para submissão à procedimentos cirúrgicos, ou até mesmo para tratamentos clínicos como quimioterapia e radioterapia. Este período de tempo no qual o paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar pode trazer sentimentos como raiva, frustração e negação da doença⁽⁴⁾.

Acreditamos que a forma de tratamento cirúrgico para o câncer deva ser avaliada em conjunto com o paciente e família, considerando os efeitos da cirurgia sobre a imagem corporal, auto-estima e capacidade funcional. A cirurgia independente do seu grau de complexidade representa para o paciente uma ameaça aos seus conceitos e padrões de vida, e este pode reagir das mais variadas formas frente às mesmas situações. Nesse sentido, as atitudes de todo paciente quando se depara com a necessidade da cirurgia são muito variadas e, às vezes, difíceis de explicar, mesmo quando estes procedimentos são considerados de pequeno porte pela equipe cirúrgica⁽⁵⁾.

Independente do tipo de cirurgia ao qual será submetido, o paciente deve ter a oportunidade de expressar seus sentimentos, dúvidas e receios relacionados aos procedimentos realizados, aos momentos trans e pós-operatórios e ainda, sobre tratamentos posteriores. O preparo psicológico do paciente em face a qualquer procedimento cirúrgico consiste em esclarecer algumas dúvidas referentes à sua cirurgia, incentivá-lo a expressar seus medos e anseios, tentar transmitir a sensação de calma e confiança e ouvi-lo com atenção⁽⁶⁾.

Neste contexto, acreditamos que o momento

pré-operatório é a etapa em que o enfermeiro é capaz de estabelecer uma comunicação interpessoal com o paciente e família, para que dúvidas possam ser sanadas, sentimentos expressados e sobretudo temores amenizados. O relacionamento interpessoal entre enfermeiro e paciente neste momento torna-se imprescindível na redução de complicações e traumas no que se refere ao aspecto emocional do paciente.

Para uma interação efetiva entre enfermeiro-paciente é necessário que primeiramente deva ser estabelecido uma relação de confiança entre o enfermeiro e o paciente para que este se sinta a vontade para expressar seus temores e realizar questionamentos acerca dos procedimentos e situações ao qual será exposto devido ao tratamento cirúrgico⁽⁷⁾.

Neste estudo, indicamos a importância da visita pré-operatória de enfermagem, na avaliação dos aspectos emocionais do paciente e da família na implementação da assistência de enfermagem ao paciente oncológico. O diagnóstico de enfermagem como instrumento de trabalho é uma forma de expressar as necessidades de cuidados identificadas nas pessoas que recebem os cuidados⁽⁸⁾.

Dentre as doenças crônico-degenerativas, o câncer é a que causa maior desequilíbrio emocional no paciente e seus familiares, pois em nossa sociedade esta moléstia tem a conotação de sofrimento, dor, degeneração e morte⁽⁹⁾.

Para o paciente, a doença é sempre uma experiência misteriosa, pois sente que alguma coisa está errada com ele, alguma coisa que certamente irá prejudicá-lo, a menos que seja tratada com rapidez e eficiência. Difícil para ele é definir o que a doença é, e para muitos a doença e seu próprio tratamento acabam tornando-se idêntica ao seu nome⁽¹⁰⁾.

A doença é, para os indivíduos, uma situação particular na qual suas necessidades básicas são afetadas e conseqüentemente a segurança emocional também estará comprometida, seja pelo medo do desconhecido, pela mudança na rotina normal, e alterações diretas no seu auto-conceito e auto-imagem⁽¹¹⁾. Além disso, a doença gera a conscientização da vulnerabilidade do indivíduo, já que devido à doença, ao próprio tratamento e à hospitalização estes experimentam a solidão, o medo de perder o autocontrole e da morte, de dar trabalho às pessoas e da dependência física que

esses processos podem ocasionar.

Acreditamos que os pacientes cirúrgicos oncológicos encontram-se com suas funções físicas e emocionais alteradas, seja pelo próprio diagnóstico, pelo medo dos procedimentos terapêuticos e, sobretudo pelas conseqüências que os mesmos possam causar em sua imagem corporal e rotina diária. Esses, frente à cirurgia, podem deflagrar-se com sentimentos conflitantes como angústia, medo, estresse emocional e ansiedade independente dos procedimentos anestésico-cirúrgicos ao qual serão submetidos.

Quando um indivíduo está hospitalizado existe uma ruptura com seu ambiente habitual, modificando seus costumes, hábitos, e ainda podem ocorrer alterações na sua capacidade de auto-realização e cuidado pessoal. O paciente acaba imerso em um mundo novo e desconhecido, não sabendo como atuar nos diferentes momentos e dependente do pessoal que o rodeia, sentindo insegurança e alterações em nível psicológico⁽⁹⁾.

Entendemos que os pacientes cirúrgicos desenvolvem necessidades de enfrentamento e de adaptação ao processo de hospitalização e principalmente cirúrgico, tendo em vista a variedade de sentimentos que envolvem esta situação peculiar. Além disso, o próprio centro cirúrgico é uma das causas que geram medo, por ser, na maioria dos casos, um ambiente totalmente desconhecido para os pacientes e diversificado das demais unidades, desde a planta física, equipamentos e uniformes dos profissionais⁽¹¹⁾.

Acreditamos que durante o pré-operatório, nestes casos em especial, o enfermeiro deva atuar no intuito de promover o melhor estado de enfrentamento possível para o curso da experiência cirúrgica, atentando-se na identificação de sinais e sintomas de abalo e procurando formas para minimizá-los.

Tendo em vista as variadas situações peculiares que envolvem os procedimentos cirúrgicos oncológicos, enfatizamos a importância da visita pré-operatória de enfermagem. Especialmente, no que diz respeito à identificação dos diagnósticos emocionais de enfermagem, para que por meio desses possam ser analisadas as necessidades que cada indivíduo apresenta, visando uma assistência de enfermagem integral e tornando a experiência cirúrgica o menos traumatizante para o paciente e também para a sua família.

As emoções são estados afetivos ou sentimentos. Os indivíduos que estão fisicamente enfermos passam por uma variedade de experiências emocionais que podem incluir intensa ansiedade, hostilidade, depressão, raiva, excitação, medo, entre outros⁽¹²⁾. “A emoção refere-se a um complexo estado de sentimentos com componentes somáticos, psíquicos e comportamentais”⁽¹³⁾. A essa se relacionam as sensações subjetivas em resposta a um fator estimulante, geralmente externo. O termo emoção pode definir um estado afetivo, um conjunto de alterações fisiológicas e os vários tipos de comportamentos, expressando tanto o estado fisiológico quanto psicológico do indivíduo. Assim, a emoção tem ao mesmo tempo componentes fisiológicos, psicológicos e sociais⁽¹⁴⁾.

Os sentimentos traduzem se o que estamos experimentando é ameaçador, doloroso, lamentável, triste ou alegre, sendo as nossas reações ao que é percebido, e tendo a possibilidade de modelar nossas experiências futuras. Existem basicamente dois tipos de sentimentos; os positivos que ampliam nosso senso de força e bem-estar produzindo prazer, e os negativos que interferem no prazer, consomem energia e nos deixam exauridos. Os indivíduos que se encontram em pré-operatório para uma cirurgia oncológica, seja ela para confirmação diagnóstica, paliativa, reconstrutiva, profilática ou como método primário de tratamento, estão vulneráveis não apenas a alterações anatômicas e fisiológicas, mas também a variadas alterações no que se refere ao seu aspecto emocional⁽¹⁵⁾.

O próprio diagnóstico de câncer coloca em primeiro plano a vulnerabilidade do ser humano, trazendo à tona uma série de questões sobre o significado da vida. Sendo que, tanto o diagnóstico quanto o tratamento do câncer produzem graves traumas emocionais, manifestados sob a forma de depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, entre outros⁽¹⁶⁾.

O paciente que está prestes a ser submetido a uma cirurgia enfrenta situações desconcertantes, o ambiente hospitalar é totalmente estranho, equipamentos complexos, muitas pessoas diferentes e diversos procedimentos estressantes e por vezes embaraçantes são realizados. O paciente é solicitado a se ajustar ao estresse da hospitalização, e entregar-se aos cuidados de pessoas estranhas a ele, gerando sentimentos de vulnerabilidade e insegurança⁽¹⁷⁾.

Especialmente relacionado ao processo

cirúrgico, destaca-se que uma cirurgia pode ser fonte de muitas ameaças ao padrão de segurança, a saúde, aos valores, ao autoconceito e aos relacionamentos⁽¹⁴⁾. Estas ameaças podem produzir sentimentos vagos variando desde leve inquietação ao pânico.

Tratando-se do estado emocional do paciente, o enfermeiro necessita estar atento aos relatos verbais e especialmente ao comportamento do mesmo, ou seja sua comunicação não-verbal. Nesse sentido a comunicação não verbal está intimamente relacionada com a comunicação verbal, referindo-se as mensagens enviadas e recebidas através de meios como: expressões faciais, tom de voz, postura física e gestos, sendo a soma desses aspectos a maneira como o comportamento da pessoa é transmitido, sendo que em muitos casos os aspectos não verbais transmitem atitudes e sentimentos com maior clareza do que as palavras faladas⁽¹⁴⁾.

A ansiedade é um sentimento de apreensão provocado pela antecipação a um perigo, seja ele interno ou externo, atuando como sinal de alerta para avisar sobre um perigo eminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar a ameaça, geralmente desconhecida⁽¹⁵⁾.

As reações fisiológicas da ansiedade, citando como exemplo a ativação do sistema nervoso autônomo incluindo aumento de pulso e da frequência respiratória, alterações de pressão arterial e temperatura, pupilas dilatadas, relaxamento dos músculos lisos da bexiga e intestino, pele fria e pegajosa, aumento da sudorese, boca seca, desmaios, tonturas, agitação e insônia⁽¹⁾.

Os indivíduos ansiosos sofrem alterações no tom de voz e na maneira de falar, a voz pode estar trêmula e com tom alto, além de dificuldades para encontrar palavras que desejam ser usadas, sendo comum também o ato de gaguejar⁽¹⁸⁾. A intensidade da ansiedade depende diretamente da severidade da perda, da proximidade da ameaça, da importância da perda para os indivíduos, da força pessoal e de suas defesas para enfrentar a ansiedade⁽¹⁷⁾.

Acreditamos que a ansiedade seja um sentimento vivenciado profundamente não somente pelo paciente cirúrgico oncológico, mas também para família, a qual muitas vezes não recebe apoio para enfrentar tanto o processo anestésico-cirúrgico, como relacionado a própria doença.

Os pacientes podem expressar sua raiva perante a doença, sendo que este sentimento pode

ser apontado a ele próprio, a Deus, aos amigos ou descarregada sobre a equipe do hospital⁽¹⁵⁾. A raiva é o sentimento de sentir-se irritado, ofendido, enraivecido sendo uma sensação de irritação em virtude dos desapontamentos do dia-a-dia. Expressar a raiva é uma reação natural e saudável necessária para manter o equilíbrio das emoções. Este sentimento reprimido pode começar a destruir a pessoa, tirando o que há de bom⁽¹⁷⁾.

Outro sentimento que pode estar presente diante de uma indicação cirúrgica é a tristeza que pode gerar imobilidade, lentidão dos processos fisiológicos e embotamento dos sentimentos⁽¹⁶⁾. A tristeza é uma perturbação normal, universal e necessária na experiência da vida de um indivíduo, sendo uma reação à perda real de um objeto de grande valor⁽¹⁴⁾.

Acreditamos que os indivíduos que se encontram debilitados devido ao desenvolvimento do câncer podem defrontar-se com este sentimento, devido à própria história da doença, da hospitalização, da distância de familiares e de preocupações financeiras.

Relacionado a este aspecto, entendemos que o enfermeiro pode deflagrar-se com choro, irritabilidade, desinteresse pelas rotinas e agressividade. Características que o enfermeiro deve saber identificar e reconhecer as causas para então buscar meios para tentar amenizá-las.

O medo também pode estar presente no período pré-operatório, e refere-se a um sentimento de destruição fisiológica ou emocional relacionada com uma fonte percebida como perigosa, podendo ser citados como fatores a própria hospitalização, danos corporais, anestésias, cirurgias e seus resultados⁽¹⁹⁾. O medo é descrito⁽¹⁷⁾ como um sentimento de defesa, que nos protege de uma possível ameaça ao bem-estar. Quando exacerbamos este sentimento, nosso corpo reage liberando uma infinidade de hormônios que acabam provocando alterações fisiológicas. É um sentimento provocado por um perigo reconhecidamente real, que provoca algumas alterações fisiológicas como aumento dos batimentos cardíacos, a fim de enviar quantidade de sangue a todas as partes do corpo, uma vez que a pele torna-se pálida devido a contração das arteríolas da pele, a transpiração aumenta e a respiração acelera, podendo ocorrer até mesmo tremores dos músculos do corpo, sendo primeiramente observado nos lábios⁽¹⁵⁾.

Diagnóstico de enfermagem

O conceito de diagnóstico de enfermagem aprovado pela nona conferência da NANDA é "um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde, processos vitais, reais ou potenciais", que proporcionam a base para o julgamento e análise das intervenções de enfermagem visando atingir os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável⁽⁴⁾.

Os diagnósticos de enfermagem têm promovido o desenvolvimento da autonomia e credibilidade na enfermagem. São problemas atuais ou potenciais do paciente possíveis de resolução pelas ações independentes de enfermagem, os que são sucintamente afirmados em termos de problemas específicos do paciente que orientarão a enfermagem no desenvolvimento do plano de cuidados⁽¹⁾. Contudo, apesar de acreditarmos na importância da utilização dos diagnósticos de enfermagem, bem como de todo processo de enfermagem, destacamos que parte dos enfermeiros assumem uma postura de resistência com relação à elaboração e realização dos diagnósticos de enfermagem. Além disso, o diagnóstico de enfermagem é o eixo de todo processo, sendo a base para o planejamento dos objetivos e atividades, aumentando a eficácia do tratamento e na seqüência a prestação de cuidados.

O estabelecimento e a utilização dos diagnósticos de enfermagem proporcionam uma padronização de termos e facilitam a comunicação entre enfermeiros, já que um diagnóstico expressa determinada situação este será mentalmente delineado, favorecendo as intervenções que a enfermagem deve proceder⁽²⁰⁾.

Para a identificação correta dos diagnósticos de enfermagem é necessária a realização de uma investigação, na qual o enfermeiro deve ser capaz de comunicar-se efetivamente com o paciente. O termo comunicação terapêutica descreve técnicas que estimulam o cliente e a família a compartilhar abertamente seus sentimentos incorporando habilidades verbais com perguntas abertas ou fechadas e validação das respostas e através da observação do não-verbal, de escuta ativa, vital na coleta de dados. Além disso, o enfermeiro deve ser capaz de observar sistematicamente, podendo delimitar fatores que contribuam ou causem determinado problema podendo explorar tais dados com o paciente, e,

sobretudo realizar uma interpretação de dados com exatidão após a coleta dos mesmos⁽²¹⁾.

Entendemos que para o estabelecimento dos diagnósticos, o enfermeiro necessita estar em constante atualização, tanto no que se refere às formas de comunicação, de interpretação dos dados, e dos próprios diagnósticos, buscando o aperfeiçoamento profissional e uma maior compreensão do ser biológico, psíquico, espiritual e cultural.

Compreendemos que os diagnósticos de enfermagem permitem ao enfermeiro, além de uma padronização de termos, uma delimitação mais precisa do conjunto de conhecimentos e de atuação da enfermagem e por conseguinte, uma maior independência e fortalecimento profissional.

Acreditamos que a sua utilização seja importante para os profissionais da enfermagem, bem como para o paciente, especialmente no que se refere aos diagnósticos emocionais, que permitem ao enfermeiro uma visão individualizada de cada paciente.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa social, que é uma atitude teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente, tem uma carga histórica e, assim como as teorias sociais, reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classe e grupos determinados⁽²¹⁾.

Dentro das pesquisas sociais, a pesquisa qualitativa responde a questões que não são possíveis de serem quantificadas, ou seja, trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, com aquilo que não pode ser reduzido a operacionalização de variáveis⁽²²⁾.

Este estudo foi realizado em uma unidade oncológica, vinculado a um hospital com atendimento público, localizado na região Oeste do Paraná. A direção da instituição foi consultada por meio de ofício e esclarecida quanto aos objetivos do estudo, bem como os pacientes que aceitaram participar do estudo foram esclarecidos e consultados, tendo a garantia do anonimato, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde⁽²³⁾.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face, utilizando um instrumento previamente construído. Participaram do estudo, pacientes adultos, com idade entre 20 e 60 anos, que se encontravam em pré-operatório com indicação de cirurgia oncológica, nos meses de julho e agosto de 2003, totalizando 20 pacientes. As entrevistas foram realizadas no mesmo dia da cirurgia ou no dia anterior a esta, sendo as respostas e observações registradas no instrumento elaborado.

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram analisados de acordo com o processo de raciocínio diagnóstico descrito por RISNER⁽³⁾. A análise foi realizada por meio da separação por partes do material encontrado e o exame crítico. A síntese foi desenvolvida com as seguintes etapas: agrupamento dos dados relevantes em padrões, entendido como a manifestação do paciente; comparação dos agrupamentos com padrões, normas e conceitos, entendida como a relação entre os dados que o paciente apresenta e o conhecimento do profissional; identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese), compreendida como a fase do julgamento clínico⁽³⁾. Após a análise e a síntese construímos as afirmativas diagnósticas tendo como referência a Taxonomia II da NANDA⁽⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação à variável sexo, houve uma prevalência de 75% dos entrevistados serem do sexo feminino. A distribuição dos pacientes entrevistados por idade, indicou que 55% dos entrevistados estão na faixa etária dos 50 aos 60 anos de idade. Quanto aos procedimentos cirúrgicos realizados observamos que 20% foram de tireoidectomia, 15% de histerectomia, 15% de biópsia pulmonar a céu aberto, 10% de quadrantectomia.

Diagnósticos de enfermagem identificados

Na tabela a seguir, apresentamos a análise da distribuição dos diagnósticos encontrados em ordem de frequência na amostra.

Tabela 1 - Diagnósticos de enfermagem encontrados no total de pacientes oncológicos cirúrgicos entrevistados (n=20). Cascavel, 2003

Diagnósticos de enfermagem	N.º	%
Conhecimento deficiente	16	80%
Medo	15	75%
Ansiedade	14	70%
Padrão de sono perturbado	14	70%
Processos familiares interrompidos	11	55%
Conforto alterado	11	55%
Dor aguda	10	50%
Imagem corporal perturbada	05	25%
Atividades de recreação deficientes	04	20%
Risco para síndrome do estresse por mudança	04	20%
Padrões de sexualidade ineficazes	03	15%
Baixa auto-estima situacional	03	15%
Risco para solidão	02	10%
Fadiga	02	10%
Manutenção do lar prejudicada	02	10%
Interação social prejudicada	02	10%
Tristeza crônica	01	5%
Adaptação prejudicada	01	5%
Enfrentamento defensivo	01	5%
Nutrição desequilibrada	01	5%
Desobediência	01	5%
Dor crônica	01	5%

Na análise geral, verificamos que os diagnósticos emocionais mais preponderantes na amostra foram: o conhecimento deficiente (80%), o medo (75%) e a ansiedade (70%), tendo em vista o número relevante de entrevistados que os apresentaram. É importante mencionar que o padrão de sono perturbado, processos familiares interrompidos, dor aguda e conforto alterado, também são diagnósticos relevantes visto que atingiram mais de 50 % da amostra. Neste caso, estaremos fazendo uma reflexão sobre os diagnósticos de enfermagem que obtiveram frequência superior a 50%.

O conhecimento deficiente é um dos diagnósticos que interfere diretamente em todos os demais, já que a partir do momento em que o paciente sabe o que irá acontecer e a quais procedimentos irá submeter-se, torna-se mais precisa a identificação dos fatores que levam a alterações nos aspectos emocionais do paciente.

O medo é uma emoção que se desencadeia

automaticamente quando o indivíduo encontra-se ameaçado por um perigo do qual não pode fugir e sente-se incapacitado para enfrentá-lo ou vencê-lo, sendo que quando a ameaça desaparece, este sentimento também é superado⁽¹⁾.

Percebemos que os fatores que geram este sentimento nos pacientes estão relacionados a origens distintas, contudo, tendo uma prevalência do medo da dor da anestesia, da quimioterapia, e do resultado do procedimento cirúrgico para determinação da extensão afetada pelo tumor. Nos dois primeiros casos, o medo, estava sendo alimentado pela falta de conhecimento dos procedimentos ao qual os pacientes iriam ser submetidos, demonstrando a inter-relação entre os diagnósticos de medo e conhecimento deficiente.

A ansiedade é uma reação normal ao estresse e a ameaça a um dano real ou imaginário, podendo ser discreta ou suficientemente grande para causar pânico e a intensidade pode aumentar ou reduzir dependendo

da capacidade da pessoa de lidar com o problema e de seus recursos. A ansiedade é uma reação comum à doença porque é percebida como determinantes dos seguintes fatores: uma ameaça geral à vida; a integridade física, a exposição e a vergonha, a incerteza sobre o presente e futuro e separação dos familiares e amigos⁽¹⁾.

Muitos fatores podem determinar a ansiedade como: preocupações com o resultado do procedimento cirúrgico, muitas vezes imprevisível, especialmente aos relacionados aos procedimentos para confirmação diagnóstica ou às cirurgias para retirada de estruturas, e as conseqüências que estas podem ocasionar futuramente.

Acreditamos que o enfermeiro necessita atuar na tentativa de minimizar a ansiedade, auxiliando o paciente a enfrentá-la, reduzindo assim seus efeitos motores e viscerais, e conseqüentemente as sensações desagradáveis e possíveis complicações no trans-operatório.

Durante a hospitalização, as alterações no padrão de sono são freqüentemente descritas pelos pacientes devido a mudança de ambiente e da cama, cobertores e travesseiros não habituais, divisão do quarto com pessoas de hábitos diferentes, luzes nos corredores, dor, sentimentos relacionados a perda de auto-controle do próprio corpo e ainda com as rotinas decorrentes do serviço hospitalar⁽²⁾.

Conforme verificamos neste estudo, as preocupações com o resultado do procedimento cirúrgico relacionado as biópsias foram observadas em 21,42% da amostra, demonstrando a importância da definição diagnóstica para estes indivíduos.

Entendemos que para o paciente que está vivenciando o período pré-operatório, o sono seja um importante aspecto a ser observado (apesar de todas as preocupações e situações que podem interferir num padrão de sono efetivo), tendo em vista que os distúrbios relacionados afetam o conforto e bem-estar do paciente, e levam ao consumo de energia do organismo, que deve ser poupado para que a recuperação pós-operatória seja beneficiada.

A família é um agrupamento social, no qual os membros interagem, apoiam-se mutuamente e unem esforços buscando as melhores soluções para os problemas inclusive os relacionados aos processos de saúde-doença, sofrendo influências culturais, sociais e econômicas⁽³⁾.

Entendemos que para a família do paciente que está prestes a submeter-se a um procedimento

cirúrgico, o período pré-operatório é um momento difícil, no qual a insegurança, o medo, a ansiedade e outros sentimentos são exacerbados, sendo o apoio familiar necessário para que o momento cirúrgico possa ser enfrentado da forma mais saudável possível.

Dos pacientes entrevistados, 36,36%, descreveram ser a crise financeira o principal fator para o diagnóstico de processos familiares interrompidos, demonstrando a importância dos aspectos econômicos para estes pacientes. Ressaltamos aqui, que o paciente, ao ser hospitalizado para o tratamento, traz consigo todos os fatores sociais, culturais e econômicos, que podem ser fonte de muitas preocupações durante o período de internamento.

Entendemos que este diagnóstico também se relaciona sobre a procedência dos pacientes, lembrando que a maioria (60%) era proveniente de cidades do interior da região, dificultando muitas vezes que os familiares acompanhassem o tratamento e até mesmo o visitassem, prejudicando o apoio emocional ao paciente.

Sobretudo, acreditamos que a doença, a hospitalização e o tratamento cirúrgico somados aos fatores culturais, sociais e financeiros acabam por influenciar a estrutura familiar, que muitas vezes já está fragilizada com o desenvolvimento da doença num de seus membros. Em muitos casos, os pacientes percebem a si próprio como fonte destes problemas da crise conjugal, financeira, da sobrecarga de familiares e das alterações na estrutura familiar.

A dor aguda refere-se a uma sensação desagradável que pode durar dias, semanas, até o limiar de seis meses, atuando, na maioria dos casos, como um mecanismo protetor, que alerta para uma lesão real ou iminente ao organismo humano. Enfim, respostas comportamentais são muito variáveis entre os indivíduos. O estado emocional, experiências dolorosas anteriores e fatores culturais relacionados à percepção da dor, influenciam diretamente a maneira de como a pessoa responde a dor. Alguns sentem a dor silenciosamente, outros verbalizam e expressam por meio de gritos e choro⁽²⁵⁾.

Ressaltamos a importância da observação dos aspectos não-verbais do paciente oncológico-cirúrgico para identificação deste diagnóstico, tendo em vista que em muitos casos a dor não é verbalizada, apenas sentida pelo indivíduo, que a exterioriza por posturas, gestos, expressões faciais, e atitudes, como de esfregar a região afetada.

Os sentimentos como a angústia, o medo e a

exaustão da própria hospitalização e da doença, não só influenciam a percepção da dor como também agravam a reação do paciente a ela⁽²⁵⁾.

Algumas das características definidoras do diagnóstico de dor aguda é o próprio relato verbal do paciente, a observação do comportamento (comportamento de proteção e defesa), distúrbios do sono, máscara facial de dor, respostas autonômicas como aumento da pressão arterial, respiração e pulso aumentados, mudanças no apetite e alimentação⁽⁴⁾.

A maioria dos pacientes entrevistados (70%) apresentava o diagnóstico de dor aguda relacionado ao próprio desenvolvimento da patologia, sendo que em muitos casos a sensação percebida como dolorosa foi o indicativo para procurar e iniciar o tratamento. Lembramos que todo e qualquer tipo de dor deve ser valorizado, uma vez que sendo uma sensação subjetiva, torna-se difícil medi-la com exatidão para confirmar a queixa.

Tendo em vista que a dor interfere diretamente no conforto do paciente, bem como influencia sua alimentação, padrão de sono e desempenho de atividades diárias, acreditamos que seja necessária a identificação de suas causas, para que medidas possam ser implementadas objetivando sua redução e visando o bem-estar do indivíduo.

CONCLUSÕES

Neste estudo, entendemos que os pacientes oncológicos que estão prestes a serem submetidos a um procedimento cirúrgico, compreendem o procedimento de várias formas. O câncer, com todas as suas peculiaridades, carrega com si enorme estigmatização, que influencia e gera preocupações acerca da integridade física, da família, com o futuro social e econômico do indivíduo e da família. Todos os fatores inerentes ao procedimento cirúrgico, influenciam de maneira significativa no procedimento anestésico-cirúrgico e na própria recuperação do paciente.

Percebemos que, relacionado aos aspectos emocionais, todos os fatores se inter-relacionam, já que muitas vezes o medo e a ansiedade são sentimentos alimentados pelo conhecimento precário que o paciente apresenta acerca do ambiente hospitalar, com suas rotinas e normas, do procedimento anestésico-cirúrgico e dos encaminhamentos futuros. Por outro lado, estes sentimentos também influenciam diretamente na

capacidade do paciente absorver as informações, alimentando assim o conhecimento deficiente.

Relacionado aos outros diagnósticos identificados, como padrão de sono perturbado, dor aguda e conforto alterado, esses também interagem entre si, influenciando um ao outro diretamente. Estes diagnósticos e seus fatores relacionados acabam ocasionando, em muitos casos, a visão de uma hospitalização carregada de sofrimento.

Os demais diagnósticos estão relacionados à percepção do paciente sobre todos os aspectos que envolvem o tratamento oncológico. Muitos pacientes, por serem de outros municípios, apresentavam preocupações com os familiares, com a residência, com o distanciamento do trabalho. Estes fatores ligados diretamente ao fato de que muitos pacientes se encontravam sem acompanhamento dos familiares e necessitando do apoio emocional de pessoas próximas, fator que também influencia diretamente a percepção do paciente acerca do ambiente hospitalar, em muitos casos descrito como.

Um local triste, onde todos estão doentes, e apenas contam a história da doença e o sofrimento (E.9).

Os diagnósticos emocionais de enfermagem e especialmente a descrição dos fatores relacionados através do raciocínio diagnóstico⁽³⁾, elucidam as principais causas que levam os pacientes a desenvolverem alterações emocionais, como medo, ansiedade, padrão de sono perturbado, sendo um importante indicador do apoio emocional que necessitam.

Entendemos que, nesse sentido, a visita pré-operatória de enfermagem realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico, contribua para amenizar os traumas emocionais que os pacientes possam sofrer por meio de dúvidas esclarecidas. Pode-se estabelecer uma relação de confiança entre um profissional que estará presente no momento da cirurgia, através da entrevista minuciosa realizada anteriormente à cirurgia, e, além disso, reduzir traumas emocionais relacionados a esse processo.

Especialmente, faz-se necessário que a equipe multidisciplinar que assiste o paciente cirúrgico e em especial a enfermagem, identifique as necessidades acerca do estado emocional do paciente com o intuito de amenizar as possíveis complicações, tornando a experiência anestésico-cirúrgica menos traumática.

REFERÊNCIAS

- 1 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 2 Santos EDS, Caberlon IC. Visita pré e pós operatória aos pacientes. *Enfoque* 1981; 9(6):41-50.
- 3 Instituto Day Care. Cirurgia Oncológica. São Paulo, 2003 [acesso em 2003 Ago 17]. Disponível em: <http://www.daycare.com.br/cirurgia-oncologica.shtml>
- 4 Sherman Júnior CD. Manual de oncologia clínica: união internacional contra o câncer. 5ª ed. São Paulo: Springer-Verlag; 1989.
- 5 Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP. Rotinas em ginecologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
- 6 Kawamoto EE. Enfermagem em clínica cirúrgica. São Paulo: EPU; 1986.
- 7 López MAA, Cruz MJR. Hospitalização: guias práticos de enfermagem. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 2000.
- 8 Meireles VC, Oliveira MLF, Matsuda LM, Marcon SS. Diagnósticos e ações de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. *Cogitare Enferm* 2005; 10(3):37-43.
- 9 Haddad MCL et al. Avaliação dos conhecimentos, percepções e sentimentos dos pacientes oncológicos em relação a sua doença e equipe de saúde. *Rev Escol Enferm USP* 1993; 27(2):199-213.
- 10 Remen RN. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus; 1992.
- 11 Silva MA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. São Paulo: EPU; 1997.
- 12 Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- 13 Kaplan HI. Compêndio de psiquiatria. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
- 14 Marino Júnior R. Fisiologia das emoções. São Paulo: Sarvier; 1975.
- 15 Viscott D. A linguagem dos sentimentos. 3ª ed. São Paulo: Summus; 1982.
- 16 Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Brasília; 1995.
- 17 Beyers M, Dudas S. Enfermagem médico cirúrgica: tratado da prática clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
- 18 Du Gas BW. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
- 19 Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
- 20 Cruz DAL. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. *Rev Escol Enferm USP* 1992; 26(3):427-33.
- 21 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- 22 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
- 23 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde Resolução nº. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.
- 24 Salimena AMO, Cadete MMM. Sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia. *SOBECC* 2002; 7(3): 4-30.
- 25 Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
- 26 Bielemann VLM. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(2):133-7.