



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO**

**ELIZABETH MOREIRA MOTA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A VISITA PRÉ-  
OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DE CIRURGIA DE MAMA**

**FORTALEZA**

**2013**

ELIZABETH MOREIRA MOTA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A VISITA PRÉ-  
OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DE CIRURGIA DE MAMA

Dissertação apresentada á Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Míria da Conceição Lavinas dos Santos.

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

- M871c Mota, Elizabeth Moreira.
- Construção e validação de um instrumento para a visita pré-operatória de enfermagem de cirurgia de mama / Elizabeth Moreira Mota. – 2013.
- 75f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.
- Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde
- Orientação: Profa. Dra. Míria da Conceição Lavinias dos Santos
- a) Mama. 2. Pré-operatória. 3. Assistência Perioperatória. I. Título.

---

CDD: 616.99449

ELIZABETH MOREIRA MOTA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A VISITA PRÉ-  
OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DE CIRURGIA DE MAMA

Dissertação apresentada á Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovado em: 03 / 06 / 2013.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Míria Conceição Lavinias Santos (orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína Victor Fonseca Coutinho  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Oliveira Batista Oriá  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andrea Bezerra Rodrigues  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar presente na minha vida, iluminando meus caminhos, guiando meus passos, fortalecendo minha alma; por mostrar-me que podemos superar as dificuldades quando acreditamos em Sua força - além de permitir alcançar inúmeras bênçãos.

Aos **Meus pais**, Agrício e Maria, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade; por terem me proporcionado muito mais oportunidades do que tiveram.

Ao meu marido, **João**, pelo apoio e compreensão, sempre valorizando e incentivando meu crescimento pessoal e profissional.

Às **minhas filhas**, Aline, Camila e Carol, paixões de minha vida, meu maior incentivo e razão do meu viver.

À **Prof.a Dr.a Míria da Conceição Lavinás**, minha orientadora, a quem respeito e admiro pelo seu profissionalismo e pela paciência e disposição com que orientou este estudo; por haver compartilhado seus conhecimentos e sabedoria, contribuindo com meu crescimento profissional. Pela oportunidade de tê-la tido como orientadora.

À **Prof.a Dr.a Ana Fátima Carvalho Fernandes**, por me haver acolhido carinhosamente no Grupo de Pesquisa e acreditado que poderíamos desenvolver um bom trabalho; Por suas relevantes e oportunas sugestões, que muito contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às **enfermeiras** que se dispuseram a participar deste estudo, agradeço a paciência e a disponibilidade pela contribuição valiosa como profissionais, sem as quais este trabalho não teria se concretizado.

Às docentes, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Janaína Fonseca Victor, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mônica Oliveira Batista Oriá, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andrea Bezerra Rodrigues, por terem aceitado o convite de participação como membros desta banca examinadora.

Às amigas e companheiras de trabalho do Hospital, por confiarem no meu trabalho profissional e por incentivarem a elaboração desta pesquisa.

A todos os que direta e indiretamente, colaboraram na realização deste trabalho.

**Muito Obrigada!**

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,  
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,  
como a obra de qualquer pintor ou escultor;  
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore  
comparado ao tratar do corpo vivo,  
o templo do espírito de Deus?  
É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes [...]"  
(Florence Nightingale)

## RESUMO

A visita pré-operatória é o primeiro passo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP, representando valioso instrumento para a humanização da assistência de enfermagem. A utilização de um instrumento permite nortear esta visita, em que serão registradas as necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente e estabelece uma comunicação entre os enfermeiros da clínica e do bloco cirúrgico, garantindo a continuidade da assistência perioperatória. Este estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento de coleta de dados para a visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) de cirurgia de mama, fundamentado no modelo Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória (PNDS – Perioperative Nursing Data Set), que padroniza diagnósticos de Enfermagem nos domínios segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais do paciente e família. Para a construção do instrumento de coleta de dados foram consideradas quatro fases: 1) revisão da literatura e identificação dos itens importantes; 2) elaboração do instrumento de coleta de dados; 3) avaliação por especialistas da área; 4) validação de aparência e conteúdo, e 5) redução final do instrumento e análise estatística. Para a busca dos artigos, nas bases de dados selecionadas, as palavras utilizadas como descritores foram: mama, pré-operatório, perioperatório e enfermagem, realizando-se todas as combinações possíveis. Após essa busca, foi elaborada a primeira versão do instrumento de coleta de dados para a VPOE de cirurgia de mama, composto por 47 itens, organizado em três seções - dados estruturais, elementos de dados da Enfermagem e dados de Enfermagem pré-operatória, distribuídos da seguinte maneira: domínio segurança (06), domínio respostas fisiológicas (28) e respostas comportamentais (13). Para a validação do conteúdo, os instrumentos foram encaminhados para a apreciação de 22 juízes, expertos na área do construto, sendo 15 enfermeiras assistenciais, quatro docentes e três trabalhavam na assistência e na docência. A concordância entre os juízes foi analisada pelo teste binomial, como método de análise de proporção que compara as visões e opiniões entre os expertos a respeito das mesmas questões. O nível de significância considerado foi de 5% ( $p > 0,05$ ). Para a análise de concordância das respostas dos juízes para o instrumento, realizou-se a análise das frequências das respostas (discordo totalmente, discordo, concordo parcialmente, concordo, concordo totalmente), bem como se efetivou a análise descritiva das sugestões de alterações dos juízes. A construção deste instrumento norteará a visita pré-operatória, contribuindo na assistência de Enfermagem perioperatória, assegurando um cuidado humanizado ao paciente cirúrgico.

**Palavras-chave:** Mama. Pré-Operatório. Perioperatório. Enfermagem.

## ABSTRACT

The preoperative visit is the first step for the Systematization of Perioperative Nursing Care - SPNC, representing a valuable tool for humanizing nursing care. The use of an instrument allows guiding this visit, where will be recorded the biopsychosocial and spiritual needs of the patient and establishes a communication between the nurses and the surgical clinic, ensuring continuity of perioperative care. This study aimed to develop and validate an instrument to collect data for the preoperative visit nursing (PVN) breast surgery, based on the model Data Set Perioperative Nursing (PNDS - Perioperative Nursing Data Set), which standardized nursing diagnoses in the areas: safety, physiological and behavioral responses of the patient and family. For the construction of the instrument of data collection were considered four phases: 1) literature review and identification of key items, 2) development of the instrument for data collection, 3) evaluation by experts; 4) validation of appearance and content and 5) final reduction of the instrument and statistical analysis. To search for articles in the databases selected, the words used as descriptors were: breast cancer, preoperative, perioperative nursing, performing all possible combinations. After this search, was drafted the first version of the instrument for data collection for VPOE breast surgery consists of 47 items, organized into three sections: structural data, data elements of nursing and nursing data preoperative distributed follows: security area (06), domain physiological responses (28) and behavioral responses (13). To validate the contents, instruments were referred for assessment of 22 judges, experts in the area of the construct: 15 assistant nurses, 04 teachers and 03 of them worked in care and teaching. The agreement among the judges was analyzed by the binomial test as a method of analysis that compares the ratio of views and opinions among experts about the same issues. The level of significance was set at 5% ( $p > 0.05$ ). For the analysis of the concordance of judges responses for the instrument, the analysis of the frequencies of responses was conducted (strongly disagree, disagree, partially agree, agree, strongly agree), and the descriptive analysis of the suggested changes of the judges. The construction of this instrument will guide the preoperative visit, contributing to perioperative nursing care, ensuring a humanized care to surgical patients.

**Keywords:** Breast cancer. Preoperative. Perioperative. Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo perioperatório focado no paciente.....	22
Figura 2 – Passos para a construção do instrumento de coleta de dados.....	32

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Seleção de artigos encontrados MEDLINE/BVS, LILACS, SCIELO E BDENF, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza-CE, 2013.....	34
Quadro 2 – Distribuição das publicações sobre cirurgia, mama e enfermagem. Fortaleza – 2013.....	35
Quadro 3 – Distribuição dos artigos que abordavam construção e/ou validação de instrumentos. Fortaleza, 2013.....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos juízes de acordo com suas características pessoais e profissionais. Fortaleza, 2012.....	42
Tabela 2 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada Item (I- CVI), de acordo com a análise dos juízes para cada domínio. Fortaleza, 2013.....	44
Tabela 3 – Distribuição da concordância dos avaliadores com relação ao domínio segurança. Fortaleza, 2013.....	46
Tabela 4 – Distribuição da concordância dos avaliadores com relação ao domínio respostas fisiológicas. Fortaleza, 2013.....	47
Tabela 5 – Distribuição da concordância dos avaliadores com relação ao domínio respostas comportamentais. Fortaleza, 2013.....	47

## LISTA DE SIGLAS

ANA	American Nurses Association
AORN	Association of Perioperative Registered Nurse
CC	Centro Cirúrgico
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand (UFC)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Perioperative Nursing Data Set
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SOBBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
VPOE	Visita Pré-operatória de Enfermagem

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	20
<b>2.2</b>	<b>Específico</b> .....	20
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
<b>3.1</b>	<b>Perioperative Nursing Data Set (PNDS)</b> .....	21
<b>3.2</b>	<b>O PNDS: sua criação</b> .....	24
<b>3.2.1</b>	<b>O Comitê dos Elementos de Dados Perioperatórios</b> .....	27
<b>3.2.2</b>	<b>Os Subcomitês de Diagnósticos de Enfermagem</b> .....	28
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	32
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	32
<b>4.2</b>	<b>Caminho metodológico</b> .....	33
<b>4.2.1</b>	<b>Revisão de literatura</b> .....	33
<b>4.2.2</b>	<b>Elaboração do instrumento</b> .....	36
<b>4.2.3</b>	<b>Avaliação dos especialistas</b> .....	38
<b>4.2.4</b>	<b>Procedimentos éticos</b> .....	41
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	42
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos Juízes</b> .....	42
<b>5.2</b>	<b>Análise estatística dos dados</b> .....	43
<b>5.2.1</b>	<b>Índice de Validade de Conteúdo</b> .....	43
<b>5.2.2</b>	<b>Teste da Proporção Binomial</b> .....	45
<b>5.3</b>	<b>Modificações sugeridas pelos juízes referentes ao instrumento</b> .....	48
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	55
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	57
	<b>APÊNDICE A – CARTA-CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	62
	<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA VPOE PARA CIRURGIA DE MAMA (1ª VERSÃO)</b> .....	63

<b>APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA VPOE PARA CIRURGIA DE MAMA (VERSÃO FINAL).....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO A – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer da mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos nesse grupo. Cumulativamente, o tratamento desta patologia está frequentemente associado à cirurgia com importantes repercussões na imagem corporal e na sexualidade da mulher (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Estima-se que, em 2012, tenha havido 52.680 novos casos da doença no Brasil, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Excluindo o câncer de pele não-melanoma, foram 189.150 eventos de câncer em mulheres e 195.190 em homens no Brasil, somente em 2012. Ou seja, o câncer de mama representa 27,9% de todas as neoplasias malignas na mulher e 10,15% em toda a população brasileira. Conforme a região, o Sudeste lidera o ranking (29.360), seguido do Sul (9.350), Nordeste (8.970), Centro-Oeste (3.470) e Norte (1.530). No Ceará, a estimativa foi de 1770 casos novos de câncer de mama, sendo 720 para a Capital, continuando o câncer de mama a representar a neoplasia mais frequente entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Com relação às modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento do câncer de mama, encontram-se cirurgias diversas, radioterapia, hormonioterapia, e quimioterapia (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006). Com frequência, a terapia escolhida para tratar a doença é a cirúrgica, podendo ser realizadas a mastectomia profilática, a tiletomia, a quadrantectomia, a mastectomia total simples, a mastectomia radical modificada ou a mastectomia radical clássica. Seja qual for o tipo de intervenção recomendada, o procedimento anestésico-cirúrgico potencializa a ansiedade, as preocupações e insegurança à paciente, a qual pode entendê-los como ameaça. Sendo assim, os estressores são identificados pela paciente e necessitam de adaptação para melhor enfrentá-los (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

O tratamento mais utilizado para o câncer de mama é a mastectomia, cirurgia mutilante e com marcantes consequências para uma mulher, qualquer que seja a sua idade ou fase de vida (MONIZ; FERNANDES; OLIVEIRA, 2011). Tal fato é comprovado por Serrano e Pires (2008) que ao assinalarem que, se por um lado, a mastectomia é uma das respostas a uma doença de evolução imprevisível e de conotação negativa como o câncer da mama, de outra parte, a perspectiva de ser submetida a uma cirurgia mutilante do símbolo de feminilidade têm consequências na própria essência de ser mulher.

A maioria das pacientes com câncer de mama em estágio I e II são candidatas à cirurgia conservadora. O tamanho do tumor não é um fator limitante por si só. A relação do volume da mama com o tamanho do tumor é o fator anatômico mais limitante. Assim, desde que não haja contra indicações ao procedimento, a cirurgia conservadora estará indicada, caso a relação volume da mama/tamanho do tumor permita uma ressecção cirúrgica com resultado cosmético satisfatório seguindo conceitos da cirurgia oncológica (TIEZZI, 2007).

A mastectomia compromete física, emocional e socialmente a imagem corporal da mulher, gerando dúvidas e sofrimento. Por isso, o cuidado de Enfermagem à mulher no período pré-operatório necessita abranger as necessidades fisiológicas, psicológicas e socioculturais (BARRETO *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2010).

Régis e Simões (2005) consideram que o momento da cirurgia é muito importante para estas mulheres, pois envolve, além da retirada do tumor, uma série de dúvidas relacionadas à autoimagem e ao bem-estar. Para as mulheres aceitarem e se adaptarem a sua nova imagem corporal, há exigência de esforço para o qual nem sempre estão preparadas.

Barreto *et al.* (2008) corroboram os autores há pouco citados, ao expressarem que o câncer de mama é um processo cirúrgico agressivo, acompanhado de consequências traumáticas para a vida e saúde da mulher, justamente por ser uma experiência emocionalmente difícil, necessitando de uma preparação adequada e de qualidade durante o seu pré-operatório.

Andolhe, Guido e Bianchi (2009) acentuam que a mulher com câncer de mama, em particular, vive no pré e pós-operatório uma situação de estresse, em grande parte, atribuída pela possibilidade e/ou perda da mama e, portanto, pode ser considerada uma paciente cirúrgica de elevado grau de fragilidade. Por essa razão, a Enfermagem detém um papel fundamental no apoio a essa mulher, para que ela possa enfrentar a situação de modo menos traumatizante possível.

Fernandes, Santos e Silva (2005) reconhecem que o cuidado de Enfermagem à mulher no período pré-operatório não abrange somente o atendimento das necessidades fisiológicas, mas envolve também os valores pessoais e o modo como se sente ela como mulher portadora de um câncer de mama, os quais refletem, sobretudo, em seu pós-operatório. Como evidenciado, a literatura é abundante em estudos sobre os aspectos psicológicos presentes no câncer de mama, mas insuficiente sobre os cuidados de Enfermagem envolvendo a fase cirúrgica neste tipo de câncer.

Para Santos *et al.* (2010), o enfermeiro responsável pelo cuidado pré-operatório da mulher que precisa se submeter à cirurgia de mama tem como meta amenizar os desconfortos, promovendo a capacidade de tomar decisões, a fim de estabelecer um tratamento fisiológico com vistas ao alívio da dor e à prevenção de complicações, além de melhorar o autoconceito.

O período perioperatório compreende o tempo total em que o paciente fica aos cuidados da equipe cirúrgica, desde o primeiro contato com o médico cirurgião no momento da decisão de operar até sua alta clínica definitiva. As três fases que o compõem são: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. São três etapas diferentes, porém intimamente ligadas (THIESEN, 2005).

Enfermagem perioperatória é a assistência de Enfermagem praticada nos períodos pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato da experiência cirúrgica do paciente. Segundo a SOBECC (2009), essa equipe de Enfermagem deve ter uma visão integral e continuada das necessidades básicas afetadas do paciente cirúrgico e de sua família, de modo que possa ajudá-los a satisfazer e a reequilibrar estas necessidades, preparando-os para o entendimento dos seus problemas psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, bem como minimizando sua ansiedade em relação à assistência prestada no bloco cirúrgico.

Portanto, Hayashi e Garanhani (2012) destacam a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) como ferramenta norteadora das ações de cuidado de Enfermagem, que compreende um ato privativo do enfermeiro por meio das etapas: visita pré-operatória, diagnósticos de Enfermagem, prescrição de Enfermagem, implementação e visita pós-operatória para privilegiar as distintas fases do cuidado perioperatório para a qualidade da assistência de Enfermagem.

Em razão das características específicas do paciente cirúrgico, entende-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) possibilita a melhoria da assistência prestada, oferecendo apoio emocional para ajudar o paciente e sua família a compreenderem os problemas de saúde do primeiro, de acordo com o modelo de assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada. Além disso, traz para a Enfermagem uma definição do seu papel e espaço de atuação, evidenciando um agir mais organizado, sistematizado e humanizado (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

Em relação a esse paciente, Christóforo e Carvalho (2009) reforçam a necessidade de a Enfermagem buscar meios de realizar uma consulta, no período pré-operatório, antes da cirurgia, na qual se possa realizar uma avaliação, orientar o paciente sobre todos os passos do internamento em relação aos cuidados, esclarecendo suas dúvidas, para que, no dia da cirurgia, o cliente possua conhecimento em relação aos cuidados pré, trans e pós-operatórios, o que teria como consequência uma cirurgia mais tranquila. Os resultados desta pesquisa apontam que muitos pacientes não receberam esta orientação

A Enfermagem perioperatória teve início informal, foi influenciada e consolidada na atuação hospitalar da concepção da *Perioperative Registered Nurses* (AORN), que busca a unificação da prática da Enfermagem perioperatória. Foram estabelecidos padrões para assistência do paciente cirúrgico, no período pré-operatório, no momento anestésico-cirúrgico e na recuperação pós-operatória, assim como as competências necessárias à atuação administrativa e assistencial (AORN, 2007).

A AORN, em 1993, reconheceu a necessidade de descrever e definir as contribuições das enfermeiras perioperatórias para os resultados dos pacientes. Depois de seis anos de pesquisa e validação, em 1999, o conjunto de dados de enfermagem perioperatória *Perioperative nursing data set* (PNDS) foi reconhecido como uma linguagem da disciplina de enfermagem, que proporciona um método uniforme e sistemático de coleta dos elementos básicos de cuidados de Enfermagem perioperatória. Deste modo, o uso de uma terminologia consensual permite a utilização de ações continuadas para os cuidados do paciente cirúrgico (RIBEIRO, 2006).

Embora todas as fases da SAEP sejam importantes, este trabalho destaca a relevância da fase pré-operatória, por considerá-la o período em que o paciente se encontra mais vulnerável em suas necessidades, tanto fisiológicas quanto psicológicas, tornando-se mais propenso a um desequilíbrio. Nessa fase, o enfermeiro tem papel crucial para o enfrentamento do processo, pois, conhecendo o paciente, pode fornecer informações que facilitarão reduzir suas dúvidas e angústias. A SAEP oferece subsídios para planejar as ações e contribuir para a melhor atenção ao paciente nas demais fases do processo cirúrgico. Tal habilidade exige não apenas o preparo técnico e teórico desses profissionais, mas também humano.

Com efeito, a visita pré-operatória de Enfermagem marca o início da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, tornando-se um procedimento indispensável para o preparo físico e emocional do paciente cirúrgico, possibilitando assim ao profissional enfermeiro a detecção, solução ou encaminhamento dos problemas enfrentados pelo paciente no pré-operatório, obtendo, por intermédio dela, subsídios para assisti-lo em todos os períodos perioperatórios, estabelecendo um vínculo de confiança enfermeiro-paciente e família (GRITTEN; MÉIER; GAIEVICZ, 2006).

Jorgetto, Noronha e Araújo (2004) ressaltam que, para alcançar a integralidade no atendimento, é de extrema importância que o enfermeiro conheça a pessoa a quem irá prestar assistência. Para tanto, deve lançar mão da visita pré-operatória de Enfermagem, técnica

utilizada inicialmente na década de 1980 em algumas instituições hospitalares, mas que surge no cenário da prestação da assistência amparada nas teorias do holismo e do autocuidado. Essa é, também, a primeira fase do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória.

Prá e Piccoli (2004) entendem a visita pré-operatória como sendo a parte fundamental do processo de enfermagem, pois é por meio dos dados coletados, da avaliação física, e das percepções não verbais, verificadas neste momento, que o enfermeiro possui subsídios para o desenvolvimento da assistência sistematizada contribuindo com os aspectos emocionais do paciente, esclarecendo as dúvidas, e com a equipe cirúrgica repassando as informações necessárias aos períodos trans e pós-operatórios.

A assistência de Enfermagem pré-cirúrgica, de maneira geral, abrange o preparo social e psíquico-espiritual, bem como o preparo físico. Nos primeiros envolve os aspectos quanto à assinatura do termo de responsabilidade, a explicação aos familiares e pacientes sobre a cirurgia, buscando tranquilizá-los em caso de ansiedade e medo do desconhecido, fortalecendo-lhes a autoestima e promovendo o entrosamento deles com o ambiente hospitalar. O preparo físico envolve realizar consulta de Enfermagem; preparar o paciente para a realização dos exames laboratoriais; iniciar o jejum; verificar sinais vitais; administrar medicação pré-anestésica, se prescrita; realizar tricotomia do membro a ser operado; remover adornos; promover o esvaziamento vesical, colocar roupa cirúrgica apropriada, transportá-lo de maca até o centro cirúrgico com prontuário; e exames realizados. Podemos identificar o fato de que os cuidados referentes ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e necessidades individuais, com o objetivo de atender aos aspectos psíquicos e físicos demonstrados durante esse período (HAYASHI; GARANHANI, 2012).

Apesar da importância da visita pré-operatória dentro do processo da sistematização da assistência de Enfermagem ao paciente, poucas evidências científicas foram encontradas referentes aos instrumentos de comunicação escrita utilizados na operacionalização cotidiana na Enfermagem perioperatória da cirurgia de mama. Por este motivo, tem suscitado inúmeras propostas de instrumentos de coleta, com variações de forma e de conteúdo, visando à obtenção de dados, os mais completos possíveis, tanto do ponto de vista da quantidade como da qualidade.

Vários autores relatam que a Enfermagem não conta com instrumentos de coleta de dados universalmente aceitos, os quais podem ser desenvolvidos com base em qualquer uma das abordagens teóricas ou conceituais de Enfermagem, devendo descrever as características da pessoa e suas respostas ao estado de saúde.

Sousa, Soares e Nóbrega (2009) assinalam que, se em uma unidade cirúrgica não existe um modelo padronizado de instrumento para o enfermeiro levantar dados sobre as necessidades do cliente cirúrgico, certamente ele terá dificuldades para fazer o planejamento dos cuidados de Enfermagem, bem como o cliente para entender seu tratamento e intervenção cirúrgica. Portanto, a utilização de um instrumento permite a identificação das necessidades e estabelece uma comunicação entre os enfermeiros da clínica e do bloco cirúrgico, garantindo a continuidade da assistência.

Barros *et al.* (2002) referem que, se contando com um instrumento específico, este garantirá uma visão holística do cliente cirúrgico, possibilitando a aplicação de uma assistência sistematizada, que pode ser estendida tanto para o ensino quanto para a pesquisa. Considera a construção de um instrumento para a coleta de dados como um processo dinâmico, devendo-se levar em consideração a filosofia do hospital, as características da clientela, as necessidades da equipe de Enfermagem e as mudanças em relação à informatização adotada pela instituição hospitalar.

Durante a experiência de dez anos que se teve trabalhando como enfermeira assistencial em um centro cirúrgico de uma instituição de ensino e de referência em clínicas obstétrica, ginecológica e de mama, vivenciou-se questionamentos quanto à dinâmica da assistência de Enfermagem ao paciente que necessita ser operado. Entre muitos, podem-se destacar: a não identificação de algumas necessidades; ações repetitivas negligenciadas pela falta das necessidades identificadas; subvalorização de dados importantes durante a admissão do cliente à clínica, em razão de ser realizada sem a utilização de um roteiro, interferindo substancialmente na qualidade dos dados colhidos, de forma que os prejuízos incidem diretamente no produto final: a qualidade da assistência.

Haja vista a necessidade de uma assistência mais direcionada a pacientes que irão submeter à cirurgia de mama, é importante proporcionar um contato prévio entre o enfermeiro do centro cirúrgico e o paciente, para a identificação de informações importantes que contribuirão no fornecimento de subsídios para o planejamento e assistência individualizada no período transoperatório e pós-operatório. Dessa forma, o pré-operatório da cirurgia de mama é uma etapa indispensável ao atendimento, pois visa a prevenir a ansiedade e o medo, bem como ter um cliente participativo e colaborativo com o procedimento a ser realizado.

A assistência baseada em conhecimento científico é essencial para garantir uma assistência de Enfermagem de melhor qualidade, repercutindo, assim, na recuperação do cliente na prevenção de complicações, na redução de tempo de internação e de gastos

hospitalares (FERNANDES *et al.*, 2004), bem como no reconhecimento do profissional enfermeiro.

Com efeito, na realidade relatada, surgiu o interesse, a qualidade de enfermeira do centro cirúrgico de uma instituição de assistência, ensino e pesquisa, de se construir um instrumento de coleta de dados para a Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE) de cirurgia de mama como uma ferramenta tecnológica da Enfermagem de suporte à melhoria e promoção de saúde da mulher. Com a perspectiva de ingressar no mestrado em Enfermagem, a ideia se transformou em objeto de estudo para a realização desta.

Este estudo proporcionará uma assistência planejada com origem em problemas identificados, como também para que as enfermeiras, por via do instrumento de coleta de dados construído, conheçam as necessidades individuais de cada cliente, desvinculando o cuidado do modelo biomédico, fazendo com que possam planejar uma assistência mais precisa, real, consciente. Ao mesmo tempo, proporcionará, de forma efetiva, melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem por meio das ações pontuais desenvolvidas com embasamento no método científico.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Geral**

Construir um instrumento para a visita pré-operatória de Enfermagem (VPOE) de cirurgia de mama.

### **2.2 Específico**

Realizar validação de conteúdo/aparência do instrumento construído.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 *Perioperative Nursing Data Set (PNDS)*

Houve, nas últimas décadas, um aumento na produção de Sistemas de Classificação na Enfermagem, em sua maioria desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), com crescente interesse de seus autores na sua tradução e aplicação em suas culturas (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2001).

Nos anos de 1960, a American Nurses Association (ANA) elaborou padrões de práticas recomendáveis, solidificando as práticas de Enfermagem, em volume publicado em 1973. A AORN uniu-se a ANA para elaborar seus padrões e diretrizes, fazendo uso do esboço da ANA. Desta união surgiram os *Standards of Clinical Nursing Practice*, da AORN, que compreende os cuidados e o desempenho do profissional, baseando-se no processo de Enfermagem, no qual o foco é o paciente e as prescrições que satisfaçam suas necessidades básicas.

Dentre estes sistemas, alguns já são conhecidos e utilizados por enfermeiros brasileiros, como o da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*); Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*); Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*); Classificação de Cuidados Domiciliares de Saúde (*Home Health Care Classification – HHCC*); Sistema de Cuidados Comunitários de Omaha (*The Omaha System*); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o Grupo de Dados de Enfermagem Perioperatória (*Perioperative Nursing Data Set*).

Beyea (2002) ressalta que o PNDS e os elementos essenciais que o estruturam são focados no paciente durante o período perioperatório. O modelo focalizado no paciente perioperatório estabelece quatro áreas de domínios de interesse da Enfermagem, proposto pela AORN, que utiliza os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem esperados para o profissional, o paciente e a família (Figura 1). Estes domínios estão em interação contínua com o sistema de saúde e circundam o foco da prática da enfermagem perioperatória: o paciente.

O modelo é dividido entre quatro quadrantes, dos quais três representando domínios centrados no paciente:

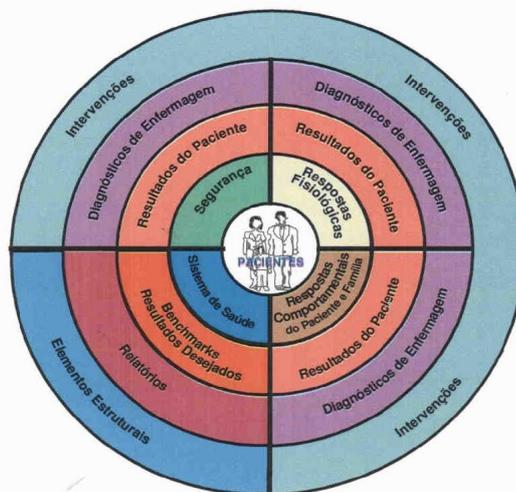
- a) Segurança do paciente.
- b) Respostas fisiológicas do paciente à cirurgia.
- c) Respostas comportamentais do paciente e da família à cirurgia.

O quarto quadrante representa o sistema de saúde a que o cuidado perioperatório é entregue. O domínio do sistema de saúde designa preocupação administrativa e elementos estruturais (por exemplo, equipe, equipamento, fatores ambientais, abastecimento) essenciais ao sucesso da intervenção cirúrgica.

Três desses domínios – respostas comportamentais, segurança do paciente e respostas fisiológicas – refletem fenômenos de interesse das enfermeiras perioperatórias e compreendem os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados que os pacientes cirúrgicos e seus familiares experimentam. O quarto domínio, o sistema de saúde, compreende os elementos dos dados estruturados e se focaliza nos processos e resultados clínicos (ROTHROCK; SOARES, 2007).

Conforme esses autores, o modelo como um todo ilustra a natureza da experiência de um paciente perioperatório e a presença da Enfermagem durante toda a assistência. Consiste em domínios dos diagnósticos de Enfermagem, com intervenção contínua, como: respostas comportamentais, segurança e respostas fisiológicas, as quais refletem os fenômenos de preocupação de enfermeiros perioperatórios com os pacientes cirúrgicos e familiares, assim como os resultados esperados. O domínio do sistema de saúde designa preocupação administrativa e elementos estruturais (por exemplo, equipe, equipamento, fatores ambientais, abastecimento) essenciais ao sucesso da intervenção cirúrgica.

Figura 1 – Modelo perioperatório focado no paciente



Fonte: Ribeiro (2006).

O paciente está no centro do modelo, o que claramente representa o verdadeiro foco do cuidado perioperatório. Indiferente à configuração de prática, localização geográfica ou natureza da população do paciente, não há nada mais importante à prática de Enfermagem perioperatória do que o paciente. Esse modelo faz esse conceito de paciente “visível” em e entre todas as outras variáveis na configuração cirúrgica.

Diagnósticos de Enfermagem, intervenções de Enfermagem e resultados dos paciente abrangem a segurança do paciente, as respostas fisiológicas e os domínios de respostas comportamentais. Esses focos representam o fenômeno da preocupação dos enfermeiros perioperatórios e as necessidades dos clientes cirúrgicos e de suas famílias. Esses componentes do modelo estão em contínua interação com o sistema de saúde, circundando o foco da prática de Enfermagem perioperatória – o paciente. O quarto domínio, o sistema de saúde, é composto de elementos de dados estruturais e foca no processo clínico e nos resultados.

O modelo focado nos resultados é importante porque como modelos e teorias de enfermagem deveriam abraçar e representar todos os elementos do processo de Enfermagem, incluindo resultados. O modelo da AORN representa o foco nos resultados de enfermeiros perioperatórios, ao colocar os resultados imediatamente adjacentes aos domínios de cuidado do paciente. Os membros da Equipe de Projeto acreditaram que enfermeiros perioperatórios têm uma só base de conhecimento que ajuda os resultados de alta qualidade do paciente em configurações cirúrgicas. Uma avaliação de paciente individualizado guia a identificação de diagnóstico de enfermagem e seleção de intervenções de enfermagem para cada paciente.

Componentes do modelo, como segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais do paciente e da família refletem a natureza da experiência cirúrgica para o paciente e guia preceitos para fornecer cuidado por enfermeiros perioperatórios. O modelo é lógico e os conceitos e princípios são ajudados nos ambientes de prática. Embora esse modelo e o conceito teórico que o sustenta sejam descritivos em natureza e em estágios prévios do desenvolvimento, conserva muita promessa para pesquisas.

O modelo como um todo ilustra a natureza dinâmica da experiência com paciente perioperatório e a presença da Enfermagem durante todo o processo. Trabalhando em uma maneira colaborativa com outros membros da equipe de cuidados de saúde e o paciente, o enfermeiro estabelece resultados, identifica diagnósticos de enfermagem e fornece cuidado de enfermagem. O enfermeiro intervém no contexto do sistema de cuidado de saúde para ajudar

o paciente a alcançar os mais altos resultados de saúde (por exemplo, fisiológico, comportamental e de segurança) por intermédio de toda a experiência perioperatória.

Para elaborar os diagnósticos, a intervenção e os resultados de Enfermagem, cada subcomissão fez uma integração analítica de publicações de Enfermagem, junto a documentos da AORN. Dos esforços originou-se o PNDS, que descreve a prática da Enfermagem perioperatória. Constituída por 74 diagnósticos de Enfermagem (NANDA); 133 intervenções de Enfermagem (NIC); 28 resultados de Enfermagem (NOC) (RIBEIRO, 2006).

### **3.2 O PNDS: sua criação**

Uma percepção da necessidade de uma base de dados descrevendo a Enfermagem perioperatória começou em 1988, com o Comitê de Problemas Críticos da AORN. Uma evolução organizacional de quatro anos claramente demonstrou a necessidade de identificar a relação das intervenções de enfermagem com os resultados dos pacientes e a necessidade de uma base de dados capaz de oferecer evidência do valor da Enfermagem perioperatória durante uma experiência cirúrgica do paciente. Para conquistar esses objetivos, o quadro de diretores da AORN estabeleceu a força tarefa em Elementos de Dados Perioperatórios, em novembro de 1993. Quatorze enfermeiros perioperatórios expertos, incluindo auxiliares de enfermagem, gerentes de enfermagem, especialistas em informática/computador, e enfermeiros cientistas começaram o processo de definição dos elementos da base de dados (AORN, 2011).

Depois de uma revisão das linguagens padronizadas, os membros da força-tarefa determinaram que a prática de enfermagem perioperatória não era adequada ou inteiramente apropriada em qualquer linguagem ou base de dados de Enfermagem disponíveis. Membros da força-tarefa concluíram que a Taxonomia da Associação de Diagnóstico de Enfermagem da América do Norte (NANDA), daqui pra frente referida como a Taxonomia NANDA, foi a única linguagem padronizada que refletia muitos dos fenômenos de preocupação dos enfermeiros perioperatórios. A Taxonomia NANDA, entretanto, se dirigia apenas à etapa do diagnóstico do processo de enfermagem e não se dirigia ou identificava muitos dos diagnósticos ou etiologias pertinentes à prática perioperatória. Desde esse tempo, um número de linguagens evoluiu e estas são mais incluídas nos papéis e responsabilidades da Enfermagem perioperatória. O PNDS, entretanto, é a única base de dados da Enfermagem que tem como foco único a Enfermagem perioperatória e se dirige às contribuições dos

profissionais enfermeiros nos registros dos cuidados aos pacientes passando, por procedimentos invasivos ou cirúrgicos.

O desenvolvimento de uma linguagem padronizada da AORN (2011) foi um importante primeiro passo em direção a definir formalmente os papéis e as contribuições profissionais dos enfermeiros perioperatórios. Esses papéis e responsabilidades foram frequentemente incorporados na prática clínica de enfermeiros perioperatórios, mas não são consistentemente articulados, formalizados, ou descritos em configurações práticas. Embora o processo de enfermagem tenha servido como base para o fornecimento de cuidados de enfermagem, enfermeiros perioperatórios não fizeram essas contribuições explícitas em um plano formal de cuidados de enfermagem. Na verdade, vários enfermeiros perioperatórios tiveram dificuldades em descrever como a presença de um enfermeiro na assistência perioperatória contribui para os resultados positivos dos pacientes.

Membros da força-tarefa acreditavam que uma linguagem de enfermagem padronizada forneceria um vocabulário estruturado e, assim, um processo comum de comunicação. Uma parte essencial do processo foi identificar termos que descreviam o cuidado de enfermagem no processo perioperatório. Outro passo crítico foi explicar as dimensões da prática de enfermagem profissional neste processo. O trabalho dos membros da força-tarefa foi guiado pela premissa de que o desenvolvimento da linguagem ajudaria enfermeiros perioperatórios a documentar o cuidado que eles deram enquanto forneciam uma base para examinar e avaliar a qualidade e a efetividade do cuidado (AORN, 2011).

Apesar do alto nível de comprometimento, os membros da força-tarefa inicialmente lutaram contra a conceitualização e o significado de um dado elemento na prática perioperatória. Confusão surgiu de uma ausência de definições claras para termos comumente associados com linguagens padronizadas de enfermagem. Além disso, nenhuma outra especialidade clínica de enfermagem tinha trilhado um caminho parecido, relacionado ao desenvolvimento da linguagem. Membros da força-tarefa, cuidadosa e sistematicamente, avaliaram cada passo do processo no contexto do conhecimento relacionado ao desenvolvimento da linguagem. O grupo procedeu com precaução porque, embora os objetivos fossem claros, o curso deles não tinha sido inteiramente mapeado.

Inicialmente, a força-tarefa conduziu uma revisão sistemática de materiais de apoio sobre a prática de enfermagem perioperatória. O grupo também estabeleceu quatro objetivos específicos, estratégias para conquistar esses objetivos, e um plano de ação. Usando o consenso, opinião de expertos e conhecimento, o grupo estabeleceu definições para guiar

suas atividades de trabalho. Em seguida, o grupo decidiu desenvolver uma base de dados unificada, em vez de uma base de dados uniforme, o que permitiu vários termos serem usados para a mesma atividade ou atividades similares (por exemplo, unidade de eletrocirurgia *versus* cauterização).

A força-tarefa aceitou as recomendações de Harriet Werley, RN, PhD, FAAN, e colegas para estenderam a Base de Dados do Hospital Uniform Medicare. Então, o quadro escolhido para coleta de dados e desenvolvimento da linguagem foi o Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (CDME). Os membros da força tarefa escolheram quatro componentes-chave do CMDE, nos quais focaram em um trabalho futuro, o que incluía diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados de enfermagem e intensificação do cuidado de enfermagem.

O DECC reconheceu a necessidade de uma linguagem padronizada para gravações computadorizadas e validações de resultados efetivos. Membros do Comitê estavam dedicados às premissas de que as gravações computadorizadas sistemáticas uniformes de enfermeiros perioperatórios/atividades de pacientes devem estar disponíveis e acessíveis para a Enfermagem perioperatória por estarem visíveis a administradores, escritórios de finanças, formuladores de políticas de cuidados de saúde e outros.

Uma linguagem padronizada consiste em uma coleção de elementos de dados. No PNDS, os elementos de dados incluem diagnósticos de enfermagem, intervenções, e resultados de pacientes. Esforços do Subcomitê também trataram de elementos de dados relacionados a definições estruturais. Um elemento de dado é uma “unidade ou dado pelos quais a definição, identificação, representação e valores permissíveis são especificados por significados de um ajuste de atribuições.”. Elementos de dados são caracterizados por serem a menor unidade de informação que retém significado (por exemplo: um fato, material, observação). Cada elemento de dado é um componente discreto que descreve o conceito sem requerer mais interpretação ou informação.

Elementos de dados permitem a padronização de uma linguagem e também admitem a linguagem ser controlada em um formato eletrônico. A informação de um paciente específico em uma gravação médica é uma base de dados que consiste de elementos de dados. Definir elementos de dados permite que a informação seja administrada em *softwares* e em bases de dados automatizadas. O DECC focou em identificar elementos de dados que definiam e descreviam atividades de enfermagem que contribuem para os resultados dos

pacientes em um processo perioperatório. Quando esses elementos de dados individuais foram combinados, eles providenciaram o quadro para o PNDS.

### ***3.2.1 O Comitê dos Elementos de Dados Perioperatórios***

Em 1995, o quadro de diretores da AORN aceitou o trabalho da força-tarefa em Elementos de Dados Perioperatórios. Comprometidos com a continuidade do projeto, o quadro de diretores, então, criou o DECC, o qual criou quatro subcomitês, cada um encarregado de examinar, definir e validar um componente do PNDS:

- a) Diagnóstico.
- b) Intervenções.
- c) Resultados.
- d) Elementos estruturais (anteriormente intensidade de cuidados).

O quinto subcomitê foi formado para encarregar-se das diretrizes das práticas clínicas. O trabalho desse subcomitê adicional foi relatado ao DECC e ao quadro de diretores da AORN, mas não era integrado aos esforços de desenvolvimento da linguagem.

Antes de iniciar os trabalhos relacionados ao conjunto de dados, membros da força-tarefa e componentes do DECC definiram termos e concordaram estabelecer um quadro geral para explorar e desenvolver cada elemento de enfermagem. A validade do conteúdo e a segurança do processo para essas iniciativas incluíram:

- a) uma revisão de literaturas de Enfermagem publicadas e não publicadas, assim como documentos da AORN relacionados a cada componente;
- b) um exame da prática de Enfermagem perioperatória – atual e futura;
- c) um processo para determinar e avaliar a confiança para termos e definições aceitos;
- d) um estudo de validação com enfermeiros perioperatórios experientes como respondentes;
- e) um produto integrado que refletia um componente específico que seria a interface com os outros documentos finais preparados pelos subcomitês.

Cada subcomitê reconheceu suas várias assinaturas e começou o processo que levou ao eventual desenvolvimento do PNDS, seus subseqüentes refinamentos e sua submissão à ANA para reconhecimento. A presença consistente de voluntários e membros de

apoio da AORN assegurou que houvesse um *feedback* contínuo a todos os envolvidos no projeto e ao quadro de diretores da AORN.

### ***3.2.2 Os Subcomitês de Diagnósticos de Enfermagem***

Em 1995, o Subcomitê de Diagnósticos de Enfermagem do DECC foi convocado para identificar os diagnósticos de enfermagem no que diz respeito à assistência perioperatória. O objetivo primário desse comitê foi identificar os julgamentos clínicos que são integrais à prática da Enfermagem perioperatória. Para realizar isso, os membros do Comitê desenvolveram primeiramente uma definição operacional de diagnósticos de enfermagem para enfermeiros perioperatórios, usando o processo do consenso. A definição do resultado foi:

*Um diagnóstico de enfermagem é um rótulo julgado clínico e conciso de um problema de um paciente perioperatório formulado pelos propósitos das ações de enfermagem dirigidas que pretendem conquistar resultados esperados.*

Depois de uma consideração profunda e deliberação, o grupo excluiu uma frase da definição da NANDA, “pelo qual o enfermeiro é exclusivamente responsável”, por causa do alto grau de trabalho de equipe e colaboração na área perioperatória.

Seguindo essa aplicação, membros do Subcomitê conduziram a uma revisão sistemática da literatura, incluindo o jornal AORN; outros jornais de Enfermagem; todos os atuais textos perioperatórios; e relacionadas Psicologia, Sociologia, Educação e referências fisioterápicas. Essa revisão incluiu uma literatura perioperatória pertinente, publicada nos últimos dez anos, e rendeu mais de 100 diagnósticos de enfermagem perioperatória que foram mencionadas pelo menos uma vez na literatura. Baseados no contexto e na frequência de cada diagnóstico na literatura, os membros do Subcomitê de Diagnóstico de Enfermagem concordaram que somente 60 dos diagnósticos identificados eram pertinentes à prática da Enfermagem perioperatória.

Os membros do Subcomitê projetaram e enviaram um instrumento aos participantes da AORN em um esforço para validar essa lista de 60 diagnósticos. O instrumento incluía a definição do Subcomitê para a expressão *diagnóstico de enfermagem* e uma definição para cada categoria de diagnóstico para minimizar o risco de interpretação pessoal pelos participantes. Foram pedidos aos respondentes do instrumento pontuar a frequência em que cada diagnóstico de enfermagem ocorria na prática diária deles, usando

uma escala de 1 a 5, onde 1 = nunca e 5 = quase o tempo todo. Também foi pedido a eles para pontuar a prioridade que eles atribuíam àquele específico problema do paciente numa escala de 1 a 5, onde 1 = nunca precisa de atenção e 5 = precisa de atenção imediata do enfermeiro (por exemplo, uma situação de risco de vida).

Baseado nas respostas de frequência e prioridade, uma pontuação significativa foi ponderada e calculada para cada diagnóstico. Usando os escores médios ponderados, os diagnósticos foram classificados como:

- b) críticos para o resultado dos pacientes (por exemplo, ocorrendo em mais da metade dos pacientes em um período de um dia com, alta necessidade para atenção de enfermagem imediata);
- c) diagnósticos primários de enfermagem perioperatória (por exemplo, ocorrendo em menos da metade dos pacientes com uma moderada ou alta necessidade por atenção de enfermeiros); ou
- d) diagnósticos secundários de enfermagem perioperatória (por exemplo, ocorrendo em menos da metade dos pacientes com uma baixa necessidade de atenção dos enfermeiros).

Dessa análise, o diagnóstico de enfermagem “Risco de prejuízo em posição perioperatória” e “Risco de infecção” apareceram como os dois diagnósticos em alta frequência, alta prioridade, categoria crítica. A segunda camada desse procedimento de pontuar categorizou baixa frequência, alta prioridade, para o diagnóstico como primário. Um total de 24 diagnósticos foi identificado nesse subconjunto. Exemplos incluem dor, disfunção neurovascular, risco de absorção, risco de prejuízo, hipotermia e troca de gases comprometidos. Quando esses diagnósticos ocorrem em uma área perioperatória, eles se colocam como uma ameaça física ao paciente cirúrgico e podem resultar em inconvenientes resultados ao paciente. Esses diagnósticos representam a fundação da prática da Enfermagem perioperatória e requerem intervenção de enfermeiros, quando necessária (AORN, 2011).

A camada final desse processo de classificação refletiu “diagnósticos secundários”. Esses 34 diagnósticos não ocorrem frequentemente, não requerem atenção imediata e têm uma prioridade moderada. Exemplos incluem comunicação verbal comprometida, confusão aguda, alterações da percepção sensoriais e conflito decisional. Em sua maioria, essas respostas humanas não são observadas durante a fase intraoperatória, mas são fenômenos de preocupação para os cuidados dos enfermeiros com pacientes durante outras fases da experiência cirúrgica.

Nenhum diagnóstico foi classificado pelos respondentes como “nunca acontece”, “nunca requer atenção dos enfermeiros” ou “ocorre quase sempre”. Houve significativas diferenças no *feedback* dos respondentes de acordo com a porcentagem de tempo que eles gastaram dando cuidado direto, com seus papéis clínicos primários e com seus níveis de educação. Os membros do Subcomitê hipotetizaram que esse achado indicaria uma conceitualização diferente de problemas indiretos e diretos por prestadores de cuidado. Sobretudo, o estudo confirmou que o foco primário de enfermeiros perioperatórios é manter a proteção e prevenir prejuízos. As descobertas também demonstraram que o papel do enfermeiro durante a fase intraoperatória é, principalmente, de vigilância. Enfermeiros perioperatórios devem manter altos níveis de vigilância para prevenir problemas e detectar complicações antecipadas.

Com base no feedback dos respondentes, na revisão extensa da literatura e na opinião dos membros do comitê DECC, um número de sugestões adicionais de diagnósticos de enfermagem perioperatória foi identificado. O grupo também notou que um número de diagnósticos de enfermagem na taxonomia NANDA não incluiu fatores relacionados à prática perioperatória ou à definição de características. Os novos diagnósticos recomendados incluíram:

- a) infecção;
- b) resposta de alergia ao látex;
- c) hipertermia maligna;
- d) obesidade mórbida;
- e) risco de queda;
- f) risco de desequilíbrio fluido;
- g) risco de infecção devido a corpo externo;
- h) risco de lesão do laser;
- i) risco de lesão térmica e
- j) atraso de recuperação cirúrgica.

O grupo identificou um número de revisões e adições ao risco por infecção, confusão aguda, retenção urinária, risco por alteração da temperatura corporal, hipotermia, alterações sensoriais/perceptuais, ansiedade e déficit de aprendizado. A intenção desse esforço foi fazer existir uma linguagem de diagnóstico de enfermagem mais reflexiva da experiência clínica perioperatória e das necessidades de pacientes passando por cirurgia. Todas essas

sugestões foram submetidas ao Comitê de Revisão de Diagnósticos da NANDA, em dezembro de 1997.

A NANDA aceitou quatro das novas categorias de diagnósticos – resposta de alergia ao látex, risco pela resposta de alergia ao látex, recuperação cirúrgica atrasada e risco de desequilíbrio dos fluidos líquidos – e os publicou na última edição da Taxonomia NANDA. Esses diagnósticos são publicados com a etiologia identificada, sinais e sintomas, e a AORN tem aprendido com essas contribuições. Diagnósticos adicionais submetidos pela AORN foram aceitos para revisão posterior e desenvolvimento do cenário. Recomendações para revisão dos diagnósticos NANDA, fatores relacionados e definição das características permanecem sob revisão pelo Comitê de Revisão de Diagnósticos da NANDA.

## 4 METODOLOGIA

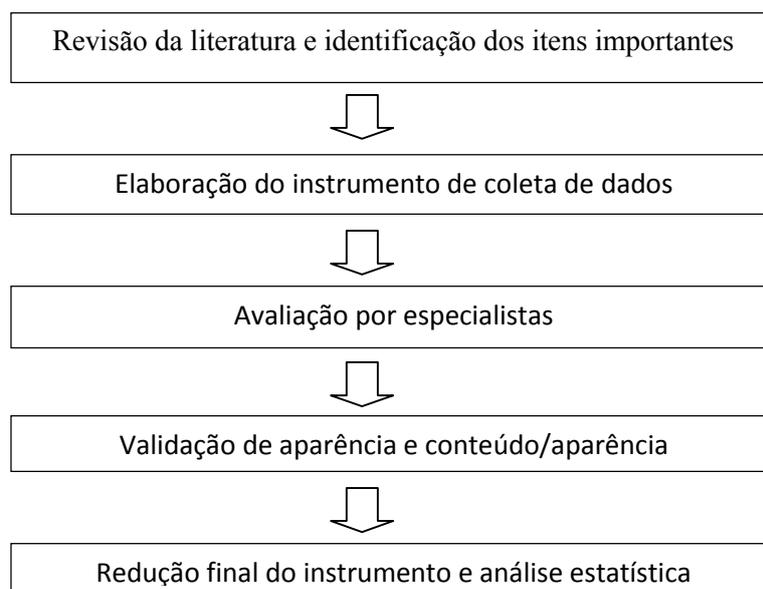
### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, a qual segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001) se caracteriza pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, visando a definir o construto ou comportamento a ser medido, formular os itens da ferramenta, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, além de testar a confiabilidade e a validade do instrumento.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), constitui um método através do qual tem seu foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas. Para as referidas autoras, o instrumento tem como meta ser [...] confiável, preciso e utilizável, podendo ser empregado por outros pesquisadores, além de avaliar seu sucesso no alcance do objetivo

Para a construção do instrumento de coleta de dados, foram consideradas quatro fases: 1) revisão da literatura e identificação dos itens importantes; 2) elaboração do instrumento de coleta de dados; 3) avaliação por especialistas da área; 4) validação de aparência e conteúdo e 5) redução final do instrumento e análise estatística. As etapas percorridas em cada fase estão demonstradas na Figura 2.

Figura 2 – Passos para a construção do instrumento de coleta de dados



Fonte: Elaborada pela autora

## 4.2 Caminho metodológico

### 4.2.1 Revisão de literatura

O levantamento do material bibliográfico foi realizado no período de agosto a outubro de 2012, nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) importante no contexto da saúde. Mediante acesso online, utilizaram-se quatro bases de dados: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BDEF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil).

Para a busca dos artigos, nas bases de dados selecionadas, as palavras utilizadas como descritores foram: mama (breast), pré-operatório (preoperative), perioperatório (perioperative), e enfermagem (nursing), realizando-se todas as combinações possíveis.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: os que abordavam a temática; publicados em Inglês, Espanhol e Português, entre o ano de 2003 a 2012; artigos na íntegra disponíveis eletronicamente. Como critérios de exclusão, adotaram: relatos de casos informais, textos não científicos, editoriais, artigos sem resumos e os artigos que não estivessem dentro dos critérios de inclusão.

Com suporte nos resultados encontrados após a busca dos estudos, e observando-se rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, realizou-se a leitura exhaustiva do título e do resumo de cada artigo científico, a fim de verificar sua adequação com a questão norteadora desta investigação: quais os cuidados de enfermagem no pré-operatório de cirurgia de mama disponíveis na literatura?

A amostra obtida nas bases de dados selecionadas de acordo com o cruzamento entre as palavras está descrita no Quadro 1.

Quadro 1 – Seleção de artigos encontrados MEDLINE/BVS, LILACS, SCIELO E BDEF, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza-CE, 2013

<b>Cruzamento</b>	<b>MEDLINE (Breast and Perioperative and nursing)</b>	<b>LILACS (Cirurgia e Mama e Enfermagem)</b>	<b>SCIELO (cirurgia e mama e enfermagem)</b>	<b>BDEF (Cirurgia e mama e enfermagem)</b>	<b>TOTAL</b>
Breast and Preoperative and nursing	726	24	04*	27	781
ARTIGOS EXCLUÍDOS (Sem resumo)	41	-	-	-	41
PUBLICAÇÕES ANTES DE 2003	427	05	01	10	443
ESTUDOS EXCLUÍDOS (Em outro idioma)	23	-	-	-	23
ARTIGOS QUE NÃO ABORDAVAM A TEMÁTICA	235	17	02	16	270
<b>TOTAL</b>	<b>00</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>01*</b>	<b>04</b>

Fonte: Elaborada pela autora

\*Artigo repetido em outra base de dado.

Na busca, a maior parte dos artigos encontrados não se relacionava com a temática, pois os textos abordavam assuntos como: qualidade de vida, sentimentos e imagem corporal das pacientes mastectomizadas, tipos de técnicas cirúrgicas, diagnósticos e tratamentos para o câncer de mama, complicações e cuidados pós-cirúrgicos, tratamentos farmacológicos (quimioterapia), radioterapia, terapias alternativas (ex: musicoterapia, fisioterapia), reabilitação (linfedema), fatores de risco, processo de adaptação, entre outros.

As buscas resultaram em 781 referências levantadas nas quatro bases de dados investigadas. Dessas publicações foram excluídas: os que não responderam à questão norteadora (N=270), artigos publicados antes de 2003 (N=443); artigos sem resumo (N=41); artigos repetidos em outras bases de dados investigadas (N=05); em outro idioma (N=23). Os artigos em outro idioma estavam divididos da seguinte maneira: Francês (06); Coreano (03); Alemão (08); Chinês (02); Norueguês (01); Japonês (03). Após a seleção, restaram dez artigos, os quais foram lidos na íntegra, no entanto, destes, apenas quatro publicações responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta etapa do estudo.

Os quatro estudos selecionados satisfizeram os critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos. Assim sendo, as informações recolhidas dos diferentes

estudos estão expressas no Quadro 2, uma vez que esta organização da informação facilita a sistematização e demonstração.

Quadro 2 – Distribuição das publicações sobre cirurgia, mama e enfermagem. Fortaleza – 2013

ARTIGO	TÍTULOS	AUTORES
01	Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória	Moniz, PA; Fernandes, AM; Oliveira, L. Rev. Enf. Ref., 2011
02	Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório de mastectomia	Alves, PC; Silva, APS; Santos, MCL; Fernandes AFC. Rev. esc. Enfermagem, 2010
03	<i>Stress e coping</i> no período perioperatório de câncer de mama.	Andolhe, R; Guido, LA; Bianchi, ERF. Rev. esc. Enfermagem, 2009.
04	Cuidados pré-operatórios de mastectomia bajo la óptica de la mujer.	Oliveira, MS; Fernandes, AFC; Melo, EM; Barbosa, ICFJ. Rev Cubana Enferm. 2005

Fonte: Elaborada pela autora.

O primeiro estudo em análise trouxe como principal objetivo integrar e analisar dados de estudos, contribuindo para melhor compreensão da conjuntura atual e promovendo a crescente qualidade dos cuidados prestados. Os resultados dos estudos analisados demonstram que a depreciação da imagem corporal está diretamente relacionada com a vivência da sexualidade, sendo que quanto mais mutilante for a cirurgia, maior será a depreciação da imagem corporal. Com efeito, as intervenções de enfermagem, particularmente de caráter informativo, são de extrema importância, pois facilitam os processos adaptativos.

O segundo estudo tem como principal objetivo compreender o conhecimento, as preocupações e as expectativas de pacientes portadoras de câncer de mama em relação à mastectomia. Constatou-se que a mulher passa por um pré-operatório estressante, com desconhecimento acerca da cirurgia, sente ansiedade e medo pelo que está por vir, além de sentimentos de pânico e choque diante da retirada da mama. Ressalta-se, portanto, a importância do papel educativo e do apoio emocional que devem ser direcionados por toda a equipe que presta assistência a essas pacientes, de maneira a minimizar o drama que vivenciam.

O terceiro estudo é uma revisão bibliográfica, que objetiva refletir sobre *stress e coping* no perioperatório de câncer de mama. Esse trabalho permitiu identificar que é vasta a literatura nacional sobre câncer de mama, mas poucos são os trabalhos que enfatizam *stress* e câncer de mama como processo vivenciado pela paciente. Por isso, pode dar direção a

pesquisas futuras acerca dos estressores vivenciados pela mulher com câncer de mama no Brasil, e quais as estratégias que ela utiliza para enfrentá-los.

O quarto estudo é estudo descritivo, exploratório com dez mulheres que estavam no período pré-operatório de mastectomia. O objetivo do estudo foi analisar os cuidados de enfermagem realizados com estas mulheres e verificar a sua percepção neste período. Verificou-se nos resultados que as mulheres submetidas a mastectomia precisam de uma rede de apoio e orientação e intervenções feitas por uma equipe multidisciplinar, com a participação da equipe de enfermagem, como cuidados pré-operatórios e como eles são feitos, bem como a orientação necessária, desempenham um papel importante na recuperação.

#### ***4.2.2 Elaboração do Instrumento***

Então, resolveu-se reunir alguns instrumentos encontrados na literatura e se estabeleceram as principais características dos instrumentos de coleta de dados que seriam elaborados para este estudo. Definiu-se, então, que o foco de coleta de dados seria identificar dados da visita pré-operatória de enfermagem para pacientes que iriam se submeter à cirurgia de mama.

Dentre os artigos que abordavam a construção e/ou validação de instrumentos, destacamos o de Poltronieri, Teixeira e Barbosa (2008), encontrados no trabalho “*Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias cardíacas*”; Hermida e Araújo (2006), “*Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem*”; Bordinhão e Almeida (2012), “*Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das Necessidades Humanas Básicas de Horta*”, dentre outros. (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição dos artigos que abordavam construção e/ou validação de instrumentos. Fortaleza, 2013

	<b>ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>REVISTA/ANO</b>
01	Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados	Virgínio, NA. ; Nobrega MML	Rev. Bras. Enfermagem/2004.
02	Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia.	Soares L. H; Pinelli, F. G. S; Abrão, A. C. F. V.	Acta paulista de enfermagem/2005
03	Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em Horta.	Lima LR, Stival MM, Lima LR, Oliveira CR, Chianca TCM.	Revista Eletrônica de Enfermagem / 2006.
04	Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem	Hermida, PMV; Araújo, IEM.	Revista Brasileira de Enfermagem / 2006
05	Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias cardíacas.	Poltronieri N.A; Teixeira, J.B.A; Barbosa M.H.	O Mundo Saúde/2008
06	Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento	Corrêa, LCL; Beccaria, LM; Amorim, RC; Pacheco, SS; Vacondio, S; Fecho, PB.	Arq Ciênc Saúde/ 2008
07	Construção e Validação de Instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE)	Costa, ALS; Polak, C.	Rev Esc Enferm USP 2009;
08	Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em Unidade Neonatal.	Lima, NDC; Silva, VM; Beltrão, BA.	Revista Rene/2009 BA.
09	Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das Necessidades Humanas Básicas de Horta.	Bordinhão, R.C; Almeida, MA.	Revista Gaúcha de Enfermagem/2012
10	Construção e validação do instrumento para consulta de enfermagem puerperal.	Bispo, GLR; Pedrosa, EN; Wanderley, RMM; Corrêa, MSM.	Rev enferm UFPE on line/ 2012

Fonte: Elaborada pela autora.

Esses instrumentos serviram como análise dos itens para esse tipo de cliente e da forma de apresentação, uma vez que, quando se deseja construir um instrumento, deve-se pensar que este seja de fácil aplicação e que, ao mesmo tempo, forneça a identificação rápida e necessária para o levantamento das necessidades do cliente, em especial quando se trata do cliente cirúrgico, tendo em vista este ter, na grande maioria, uma curta permanência no ambiente hospitalar.

Ao término desse levantamento, foi elaborada a primeira versão do instrumento de coleta de dados para a VPOE de cirurgia de mama (APÊNDICE B) utilizando-se o PNDS, cujo instrumento proposto foi estruturado na ordem de prioridade dos seus três domínios – segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais. Não foi utilizado o quarto

domínio (sistema de saúde) por abordar mais os aspectos estruturais e normativos da instituição.

O instrumento foi organizado em três seções – dados estruturais, elementos de dados da enfermagem e dados de enfermagem pré-operatória. Foi composto por 47 itens, distribuídos da seguinte maneira: domínio segurança (06), domínio respostas fisiológicas (28) e respostas comportamentais (13).

É relevante enfatizar o fato de que, como a população à qual se aplicará este estudo será paciente de cirurgias de mama, alguns dados estão mais voltados para atender as particularidades desse grupo de clientes.

#### ***4.2.3 Avaliação dos especialistas***

Existem três tipos principais de validade: de conteúdo, de construto e relacionada a um critério. A validade de conteúdo refere-se à análise minuciosa do teor do instrumento, com o objetivo de verificar se os itens propostos são representativos do assunto que se tenciona medir. Nesse tipo de validação, os instrumentos são submetidos à apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir a retirada, acréscimo ou modificação dos itens.

A validade de construto ou de conceito é considerada por Pasquali (2009) como etapa primordial de validação de um instrumento psicométrico, uma vez que possibilita a verificação empírica da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes. Por meio desse procedimento, então, é possível verificar se as pessoas com determinadas características se comportam conforme a teoria supõe que elas se comportariam e quais itens ou fatores são mais pertinentes ao construto.

Para mensurar a validade do instrumento proposto, ou seja, para se verificar a precisão do instrumento em medir o que se propõe medir, utilizou-se a análise dos juízes, conhecida também por validade de conteúdo. Nessa análise os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao objeto em discussão.

De acordo com Almeida, Spínola e Lancman (2009), se ouvir a opinião de membros da população e peritos na área ao qual o instrumento se destina, se conduz a análise sobre a compreensão dos itens e sua pertinência, respectivamente. A análise de pertinência pode ser chamada de validação de conteúdo.

Após a construção da primeira versão do instrumento de coleta de dados, partiu-se para a terceira fase da pesquisa – a validação do conteúdo – considerada de grande importância para a investigação, pelo fato de, estar voltada para a relevância dos itens que compõem o instrumento.

Alexandre e Colluci (2011) ensinam que durante o desenvolvimento do instrumento, um dos pontos discutidos na avaliação de conteúdo é o número e a qualificação dos juízes. A literatura expressa controvérsias sobre esse ponto. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participando desse processo. Outros autores sugerem de seis a vinte sujeitos, sendo composto por um mínimo de três em cada grupo de profissionais selecionados para participar. Nessa decisão, levam-se em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários.

Para proceder à validade de conteúdo neste estudo, optou-se por submeter o instrumento à apreciação de 22 juízes com experiência na área, sendo doze enfermeiros assistenciais lotados em hospitais federais universitários, três de instituição pública estadual, duas enfermeiras de hospitais municipais e cinco de hospital privado. (Ver Tabela 1).

Na composição deste comitê de validação, utilizou-se uma das seguintes competências como critérios de escolha:

- a) ser enfermeiro com experiência na área clínica-cirúrgica e que desenvolveu ou desenvolva suas atividades em centro cirúrgico, sala de recuperação e/ou clínica cirúrgica;
- b) ter prática clínica de, no mínimo, dois anos na assistência no campo de interesse e concordar em ser integrante do quadro de juízes;
- c) ser mestre em Enfermagem;
- d) ter doutorado em Enfermagem;
- e) ter artigo publicado sobre a temática abordada.

Na perspectiva de Souza (2007), submeter o instrumento à avaliação de profissionais que tenham experiência com o cliente cirúrgico enriquece o instrumento, uma vez que contribui com sugestões que facilitam o levantamento das necessidades a esse tipo de cliente e favoreçam a aplicação do instrumento.

Após a seleção, a primeira versão do instrumento foi entregue aos juízes participantes, depois de contato prévio para esclarecimentos acerca do estudo (APÊNDICE C) e anuência dos próprios em participar da avaliação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), solicitando-lhes a análise semântica e conceitual

pertinente à coleta de dados para a visita pré-operatória de enfermagem de cirurgia de mama. Nesta fase os instrumentos foram entregues às 22 enfermeiras, distribuídas em 18 assistenciais e quatro docentes.

Para emitir sua opinião, os especialistas procederam à leitura do material impresso e depois responderam às questões entre cinco níveis, conforme demonstra a forma da Escala Likert. Os níveis variam de: 1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo Parcialmente; 4 – Concordo; 5 – Concordo Totalmente. Os juízes assinalaram o valor que consideraram pertinente àquele item de acordo com a utilização na sua prática. Foi destinado um espaço para que os juízes pudessem redigir sugestões para melhorar o item ou acrescentar outras observações caso fosse necessário.

A Escala de Likert deve seu nome ao sociopsicólogo Rensis Likert e consiste de várias afirmações declaratórias (itens) que expressam um ponto de vista sobre determinado assunto ou construto, sendo os respondentes solicitados a indicar o grau em que concordam ou discordam da opinião expressa em cada afirmação (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Segundo Pasquali *et al.* (2010), a escala de Likert tem a preocupação de verificar o nível de concordância do sujeito sobre uma série de afirmações, que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico; mas não consiste em procurar determinar o valor escalar dos itens. As afirmações são respondidas em uma escala de três ou mais pontos, isto é, o sujeito tem que dizer se está em dúvida ou se concorda ou discorda do que a frase afirma sobre o objeto psicológico.

Solicitou-se aos profissionais uma avaliação da forma de apresentação do instrumento, bem como que formulassem sugestões e anotassem dificuldades quanto à sua utilização, visando ao seu melhoramento, contribuindo, assim, para a construção de um instrumento considerado apropriado, por pelo menos 80% dos juízes. Os itens sem clareza foram reformulados segundo a sugestão dos julgadores.

Como lecionam Polit, Beck e Hungler (2004, p. 294), “quanto mais evidências puderem ser reunidas de que o instrumento está medindo o que deve medir; maior a confiança que os pesquisadores terão em sua validade”. As avaliações dos juízes retornaram após aproximadamente um mês. Os juízes enviaram, junto com a análise dos itens dos instrumentos, sugestões de alterações, de acréscimos e também de referências bibliográficas.

Essa etapa finaliza a construção do instrumento de medida, cujos passos incluem a exposição e a elaboração da versão final do instrumento.

#### ***4.2.4 Procedimentos éticos***

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, sob o Protocolo nº 156.593 (ANEXO A) atendendo a determinação da Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, considerando os aspectos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996), para pesquisa com seres humanos. Os princípios bioéticos são características que demonstram, pois, a eticidade que uma pesquisa na área da saúde deve seguir, quando envolve pessoas.

Esclareceu-se aos juízes que a elaboração do Instrumento de coleta de dados da VPOE contribuiria para a implantação da SAEP e, conseqüentemente uma melhor assistência ao paciente cirúrgico. Os sujeitos da pesquisa concordaram com a participação na pesquisa, dando sua ciência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram respeitadas as questões éticas, confiabilidades dos dados e uso dos resultados para fins científicos, como também a liberdade para se recusar a participar, ou desistir da pesquisa, sem prejuízo algum.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização dos Juízes

Tabela 1 – Distribuição dos juízes de acordo com suas características pessoais e profissionais. Fortaleza, 2012

<b>Dados de Identificação</b>	N	F (%)
<b>IDADE</b>		
20 – 30 anos	04	18,18
31 – 40 anos	12	54,54
41 – 50 anos	04	18,18
Acima de 50 anos	02	9,09
<b>SEXO</b>		
Feminino	20	90,90
Masculino	02	9,09
<b>Nível de Qualificação do Profissional</b>		
Especialização	11	50
Mestrado	06	27,27
Doutorado	05	22,72
<b>Instituição que trabalha</b>		
Pública Municipal	02	9,09
Pública Estadual	03	13,63
Pública Federal	12	54,54
Particular	05	22,72
<b>Anos de Experiência Profissional como Enfermeira</b>		
1 a 5 anos	08	36,36
6 a 10 anos	08	36,36
11 a 15 anos	04	18,18
16 a 20 anos	02	9,09

Fonte: Pesquisa 2012.

Conforme se observa na Tabela 1, 12 (54,54%) juízes-especialistas têm idade entre 31 e 40 anos; 04 (18,18%) juízes têm idade entre 20 e 30 anos; 04 (18,18%) entre 41 e 50 anos e apenas 02 (9,09%) apresentam idade acima de 50 anos. A faixa etária encontra-se na fase ativa produtiva.

Dos 22 enfermeiros participantes da validação 20 (90,90%) eram do sexo feminino e somente 02 (9,09%) do sexo masculino. Diante dos dados analisados, observa-se que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, atualmente esse quadro vem mudando, mas o número de enfermeiras ainda é considerável, com relação ao sexo masculino.

Dos 22 juízes, 15 (68,18%) eram assistenciais, quatro (18,18%) eram docentes e três (13,63%) trabalhavam na assistência e na docência. No que concerne à titulação, 11(50%) eram especialistas; seis (27,27%) eram mestres e cinco (22,72%) doutores. Quanto ao tempo de experiência profissional, oito (36,36%) tinham entre um a cinco anos; oito (36,36%)

tinham experiência variando entre seis e dez anos; quatro (18,18%) entre 11 e 15 anos; dois (9,09%) entre 16 e 20 anos e nenhum dos participantes tinha experiência acima de 20 anos.

## 5.2 Análise estatística dos dados

### 5.2.1 Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

Visando à objetividade da validade de conteúdo, realizou-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) padronizado por Waltz e Bausel em 1981. Alexandre e Coluci (2011) compreendem o IVC como um método muito utilizado na área de saúde. Mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala do tipo Likert com pontuação de um a quatro. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes”.

Para os autores Alexandre e Coluci (2011), não existe consenso na literatura para avaliar o instrumento como um todo. Polit e Beck (2006) recomendam que os pesquisadores devam descrever como realizaram o cálculo. Esses autores propõem três equações matemáticas para se calcular o IVC, que podem ser usadas: a equação I-CVI – verifica a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é somam-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação; a equação S-CVI/UA – que mede a proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 (realmente relevante) e escore 4 (muito relevante) dividida pela quantidade de juízes; e, por fim, a equação S-CVI/Ave – que é a média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala, conhecido como IVC global.

Martins *et al.* (2012) ressaltam que um índice de concordância entre os juízes maior do que 0,80 é o desejável e que o IVC igual a 1 indica concordância plena entre os juízes e serve de critério de decisão de pertinência e/ou aceitação do item avaliado. “No entanto, isso não quer dizer que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas significa dizer que há uma relativa harmonia entre os escores de um especialista em relação aos escores dos demais.” (ORÍÁ, 2008, p. 58).

Para avaliação do instrumento utilizou-se um questionário norteador (APÊNDICE C) que detinha a finalidade de direcionar a validação do instrumento proposto, contendo 12 (doze) itens com os seguintes critérios: abrangência das áreas de cuidado mais expressivas; clareza e objetividade dos itens; estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais; introdução na prática clínica do profissional; possibilidade de gerar dados úteis para a tomada de decisão; tamanho do instrumento; sequência lógica do conteúdo; pertinência das questões em relação ao domínio; relevância para identificação das necessidades do paciente cirúrgico; facilidade de leitura e compreensão do conteúdo; abrangência do conteúdo/ atendimento do domínio; transferência de informações entre profissional em relação ao paciente e família, sendo cada domínio avaliado quanto a esses itens.

Os dados obtidos foram codificados e organizados em um banco de dados sob a forma de planilha, utilizando-se o programa Microsoft Excel XP. Considerou-se o critério de permanência do item de, pelo menos, 80% de concordância entre os juizes, sendo que os itens que não atingiram tal porcentagem foram descartados das próximas versões do instrumento.

Tabela 2 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI), de acordo com a análise dos juizes para cada domínio. Fortaleza, 2013

ITENS	I-CVI <sup>1</sup>	I-CVI <sup>2</sup>	I-CVI <sup>3</sup>
01. Abrange as áreas de cuidado mais expressivas.	1	1	1
02. Os itens são claros e objetivos.	1	0,95	0,90
03. Possibilita estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais.	0,95	0,95	1
04. É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro.	1	0,95	0,95
05. Pode gerar dados úteis para a tomada de decisão.	1	1	1
06. O tamanho do instrumento é adequado.	0,86	0,95	0,95
07. Sequência lógica do conteúdo.	1	1	1
08. As questões descritas são pertinentes a este domínio.	1	1	1
09. São relevantes e suficientes para identificar as necessidades do paciente cirúrgico.	0,95	0,95	0,95
10. O instrumento é de fácil leitura e compreensão.	0,95	1	0,95
11. Retrata o conteúdo necessário ao atendimento do domínio.	0,95	0,95	1
12. Permite a transferência de informações para o profissional em relação ao paciente e família.	0,95	0,95	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda:

1 - Domínio segurança

2 - Domínio respostas fisiológicas;

3 - Domínio respostas comportamentais

Na avaliação dos três domínios (segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais), foi obtido um IVC > 0,80, indicando um bom nível de concordância entre

os especialistas. Em alguns itens (01, 05, 07, 08) dos três domínios verificou-se um IVC = 1, destacando a concordância plena entre os juízes.

Relativamente à validação quanto à clareza, objetividade, facilidade e compreensão da leitura, o percentual variou de 0,90 a 1, podendo-se verificar que foi julgado ótimo na opinião geral.

### **5.2.2 Teste da Proporção Binomial**

Outro método utilizado para analisar a concordância das respostas dos juízes – quando da validação de conteúdo do instrumento coleta de dados da visita pré-operatória para cirurgia de mama, para todos os itens, considerando os domínios segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais - foi o teste da proporção binomial de concordância para respostas dicotômicas. Então, para tal procedimento foi feita a seguinte divisão:

- α) as respostas “*Discordo Totalmente*”, “*Discordo*” e “*Concordo Parcialmente*” foram agrupadas como resposta “*Discordo*”; e
- β) as respostas “*Concordo*” e “*Concordo Totalmente*” foram agrupadas como resposta “*Concordo*”.

O nível de significância considerado foi de 5% ( $p > 0,05$ ). Para a análise de concordância das respostas dos juízes, foi efetuada a análise das frequências das respostas (discordo totalmente, discordo, concordo parcialmente, concordo, concordo totalmente), bem como, a análise descritiva das sugestões de alterações dos juízes.

Para a incorporação das sugestões dos juízes nos itens avaliados dos instrumentos, foi considerada a porcentagem obtida em cada item. Portanto, o domínio que apresentou item com pontuação menor do que 80% foi alterado ou excluído do instrumento. Mesmo quando o item recebeu pontuação total acima de 80%, entretanto algum dos juízes deferiu pontuação inferior a 80%, foi considerada a justificativa/sugestão do juiz para alteração, como ocorreu com o item classificação de cirurgias.

Na prática estatística, o teste binomial é usado para fazer inferências de diferenças entre duas populações, baseadas em dados de duas amostras aleatórias. Assim, os dados experimentais utilizados pelo teste são as frequências relativas  $p$  e  $q$ , referente às duas opções possíveis naquele determinado experimento. A frequência esperada para  $p$  e  $q$ , em caso de igualdade perfeita, seria  $\frac{1}{2}$  para ambos. Como, num experimento, dificilmente  $p$  é igual a  $q$ , o teste avalia, em última análise, até que ponto os valores de  $p$  e  $q$  podem diferir, sem deixarem

de ser estatisticamente iguais. Dessa forma, o teste fornece o p-value, que informa se a proporção amostral de diferenças é significativa, isto é, se  $H_0$  é a hipótese verdadeira (CAMPOS, 2001).

Com efeito, o teste binomial foi utilizado como método de análise de proporção que compara as visões e opiniões entre os expertos a respeito das mesmas questões.

Mediante os pareceres dos juízes, realizou-se a avaliação dos níveis de concordância entre eles, cujos resultados estão nas Tabelas 3 a 5. Neste momento, discorrem-se os principais resultados, segundo os domínios segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais.

Tabela 3 – Distribuição da concordância dos avaliadores com relação ao domínio segurança. Fortaleza, 2013

Itens avaliados	x	x/n	valor-p
01. Abrange as áreas de cuidado mais expressivas.	18	0,8182	0,4248
02. Os itens são claros e objetivos.	18	0,8182	0,4248
03. Possibilita estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais.	19	0,8636	0,6618
04. É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro.	19	0,8636	0,6618
05. Pode gerar dados úteis para a tomada de decisão.	20	0,9091	0,8633
06. O tamanho do instrumento é adequado.	15	0,6818	0,0368
07. Sequência lógica do conteúdo.	19	0,8636	0,6618
08. As questões descritas são pertinentes a este domínio.	18	0,8182	0,4248
09. São relevantes e suficientes para identificar as necessidades do paciente cirúrgico.	17	0,7727	0,2262
10. O instrumento é de fácil leitura e compreensão.	18	0,8182	0,4248
11. Retrata o conteúdo necessário ao atendimento do domínio.	14	0,6364	0,0114
12. Permite a transferência de informações para o profissional em relação ao paciente e família.	17	0,7727	0,2262

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação ao domínio segurança, os itens **6** e **11** do questionário de avaliação – o tamanho do instrumento é adequado; retrata o conteúdo necessário ao atendimento do domínio, obtiveram seus valores-p menores do que 5% de significância. Assim sendo, e com base nas sugestões, faz-se necessário, que se reveja o tamanho do instrumento para sua viabilidade na prática e verificar melhor seu conteúdo para o que se destina.

Os demais itens foram bem avaliados pelos juízes, pois obtiveram valores-p maiores do que 5%. Desta forma, tem-se um indicativo de que os juízes concordaram com os itens. Se quase todos os itens foram avaliados como “concordam” pelos juízes, pode-se concluir que o domínio segurança, segundo os juízes, foi bem avaliado.

Tabela 4 – Distribuição da concordância dos avaliadores com relação ao domínio respostas fisiológicas. Fortaleza, 2013

<b>Itens avaliados</b>	<b>x</b>	<b>x/n</b>	<b>valor-p</b>
01. Abrange as áreas de cuidado mais expressivas.	19	0,8636	0,6618
02. Os itens são claros e objetivos.	17	0,7727	0,2262
03. Possibilita estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais	19	0,8636	0,6618
04. É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro.	20	0,9091	0,8633
05. Pode gerar dados úteis para a tomada de decisão.	21	0,9545	0,9720
06. O tamanho do instrumento é adequado.	18	0,8182	0,4248
07. Sequência lógica do conteúdo.	19	0,8636	0,6618
08. As questões descritas são pertinentes a este domínio.	19	0,8636	0,6618
09. São relevantes e suficientes para identificar as necessidades do paciente cirúrgico.	18	0,8182	0,4248
10. O instrumento é de fácil leitura e compreensão.	20	0,9091	0,8633
11. Retrata o conteúdo necessário ao atendimento dos domínios.	17	0,7727	0,2262
12. Permite a transferência de informações para o profissional em relação ao paciente e família.	18	0,8182	0,4248

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao ser analisada a concordância entre os avaliadores, percebeu-se que, em relação ao domínio respostas fisiológicas, os valores-p para os testes são maiores do que 5%, expressando associação estatisticamente significativa com o domínio.

Tabela 5 – Distribuição da concordância dos avaliadores com relação ao domínio respostas comportamentais. Fortaleza, 2013

<b>Itens avaliados</b>	<b>X</b>	<b>x/n</b>	<b>valor-p</b>
01. Abrange as áreas de cuidado mais expressivas.	19	0,8636	0,6618
02. Os itens são claros e objetivos.	16	0,7273	0,1000
03. Possibilita estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais.	19	0,8636	0,6618
04. É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro.	19	0,8636	0,6618
05. Pode gerar dados úteis para a tomada de decisão.	20	0,9091	0,8633
06. O tamanho do instrumento é adequado.	19	0,8636	0,6618
07. Sequência lógica do conteúdo.	21	0,9545	0,9720
8. As questões descritas são pertinentes a este domínio.	18	0,8182	0,4248
09. São relevantes e suficientes para identificar as necessidades do paciente cirúrgico.	17	0,7727	0,2262
10. O instrumento é de fácil leitura e compreensão.	18	0,8182	0,4248
11. Retrata o conteúdo necessário ao atendimento dos domínios.	17	0,7727	0,2262
12. Permite a transferência de informações para o profissional em relação ao paciente e família.	20	0,9091	0,8633

Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se na Tabela 5 que todos os valores-p são maiores do que 5% ( $p>0,05$ ), ou seja, é um indicativo de que os juízes concordaram com os itens do domínio respostas comportamentais.

### 5.3 Modificações sugeridas pelos juízes referentes ao instrumento

As discussões desta pesquisa são apresentadas de acordo com a trajetória metodológica, e para uma melhor compreensão, a análise de cada etapa do instrumento é tratada separadamente e apreciada de acordo com a literatura pertinente.

**PARTE 1:** Contempla as variáveis socioeconômicas (nome, idade, ocupação, estado civil, religião, nº do prontuário) e dados relacionados ao procedimento cirúrgico.

DADOS ESTRUTURAIS	
NOME:	PRONTUÁRIO:
IDADE:	ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO:	RELIGIÃO:
CIRURGIA PROPOSTA:	
ASA I ( )	ASA II ( )
ASA III ( )	ASA IV ( )
CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA: Limpa ( ) Pouco Contaminada ( ) Contaminada ( )	
CIRURGIÕES:	
TIPO DE ANESTESIA:	
ANESTESISTA:	
DATA DA CIRURGIA:	

Na Parte 1 do instrumento, por se tratar de dados referentes ao período pré-operatório, um juiz (4,54%) achou desnecessário incluir dados referentes à cirurgia, como: cirurgiões, tipo de anestesia, anestesistas, classificação do risco cirúrgico. Por significar uma representatividade pequena, optou-se por não modificar o item.

No instrumento para avaliar o risco anestésico dos pacientes, foi utilizada a Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (Classificação ASA). Lima *et al.* (2010) definem ASA como a classificação anestésica realizada pelo anesthesiologista, baseada na avaliação do exame clínico do paciente e na presença de comorbidades, tendo escore de um a seis, com valor crescente de acordo com o risco anestésico avaliado. Como se trata de

uma classificação feita pelo anestesista, dois juízes (9,09) acharam melhor excluir do instrumento. Portanto, a discordância expressa neste item não necessariamente sugere sua alteração, pois a significância foi pequena.

Segundo a Portaria, nº 2.616, de 12/05/1988, do Ministério da Saúde, que traça diretrizes e normas para prevenção e controle de infecções hospitalares, as cirurgias podem ser classificadas segundo o potencial de contaminação, ou seja, de acordo com o risco de infecção ao qual o paciente é exposto em: cirurgias limpas, cirurgias potencialmente contaminadas, cirurgias contaminadas e cirurgias infectadas (SOBECC, 2009). Pelo fato de o item estar incompleto, foi sugerido pelos juízes refazê-lo, colocando-o conforme mencionada na Portaria.

## PARTE 2

ELEMENTOS DE DADOS DA ENFERMAGEM			
ESTADO DE SAÚDE: ÓTIMO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM ( )			
PATOLOGIAS ASSOCIADAS: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiovascular			
( ) Pulmonar ( ) Outras			
Alterações hematológicas: ( ) Sim ( ) Não QUAL:			
Medicamento em uso: ( ) ( ) Não QUAL:			
Sinais Vitais: PA:		TEMP:	PULSO: RESP:
ABO/Fator RH:		GLICEMIA CAPILAR:	
EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS:			
( ) ECG ( ) RX ( ) US mamária ( ) Mamografia			
( ) Exames Laboratoriais:			
( ) OUTROS:			

Considerando que o instrumento será utilizado para a coleta de dados do paciente pré-cirúrgicos, e não para identificar dados de enfermagem, foi reformulado o subtítulo Elementos de dados da Enfermagem por Elementos de dados clínicos.

Uma das sugestões dada foi substituir o termo patologias associadas por doenças associadas. Patologia vem do grego *páthos*, doença, e *logos*, estudo. Etimologicamente significa estudo das doenças, portanto, não deve ser usado como sinônimo de doença (REZENDE, 2005). Optou-se, por mudar o termo.

Existem vários tipos de diabetes. Esta doença metabólica pode ser classificada de acordo com sua patogênese, em diabetes *mellitus* tipo 1, diabetes *mellitus* tipo 2, diabetes gestacional e diabetes *insipidus*. Por ter mais um tipo de diabetes foi sugerido identificar o tipo, em diabetes *mellitus*.

**PARTE 3** - Subdivide-se em três domínios: Domínio 1 – Segurança; Domínio 2 – Respostas fisiológicas e Domínio 3 – Respostas comportamentais.

### DOMÍNIO 1: SEGURANÇA

<b>SEGURANÇA</b>
1. Senso de Percepção: ( ) Ausente ( ) Presente ( ) Perturbado
2. Integridade da Pele: ( ) Íntegra ( ) Prejudicada
3. Presença de: ( ) <i>Rash</i> cutâneo ( ) Escaras ( ) Irritação cutânea ( ) Lesões ( ) Incisões cirúrgicas
4. Presença de dispositivos: ( ) Acesso venoso ( ) Drenos ( ) Sondas ( ) Nenhum
5. Qual local:
6. Alergias: ( ) Ausente ( ) Medicamentosa ( ) Alimentar ( ) Látex ( ) Iodo QUAL:

Considerando a diferença entre úlceras por pressão e escaras, o item escaras foi substituído por úlcera por pressão (UPP). Ao se estudar UPP depara-se uma terminologia variada, algumas das quais equivocadas, como por exemplo, escaras. Escara é o termo utilizado para definir o tecido resultante de necrose da úlcera por pressão. A expressão úlcera por pressão, segundo Souza e Santos (2006), é consagrada internacionalmente, porquanto a pressão é o fator etiológico mais importante na gênese dessas lesões.

Outra mudança feita foi referente ao item quatro, especificando o tipo de acesso: acesso venoso periférico ou acesso venoso central. Ao observar o tipo de acesso, tem-se um cuidado diferenciado de acordo com suas especificidades. Para Stocco *et al.* (2011), o cuidado do paciente com cateter venoso central compreende aspectos peculiares à manutenção desse dispositivo, a fim de assegurar sua permanência e a diminuição de complicações. Outra sugestão feita foi acrescentar no item a inclusão de “prótese” e “outro”.

### DOMÍNIO 2: RESPOSTAS FISIOLÓGICAS

<b>A- ESTADO RESPIRATÓRIO</b>
1. Padrão Respiratório: ( ) Eupneico ( ) Dispneico
2. Em uso de Oxigenoterapia: Sim ( ) Não ( )
3. Presença de tosse: ( ) Ausente ( ) Seca ( ) Produtiva ( ) Irritativa
4. Problemas respiratórios preexistentes: ( ) Sim ( ) Não
5. Qual:

No item referente à oxigenação, como existem vários tipos de sistemas para administração de oxigênio, como de baixo fluxo de concentração de O<sub>2</sub> (cânula nasal dupla, cateter nasofaríngeo, máscaras faciais para nebulização) e sistemas de alto fluxo de concentração de O<sub>2</sub> (máscara de Venturi), os juízes consideraram o item incompleto. Portanto, se o paciente estiver em uso de oxigenoterapia, os juízes sugeriram especificar qual tipo de sistema está sendo utilizado.

<b>B – ESTADO CARDIOVASCULAR</b>
1. Refere dor torácica: ( ) Sim ( ) Não
2. Edema periférico: ( ) Presente ( ) Ausente Local:
3. Pele aquecida ao toque: ( ) Sim ( ) Não
4. Cianose: ( ) Ausente ( ) Presente
5. Problemas cardiovasculares preexistentes: ( ) Sim ( ) Não
6. Qual:

No domínio respostas fisiológicas, na classe estado cardiovascular, os juízes solicitaram a substituição do termo cianose por perfusão tissular. Os juízes justificaram a sugestão acentuando que cianose se trata de um sinal ou sintoma marcado pela coloração azul-arroxeadada da pele, leitos ungueais ou da mucosa, ou seja, é um sinal de má perfusão tissular. Considerando-se pertinente e justificativa, a substituição por perfusão tissular foi aceita.

<b>D – ESTADO GASTROINTESTINAL</b>
1. Sem alterações ( )
2. Alimentação: ( ) Via Oral ( ) SNG ( ) GTT ( ) Outros
2. Presença de: ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Constipação ( ) Diarreia
3. Outros:

Sobre o estado gastrointestinal, foi solicitada a inclusão do item eliminação, acrescentando o uso de colostomia e ileostomia. Os juízes acharam relevante colocar no item esse tipo de eliminação, por se tratar de um dado que pode fornecer subsídio importante para a assistência perioperatória. O conhecimento sobre a presença do ostoma pode incluir no plano de cuidado uma melhor reposição venosa de líquidos.

Foi acatada a sugestão por parte dos juízes em colocar um espaço destinado a observações relacionadas ao jejum, onde possa ser registrados o tempo da última refeição

ingerida e o tipo da refeição. Por falta da observância do tempo de jejum, muitas vezes, o procedimento cirúrgico é suspenso, causando desgaste emocional para o paciente, aumento do tempo de internação e dos fatores de infecção hospitalar.

<b>E – ESTADO GENITURINÁRIO:</b>
1. Sem alterações ( )
2. Diurese espontânea ( )
3. SVD ( )
4. Presença de: ( ) Incontinência ( ) Polaciúria ( ) Oligúria
5. Outros:

Dando sequência à avaliação realizada pelas enfermeiras, verificou-se que, na opinião delas, inexistiam itens relacionados ao aspecto da diurese, como anúria e hematúria. Alterações verificadas na quantidade e características da urina identificadas no pré-operatório são dados importantes no plano de cuidados do paciente cirúrgico. Estas sugestões apontadas foram consideradas como necessárias para a melhoria do instrumento. As avaliadoras solicitaram colocar no mesmo item a opção espontânea e por SVD, como também a transferência do item “outros” para a questão anterior, em que estão mencionadas as alterações referentes às características da diurese.

<b>F – ESTADO NEUROLÓGICO</b>
1. Nível de consciência: ( ) Alerta ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Sonolento
2. Estímulos verbais: ( ) Presentes ( ) Ausentes
3. Dor: ( ) Ausente ( ) Aguda ( ) Crônica ( ) Relato verbal de dor ( ) Expressão Facial de dor.

Entre as modificações realizadas por sugestão dos juízes para melhorar a organização encontram-se a transferência do estado neurológico do final do domínio respostas fisiológicas para o início. 30% dos juízes ressaltam que o instrumento deve obedecer a uma sequência céfalo-caudal, o que permite a lógica funcional orgânica. Referem que, no estado neurológico, se avalia a capacidade de interação e resposta do indivíduo ao meio em que está inserido.

Durante a VPOE a avaliação neurológica do paciente pode fornecer dados importantes na determinação do nível de consciência, mediante a descrição do estado de alerta

do paciente, em respostas a estímulos verbais e dolorosos. Após buscar várias literaturas objetivando fundamentar a modificação da dicção estímulos verbais para respostas verbais, considerou-se desnecessária a mudança por não se haver encontrado fundamentação científica que justificasse, como também o critério de permanência deu acima de 80%.

**DOMÍNIO RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS:** aborda os aspectos relacionados ao conhecimento e as respostas psicossociais e culturais.

<b>A – CONHECIMENTO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. O paciente/ família conhece o motivo da cirurgia.		
2. O paciente tem conhecimento sobre o procedimento anestésico/cirúrgico.		
3. Paciente refere dúvidas quanto ao pré, trans, e pós-operatório.		
4. Paciente e familiares compreendem a informação dada.		
5. Existe o consentimento para o procedimento planejado.		
6. Paciente/ família estão orientados quanto: higiene, jejum, tricotomia, eliminações.		
7. Paciente/família interpretam de maneira errada as informações recebidas.		
8. Paciente/família não tem interesse em aprender.		

A orientação é uma forma de esclarecer as dúvidas que a intervenção cirúrgica provoca, e o enfermeiro é o profissional responsável para fornecer as informações necessárias sobre os cuidados pré e pós-procedimento cirúrgico, seus riscos e benefícios, preparando o paciente quanto à cirurgia a ser realizada.

Dessa maneira, Alves *et al.* (2010) recomendam que o tratamento cirúrgico deve se tornar completo e mais humano. A paciente necessita ter preparo emocional e as orientações devem ser completas. Não se trata apenas de falar o nome da cirurgia e sim de explicar cada passo, ou seja, do que, por que, quando, por quem, como, onde e as consequências, a fim de que a paciente possa estar cônica do seu tratamento e colaborar na sua recuperação.

Algumas sugestões foram dadas relacionadas ao conhecimento, como: exclusão do item sete por avaliarem que esta informação está contida no item quatro; a retirada do advérbio de negação (não) do item oito, por induzir a resposta do paciente e por considerar desnecessário e confuso. Pasqualli *et al.* (2010), ao discorrer sobre os critérios para a construção de itens, observam que frases longas e negativas facilmente causam falta de clareza. Expressa, ainda, que as frases negativas são mais confusas do que as positivas e, portanto, é mais indicado afirmar a negatividade de um item. Esse aspecto foi claramente

observado neste estudo. As modificações foram significativas para deixar o instrumento mais claro.

<b>B – RESPOSTAS PSICO-SOCIO-CULTURAIS</b>
1. Segue o tratamento integralmente: ( ) Sim ( ) Não
2. Com relação à cirurgia apresenta: ( ) Medo ( ) Inquietação ( ) Fuga ( ) Irritabilidade ( ) Indiferença ( ) Impaciência ( ) Tristeza ( ) Confiança ( ) Desespero
3. Verbalização negativa sobre si: ( ) Sim ( ) Não
4. Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada
5. Busca assistência espiritual: ( ) Sim ( ) Não ( ) Indiferente

Considerando a ansiedade como um sentimento de dúvidas e incertezas que caminham com o paciente cirúrgico, podendo ser amenizado com instruções e orientações da equipe de enfermagem, faz-se necessário identificar este sintoma na avaliação pré-cirúrgica. Fornecer suporte psicológico é uma importante ajuda no enfrentamento da cirurgia. Os juízes definiram como relevante a inclusão desse dado subjetivo (ansiedade) na construção do instrumento para a assistência espiritual dessa clientela. Outra sugestão dada foi trocar o termo “indiferente” por ‘não sente necessidade’.

A busca da religião e da espiritualidade são fontes de energia para o enfrentamento da doença, proporcionando conforto, encorajamento e esperança para os envolvidos no processo saúde-doença (BORDINHÃO; ALMEIDA; 2012). Ressalta-se a importância do papel da Enfermagem como facilitadora na relação paciente/família na identificação de suas necessidades espirituais, afetadas pelas mudanças do estilo de vida.

Tendo-se realizado as modificações sugeridas após a operacionalização do instrumento, construiu-se a versão final deste (APÊNDICE D).

## 6 CONCLUSÃO

A experiência de elaborar e validar um instrumento possibilitou que se compreendesse melhor a importância da coleta de dados pré-operatórios, uma vez que proporcionará economia de tempo e praticidade para os enfermeiros, no sentido de elaborar o plano de cuidados, visando a uma assistência perioperatória de qualidade e, futuramente, poderá oferecer subsídios para avaliação dos registros de enfermagem, permitindo discussões e pesquisas.

A seleção das enfermeiras especialistas, com experiência na área assistencial, de ensino e de pesquisa, permitiu envolvimento e compromisso com a elaboração do conhecimento nas áreas que abordaram a elaboração do instrumento. Estes profissionais compreenderam a importância e a necessidade da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, tornando-se sujeitos essenciais para o aperfeiçoamento e para a validação do conteúdo do instrumento.

Observou-se que todos os domínios obtiveram um resultado satisfatório mediante a análise do teste binomial, pois todos os juízes concordaram com os itens, tomando como base para essa afirmação, os resultados dos testes. Caracterizou-se dessa forma, o fato de que a participação dos juízes no processo de avaliação dos itens do instrumento elaborado foi valiosa para sua adequação, pertinência, abrangência, relevância e especificidade.

Ressaltou-se que o uso de instrumento de coleta de dados específico pode facilitar a compreensão das respostas dos pacientes em decorrência da sua incapacidade e permite à equipe de enfermagem a individualização e direcionamento do cuidado. Esses aspectos são importantes para humanização da assistência e implementação da SAEP.

Considera-se que o instrumento facilitará o registro mais objetivo e claro dos dados em razão das partir modificações procedidas. Guarda-se a certeza de que ao ser implantada, a visita pré-operatória será um instrumento do cuidar do enfermeiro, assegurando assim a assistência humanizada ao paciente cirúrgico de câncer de mama.

Tem-se razão para acreditar que, com a realização deste trabalho, se contribuiu para a assistência de enfermagem perioperatória da instituição onde se atua. Além de construir um instrumento que facilitará a realização da visita pré-operatória de Enfermagem, buscou-se mostrar a relevância desta como atribuição específica do enfermeiro, possibilitando a reflexão do seu modo de agir e cuidar.

A limitação do estudo se refere à não possibilidade da aplicação do instrumento na população-alvo (as mulheres no pré-operatório de cirurgia de mama). Nesse sentido, recomenda-se a aplicação do instrumento na prática da clínica, com o objetivo de validar clinicamente os itens que o compõem.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 7, p.3061- 3068, 2011.
- ALMEIDA, M. H. M. de; SPÍNOLA, A. W. de P.; LANCMAN, S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2009.
- ALVES, Pricilla Cândido *et al.* Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.989-995, 2010.
- ANDOLHE, Rafaela; GUIDO, Laura de Azevedo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 711-720, 2009.
- ARAÚJO, V. S.; DIAS, M. D.; BARRETO, C. M. C.; RIBEIRO, A. R.; COSTA, A. P.; BUSTORFF, L. A. C. V. Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 27-34, 2010.
- AORN. **Association of Perioperative Registered Nurses**. Disponível em: <<http://www.aorn.org>>. Acesso em: 2 nov. 2011.
- AORN. **Perioperative Nursing Data Set**. 3. ed. Denver, 2011.
- BARRETO, R. A. S. *et al.* As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 1, p. 110-123, 2008.
- BARROS, A. L. B. L. *et al.* **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BEYEA, S. C. **Perioperative nursing data set: the operative nursing vocabulary**. Denver: AORN, 2002.
- BISPO, G. L. R.; PEDROSA, E. N.; WANDERLEY, R. M. M. *et al.* Construção e validação do instrumento para consulta de enfermagem puerperal. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 6, n. 3, p. 596-605, 2012.
- BORDINHÃO, R. C.; ALMEIDA, M. A. Instrumento de coleta de dados para os pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 125-131, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96 e outras. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, supl, p. 15-25, 1996.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

CAMPOS, G. M. **Estatística prática para docentes e pós-graduandos**. 2001. Disponível em: <[http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc\\_livro/gmc\\_livro\\_cap19.html](http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc_livro/gmc_livro_cap19.html)>. Acesso em: 10 fev. 2013.

CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período perioperatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

CORREA, L. C. L. *et al.* Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. **Arq. Ciênc. Saúde**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 65-69, 2008. (o autor encontra-se no quadro da pag. 37)

COSTA, A. L. S.; POLAK, C. Construção e validação de instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE). **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 1017-1026, 2009.

FERNANDES, M. A. S. *et al.* Redução do período de internação e de despesas no atendimento de portadores de cardiopatias congênitas submetidos à intervenção cirúrgica cardíaca no protocolo da via rápida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 1, p. 18-26, 2004.

FERNANDES A. F. C.; SANTOS, M. C. L. S.; SILVA, R. M. **Câncer de mama**: como detectar e cuidar. Fortaleza: UFC, 2005.

GRITTEM, L.; MÉIER, M. J.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de Enfermagem: percepções dos enfermeiro de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 254-51, 2006.

HERMIDA, P. M. V.; ARAUJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 314-320, 2006.

HAYASHI, J. Mi; GARANHANI, M. L. O cuidado perioperatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 208-216, 2012.

JORGETTO, G. V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I. M. Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, p. 213-222, 2004.

KLEINBECK, S. V. M. Development of the perioperative nursing data set. **AORN Journal**, Denver, v. 70, v. 1, p. 15-28, 1999.

LIMA, Luciana Bjorklund de *et al.* Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 881-887, 2010.

- LIMA, N. D. C; SILVA, V. M.; BELTRÃO, B. A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em Unidade Neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 97-106, 2009.
- LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 12.
- MAKLUF, A. S. D; DIAS, C. R; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.
- MARTINS, Mariana Cavalcante *et al.* Segurança alimentar e uso de alimentos regionais: validação de um álbum seriado. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1354-1361, 2012.
- MONIZ, P.A.F; FERNANDES, A. M.; OLIVEIRA, L. Implicações da mastectomia a sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 5, p. 163- 171, 2011.
- NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Método utilizado na adaptação transcultural da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE® – Versão Alfa. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 44-51, 2001.
- OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; MELO, E. M.; BARBOSA, I. C. F. J. Cuidados pré-operatórios de mastectomia bajo la óptica de la mujer. **Rev. Cubana Enfermer.**, Ciudad de la Habana, v. 21, n. 2, p. 1, 2005.
- ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.
- PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. especial, p. 992-999, 2009.
- PASQUALI, L. *et al.* **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PRÁ, L.A.; PICCOLI, M. - Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, p. 234-253, 2004.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res. Nurs. Health**, Cambridge, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Análise quantitativa**. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLTRONIERI, N.A.; TEIXEIRA, J.B.A.; BARBOSA, M.H. Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgias cardíacas. **O Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 107-110, 2008.

REGIS, M. F.S.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005.

REZENDE, J. M. Cirurgia e patologia. **Acta Cir. Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 346-346, 2005.

RIBEIRO, F. G. **Estudo comparativo de dois métodos de registro de diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes durante o transoperatório de cirurgia de revascularização do miocárdio**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ROTHROCK, J. C.; SOARES, A. V. A. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SANTOS, M. C. L.; SOUSA, F. S de; ALVES, P. C; BONFIM, I. M; FERNANDES, A. F. C. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 675-678, 2010.

SARAGIOTTO, I. R. A; TRAMONTINI, C. C. Sistematização da Assistência de Perioperatória – Estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 8, n. 3, p. 366-371, 2009.

SERRANO, C. M.; PIRES, P. M. Vivências da mulher mastectomizada. **Enformação**, n. 10, p. 14-17, 2008.

SOARES, L. H.; PINELLI, F. das G. S.; ABRAO, A. C. F. de V. Construção de um instrumento de coleta de dados em enfermagem em ginecologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 156-64, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO, E RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas recomendadas**. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOUSA, A. P. M. A.; SOARES, M. J. G. O.; NÓBREGA, M. M. L. Indicadores empíricos para um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 3, p.501-508, 2009.

SOUZA, A. P. M. A. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para clientes adultos em unidade cirúrgica**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Úlceras por pressão e envelhecimento. **Revista Estima**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 36-44, 2006.

STOCCO, J. G. D.; CROZETA, K.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A.; MEIER, M. J. Cateter Central de Inserção Periférica: Percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 56-62, 2011.

TIEZZI, D. G. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 428-434, Aug. 2007.

THIESEN, M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória**: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2005.

VIRGINIO, N. A.; NOBREGA, M. M. L. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 1, p. 53-56, Feb. 2004.

**APÊNDICE A – CARTA CONVITE E TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

**CARTA CONVITE E TERMO DE  
ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)**

Prezada colega:

Eu, Elizabeth Moreira Mota, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, venho desenvolvendo uma dissertação intitulada “**Construção e Validação de um instrumento de coleta de dados para a visita pré-operatória de Enfermagem de cirurgia mamária**”, fundamentada no modelo do PNDS – Perioperative Nursing Data Set.

Por sua experiência e conhecimento dos temas envolvidos na construção do instrumento, Convido-o (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (juiz). Como tal, o (a) senhor (a) receberá o instrumento e as instruções de como proceder à análise de sua validade, o qual solicito que nos seja devolvido no prazo de 30 dias.

Informo que o seu anonimato e o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa serão garantidos. A critério de esclarecimento, não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação.

Reconheço que essa tarefa lhe tomará tempo, mais acredito que sua contribuição será valiosa e de suma importância para a construção e validação desse instrumento, além de contribuir com o processo de sistematização da assistência de enfermagem da clínica cirúrgica. Por este motivo, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

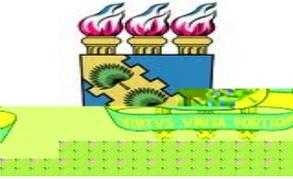
Informo que, em caso de dúvidas, a qualquer momento, poderá fazer contato comigo pelo telefone (85)30555486 ou (85)87965486 ou ainda pelo e-mail: [bethmmota@yahoo.com.br](mailto:bethmmota@yahoo.com.br)

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Enfermeira

**APENDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A VPOE DE  
CIRURGIA DE MAMA – (1ª – VERSÃO)**

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAN</b>	
---	--	---

<b>DADOS ESTRUTURAIS</b>	
NOME:	PRONTUARIO:
IDADE:	ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO:	RELIGIAO:
CIRURGIA PROPOSTA:	
ASA I ( )      ASA II ( )      ASA III ( )      ASA IV ( )	
CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA: Limpa ( )    Pouco Contaminada ( ) Contaminada ( )	
CIRURGIÕES:	
TIPO DE ANESTESIA:	
ANESTESISTA:	
DATA DA CIRURGIA:	

<b>ELEMENTOS DE DADOS DA ENFERMAGEM</b>	
ESTADO DE SAÚDE: ÓTIMO ( )    BOM ( )    REGULAR ( )    RUIM ( )	
PATOLOGIAS ASSOCIADAS: ( ) Hipertensão    ( ) Diabetes    ( ) Cardiovascular ( ) Pulmonar    ( ) Outras	
Alterações hematológicas: ( ) Sim    ( ) Não    QUAL:	
Medicamento em uso: ( ) Sim    ( ) Não    QUAL:	
Sinais Vitais: PA:	TEMP:                  PULSO:                  RESP:
ABO/Fator RH:	GLICEMIA CAPILAR:
EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS:	
( ) ECG    ( ) RX    ( ) US mamária    ( ) Mamografia	
( ) Exames laboratoriais:	
( ) Outros:	
<b>DADOS DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO</b>	

<b>DOMÍNIO 1 – SEGURANÇA</b>	
1. Senso de Percepção:	( ) Ausente ( ) Presente ( ) Perturbado
2. Integridade da Pele:	( ) Íntegra ( ) Prejudicada
3. Presença de:	( ) <i>Rash</i> cutâneo ( ) Escaras ( ) Irritação cutânea ( ) lesões ( ) Incisões cirúrgicas
4. Presença de dispositivos:	( ) Acesso venoso ( ) Drenos ( ) Sondas ( ) Nenhum
5. Qual local:	
6. Alergias:	( ) Ausente ( ) Medicamentosa ( ) Alimentar ( ) Látex ( ) Iodo
QUAL:	
<b>DOMÍNIO 2 – RESPOSTAS FISIOLÓGICAS</b>	
<b>A- ESTADO RESPIRATÓRIO</b>	
1. Padrão Respiratório:	( ) Eupneico ( ) Dispneico
2. Em uso de oxigenoterapia:	Sim ( ) Não ( )
3. Presença de tosse:	( ) Ausente ( ) Seca ( ) Produtiva ( ) Irritativa
4. Problemas respiratórios preexistentes:	( ) Sim ( ) Não
5. Qual:	
<b>B – ESTADO CARDIOVASCULAR</b>	
1. Refere dor torácica:	( ) Sim ( ) Não
2. Edema Periférico:	( ) Presente ( ) Ausente Local:
3. Pele aquecida ao toque:	( ) Sim ( ) Não
4. Cianose:	( ) Ausente ( ) Presente
5. Problemas cardiovasculares preexistentes:	( ) Sim ( ) Não
6. Qual:	
<b>C – ESTADO MÚSCULOESQUELÉTICO</b>	
1. Mobilidade Física:	( ) Sem limitações ( ) Prejudicada ( )
2. Presença de paralisias, parestesias e/ou hemiplegias:	( ) Sim ( ) Não
3. Se presente, qual local:	
4. Força muscular:	( ) Preservada ( ) Prejudicada ( ) Ausente
5. Necessita de ajuda para se movimentar:	( ) Sim ( ) Não
<b>D – ESTADO GASTROINTESTINAL</b>	
1. Sem alterações	( )
2. Alimentação:	( ) Via Oral ( ) SNG ( ) GTT ( ) Outros
3. Presença de:	( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Constipação ( ) Diarreia
4. Outros:	
<b>E – ESTADO GENITURINÁRIO</b>	
1. Sem alterações	( )

2. Diurese espontânea ( )
3. SVD ( )
4. Presença de: ( ) Incontinência ( ) Polaciúria ( ) Oligúria
5. Outros:
<b>F – ESTADO NEUROLÓGICO</b>
1. Nível de consciência: ( ) Alerta ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Sonolento
2. Estímulos verbais: ( ) Presentes ( ) Ausentes
3. Dor: ( ) Ausente ( ) Aguda ( ) Crônica ( ) Relato verbal de dor ( ) Expressão facial de dor

<b>DOMÍNIO 3 – RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS</b>		
<b>A - CONHECIMENTO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. O paciente/ família conhece o motivo da cirurgia.		
2. O paciente tem conhecimento sobre o procedimento anestésico/cirúrgico.		
3. Paciente refere dúvidas quanto ao pré, trans e pós-operatório.		
4. Paciente e familiares compreendem a informação dada.		
5. Existe o consentimento para o procedimento planejado.		
6. Paciente/ família estão orientados quanto a higiene, jejum, tricotomia, eliminações.		
7. Paciente/família interpretam de maneira errada as informações recebidas.		
8. Paciente/família não tem interesse em aprender.		

<b>B – RESPOSTAS PSICOSSOCIAIS E CULTURAIS</b>
1. Segue o tratamento integralmente: ( ) Sim ( ) Não
2. Com relação à cirurgia apresenta: ( ) Medo ( ) Inquietação ( ) Fuga ( ) Irritabilidade ( ) Indiferença ( ) Impaciência ( ) Tristeza ( ) Confiança ( ) Desespero
3. Verbalização negativa sobre si: ( ) Sim ( ) Não
4. Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada
5. Busca assistência espiritual: ( ) Sim ( ) Não ( ) Indiferente

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

#### INSTRUÇÕES DE USO

Leia atentamente o conteúdo da tecnologia.

Posteriormente, analise o conteúdo, a estrutura, a apresentação e a relevância da tecnologia pontuando a opção que melhor represente o grau de cada critério, respondendo a todos eles de acordo com a legenda a seguir.

#### Valoração

5 - Concordo Totalmente (CT)

4 - Concordo (C)

3 - Concordo Parcialmente (CP)

2 – Discordo (D)

1 – Discordo Totalmente (DT)

1 – OBJETIVO – São determinados pelo conteúdo da tecnologia.

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – São determinados pela forma de apresentar a tecnologia. Envolve, portanto, a organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e suficiência.

3 – RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação da tecnologia.

Caso ache necessário incluir ou excluir algum item, acrescente sua sugestão no espaço correspondente.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessário

Elizabeth Moreira Mota  
[bethmmota@yahoo.com.br](mailto:bethmmota@yahoo.com.br)  
87965486

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES – PARTE I						
	DOMÍNIO 1 – SEGURANÇA	DT	D	CP	C	CT
01.	Abrange as áreas de cuidado mais expressivas.					
02.	Os itens são claros e objetivos.					
03.	Possibilita estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais.					
04.	É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro.					
05.	Pode gerar dados úteis para a tomada de decisão.					
06.	O tamanho do instrumento é adequado					
07.	Sequência lógica do conteúdo					
08.	As questões descritas são pertinentes a este domínio.					
09.	São relevantes e suficientes para identificar as necessidades do paciente cirúrgico.					
10.	O instrumento é de fácil leitura e compreensão.					
11.	Retrata o conteúdo necessário ao atendimento do domínio					
12.	Permite a transferência de informações para o profissional em relação ao paciente e família.					

		SIM	NÃO
13.	Você incluiria algum item neste domínio.		
	COMENTÁRIO/SUGESTÃO:		
14.	Você excluiria algum item neste domínio.		
	COMENTÁRIO/SUGESTÃO:		

**LEGENDA:** DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; CP – Concordo Parcialmente; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente.

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES – PARTE II**

	<b>DOMÍNIO 2 – RESPOSTAS FISIOLÓGICAS</b>	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>CP</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>
01.	Abrange as áreas de cuidado mais expressivas.					
02.	Os itens são claros e objetivos.					
03.	Possibilita estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais.					
04.	É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro.					
05.	Pode gerar dados úteis para a tomada de decisão.					
06.	O tamanho do instrumento é adequado					
07.	Sequência lógica do conteúdo					
08.	As questões descritas são pertinentes a este domínio.					
09.	São relevantes e suficientes para identificar as necessidades do paciente cirúrgico.					
10.	O instrumento é de fácil leitura e compreensão.					
11.	Retrata o conteúdo necessário ao atendimento do domínio.					
12.	Permite a transferência de informações para o profissional em relação ao paciente e família.					

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
13.	Você incluiria algum item neste domínio.		
	COMENTÁRIO/SUGESTÃO:		
14.	Você excluiria algum item neste domínio.		
	COMENTÁRIO/SUGESTÃO:		

**LEGENDA:** DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; CP – Concordo Parcialmente; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente.

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES – PARTE III**

	<b>DOMÍNIO 3 – RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS</b>	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>CP</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>
01.	Abrange as áreas de cuidado mais expressivas					
02.	Os itens são claros e objetivos.					
03.	Possibilita estabelecimento de linguagem comum entre os profissionais.					
04.	É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro.					
05.	Pode gerar dados úteis para a tomada de decisão.					
06.	O tamanho do instrumento é adequado					
07.	Sequência lógica do conteúdo					
08.	As questões descritas são pertinentes a este domínio.					
09.	São relevantes e suficientes para identificar as necessidades do paciente cirúrgico.					
10.	O instrumento é de fácil leitura e compreensão.					
11.	Retrata o conteúdo necessário ao atendimento do domínio					
12.	Permite a transferência de informações para o profissional em relação ao paciente e família.					

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
13.	Você incluiria algum item neste domínio.		
	COMENTÁRIO/SUGESTÃO:		
14.	Você excluiria algum item neste domínio.		
	COMENTÁRIO/SUGESTÃO:		

**LEGENDA: DT – Discordo Totalmente; D – Discordo; CP – Concordo Parcialmente; C – Concordo; CT – Concordo Totalmente.**

**CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES**

<b>1. IDENTIFICAÇÃO:</b>	
NOME:	
IDADE:	SEXO:
UNIVERSIDADE ONDE SE GRADUOU:	
LOCAL DE TRABALHO:	
UNIDADE ONDE ATUA:	
<b>2. QUALIFICAÇÃO:</b>	
ESPECIALIZAÇÃO 1:	ANO:
ESPECIALIZAÇÃO 2:	ANO:
MESTRADO EM:	ANO:
DOUTORADO EM:	ANO:
OUTROS:	
<b>3. EXPERIÊNCIA NA ÁREA CLÍNICA CIRÚRGICA:</b>	
<input type="checkbox"/> 1 a 5 anos	
<input type="checkbox"/> 6 a 10 anos	
<input type="checkbox"/> 11 a 15 anos	
<input type="checkbox"/> 16 a 20 anos	
<input type="checkbox"/> acima de 20 anos	

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Enfermeiro

**APENDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A VPOE DE  
CIRURGIA DE MAMA – (VERSÃO FINAL)**

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAN</b>	
---	--	---

DADOS ESTRUTURAIS	
NOME:	PRONTUARIO:
IDADE:	ESTADO CIVIL:
OCUPAÇÃO:	RELIGIAO:
CIRURGIA PROPOSTA:	
ASA I ( )      ASA II ( )      ASA III ( )      ASA IV ( )	
CLASSIFICAÇÃO DA CIRURGIA: Limpa ( )    Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( )    Infectada ( )	
CIRURGIÕES:	
TIPO DE ANESTESIA:	
ANESTESISTA:	
DATA DA CIRURGIA:	

ELEMENTOS DE DADOS CLÍNICOS	
ESTADO DE SAÚDE: ÓTIMO ( )    BOM ( )    REGULAR ( )    RUIM ( )	
DOENÇAS ASSOCIADAS: ( ) Hipertensão    ( ) <i>Diabetes Mellitus</i> ( ) Cardiovascular ( ) Pulmonar    ( ) Outras:	
Alterações hematológicas: ( ) Sim    ( ) Não    QUAL:	
Medicamento em uso:    ( ) Sim    ( ) Não    QUAL:	
Sinais Vitais: PA:	TEMP:      PULSO:      RESP:
ABO/Fator RH:	GLICEMIA CAPILAR:
EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS REALIZADOS:	
( ) ECG    ( ) RX    ( ) US mamária    ( ) Mamografia	
( ) Exames laboratoriais:	
( ) Outros:	
DADOS DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO	

<b>DOMÍNIO 1 – SEGURANÇA</b>	
1. Senso de Percepção:	( ) Ausente ( ) Presente ( ) Prejudicado
2. Integridade da Pele:	( ) Íntegra ( ) Prejudicada
3. Alterações na Pele:	( ) Rash cutâneo ( ) Úlceras de Pressão ( ) Irritação cutânea ( ) Incisões cirúrgicas
4. Presença de dispositivos:	( ) Acesso venoso periférico ( ) Acesso venoso central ( ) Drenos ( ) Sondas ( ) Prótese ( ) Nenhum ( ) Outro
5. Local(is) do dispositivo:	
6. Alergias:	( ) Ausente ( ) Medicamentosa ( ) Alimentar ( ) Látex ( ) Iodo QUAL:
<b>DOMÍNIO 2 – RESPOSTAS FISIOLÓGICAS</b>	
<b>A- ESTADO NEUROLÓGICO</b>	
1. Nível de consciência:	( ) Alerta ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Sonolento ( ) Comatoso ( ) Torporoso
2. Estímulos verbais:	( ) Presentes ( ) Ausentes
3. Dor:	( ) Ausente ( ) Aguda ( ) Crônica ( ) Relato verbal de dor ( ) Expressão facial de dor
<b>B- ESTADO RESPIRATÓRIO</b>	
1. Padrão Respiratório:	( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico
2. Em uso de Oxigenoterapia:	Sim ( ) Não ( )
	Tipo: ( ) máscara de O2 ( ) Cateter O2 ( ) máscara de Venturi Outro:
3. Presença de tosse:	( ) Ausente ( ) Seca ( ) Produtiva ( ) Irritativa
4. Problemas respiratórios preexistentes:	( ) Sim ( ) Não Qual(is):
<b>B – ESTADO CARDIOVASCULAR</b>	
1. Refere dor torácica:	( ) Sim ( ) Não
2. Edema Periférico:	( ) Presente ( ) Ausente Local:
3. Pele aquecida ao toque:	( ) Sim ( ) Não
4. Perfusão Tissular:	( ) Ausente ( ) Presente Local(is):
5. Problemas cardiovasculares preexistentes:	( ) Sim ( ) Não Qual:
<b>C – ESTADO MÚSCULOESQUELÉTICO</b>	
1. Mobilidade Física:	( ) Sem limitações ( ) Prejudicada ( )

2. Presença de parestesias e/ou hemiplegias: ( ) Sim ( ) Não
Qual(is) local(is):
4. Força muscular: ( ) Preservada ( ) Prejudicada ( ) Ausente
5. Necessita de ajuda para se movimentar: ( ) Sim ( ) Não
<b>D – ESTADO GASTROINTESTINAL</b>
1. Alterações: ( ) Sim ( ) Não
2. Alimentação: ( ) Via Oral ( ) SNG ( ) GTT ( ) Outros
3. Presença de: ( ) Disfagia ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Outros:
4. Eliminação intestinal: ( ) Por colostomia ( ) Por ileostomia
5. Observações:
<b>E – ESTADO GENITURINÁRIO:</b>
1. Alterações: ( ) Sim ( ) Não
2. Diurese: ( ) Espontânea ( ) SVD
3. Presença de: ( ) Incontinência ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) hematúria Outros:

DOMÍNIO 3 – RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS		
A - CONHECIMENTO	SIM	NÃO
1. O paciente/ família conhece o motivo da cirurgia.		
2. O paciente tem conhecimento sobre o procedimento anestésico/cirúrgico.		
3. Paciente refere dúvidas quanto ao pré, trans e pós-operatório.		
4. Paciente e familiares compreendem a informação dada.		
5. Existe o consentimento para o procedimento planejado.		
6. Paciente/ família estão orientados quanto a higiene, jejum, tricotomia, eliminações, retirada de prótese;		
7. Paciente/família têm interesse em aprender.		

<b>B – RESPOSTAS PSICOSSOCIAIS E CULTURAIS</b>
1. Segue o tratamento integralmente: ( ) Sim ( ) Não QUAL:

2. Com relação à cirurgia apresenta: ( ) Medo ( ) Inquietação ( ) Tristeza  
( ) Irritabilidade ( ) Indiferença ( ) Impaciência ( ) Confiança ( ) Desespero  
( ) Fuga ( ) Ansiedade

3. Verbalização negativa sobre si: ( ) Sim ( ) Não

4. Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada

5. Busca assistência espiritual: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sente necessidade

Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Enfermeiro (a):

COREN:

Data:

## ANEXO A – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DE CIRURGIA DE MAMA

**Pesquisador:** Elizabeth Moreira Mota

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07858912.0.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 156.593

**Data da Relatoria:** 21/11/2012

#### Apresentação do Projeto:

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DE CIRURGIA DE MAMA

#### Objetivo da Pesquisa:

Construir um questionário de enfermagem para visita pré operatória em pacientes de mama.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos eminentes

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado concorda com parecer da relatoria

FORTALEZA, 28 de Novembro de 2012

Assinador por:  
**Maria Sidneuma Melo Ventura**  
 (Coordenador)