

C568155  
R1167485  
05/10/99



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**Programa de Pós-Graduação**  
**Mestrado em Enfermagem**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CLIENTES VIVENCIANDO**  
**ESTRESSORES PRÉ-CIRÚRGICOS**

***Santana de Maria Alves de Sousa***

FC-00006211-7

Salvador

1997

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CLIENTES VIVENCIANDO  
ESTRESSORES PRÉ-CIRÚRGICOS**

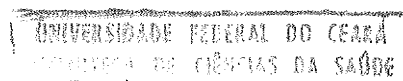
*Santana de Maria Alves de Sousa*

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Colegiado dos  
Cursos de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem  
da Universidade Federal da Bahia, área de  
concentração em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para  
obtenção do grau de mestre.*

**Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Fonseca da Cruz**

Salvador-Bahia

1997



Sousa, Santana de Maria Alves de

Diagnósticos de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos / Santana de Maria Alves de Sousa. - Salvador, 1997.

158p.

1. Estresse pré-cirúrgico - Diagnóstico de enfermagem. I.

Título

CDD 616.007.23

UFC	BIBLIOTECA
	UNIVERSITÁRIA
Nº. 1167905/99	
05 / 10 / 99	



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO**  

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

A presente dissertação foi apreciada e julgada aprovada, pela comissão examinadora.

Salvador, 15 de maio de 1997.

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia

Profa. Dra. Valmira dos Santos

Profa. Dra. Isabel Cristina Fonseca da Cruz

Presidenta da sessão: Profa. Dra. Sílvia Lúcia Ferreira

---

*"A esperança não é para amanhã,  
a esperança é para este instante.*

*Precisa-se dar outro nome a certo tipo de esperança,  
porque esta palavra significa sobretudo espera.*

*E a esperança é já "*

*Clarice Lispector*

## HOMENAGEM ESPECIAL

*Aos clientes que se dispuseram a participar deste estudo e que, junto comigo, estão a contribuir para o desenvolvimento da "ciência da enfermagem". E, particularmente, à Sra. N. A. S. por me demonstrar que a sua **ansiedade** pré-cirúrgica não era só uma pista banal e que a realização de uma cirurgia "nunca" é rotina para o cliente, pois, na "indefinida sensação de medo do desconhecido", o óbito pode ser o diagnóstico conscientemente não admitido.*

## AGRADECIMENTOS

São inúmeras as pessoas que gostaria de colocar neste espaço, pois a conclusão de um mestrado requer a contribuição de muitos, cuja importância foi fundamental para se chegar até esse momento. Destacamos e agradecemos:

- aos professores e às professoras da pós-graduação, à secretária, ao serviço de biblioteca, e ao serviço de portaria da EEUFBA;
- a minha família e, em especial, a minha mana "Ceixa", por ter assumido na minha ausência os problemas do dia-a-dia;
- à Universidade Federal do Maranhão, pela oportunidade, e às professoras do Departamento de Enfermagem que me substituíram;
- à Professora orientadora, Dra. Isabel Cristina Fonseca da Cruz, pelo aprendizado, segurança e crescimento no decorrer da orientação;
- à grande mestra, Professora Dra. Valmira dos Santos, pelos ensinamentos e companheirismo nesses dois anos de Salvador;
- ao Professor Antônio Augusto Moura, pela orientação no tratamento dos dados estatísticos;
- à CAPES, pelo incentivo à capacitação docente;
- às colegas e amigas do mestrado, Terezinha Freitas Ferreira, Lucineide Frota Bessa, Eudilma Rapolo e Rosa Botosso, pelo companheirismo à distância;

- às amigas de Salvador, Elisa Auxiliadora Dória de França, Raymeire Marques Torres, Marlize Ribeiro Brandão, Miriam Santos Bonfim, Vanda Macedo Bonfim e Vane Alves;
- ao serviço de apoio da UFMA, que se fez presente na confecção deste trabalho,

A todos um cheiro carinhoso!



## LISTA DE ABREVIATURAS

- GIDE-PB: Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem - João Pessoa/Paraíba.
- H.U.-UFMA: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.
- NEPAE-RJ; Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Atividades de Enfermagem - Niterói/ RJ.
- SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- OMS: Organização Mundial da Saúde.

## LISTA DE FIGURAS

	p.
FIGURA 1 - Padrões de Resposta Humana.....	35
FIGURA 2 Modelo de cliente sob estressores na perspectiva de diagnósticos de enfermagem.....	43
FIGURA 3 - Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo o sexo, no H. U.- UFMA, em São Luís - MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	57
FIGURA 4 - Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a idade, no H.U. - UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	58
FIGURA 5 - Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a condição civil, no H.U. - UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	59
FIGURA 6 - Clientes submetidos a cirurgia abdominal, segundo a escolaridade, no H.U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	61
FIGURA 7 - Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a profissão/ocupação, no H.U.- UFMA, em São Luís -MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	62
FIGURA 8 - Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a renda mensal, no H.U.- UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	63

FIGURA 9 - Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a procedência, no H.U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	64
FIGURA 10- Diagnósticos de enfermagem, segundo a freqüência, nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H.U.- UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	71
FIGURA 11- Diagnósticos de enfermagem, segundo sua origem, em. clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos.....	73

## LISTA DE TABELAS

	p.
TABELA 1 - Dados demográficos referentes aos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H.U.- UFMA, em São Luís-MA nos meses de maio e junho de 1996. ....	56
TABELA 2 - Diagnósticos de Enfermagem originados dos estressores pré-cirúrgicos, em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís - MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	69
TABELA 3 - Características definidoras subjetivas para o Diagnóstico de Enfermagem <b>ANSIEDADE</b> , nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H.U.- UFMA, em São Luís- MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	75
TABELA 4- Características definidoras objetivas para o Diagnóstico de Enfermagem <b>ANSIEDADE</b> , nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H.U.- UFMA, em São Luís- MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	76
TABELA 5 - Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem de <b>MEDO</b> nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H.U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	85

TABELA 6 - Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem <b>RISCO PARA INFECÇÃO</b> em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	90
TABELA 7 - Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem de <b>CONSTIPAÇÃO</b> , em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	98
TABELA 8 - Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem <b>DISTÚRBO NO PADRÃO DE SONO</b> , em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	102
TABELA 9 - Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem <b>MANUTENÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ALTERADO</b> , em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.....	106
TABELA 10 Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem <b>RISCO PARA MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</b> , em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996. ....	110

## LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1 - Termos da Taxonomia I de Diagnósticos de Enfermagem
- ANEXO 2 - Instrumento de coleta de dados
- ANEXO 3 - Instrumento auxiliar do procedimento diagnóstico
- ANEXO 4 - Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico

## SUMÁRIO

p.

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ANEXOS

**CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO..... 17**

**CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO..... 26**

2.1 Modelo dos Sistemas de Cuidado de Saúde de Neuman..... 26

2.2 Diagnósticos de Enfermagem..... 32

**CAPÍTULO 3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 44**

3.1 Local e período do estudo..... 45

3.2 População e amostra..... 46

3.3 Instrumento..... 48

3.4 Coleta de dados..... 50

3.5 Tratamento e discussão dos dados..... 52

**CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS  
RESULTADOS..... 55**

4.1 Dados demográficos da amostra..... 55

4.2 Diagnósticos de enfermagem..... 67

**CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES GERAIS..... 123**

**CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES..... 131**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 140**

**ANEXOS..... 146**

## RESUMO

Diagnósticos de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos é um estudo exploratório descritivo, em que se procura avaliar o cliente submetido a estressores pré-cirúrgicos, com o propósito de identificar diagnósticos de enfermagem decorrentes desta experiência. A amostra deste estudo foi composta por 20 (vinte) clientes dos sexos feminino e masculino, internados na clínica cirúrgica do Hospital Universitário da UFMA, em São Luís - MA, nos meses de maio e junho de 1996, para serem submetidos a cirurgia abdominal eletiva. Os dados foram coletados pela autora através de um roteiro de entrevistas adaptado do Modelo dos Sistemas de NEUMAN, que focaliza o cliente sujeito ao impacto de estressores ambientais e sua reação aos mesmos. Após coleta, os dados foram transcritos das falas e observação dos clientes, agrupados e classificados de acordo com expressões temáticas que indicassem categorias de estressores segundo a Taxonomia I da NANDA, e em seguida, foram validados através da Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico. Como resultados para este estudo foram identificados 14 diagnósticos de enfermagem relacionados a estressores pré-cirúrgicos, aos quais, 11 obtiveram validade segundo os critérios apontados pela autora, são eles: ansiedade, encontrada em 100% da amostra; medo, 60%; risco para infecção, 40%; constipação, 30%; distúrbio no padrão de sono, 15%; manutenção do estado de saúde alterado, 15%; risco para mobilidade física prejudicada, 10%; recusa, 5%; estratégia defensiva de resolução, 5%; risco para padrão respiratório ineficaz 5%, e excesso de volume líquido, 5%. A discussão foi realizada em torno das características definidoras apontadas em cada diagnóstico e à luz da literatura acerca do tema.



## SUMMARY

Nursing's diagnosis in patients under pre-surgical stress, is a exploratory and descriptive study aiming at an avaluation of patients under pre-surgical stress, with the purpose of identifying diagnosis resulting from this experience. The sample here studied is of 20 male and female patients hospitalized in clinical surgery at Hospital Universitario-UFMA in São Luís-Maranhão-Brazil in the months of May and June 1996, to undergo an elective abdominal surgery. The data was collected by the author through interviews using as a guide the Model of the Systems of NEUMAN, that focalizes the patient subject to the impact of environment stress and his/her reactions. After collection the data this was transcoded from spoken language and observation of patients, grouped and classified in accordance to the thematic expressions that indicated the category of the stress as stated by Taxonomy I NANDA . Following, they were validated by the Scale of Measuration of the Diagnosis Procedure ,as a result, for this study, 14 nursing diagnosis were identified all related to pre-surgical stress. From these, 11 were validated in accordance to the criterion selected by the author, which are: anxiety, found in 100% of the samples, fear 60%, risk of infection 40%, constipation 30%, sleep disturbance 15%, maintenance of an altered in health state 15%, risk of prejudice physical mobility 10%, refusal 5%, defensive strategy in resolution 5%, risk of ineficiency in breathing standart 5%, excess in the volume of liquid 5%. The discussion was around the definer characteristics pointed out in each diagnosis, and at the light of the literature on each subject.

## CAPÍTULO 1

### INTRODUÇÃO

No meu exercício docente em clínica cirúrgica, no Hospital Universitário, em São Luís-Maranhão, através de observações empíricas em clientes, no período de pré-cirurgia, percebi várias expressões que denotavam estarem aqueles clientes vivenciando estado de alta tensão ou estresse. Essas observações motivaram-me a desenvolver, no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um estudo intitulado “Estressores pré-cirúrgicos em clientes submetidos a cirurgia geral” (SOUSA, 1994). Os estressores identificados nesse estudo constituíram-se em pistas para elaborar diagnósticos de enfermagem deles decorrentes, levando-me ao delineamento de minha pesquisa da dissertação de mestrado sobre “Diagnósticos de enfermagem em clientes submetidos a estressores pré-cirúrgicos.”

O estudo sobre a influência do estresse na vida do homem teve início com Hans Selye, em 1936, na Alemanha, que definiu o estresse como “... o **grau de desgaste do corpo**” (SELYE, 1959, p.1). Segundo o mesmo autor, o estresse pode ter caráter benéfico ou maléfico sobre a pessoa e depende da intensidade da demanda para reajustamento ou adaptação, pois o estresse é necessário à medida que prepara as pessoas para resistirem às agressões do meio ambiente, e adaptarem-se a constantes mudanças, aumentando suas chances de sobrevivência.

Em seus estudos, SELYE (1959) demonstrou através de experimentos que, ao submeter animais à condição de impotência para a luta ou fuga, diante de injúrias diversas como choque elétrico, calor, frio, traumatismo e hemorragias, eles responderam com uma síndrome em três fases:

- a primeira, com intensa resposta neuro-vegetativa com predomínio do simpático, chamada de alarme;

- a segunda, de estabilidade, caracterizada pela manutenção de elevadas taxas hormonais no nível sanguíneo, chamada de resistência ou adaptação;

- a terceira, de apatia crescente, com permanência de altos níveis hormonais e queda da resistência; se o estresse permanecer, surgirá o estupor, colapso e morte, a que denominou de esgotamento ou exaustão.

Esses animais, ao serem submetidos à autópsia, independente da causa da injúria, apresentavam as mesmas alterações: atrofia do timo e gânglios linfáticos, hipertrofia supra-renal e úlceras gastroduodenais sangrantes. A injúria foi denominada de estresse e as fases de adaptação ao estresse biológico chamadas de "Síndrome Geral da Adaptação" (SELYE, 1959).

Esses estudos indicam que a resposta ao estressor se faz sob coordenação neuro-hormonal e que seus principais componentes são o hormônio liberador da corticotrofina e os sistemas autônomos/norepinefrina-locus ceruleus e seus efetores periféricos, o eixo pituitário adrenal e os membros do sistema

autônomo, no qual a intensidade do estresse depende do agente estressor e da capacidade do cliente em adaptar-se (SELYE, 1959; CHROUSOS , GOLD, 1993).

O ato cirúrgico compreende uma situação que envolve uma gama de estressores por acarretar situações de altas tensões advindas desse evento, tais como: a **hospitalização**, o **período pré-cirúrgico** e o **trauma cirúrgico em si**. A hospitalização gera fator de “estresse” ou funciona como “estressor” por incluir mudanças no ambiente físico e social e nas atividades diárias das pessoas, de modo a afetar todo seu sistema de vida, pela falta de controle sobre sua programação e seu ambiente, crescendo-se a perda da privacidade e a sensação de que seu corpo está sendo manipulado por outros (FARIAS, 1981).

A realização de uma cirurgia envolve uma série de distúrbios fisiopatológicos que implicam em prejuízos reais e perigos como: risco de vida, perda de órgãos e de partes ou funções do corpo, ameaça de invalidez, despesas médico-hospitalares, prejuízos econômicos pela inatividade e postergação de planos e decisões importantes, além de conviver com sofrimento, dor e medo da morte. Somam-se a esses fatos o trauma cirúrgico e a insegurança ou ansiedade em face da expectativa quanto à capacidade técnica da equipe cirúrgica e a qualidade da assistência hospitalar (MENDELSSONH, BARBOSA, 1992).

O trauma cirúrgico, segundo MENDELSSONH & BARBOSA (1992), envolve os seguintes componentes biológicos:

- componentes primários: lesão dos tecidos e órgãos, perdas sangüíneas e edema traumático;

- componentes secundários: alterações endócrinas, hemodinâmicas, infecção e falência de órgãos e sistemas;

- componentes associados: alterações do ritmo alimentar, imobilização prolongada, perdas hidreletrolíticas extra-renais, e doenças viscerais intercorrentes. Em face desse trauma cirúrgico, o organismo estabelece um mecanismo de defesa semelhante ao descrito por SELYE, em que o estresse cirúrgico pode ter início com a decisão da cirurgia e intensificar-se com a apreensão do cliente diante desse risco.

Portanto, a cirurgia representa uma ameaça para a constância do meio interno, por introduzir fatores que tendem a perturbar a ação de mecanismos homeostáticos, contribuindo ainda para a desestabilização do sistema imunológico que, segundo LACERDA (1992), se encontra deprimido na defesa não específica relacionada ao grau de estresse cirúrgico. Esses dados repercutem em outros processos regulatórios destinados a reconduzir o meio interno e permitir a reparação dos tecidos lesados.

FISHER et al. (1995) relacionam a existência de lesões gastrintestinais em clientes críticos e em clientes submetidos a cirurgias de

grande porte, em decorrência do estresse. Essas lesões compreenderam a hemorragia e úlceras em vários graus, que podem manifestarem-se em poucas horas após a instalação do quadro crítico. A literatura faz referência a alterações da mucosa gástrica diante do estresse cirúrgico, mesmo na presença de cirurgias eletivas de pequeno e médio portes, pois a presença das lesões da mucosa está relacionada a forma de adaptação do cliente ao estressor “cirurgia” e não ao porte da mesma.

Diante dos resultados das pesquisas sobre **estresse no cliente cirúrgico**, e de como estes fenômenos se manifestam, de forma a serem traduzidos em diagnósticos de enfermagem e portanto, passíveis de intervenções de enfermagem de forma autônoma e independente, é que se buscou neste estudo, identificar diagnósticos de enfermagem decorrentes desta experiência, no intuito de promover ações que reduzam a morbi-mortalidade no trans e pós-cirúrgico em decorrência desses estressores.

Os diagnósticos de enfermagem constituem parte do processo de enfermagem e caracterizam-se por instrumentalizar a enfermeira para o planejamento da assistência ao cliente. Neste estudo, utiliza-se a definição de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), como a terminologia a ser adotada por profissionais enfermeiras que buscam a construção de uma linguagem própria a ser utilizada no cotidiano da enfermagem.

A NANDA define diagnóstico de enfermagem como:

*“Um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, e para o estabelecimento de resultados, pelos quais a enfermeira é responsável.” (apud FARIAS et al., 1990, p. 26)*

Trabalhar com diagnósticos de enfermagem é uma tentativa de viabilizar a utilização prática dos termos propostos pela NANDA, conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994), tendo em vista a necessidade de conhecer os fenômenos que afetam o cliente e a evidente necessidade de incluir os diagnósticos como **instrumento** de trabalho da enfermeira no seu cotidiano. Pois, há uma crescente necessidade de definição da enfermagem enquanto profissão, facilitando a prática assistencial, o ensino e a pesquisa em que o diagnóstico vai identificar os fenômenos nos quais a “enfermeira será responsável pelo **cuidado**”, buscando assim contribuir para a mudança da prática profissional.

A aplicação dos diagnósticos de enfermagem não está condicionada a um único referencial teórico. Nesse sentido, optei por um referencial de enfermagem, por entender que estaria utilizando conhecimentos construídos a partir de concepções da profissão, tendo como eixo central o Modelo dos Sistemas de Cuidados de Saúde de NEUMAN (1982), além de outros autores

que, de alguma forma, contribuíram para identificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem relacionados a estressores pré-cirúrgicos.

Diante do exposto, é importante ressaltar que, embora a enfermeira permaneça “junto ao cliente” durante todo seu período de internação, o cuidado prestado ainda é realizado de forma **assistemática e invisível**, ou seja, a enfermeira utiliza grande parte de seu tempo exercendo atividades administrativas e não específicas (82,32%) e só 17,65% de seu tempo são gastos em atividades assistenciais (LUNARDI et al., 1994). Neste contexto, percebo que a assistência ao cliente não tem sido priorizada e quando é realizada não obedece a um processo de sistematização, crescendo assim a insatisfação da enfermeira e o exôdo da profissão, devido especialmente à indefinição de seu papel nos serviços de saúde (SANTOS, 1993).

Tendo em vista a busca de uma terminologia que instrumentalize a enfermeira para a assistência qualificada ao cliente, é que aponto os diagnósticos de enfermagem como uma etapa essencial ao desenvolvimento do planejamento da assistência, por fornecer subsídios à seleção das intervenções de enfermagem. Assim, tendo o cliente cirúrgico como sujeito desta pesquisa, a mesma se propôs a responder ao seguinte questionamento:

***Quais os diagnósticos de enfermagem relacionados a estressores pré-cirúrgicos em clientes a serem submetidos a cirurgia***



***abdominal, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís, nos meses de maio e junho de 1996?***

Para responder a esse questionamento delineei como objetivos:

- Identificar estressores pré-cirúrgicos em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, levantando dados significativos com vistas a formulação de diagnósticos de enfermagem da Taxonomia I da NANDA, conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994);
- Categorizar os diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes em estudo, segundo a origem dos estressores classificados em NEUMAN (1982);
- Validar os diagnósticos de enfermagem , referentes aos estressores pré-cirúrgicos, segundo a Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico (CRUZ, 1993, p.29).

Este estudo encontra-se organizado em seis capítulos: sendo o primeiro esta introdução. No segundo, reúno informações acerca do referencial teórico que serve de eixo conceitual, contemplando a teoria de NEUMAN (1982) e os diagnósticos de enfermagem da NANDA apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994) e alicerçando a análise dos resultados. No terceiro capítulo, definido como procedimentos metodológicos, relato os passos seguidos para atingir os objetivos deste estudo.

No quarto capítulo, apresento os resultados, caracterizando em primeiro a amostra, através dos dados demográficos e, em seguida, discutindo os diagnósticos de enfermagem detectados nos clientes em estudo, à luz da literatura.

O quinto capítulo traz as considerações gerais, onde destaco os diagnósticos identificados segundo a origem dos estressores apontados em Neuman(1982) e os Padrões de Resposta Humana, nos quais estão classificados estes diagnósticos na Taxonomia I da NANDA. Neste capítulo, ressalto ainda, as características definidoras não incluídas na NANDA e consideradas relevantes para o cliente cirúrgico.

Na conclusão, capítulo sexto, pontuo os resultados encontrados e exponho a contribuição dos diagnósticos aqui validados para o cuidado ao cliente cirúrgico. Ainda neste capítulo, as recomendações apontam para a continuidade do estudo e consolidação dos diagnósticos de enfermagem, da Taxonomia I da NANDA, no processo de sistematização da assistência de enfermagem.

## CAPÍTULO 2

### REFERENCIAL TEÓRICO

#### 2.1 Modelo dos Sistemas de Cuidado de Saúde de Neuman

O Modelo de NEUMAN (1982) utilizado para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, focaliza o cliente (indivíduo, família e/ou comunidade) sujeito ao impacto de estressores ambientais e sua reação a estes. Neste estudo, os estressores ambientais foram representados pelo ambiente hospitalar.

O marco conceitual dos Sistemas de NEUMAN (1982) é formar uma estrutura que mostre as partes e subpartes e seus inter-relacionamentos para o todo do **ser humano**<sup>\*</sup> e seu **ambiente**<sup>\*</sup> como um sistema complexo. O referencial de NEUMAN (1982) oferece estrutura, organização e direção para a ação de **enfermagem**<sup>\*</sup> junto ao cliente, buscando promover seu bem-estar em qualquer nível de assistência à saúde, permitindo a exploração científica de variáveis e relações sobre o ser humano no seu meio.

Esse referencial tem a intenção de representar o cliente (indivíduo, família e/ou comunidade) sujeito ao impacto de **estressores**<sup>\*</sup> ambientais e sua reação a eles. A reação é dada pela relação do cliente diante do estressor e a

---

<sup>\*</sup>Grifos da autora destacando a Terminologia dos Sistemas de NEUMAN (1982)

reconstituição deste cliente ou seu processo de adaptação. Dadas as características desse modelo, ele pode ser utilizado por todos os membros da equipe de saúde, e não só pela enfermagem, visto que se expressa a participação do cliente no processo saúde/bem-estar. Esse modelo é baseado nas Teorias do Estresse, Homeostasia, Sistemas Gerais e Gestalt (NEUMAN, 1982; RUSSEL, HEZEL, 1994).

O Modelo dos Sistemas de NEUMAN (1982) representa a conceitualização da enfermagem dentro de um sistema de cuidados de saúde, cujos componentes principais incluem o homem, o ambiente e o estresse. Os componentes homem, ambiente, estresse, saúde/bem-estar e enfermagem constituem-se a estrutura da Terminologia dos Sistemas de NEUMAN (1982) discutida a seguir.

### 2.1.1 Terminologia dos Sistemas utilizada no Modelo de NEUMAN (1982)

a) Saúde e bem-estar: são resultados de condições em que todas as partes e subpartes (variáveis) acham-se em harmonia com o todo do ser humano. FORD GILBOE (1994), em uma análise sobre o referencial de NEUMAN, refere que a saúde é vista como um processo de desenvolvimento do autoconhecimento e conhecimento do meio, com habilidades para perceber alternativas e respostas em uma variedade de caminhos. Saúde, portanto, reflete o nível de bem-estar do ser humano.

b) Ambiente: é formado pelas forças internas e externas que circundam o ser humano, que é visto em constante mudança ou movimento em ação recíproca com o ambiente. Essa interação ser humano-ambiente permite um fluxo contínuo de energia, caracterizando esse padrão como um meio de “troca de energia” decorrente dessa interação.

c) Estressores: são forças (estímulos) que atuam sobre o cliente, podendo ser de origem interna ou externa ao sistema, impedindo a manutenção de seu equilíbrio. Essas forças podem ser nocivas, quando produzem tensão com potencial de penetração nos círculos de defesa do ser humano, causando desequilíbrios. Os estressores podem ser benéficos quando possuem potencial para mudança positiva (RUSSELL, HEZEL, 1994).

NEUMAN (1982) classifica os estressores em intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Os estressores intrapessoais são forças que ocorrem dentro da pessoa (ex: respostas condicionadas); os interpessoais são forças que ocorrem entre uma ou mais pessoas (ex: expectativas de papéis); e os extrapessoais são forças que advêm do sistema (ex: circunstâncias financeiras).

Esses estressores são identificados como elementos que possibilitam privação, excesso, perda, dor, mudança e intolerância, podendo ocorrer mais de um ao mesmo tempo. A meta do modelo de NEUMAN, chamado de abordagem à pessoa total, é oferecer um foco unificador para abordar

problemas variados de enfermagem e para compreender o fenômeno básico - "o ser humano e seu ambiente".

d) O ser humano: é um sistema aberto que vive em um macrossistema, também aberto, com o qual interage e faz os seus ajustes, num processo dinâmico. A expressão da interação do ser humano com o macrossistema revela seu "status" de saúde.

O ser humano, portanto, é um composto dinâmico das seguintes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual. Essas variáveis dão estrutura ao referencial de NEUMAN, por serem reconhecidas como dimensões da pessoa, que constituem as "linhas de defesa" servindo como uma proteção individual contra os estressores (RUSSEL, HEZEL, 1994).

As linhas de defesa do ser humano devem ser fortalecidas para o enfrentamento com os estressores procurando manter a harmonia e equilíbrio entre seu ambiente interno e externo. Esse estado de equilíbrio (homeostasia) requer troca de energia, pelo que o cliente é capaz de enfrentar adequadamente os estressores, e/ou é capaz de recuperar seu estado de saúde após uma reação ao estressor, preservando, assim, a integridade do sistema. A integridade do sistema baseia-se no inter-relacionamento de variáveis que irão determinar a qualidade de resistência desse cliente a qualquer estressor.

No entendimento de NEUMAN (1982), as linhas de defesa são concebidas como:

- Linha flexível de defesa: que funciona como um amortecedor contra os estressores, cujos recursos advêm da estrutura psicofísica básica do cliente, do seu background sociocultural, do seu estado desenvolvimental, podendo ser fortalecida por habilidades cognitivas decorrentes da aprendizagem de enfrentamento.

- Linha normal de defesa: são padrões funcionais de enfrentar/resolver problemas em determinadas ocasiões; é o desempenho de papéis que advêm do estilo de vida e do estágio desenvolvimental (idade, experiências anteriores, dentre outras).

- linha flexível de resistência: é a defesa ao estressor dada pelos mecanismos de resposta imune. Cada cliente possui um conjunto interno de fatores de resistência que tenta estabilizar e fortalecer a linha normal de defesa, em resposta a um estressor, ou a um conjunto de estressores.

e) Enfermagem: NEUMAN compreende a enfermagem como uma profissão única, que pode usar o modelo para assistir clientes (indivíduo, família e comunidade), com a meta de controlar variáveis (estressores), que afetam a esses clientes e seu ambiente, no intuito de ajudá-los a alcançar o nível de saúde, por meio de intervenções intencionais que reduzem a possibilidade de estresse, reforçando a linha flexível de defesa desses clientes.

NEUMAN (1982) define a enfermagem como uma profissão que diz respeito a todas as variáveis de saúde tentando abordar o cliente na sua totalidade, atentando para suas respostas a estressores. O modelo de NEUMAN propõe um processo, mediante o qual a enfermeira desempenha um papel de interventora, que requer habilidades cognitivas altamente desenvolvidas, tendo em vista a qualidade da assistência prestada a clientela.

O Processo de Assistência de NEUMAN (1982) é o método de solução de problemas aplicado ao cuidado do cliente com vistas a oferecer um marco de referência mediante o qual a enfermeira possa sistematicamente avaliar o cliente prescrevendo o cuidado de enfermagem. O processo de enfermagem segundo NEUMAN está sistematizado em três categorias a seguir:

- Diagnóstico de enfermagem: compreende a coleta de dados e o diagnóstico de enfermagem. A coleta de dados é determinada não só pela identificação e avaliação de estressores reais e potenciais que oferecem ameaça a estabilidade do cliente, como também avalia suas linhas de defesa frente a estes estressores. Os diagnósticos são dados relevantes extraídos da coleta, nos quais são agrupados para então serem denominados diagnósticos de enfermagem.
- Metas de enfermagem: é o estabelecimento de resultados com bases nas intervenções de enfermagem, que devem ser estruturadas dentro dos modelos de prevenção primária, secundária e terciária.
- Resultados de enfermagem: é a avaliação das metas estabelecidas e alcance das ações de enfermagem, com vistas a intervenções futuras, validando assim o processo de assistência.



Neste estudo utilizo a primeira etapa da categoria diagnóstico com o propósito de coletar os dados acerca dos estressores vivenciados pelos clientes no período de pré-cirurgia. Para tanto, construí um roteiro de entrevista adaptado do histórico de enfermagem do modelo assistencial de NEUMAN (1982) cujos indicadores de estressores pré-cirúrgicos foram lidos a luz da terminologia adotada na Taxonomia I da NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994 - Anexo 1).

## 2.2 Diagnósticos de Enfermagem

O termo **diagnóstico** foi utilizado pela primeira vez em enfermagem na década de 50 por McManus, quando especificou o diagnóstico como problemas do cliente, que poderiam ser resolvidos pela enfermeira, em relação a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do padrão de saúde para o indivíduo ( FARIAS et al.,1990; JESUS, 1995). Ainda em referência ao termo diagnóstico, FARIAS et al. (1990) e MARIA (1990) relataram que a atividade de diagnosticar em enfermagem, apesar de só estar sendo explorada nas últimas décadas, nasceu com a “Enfermagem Moderna de Nightingale”, quando, na guerra da Criméia, em 1856, conseguiu *diagnosticar e tratar problemas de saúde*, reduzindo a mortalidade em hospitais britânicos de 42% para 2%.

Entre as décadas de cinquenta e sessenta, estudos foram realizados no sentido de desenvolver o termo diagnóstico de enfermagem, quando

enfermeiras norte-americanas interessadas no tema procuraram formular um sistema para promover o uso da referida terminologia.

Em 1973, nos Estados Unidos um grupo de enfermeiras norte-americanas convocou a **I Conferência para a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem**, estando presentes enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá. A finalidade desta conferência era a de adotar uma terminologia profissional que descrevesse os fenômenos clínicos com os quais a enfermeira se depara (CRUZ et al., 1991; CROSSETTI, 1995). Nessa ocasião foi elaborada uma relação com 34 (trinta e quatro) diagnósticos que foram identificados a partir da experiência clínica das enfermeiras participantes, sem contudo se chegar a um sistema de classificação desses diagnósticos. No entanto, o grupo organizador da conferência instalou uma comissão que prosseguiu os estudos sobre o sistema de classificação acerca dos diagnósticos de enfermagem (FARIAS et al., 1990).

No período compreendido entre 1976 e 1982, teóricas da enfermagem foram convocadas para desenvolver uma estrutura conceptual para classificar os diagnósticos de enfermagem. A primeira estrutura conceptual a ser desenvolvida foi a de Gordon (apud FARIAS et al., 1990, p.32), que introduziu os “Padrões Funcionais de Saúde” os quais serviram de base para classificar os diagnósticos já existentes, sendo este método aprovado pelo grupo.

Padrões Funcionais de Saúde desenvolvidos por Gordon:

- Padrão de percepção e manutenção da saúde;

- Padrão nutricional e metabólico;
- Padrão de eliminação;
- Padrão de atividade e exercício;
- Padrão de sono e repouso;
- Padrão perceptual e cognitivo;
- Padrão de autopercepção e autoconceito;
- Padrão de relacionamento de papéis;
- Padrão sexual e reprodutivo;
- Padrão de tolerância ao estresse;
- Padrão de crenças e valores.

O grupo de teóricas de enfermagem, após os primeiros estudos dos diagnósticos nos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon sugeriu nove "Padrões de Unidade do Homem", para formarem a estrutura conceptual para o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados na Figura 1. Esta estrutura foi apresentada na "V Conferência para a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem em 1982", em que o grupo de enfermeiras norte-americanas foi formalmente convertido em **NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA**, com o objetivo de reunir pesquisadoras sobre o tema e criar o "Comitê da Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem", em substituição ao grupo de teóricas (CRUZ et al., 1991; FARIAS et al., 1990; CRUZ, D.A .L. M., 1994).

A Figura 1 ilustra os Padrões de Resposta Humana que formam a estrutura conceitual para o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem.

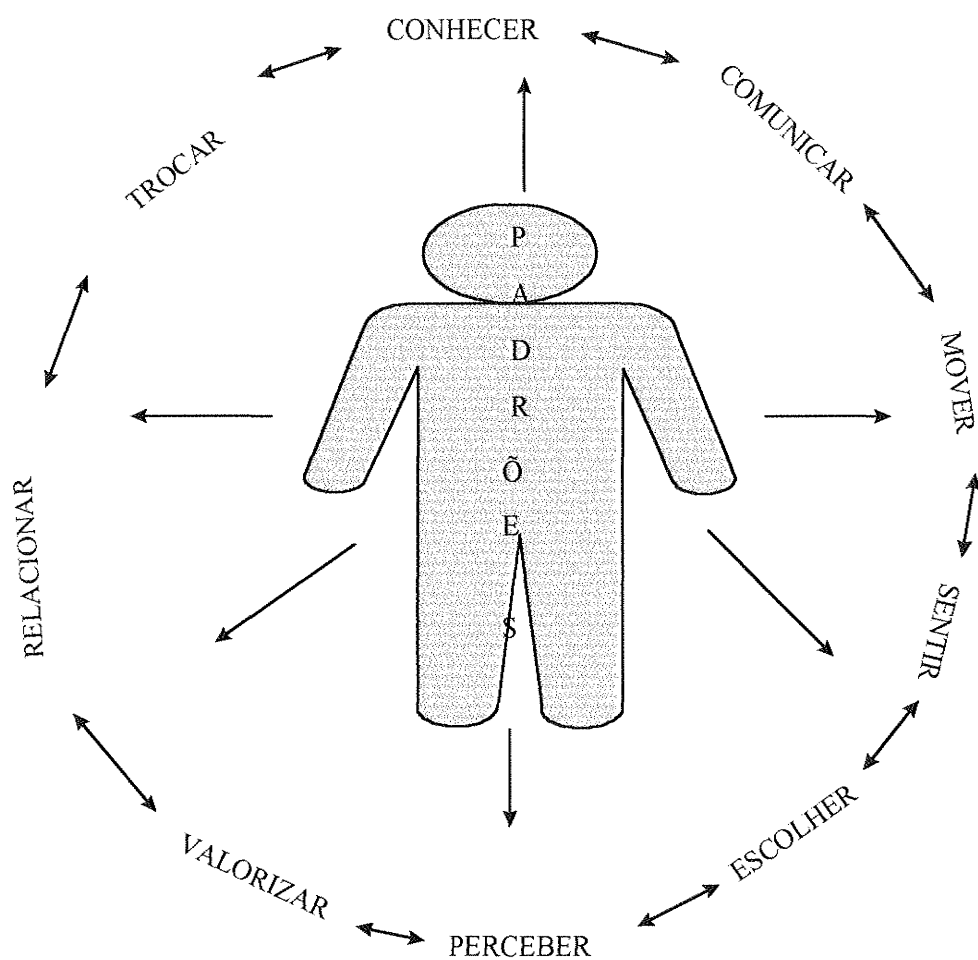


Figura 1 - Padrões de Resposta Humana ( adaptado de FARIAS et al., 1990).

Os trabalhos desenvolvidos pela NANDA constam de validação clínica dos diagnósticos aceitos nas conferências, categorização dos diagnósticos

numa taxonomia, desenvolvimento de uma estrutura conceitual para os diagnósticos de enfermagem, fundamentação metodológica para as pesquisas de identificação e validação dos diagnósticos, além do projeto de inclusão dos diagnósticos de enfermagem num capítulo do código de Classificação Internacional das Doenças (CRUZ, D.A L. M., 1994).

Em 1986, na “VII Conferência para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem”, foi aprovada em assembléia geral a “Taxonomia I da NANDA”, e o termo “Padrões de Unidade do Homem” foi substituído por “Padrões de Resposta Humana”, em virtude da familiaridade do termo, os quais passaram a constituir oficialmente a estrutura conceptual para a organização dos diagnósticos de enfermagem (CRUZ et al., 1991; FARIAS et al., 1990).

CRUZ & CRUZ (1991, p.17) definem os padrões de resposta humana como “um conjunto de reações do cliente a problemas atuais ou potenciais de saúde, que servem de base para um julgamento clínico deliberado, ou diagnóstico de enfermagem”.

Os padrões de resposta humana que constituem a estrutura conceptual dos diagnósticos de enfermagem, segundo CRUZ & CRUZ (1991), e MARIA (1990), designam-se pelos termos:

- **trocar**: é o padrão de resposta que envolve o metabolismo do organismo num processo de permuta com o meio físico, onde ocorre a captação, a transformação

e a eliminação de elementos. Este padrão envolve variáveis relativas à nutrição, oxigenação e integridade física;

- **comunicar**: é o padrão que descreve a resposta referente à transmissão de mensagens verbal e não verbal;

- **relacionar**: compreende o padrão de resposta que diz respeito à capacidade de estabelecer vínculos com os semelhantes;

- **valorizar**: é o padrão que envolve o julgamento sobre o significado ou importância das coisas; são atribuições de um valor relativo e compreende as práticas religiosas e culturais;

- **escolher**: é o padrão que envolve a seleção de alternativas, ou a tomada de decisão sobre determinada situação;

- **perceber**: é o padrão que envolve a captação de informações através dos órgãos do sentido;

- **conhecer**: é o padrão associado à compreensão racional do significado preciso de uma informação;

- **sentir**: é o padrão que se refere à consciência emocional subjetiva de uma informação.

A Taxonomia I da NANDA foi enviada oficialmente para a Organização Mundial da Saúde - OMS, para possível inclusão na Classificação Internacional de Doenças - CID-10 com o título de "*Condições que necessitam de cuidados de enfermagem*" ( FARIAS et al., 1990; CRUZ et al., 1991). Em atendimento à solicitação da OMS, e para incluir diagnósticos aprovados na VII e VIII Conferências da NANDA, a Taxonomia I foi revisada passando a denominar-

se de Taxonomia I Revisada, publicada pela NANDA em 1989 - Anexo 1 apresentada por NÓBREGA & GARCIA (1994).

A estrutura do diagnóstico de enfermagem da Taxonomia I da NANDA, segundo COLER et al. (1994, p.41) e CRUZ (1990, p. 154), possui os seguintes componentes:

- Título: nome do diagnóstico;
- Definição: descreve o título do diagnóstico;
- Características definidoras: são indicadores clínicos, que indicam sinais e sintomas apresentados pelo cliente;
- Fatores relacionados: são condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico.

A aplicação dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia I da NANDA, na prática, não se vincula necessariamente a um referencial teórico particular. Estudos têm sido desenvolvidos, nos quais o instrumento utilizado para a coleta de dados é construído de acordo com o referencial adotado pelos autores, cito os estudos de CRUZ (1989) e CRUZ (1993), cujos instrumentos foram construídos a partir dos Padrões de Resposta Humana da Taxonomia I da NANDA, e os estudos de NÓBREGA (1991) e ARAÚJO (1991) que utilizaram como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Entendo, assim, que o importante é que o instrumento utilizado deve contextualizar uma abordagem teórica de enfermagem e descrever os aspectos do cliente bem como suas respostas a um estado atual ou potencial de saúde

que possibilite desenvolver o cuidado com base nos diagnósticos de enfermagem da NANDA.

Enfatizo aqui o diagnóstico como um componente do processo de enfermagem, que se caracteriza pelo julgamento clínico sobre as respostas do cliente aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que exige da enfermeira uma tomada de decisão para as intervenções de enfermagem e que serão direcionadas ao cliente, de acordo com o referencial teórico abordado para o desenvolvimento do processo de enfermagem, em ajuste com a realidade do serviço. Ao utilizar a Taxonomia I da NANDA para a nomenclatura dos diagnósticos de enfermagem, a enfermeira estará fazendo uso de uma terminologia que tem por objetivo uniformizar a linguagem de enfermagem a nível nacional e internacional, ao se referir aos problemas de saúde do cliente (FARIAS et al., 1990; NÓBREGA, GARCIA, 1994).

No Brasil, o termo " diagnóstico de enfermagem" foi introduzido pela Dra. Wanda de Aguiar Horta na década de 60, com alunas da disciplina Fundamentos de Enfermagem, quando deu início à coleta de dados de pacientes, sob a forma de um roteiro de observações sistematizadas, denominado de "Histórico de Enfermagem" (HORTA, 1971). Para a autora, a coleta de dados do histórico de enfermagem é indispensável para análise e identificação dos diagnósticos de enfermagem que, por sua vez, orientam o plano assistencial, constituindo-se essas etapas em passos importantes para o desenvolvimento científico da enfermagem.



O Processo de Enfermagem, segundo HORTA (1971, p.83) “é a *dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem voltadas à assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade*”. Hoje percebe-se que HORTA (1971) veio contribuir para a qualidade da assistência de enfermagem, desde que, seu instrumento de trabalho - “Processo de Enfermagem” - incluía planejamento e avaliação da assistência, tendo o diagnóstico como base desse processo.

Na concepção de HORTA (1971), o diagnóstico de enfermagem é uma etapa do processo de enfermagem e constitui-se em problemas de saúde que identificam as necessidades básicas do indivíduo, as quais precisam de intervenções de enfermagem e determinação do grau de dependência da enfermagem em natureza e extensão. Estudos acerca da aplicação do processo de enfermagem, utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, indicam o não emprego do processo em todas as suas fases, especialmente no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem que, quando incluídos, recebem a denominação de “Lista de Problemas”, ou “Problemas de Enfermagem”, ou “Situação Problema”, dentre outros (FARIAS et al., 1990, p.62; CRUZ, 1990, p.150-155). Esses estudos refletem a complexidade do tema e a própria autora (HORTA, 1977) reconheceu a dificuldade das enfermeiras em estabelecerem o diagnóstico de enfermagem ao aplicarem o processo de enfermagem, atribuindo como causas o desconhecimento dos problemas de enfermagem (sintomas), as necessidades básicas alteradas e a distinção entre os mesmos.

CRUZ (1990), em seu estudo sobre "Diagnóstico de enfermagem e sua aplicação: revisão da literatura", traz uma gama de definições de diagnósticos de enfermagem e seus significados para os autores pesquisados, predominando, porém, a utilização do termo "problemas de enfermagem" como sendo "diagnósticos de enfermagem". Neste sentido, a Taxonomia I da NANDA tenta uniformizar a linguagem a ser utilizada pelas enfermeiras, na tentativa de universalizar uma terminologia própria para a enfermagem. Segundo JESUS (1995), os diagnósticos de enfermagem também fornecem critérios mensuráveis para a avaliação da assistência prestada, dão suporte e direção ao cuidado, facilitam a pesquisa e o ensino, delimitam as funções independentes de enfermagem e estimulam o cliente a participar de seu tratamento e do plano terapêutico.

No Brasil, existem o Grupo de interesse em Diagnósticos de Enfermagem - GIDE-PB e o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Atividades de Enfermagem - NEPAE/RJ, utilizando a Taxonomia I da NANDA como referencial para a denominação dos diagnósticos de enfermagem. Destaco a participação da Enfermagem Brasileira a partir da VIII Conferência da NANDA e os trabalhos desenvolvidos na Universidade Federal da Paraíba na área de Saúde Mental, que foi precursora, em nosso país, do desenvolvimento de pesquisas sobre o tema (CRUZ, 1993; CRUZ, I.C. F., 1994; COLLIER et al., 1994; FARIAS et al., 1990).

Reitero que o desenvolvimento de uma terminologia própria traz implícito o desenvolvimento do corpo de conhecimento para a profissão, alicerçando a competência profissional, pois acredito que a teoria oferece segurança para as ações de enfermagem, no que diz respeito ao ensino, à pesquisa e à assistência, qualificando assim a enfermagem em suas várias vertentes.

No intuito de contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem em nossa realidade, pensei em desenvolver este estudo, cujo objetivo é a identificação e validação de diagnósticos de enfermagem no cliente cirúrgico, utilizando para tanto o modelo de NEUMAN (1982) e a Taxonomia I da NANDA apresentada em NÓBREGA & GARCIA (1994), cuja representação pode ser visualizada na Figura 2, a seguir, pois admito que os diagnósticos de enfermagem são a base para o planejamento da assistência ao cliente

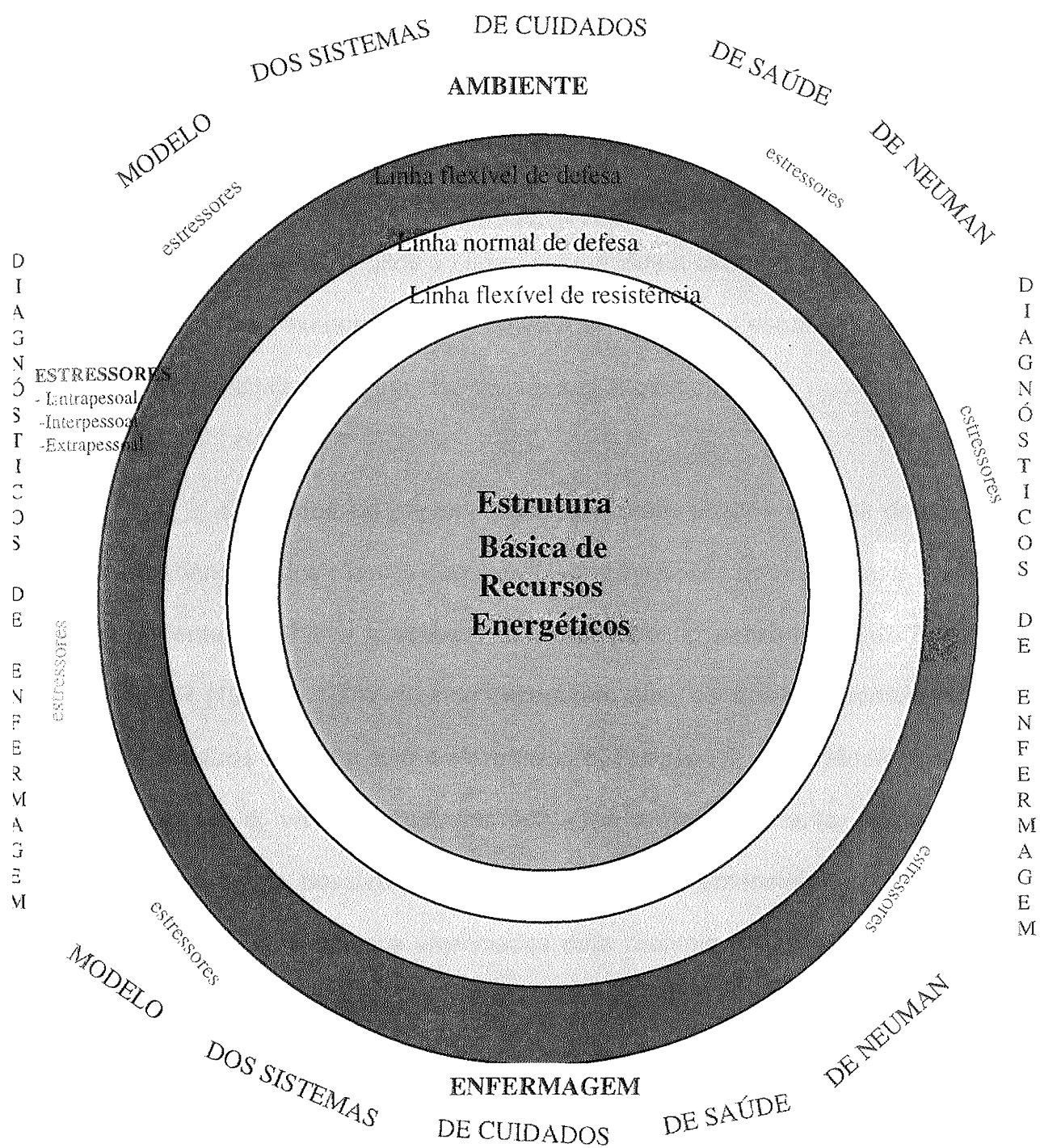


Figura 2: Modelo de Cliente sob estressores na perspectiva de Diagnósticos de Enfermagem ( adaptado de NEUMAN, 1982).

## CAPÍTULO 3

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este é um estudo exploratório descritivo realizado com a finalidade de identificar diagnósticos de enfermagem relacionados a estressores pré-cirúrgicos em clientes adultos a serem submetidos a cirurgia abdominal e validá-los com base na Taxonomia I da NANDA. Para este fim, o estudo requereu dados de origem qualitativa e quantitativa para sua implementação.

Os dados de origem qualitativa foram obtidos através dos relatos das experiências dos clientes que vivenciaram situações de pré-cirurgia. A opção pela vertente qualitativa a esses relatos apoia-se no pensamento de POLIT & HUNGLER (1995, p. 270), quando asseguram que ***“os conhecimentos acerca dos indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é, vivida e definida por seus atores”***. Portanto, o fenômeno “cirurgia”, e outros possíveis estressores reais e/ou potenciais foram tomados, tais como são percebidos e vivenciados pela clientela, os quais originaram os diagnósticos de enfermagem.

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, estes foram validados à luz da Taxonomia I da NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994), bem como suas respectivas características definidoras. Nesta fase, os dados foram trabalhados quantitativamente, sendo utilizado valores

absolutos e percentuais de frequência simples encontrados entre os clientes em estudo que compuseram a amostra.

### **3.1 Local e período do estudo**

O estudo foi realizado na Clínica Cirúrgica-Ala B, do Hospital Universitário - Unidade de Clínica Geral de Adultos, da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, na cidade de São Luís, nos meses de maio e junho de 1996. A escolha do local deveu-se ao fato de ser a unidade onde desenvolvo minhas atividades de docente na disciplina Enfermagem Cirúrgica .

O Hospital Universitário - H.U., Unidade de Clínica Geral da UFMA, é uma unidade de saúde de referência para o Estado do Maranhão. Está localizado no centro da cidade de São Luís, possui 212 leitos, compreendendo a Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica, o Centro-Cirúrgico, a Unidade de Terapia Intensiva, o Ambulatório e o Serviço de Diálise Peritoneal e Hemodiálise. O H.U. atende pelo Sistema Único de Saúde - SUS sob demanda, através do ambulatório ou de transferências de outras Unidades de Saúde Municipais ou Estaduais.

A Clínica Cirúrgica é responsável pela realização em média de 300 cirurgias mensais, representando a Ala B - unidade de cirurgia geral, 30% das cirurgias totais. Dentre as cirurgias gerais, a "cirurgia abdominal" foi escolhida para o estudo, por responder por mais de 60% das cirurgias realizadas (dados

estatísticos da Clínica Cirúrgica- Ala B/ janeiro a junho de 1996), e, segundo a literatura, por estarem associadas a uma incidência de morbidade e mortalidade, no pós-cirúrgico, em torno de 40% (FARESIN, PEREIRA, 1995).

A alta taxa de morbi-mortalidade do cliente de cirurgia abdominal deve-se a alterações fisiopatológicas que impedem a deambulação precoce, a tosse, a respiração, a micção e a defecação, ressaltando-se as infecções respiratórias como as mais freqüentes, especialmente em cirurgias abdominais altas (FARESIN, PEREIRA, 1995; DOBBRO et al., 1994).

Para o desenvolvimento deste estudo, foi enviado um ofício à Diretora do Hospital solicitando o campo para pesquisa, além de uma comunicação à chefia de enfermagem e às enfermeiras da Clínica Cirúrgica - Ala B, sobre a minha presença no período citado, solicitando a cooperação das mesmas.

### **3.2 População e amostra**

A população foi composta por todos os clientes dos sexos feminino e masculino, admitidos na Clínica Cirúrgica Ala B nos meses de maio e junho de 1996, para serem submetidos a cirurgia abdominal eletiva e que atendiam aos seguintes critérios:

- Terem idade entre 18 e 65 anos;
- Estarem no período de pré-cirurgia, e com mais de 24 horas de admissão;

- Terem capacidade de resposta verbal;
- Consentirem verbalmente em sua participação na pesquisa.

Foram definidos como cirurgia abdominal, as cirurgias da vesícula biliar, fígado, pâncreas, apêndice, hérnias (inguinal e incisional abdominal) e exploração da cavidade abdominal.

A população constou de 90 (noventa) clientes, dos quais 20 (vinte) fizeram parte da amostra, ou seja, satisfizeram os critérios estabelecidos. Cabe ressaltar que, no hospital onde foi realizada a pesquisa, o tempo de pré-cirurgia está em torno de menos de 24 horas, o que dificultou a escolha da clientela, pois um dos critérios colocados era de que o cliente estivesse com mais de 24 horas após a admissão, em decorrência da acentuação dos estressores a partir deste momento, permitindo-se, assim, um tempo mínimo para que ele se ajuste ao ambiente hospitalar.

A redução do tempo de internação cirúrgica (pré e pós-cirurgia) gera uma alta rotatividade no setor, com uma média de internação em torno de 5 (cinco) dias, objetivando à redução de custos hospitalares e, especialmente, a prevenção da infecção hospitalar.

Durante o momento da entrevista o cliente foi esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e o sigilo de sua identidade, além de que seria necessária



sua permissão para a realização da mesma, não sendo registrada nenhuma recusa no decorrer da coleta.

Os clientes em estudo iriam ser submetidos aos seguintes tipos de cirurgia:

Colecistectomia: 14 - 70% ;

Herniorrafia Inguinal: 01 - 05%;

Herniorrafia Incisional: 02 - 10%;

Hipertensão Portal: 01 - 5%;

Exploração da cavidade abdominal: 01 - 5%;

Drenagem de abscesso de fígado: 01 - 5%.

As colecistectomias as quais iriam ser submetidos 70% dos clientes em estudo, confirmam os trabalhos acerca de cirurgia geral que as colocam como a cirurgia mais freqüente da cavidade abdominal (PIMENTA et al., 1992).

### **3.3 Instrumento**

Foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada adaptado do Modelo de NEUMAN (1982 - Anexo 2) . O referencial do Modelo de NEUMAN foi escolhido em virtude de focalizar o cliente (indivíduo, família e comunidade), sujeito ao impacto de estressores ambientais e sua reação aos mesmos.

O instrumento compôs-se dos seguintes elementos:

- Estressores pré-cirúrgicos percebidos pelo (a) cliente;
- Estressores pré-cirúrgicos percebidos pela pesquisadora;
- Fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, que possam agir sobre os estressores do(a) cliente.

Estes elementos foram detectados mediante a entrevista e o exame físico. O exame físico no histórico de NEUMAN (1982) é realizado no item sobre fatores intrapessoais, onde se incluem fatores físicos, desenvolvimentais e psicossocioculturais.

A validação do instrumento de coleta de dados foi realizada em duas etapas:

- A primeira foi no decorrer da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica I no Curso de Mestrado, em novembro de 1995, sob a forma de estudo de caso, quando foram aplicadas todas as fases do Processo de Enfermagem do Modelo de NEUMAN (1982) com uma cliente de cirurgia geral. Após esta etapa, foram feitas alterações em relação à redação das questões que abordavam os estressores pré-cirúrgicos referidos pela cliente;
- A segunda etapa foi constituída pelo estudo piloto realizado no local da pesquisa da qual fizeram parte 05 (cinco) clientes, 03 (três) do sexo masculino e 02 (duas) do sexo feminino. Esta etapa não constou na amostra definitiva. O estudo piloto teve a finalidade de familiarizar a entrevistadora com o instrumento

R. 1167405/99

de pesquisa, treinar a técnica da entrevista, avaliar o tempo gasto e promover os ajustes necessários ao instrumento.

Após o estudo piloto, o instrumento sofreu mais uma alteração para a coleta definitiva dos dados. Acresceram-se aos dados demográficos, a procedência e o número de filhos com suas respectivas faixas etárias. Estes dados foram acrescentados por terem sido considerados estressores pela clientela. A outra alteração foi em relação aos estressores referidos pelo cliente, onde foi retirado o seguinte questionamento: "O que você sente em relação as preocupações referidas?", uma vez que os (as) clientes tinham dificuldade em responder a esta pergunta e sentiam-se embaraçados. No entanto sua retirada não comprometeu o conteúdo das informações.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 1996. Inicialmente foi necessário fazer o levantamento dos internos e respectivas cirurgias, bem como o reconhecimento dos clientes. Em decorrência da alta rotatividade neste setor, este serviço era realizado diariamente, ou seja, a lista de admitidos bem como o mapa cirúrgico eram averiguados diariamente, para constatar a possibilidade do cliente fazer, ou não, parte do estudo.

As admissões, segundo rotina do hospital, são feitas no turno da tarde, e os clientes admitidos que tinham sua cirurgia confirmada para o dia

seguinte, foram excluídos do estudo. Em conseqüência, optei pela coleta aos sábados e/ou domingos para os clientes admitidos na sexta-feira com cirurgias marcadas para segunda-feira. Após a identificação do(a) cliente e a constatação de que este(a) satisfazia os critérios apontados para sua inclusão no estudo, na apresentação eu explicava a finalidade da pesquisa e observava a necessidade de sua permissão verbal para o prosseguimento da mesma. Após concedida sua permissão dava-se início à entrevista e, em seguida, realizava-se o exame físico.

As entrevistas tiveram a duração média de 1(uma) hora, as respostas foram registradas em seu decorrer e cada cliente foi entrevistado uma única vez. Para o exame físico, foram utilizadas as técnicas de inspeção, palpação e ausculta. A observação foi um dado precioso em relação aos dados somáticos que indicavam estar o (a) cliente vivenciando situação de estresse.

Em alguns clientes, foi necessário fazer a coleta de dados em dois momentos, ou seja, em primeiro lugar foi realizada a entrevista e posteriormente, em um outro turno ou no dia seguinte, o exame físico. Essa segmentação na coleta de dados ocorreu em virtude da solicitação do cliente para exames, ou pela presença de visitas em horário não padronizado pela clínica.

Todos(as) os (as) clientes foram acompanhados(as) durante o período pré-cirúrgico quando, outros dados foram acrescentados à coleta inicial em

relação a suas atitudes e percepções sobre a cirurgia, o que enriqueceu as informações referentes à observação. Para o acréscimo desses dados, não foram realizadas outras entrevistas, visto que o instrumento permitiu esta flexibilização através dos estressores percebidos pela entrevistadora.

O bom relacionamento mantido por mim e os(as) clientes foi importante para a confiança destes(as) na equipe, levando-os(as) a identificarem-me como parte da equipe responsável por seu tratamento e recuperação pois, tendo em vista a carência de pessoal no local do estudo, a minha presença na clínica contribuiu para o cuidado deste cliente.

### **3.5 Tratamento e Discussão dos Dados**

Após a coleta de dados, estes foram tratados individualmente, necessitando para esta etapa de instrumentos auxiliares para o procedimento diagnóstico (Anexo 3). O primeiro passo foi levantar os dados significativos por itens do instrumento, compreendendo estes os sinais e sintomas indicativos de estressores pré-cirúrgicos detectados nos itens: estressores pré-cirúrgicos percebidos pelo(a) cliente, estressores percebidos pela entrevistadora, fatores inter e extrapessoais e exame físico (Anexo 3/ parte 1). Esses dados procuraram seguir a terminologia da Taxonomia I da NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994 - Anexo 1).

Em seguida a essa etapa, realizou-se o agrupamento dos dados significativos. Nesta fase, os dados foram categorizados de modo que denotassem um padrão ou uma resposta comportamental, já apontando para uma possível hipótese diagnóstica (Anexo 3 / parte 2). Na terceira e última etapa, foi realizada a nomeação por grupos dos possíveis diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia I da NANDA traduzida por NÓBREGA & GARCIA (1994), bem como indicados os fatores relacionados, que apontavam a etiologia dos diagnósticos de enfermagem (Anexo 3/ parte 3).

Para a validação dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se a Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico usada por CRUZ (1993) em sua Tese de Doutorado. Essa escala avalia o conteúdo do diagnóstico, abordando cada componente de sua estrutura presente no instrumento auxiliar do procedimento diagnóstico (Anexo 3) e que recebe um peso de 0(zero) a 02(dois), zero indicando completamente errado e dois completamente certo. O total de pontos de cada diagnóstico foi obtido pela soma dos valores obtidos por seus componentes em cada um dos subitens da escala.

Foram validados os diagnósticos que obtiveram um escore igual ou superior a 8,0 (oito) na Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico, (CRUZ, 1993, p.29 - Anexo 4).

A discussão dos diagnósticos de enfermagem identificados referentes aos estressores pré-cirúrgicos foi realizada mediante a apresentação

dos diagnósticos validados que obtiveram um escore igual ou superior a 8,0 (oito), segundo a Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico (Anexo 4) bem como à luz da literatura acerca do cliente cirúrgico.

## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo se propôs a identificar as respostas de um grupo de clientes a estressores pré-cirúrgicos que pudessem ser traduzidas em diagnósticos de enfermagem. Para tanto, foi utilizado o referencial de NEUMAN (1982) que permitiu levantar dados acerca de estressores em relação à cirurgia e ambiente hospitalar. Apresentam-se, a seguir, as características da clientela e em seguida, os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia I da NANDA obtidos através da análise e síntese dos dados coletados, bem como suas respectivas características definidoras.

Os dados apresentados neste capítulo encontram-se organizados sob a forma de tabelas e/ou figuras que seguiram a orientação de VIEIRA (1991).

#### **4.1 Dados demográficos da amostra**

A Tabela 1, a seguir, descreve as características demográficas dos clientes internados na Clínica Cirúrgica, Ala B, a serem submetidos a cirurgia abdominal que compuseram a amostra deste estudo.



TABELA 1 - Dados demográficos referentes aos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H.U. - UFMA, em São Luís-MA nos meses de maio e junho de 1996.

DADOS DEMOGRÁFICOS	n	%
1 - Sexo:		
Feminino	15	75,0
Masculino	5	25,0
2 - Idade:		
18 - 30 <sup>a</sup>	3	15,0
31 - 50 <sup>a</sup>	8	40,0
51 - 65 <sup>a</sup>	9	45,0
3 - Condição Civil:		
Solteira	2	10,0
Casada	14	70,0
Viúva	3	15,0
Separada	1	5,0
4 - Escolaridade:		
Analfabeto	4	20,0
Alfabetizado	6	30,0
1º Grau incompleto	3	15,0
1º Grau completo	3	15,0
2º Grau completo	4	20,0
5 - Profissão / Ocupação:		
do lar	6	30,0
auxiliar de enfermagem	3	15,0
secretária	2	10,0
lavrador	4	20,0
zeladora	2	10,0
pescador	1	5,0
pedreiro	1	5,0
comerciante	1	5,0
6 - Renda em salário mínimo*		
1,0 a 2,5 sal	18	90,0
+ 3,0 sal	2	10,0
7 - Procedência:		
Capital	7	35,0
Interior	12	60,0
Outros Estados	1	5,0

\* Salário mínimo vigente na época = R\$ 112,00.

As características demográficas listadas na tabela anterior relacionam variáveis que de forma direta (procedência, ocupação e renda) ou indireta (condição civil e escolaridade) contribuem para a existência de estressores pré-cirúrgicos. Essas variáveis serão avaliadas de forma individual no decorrer do estudo.

A Figura 3 , ilustra a variável sexo e sua distribuição na amostra.

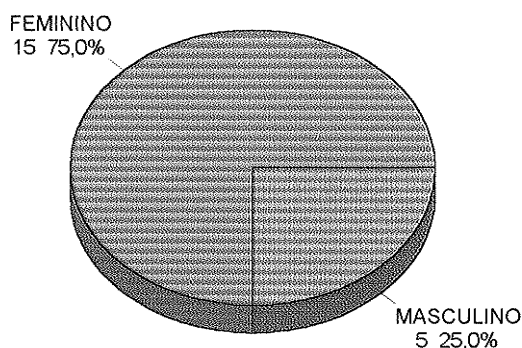


Figura 3: Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo o sexo, no H. U.- UFMA, em São Luís - MA, nos meses de maio e junho de 1996.

Verifica-se na Tabela 1 e na Figura 3 que, em relação à variável sexo, há uma predominância das mulheres na amostra, representando 75% do total de clientes. O alto percentual de clientes do sexo feminino deve-se, em parte, ao tipo de cirurgia a que iria ser submetida a clientela, que era a cirurgia da vesícula biliar (70%). Segundo a literatura, a litíase biliar é quatro vezes mais freqüente em mulheres do que em homens. Esta alta taxa em mulheres pode estar associada a idade reprodutiva, obesidade, influências hormonais, dentre

outros fatores, sendo as altas taxas hormonais e o colesterol os principais responsáveis pela formação do cálculo biliar (PIMENTA et al., 1992; SAUNDERS-KIRKWOOD et al., 1992).

A Figura 4, a seguir, ilustra a distribuição dos clientes em estudo, para a variável idade.

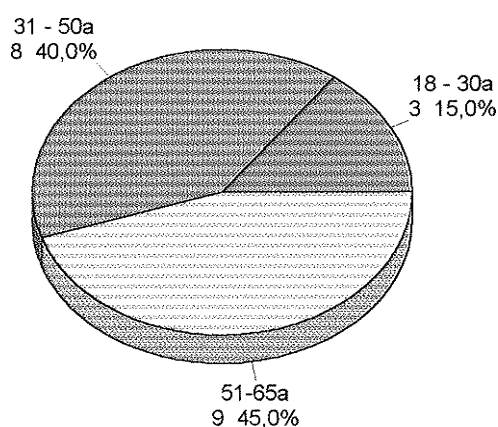


Figura 4: Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a idade, no H.U. - UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

A distribuição dos clientes por idade é observada na Tabela 1 e na Figura 4, indicando prevalência de adultos nas faixas consideradas adulto médio (31 a 50 anos) e adulto ulterior (51 a 65 anos), representando, ao todo, 85% da clientela. A classificação utilizada pela autora para idade adulta - adulto jovem, adulto médio e adulto ulterior - foi adaptada da classificação de MANZOLLI (1994).

A prevalência da idade após os 40 anos em cirurgia dá respaldo à literatura que relata ser esta uma fase de maior incidência de patologias relacionadas a vesícula biliar, distúrbios cardiovasculares e gastro-intestinais (PIMENTA et al., 1992). Dentre essas patologias, as abdominais que requerem intervenção cirúrgica são, em maior frequência, representadas pela litíase biliar. Elas incidem após a terceira década da vida, com ápice em torno dos 40 anos, idade esta que culmina também com a fase produtiva e a responsabilidade com a família, implicando em restrições no trabalho e gerando aumento de tensão pré-cirúrgica (PIMENTA et al., 1992). A relação idade/ cirurgia e restrições no trabalho foi um forte indicador da característica definidora relato de "preocupação" para o diagnóstico de ansiedade, a ser discutido posteriormente.

A Figura 5, ilustra a distribuição dos clientes para a variável condição civil.

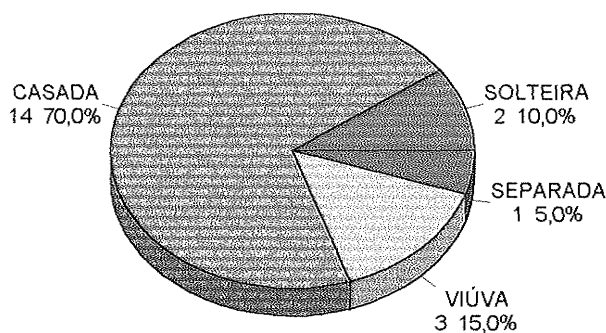


Figura 5 - Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a condição civil, no H.U. - UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

No que diz respeito à condição civil, verifica-se, na Tabela 1 e na Figura 5, que predominou a condição de casados, num total de 14 clientes, ou seja, 70% da amostra; todos(as) os(as) clientes casados(as) relataram ter filhos, dado esse que, a depender da faixa etária dos mesmos, acentuou ou não a presença dos estressores pois, quando os mesmos eram menores, tinham que deixá-los com tios ou avós.

Ainda em relação à Figura 5, o relato de preocupação com a família foi uma característica definidora predominante na amostra, que se fez presente tanto nas mulheres quanto nos homens, bem como o relato de preocupação com os filhos, conforme evidenciado na discussão sob o diagnóstico de ansiedade.

A Figura 6, a seguir, ilustra a distribuição dos clientes para a variável grau de escolaridade.

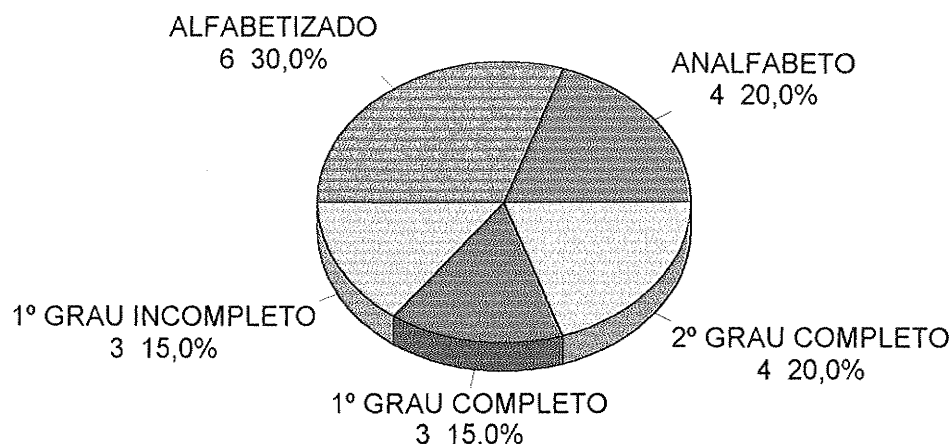


Figura 6: Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a escolaridade, no H.U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

Em relação à escolaridade, a Figura 6 mostra que, na clientela em estudo, há um grande percentual de analfabetos e alfabetizados, perfazendo 50% da amostra. Os clientes alfabetizados corresponderam àqueles que lêem e escrevem seu nome e são capazes de redigir um bilhete simples (IBGE, 1991). Portanto, temos 50% da amostra de clientes com limitação cognitiva, devendo os diagnósticos de enfermagem também contemplar essa característica, tendo em vista que a pesquisa foi executada em uma unidade pública, em que a maioria de seu atendimento destina-se a camadas populares, e à recuperação da saúde do cliente de baixa renda.

O grau de escolaridade interfere na recuperação do cliente pós-alta, dada sua dificuldade em absorver todas as informações recebidas e seguir a terapêutica prescrita, o que possibilitou firmar o diagnóstico de "manutenção do

estado de saúde alterado” discutido posteriormente, agravado pelas condições de vida e saúde desses clientes.

A Figura 7, a seguir, traz a distribuição dos clientes para a variável profissão/ocupação.

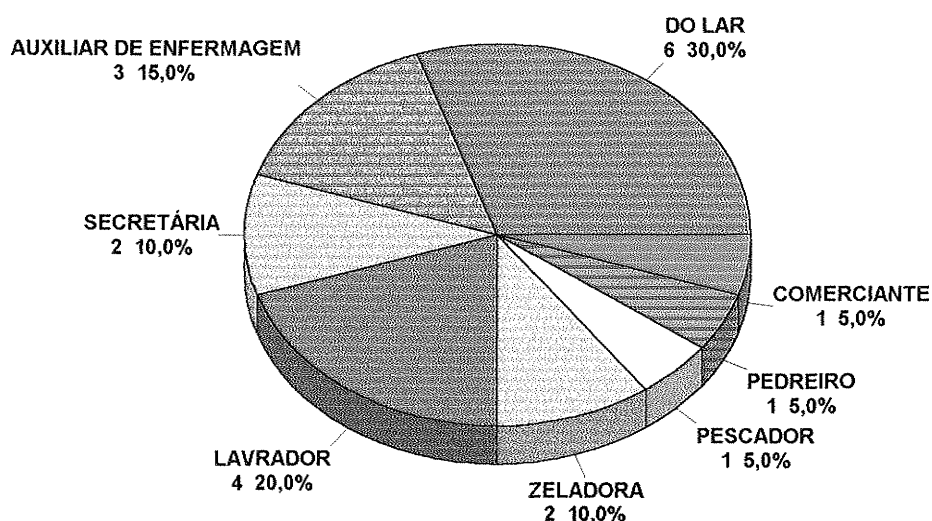


Figura 7: Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a profissão/ocupação, no H.U.- UFMA, em São Luís -MA, nos meses de maio e junho de 1996.

A profissão/ocupação dos clientes em estudo, ilustrada na Figura 7 traz profissões consideradas de baixo poder aquisitivo, pois 6 clientes (30% da amostra) não exercem atividades fora do lar e 5 clientes (25%) exercem atividades primárias (lavrador e pescador), somando-se 55% do total de pesquisados.

As profissões/ocupações acima esquematizadas refletem o nível de escolaridade da clientela em estudo e vêm a confirmar seu baixo poder aquisitivo, comprometendo a sua recuperação pós-cirúrgica e afetando, inclusive, alguns cuidados de manutenção da vida. Esse fato exige dos Serviços de Saúde Pública, Centros e Postos de Saúde, eficácia no que diz respeito ao atendimento à população, em decorrência do cliente cirúrgico requerer atenção após sua alta, em relação ao tratamento da ferida cirúrgica, acompanhamento/avaliação e informações básicas acerca do autocuidado.

A Figura 8 ilustra a distribuição dos clientes para a variável renda.

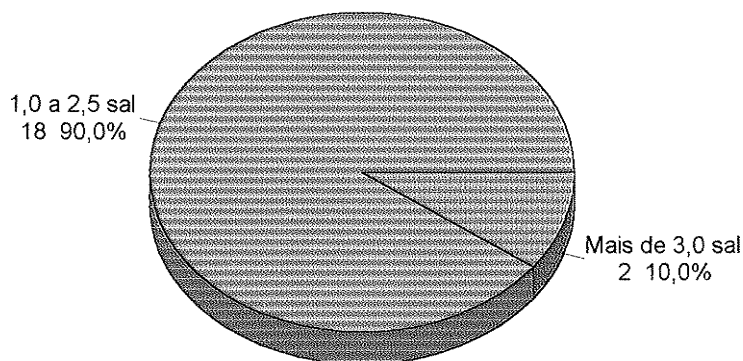


Figura 8: Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a renda mensal, no H.U.- UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

Ao serem analisados o nível de escolaridade, profissão e renda da clientela pesquisada, observa-se que está presente, como características: baixo nível de escolaridade - 80% (16 clientes) têm até o primeiro grau; 30% (6



clientes) não exercem nenhuma profissão remunerada (do lar); e 90% (18 clientes) ganham menos de 3 salários mínimos.

Esta é uma clientela que, freqüentemente, é atendida nos serviços públicos de saúde, em que a atenção da enfermeira, ao prestar cuidados, deve ter em vista o contexto no qual está inserido o cliente, para a assistência integral e feed-back positivo, pois a identificação dos diagnósticos de enfermagem deve ter um alcance além da cirurgia - período pós-cirúrgico. Portanto, os objetivos desses serviços devem ser a recuperação da saúde do cliente sem perder de vista seu meio, contribuindo-se assim, efetivamente, para sua qualidade de vida.

A Figura 9 traz a distribuição dos clientes para a variável procedência.

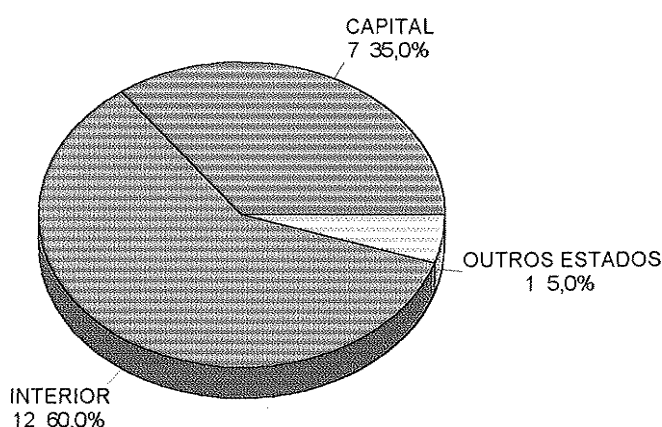


Figura 9: Clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, segundo a procedência, no H.U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

Segundo a Figura 9, doze clientes, correspondendo a 60% da amostra, são do interior do Estado. A identificação deste dado traz consigo uma gama de estressores, pois as condições de recuperação estão em jogo, em decorrência do difícil acesso aos serviços de saúde, relatado por mais de um cliente, e do seu baixo poder aquisitivo, o que dificulta os retornos para avaliação.

Os dados demográficos aqui apresentados e, mais precisamente, o grau de escolaridade, a profissão/ocupação, a renda e a procedência foram responsáveis por várias características definidoras para o diagnóstico de “ansiedade”, tais como, isolamento, preocupação com o trabalho e sentimento de inadequação. Esses dados também revelam a importância dos diagnósticos identificados em relação ao seu alcance, pois, como já afirmado, o cuidado ao cliente cirúrgico se estende após a alta, quando o “risco para infecção” ainda é iminente e a “manutenção do estado de saúde alterado” está presente dadas as características da clientela. Isto deve guiar as intervenções de enfermagem, desde a internação do cliente para o pós-alta, com o fim de obter resolutividade positiva.

Os fatores sócio-políticos e econômicos estão diretamente vinculados à educação e à saúde de um povo, o que implica em sua qualidade de vida. Em virtude de o repasse de recursos para as Unidades de Saúde Pública se dar via produtividade, no Hospital Universitário/UFMA a situação é a mesma, ou seja, deve-se reduzir o tempo de internação dos clientes para um maior aumento de internos em um curto período de tempo. Em média, destinam-se cinco dias

para cirurgias eletivas de pequeno e médio portes sem intercorrências clínicas, para prevenir a infecção e reduzir custos hospitalares. Nessa nova ordem econômica, a recuperação do cliente deveria ficar sob a responsabilidade dos Centros e Postos de Saúde nos bairros. No entanto, a realidade em que se encontram esses serviços é de sucateamento, em virtude da atual política econômica, que não privilegia os interesses e necessidades da população carente. Diante desse quadro, os diagnósticos de enfermagem devem dirigir-se para a informação do cliente com vistas ao seu autocuidado e à sua recuperação dentro de suas possibilidades em seu lar, pois é sabido que o sucesso de uma cirurgia não compreende só o ato cirúrgico em si, mas todo o processo de recuperação pós-alta do cliente.

Para os clientes residentes no interior do Estado, a situação é mais complicada, pelos fatores já comentados e o tempo reduzido de internação. Em consequência desse curto período no hospital, o excesso de informações pode não atingi-los, tendo em vista sua pouca escolaridade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Ainda em relação aos dados demográficos, apesar de ser uma clientela de baixo nível de escolaridade e, em sua maioria, do interior do Estado, 18 clientes (90%) tinham conhecimento acerca de seu diagnóstico e o relacionaram com os sintomas desencadeados pela “doença”. “Conhecer o seu diagnóstico”, no entanto, não demonstra a aproximação dos serviços de saúde à população, pois todos os clientes da amostra vieram de outras unidades de

saúde, onde já haviam obtido um primeiro atendimento ou já estavam em tratamento clínico. As informações acerca da doença se restringiam, portanto, ao diagnóstico médico e aos sintomas, não os ligando à causa ou às medidas de prevenção e como poderiam proceder pós-cirurgia.

Um outro dado importante incluído como estressores percebidos pelo cliente, e que caracteriza a clientela em estudo, é a experiência cirúrgica relatada por 11 clientes (55%). Os trabalhos de SOUSA (1994) e MAGALHÃES (1996) demonstraram que este fato não reduz o nível de ansiedade do cliente, mais precisamente exacerba-o se a experiência foi negativa, o que aconteceu com 25% (5) dos clientes que relataram história de infecção, hérnia incisional e vômitos pós-cirurgia em experiências cirúrgicas anteriores. Esses clientes requereram um maior preparo e atenção por parte da equipe cirúrgica e de enfermagem, com o objetivo de prevenir complicações intra e pós-cirúrgica em decorrência da acentuação de estressores pré-cirúrgicos.

A seguir, são apresentados e discutidos os diagnósticos de enfermagem originados a partir da identificação dos estressores pré-cirúrgicos, presentes nessa clientela.

#### **4.2 Diagnósticos de Enfermagem**

Foram detectados para a amostra pesquisada 14 (quatorze) Diagnósticos de Enfermagem quanto a estressores pré-cirúrgicos, em que 11

(onze) obtiveram um escore igual ou superior a 8(oito), segundo a Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico utilizado para validação dos mesmos.

Os diagnósticos que obtiveram um escore inferior, foram identificados como sendo: “Déficit de conhecimento”, “Dor” e “Integridade da pele prejudicada”, todos obtiveram um escore igual a sete. O “déficit de conhecimento”, de classificação n.º 8.11 da Taxonomia I da NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994), pertencente ao **Padrão de Resposta Humana Conhecer**, foi identificado em duas clientes e esteve relacionado à limitação cognitiva destas. A “dor”, de classificação n.º 9.1.1 da Taxonomia I da NANDA, pertencente ao **Padrão de Resposta Humana Sentir**, foi identificada em uma cliente e esteve relacionada à presença de cálculo renal. E a “integridade da pele prejudicada”, de classificação n.º 1.6.2.1.2.1 da Taxonomia I da NANDA, pertencente ao **Padrão de Resposta Humana Trocar**, foi também identificado em um único cliente, relacionado à alteração da sensibilidade. Estes diagnósticos não fazem parte da discussão dos resultados, cabendo aqui somente seu registro.

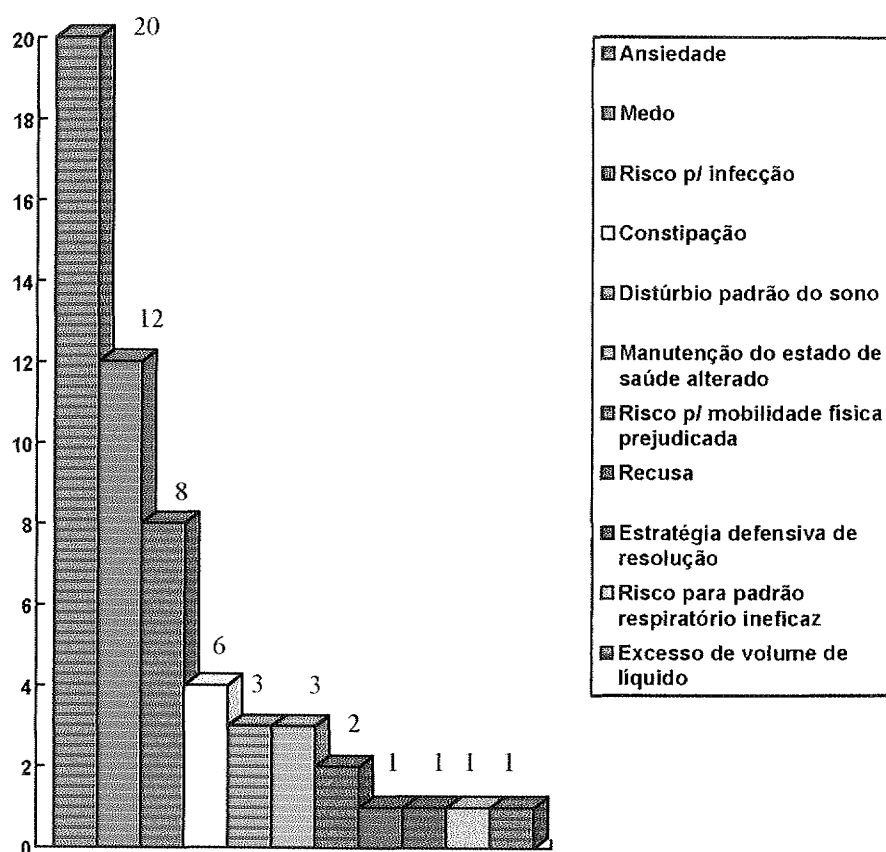
A Tabela 2, a seguir, apresenta a distribuição dos diagnósticos validados encontrados no estudo, em ordem de frequência na amostra.

TABELA 2 - Diagnósticos de Enfermagem originados dos estressores pré-cirúrgicos, em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís - MA, nos meses de maio e junho de 1996.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CLIENTES																				TOTAL n
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
- Ansiedade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20
- Medo	x	x	x	x	x	x							x		x	x		x	x	x	12
- Risco para infecção	x	x		x	x		x	x										x		x	8
- Constipação				x		x					x		x	x				x			6
- Distúrbio no padrão de sono									x	x									x		3
- Manutenção do estado de saúde alterado	x											x								x	3
- Risco para mobilidade física prejudicada										x				x							2
- Recusa		x																			1
- Estratégia defensiva de resolução																			x		1
- Risco para padrão respiratório ineficaz																				x	1
- Excesso de volume líquido															x						1

A Tabela 2 relaciona os diagnósticos de enfermagem validados no estudo. Esta tabela mostra que a “ansiedade” é um diagnóstico preponderante na amostra, tendo em vista que o mesmo foi identificado em todos os clientes (100%), constituindo-se numa resposta relevante aos estressores pré-cirúrgicos. Em seguida detectei o medo encontrado em 12 clientes, 60% da amostra, e o “risco para infecção” em 8 clientes, 40% da amostra. Os demais diagnósticos obtiveram uma frequência inferior a 40%, e foram os seguintes: constipação, em 6 clientes (30%); distúrbio no padrão de sono, em 3 clientes (15%); manutenção do estado de saúde alterado, em 3 clientes (15%); risco para mobilidade física prejudicada, em 2 clientes (10%); recusa, em 1 cliente (5%); estratégia defensiva de resolução, em 1 cliente (5%); risco para padrão respiratório ineficaz, em 1 cliente (5%); e excesso de volume líquido, em 1 cliente (5%).

A Figura 10, ilustra a frequência dos diagnósticos relacionados na Tabela 2.



### Diagnósticos de Enfermagem

Figura 10: Diagnósticos de enfermagem segundo a freqüência, nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H.U.- UFMA em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

Em relação à freqüência de diagnóstico por cliente, a Tabela 2 aponta os seguintes percentuais: 40% (8) dos clientes apresentaram três diagnósticos, 30% (6) apresentaram dois diagnósticos, 20% (4) apresentaram quatro diagnósticos, 5% (1) apresentou um diagnóstico e 5% (1) apresentou cinco diagnósticos, perfazendo um total de 58 diagnósticos, numa média de 2,9 diagnósticos por cliente.



À luz do Modelo de NEUMAN (1982), os estressores podem ser de origem intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, envolvendo as variáveis psicológica, fisiológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Dentro desta classificação, os diagnósticos apontados na clientela originaram-se dos estressores listados na Figura 11, a seguir.

ESTRESSORES	SUBSISTEMA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
<b>INTRAPESSOAL:</b>		
- Realização da cirurgia	- Fisiológico e psicológico	- ansiedade; medo; risco para infecção; risco para mobilidade física prejudicada; risco para padrão resp. ineficaz; distúrbio no padrão de sono.
- Hospitalização	- Psicológico	- ansiedade; risco para infecção; distúrbio no padrão de sono; estratégia defensiva de resolução.
- Experiência cirúrgica negativa	- Psicológico	- ansiedade
- Presença de outras patologias	- Fisiológico	- ansiedade; recusa; excesso de volume líquido.
- Abstenção do fumo	- Psicológico	- ansiedade
- Medo ( cirurgia, anestesia, morte, dor, infecção hospitalar)	- Psicológico	- medo
- Ausência de evacuação há mais de 8 dias	- Fisiológico	- constipação
<b>INTERPESSOAL</b>		
- Necessidades de cuidados não atendidas	- Psicológico e Fisiológico	- ansiedade
- Separação da família	- Psicológico	- estratégia defensiva de resolução
- Hospitalização	- Psicológico	- ansiedade
<b>EXTRAPESSOAL</b>		
- Hospitalização	- Psicológico e Sociocultural	- ansiedade; distúrbio no padrão de sono; risco para infecção.
- Residir no interior do estado	- Sociocultural	- manutenção do estado de saúde alterado
- Interrupção do trabalho	- Sociocultural	- ansiedade
- Realização da cirurgia	- Fisiológico e Psicológico	- ansiedade; medo; risco para infecção; risco para mob. fis. Prejudicada; risco para padrão resp. ineficaz; estratégia defensiva de resolução; distúrbio no padrão de sono

Figura 11: Diagnósticos de enfermagem, segundo sua origem, em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos.

Os estressores relacionados na Figura 11 revelam uma predominância no campo psicológico, exigindo da enfermeira preparo para atuação em campos diversificados, visto que foram identificados como

diagnósticos de enfermagem. A origem dos estressores, obtida através do Modelo de NEUMAN (1982) determinam os fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia I da NANDA, detectados neste estudo, propiciando o estabelecimento das intervenções de enfermagem.

A seguir são discutidos os diagnósticos de enfermagem com suas respectivas características definidoras, que ajudam na visualização da composição do fenômeno “diagnóstico de enfermagem” apresentado pela clientela.

As Tabelas 3 e 4 mostram as características definidoras para o diagnóstico de ansiedade. Por ser a ansiedade um estado subjetivo, no qual em decorrência da estimulação simpática, o cliente pode apresentar respostas fisiológicas objetivas, a NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994, p.135) classificou as características definidoras para este diagnóstico em subjetivas (Tabela 3) e objetivas (Tabela 4), como se encontram a seguir.

TABELA 3 - Características definidoras subjetivas para o Diagnóstico de Enfermagem **ANSIEDADE**, nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H.U.- UFMA, em São Luís- MA, nos meses de maio e junho de 1996.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	CLIENTES																				TOTAL n
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
- Preocupações expressas com família, trabalho e equipe cirúrgica	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	17
- Temor de conseqüências inespecíficas	x		x		x	x	x		x	x	x	x	x					x			11
- Sentimento de inadequação	x						x				x		x							x	5
- Nervosismo	x	x		x						x											4
- Apreensão													x								1
- Aumento de tensão				x																	1

TABELA 4 - Características definidoras objetivas para o Diagnóstico de Enfermagem **ANSIEDADE**, nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H.U.- UFMA, em São Luís - MA, nos meses de maio e junho de 1996.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	CLIENTES																				TOTAL n
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
- Isolamento*	x	x	x	x	x		x		x		x	x				x			x		11
- Inapetência*	x	x	x	x							x		x				x	x	x		9
- Excitação cardiovascular	x		x	x									x							x	5
- Insônia												x						x	x		3
- Movimentos de automatismo				x						x								x			3
- Inquietação								x						x	x						3

\*Características definidoras não incluídas na NANDA conforme NÓBREGA & GARCIA ( 1994 ).

Para o diagnóstico de **ansiedade**, foram listadas 12(doze) características definidoras, sendo seis subjetivas e seis objetivas. Dentre as características definidoras subjetivas listadas na Tabela 3, todas se encontram relacionadas na Taxonomia I da NANDA conforme apresentada em NÓBREGA & GARCIA (1994), são elas: preocupações expressas com a família, trabalho e equipe cirúrgica, detectadas em 17 clientes (85%); temor de conseqüências inespecíficas, em 11 clientes (55%); sentimento de inadequação, em 5 clientes (25%); nervosismo, em 4 clientes (20%); apreensão, em 1 cliente (5%) e aumento de tensão, em 1 cliente (5%).

A Tabela 4 ilustra as características definidoras objetivas para o diagnóstico ansiedade das quais, quatro se encontram incluídas na Taxonomia I da NANDA, listadas a seguir: excitação cardiovascular, detectada em 5 clientes, 25% da amostra; inquietação, em 3 clientes (15%); movimentos de automatismo, em 3 clientes (15%) e insônia, em 3 clientes (15%). Outras características definidoras não incluídas na NANDA foram apontados na amostra e consideradas relevantes para o cliente cirúrgico, são elas: isolamento, em 11 clientes (55%) e inapetência, em 9 clientes (45%).

O termo "ansiedade" foi introduzido na ciência do comportamento desde 1950, tendo sido definida por Spielberger como "*um estado emocional caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo, preocupação, e ativação do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático*" (apud WHITLEY, 1992b, p.109). Segundo o mesmo autor, a

ansiedade é também utilizada para descrever um complexo processo psicológico que ocorre em resposta ao “estresse”. Para GIGLIO (1994), SAAVEDRA & AMADO (1994) e WAKE et al. (1991) a ansiedade é uma resposta humana comum, desenvolvida diante de situações que indiquem ameaça de papel ou perigo para a vida, levando-se em conta a cultura do cliente.

Na literatura de enfermagem, o termo “ansiedade” foi introduzido em 1952 nos trabalhos de Peplau sobre “Unexplained Discomfort”, obtendo relativa importância para ser estabelecido como diagnóstico de enfermagem na Taxonomia I da NANDA em 1973 (WHITLEY, 1992b). A ansiedade, enquanto diagnóstico de enfermagem da NANDA, está classificada sob o n.º 9.3.1 no **Padrão de Resposta Humana Sentir**, que se refere à consciência emocional subjetiva de uma informação, (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990), sendo definida como “um estado subjetivo no qual um indivíduo experimenta um sentimento de incômodo e inquietação, cuja fonte é freqüentemente inespecífica ou desconhecida por ele” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p 135).

A ansiedade foi um diagnóstico presente em toda a clientela em estudo, em maior ou menor intensidade, de acordo com a presença das características definidoras. Estudos acerca de pesquisas em diagnósticos de enfermagem mostraram que a ansiedade é um dos dez diagnósticos mais freqüentes identificados na prática de enfermagem em suas diversas áreas de atuação (WHITLEY, 1992b; WHITLEY, 1994). Para corroborar essa afirmativa,

podem ser citados os estudos de NÓBREGA (1991), DALRI (1993), ARAÚJO (1991), SOUSA (1994) e CRUZ (1993).

Em relação às características definidoras para o diagnóstico de ansiedade, “ *preocupações expressas com família, trabalho e equipe cirúrgica* ” - obteve maior frequência, tendo sido relatada por 17 clientes, 85% da amostra. A preocupação é uma importante característica definidora relacionada ao diagnóstico de ansiedade relatada em vários estudos sobre o tema (NÓBREGA, 1991; DALRI, 1993; WAKE et al., 1991; WHITLEY, 1992b). Segundo esta caracterização, estar preocupado demonstra uma certa insegurança do cliente em relação ao futuro (trabalho) pois, segundo os dados demográficos, 7 clientes (35%) da amostra exerciam atividades autônomas (lavrador, pescador, pedreiro e comerciante) e do seu trabalho era tirado o seu sustento e de sua família, e estar internado significava “não produzir”, sendo isto, um forte estressor. A preocupação com a situação presente (equipe cirúrgica) foi relatada por três clientes que manifestaram certa insegurança, especialmente por se tratar de Hospital Universitário, onde há um elevado número de profissionais/estudantes e, em algumas vezes, o cliente nem sequer conheceu precisamente o cirurgião. A preocupação com a família foi um dado relevante na amostra, pois tanto os clientes homens quanto as mulheres explicitaram, de forma clara, o seu vínculo com os filhos, mães ou marido/esposa, referindo-se à separação dos mesmos em decorrência da hospitalização e ao receio em relação ao seu estado de saúde quanto ao cumprimento de suas obrigações financeiras ou domésticas para com eles, após sua alta.



Em seguida, sobressai-se o “*temor de conseqüências inespecíficas*”, referida por 11 clientes (55% da clientela) caracterizado por “medo da morte”, longo período de pré-cirurgia, elevado número de exames, não ter mais saúde, medo de sentir dor no pós-cirúrgico, e pós-cirúrgico em UTI. Estas foram as situações expostas pelos clientes classificadas como temor de conseqüências inespecíficas, cabendo aqui colocar que, diante da brevidade no período de pré-cirurgia (aproximadamente 15 a 20 horas), nos clientes que precisaram passar mais de uma semana aguardando cirurgia, ou por exames incompletos ou por estarem aguardando leito na UTI para as cirurgias de grande porte, a espera acentuou por demais a sua ansiedade.

Foram agrupados como “*sentimento de inadequação*” as referências a ambiente hospitalar, presença de vários profissionais intervindo em seu tratamento, rotina hospitalar, expor o corpo aos profissionais de saúde e a não presença do cirurgião responsável, feitas por 5 clientes (25% da amostra). Com exceção da presença do cirurgião, os outros dados refletem falhas na assistência ao cliente. Essas falhas não só dizem respeito à enfermagem, mas também aos profissionais de saúde que atendem na clínica cirúrgica, pois foi detectado na apresentação profissional ao primeiro contato com o cliente, a ausência de informações acerca da mobilidade no ambiente hospitalar e das rotinas hospitalares. Cabe aqui ressaltar as características da clientela em relação ao baixo grau de instrução, pois 50% são analfabetos e alfabetizados, além de serem em sua maioria do interior do Estado, onde os hábitos culturais nem sempre permitem a aceitação de certos procedimentos. A rotina hospitalar, tão

comum para os profissionais, além de estranha para eles, pode causar-lhes vergonha, angústia, constrangimento e deixá-los desorientados, exigindo desses profissionais maior atenção em relação à educação em saúde e à forma como interagem com esses clientes (GERMANO, 1993).

Outra característica definidora importante e de alta frequência na clientela - 55% (11 clientes), foi o “*isolamento*”, que é um dado não considerado como característica definidora pela NANDA para o diagnóstico de ansiedade. A postura de isolamento caracterizou-se por uma ação deliberada do cliente em manter contato somente com a família nos horários de visita, ou de responder o que lhe era solicitado, permanecendo no decorrer do dia com seus próprios pensamentos, afastado de outros clientes de sua enfermaria. Tendo em vista que 60% (12) dos clientes pesquisados eram do interior do Estado e alguns não tinham parentes ou amigos na cidade, o isolamento decorria de sua própria condição social, pois os mesmos tinham as visitas ou acompanhantes restritas. Os trabalhos de GOMES & CRUZ (1994), WHITLEY (1992b), WAKE et al. (1991), CHIANCA (1993) e ENGLER & ENGLER (1995) detectaram o isolamento como sendo uma forma de resposta negativa ao estresse “ansiedade”, comprovando uma certa imobilidade do cliente para enfrentar a situação estressora.

A “*excitação cardiovascular*”, representada no estudo, pelo aumento de pressão arterial e taquisfiguimia, considerada uma característica definidora crítica por WHITLEY (1994), foi detectada em 5 clientes (25% da amostra). A apreensão, o aumento de tensão e o nervosismo também são considerados

críticos por esta autora e por WAKE et al. (1991). Embora esses dados tenham atingido um percentual pequeno em nossa clientela, também são considerados críticos por estarem diretamente ligados a alterações hormonais e cardiovasculares. Entre essas alterações, destacam-se a hipertensão arterial e doença coronariana, em decorrência da liberação de catecolaminas e corticosteróides na circulação, desencadeada pelo estado de ansiedade em que se encontra o cliente perante à situação estressora de pré-cirurgia, responsável por complicações pós-cirúrgicas tais como arritmias, parada cardíaca e coronaroesclerose (CAMPOS, 1991; SALMON, 1993; ENGLER, ENGLER, 1995).

A "*inapetência*", ocorrida em 9 clientes (45% da clientela), é também um dado não relacionado como característica definidora pela NANDA para a ansiedade. Caracterizou-se pelos relatos e observação do cliente em relação à falta de apetite e à não aceitação das refeições. Este é um dado também confirmado nos estudos de SAAVEDRA & AMADO (1994) e WHITLEY (1992b) e apontado como uma resposta à estimulação simpática, em decorrência do estado de ansiedade do cliente.

Os "*movimentos de automatismo*" caracterizaram-se por onicofagia e movimentos evasivos nos pés e mãos, sendo observados em 3 clientes (15%). A "*inquietação*", encontrada em 3 clientes (15%), foi caracterizada pelos movimentos sucessórios de ida e vinda dentro da enfermaria, ou nas áreas de circulação da clínica. Os clientes acometidos por esta característica permaneciam

no leito só o tempo necessário, dado este também validado nos estudos de WAKE et al. (1991) e WHITLEY (1992b).

A “*insônia*” foi uma característica definidora detectada em 3 clientes (15% da amostra em estudo). Esta é uma característica que, embora encontrada em um pequeno percentual, constitui-se um dado freqüente nos estudos sobre ansiedade e que decorre do estado de alerta em que fica o cliente perante o agente estressor, neste caso específico, a “cirurgia” (WHITLEY, 1992b; WAKE et al., 1991; NÓBREGA, 1991).

Os dados listados nas Tabelas 3 e 4 refletem as várias manifestações do diagnóstico de ansiedade na clientela cirúrgica, das quais 10 (83,3%) foram identificadas como características definidoras da NANDA segundo a Taxonomia I traduzida por NÓBREGA & GARCIA (1994) e 2 (16,7%) que, embora com uma freqüência relativa nos clientes em estudo e referenciadas em outros estudos como citado, ainda não foram validadas pela Taxonomia I da NANDA, merecendo mais pesquisas para que sejam validadas e encaminhadas como proposta para inclusão na NANDA.

Quanto aos **fatores relacionados** para o diagnóstico de ansiedade foram identificados como sendo:

- ameaça no estado de saúde: desencadeada pela realização da cirurgia, em que o risco de vida está presente e a dúvida sobre sua recuperação é uma constante,

e pela presença de outras patologias associadas, detectada em cinco clientes, acentuando o estressor “cirurgia”;

- ameaça ou mudança na função de papel: desencadeada por possíveis alterações em sua função produtiva em decorrência de seqüelas no tratamento cirúrgico, especialmente entre os clientes que já estavam sendo submetidos a cirurgia por duas ou mais vezes para o mesmo diagnóstico, ou que tinham experiência negativa acerca da realização do ato cirúrgico;

- mudança de ambiente: representada pela hospitalização e pela separação da família, manifestado especialmente entre os clientes do interior do Estado (60% da amostra);

- necessidades não atendidas no ambiente hospitalar: identificadas como sendo a abstenção ao fumo e relatos de deficiência na assistência de enfermagem.

A Tabela 5, a seguir, apresenta o diagnóstico de “medo”, com suas respectivas características definidoras.

TABELA 5 - Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem de **MEDO**, em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	CLIENTES																				TOTAL n
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
- Habilidade para identificar o objeto do medo	x	x	x	x	x	x							x		x	x		x	x	x	12
- Apreensão	x	x		x																	3
- Palpitação	x																				1
- Comportamento de fuga				x																	1
- Nervosismo*		x		x									x								2

\* Característica definidora não incluída na NANDA conforme NÓBREGA & GARCIA, (1994).

O diagnóstico de “medo”, listado na Tabela 7, foi incluído na Taxonomia I da NANDA em 1980, recebendo a classificação n.º 9.3.2 do **Padrão de Resposta Humana Sentir** que se refere à consciência emocional subjetiva de uma informação( CRUZ, CRUZ ,1991; MARIA ,1990). Enquanto diagnóstico de enfermagem o medo é descrito como “um estado no qual o indivíduo apresenta um sentimento de temor relacionado a uma fonte identificável, que ele pode verificar” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.137).

Na amostra em estudo, este diagnóstico foi identificado em 12 clientes, representando 60% do total. Para estes clientes, foram relacionadas 5 características definidoras, nas quais quatro estão incluídas na NANDA, são elas: habilidade para identificar o objeto do medo, diagnosticada nos 12 clientes (60%); apreensão, em 3 clientes (15%); palpitações, em 1 cliente (5%) e comportamento de fuga, em 1 cliente (5%). Uma outra característica definidora, não incluída na NANDA e apontada como significativa por 2 clientes (10%), foi o nervosismo.

A “*habilidade para identificar o objeto do medo* “ foi caracterizada pelos clientes como “medo da morte”, “medo de sentir dor” , “medo da anestesia”, “medo da cirurgia” e “medo da infecção hospitalar” . O medo da morte e o medo da cirurgia e anestesia são diagnósticos freqüentes em clientes cirúrgicos na prática de enfermagem, apesar do avanço tecnológico neste campo, cujo objetivo é aprimorar a técnica cirúrgica e anestésica, no intuito de reduzir a morbi-mortalidade no trans-cirurgia e na recuperação. No entanto, estudos demonstram que a realização de uma cirurgia ou experiências cirúrgicas

anteriores são situações únicas para o cliente, não reduzindo seus medos , acentuando-os, se a experiência foi negativa.

O medo de sentir dor no pós-cirurgia, segundo MAGALHÃES(1996), é um diagnóstico presente em toda clientela cirúrgica entre homens e mulheres, e, quanto maior a ansiedade e o medo desses clientes em pré-cirurgia, maior a tensão muscular, a vasoconstricção e a somatização da dor. Ainda em relação ao medo de sentir dor pós-cirurgia, experiências cirúrgicas anteriores, em que a dor se fez presente e não foi aliviada de forma adequada, são fortes estímulos para o desenvolvimento do diagnóstico de medo da dor na situação atual de pré-cirurgia ( MAGALHÃES, 1996).

Ressalto nesses dados um fato novo, que é o “medo da infecção hospitalar” despontando como uma característica definidora relacionada a complicações pós-cirúrgicas, em que a recuperação do cliente está sendo questionada, pois nesse estudo os clientes que referiram este dado, já tinham passado por experiências cirúrgicas negativas, dado este também identificado nos estudos de SOUSA (1994), portanto, um dado recente que diz respeito à situação atual dos serviços de saúde implicando em deficiência na qualidade da assistência prestada ao cliente e aumento do risco de vida referente ao ato cirúrgico.

O medo é um estado de tensão caracterizado por sensações de inquietação, angústia, preocupação, ataques de pânico, fobias e distúrbios



obsessivo-compulsivos, acompanhadas por alterações cardiovasculares decorrentes de intensa atividade cerebral que lançam na circulação quantidades consideráveis de noradrenalina, preparando o organismo para luta ou fuga diante do agente agressor (GOLEMAN, 1995). A cirurgia é um estressor que demanda aceitação por parte do cliente para sua realização, e o fato de estar internado e no período de pré-cirurgia não significa que o cliente esteja preparado para o ato cirúrgico, pois alterações em seu estado geral que levem a complicações pós-cirúrgicas em decorrência do diagnóstico de medo podem vir a surgir.

É importante que a enfermeira atente para detectar dados que caracterizem este diagnóstico quando não expressado pelo cliente, mas manifestado através do sistema nervoso autônomo, por reações de excitação cardiovascular (aumento de pressão arterial e palpitações) detectadas na clientela, e por sintomas subjetivos de apreensão e comportamento de fuga, expressados pela reação de querer dormir para não ver a cirurgia e não sentir dor. O "*nervosismo*" foi um dado observado como exacerbador dos sintomas aqui apontados e colocado por GOLEMAN(1995) como uma resposta somática para o medo.

O **fator relacionado** para os clientes em que foi detectado o diagnóstico de medo, foi a separação de pessoas significativas numa situação potencialmente ameaçadora, identificada pela hospitalização e a realização da cirurgia, em que o risco de vida é iminente e a situação de ameaça é uma constante durante esse período de pré-cirurgia.

A Tabela 6, apresentada a seguir, traz o diagnóstico de enfermagem “risco para infecção” e seus respectivos fatores de risco.

TABELA 6 - Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem **RISCO PARA INFECÇÃO** nos clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H.U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

FATORES DE RISCO	CLIENTES																				TOTAL n
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
- Ansiedade*	x	x		x	x		x	x									x			x	8
- Procedimento invasivo	x	x		x	x		x	x									x			x	8
- Vida sedentária*	x																				1
- Presença de possíveis focos de infecção*	x			x			x	x									x			x	6
- Obesidade*	x			x																x	3
- Presença de doença crônica		x		x																x	3
- Trauma tissular				x				x									x			x	4
- Solução de continuidade na pele					x												x				2
- Uso de agentes farmacológicos		x						x									x			x	4
- Pele seca*							x	x												x	3

\* Características definidoras não incluídas na NANDA conforme NÓBREGA & GARCIA, (1994).

O diagnóstico de risco para infecção foi identificado em 8 clientes (40% da amostra). Para este diagnóstico, foram listados 10 (dez) fatores de risco, dos quais 50% estão incluídos na Taxonomia I da NANDA: procedimento invasivo, presente em 8 clientes (40% da amostra); presença de doença crônica, em 3 clientes (15%); trauma tissular, em 4 clientes (20%); solução de continuidade na pele, em 2 clientes (10%) e uso de agentes farmacológicos, em 4 clientes (20%). Outros fatores de risco não incluídos na NANDA foram detectados na clientela e considerados relevantes para o cliente cirúrgico, são eles: ansiedade, em 8 clientes (40%); vida sedentária, em 1 cliente (5%); presença de possíveis focos de infecção, em 6 clientes (30%); obesidade, em 3 clientes (15%) e pele seca, em 3 clientes (15%).

O risco para infecção foi introduzido na Taxonomia I da NANDA em 1986, recebendo a classificação n.º 1.2.1.1 do **Padrão de Resposta Humana Trocar**, que envolve o metabolismo do organismo, num processo de permuta com o meio físico, onde ocorrem a captação, a transformação e a eliminação de elementos (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990). Enquanto diagnóstico de enfermagem incluído na Taxonomia I da NANDA, o risco para infecção é definido como o “o estado no qual o indivíduo está com o risco aumentado para ser invadido por organismos patogênicos” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.21).

As infecções em cirurgia se constituem em complicações graves, por colocarem em risco a vida do cliente, em decorrência da elevada taxa de

mortalidade e morbidade, aumentando, também, os custos hospitalares em relação a tempo de permanência, medicação necessária, exames complementares e procedimentos diagnósticos invasivos para o diagnóstico efetivo (BACELAR et al., 1992).

O Manual de Informes Técnicos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo considera que, em cirurgias limpas o risco de infecção deve variar em torno de 1,5 a 5,1%, e, em cirurgia potencialmente contaminada esse percentual aumenta para 7,7 a 10,8% (apud LACERDA et al., 1992). Outros fatores considerados importantes para avaliar o risco de infecção da ferida segundo LACERDA et al. (1992), são: idade, qualidade e tipo de procedimento, duração da cirurgia, número de diagnósticos, doenças subjacentes, uso prévio de antibióticos, dentre outros. Ainda se tratando de risco para infecção no cliente cirúrgico, a literatura destaca as infecções urinárias que decorrem principalmente da contaminação do cateter vesical, e as infecções respiratórias que, em cirurgias abdominais altas, ocorrem em número mais elevado, em decorrência da inibição da tosse no pós-cirurgia e da diminuição do volume da capacidade pulmonar (FARESIN, PEREIRA, 1995; BACELAR et al., 1992; HALABECHEREM, 1995; LACERDA et al., 1992).

O risco para infecção, a priori, poderia ser um diagnóstico em potencial atribuído a toda clientela cirúrgica, pois o cliente cirúrgico é um dos mais susceptíveis à aquisição de infecção hospitalar, por ser a infecção uma complicação inerente ao ato cirúrgico e pelo fato de estar o cliente se

submetendo a procedimentos invasivos, caracterizados não só pela incisão cirúrgica mas também por cateterização, punção, tricotomia, entubação com assistência ventilatória, entre outros (LACERDA et al., 1992). No entanto, este diagnóstico foi consolidado somente em oito clientes por merecer outros dados significativos segundo a Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico, critério adotado para validação dos diagnósticos neste estudo, além dos procedimentos invasivos referidos.

Na verdade, este é um diagnóstico em potencial que descreve um estado alterado ainda não presente, mas que poderá ocorrer se não forem adotadas medidas interventoras eficazes, vez que a enfermeira tem um papel de destaque no controle das infecções hospitalares que atingem o cliente.

Dentre os fatores de risco listados destacam-se a “ansiedade” e o “procedimento invasivo” como dados presentes em 8 clientes (40% da amostra). Embora a ansiedade não esteja incluída como um fator de risco para o diagnóstico de infecção, cabe aqui ressaltá-la a partir da discussão anterior sobre este diagnóstico, atentando para os distúrbios hormonais a que está sujeita essa clientela em decorrência do estresse cirúrgico. Esses distúrbios hormonais segundo a literatura podem levar à supressão da resposta imune nos clientes cirúrgicos no pós-cirurgia, tornando-os mais susceptíveis às infecções (FARESIN, PEREIRA, 1995; BACELAR et al., 1992; ABECASIS, 1991).

O “*procedimento invasivo*”, caracterizado pela incisão cirúrgica, punções, tricotomia, cateterismo entre outros, constitui-se em fonte de infecção, não sendo, no entanto, apenas a presença desses fatores que leva à instalação da infecção. É necessário determinarem-se dados em relação à patogenicidade do agente agressor, à resistência do hospedeiro, ao ambiente hospitalar e às equipes cirúrgica e de enfermagem, que se constituem em principais fatores exógenos de contaminação da ferida (BACELAR et al., 1992; LACERDA et al., 1992).

A “*vida sedentária*”, diagnosticada em uma cliente foi apontada como fator de risco para o desenvolvimento de infecção, dada a ausência de atividades físicas, o que levaria a um retardo na recuperação em decorrência da inatividade fisiológica do organismo, tendo em vista que a mobilização precoce favorece o restabelecimento do cliente em sua vida ativa normal.

A “*presença de possíveis focos de infecção*” em 6 clientes (30%) foi representada por cáries dentárias, micose nas unhas, prurido e escoriações na pele, tinea na região inguinal, assaduras infra-mamárias e processo irritativo nas pregas inguinais. Esses dados são fatores endógenos que se constituem em portas de entrada para infecção da ferida, se não detectados e tratados antes da realização da cirurgia. Esses dados ganham maior relevância quando a literatura coloca que 70% a 80% das infecções hospitalares provêm de microorganismos da própria flora humana normal (HALABE-CHEREM et al., 1995; LACERDA et al., 1992).

A “*obesidade*”, encontrada em 3 clientes (15%), é um fator de risco para cirurgia, por favorecer a deiscência cirúrgica, a infecção da ferida e a infecção respiratória, em decorrência da diminuição da capacidade residual funcional e volume de reserva, que diminuem com o aumento de peso (FARESIN, PEREIRA, 1995; BACELAR et al., 1992).

A “*presença de doença crônica*” associada foi detectada em 3 clientes (15% da amostra), sendo incluídos o diabetes, a hipertensão arterial e a doença renal, pois, segundo BACELAR et al. (1992) e FARESIN & PEREIRA (1995), a presença destas patologias é considerada de alto risco cirúrgico, por elevarem a morbidade e a mortalidade pós-cirúrgica, em decorrência da sua vinculação com as funções vitais orgânicas.

A “*solução de continuidade*” foi detectada em 1 cliente (5%) que tinha se submetido anteriormente a várias cirurgias e estava portando um processo inflamatório em decorrência da rejeição de pontos na região abdominal, local da incisão cirúrgica onde fora realizada a última cirurgia. Este é um dado que, além de tornar o cliente mais susceptível ao desenvolvimento de infecções, demonstra sua sensibilidade ao ato cirúrgico, o que deve redobrar a atenção da equipe de profissionais que o assistem, com vistas a sua recuperação.

O “*uso de agentes farmacológicos*”, observado em 4 clientes (20%), constou do uso de antibióticos e anticoagulantes. Segundo a literatura, a cobertura de antibióticos no período pré-cirúrgico deve ser realizada com cautela,



para que seja evitada a resistência a microrganismos no pós-cirurgia, propiciando o desenvolvimento de infecções de difícil tratamento (BACELAR et al., 1992; LACERDA et al., 1992).

A “*pele seca*”, registrada em 3 clientes (15%), foi incluída por ser um fator que torna a pele mais sensível a rachaduras e escoriações, tornando-se um foco endógeno de infecção para o cliente cirúrgico.

A relação de fatores de risco para o diagnóstico de “risco para infecção” listados na Tabela 5, aponta dados que tornam o cliente susceptível a desenvolver infecção pós-cirurgia, sendo 50% (5) desses dados validados pela Taxonomia I da NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994) e reafirmados no estudo de GUEDES et al. (1996), e 50% detectados na clientela e considerados importantes, tendo sido referenciados por autores na literatura cirúrgica.

Como **fatores relacionados** para este diagnóstico, foram identificados:

- defesa primária insuficiente, pela presença de possíveis focos de infecção, solução de continuidade e trauma tissular; e
- defesa secundária insuficiente, pela supressão da resposta inflamatória na presença da ansiedade, obesidade e diabetes.

Diante do estabelecimento de um diagnóstico em potencial como é o “risco para infecção” e de suas complicações, caso o mesmo venha a ser confirmado, implicando em risco de vida para o cliente e queda na qualidade do serviço, cabe o envolvimento não só da enfermeira mas de toda a equipe cirúrgica, no sentido de empreender medidas que objetivem a prevenção da infecção pós-cirúrgica.

A seguir, apresenta-se a Tabela 7, que traz o diagnóstico de “constipação” com suas respectivas características definidoras.

TABELA 7- Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem **CONSTIPAÇÃO** em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	CLIENTES																				TOTAL n
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
- Refere ausência de evacuações há mais de 03 dias				x		x				x		x	x					x			6
- Presença de fezes ressequidas				x		x				x			x								4
- Refere esforço para evacuar				x		x				x		x	x					x			6
- Inapetência										x			x					x			3
- Uso de laxantes																		x			1
- Relato de sensação de reto cheio																		x			1

O diagnóstico de “constipação” foi detectado em 6 clientes, representando 30% da amostra. Para este diagnóstico, foram listadas seis características definidoras, nas quais todas estão incluídas na Taxonomia I da NANDA, são elas: ausência de evacuação por mais de três dias, encontrada nos 6 clientes (30%); presença de fezes ressequidas, em 4 clientes (20%); esforço para evacuar, nos 6 clientes (30%); inapetência, em 3 clientes (15%); uso de laxantes, em 1 cliente (5%); e relato de sensação de reto cheio, em 1 cliente (5%).

A constipação, enquanto diagnóstico de enfermagem decorrente de estressores pré-cirúrgicos, justifica-se mediante as alterações gastro-intestinais a que está sujeita a mucosa, em virtude de distúrbios emocionais advindos da elevação de taxas hormonais na circulação e conseqüente alteração de pH gástrico, deixando o cliente susceptível a diarreias e/ou constipação. Entretanto, a constipação pode também se dar em conseqüência da patologia hepatobiliar e distúrbios metabólicos a que estavam sujeitos estes clientes.

A constipação foi incluída na Taxonomia I da NANDA em 1975 e está classificada sob o n.º 1.3.1.1 dentro do **Padrão de Resposta Humana Trocar**, definido por CRUZ & CRUZ (1991) e MARIA (1990) como uma resposta que envolve o metabolismo do organismo, num processo de permuta com o meio físico, onde ocorre a captação, a transformação e a eliminação de elementos. A NANDA define o diagnóstico de “constipação” como “estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança nos hábitos intestinais normais, caracterizado por

uma diminuição na frequência e/ou na eliminação de fezes endurecidas e secas” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.27).

Dentre as características definidoras listadas para o diagnóstico de constipação, destacam-se a “ausência de evacuações por mais de três dias” e o “esforço para evacuar”, referidos pelos seis clientes acometidos por este diagnóstico. A “inapetência” observada em três clientes, é traduzida na NANDA como apetite prejudicado. Nos clientes em estudo, foi identificada como falta de apetite, relatada por estes e constatada durante o acompanhamento realizado no período pré-cirúrgico.

A “presença de fezes secas” relacionada na Tabela 7, foi citada como um dado importante decorrente de seqüela da constipação crônica e esforço para evacuar. O “uso de laxantes”, detectado em uma cliente, demonstra a automedicação à qual os clientes estão sujeitos, o que chama a atenção para a educação em saúde e hábitos saudáveis de vida.

Os **fatores relacionados** para este diagnóstico nos clientes em estudo, foram identificados como:

- alteração no padrão alimentar, em decorrência de alimentação inadequada e hábitos incorretos, advindos da cultura presente na população nordestina e do baixo nível de informação da clientela, em que verduras e fibras não são constantes em sua dieta alimentar;

- alteração no estilo de vida, em decorrência da patologia cirúrgica e hospitalização; e
- vida sedentária, diagnosticada em uma cliente, na qual o sedentarismo caracteriza-se pela redução das atividades físicas, causando peristaltismo intestinal inadequado, levando a constipação.

A Tabela 8 mostra o diagnóstico de “distúrbio no padrão de sono” e suas respectivas características definidoras identificadas na amostra.

TABELA 8 - Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem **DISTÚRPIO NO PADRÃO DE SONO**, em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal, no H. U.- UFMA, em São Luís- MA, nos meses de maio e junho de 1996.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	CLIENTES																				TOTAL n
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
- Refere dificuldade para dormir								x	x									x			3
- Refere sono interrompido								x	x									x			3
- Presença de olheiras								x	x									x			3
- Pálpebras caídas									x									x			2
- Mudança de comportamento																		x			1

O diagnóstico de “distúrbio no padrão de sono” foi incluído na Taxonomia I da NANDA em 1980, e está classificado sob o n.º 6.2.1 pertencente ao **Padrão de Resposta Humana Mover**, referente à capacidade de executar ações voluntárias (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990), sendo definido pela NANDA como “estado no qual o indivíduo apresenta alteração no período do sono, causando desconforto ou interferindo no estilo de vida desejado” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p. 100).

Dentre os clientes em estudo, 3 (15%) apresentaram este diagnóstico, para o qual foram registradas 5 características definidoras: dificuldades para dormir, sono interrompido e presença de olheiras, detectadas nos 3 clientes (15%); pálpebras caídas, em 1 cliente (5%) e mudança de comportamento, em 1 cliente (5%). Todas estas características estão incluídas na NANDA.

O distúrbio no padrão de sono, embora seja uma característica freqüente em clientes submetidos a situações estressantes, só foi detectado em 15% da clientela, sendo a cirurgia e a hospitalização fatores desencadeantes deste diagnóstico. Pois os clientes em que este diagnóstico foi firmado passaram mais de uma semana em período pré-cirúrgico e o hospital não desenvolve trabalhos com sua clientela no sentido de aliviar a tensão pré-cirúrgica, ficando os mesmos à mercê de seus pensamentos e de seus métodos de enfrentamento, gerando distúrbios orgânicos, tais como mal-estar geral e mudança de comportamento, esta última identificada em uma cliente,



manifestada por atitudes de inquietação e irritabilidade, refletindo-se na recuperação pós-cirurgia.

O sono é uma necessidade básica do indivíduo por ser um processo restaurador do organismo de todos os seres humanos. CLANCY & McVICAR (1995), em seus estudos acerca do **ritmo circadiano** (periodicidade das funções psicofisiológicas do indivíduo em 24 horas), afirmam que o indivíduo tem um “*certo controle*” sobre o ciclo adormecer/acordar, sendo este “controle” regulado pela base endógena (genética) do ritmo circadiano que se altera pelas informações do meio ambiente.

Neste estudo, a hospitalização e a cirurgia são fatores externos que perturbam o ritmo circadiano, por estarem fora do padrão normal de atividades diárias do cliente.

Segundo CLANCY & McVICAR (1995), no processo fisiológico normal de adormecer/acordar os corticosteróides são responsáveis pelo acordar. Nesse sentido, o estado de estresse pré-cirúrgico, que demanda aumento de corticóides na circulação, pode induzir o cliente a um estado de alerta, gerando a insônia, caracterizando um ritmo circadiano assincrônico. O distúrbio no padrão de sono, além de alterar as funções vitais do cliente, pode conduzir a um maior consumo de sedativos e tranqüilizantes, retardando assim seu processo de recuperação, deixando-o susceptível a infecções.

Os **fatores relacionados** para este diagnóstico foram identificados como alterações sensoriais internas, em decorrência do estresse psicológico originado pela situação de pré-cirurgia, e alterações sensoriais externas, advindas da mudança ambiental caracterizada pela hospitalização.

A Tabela 9, a seguir, mostra o diagnóstico “manutenção do estado de saúde alterado” e as características definidoras apontadas na clientela em estudo.

TABELA 9 - Características definidoras para o Diagnóstico de Enfermagem **MANUTENÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

**ALTERADO**, em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	CLIENTES																				TOTAL n	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
- Dificil acesso aos serviços de saúde*	x																					1
- Falta de conhecimento sobre as práticas de saúde	x											x									x	3
- Falta de equipamentos, e de sistemas de apoio pessoal	x											x									x	3
- História de falta de comportamento em busca da saúde												x									x	2

\* Característica definidora não incluída na NANDA conforme NÓBREGA & GARCIA (1994).

A Tabela 9 traz o diagnóstico “manutenção do estado de saúde alterado” , detectado em 3 clientes (15% da amostra). Este diagnóstico foi incluído na Taxonomia I da NANDA em 1982, e está classificado sob o n.º 6.4.2 no **Padrão de Resposta Humana Mover**, que se refere à capacidade do cliente em executar ações voluntárias (CRUZ, CRUZ ,1991; MARIA, 1990). A NANDA define a manutenção do estado de saúde alterado como “um estado no qual o indivíduo apresenta inabilidade para identificar ou resolver problemas de saúde, ou para buscar ajuda para manter a saúde” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.103).

Foram identificadas 4 características definidoras para este diagnóstico, listadas na Tabela 9. Dentre estas, três estão incluídas na NANDA: falta de conhecimentos sobre as práticas de saúde e falta de equipamentos, finanças, ou de sistemas de apoio pessoal, identificada em 3 clientes (15%), e história de falta de comportamento em busca da saúde, identificada em 2 clientes (10%). Uma outra característica, apontada por 1 cliente (5%) e não incluída na NANDA, foi o difícil acesso aos serviços de saúde.

O diagnóstico de manutenção do estado de saúde alterado advém da especificidade da amostra, em que 10 clientes (50%) estão classificados entre analfabetos e alfabetizados e 90% (18) são de baixa renda, dificultando sua recuperação pós-cirurgia quando do retorno ao seu lar, pois esta poderá ser afetada pelo fator sócio-econômico e cultural a que os clientes estão submetidos. Os clientes nos quais foram detectados este diagnóstico são do interior do Estado

onde outro fator que contribui para enfatizá-lo é o “*difícil acesso aos serviços de saúde*” referido por uma cliente, fato este que atinge não só aos clientes da zona rural, mas também aqueles que moram na periferia da cidade. Reitera-se aqui, que 12 clientes (60% ) são do interior do Estado, portanto, podem estar submetidos a este diagnóstico, acrescentando-se a dificuldade de seu acompanhamento e de sua recuperação pós-cirurgia, em decorrência de suas condições financeiras, visto que 90% deles percebem até 2,5 salários mínimos. Isto o impede de retornar para avaliações posteriores, não se podendo precisar o nível de informações por eles obtidas, que os preparasse para o autocuidado.

A “*história de falta de comportamento em busca da saúde*” foi colocada em virtude das condições precárias de higiene observada em duas clientes, em relação à cavidade oral (ausência de dentes e presença de cáries profundas), micose corporal, sujeira nas unhas e seborréia no couro cabeludo. Este é um aspecto que mostra o quanto os serviços de saúde estão distantes da população, não só na localização mas, sobretudo, em informações básicas de educação em saúde (higiene, saneamento, alimentação e outros).

A manutenção do estado de saúde alterado foi também identificado nos trabalhos de CRUZ (1989), NÓBREGA (1991) e ARAÚJO (1991), que caracterizaram o baixo nível de instrução e renda da clientela estudada. Tratando-se de cliente cirúrgico, este é um dado de fundamental importância em decorrência da recuperação pós-cirúrgica depender dele e de sua família, fato que pode comprometer ou não o sucesso da cirurgia.

Como **fatores relacionados** para este diagnóstico, foram identificados a falta de recursos materiais e estratégias ineficazes de resolução individual, em decorrência da limitação cognitiva dos clientes afetados por este diagnóstico e de suas formas de apresentação/condições de higiene.

A Tabela 10, a seguir, mostra o diagnóstico “risco para mobilidade física prejudicada”, e seus respectivos fatores de risco nos clientes em estudo.

TABELA 10 - Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem **RISCO PARA MOBILIDADE FÍSICA**

**PREJUDICADA** , em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal no H. U.- UFMA, em São Luís-MA, nos meses de maio e junho de 1996.

FATORES DE RISCO	CLIENTES																				TOTAL n	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
- Realização da cirurgia abdominal de grande porte*									x				x									2
- Amplitude limitada de movimentos									x				x									2
- Relutância em tentar movimentar-se									x													1
- Inabilidade para movimentação dentro do ambiente físico													x									1
- Restrição de movimentos impostos pela prescrição ou razões mecânicas														x								1

\*Característica definidora não incluída na NANDA conforme NÓBREGA & GARCIA (1994).

O diagnóstico de enfermagem “risco para mobilidade física prejudicada” foi identificado em 2 clientes (10% da amostra) e foi estabelecido como um diagnóstico de risco, pela possibilidade desses clientes virem a apresentá-lo no período pós-cirúrgico. A classificação do diagnóstico em real, de risco ou potencial, ou possível, é uma classificação determinada pela enfermeira após avaliação de seu cliente e adotada pela NANDA pois, em relação a este diagnóstico a Taxonomia I conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994), define o diagnóstico de “mobilidade física prejudicada” e não “risco para mobilidade física prejudicada”.

O diagnóstico mobilidade física prejudicada está incluído na NANDA desde 1973 sob a classificação n.º 6.1.1.1 no **Padrão de Resposta Humana Mover**, que se refere à capacidade de executar ações voluntárias (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990). A NANDA define a mobilidade física prejudicada como “um estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.95).

A Tabela 10 lista 5 fatores de risco para este diagnóstico, dentre estes, quatro estão incluídos na NANDA e são: amplitude limitada de movimentos e relutância em movimentar-se, identificada em 2 clientes (10%); inabilidade para movimentação significativa dentro do ambiente físico e restrição de movimentos impostos pela prescrição, identificadas em 1 cliente (5%). Um outro fator de risco, considerado importante neste diagnóstico e específico para o cliente cirúrgico, é a realização da própria cirurgia abdominal e de grande porte, à qual se



submeteriam os respectivos clientes, portanto, este é um dado não incluído na NANDA.

As “*cirurgias abdominais altas*”, de forma geral interferem na mobilização precoce pós-cirurgia, em decorrência da dor e da participação da parede abdominal na movimentação do tronco e na manutenção da postura. A deambulação tem influência significativa sobre as incisões abdominais recentes, devido à tensão originada no ato da marcha, que se transmite pelos músculos da parede abdominal. Este é um fator que leva os clientes à “*relutância em movimentar-se*” e à “*amplitude limitada de movimentos*”, em consequência da lesão de estruturas como secção de pele, músculos, fâscias, peritônio e vísceras, que levam a estímulos algícos intensos, crescendo-se, ainda, a falta de informação desses clientes em relação a sua postura no pós-cirurgia (DOBBRO et al., 1994).

A “*inabilidade para movimentação significativa dentro do ambiente físico*” e a “*restrição de movimentos impostos pela prescrição e/ou razões mecânicas*” foram determinadas diante do porte da cirurgia, que exigia um pós-cirúrgico em Unidade de Terapia Intensiva, e as várias conexões a que os mesmos iriam ser submetidos, tais como sondas, drenos, venóclise e outros aparelhos. A redução da mobilidade física pós-cirurgia, além de interferir diretamente na deambulação precoce, retarda o processo de cicatrização da ferida e pode levar o cliente a desenvolver infecção respiratória, cuja frequência é acentuada, nas cirurgias abdominais, pela diminuição do reflexo da tosse e

conseqüente acúmulo de secreções nas vias respiratórias (FARESIN, PEREIRA, 1995; LACERDA et al., 1992).

Como **fatores relacionados** para este diagnóstico, que é potencial, foram identificados a dor, o desconforto e a força e resistência diminuídas, em decorrência da incisão cirúrgica abdominal e dos planos que são acometidos durante o ato cirúrgico, impedindo assim a mobilização precoce pós-cirurgia.

Os diagnósticos a seguir, foram detectados em uma única cliente, motivo pelo qual não seria necessário sua apresentação em quadro.

O primeiro diagnóstico detectado em uma única cliente, denominada de cliente n.º 02, foi o diagnóstico de “**recusa**”, incluído na Taxonomia I da NANDA desde 1973, e classificado sob o n.º 5.2.1.1 no **Padrão de Resposta Humana Escolher**, que envolve a seleção de alternativas (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990). O diagnóstico de recusa é definido pela NANDA, como um “estado no qual o indivíduo resolve deliberadamente, não aderir à recomendação terapêutica” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.92).

Este diagnóstico foi detectado em uma cliente portadora de Diabetes mellitus e a “recusa” dizia respeito ao seguimento do tratamento para diabetes e não ao tratamento cirúrgico, sendo o mesmo registrado aqui, dada a permanência de altas taxas de glicose sangüínea (290 a 350 mg/dl) e a perda

ponderal da cliente, o que poderia comprometer o tratamento cirúrgico e sua recuperação.

Para este diagnóstico, foram detectadas 4 características definidoras, todas elas incluídas na Taxonomia I da NANDA e que são as seguintes:

- comportamento indicativo de falha em aderir a terapêutica recomendada, segundo seus filhos;
- evidência da exacerbação de sintomas através de taxas permanentes de hiperglicemia;
- falha na evolução do tratamento e testes objetivos, revelando o não seguimento da terapêutica.

O diagnóstico de “recusa” é discutido por CRUZ (1993), como inadequado na literatura de enfermagem, por colocar em cheque a assistência, que deve ter por meta fazer com que o cliente administre seu problema de saúde, mais especificamente na presença de doenças crônicas; e, também, por colocar o cliente como único responsável pelo seu tratamento, retirando a responsabilidade dos serviços de saúde.

Como **fator relacionado** para o diagnóstico de recusa registrou-se o sistema de valores da cliente, com relação a influências culturais e suas crenças sobre a saúde, ou seja, a cliente faz uso da medicação de forma irregular

e não segue a dieta, embora os sintomas estejam presentes de forma objetiva (perda ponderal e hiperglicemia) e o apoio da família seja uma constante.

Outro diagnóstico identificado em uma única cliente, definida por cliente de n.º 19, foi o diagnóstico “**estratégia defensiva de resolução**”, incluído na Taxonomia I da NANDA em 1988, e classificado sob n.º 5.1.1.1.2 no **Padrão de Resposta Humana Escolher**, que envolve a seleção de alternativas (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990). Este diagnóstico é definido pela NANDA como “um estado no qual o indivíduo repetidamente projeta uma auto-avaliação falsamente positiva baseada em um padrão de autoproteção, que o defende de ameaças subjacentes e percebidas à sua auto-estima” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.84).

O diagnóstico de estratégia defensiva de resolução foi identificado diante da postura da cliente perante os profissionais de saúde que a assistiam, demonstrado por atitudes estabelecidas aqui como características definidoras para este diagnóstico, todas elas incluídas na Taxonomia I da NANDA: riso hostil e ridicularização de outras pessoas, dificuldades em estabelecer ou manter relacionamento com equipe de profissionais, arrogância e presunção.

Esse tipo de comportamento manifestado pela cliente pode ser uma forma agressiva de expressar seu medo. ABECASIS (1991), em seu trabalho sobre “cirurgia e estresse”, relata vários tipos de manifestações do estresse pré-cirúrgico, dentre eles a “resposta contrafóbica”, que se assemelha a

essa postura e implica em riscos pós-cirurgia, pois geralmente são clientes que exigem uma sobredose de ansiolíticos e anestésicos, e em que a agressividade reflete um medo que a “mente” não quer admitir.

A reação hostil aos profissionais, residentes, enfermeiras e auxiliares de enfermagem pode ser entendida como uma forma de enfrentamento ao estressor “cirurgia” e ao ambiente hospitalar estranho, pois a cliente que manifestou este diagnóstico era profissional de enfermagem (nível auxiliar) e esta era sua segunda cirurgia. A primeira cirurgia, entretanto, tinha sido realizada no hospital onde trabalhava, sendo os profissionais pessoas amigas e o ambiente, o seu local de trabalho. A situação atual era diferente e achava que não estava sendo tratada de forma adequada. Na verdade, os profissionais de saúde quando na posição de **clientes**, tendem a uma postura negativa perante as normas e rotinas impostas pela Instituição, pois sempre acham que é o “profissional” que está ali no leito, e não um cliente sob os cuidados de outros profissionais, e que deve partilhar do tratamento no sentido de atuar como facilitador para que o mesmo seja eficaz. ABECASIS (1991) e WHITLEY (1992a) expõem que desenvolver atitudes defensivas de resolução, além de deixar a equipe de saúde pouco à vontade, leva a reações negativas no pós-cirurgia, dificultando a recuperação, pois geralmente são clientes “difíceis” que, por sua vez, requerem doses elevadas de analgésicos e ansiolíticos para reduzirem a ansiedade.

Como **fator relacionado** para este diagnóstico, foi identificado o sistema de suporte psicossocial inadequado, traduzido por relações interpessoais insatisfatórias, em decorrência da postura de hostilidade perante os profissionais de saúde.

Um terceiro diagnóstico de enfermagem também detectado em uma única cliente, denominada de cliente n.º 20, foi o **“risco para padrão respiratório ineficaz”**. Este também é um diagnóstico classificado como de “risco”, pela possibilidade dessa cliente vir a apresentá-lo no período pós-cirúrgico, pois o diagnóstico definido pela NANDA é de “padrão respiratório ineficaz”. O diagnóstico padrão respiratório ineficaz faz parte da Taxonomia I da NANDA desde 1980 e está classificado sob o n.º 1.5.1.3 no **Padrão de Resposta Humana Trocar**, que envolve o metabolismo do organismo, num processo de permuta com o meio físico, onde ocorre a captação, a transformação e a eliminação de elementos (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990). A NANDA define o padrão respiratório ineficaz como um “estado no qual o indivíduo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não produz enchimento ou esvaziamento pulmonar adequado” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p.46).

Para este diagnóstico, foram identificados 6 fatores de risco dos quais dois (33,3%) estão incluídos na NANDA e são tosse e alteração na expansão torácica. Os fatores de risco não incluídos na NANDA são: cirurgia

abdominal de grande porte, obesidade, vida sedentária e imobilidade prolongada.

O risco para padrão respiratório ineficaz poderia ser atribuído a todos os clientes submetidos a cirurgias abdominais altas, pelo comprometimento da musculatura abdominal e sua importância na respiração. No entanto, este diagnóstico foi firmado em uma única cliente pelos riscos iminentes apresentados para o desenvolvimento pós-cirurgia de problemas respiratórios. Vale ressaltar que, embora o padrão respiratório ineficaz não tenha tido significância nesta amostra, a ansiedade e o medo são fatores que alteram a respiração, sendo esta a primeira necessidade a ser afetada pelo estresse, ainda que não seja identificada/reconhecida pelos clientes (SANTOS, 1990).

Em relação aos fatores de risco apontados, a cliente apresentou “tosse” produtiva no período pré-cirúrgico e a “alteração na expansão torácica” foi um dado potencial colocado pela iminência da cirurgia abdominal, que por sua vez reduz a capacidade vital em 50% a 60% do valor normal no período pós-cirúrgico (FARESIN, PEREIRA, 1995).

A “obesidade” é vista na literatura como um dos principais fatores de risco no pós-cirurgia para complicações pulmonares, em decorrência da diminuição progressiva da capacidade residual funcional e do volume de reserva, conseqüências do aumento de peso (FARESIN, PEREIRA, 1995). A “vida sedentária” e a “imobilidade prolongada” são fatores susceptíveis ao

desenvolvimento de infecções respiratórias, já comentadas anteriormente, que são as mais freqüentes no pós-cirurgia dentre as infecções em cirurgia geral e ainda retardam o processo de cicatrização da ferida (DOBBRO et al., 1994; HALABE-CHEM, 1995).

Como **fatores relacionados** para o diagnóstico de “risco para padrão respiratório ineficaz”, foram identificados a dor, a fadiga pós-cirurgia e a atividade neuromuscular prejudicada em virtude da realização da cirurgia.

O quarto e último diagnóstico validado neste estudo, identificado na cliente de n.º 14, foi o diagnóstico de “**excesso de volume líquido**”, incluído na Taxinomia I da NANDA em 1982, sob a classificação n.º 1.4.1.2.1 no **Padrão de Resposta Humana Trocar**, que envolve os sistemas de controle do corpo num processo de permuta com o meio físico, onde ocorre a captação, a transformação e a eliminação de elementos (CRUZ, CRUZ, 1991; MARIA, 1990). O excesso de volume líquido é definido pela NANDA como “um estado no qual o indivíduo experimenta aumentada retenção de líquidos e edema” (Traduzido por NÓBREGA & GARCIA, 1994, p. 40).

Este diagnóstico foi identificado em uma cliente com cálculo renal, com as seguintes características definidoras: edema de membros inferiores, oligúria, ansiedade e inquietação, todas estas características estão incluídas na Taxonomia I da NANDA.



A presença de outra patologia associada mostrou ser, no cliente cirúrgico, um ponto de alta sensibilidade e exacerbação ao estressor cirurgia, por ser mais uma “preocupação” do cliente, especialmente quando a patologia associada compromete os mecanismos reguladores do organismo, como no caso da doença renal que, segundo FARESIN & PEREIRA (1995), contribui para aumentar a morbi-mortalidade pós-cirúrgica. O edema de membros inferiores e a oligúria acentuaram a inquietação e ansiedade da cliente, tendo em vista que não estava tendo suporte clínico para seu problema renal, o que a deixava num estado permanente de alerta requerendo, por parte da enfermeira e equipe cirúrgica, maior atenção no período de pré-cirurgia.

O **fator relacionado** para este diagnóstico foi registrado como sendo o comprometimento dos mecanismos reguladores em decorrência do cálculo renal, que vai exigir um tratamento posterior ao atual (colecistectomia).

Os diagnósticos levantados aqui demonstram a necessidade de organização dos serviços para que a assistência seja direcionada ao cliente a quem se dirige o cuidado. Ao identificar a ansiedade, o medo, o risco para infecção, a constipação, o distúrbio no padrão de sono, a manutenção do estado de saúde alterado, o risco para mobilidade física prejudicada, a recusa, a estratégia defensiva de resolução, o risco para padrão respiratório ineficaz e o excesso de volume líquido, **enquanto diagnósticos de enfermagem**, este estudo endossa dados reais baseados nas experiências dos clientes, o que traz para nós, profissionais, a possibilidade de enriquecer a prática com as

necessidades de saúde dos clientes, a partir da sua percepção. Para tanto, é necessário usar métodos adequados de assistir, os quais permitam desfrutar dessa experiência, pois nos serviços de saúde ainda prevalece a visão de que só os profissionais são os detentores do “saber” e perde-se a chance de descobrir o quanto se pode apreender com os clientes (JOSEPH-KINZELMAN et al., 1994).

O estresse pré-cirúrgico leva a sérios danos e complicações pós-cirurgia, pondo em risco a vida do cliente. Os dados levantados neste estudo alertam para atuar com uma clientela que tem como principal causa de estresse a “ameaça a sua vida”, e em que as intervenções em cima dos diagnósticos apontados têm como objetivo reduzir a medicalização e o tempo de permanência hospitalar pós-cirurgia, evitar complicações pós-cirúrgicas e facilitar a recuperação e a volta do cliente ao lar e ao trabalho.

Estudos desenvolvidos nesta linha vêm mostrar a eficácia do serviço de enfermagem quando atua de forma direcionada ao cliente, como por exemplo, os trabalhos de SOUSA (1995), GOMES & CRUZ (1994), GABERSON (1995), GOOD (1995) e WINTER et al. (1994) que entrevistaram sobre a ansiedade do cliente cirúrgico, por meio de medidas de educação para a saúde, técnicas de relaxamento individuais e/ou grupais, música e humor, obtendo resultados positivos pós-cirurgia. Entre tais resultados, estão a redução da medicação pré-anestésica e a da medicalização pós-cirúrgica em relação a dor, náuseas e vômitos, evitando situações que precipitem a exacerbação do estresse e efeitos

cardiovasculares por ele causados. São também reduzidos o tempo de permanência hospitalar e, conseqüentemente, os custos hospitalares.

Torna-se importante ressaltar que os diagnósticos aqui identificados foram validados não só na literatura de enfermagem como também na literatura acerca do cliente cirúrgico, em cirurgia geral, relevando sua importância. Além disso, não se deve perder de vista que a qualidade dos serviços de saúde reflete-se na qualidade de vida do cliente (população), sobre o qual a enfermagem desenvolve papel fundamental, tanto no nível hospitalar quanto atuando na rede básica de saúde.

## CAPÍTULO 5

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os resultados aqui registrados levam à compreensão de que, independente do referencial teórico utilizado, se pode chegar aos diagnósticos de enfermagem. O propósito deste estudo foi identificar diagnósticos de enfermagem relacionados a estressores pré-cirúrgicos e, para esse fim, adaptou-se o instrumento de coleta de dados com base no referencial de NEUMAN (1982). Foram validados 11 (onze) diagnósticos de enfermagem segundo os critérios estabelecidos previamente, conforme a terminologia da Taxonomia I da NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994) e a Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico (CRUZ, 1993, p.29 ).

O Modelo de NEUMAN, utilizado neste estudo, possibilitou conhecer a complexidade que envolve o cliente cirúrgico e conseqüentemente o processo de cuidar do mesmo, apontando diagnósticos referentes a estressores pré-cirúrgicos. O cliente cirúrgico, porém, requer satisfação de necessidades além do estresse pré-cirúrgico, tais como, assistência nos períodos pré, trans e pós-cirúrgico. Aqui, no entanto, o estudo foi limitado à situação de estresse vivenciada pelo cliente no período pré-cirúrgico, apesar de se reconhecer que a abordagem ao cliente cirúrgico exige atuação mais completa, que contemple assistência integral ao cliente, com o propósito de estimar fatores de risco

cirúrgico, tentando eliminá-los quando possível ou atenuá-los, tendo em vista a redução da morbi-mortalidade pós-cirúrgica.

Os diagnósticos da Taxonomia I da NANDA validados neste estudo, segundo NEUMAN (1982), originaram-se dos seguintes estressores:

- Estressores intrapessoal psicológico ( realização da cirurgia, experiência cirúrgica negativa, abstenção do fumo, hospitalização e medo ): deram origem aos diagnósticos de ansiedade, medo, risco para infecção, risco para mobilidade física prejudicada, risco para padrão respiratório ineficaz e distúrbio no padrão de sono;

- Estressores intrapessoal fisiológico ( presença de outras patologias, ausência de evacuação e realização da cirurgia ) : originaram os diagnósticos de constipação, risco para infecção, distúrbio no padrão de sono, risco para mobilidade física prejudicada, excesso de volume líquido, risco para padrão respiratório ineficaz e recusa;

- Estressores interpessoais psicológico ( separação da família, hospitalização e necessidade de cuidado não atendida ): originaram os diagnóstico de estratégia defensiva de resolução e ansiedade;

- Estressor interpessoal fisiológico ( necessidade de cuidado não atendida ): originou o diagnóstico de ansiedade;

- Estressores extrapessoais sociocultural (residência no interior do Estado, interrupção do trabalho e realização da cirurgia) : originaram os diagnósticos de manutenção do estado de saúde alterado e ansiedade.

A importância de se classificar os estressores nos quais deram origem aos diagnósticos identificados na clientela decorreu destes serem um fator determinante para o estabelecimento dos fatores relacionados/causas destes diagnósticos, tendo em vista que as intervenções de enfermagem devem conter ações a serem direcionadas para o combate aos estressores e não em cima da sintomatologia, ou características definidoras.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA se encontram classificados dentro de grupos de Padrões de Respostas Humana, que indicam reações do cliente a problemas atuais ou potenciais de saúde, que servem de base para o julgamento clínico, traduzido em diagnósticos de enfermagem. Dos Padrões de Respostas Humana encontrados na Taxonomia I da NANDA conforme apresentado em NÓBREGA & GARCIA (1994 - Anexo 1), quatro categorias foram abordadas neste estudo, a saber:

- Padrão de Resposta Humana Trocar: representado pelos diagnósticos de risco para infecção, constipação, risco para padrão respiratório ineficaz e excesso de volume líquido;
- Padrão de Resposta Humana Escolher: representado pelos diagnósticos de recusa e estratégia defensiva de resolução;
- Padrão de Resposta Humana Mover: representado pelos diagnósticos de distúrbio no padrão de sono, manutenção do estado de saúde alterado e risco para mobilidade física prejudicada;
- Padrão de Resposta Humana Sentir: representado pelos diagnósticos de ansiedade e medo.

Embora o Padrão de Resposta Humana Trocar tenha abrangido quatro diagnósticos, atingindo 16 clientes ( 80%), o Padrão de Resposta Humana Sentir, com dois diagnósticos, abrangeu todos os clientes deste estudo, o que demonstra a relevância da resposta emocional no cliente cirúrgico. Por outro lado, parte dos diagnósticos incluídos no Padrão de Resposta Humana Trocar pode ser considerada como resposta fisiológica do organismo à ansiedade e/ou ao medo, citando-se como exemplos a constipação, como um distúrbio gastrointestinal em decorrência do estado de ansiedade e o risco para infecção, em consequência da depressão do sistema imune na presença da ansiedade ou medo persistentes, o que torna o cliente susceptível a infecções.

Ressalta-se, neste estudo, a importância da capacitação da enfermeira para o uso dos diagnósticos na prática de enfermagem. Os diagnósticos capacitam não só para a identificação de “problemas”, mas também para o agrupamento destes problemas que levam aos diagnósticos de enfermagem. Esse grupo de problemas representados pelos sinais e sintomas, indicadores de alteração no estado de saúde do cliente, são denominados, na Taxonomia I da NANDA, de características definidoras as quais dão consistência ao diagnóstico. É importante colocar, que a enfermeira deve ter suas ações voltadas para as causas dos diagnósticos/fatores relacionados, com vista à eliminação e/ou atenuação dos mesmos, e não para as características definidoras.

Várias foram as características definidoras e fatores de risco abordados neste estudo não incluídos na NANDA, e que parecem ser de grande relevância, tratando-se do cliente cirúrgico. Destacam-se, a seguir, essas características definidoras e fatores de risco:

- para o diagnóstico de ansiedade: isolamento e inapetência;
- para o diagnóstico de risco para infecção: vida sedentária, presença de possíveis focos de infecção, pele seca e obesidade;
- para o diagnóstico de medo: nervosismo;
- para o diagnóstico de manutenção do estado de saúde alterado: difícil acesso aos serviços de saúde;
- para o diagnóstico de risco para mobilidade física prejudicada: cirurgia abdominal de grande porte;
- para o diagnóstico de risco para padrão respiratório ineficaz: cirurgia abdominal alta, obesidade, vida sedentária e imobilidade prolongada;

Os demais diagnósticos - constipação, distúrbio no padrão de sono, recusa, estratégia defensiva de resolução e excesso de volume líquido - não apresentaram características definidoras não incluídas na Taxonomia I da NANDA.

Grande parte das características relacionadas acima se encontram validadas na literatura de cirurgia, já referenciada, no entanto, algumas são consideradas críticas, como é o caso da obesidade e presença de possíveis focos de infecção para o diagnóstico de risco para infecção, dentre outras. Esses



dados colocam a problemática do estresse cirúrgico e suas inúmeras conseqüências, em que todas giram em torno da morbi-mortalidade pós-cirúrgica e trazem à tona a importância da capacitação dos profissionais de saúde para lidar com o mesmo, cabendo à enfermeira a responsabilidade de “diagnosticar” e do “cuidar” direcionado para a busca do estado de saúde do cliente.

Os diagnósticos de enfermagem também levam a refletir que as intervenções de enfermagem baseadas em rotinas de serviço não atingem o cliente, pois, ao longo deste trabalho, fui observando que o diagnóstico de enfermagem, mesmo sendo comum a um certo número de clientes, pode diferir-se nas manifestações e nas causas entre eles, sendo demonstrado que prescrições com bases em rotinas nem sempre atingem a meta de proporcionar o bem estar do cliente. GARCIA et al. (1995) citam como requisitos a serem considerados para elaboração de diagnósticos e prescrições de enfermagem as diferenças individuais, sociais e culturais dos clientes aos quais é dirigido o cuidado e a quem se pretende atingir.

Estudos vêm sendo desenvolvidos nesta área no sentido de aprimorar o processo de enfermagem já existente em alguns serviços, apontando para o “desenvolvimento dos diagnósticos”, ponto de esfacelamento que sempre foi excluído, ou relegado a um segundo plano, dada a dificuldade encontrada pelas enfermeiras em defini-lo dentro do processo de sistematização, haja vista que os serviços que implantaram o processo de enfermagem, fizeram-no com bases na Teoria de HORTA (1971), que tem como definição de diagnósticos de

enfermagem os “problemas apresentados pelo cliente que identificam as necessidades básicas afetadas”. Em face desses dados, CRUZ (1990) e FARIAS et al. (1990) relatam as várias formas como as enfermeiras definem o diagnóstico de enfermagem e como o mesmo é utilizado dentro do processo de sistematização da assistência. Nesse sentido, os diagnósticos da Taxonomia I da NANDA tentam padronizar uma linguagem a ser utilizada pelas enfermeiras, de forma a facilitar a prática assistencial, não estando condicionado ao uso de um referencial particular, onde o serviço que já desenvolve a sistematização da assistência, pode adequá-lo aos diagnósticos da NANDA , tendo em vista a construção de uma terminologia própria que uniformiza a prática do “cuidar em enfermagem”.

Os estudos de NÓBREGA (1991), DALRI (1993) e ARAÚJO (1991) desenvolveram o instrumento de coleta de dados, com base no referencial teórico de Horta já existente nos serviços, procurando adequá-lo a identificação dos diagnósticos da NANDA e obtendo resultados satisfatórios. Esses estudos comprovam a viabilidade do emprego da Taxonomia I da NANDA em nosso meio e levam a compreensão de que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, deve ter como base, o uso de um referencial que melhor se adequa à realidade do serviço, levando-a à viabilidade e fazendo com que as enfermeiras não a percebam como uma sobrecarga de serviço, mas como uma forma de organização do mesmo, em que a prioridade é o cliente.

Faz-se importante que os serviços que utilizem a SAE procurem adequá-la de forma a direcioná-la para a construção dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, tendo em vista a utilização de uma linguagem de padrão internacional, em que os estudos desenvolvidos permitem a comparação e validação nas diversas áreas, entre trabalhos nacionais e internacionais que abordem o mesmo tema. Assim, serão facilitados o intercâmbio de informações na área e o crescimento da profissão, reforçando a cientificidade na prática do cuidar e a responsabilidade das enfermeiras nesse processo, conquistando, assim, a autonomia do serviço de enfermagem.

O desenvolvimento da SAE em São Luís é incipiente, pois a burocracia dos serviços, a rotina hospitalar e a falta de condições de trabalho para as profissionais de enfermagem dificultam a implantação do processo de sistematização da assistência. No H.U., local de realização deste estudo, essa experiência ainda é inexistente, persistindo os velhos métodos de assistência, em que o cliente não é a prioridade, pois o serviço de enfermagem atua em condições mínimas de trabalho e a falta de pessoal é alarmante. Nesse contexto, a SAE ainda é uma meta a ser atingida a longo prazo pelas enfermeiras dessa Instituição.

## CAPÍTULO 6

### CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 6.1 Conclusões

Identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados a estressores pré-cirúrgicos em clientes a serem submetidos a cirurgia abdominal foi o propósito deste estudo e, para esse fim, foram utilizados a entrevista e o exame físico, através dos quais foram colhidos dados que identificassem situações, sinais e sintomas de que esses clientes estavam vivenciando situações de estresse.

Os passos para se chegar a esses diagnósticos foram os seguintes:

- Identificação de estressores pré-cirúrgicos com vistas a formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a terminologia da Taxonomia I da NANDA, traduzida por NÓBREGA & GARCIA (1994 - Anexo 1);
- Validação dos diagnósticos identificados referentes aos estressores pré-cirúrgicos segundo a Escala de Mensuração dos Diagnósticos de Enfermagem (CRUZ, 1993, p.29 - Anexo 4).

Para esses objetivos, foi necessário uma abordagem acerca do referencial teórico sobre o qual foi construído o instrumento de coleta de dados,

adaptado do Modelo de NEUMAN (1982) e da literatura sobre diagnósticos de enfermagem.

Nos procedimentos metodológicos, foram apontados os passos percorridos até atingir os diagnósticos e seguidos critérios com base na literatura, para validação destes diagnósticos. Segundo esses critérios, foram validados 11 (onze) diagnósticos de enfermagem relacionados a seguir: ansiedade, detectado nos 20 clientes (100% da amostra); medo, em 12 clientes (60%); risco para infecção, em 8 clientes (40%); constipação, em 6 clientes (30%); distúrbio no padrão de sono, em 3 clientes (15%); manutenção do estado de saúde alterado, em 3 clientes (15%); risco para mobilidade física prejudicada, em 2 clientes (10%); recusa, em 1 cliente (5%); estratégia defensiva de resolução, em 1 cliente (5%); risco para padrão respiratório ineficaz, em 1 cliente (5%), e excesso de volume líquido, em 1 cliente (5%).

Quanto à origem dos diagnósticos, os estressores identificados através do referencial de NEUMAN, foram classificados em estressores intrapessoal psicológico e fisiológico, estressores interpessoais psicológico e fisiológico e estressores extrapessoais sociocultural.

Em relação aos padrões de resposta humana encontrados no estudo, em ordem de frequência, foram: Padrão de Resposta Humana Trocar, Padrão de Resposta Humana Mover, Padrão de Resposta Humana Sentir e Padrão de Resposta Humana Escolher.

Quanto às características definidoras e fatores de risco encontrados no estudo, refere-se que, em seis (54,5%) diagnósticos de enfermagem validados, foram identificados dados não incluídos na Taxonomia I da NANDA, que retratam a particularidade do cliente de cirurgia para a elaboração de fatos importantes a serem considerados para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem. Alguns dos fatores de risco não incluídos na Taxonomia I da NANDA foram considerados críticos na literatura de cirurgia, como: presença de possíveis focos de infecção e obesidade para o diagnóstico de risco para infecção, realização de cirurgia abdominal de grande porte para os diagnósticos de risco para mobilidade física prejudicada e para o diagnóstico de risco para padrão respiratório ineficaz, além de a obesidade também ser considerada uma característica crítica para este último.

As características definidoras apontadas na Taxonomia I da NANDA formaram mais de 60% das características identificados em nove (82%) dos diagnósticos listados neste estudo, demonstrando uma correspondência positiva entre os dados coletados e o referencial teórico abordado.

Considera-se que este estudo atingiu os objetivos propostos, no que diz respeito a identificação e validação dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia I da NANDA, pois demonstrou que o referencial de NEUMAN (1982) se aplica na detecção dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, ao mesmo tempo em que são acrescidos à prática da enfermeira, referenciais que se adequam à realidade dos serviços e à situação do cliente. O Modelo de

NEUMAN permitiu identificar a situação estressora vivenciada pelo cliente em pré-cirurgia, que pudesse ser traduzida em diagnósticos de enfermagem da NANDA, para serem validados mediante a literatura acerca de diagnósticos de enfermagem, o que comprova a sua importância para estudos relacionados aos estressores ambientais e a reação do cliente aos mesmos, mediante os resultados encontrados.

O cuidado ao cliente cirúrgico exige da enfermeira habilidades técnicas para a assistência pré, trans e pós-cirurgia e habilidades no relacionamento interpessoal pois, como aponta este estudo, parte dos esforços técnicos serão em vão se, concomitantemente, não for cultivado o desenvolvimento de habilidades cognitivas, com vistas a ações que minimizem a “ansiedade” deste cliente que, por sua vez, poderá levá-lo a sérias complicações e até ao óbito.

Dentre os diagnósticos identificados, relacionados aos estressores pré-cirúrgicos, alguns podem ser colocados como críticos, por estarem implicados em risco de vida para o cliente, tais como: a ansiedade, o risco para infecção e o risco para padrão respiratório ineficaz que, se informados no período pré-cirúrgico, poderiam ser evitados desde que as enfermeiras estejam sensibilizadas para o cuidar.

O distúrbio no padrão de sono, o risco para mobilidade física prejudicada e o excesso de volume líquido são diagnósticos que dizem respeito a

funções vitais reguladoras do organismo que, se não controladas, podem vir a desenvolver complicações no pós-cirúrgico, compreendendo o comprometimento renal, infecções respiratórias e alterações de comportamento, e as quais, por sua vez, vão requerer uma sobredose de medicamentos extratratamento cirúrgico e podem se tornar críticas.

O medo e a estratégia defensiva de resolução são diagnósticos que exigem da enfermeira uma compreensão mais apurada em relação às ações do cliente perante o estressor "cirurgia", que podem variar desde comportamento de fuga/medo a reações de agressividade para com os profissionais de saúde/estratégia defensiva de resolução. Esses diagnósticos requerem da enfermeira uma aproximação com o cliente, pois são situações de difícil intervenção e requerem atitudes que permitam ao cliente assimilar a situação presente de pré-cirurgia, no sentido de contribuir de forma positiva para seu tratamento, evitando assim a superdosagem de sedativos e ansiolíticos a que estaria sujeito, comprometendo a sua recuperação.

Aprendi a ver no cliente, diagnósticos que emergem à medida que se obtém sua cooperação, sendo para isso necessário explorar suas informações, bem como suas necessidades de saúde. Os diagnósticos de manutenção do estado de saúde alterado e recusa demonstram a importância de implementar uma relação terapêutica de parceria, a qual deve ser estendida após a alta deste cliente, por encontrar-se vulnerável ao risco para infecção até 30(trinta) dias após a cirurgia ( LACERDA et al., 1992). Nesse espaço de tempo o



cliente deve ser assistido pelo serviço de saúde em nível ambulatorial, para que seja avaliado o alcance do tratamento cirúrgico.

Este foi um passo inicial na identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados ao estresse do cliente cirúrgico. Enfatiza-se, aqui a necessidade de outros estudos nessa linha, com o objetivo de validar na literatura de enfermagem, os diagnósticos aqui identificados, bem como identificar outros diagnósticos relacionados a estressores ambientais e a reação do cliente aos mesmos. Em relação às características definidoras não incluídas na NANDA, é necessário validá-las em novos estudos, pois podem ser consideradas próprias do cliente cirúrgico e de grande relevância para a prevenção da morbimortalidade cirúrgica.

Espera-se que este trabalho tenha contribuído para aumentar o conhecimento na área dos diagnósticos de enfermagem e validar a Taxonomia I da NANDA em nosso meio, tornando-a possível de ser utilizada na prática assistencial, no ensino e na pesquisa. Os diagnósticos são aqui percebidos não só como uma linguagem que propicia o fortalecimento profissional, mas como o instrumento de trabalho que vai orientar a terapêutica da enfermeira, reforçando assim a competência profissional e, conseqüentemente, a satisfação do cliente referente às ações de enfermagem.

É importante registrar que, neste momento, a discussão na enfermagem em nível nacional e internacional, em torno da Classificação da

Prática de Enfermagem (CRUZ, 1995; NÓBREGA, 1996) traz possibilidades reais de estabelecimento de uma linguagem comum sobre a prática de enfermagem em torno do **cuidado**, aumentando assim a comunicação entre as enfermeiras e entre estas e outros profissionais da equipe de saúde. Dentro dessa discussão, os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia I da NANDA são um dos caminhos para a prática clínica da enfermeira, a ser implementada em seu cotidiano dentro do processo de sistematização do “cuidado”.

Diante dos diagnósticos apontados neste estudo e da determinação de alguns destes como “críticos”, por colocar em risco a vida do cliente, levanta-se o seguinte questionamento para reflexão da prática da enfermeira:

***“É possível continuar com as ações de enfermagem de forma a suprir as normas e rotinas dos serviços, em detrimento da assistência ao cliente, quando sabe-se que o produto dos serviços de saúde está na qualidade de vida do cliente a quem se dirige o cuidado?”***

## **6.2 Recomendações**

Em virtude de os diagnósticos de enfermagem serem um tema ainda não abordado no Curso de Enfermagem da UFMA e nos serviços de enfermagem em São Luís - Ma, algumas medidas deveriam ser observadas.

Pelo Curso e Departamento de Enfermagem da UFMA:

- criar grupos de estudo envolvendo enfermeiras de serviço, docentes e estudantes de enfermagem, com o propósito de adequar um referencial teórico à assistência que melhor se adapte ao serviço;
- incentivar a formação de grupos de trabalhos e de estudos acerca dos diagnósticos de enfermagem da NANDA nas diversas áreas da assistência, buscando intercâmbio de informações com os Núcleos de Pesquisa em Diagnósticos de Enfermagem da Paraíba (GIDE/PB) e do Rio de Janeiro (NEPAE/RJ).

Pelos serviços de enfermagem que acreditam na viabilidade da SAE como uma forma de organização dos mesmos, procurando mudar a realidade atual, que se encontra rotulada em Normas e Rotinas:

- sensibilizar os profissionais de enfermagem docentes e enfermeiras assistenciais, quanto ao emprego dos diagnósticos de enfermagem da NANDA em seu cotidiano, no ensino, na pesquisa e na assistência, tendo em vista a utilização de uma terminologia de padrão internacional, facilitando, assim, o intercâmbio de informações acerca da prática de enfermagem, ao mesmo tempo em que se valida a Taxonomia I da NANDA em nosso meio;

Pelas enfermeiras e docentes que trabalham com o cliente cirúrgico:

- Incentivar e realizar estudos acerca do cliente cirúrgico, utilizando diagnósticos de enfermagem como estratégias de intenções despotencializadoras de

estressores, com a intencionalidade de contribuir para a redução da morbimortalidade no período pós-cirúrgico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABECASIS, Issa C. Cirurgia y "stress" el cirujano como psicoterapeuta. Revista Argentina de Cirurgia, v.60, n.6, p.207-212, Jun. 1991.
- ARAÚJO, Maria Sônia Oliveira. Diagnóstico de enfermagem em pacientes portadores de doenças transmissíveis. João Pessoa, 1991. 86p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, 1991.
- ATSBERGER, Deborah Brown. Relaxation therapy: its potencial as an intervention for acute postoperative pain. Journal of Post Anesthesia Nursing, v.10, n.1, p.2-8, Feb. 1995.
- BACELAR, Tércio S., PEREIRA FILHO, Horácio A., FERRAZ, Edmundo Machado. Infecção e cirurgia. In: BARBOSA, Hélio. Controle clínico do paciente cirúrgico. 6. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu. p.227-263, 1992. 764p.
- CAMPOS, Eugênio Paes. Expressões cardiovasculares da ansiedade. Psicorama, n.7, p.22-25. 1991.
- CHIANCA, Tânia Couto Machado, PELÁ, Nilza Tereza R., SALVARANI, Martha de Campos C. A situação de medo e ansiedade face ao transporte do paciente cirúrgico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 1. 1993, São Paulo. Anais... São Paulo: SOBECC. 1994. 283p. p. 39-43.
- CHROUSOS, George P., GOLD, Philip W. Os conceitos e distúrbios do sistema de estresse: panorama completo da homeostasia física e comportamental. Suplemento Jama, v.3, n.1, p.479-491, jan./fev. 1993.
- CLANCY, Jonh, McVICAR, Andrew. Ritmos circadianos 1: fisiologia. Nursing, Ano 8, n. 90/91, p.14-18, jul/ago. 1995.
- COLER, Marga Simon, NÓBREGA, Maria Mirian L. da, PÉREZ, Vera Lúcia de A. Bezerra. Sistema internacional de diagnósticos de enfermagem - um desafio para a enfermagem. Caderno de Enf. Ciência e Cultura - CECC, João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. Coordenação do Mestrado em Enfermagem. Ano 6, n.10, p.37-43, jul/93-jul/94. 1994.
- CROSSETTI, Maria da Graça O. Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. Revista Texto e Contexto Enf., Florianópolis, v.4, n.1, p.150-159, jan/jun. 1995.

CRUZ, Diná de Almeida L. Monteiro da. Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica. São Paulo, 1989. 96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. 1989.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. Revista Paulista de Enfermagem, v.13, n.1/3, p.3-7, jan./dez. 1994.

CRUZ, Isabel Cristina F. da. Diagnóstico em enfermagem e sua aplicação: revisão de literatura. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 24, n.1, p.149-162, abr. 1990.

\_\_\_\_\_. Elementos para a classificação internacional da prática de enfermagem. Niterói: Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Atividades de Enfermagem - NEPAE, 1994. 16p.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico de enfermagem: estratégias para sua formulação e validação. São Paulo, 1993, 106p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1993.

\_\_\_\_\_. Diagnósticos e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.4, n.1, p.160-169, jan/jun. 1995.

CRUZ, Diná de A. L. M. da, CRUZ, Isabel C. F. da, SECAF, Vitória. Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem: evolução e razões do uso. Acta Paulista, São Paulo, v.4, n.214, p.28-34, jun./dez. 1991.

CRUZ, Isabel C. F. da, CRUZ, Diná de A. L. M. da. Os padrões de comportamento humano: uma proposta de tradução dos termos da taxonomia I sobre diagnósticos de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 25, n.1, p.17-20, abr. 1991.

DALRI, M.<sup>a</sup> Célia Barcellos. Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxonomia I revisada da NANDA. Ribeirão Preto, 1993. 203p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1993.

DANTAS, Waldomiro. Fígado, vias biliares e cirurgia. In: BARBOSA, Hélio. Controle clínico do paciente cirúrgico. 6. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu. p.553-572, 1992. 764p.

DOBBRO, Eliseth Ribeiro Leão et al. Fatores que influenciam a mobilização precoce do paciente nos pós-operatório imediato. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.13, n.1/3, jan./dez. 1994.

- ENGLER, Mary B., ENGLER, Marguerite M. Assessment of the cardiovascular effects of stress. Journal of Cardiovascular Nursing, v.10, n.1, p.51-63, Oct. 1995.
- FARIAS, Juracy Nunes et al. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160p.
- FARIAS, Juracy Nunes. Eventos estressantes da hospitalização. Florianópolis, 1981, 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade de Santa Catarina. 1981.
- FARESIN, Sonia Maria, PEREIRA, Eanes Delgado Barros. Paciente cirúrgico - abordagem. ARS CURANDI - A Revista da Clínica Médica, p.116-126, mar. 1995.
- FISHER, Rosemarie L., GRAHAM A., Pipkin, WOOD, John R. Doença da mucosa relacionada com o estresse - fisiopatologia, prevenção e tratamento. Revista Clínica de Terapia Intensiva, v.11, n.2, p.235-347. 1995.
- FORD-GILBOE, Marilyn V. A comparison of two nursing models: Allen's Developmental Health Model and Neuman's Theory of Health as expanding consciousness. Nursing Science Quarterly, Canadá, v.7, n.3, p.113-118, Fall. 1994.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Censo demográfico 1991- resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios - Maranhão. Rio de Janeiro. p. 13, 1991. 201p.
- GABERSON, Kathleen B. The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. Aorn Journal, v.62, n.5, p. 784-91, Nov. 1995.
- GALVÃO, José Alves, MELO FILHO, Júlio, CORDEIRO, Hésio. "Stress" - mesa-redonda. Jornal Brasileiro de Medicina, v.62, n.4, p.38-47, abr. 1992.
- GARCIA, M.<sup>a</sup> Ángeles Mauleón, GARCIA, M.<sup>a</sup> Emilia Mauleón, BRAGE, Isabel Yañez. Ansiedad? Como manejarla? Revista ROL de Enfermería, n.197, p.29-33, Ene. 1995.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez, 1993. 141p.
- GIGLIO, Joel Sales. Psicoterapia na ansiedade - abordagem junguiana. Informe Psiquiátrico, v.13, n.2, p.53-55. 1994.
- GOMES, Maria Irene dos S., CRUZ, Isabel Cristina F. Relaxamento muscular progressivo: prescrição de enfermagem para a ansiedade pré-operatória. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as atividades de Enfermagem - NEPAE. Niterói, 1994. 14p.

- GOOD, Marion. A comparison of the effects of jaw relaxation and music on postoperative pain. Nursing Research, v.44, n.1, p.52-57, Jan./Feb. 1995.
- GOLEMAN, Daniel. Inteligência emocional - a teoria revolucionária que redefine o que é ser INTELIGENTE. Traduzido por: Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Objetiva. p.313-16, 1995. 375p.
- GUEDES, M.<sup>a</sup> Vilani Cavalcante et al. Alto risco para infecção no trans-operatório de cirurgia cardíaca. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, ENCONTRO CEARENSE SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 3,1.1996, Fortaleza. Síntese... Fortaleza: ABEn-Ce. 1996. 210p. p.21-2.
- HALABE-CHEM, José et al. La valoración preoperatoria en el adulto. Gaceta Médica. México, México, v.131, n.3, p.267-276, Mayo/Jun. 1995.
- HORTA, Wanda de Aguiar. A metodologia do processo de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, Ano 24, n.6, p.81-95, out./dez. 1971.
- \_\_\_\_\_. Diagnóstico de enfermagem - representação gráfica. Enfermagem Novas Dimensões, Ano 3, v.2, p.75-77. 1977.
- JESUS, Cristine Alves Costa de. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. Revista de Saúde do Distrito Federal, v.6, n.1 e 2, p.37-40, jan./jun. 1995.
- JOSEPH-KINZELMAN, Alana et al. Client's perceptions of involuntary hospitalization. Journal of Psychosocial Nursing, v.32, n.6, p.28-31. 1994.
- LACERDA, Rúbia Aparecida et al. (Coord.). Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu, 1992. 177p.
- LUNARDI, Valéria Lerch, LUNARDI FILHO, Wilson Danilo, BORBA, Maria Riegurt. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.47, n.1, p.7-14, jan./mar. 1994.
- MAGALHÃES, Simone da Silveira. Identificação do diagnóstico de enfermagem sentir dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias abdominais. Fortaleza, 1996. 86p. Monografia( Graduação em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. 1996.
- MANZOLLI, M.<sup>a</sup> Cecília. Viver adulto e enfermagem. Brasília: Ed. Rumos, 1994. 145p.
- MARIA, Vera Lúcia Regina. Preparo de enfermeiras para utilização de diagnósticos de enfermagem: relato de experiência. São Paulo, 1990. 130p.



- Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1990.
- MENDELSSONH, Paulo, BARBOSA, Hélio. A conveniência operatória. In: BARBOSA, Hélio. Controle clínico do paciente cirúrgico. 6. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 1992. p.1-24. 764p.
- NEUMAN, Betty. The Neuman Systems Model - Application to nursing education and practice. Los Angeles, Califórnia: Formela/Faculty at UCLA School of Nursing, 1982. 365p.
- NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Diagnósticos de enfermagem da NANDA e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. João Pessoa, 1991. 102p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. 1991.
- \_\_\_\_\_. Classificação da prática de enfermagem. João Pessoa. Grupo de Interesse em Diagnósticos de Enfermagem-GIDE/PB. 1996. 14p.
- NÓBREGA, M.<sup>a</sup> Miriam Lima da, GARCIA, Telma Ribeiro. Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE. João Pessoa: Grupo de interesse em Diagnóstico de Enfermagem da Paraíba - GIDE, Comitê Nacional de Revisão de Diagnósticos de Enfermagem - CNRDE, 1994. 65p.
- PIMENTA, Luiz G., PIMENTA, Luiz Tadeu de A., LOPES, Rodrigo Paixão. Colectomia - prevenção de morbidade. Folha Médica, v.104, n.3, p.61-64. 1992.
- POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Tradução por: Regina Machado Garcez. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 360p. Traduzido de: Essentials of Nursing Research-methods, appraisal, and utilization.
- RUSSELL, Jan, HEZEL, Linda. Role analysis of the advanced practice nurse using the Newman - Health care systems model as framework. Clinical Nurse Specialist, U.S.A. v.8, n.4, p.215-220, 1994.
- SAAVEDRA, Soledad Rey, AMADO, Manuel Márquez. Ansiedad en pacientes oftálmicos - cuidados de enfermería. Enfermería Científica, n.148/149, p.46-48, Jul./Ago. 1994.
- SALMON, Peter. The reduction anxiety in surgical patients: an important nursing task or the medicalization of preparatory worry? Int-Nurs-Stud, v.30, n.4, p.323-330, Aug. 1993.

SANTOS, Valmira dos. Buscando um referencial de cuidados integrativos na era do marketing e comunicação. Revista Texto e Contexto-Enfermagem, Florianópolis, v.2, p.76-86, jul./dez. 1993.

\_\_\_\_\_. Proposta de ensino-aprendizagem: uma contribuição da enfermagem ao enfrentamento da dor e equalização do estresse. São Paulo, 1990. 170.p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1990.

SAUNDERS-KIRKWOOD, Kimberly D. Cholecystectomy - the impact of socioeconomic change. Rev. Annals of Surgery, v.215, n.4, p.318-25, Apr. 1992.

SELYE, Hans. Stress - a tensão da vida. Traduzido por: Frederico Branco. São Paulo: Instituto Brasileiro de Difusão Cultural - IBRASA, 1959, 396p. Traduzido de: The stress of life.

SOUSA, Santana de Maria Alves de. Estressores referidos pelas pessoas sobre o dia de sua cirurgia. Salvador, 1994, 59p. Monografia (Especialização em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 1994.

\_\_\_\_\_. Aplicação da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman na assistência a cliente submetida a cirurgia geral. Salvador, Trabalho da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica I do Curso de Mestrado da EEUFBA, 1995. 25p.

WAKE, Madeleine Musante, FEHRING, Richard J., FADDEN., Teresa. Multinational validation of anxiety, hopelessness, and ineffective airway clearance. Nursing Diagnose, v.2, n.2, p.57-78, Apr/Jun. 1991.

WHITLEY, Georgia Griffith. Concept analysis of fear. Nursing Diagnose, v.3, n.4, p.155-161, Oct./Dec. 1992a.

\_\_\_\_\_. Concept analysis of anxiety. Nursing Diagnose, v.3, n.3, p.107-116, Jul./Sep. 1992b.

\_\_\_\_\_. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. Nursing Diagnose, v.5, n.4, p.143-150, Oct./Dec. 1994.

WINTER, Maureen Jo, PASKIN, Sandor, BAKER, Thomas. Music reduces stress and anxiety of patients in the surgical holding area. Journal of Post Anesthesia Nursing, v.9, n.6, p.340-343, Dec. 1994.

VIEIRA, Sonia. Introdução à bioestatística. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 203p.

ANEXOS

## ANEXO 1

### Termos da Taxonomia I de Diagnósticos de Enfermagem\*

*North American Nursing Diagnosis Association*

*( Traduzida por Nóbrega & Garcia, 1994)*

#### 1 Padrão de Resposta Humana -Trocar

- 1.1.2.1 Nutrição alterada: ingestão maior do que o corpo necessita (1975)
- 1.1.2.2 Nutrição alterada: ingestão menor do que o corpo necessita (1975)
- 1.1.2.3 Nutrição alterada: potencial para mais do que o corpo necessita (1980)
- 1.2.1.1 Potencial para infecção (1986)
- 1.2.2.1 Potencial para alteração na temperatura corporal (1986)
- 1.2.2.2 Hipotermia (1986,1988R )
- 1.2.2.3 Hipertermia (1986)
- 1.2.2.4 Termorregulação ineficaz (1986)
- 1.2.3.1 Disreflexia (1988)
- 1.3.1.1 Constipação (1975)
- 1.3.1.1.1 Constipação percebida (1988)
- 1.3.1.1.2 Constipação colônica (1988)
- 1.3.1.2 Diarréia (1975)
- 1.3.1.3 Incontinência intestinal (1975)
- 1.3.2 Eliminação urinária alterada - M\*\* (1973)
- 1.3.2.1.1 Incontinência por pressão (1986)
- 1.3.2.1.2 Incontinência reflexa (1986)
- 1.3.2.1.3 Incontinência impulsiva (1986)
- 1.3.2.1.4 Incontinência funcional (1986)
- 1.3.2.1.5 Incontinência total (1986)
- 1.3.2.2 Retenção urinária (1986)
- 1.4.1.1 Perfusão tissular alterada - M\*\*(especificar)  
(renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica) (1980)
- 1.4.1.2.1 Excesso do volume de líquido (1982)
- 1.4.1.2.2.1 Déficit do volume de líquido (1978)
- 1.4.1.2.2.2 Potencial para déficit do volume de líquido (1978)
- 1.4.2.1 Débito cardíaco diminuído (1975)
- 1.5.1.1 Trocas de gases prejudicada (1980)
- 1.5.1.2 Eliminação traqueobrônquica ineficaz (1980)
- 1.5.1.3 Padrão respiratório ineficaz (1980)
- 1.6.1. Potencial para injúria (1978)
- 1.6.1.1 Potencial para sufocação (1980)
- 1.6.1.2 Potencial para envenenamento (1980)
- 1.6.1.3 Potencial para trauma (1980)

---

\* OBS: A data colocada ao lado de cada título diagnóstico representa o ano da conferência, na qual o diagnóstico foi aprovada em Assembléia Geral da NANDA(Traduzida por Nóbrega & Garcia, 1994)

\*\* M = Diagnósticos de enfermagem modificados.

- 1.6.1.4 Potencial para aspiração(1988)
- 1.6.1.5 Potencial para a síndrome do desuso (1988)
- 1.6.2 Proteção alterada (1990)
- 1.6.2.1 Integridade tissular prejudicada (1986)
- 1.6.2.1.1 Mucosa oral alterada - M\*\*1982)
- 1.6.2.1.2.1 Integridade da pele prejudicada (1975)
- 1.6.2.1.2.2 Potencial para integridade da pele prejudicada (1975)

## 2 Padrão de Resposta Humana - Comunicar

- 2.1.1.1 Comunicação verbal prejudicada (1973)

## 3 Padrão de Resposta Humana - Relacionar

- 3.1.1 Interação social prejudicada (1986)
- 3.1.2 Isolamento social (1982)
- 3.2.1 Desempenho de papel alterado - M\*\* (1978)
- 3.2.1.1.1 Paternidade ou maternidade alterada (1978)
- 3.2.1.1.2 Potencial para paternidade ou maternidade alterada (1978)
- 3.2.1.2.1 Disfunção sexual (1980)
- 3.2.2 Processo familiar alterado - M\*\* (1982)
- 3.2.3.1 Conflito no desempenho de papéis dos pais (1988)
- 3.3 Padrão de sexualidade alterado - M\*\*(1986)

## 4 Padrão de Resposta Humana - Valorizar

- 4.1.1 Distresse espiritual (1978)

## 5 Padrão de Resposta Humana - Escolher

- 5.1.1.1 Estratégias ineficazes de resolução individual - M\*\* (1978)
- 5.1.1.1.1 Adaptação prejudicada (1986)
- 5.1.1.1.2 Estratégia defensiva de resolução - M\*\* (1988)
- 5.1.1.1.3 Negação - M\*\* (1988)
- 5.1.2.1.1 Estratégias ineficazes de resolução familiar : incapacitantes - M\*\* (1980)
- 5.1.2.1.2 Estratégias ineficazes de resolução familiar: comprometedoras - M\*\* (1980)
- 5.1.2.2 Estratégias de resolução familiar: potencial para crescimento - M\*\*(1980)
- 5.2.1.1 Recusa (especificar) (1973)
- 5.3.1.1 Conflito de decisão (1988)
- 5.4 Comportamentos para elevar nível de saúde (especificar) (1988)

## 6 Padrão de Resposta Humana - Mover

- 6.1.1.1 Mobilidade física prejudicada (1973)
- 6.1.1.2 Intolerância a atividade (1982)
- 6.1.1.2.1 Fadiga (1988)
- 6.1.1.3 Potencial para intolerância à atividade (1982)
- 6.2.1 Distúrbio no padrão de sono (1980)
- 6.3.1.1 Déficit na atividade de lazer (1980)
- 6.4.1.1 Manutenção do lar prejudicada - M\*\*(1980)
- 6.4.2 Manutenção da saúde alterada - M\*\* (1982)
- 6.5.1 Déficit no autocuidado: alimentação - M\*\* (1980)
- 6.5.1.1 Deglutição prejudicada (1986)
- 6.5.1.2 Amamentação ineficaz (1988)
- 6.5.2 Déficit no autocuidado: higiene corporal - M\*\* (1980)

- 6.5.3 Déficit no autocuidado: vestir-se e/ou arrumar-se - M\*\* (1980)
- 6.5.4 Déficit no autocuidado: higiene íntima - M\*\* (1980)
- 6.6 Crescimento e desenvolvimento alterado - M\*\* (1986)
  
- 7 Padrão de Resposta Humana - Perceber
  - 7.1.1 Distúrbio da imagem corporal (1973)
  - 7.1.2 Distúrbio da auto estima (1978, 1988R)
  - 7.1.2.1 Baixa, auto-estima: crônica (1988)
  - 7.1.2.2 Baixa auto-estima: situacional (1988)
  - 7.1.3 Distúrbio da identidade pessoal (1978)
  - 7.2 Senso - percepção alterada - M\*\* (especificar)  
(visual, auditiva, estésica, gustativa, tátil, olfativa, (1988R)
  - 7.2.1.1 Percepção unilateral alterada (1986)
  - 7.3.1 Desesperança (1986)
  - 7.3.2 Impotência (1982)
  
- 8 Padrão de Resposta Humana - Conhecer
  - 8.1.1 Déficit de conhecimento (especificar) (1980)
  - 8.3 Processo de pensamento alterado - M\*\* (1973)
  
- 9 Padrão de Resposta Humana - Sentir
  - 9.1.1 Dor (1978)
  - 9.1.1.1 Dor crônica (1986)
  - 9.2.1.1 Disfunção na reação de pesar (1980)
  - 9.2.1.2 Reação de pesar antecipada (1980)
  - 9.2.2 Potencial para violência: direcionada a si e aos outros (1980)
  - 9.2.3 Resposta pós-trauma (1986)
  - 9.2.3.1 Síndrome do trauma de estupro (1980)
  - 9.2.3.1.1 Síndrome do trauma de estupro: reação composta (1980)
  - 9.2.3.1.2 Síndrome do trauma de estupro: reação silenciosa (1980)
  - 9.3.1 Ansiedade (1973, 1982R)
  - 9.3.2 Medo (1980)

## ANEXO 2

Instrumento de Avaliação adaptado do modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Neuman

### A. *Dados Demográficos:*

1. Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Procedência: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Condição civil : \_\_\_\_\_ No. de filhos: \_\_\_\_\_  
Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

2. Fonte de encaminhamento.

---

---

3. Informação do cliente relacionada ao seu problema de saúde.

---

---

### B. *Estressores, conforme percebidos pelo cliente.*

1. Quais as suas preocupações relacionadas a sua cirurgia ?

---

---

---

2. Destas preocupações, quais as principais ?

---

---

---

3. Como a atual situação de pré-cirurgia difere do seu padrão usual de vida ? (Identifique padrões de estilo de vida).

---

---

---

4. Você já passou por um problema igual? Caso sim, qual foi o problema e como você resolveu? Obteve sucesso? (Identifique padrões anteriores de enfrentar e resolver problemas).

---

---

---

5. Em decorrência de sua cirurgia, quais as suas preocupações relacionadas ao seu futuro ?

---

---

---

6. O que você espera que profissionais de enfermagem, família, amigos ou outros façam por você? (Identifique fatores perceptuais, isto é, realidade versus distorções-expectativas, padrões de luta presentes e possíveis no futuro).

---

---

---

C. *Estressores, conforme percebidos pela entrevistadora.*

1. Quais as preocupações do cliente relacionadas a sua cirurgia ?

---

---

---

2. Das preocupações citadas, quais as principais ?

---

---

---

3. Como o cliente se sente em relação a estas preocupações ?

---

---

---

4. Como a atual situação de pré-cirurgia difere do padrão usual de vida do cliente ? (identifique padrões de estilo de vida).

---

---

---

5. O cliente alguma vez passou por situação similar? Caso sim, como você avaliaria o que o cliente fez? Quanto êxito você pensa que ele obteve? (Identifique padrões passados de luta).

---

---

---



6. O que você antecipa para o futuro como uma consequência da presente situação do cliente? (Identifique fatores perceptuais, isto é, realidade versus distorções-expectativas, padrões de luta presentes e possíveis no futuro).

---

---

---

7. O que o cliente sente em relação a essa condição ?

---

---

---

8. O que você pensa que o cliente espera dos profissionais de enfermagem, da família, dos amigos ou de outros recursos? (Identifique fatores perceptuais, isto é, realidade versus distorções-expectativas, padrões de luta presentes e possíveis no futuro).

---

---

---

## RESUMO DE IMPRESSÕES

Observar quaisquer discrepâncias ou distorções entre a percepção do cliente e a da entrevistadora com relação à situação.

---

---

---

---

---

### *D. Fatores Intrapessoais*

1. Físicos (ex.: grau de mobilidade, variações de função corporal).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



*E. Fatores Interpessoais*

Recursos e relacionamento de família, amigos ou ministradores de cuidados que influenciem ou possam influenciar Área D.

---

---

---

---

---

*F. Fatores Extrapessoais*

Recursos relacionados a finanças, emprego ou outras áreas que influenciem ou possam influenciar áreas D e E.

---

---

---

---

---

---

G - Você autoriza a utilização desses dados para realizar trabalhos científicos?

Sim  Não

São Luís, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Santana de Maria Alves de Sousa



Cliente: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

## Parte 2

Itens	Grupos			
	G.1	G.2	G.3	G.4

.Estressores percebidos pelo (a) cliente

- Estressores percebidos pela entrevist.

- Fatores inter e extrapessoais

- Exame físico

Cliente: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Parte 3

Nomeação dos Diagnósticos	Características Definidoras	Fatores Relacionados
------------------------------	--------------------------------	-------------------------

## ANEXO 4

### Escala de Mensuração do Procedimento Diagnóstico\*

#### ( 1 ) Levantamento de dados significativos:

0: Não levanta dados;

1: Levanta dados, mas nenhum tem relação com as características definidoras descritas na Taxonomia I;

2: Levanta dados, sendo que, pelo menos um é compatível com as características definidoras descritas na Taxonomia I .

#### ( 2 ) Relação dos dados, formação de grupamentos:

0: não faz grupamentos ou agrupa um único dado;

1: agrupa menos de três dados para diagnósticos atuais ou potenciais; menos de dois dados para diagnósticos possíveis;

2: agrupa três ou mais dados para diagnósticos atuais ou potenciais; dois ou mais dados para diagnósticos possíveis.

#### ( 3 ) Nomeação:

0: não nomeia grupamento ou nomeia inadequadamente;

1: nomeia, não utilizando a Taxonomia I como referência;

2: nomeia, utilizando a Taxonomia I da NANDA.

#### ( 4 ) Identificação dos fatores relacionados ou de risco:

0: não identifica fatores relacionados ou de risco;

1: identifica fatores relacionados sem dados que os fundamente;

2: identifica fatores relacionados fundamentando-os com pelo menos um dado.

#### ( 5 ) Classificação em atual, alto risco para ou possível:

0: não classifica o diagnóstico;

1: classifica porém sem observar os critérios listados para o item (2);

2: classifica atendendo aos critérios.

---

0 a 2 = completamente errado\ completamente certo.

\* Escala utilizada por Cruz ( 1993, p. 29).