

CIRURGIA AMBULATORIAL: IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO¹

Maria Cristina Simões Flório²
Cristina Maria Galvão³

Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Latino-am Enfermagem 2003 setembro-outubro; 11(5):630-7.

O objetivo da presente investigação foi a identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório do paciente cirúrgico ambulatorial. Como referencial teórico, selecionamos a teoria de Levine, na qual são propostos quatro princípios de conservação, a saber: conservação de energia, conservação da integridade estrutural, conservação da integridade pessoal e conservação da integridade social. Os dados foram coletados pela pesquisadora, no serviço de cirurgia ambulatorial de um hospital privado da cidade de Ribeirão Preto (São Paulo), nos meses de janeiro e fevereiro de 2001, utilizando um instrumento previamente validado. A amostra consistiu de trinta pacientes adultos submetidos a cirurgia de diferentes especialidades médicas, com anestesia regional ou geral. Após a coleta dos dados, procedemos a identificação dos diagnósticos de enfermagem, utilizando o processo de raciocínio diagnóstico descrito por Risner, e a construção das categorias diagnósticas teve como referência a taxonomia da NANDA e o estudo de Carpenito. No período perioperatório, foram identificados quinze diagnósticos e, neste estudo, analisamos aqueles que obtiveram uma frequência igual ou maior que 50%, a saber: ansiedade, risco para infecção, risco para lesão por posicionamento perioperatório e dor.

DESCRITORES: enfermagem perioperatória; diagnóstico de enfermagem; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

SURGERY IN OUT PATIENT UNITS: IDENTIFICATION OF NURSING DIAGNOSES IN THE PERIOPERATIVE PERIOD

This study aimed at identifying nursing diagnoses in the perioperative period of surgery outpatients. Levine's theory was selected as a theoretical framework in which four conservation principles are proposed, namely: energy conservation, structural integrity conservation, personal integrity conservation and social integrity conservation. Data were collected by the researcher in the outpatient service of a private hospital in the city of Ribeirão Preto (São Paulo, Brazil) in the months of January and February 2001 by using a previously validated instrument. The sample consisted of 30 adult patients submitted to surgeries in different specialties with regional or general anesthesia. After data collection, the identification of nursing diagnoses was made using the process of diagnostic thinking described by Risner. The construction of diagnostic categories was based on the NANDA taxonomy as well as on the study by Carpenito. In the perioperative period, fifteen diagnoses were identified and, in this study, those which obtained a frequency equal to or higher than 50% were analyzed, namely: anxiety, infection risk, lesion risk due to perioperative positioning and pain.

DESCRIPTORS: perioperative nursing; nursing diagnosis; ambulatory surgical procedures

CIRUGÍA AMBULATORIA: IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PERI-OPERATORIO

El objetivo de la presente investigación fue la identificación de los diagnósticos de enfermería en el período perioperatorio del paciente ambulatorio quirúrgico. Como referencial teórico seleccionamos la teoría de Levine, en la cual son propuestos cuatro principios de conservación de energía, conservación de la integridad cultural, conservación de la integridad personal y conservación de la integridad social. Los datos fueron recolectados por la investigadora en el servicio de cirugía ambulatoria de un hospital privado de la ciudad de Ribeirão Preto (São Paulo) en los meses de enero y febrero de 2001 utilizando un instrumento previamente validado. La muestra constó de 30 pacientes adultos sometidos a cirugía de diferentes especialidades médicas con anestesia regional o general. Después de la recolección de datos, se realizó la identificación de los diagnósticos de enfermería, utilizando el proceso de raciocinio diagnóstico descrito por Risner y la construcción de las categorías diagnósticas tuvo como referencia la taxonomía de la NANDA y el estudio de Carpenito. En el período peri-operatorio se identificaron 15 diagnósticos y en este estudio analizamos los que obtuvieron una frecuencia igual o mayor de 50%, a saber: ansiedad, riesgo para infección, riesgo para lesión por posicionamiento peri-operatorio y dolor.

DESCRIPTORES: enfermería peri-operatoria; diagnóstico de enfermería; procedimientos quirúrgicos ambulatorios

¹ Este trabalho é uma síntese da Dissertação de Mestrado: Flório MCS. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório; ² Enfermeira, Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico, Fundação Waldemar B. Pessoa, Mestre pelo programa de Pós-Graduação; ³ Enfermeira, Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: crisgalv@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A cirurgia ambulatorial, no contexto mundial, surgiu há muito tempo. Existem relatos de procedimentos cirúrgicos realizados em domicílio, datados de 3000 a.C. Na Grécia e Roma antiga, os lares e templos eram locais de adoração e de cura. Sendo assim, a cirurgia ambulatorial está ligada à trajetória da história médica e da enfermagem⁽¹⁾.

A cirurgia ambulatorial tornou-se uma realidade somente na década de 60, do século XX, devido aos avanços das técnicas cirúrgicas e drogas anestésicas que possibilitaram uma recuperação rápida do paciente, com mínimas complicações.

O objetivo primordial do serviço de cirurgia ambulatorial é o de ser o mais seguro, ter baixo custo e assegurar que o paciente fique no hospital um curto período. Nesse cenário, entendemos que a implementação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico ambulatorial torna-se crucial. Assim, neste estudo, percorreremos a primeira etapa para a construção de uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem, a qual consiste na identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório do paciente cirúrgico ambulatorial.

Para fundamentarmos a presente investigação, buscamos, na literatura, um referencial teórico, selecionamos a teoria de Levine.

Levine preocupa-se com o indivíduo que adentra em uma instituição de saúde, necessitando de assistência, ou seja, está com seu estado de saúde alterado, característica essa encontrada no paciente cirúrgico ambulatorial.

A teoria de Levine é centrada na intervenção (cuidado) de enfermagem, na adaptação e na reação do paciente à doença. Essa estudiosa visualiza a enfermagem como um processo dinâmico, intencional; define a enfermagem como uma disciplina, e sua base é a dependência entre as pessoas, incluindo intervenções (cuidados) de enfermagem, com o propósito de apoiar ou promover a cura do paciente⁽²⁾.

O papel da enfermagem é manter a integridade da pessoa como um todo, utilizando os recursos de energia para restaurar o equilíbrio do organismo humano (homeostasia). Assim, Levine propõe quatro princípios de conservação, a saber: conservação de energia,

conservação da integridade estrutural, conservação da integridade pessoal e conservação da integridade social.

O primeiro princípio refere-se à manutenção da vida, um processo de produção de energia por meio das múltiplas atividades dos diferentes sistemas que compõem o organismo humano.

Levine afirma que a habilidade de o corpo humano desempenhar o trabalho da vida é dependente do seu balanço de energia, ou seja, a soma de nutrientes de produção de energia medida contra a vazão de atividades de uso de energia⁽³⁾.

O paciente debilitado apresentará uma maior transformação (consumo) de energia pelos esforços realizados para cura ou recuperação. A energia pode ser identificada, mensurada e controlada na prática de enfermagem; como exemplo, a mensuração dos sinais vitais diariamente.

O princípio de conservação da integridade estrutural é o processo de restauração e ou de manutenção do organismo humano. O organismo possui mecanismos de defesa para proteger o indivíduo contra possíveis perdas de fluídos (especialmente de sangue), evitando entrada de microrganismos, prevenindo um colapso físico e promovendo a recuperação ou cura⁽²⁾.

A enfermagem deverá realizar intervenções para restaurar a integridade estrutural do paciente; por exemplo, o posicionamento adequado e a variação de movimento limitarão o aparecimento de lesões e incapacitação⁽⁴⁾.

O princípio de conservação da integridade pessoal consiste na preservação da individualidade e privacidade de cada indivíduo. A pessoa compartilha experiências de vida com outras, mas apesar de dividir, sempre existe uma parte não compartilhada, e o indivíduo preserva a sua identidade, como ser único. O ser humano tem um ser público e um ser particular, cujas particularidades, muitas vezes, não são divididas nem com as pessoas mais íntimas⁽³⁾.

No processo de hospitalização, o paciente torna-se vulnerável, perde seu poder decisório, mesmo quando de coisas simples. Levine afirma que o enfermeiro é responsável por zelar pela privacidade do paciente e, sempre que possível, envolvê-lo nos processos decisórios⁽³⁾.

Em relação ao princípio de conservação da integridade social, Levine entende que todo indivíduo vive em sociedade, e o seu modo de vida e comportamento estão diretamente relacionados com os grupos de convívio.

Na presença do processo de doença, o paciente sente-se solitário, retornando o pensamento para seus familiares e amigos. As pessoas, particularmente as mais próximas, são muito importantes para o restabelecimento do paciente⁽³⁾.

O enfermeiro utiliza o processo de enfermagem como metodologia assistencial para o planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem no período perioperatório.

O processo de enfermagem é entendido como um método sistemático de cuidados humanizados; sistemático, por contemplar cinco etapas distintas (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação), e humanizado, por prestar cuidados de enfermagem individualizado, considerando os interesses e desejos do paciente e família⁽⁵⁾.

O foco deste estudo consiste na segunda etapa do processo de enfermagem, ou seja, a de diagnóstico de enfermagem. Levine entende que o diagnóstico de enfermagem apresentará um problema ou um problema em potencial, um déficit ou um déficit ameaçado do paciente em estado de doença ou alteração de saúde, relacionado aos quatro princípios de conservação propostos na sua teoria⁽³⁾. Assim, a presente investigação tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem, no período perioperatório, do paciente cirúrgico ambulatorial.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A presente investigação foi desenvolvida em um hospital da rede privada do município de Ribeirão Preto (São Paulo), no serviço de cirurgia ambulatorial.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

A direção do hospital investigado foi consultada por ofício e esclarecida quanto ao objetivo do estudo. Os sujeitos participantes foram esclarecidos e consultados por meio do termo de consentimento por escrito. Garantimos o direito de desistirem da participação, assim como o completo anonimato.

Primeira fase: construção e validação do instrumento

A construção do instrumento teve como eixo norteador os quatro princípios de conservação propostos

por Levine, além da literatura pesquisada e a experiência profissional da pesquisadora.

A validação aparente e de conteúdo do instrumento foi realizada por cinco especialistas, as quais analisaram o instrumento quanto à forma de apresentação, facilidade de compreensão e alcance do objetivo do estudo.

Um teste piloto foi realizado com cinco pacientes para verificarmos se o instrumento estava de acordo com as especificidades do paciente cirúrgico ambulatorial.

Segunda fase: coleta de dados

A coleta de dados foi desenvolvida pela pesquisadora, no serviço de cirurgia ambulatorial, utilizando o instrumento validado.

Para a seleção dos sujeitos participantes do estudo, foram determinados alguns critérios de inclusão, a saber: paciente adulto (21 a 60 anos); submetido a anestesia geral ou regional; procedimento cirúrgico de maior complexidade da escala cirúrgica, no período da manhã (duração da cirurgia maior ou igual a uma hora), sem distinção da especialidade médica.

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2001, totalizando uma amostra de trinta pacientes que foram atendidos no serviço de cirurgia ambulatorial do hospital investigado.

Terceira fase: identificação dos diagnósticos de enfermagem

Após a coleta de dados, procedemos a identificação dos diagnósticos de enfermagem, utilizando o processo de raciocínio diagnóstico, sendo a análise e a síntese as fases desse processo⁽⁶⁾.

A análise é a fase na qual o material coletado é separado em partes e examinado criticamente. Nessa fase, existem duas etapas, a saber: categorização dos dados, que são organizados, agrupados ou colocados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos conceituais; identificação de lacunas de dados, compreendida como sendo a etapa onde os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados.

Na presente investigação, a fase de análise foi executada durante a coleta de dados, utilizando, para cada sujeito selecionado, o instrumento validado.

A síntese é a fase na qual o processo de raciocínio

é realizado, considerando as seguintes etapas: agrupamento de dados é o início dessa fase onde os dados relevantes são agrupados; comparação dos dados agrupados com teorias, modelos e conceitos, consiste na maior etapa da fase de síntese em que os dados coletados sobre o paciente são interpretados e comparados com normas e padrões; identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese) é a etapa do julgamento clínico, é a elaboração de hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas sobre os problemas do paciente após comparação com teorias, modelos e conceitos; proposição de relações etiológicas. Nessa etapa, os fatores que influenciaram ou contribuíram para a elaboração das hipóteses (inferências) são identificados.

Após a aplicação do processo de raciocínio diagnóstico nos dados coletados, procedemos a construção das categorias diagnósticas⁽⁷⁻⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categorização da amostra

Dos trinta sujeitos participantes do estudo, dezoito (60%) eram do sexo feminino e doze (40%) do sexo masculino.

Em relação à idade, dez pacientes (33,3%) estavam na faixa etária 41 a 50 anos, oito (26,6%), na faixa etária de 51 a 60 anos, sete (23,3%) estavam na faixa etária 31 a 40 anos, e cinco, (16,6%) na faixa etária de 21 a 30 anos.

Dos pacientes entrevistados, quinze (50%) eram da especialidade médica vascular, oito (26,6%) eram da cirurgia geral, cinco (16,6%) eram da otorrinolaringologia, dois (6,6%) eram da ginecologia.

Em relação ao procedimento anestésico, dezenove pacientes (63,3%) foram submetidos a peridural simples, seis (20%) foram submetidos a anestesia geral, dois (6,6%) foram submetidos a raquianestesia, dois (6,6%) foram submetidos a anestesia intercostal e um (3,3%) foi submetido a peridural contínua.

Diagnósticos de enfermagem identificados

Na presente investigação, foram identificados quinze diagnósticos de enfermagem no período

perioperatório: em relação ao período pré-operatório, os diagnósticos identificados foram três, a saber: ansiedade(86,6%), mobilidade física prejudicada (3,3%) e manutenção da saúde alterada (3,3%). No período transoperatório, seis diagnósticos de enfermagem foram identificados: risco para infecção (100%), ansiedade (3,3%), risco para aspiração (16,6%), risco para função respiratória alterada (16,6%), risco para lesão por posicionamento perioperatório (100%) e risco para trauma (3,3%). No período pós-operatório, os diagnósticos identificados foram cinco: dor aguda (100%), ansiedade (13,3%), manutenção da saúde alterada (6,6%), risco para lesão (3,3%) e padrões de eliminação urinária alterados (3,3%).

Frente ao exposto, ao analisarmos o conjunto de diagnósticos identificados, no período perioperatório, optamos em discutir aqueles que obtiveram frequência igual ou maior que cinquenta por cento (50%) em cada período da experiência cirúrgica do paciente (pré-operatório, transoperatório e pós-operatório). Assim, na Tabela 1, apresentamos os enunciados da categoria diagnóstica Ansiedade, que obteve 86,6% de frequência no período pré-operatório.

Um endocrinologista chamado Selye desenvolveu vários estudos com a finalidade de entender a resposta biológica do organismo frente a estímulos agressores. A essa resposta biológica denominou estresse, e ao encadeamento da resposta denominou Síndrome de Adaptação Geral, a qual pode ser dividida em três fases: reação de alarme, quando o organismo depara-se com um estímulo agressor, mudanças hormonais são desencadeadas pelo sistema nervoso central e sistema nervoso autônomo simpático preparando o corpo para luta ou fuga; alterações como: taquicardia, aumento da pressão arterial, alterações respiratórias, sudorese, são descritas na literatura. Quando a adaptação do organismo for um sucesso, e os estímulos agressores desaparecerem, o organismo volta ao nível basal de funcionamento. Mas, quando esse estado se prolonga, surge a fase de **resistência** cujas alterações hormonais têm o objetivo de aumentar a capacidade adaptativa do organismo⁽⁹⁾.

O organismo perde o poder de adaptação, havendo um esgotamento dos mecanismos de defesa. Ocorre comprometimento de órgãos, e essa fase é denominada **exaustão**: o corpo não consegue manter a resistência e, gradualmente, ocorre letargia, podendo levar à morte⁽⁹⁾.

A ansiedade provocada pela intervenção cirúrgica

afeta o paciente e sua família. O paciente, ao verbalizar suas emoções e dúvidas a respeito do procedimento, poderá melhorar sua compreensão e minimizar seu estresse.

Tabela 1 - Número e porcentagem de pacientes cirúrgicos ambulatoriais segundo os enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica Ansiedade no período pré-operatório. Ribeirão Preto, 2001

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação e insônia (relatada pelo paciente).	01	3,8
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico e do tratamento (hemodiálise) manifestada por agitação e apreensão.	01	3,8
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação, nervosismo e alterações de sinais vitais.	03	11,5
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação, apreensão (relato do paciente) e alteração de sinais vitais.	03	11,5
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação, nervosismo, apreensão e tremores nas mãos.	01	3,8
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação e alteração de sinais vitais.	02	7,6
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação, apreensão, nervosismo e alterações de sinais vitais.	01	3,8
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação e apreensão.	09	34,6
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação e tremores.	01	3,8
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação e nervosismo.	03	11,5
Ansiedade relacionada à necessidade do procedimento cirúrgico manifestada por agitação, tremores, apreensão e alteração de sinais vitais.	01	3,8
Total	26	100

Na presente investigação, o fator relacionado do diagnóstico de enfermagem Ansiedade caracterizou-se pela necessidade do procedimento cirúrgico. Assim, o paciente cirúrgico ambulatorial enfrenta uma situação desconfortável pela proximidade da cirurgia, muitas vezes não tem conhecimento suficiente sobre o preparo, as rotinas, os cuidados pós-operatórios, gerando incertezas.

Ao analisarmos o diagnóstico de enfermagem Ansiedade frente à teoria de Levine, entendemos que o princípio de conservação de energia está afetado, pois a cirurgia é uma situação estressante, a qual exige um gasto adicional de energia.

Tabela 2 - Número e porcentagem de pacientes cirúrgicos ambulatoriais, segundo os enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica Risco para Infecção, no período transoperatório. Ribeirão Preto, 2001

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia e procedimentos invasivos.	18	60,0
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e uso de prótese (tela prolene).	01	3,3
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e comprometimento das defesas hospedeiras, secundário à doença crônica (diabete melito) e úlcera varicosa em membro inferior direito (insuficiência venosa crônica).	01	3,3
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e comprometimento das defesas hospedeiras, secundário à doença crônica (hipertensão), tabagismo e etilismo.	03	10,0
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e comprometimento das defesas hospedeiras, secundário à doença crônica (hipertensão e diabete melito)	01	3,3
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e solução de continuidade da pele (lesões e escoriações pelo corpo).	01	3,3
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e circulação comprometida, secundária à obesidade.	03	10,0
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e comprometimento das defesas hospedeiras, secundário à doença crônica (insuficiência renal crônica).	01	3,3
Risco para infecção relacionado a local de invasão dos microrganismos, secundário à cirurgia, procedimentos invasivos e comprometimento das defesas hospedeiras, secundário à doença vascular periférica (flebite de repetição).	01	3,3
Total	30	100

Na Tabela 2, demostramos os enunciados da categoria diagnóstica Risco para Infecção, que obteve 100% de freqüência no período transoperatório. Nesse diagnóstico, os fatores relacionados caracterizam-se em: invasão do local da incisão por microrganismos, procedimentos invasivos, uso de prótese, comprometimento das defesas hospedeiras, secundário a doenças crônicas (diabete melito, insuficiência venosa crônica, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, doença vascular periférica) e devido ao tabagismo, etilismo e obesidade.

A infecção do sítio cirúrgico é aquela que ocorre

na incisão ou em tecidos manipulados durante a operação, podendo ser diagnosticada até 30 dias após a realização do procedimento, ou no caso de implante de prótese até um ano após⁽¹⁰⁾.

A cirurgia é peculiar à infecção, "pois, ao mesmo tempo em que rompe a barreira epitelial, desencadeia uma série de reações sistêmicas que facilitam a ocorrência de um processo infeccioso, seja originado do campo operatório, de um outro procedimento invasivo ou um foco a distância"⁽¹¹⁾.

Na presente investigação, os dados evidenciaram vários fatores de risco para infecção, descritos na literatura. Salientamos, aqui, a diabetes melito e a obesidade.

A presença de Diabetes Melito "é um fator de risco importante para infecção, provavelmente devido a alterações na fisiopatologia da cicatrização, às complicações vasculares e neuropáticas e aos efeitos inibitórios nos mecanismos de defesa"⁽¹¹⁾.

A obesidade é outro fator de risco. Essa susceptibilidade ocorre devido à baixa irrigação local do tecido adiposo, associada ao tempo cirúrgico elevado e ao trauma da parede abdominal, além da área de exposição maior à contaminação⁽¹¹⁾.

O paciente cirúrgico ambulatorial tem menor possibilidade de adquirir um processo infeccioso; as taxas de infecção são mais baixas em procedimentos realizados em ambientes ambulatoriais. Isso se deve aos seguintes fatores: a maioria das cirurgias ambulatoriais é classificada por potencial de contaminação em cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas; a exposição a patógenos hospitalares multiresistentes a drogas é reduzida no ambiente ambulatorial; os pacientes que se submetem a cirurgia ambulatorial contaminada ou infectada têm menor predisposição individual à aquisição de infecção⁽¹²⁾.

Entendemos que o procedimento anestésico cirúrgico acarreta desequilíbrio da integridade estrutural do paciente cirúrgico ambulatorial, e a identificação do diagnóstico de enfermagem Risco para Infecção possibilitará ao enfermeiro planejar e implementar ações que minimizem os riscos de instalação de um processo infeccioso, ou seja, intervenções que configurem na conservação da integridade estrutural.

Na presença de infecção, os quatro princípios de conservação propostos por Levine estão afetados, "a integridade estrutural foi rompida (trauma cirúrgico), obviamente haverá um gasto adicional de energia. O lado pessoal e social do paciente será afetado com um novo

acontecimento em seu processo de saúde-doença e, conseqüentemente, a família também será envolvida nesse novo processo que, de acordo com as fontes consultadas, na maior parte das vezes, poderia ser prevenido"⁽¹³⁾.

Na Tabela 3, apresentamos os enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica Risco para Lesão por Posicionamento Perioperatório, que obteve 100% de frequência no período trans-operatório.

Tabela 3 - Número e porcentagem de pacientes cirúrgicos ambulatoriais, segundo os enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica Risco para Lesão por Posicionamento Perioperatório, no período transoperatório. Ribeirão Preto, 2001

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Risco para lesão por posicionamento perioperatório relacionado à perda das medidas protetoras habituais, secundária à anestesia e exigência de posicionamento.	07	23,3
Risco para lesão por posicionamento perioperatório relacionado à perda das medidas protetoras habituais, secundária à anestesia.	12	40
Risco para lesão por posicionamento perioperatório relacionada à perda das medidas protetoras habituais, secundária à anestesia, exigência de posicionamento e tempo cirúrgico maior que duas horas.	10	33,3
Risco para lesão por posicionamento perioperatório relacionado a danos físicos, exigência de posicionamento e a perda das medidas protetoras habituais, secundária à anestesia.	01	3,3
Total	30	100

No diagnóstico de enfermagem Risco para Lesão por Posicionamento Perioperatório, os fatores relacionados foram: possíveis lesões devido ao posicionamento do paciente durante o procedimento cirúrgico; a perda das medidas protetoras habituais secundária à anestesia, tempo cirúrgico superior a duas horas, além de lesões físicas presentes na pele do paciente.

A posição do paciente durante a cirurgia é um cuidado importante a ser observado. Ao realizarmos esse procedimento muitas vezes, as posições não são convencionais podendo acarretar lesões⁽¹⁴⁾.

Posicionar o paciente é obter uma postura intermediária entre o possível e tolerável. Quando submetido a anestesia, o paciente perde a capacidade sensitiva de parte ou de todo o corpo, não conseguindo reagir à dor, a pressões, e há perda da capacidade de movimentação.

Quando houver necessidade de uso de placa de bisturi elétrico, ela deverá ser fixada em área limpa, seca, com poucos pêlos e o mais próximo possível do local a

ser eletrocauterizado. Alguns locais são vulneráveis, como dedos, pernas e até ombros, pois há relatos de queimaduras dessas áreas⁽¹⁵⁾.

A cabeça e membros devem ficar em posição estável, principalmente quando ocorrer mudança de posicionamento durante a cirurgia. Os membros superiores são passíveis de ficarem fora da mesa cirúrgica, sendo um risco para lesão do plexo braquial, da articulação do ombro ou queimadura de extremidades. Os calcâneos e músculos da panturrilha também são áreas vulneráveis à necrose por pressão, podendo causar o início de tromboembolismo⁽¹⁵⁾.

Na face, os olhos necessitam de atenção especial, devido à possibilidade de haver abrasão da córnea, além de lesão do globo ocular⁽¹⁵⁾.

Ao posicionar o paciente do decúbito dorsal para o ventral, deve-se evitar a rotação lateral do pescoço e da cabeça do indivíduo anestesiado, pois esse movimento pode causar estiramento dos ligamentos e músculos relaxados, lesões das articulações cervicais, ocorrendo dor e limitações funcionais no pós-operatório⁽¹⁵⁾.

Na presente investigação, 60% dos pacientes são mulheres, e muitas delas foram colocadas em decúbito ventral. Um cuidado especial com as mamas é importante, já que aquelas com volume médio ou grande podem ter estiramento e lesões. Além disso, a equipe envolvida deve atentar para mamas com prótese, pois a pressão do corpo poderá acarretar a ruptura dos invólucros. Nos homens, o cuidado especial é com a genitália externa, para evitar edemas, hematomas e outras complicações no pós-operatório⁽¹⁵⁾.

Frente a esse diagnóstico de enfermagem, acreditamos que compete ao enfermeiro planejar a assistência de enfermagem no transoperatório, implementando ações que minimizam as alterações da integridade estrutural do paciente cirúrgico ambulatorial, decorrentes do posicionamento cirúrgico. Ressaltamos, ainda, que a presença de dor devido ao posicionamento, no pós-operatório, acarretará gasto adicional de energia e preocupações na família, ou seja, os princípios de conservação de energia e da integridade social estarão também afetados.

Na Tabela 4, demonstramos os enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica Dor, que obteve 100% de frequência no período pós-operatório.

Tabela 4 - Número e porcentagem de pacientes cirúrgicos ambulatoriais, segundo os enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica Dor Aguda, no período pós-operatório. Ribeirão Preto, 2001

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Dor relacionada ao trauma tissular secundário à cirurgia manifestada por alterações dos sinais vitais e pelo relato do paciente.	4	13,3
Dor relacionada ao trauma tissular secundário à cirurgia manifestada pelo relato do paciente.	25	83,3
Dor relacionada ao trauma tissular secundário à cirurgia e dano físico secundário à queda de bicicleta manifestada pelo relato do paciente e limitações do movimento físico.	1	3,3
Total	30	100

O diagnóstico de enfermagem Dor é justificado pelo final da anestesia e pela presença de um "trauma" (quebra da barreira epitelial) provocado pela lesão tecidual. A dor acarreta repercussões orgânicas, variando a intensidade. A dor pode causar reações reflexas, como distúrbios na função pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal e urinária, prejuízo no metabolismo muscular, além de alterações neuroendocrinometabólicas e imunológicas⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, os enunciados confirmam os dados descritos pela literatura, em relação à variação dos sinais vitais (aumento da respiração, pressão arterial, frequência cardíaca), além da dor relatada pelo paciente, no local da incisão cirúrgica.

Vários fatores devem ser observados para fazermos o diagnóstico de dor, tais como: idade, sexo, nível de instrução, ocupação, raça. O paciente, quando refere dor e não são prestados os cuidados necessários, poderá desenvolver ansiedade, com alterações de sinais vitais, ocorrendo gasto adicional de energia, ou seja, o princípio de conservação de energia estará afetado.

Frente ao diagnóstico de enfermagem Dor, os princípios de conservação de energia e conservação da integridade estrutural, propostos por Levine, estarão afetados. Entendemos, ainda, que o princípio de conservação da integridade pessoal também estará afetado, pois, devido à dor, ocorrerá uma redução das atividades desenvolvidas pelo paciente e, conseqüentemente, sentimentos de incapacidade poderão surgir. Assim, compete ao enfermeiro preparar o paciente cirúrgico ambulatorial e seus familiares, para identificarem a dor e realizarem ações para minimizá-la por meio de medidas de conforto e/ou com medicações prescritas, principalmente no pós-operatório tardio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo veio de encontro com a necessidade do serviço de cirurgia ambulatorial em que a pesquisadora atua. Ele consiste na implementação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico ambulatorial, embasada em conhecimento científico.

Ao analisarmos os diagnósticos evidenciados neste estudo, entendemos que o paciente cirúrgico ambulatorial apresenta ansiedade devido à situação nova em que se encontra. Compete à enfermagem ajudá-lo a desenvolver mecanismos de enfrentamento. Em relação aos diagnósticos, risco para infecção e risco para lesão

por posicionamento perioperatório, compreendemos a necessidade de revermos determinadas rotinas e estabelecermos medidas de prevenção e controle dessas complicações. Salientamos, ainda, a necessidade de preparar o paciente e seus familiares na identificação da dor e as medidas que poderão minimizá-la, principalmente no domicílio.

Ressaltamos que, nesta investigação, percorremos apenas duas etapas do processo de enfermagem (coleta de dados e identificação dos diagnósticos de enfermagem), mas entendemos que consiste no início de uma proposta para sistematizarmos a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico ambulatorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watson DS, Sangermano CA. Cirurgia ambulatorial. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997.
2. Leonard MK, Myra Estrin Levine. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p.164-73.
3. Levine ME. Introduction to Clinical Nursing. 2ª ed. Philadelphia: FA. Davis; 1973.
4. George JB, Myra Estrin Levine. In: George JB. Teoria de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000. p. 159-67.
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000.
6. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Cristensen PJ, Kenney JW. In: Nursing process: application of conceptual models. St. Louis: Mosby; 1990. p. 132-57.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (1999-2000). Porto Alegre: Artes Médicas do Sul; 2000.
8. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
9. Peniche ACG, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade Rev Latino-am. Enfermagem 2000 janeiro; 8(1):45-50.
10. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção da infecção do sítio cirúrgico. São Paulo; 2001.
11. Rabhae GN, Ribeiro N Filho, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro N Filho. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p.479-505.
12. Tancredi MV, Tancredi A Neto. Unidade ambulatorial, atendimento domiciliar e transporte de pacientes. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro N Filho. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p.842-60.
13. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Latino-am Enfermagem 2001 julho; 9(4):37-43.
14. Ricker LE. Posicionamento do paciente para cirurgia. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997. p. 90-105.
15. Magalhães MAC Posicionamento do paciente. In: Manica JT, organizador. Anestesiologia: princípios e técnicas. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. p. 194-214.
16. Gozzani JL. Analgesia no pós-operatório In: Manica JT, organizador. Anestesiologia: princípios e técnicas. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. p. 763-9.