

Visita pré-operatória de enfermagem: validação de um instrumento

Nursing preoperative visit: an instrument validation

Visita preoperatoria de enfermería: validación de un instrumento

Nathália Romeu de Mazzi¹

Silvia Franco da Rocha Tonhom²

RESUMO

Tratou-se de um estudo de intervenção qualitativo com o objetivo de propor e validar um instrumento de avaliação perioperatória de enfermagem, dando ênfase ao momento pré-operatório. Com base na literatura sobre o assunto, elaborou-se um instrumento que foi validado por conteúdo, juntamente a quinze enfermeiros-gerentes por meio da técnica de grupo focal, discutido com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico e depois aplicado em vinte pacientes cirúrgicos eletivos no Hospital das Clínicas de Marília de junho a agosto de dois mil e treze, com o intuito de analisar sua viabilidade, visando sua futura implantação. Foram agregados desde aspectos de identificação a informações transoperatórias. O instrumento mostrou-se viável, à medida que possibilitou fácil e rápido preenchimento, recebendo avaliação positiva e sugestões dos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico e dos enfermeiros das unidades de internação. Ademais, proporcionou reflexões importantes sobre o processo de cuidado em saúde e suas implicações na linha de cuidado.

Descritores: Cuidados pré-operatórios; Cuidados de enfermagem; Estudos de validação; Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

This is a qualitative study with intervention aimed to propose and validate an instrument of a nursing perioperative assessment, emphasizing the prior moment to surgery. Based on the literature about this subject, the instrument that was validated for content was elaborated together with fifteen nurses-managers by means of the focus group technique, discussed with the nursing staff of the Surgical Center and then applied to twenty elective surgical patients at the Hospital of Marília from June to August of two thousand and thirteen, in order to analyze its feasibility, aiming its forthcoming implantation. It has been aggregated identification aspects, such as trans-operative information. The instrument is practicable as it showed to be an easy and fast filling, as well as it received positive evaluation accompanied by suggestions from the nursing professionals of the Surgical Center and the nurses of the admission unit. Furthermore, it provided important reflection about the hospital work process and its implications in the care line.

Descriptors: preoperative care; nursing care; validation studies; perioperative nursing.

¹Enfermeira na instituição Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês. Pós-graduada em atenção clínica-cirúrgica. E-mail: natty_mazzi@hotmail.com.

²Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: siltonhom@gmail.com.

RESUMEN

Se trató de un estudio cualitativo con una intervención con el objetivo de proponer y validar un instrumento de evaluación perioperatoria de enfermería, dando énfasis al momento preoperatorio. Con base en la literatura sobre el asunto, se elaboró el instrumento que fue validado por el contenido a lo largo de quince enfermeros-gerentes por medio de la técnica de grupo focal, discutido con el equipo de enfermería del Centro Quirúrgico y después aplicado en veinte pacientes quirúrgicos electivos en el Hospital de Marília de junio a agosto de dos mil trece, con el objetivo de analizar su viabilidad, visando su futura implantación. Fueron agregados desde aspectos de identificación, como informaciones transoperatorias. El instrumento es viable, a la medida que demostró ser de fácil y rápido relleno, así como recibió evaluación positiva, acompañada de sugerencias, de los profesionales de enfermería del C.Q y de los enfermeros de las unidades de internación. Además, proporcionó reflexiones importantes sobre el proceso de trabajo hospitalario y sus implicaciones en la línea de cuidado.

Descriptor: Cuidados preoperatorios; Cuidados de enfermería; Estudios de validación; Enfermería perioperatoria.

INTRODUÇÃO

Dentro do sistema hospitalar, o centro cirúrgico, devido às suas características próprias, é um local restrito a equipes fixas de trabalho que permanecem sem contato direto com as demais equipes hospitalares e com o próprio paciente e sua família – tornando a assistência de enfermagem fragmentada e direcionada ao tempo em que o paciente lá permanece, sem que haja uma conexão com os demais períodos de internação (ARAÚJO; NORONHA, 1998).

O papel do enfermeiro nesse contexto tem se apresentado mais complexo na medida em que necessita integrar as atividades que abrangem a área técnica, administrativa, assistencial, de ensino e pesquisa, além da preocupação constante com a humanização do cuidado (FONSECA; PENICHE, 2009).

Visto que é responsabilidade e dever do enfermeiro prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011) e para promover um cuidado integral, pode-se lançar mão da Visita Pré-Operatória de enfermagem (VPO).

Conceituada como uma estratégia planejada pelo enfermeiro que atua no centro cirúrgico, com o intuito de prestar assistência adequada ao paciente que se submeterá ao tratamento

cirúrgico, a VPO consiste em coletar dados com base em uma entrevista ao paciente e seus familiares, seguindo um roteiro sistematizado, consulta ao prontuário e busca de informações com outros profissionais (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010).

Na VPO realiza-se uma avaliação clínica do paciente, contendo, por exemplo, aspectos emocionais, história anestésica prévia e identificação de alergias, momento em que também se promove a educação em saúde com vistas à preparação do cliente para a cirurgia e recuperação anestésica (SILVA; ALVIM, 2010).

Assim, a VPO é entendida como uma atuação expressiva do enfermeiro, caracterizando-se por fornecer apoio emocional e atenção ao paciente e sua família, estabelecer um vínculo de comunicação entre a unidade de internação e o centro cirúrgico, diminuir a ansiedade e oportunizar orientações sobre o processo anestésico-cirúrgico - subsidiando a continuidade da assistência de enfermagem no período intraoperatório e minimizando riscos de complicações no período pós-operatório (FONSECA; PENICHE, 2009). Além disso, auxilia no aumento de qualidade e segurança do paciente cirúrgico em todo o ciclo de cuidado, objetivando redução de erros e danos (PANCIERI et al., 2013).

Contudo, a VPO tem sido pouco valorizada, visto a escassez de literatura sobre essa temática

e devido à fragilidade na prática sistematizada, reflexo, muitas vezes, do número reduzido de enfermeiros no centro cirúrgico, da sobrecarga de trabalho técnico-administrativa imposta a esses profissionais e da dificuldade de entrosamento com a equipe médica e com outros enfermeiros, fazendo com que o paciente seja encaminhado ao centro cirúrgico sem ter recebido de forma plena os cuidados requeridos para o momento (GRITTEM; SILVA; MIRANDA, 2000).

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivos propor e validar um instrumento de avaliação perioperatória de enfermagem, dando enfoque especial ao momento pré-operatório por meio da realização da visita pré-operatória de enfermagem, visando à melhora na qualidade da assistência aos pacientes cirúrgicos e promovendo maior integração entre o centro cirúrgico e as unidades de internação.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo, aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) sob parecer nº 134.448, caracteriza-se como um projeto de intervenção com abordagem qualitativa (GOMES, 2010).

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HC I), com a participação de quinze enfermeiros-gerentes, incluindo a chefe do serviço de enfermagem, dezesseis profissionais de enfermagem do centro cirúrgico e vinte pacientes cirúrgicos eletivos. Todos os participantes da pesquisa concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pacientes participantes ainda tiveram que apresentar os seguintes pré-requisitos: ter condições de responder por si mesmo e ser maior de dezoito anos.

O pré-instrumento utilizado para a discussão em grupo focal foi construído a partir de levantamento bibliográfico que abordasse os temas de construção e validação de instrumento. Para tanto, foram acessadas as bases de dados do LILACS e BIREME, utilizando os descritores validação e enfermagem perioperatória.

A partir disso, foram encontrados os seguintes instrumentos: ficha de visita de enfermagem do Hospital de Clínicas da Faculdade Federal do Paraná (GRITTEM; SILVA; MIRANDA, 2000), instrumentos de avaliação pré e pós-operatória desenvolvidos em hospitais universitários do estado de São Paulo (ARAÚJO; NORONHA, 1998; NORONHA; ARAÚJO, 1998) e instrumento para avaliação do paciente na sala de recuperação pós-anestésica do Hospital Sírio Libanês (CUNHA; PENICHE, 2007), além de consulta nos diagnósticos de NANDA (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA, 2010).

A construção do instrumento perioperatório foi realizada estabelecendo-se as principais características da avaliação clínica do paciente cirúrgico entre os instrumentos selecionados, adequando tais dados à realidade do processo de cuidado no Hospital das Clínicas de Marília segundo a visão e experiência assistencial das autoras. Sendo assim, o instrumento foi dividido em quatro etapas: dados de identificação do paciente; informações pré-operatórias; informações transoperatórias e pós-operatórias imediatas.

A validação do instrumento ocorreu por meio da técnica de grupo focal (BACKS et al., 2011) em dois encontros com os enfermeiros-gerentes do HC I, no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013, sendo utilizado o momento de reunião semanal dos mesmos para tal finalidade. A atividade em grupo foi gravada e transcrita, elegendo-se a análise de conteúdo na modalidade temática para a interpretação dos dados. Apenas a etapa de categorização dos elementos foi necessária para análise dos resultados (GOMES, 2010). Para manter o anonimato dos participantes no grupo focal, identificamos os enfermeiros pela letra “E” e seus respectivos números.

Posteriormente à realização do grupo focal, o trabalho foi apresentado e discutido com os profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico de março a abril de 2013 por meio de uma abordagem individual.

Com o instrumento modificado a partir das sugestões do grupo focal e da equipe do Centro Cirúrgico, as visitas de enfermagem foram

efetuadas a uma amostra aleatória de 20 pacientes em espera para cirurgia eletiva, entre o período de junho a agosto de 2013. Nessa etapa foram esclarecidas dúvidas sobre o procedimento cirúrgico e suas especificidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura dos achados do grupo focal permitiu categorizar as temáticas gestão do processo de cuidar e sistematização do cuidado perioperatório, sendo incluídas nessa última as sugestões da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico e das autoras, com base na aplicação do instrumento.

O grupo focal ocorreu com quinze enfermeiros-gerentes das unidades de internação do HCl, incluindo a chefe do serviço de enfermagem. A discussão do instrumento no Centro Cirúrgico aconteceu com dezesseis dos vinte e quatro funcionários do setor, sendo três deles enfermeiros.

A aplicação do instrumento, por sua vez, ocorreu em vinte pacientes, sendo oito do sexo masculino e doze do sexo feminino. Com relação à faixa etária, quatro sujeitos apresentavam-se no intervalo entre vinte e quarenta anos, nove entre quarenta e um e sessenta anos e sete tinham mais de sessenta anos. As especialidades cirúrgicas presentes nas avaliações foram: Ortopedia (n=8), Cabeça e Pescoço (n=2), Gastrocirurgia (n=1), Cirurgia Geral e do Trauma (n=5), Cirurgia Vascular (n=2), Urologia (n=1) e Neurocirurgia (n=1).

Gestão do processo de cuidar

Na primeira discussão do grupo focal, os participantes confirmaram a importância da VPO para o trabalho de enfermagem e sugeriram algumas intervenções para que pudessemos iniciar o mesmo, sendo elas: a ciência dos chefes das disciplinas cirúrgicas e a realização de um contato prévio com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), setor responsável pela disponibilidade e distribuição de leitos na instituição, incluindo a internação de pacientes cirúrgicos eletivos.

Quanto à proposta sobre a concordância dos chefes das disciplinas cirúrgicas, o grupo focal

concluiu que a busca por um serviço pautado na interdisciplinaridade deve oportunizar uma comunicação eficiente e boa interação profissional.

Entende-se que o bom uso de uma ferramenta se dá quando toda a equipe compreende a importância e necessidade da mesma, incorporando o processo na sua prática de trabalho e utilizando-o como facilitador na assistência ao paciente (PANCIERI et al., 2013). Por isso, elaboramos um documento de ciência que explicitava o intuito do trabalho e como ele seria realizado. Dez entre os onze docentes responsáveis pelas disciplinas cirúrgicas assinaram o termo.

Com relação à segunda sugestão, fizemos um primeiro contato com uma das enfermeiras do NIR e acordamos que, se necessário, a secretária do setor forneceria uma lista de todos os pacientes cirúrgicos eletivos que seriam internados na respectiva semana, o que facilitaria a abordagem dos mesmos.

Sistematização do cuidado perioperatório

No segundo encontro do grupo focal, a discussão foi organizada de acordo com a divisão do instrumento: dados de identificação, dados pré-operatórios, transoperatórios e dados pós-operatórios imediatos.

Para os dados de identificação, sugeriu-se que houvesse o acréscimo do número de telefone dos pacientes participantes para posterior pesquisa de opinião, se oportuno, e outro item para “planos de saúde particulares/SUS”.

No tópico sobre “religião”, emergiram opiniões quanto à colocação de um adendo sobre a concordância na realização de transfusão sanguínea no caso de testemunhas de Jeová, como na seguinte fala:

(E1) A questão da religião quando ocorre casos de testemunha de Jeová: precisa ter alguma adendo aqui ou subentende-se na entrada do paciente no hospital? Por que falar verbalmente não sei.

(E7) Podia acrescentar um item aqui: aceita transfusão? Sim ou não?

É dever do enfermeiro respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito do paciente ou de seu responsável de tomar decisões sobre seu tratamento (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011), portanto, entendeu-se que tal informação seria relevante para o instrumento, uma vez que pode subsidiar um cuidado individualizado e humanizado a esses sujeitos.

Com relação aos dados pré-operatórios, na subseção “informações gerais”, entendeu-se que seria oportuno retirar o campo de cirurgia proposta, já que tal item faria maior sentido nos dados da cirurgia. Ainda na mesma subseção, houve discussão quanto à importância de registro da data de todos os exames pré-operatórios realizados pelo paciente, bem como o acréscimo de um item para anotação sobre a ciência do médico responsável caso haja algum tipo de alteração nos exames realizados. Outros acréscimos sugeridos foram inclusão da tipagem sanguínea e convênio.

(E2) Por exemplo, o paciente vai operar e não tem nada desses exames. Não seria bom ter um espaço para escrever que foi conversado com alguém? [...] De repente o paciente pode chegar lá no C.C e não ter nenhum exame, aí vão falar que ninguém cobrou e vai estar lá a observação do médico ciente.

(E1) Porque as vezes o RX que está lá é o que vai para o C.C, mas nem sempre está recente.

Na subseção condições do paciente, acordou-se que o estado nutricional deveria ser incluído, haja vista que quase metade da população hospitalizada é desnutrida, aumentando o tempo de internação hospitalar, a incidência de complicações pós-operatórias, como infecções e retardo na cicatrização de feridas e a taxa de mortalidade (DIAS; BURGOS, 2009).

Em dados da cirurgia, foi discutido que seria adequado manter o tópico “anestesia proposta” apenas nos dados transoperatórios frente aos limites das avaliações pré-operatórias.

Sobre os diagnósticos de enfermagem, sugeriu-se que deveriam ser retirados ou modificados, permanecendo no instrumento

apenas aqueles que apresentassem a possibilidade de intervenção em curto prazo, como conhecimento deficiente, medo e ansiedade. Tais sugestões podem ser identificadas nas seguintes afirmações:

(E3) Deixa eu só tirar uma dúvida: a proposta de levantar esse diagnóstico de enfermagem é só levantar o diagnóstico ou vai ter alguma intervenção? Porque em um paciente desnutrido qual vai ser a intervenção, se vocês querem levantar diagnóstico de desnutrição? Então, a ansiedade, o conhecimento deficiente, a questão do medo e da dor aguda dá pra ter intervenção. E os outros?

(E4) Tem que ser um documento objetivo e sucinto, porque senão ninguém vai ter paciência pra preencher. E diagnóstico só se faz se for ter intervenção, senão não adianta. É chover no molhado!

Sabe-se que o processo de enfermagem é pautado em uma correlação entre as fases de identificação de problemas de saúde, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, implementação das ações planejadas e na sua avaliação. Portanto, todas as etapas são essenciais e inseparáveis, tornando o processo ilógico no momento em que o ciclo não é fechado (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006; PORTAL; MAGALHÃES, 2008). A partir disso, e sabendo que os diagnósticos de enfermagem já são listados na ficha do paciente na unidade de internação, optou-se por retirá-los do instrumento.

Com relação às informações transoperatórias, foi discutido que seria importante a inclusão de um tópico para a descrição da administração de antibioticoterapia profilática (nome do medicamento, dose e horário) e outro para a classificação da cirurgia segundo o potencial de contaminação, subsidiando um cuidado mais atento no pós-operatório.

Outro tópico importante para os enfermeiros esteve relacionado à descrição do estado do paciente no pós-operatório imediato e as recomendações médicas quanto a drenos, sondas, curativos, alimentação e deambulação. Além disso, entendeu-se que seria importante o registro do nome do funcionário responsável por

receber o plantão do paciente na sala de recuperação pós-anestésica e encaminhá-lo à unidade de internação.

(E5) Eu preciso ter mais claro como o paciente está depois da cirurgia, quais os tipos de sonda, de dreno, cateteres. Eu tenho dificuldade com paciente da ortopedia: se o paciente pode levantar, se pode ir para o banheiro no primeiro banho. Eu acho que aqui poderiam aparecer perguntas que fariam o pós-operatório tardio pra gente. É esse que eu tenho dificuldade, porque às vezes eu tenho que ligar no celular do médico. Facilitaria eu saber quais são os drenos, o nome dos drenos, local da FO, se posso mexer no curativo.

(E6) Eu tive problemas: lá na ala, eu recebi um paciente da vascular que quase perdeu a embolectomia. O funcionário do Centro Cirúrgico colocou a prescrição médica dentro da pasta desorganizada e a funcionária da ala pegou a prescrição antiga com a heparina suspensa, mas a nova tinha heparina em bomba. Quase perdeu a cirurgia! Por isso que tem que mudar! Não tem passagem de plantão de enfermeiro pra enfermeiro.

A passagem de plantão em enfermagem é uma prática que visa à transmissão de informação objetiva, clara e concisa sobre acontecimentos ocorridos durante um período de trabalho e que envolve a assistência direta e/ou indireta ao paciente, sendo realizada em função da continuidade do cuidado (PORTAL; MAGALHÃES, 2008). Por esse motivo, e por entendermos que a ficha transoperatória pode funcionar como um meio de registro da passagem de plantão, decidiu-se que seria importante o acréscimo desse tópico, evitando-se a perda de dados no retorno do paciente pós-cirúrgico à unidade de internação.

Além da discussão com os enfermeiros-gerentes, apresentamos e discutimos o instrumento com a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico. Apenas um funcionário verbalizou a não concordância com a possível implantação do instrumento, dizendo que o impresso atual para anotações de enfermagem no período intraoperatório já era suficiente. Todos os outros profissionais de enfermagem mostraram-se a favor da possível mudança, afirmando que o

impresso seria mais prático para preenchimento, otimizando o tempo, além de abordar informações relevantes à continuidade do cuidado ao paciente.

No período transoperatório, sugeriu-se o acréscimo do horário de entrada do paciente na sala cirúrgica, já que, algumas vezes, há razoável intervalo de tempo entre sua chegada no centro cirúrgico e sua entrada na sala de cirurgia. Outra modificação sugerida foi a adição do posicionamento do paciente durante a cirurgia, considerando que uma ótima exposição do sítio cirúrgico previne complicações pós-cirúrgicas decorrentes do decúbito intra-operatório, como dor musculoesquelética, deslocamento de articulações, danos em nervos periféricos, lesões de pele, comprometimento cardiovascular e pulmonar (LOPES; GALVÃO, 2010).

Sugestionou-se também um espaço de anotação para a descrição do estado geral do paciente antes da operação, como nível de consciência e sinais vitais. Por conseguinte, achou-se pertinente incluir um item para observações adicionais, pois além dessas alterações, inúmeras situações podem ocorrer durante a cirurgia.

No período de recuperação anestésica, foi sugerido que, além da caracterização do débito de drenos e cateteres, houvesse um item para anotação sobre diurese, visto que uma das possíveis complicações pós-cirúrgicas é a oligúria, seja devido à anestesia ou por diminuição da perfusão renal (BASSO; PICOLLI, 2004).

Realizadas as modificações no instrumento com base nas sugestões citadas anteriormente, iniciou-se a etapa de aplicação do instrumento por meio da visita pré-operatória, com o objetivo de analisar sua funcionalidade. A aplicação do instrumento auxiliou na análise de sua viabilidade, sendo realizadas modificações adicionais.

Na seção dos dados de identificação, acreditou-se que seria pertinente o acréscimo da escolaridade do paciente, já que conhecer o grau de instrução do mesmo facilita e direciona o modo como as orientações serão dadas pela equipe de enfermagem.

Em dados pré-operatórios, subitem informações gerais, acrescentou-se um item para a descrição do motivo da cirurgia, pois o campo de doenças de base não contemplava essa informação. Outros dados incorporados à avaliação pré-operatória foram: tabagismo e etilismo, considerando que, juntamente à doença pulmonar pré-existente, tais hábitos de vida são fatores de risco importantes para complicações pós-operatórias do sistema respiratório e exame laboratorial da função renal, já que os pacientes portadores de insuficiência renal estão mais predispostos a complicações perioperatórias, tempo de hospitalização prolongado, maiores custos durante a internação e maior mortalidade do que aqueles que não possuem disfunção renal (BASSO; PICOLLI, 2004; CARAMELLI et al., 2007). O item tipagem sanguínea foi retirado, devido à sua falta de informação no prontuário.

No subitem condições do paciente, os campos para preenchimento da avaliação física dos diversos sistemas foi mantido em espaço aberto, uma vez que permite a descrição mais pessoal do exame físico e pode contemplar os exames do estado mental e musculoesquelético, ausentes anteriormente. Por sua vez, o item comportamento foi retirado, pois entendemos que essa avaliação pode ser incluída na avaliação do estado mental.

Em dados pré-operatórios foram inseridos: horário da realização da anestesia, nome do anestesista e posicionamento da placa neutra do eletrocautério, visto que mal posicionada a mesma pode formar pouca área de contato com o corpo do paciente, permitindo que a corrente elétrica circulante promova elevação da temperatura e, conseqüentemente, queimadura na pele (PARRA; GIANNASTTASIO; DINIZ, 2012).

Pensando sobre aplicabilidade, o instrumento mostrou-se de fácil e rápido preenchimento, sendo que as visitas pré-operatórias tiveram duração de quinze minutos, aproximadamente. Os empecilhos encontrados estiveram relacionados aos itens peso e altura, pois houve dificuldade em mensurar tais medidas em pacientes acamados ou com problemas de locomoção e com a falta de

organização dos prontuários, situação que interferiu no tempo despendido para as avaliações.

Todavia, de modo geral, percebemos que os pacientes sentiram-se mais acolhidos e confortáveis em fazer certos questionamentos, verbalizando confiança no profissional em que o acompanhou durante o período perioperatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a proposta do presente estudo baseou-se na intenção de melhorar a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico e que o instrumento foi elaborado com o intuito de conter o maior número de informações pertinentes ao cuidado, concluímos que o instrumento pré-operatório proposto é viável, à medida que demonstrou ser de fácil e rápido preenchimento, bem como recebeu avaliação positiva, acompanhada de sugestões, dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico e dos enfermeiros das unidades de internação, possibilitando assim sua reformulação e adequação conforme a prática de trabalho da instituição. Ademais, contribuiu para reflexões importantes sobre o processo de trabalho em saúde e suas implicações na linha de cuidado. Entretanto, entendemos que para sua operacionalização e aperfeiçoamento são necessárias constantes capacitações e discussões, não somente entre a equipe de enfermagem, mas também entre a equipe multiprofissional/interdisciplinar.

Esperamos também que a pesquisa possa contribuir para estudos mais aprofundados sobre o tema, visto que há carência de estudos de validação nesse sentido. Como limitação da pesquisa, destacamos que uma parcela dos enfermeiros envolvidos no processo de validação não possuía formação específica para a área clínica-cirúrgica. Porém, ressaltamos que a experiência prática dos profissionais de enfermagem participantes foi essencial e de extrema relevância para o estudo.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, I.E.M; NORONHA, R. Comunicação em enfermagem: visita pré-operatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 35-46, maio/ ago. 1998.
2. BACKS D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
3. BASSO, R.S; PICOLLI M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. 1-25, 2004. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/841/992>. Acesso em: 28 nov. 2013.
4. BITTAR, D.B; PEREIRA, L.V; LEMOS, R.C.A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p 617-628, out./dez. 2006.
5. CAMELLI, B. et al. I Diretriz de avaliação perioperatória - Comissão de Avaliação Perioperatória (CAPO). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 5, p. 138-178, 2007.
6. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. São Paulo: COREn-SP, 2011.
7. CUNHA, A.L.S.M; PENICHE, A.C.G. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 151-160, abril/ jun. 2007.
8. DIAS, C.A; BURGOS, M.G.P.A. Diagnóstico nutricional de pacientes cirúrgicos. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 2-6, jan./ mar. 2009.
9. FONSECA, R.M.P; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p428-433, 2009.
10. FRIAS, T.F.P; COSTA, C.M.A; SAMPAIO, C.E.P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade dos pacientes cirúrgicos. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 345-352, jul./ set. 2010.
11. GOMES R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes. 2010. p. 67-80.
12. GRITTEM, L.; SILVA, M.H.R; MIRANDA, V.L.S. Visita de enfermagem perioperatória. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, p. 33-40, jan./ jun. 2000. Edição especial.
13. LOPES, C.M.M; GALVÃO, C.M. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 2, p. 155-162, mar./ abril 2010.
14. NORONHA, R.; ARAÚJO, I.E.M. Visita pós-operatória de enfermagem: aplicação de um instrumento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p 70-78, set./ dez. 1998.
15. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 452p.
16. PANCIERI, A.P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.
17. PARRA, R.L.C.; GIANNASTASIO, M.B.; DINIZ, T.R.Z. O conhecimento dos circulantes de sala sobre a utilização do bisturi elétrico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 24-32, out./dez. 2012.
18. PORTAL, K.M.; MAGALHÃES, A.M.M. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 246-253, jun. 2008.
19. SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 427-434, maio/ jun. 2010.

Recebido em: 14/01/2014

Aceito em: 08/05/2014