

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DADOS

Joseílze Santos de Andrade

Diana Villanova Valadares

Jéssica Oliveira Cardoso

Cassia Maria Macedo Silva Faro

Fabiana Pereira Guimarães Brito

Para sistematizar a assistência de enfermagem, torna-se necessário, dentre outros requisitos, a utilização de um método científico que organize as ações de enfermagem. Nesse contexto, está inserido o processo de enfermagem, definido como “um instrumento que favorece o cuidado, organiza as condições essenciais à realização deste e documenta as ações de enfermagem (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

A fase de coleta de dados ou de investigação é o primeiro passo de todo o processo de enfermagem. A concretização desta etapa possibilita a identificação de problemas relacionados ao paciente/família/comunidade e permite a realização das demais, a exemplo das intervenções de enfermagem que se baseiam nas informações coletadas durante a investigação (CORRÊA *et al.*, 2008).

Por apresentar um enfoque holístico, o processo de enfermagem é voltado para elaborar intervenções a fim de atender ao indivíduo como um todo e não apenas a doença. Ele focaliza tanto o diagnóstico médico quanto as complicações que este pode trazer sobre a vida do paciente, complementando as atividades de outros profissionais de saúde (ALFARO-LEFREVE, 2010).

Com o intuito de inserir a utilização do processo de enfermagem na prática assistencial do enfermeiro, essa temática vem sendo objeto de investigação nos últimos anos, a exemplo de um estudo (BACKES e SCHWARTZ, 2005), que teve como objetivo relatar aspectos

gerenciais dos principais desafios e conquistas vivenciados por enfermeiros do Grupo SAE durante a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, no Rio Grande do Sul. A aplicação deste método assistencial exige do enfermeiro, além de conhecimento técnico científico, habilidades e capacidades cognitivas e afetivas que auxiliem a identificar o fenômeno observado e seu significado (SILVA e MOREIRA, 2011).

A resolução vigente do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, institui que o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

No contexto hospitalar, discorrendo sobre a especificidade que se desenvolve nas áreas de internação cirúrgica, centro cirúrgico (CC) e recuperação pós-anestésica (RPA), faz-se necessário que haja uma comunicação intersetorial que proporcione uma assistência individualizada e continuada ao paciente. Ao utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), o enfermeiro de CC se depara diante de um conflito entre as ações que precisam ser desempenhadas, sobretudo, diante das exigências institucionais, as quais nem sempre valorizam a assistência prestada ao paciente cirúrgico no período perioperatório, o que pode gerar um desvio da sua função assistencial para a gerencial (FONSECA e PENICHE, 2009). Entretanto, quando o enfermeiro do centro cirúrgico concentra suas atividades no gerenciamento da unidade, a assistência direta aos pacientes tende a ser delegada a outros membros da equipe de enfermagem (GRITTEM e PENICHE, 2007) o que implica em um contato reduzido do enfermeiro durante o perioperatório (BARRETO, 2012).

No entanto, em respeito ao Art. 11 da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei Nº 7.498/86, deve-se atentar para que nem todo o cuidado seja delegado aos demais membros da equipe e que o enfermeiro atue, de forma mais direta, no gerenciamento do cuidado (BARRETO, 2012).

Essa necessidade pode ser atendida por meio da SAEP compreendida por cinco etapas: visita pré-operatória de enfermagem; planejamento da assistência perioperatória; implementação da assistência; avaliação da assistência (visita pós-operatória de enfermagem) e reformulação da assistência a ser planejada (BIANCHI e CARVALHO, 2007). A

implementação da SAEP tem por finalidade prevenir complicações resultantes do processo anestésico-cirúrgico e no plano da assistência perioperatória, oferecendo apoio emocional ao paciente/família, como também ajudá-los na compreensão dos problemas de saúde do mesmo (SARAGIOTTO e TRAMONTINI, 2009). A assistência de enfermagem prestada por meio da SAEP adequa normas, rotinas e condutas e ocorre por meio de um modelo integral, continuado, participativo, individualizado, documentado e avaliado (BIANCHI e CARVALHO, 2007; SARAGIOTTO e TRAMONTINI, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no segundo desafio global para a segurança do paciente, lançou o manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com o objetivo de melhorar a segurança da assistência cirúrgica e reduzir o número de mortes e complicações cirúrgicas. A assistência transoperatória segura exige uma sequência de eventos bem definidas, como a avaliação pré-operatória, a intervenção cirúrgica propriamente dita e os cuidados pós-operatórios adequados, contendo cada fase, riscos específicos que podem ser atenuados (OMS, 2009).

A visita pré-operatória permite que o enfermeiro tenha a oportunidade de esclarecer ao paciente e à família dúvidas em relação ao processo anestésico-cirúrgico e ao período pós-operatório, como também oferece subsídios para uma assistência de enfermagem contínua nos períodos intra e pós-operatório (FONSECA e PENICHE, 2009).

No entanto, diante das dificuldades encontradas durante a implementação da SAEP, percebe-se que a mesma não é realizada em sua totalidade. Quando alguns pacientes admitidos no CC não recebem orientações do enfermeiro na visita pré-operatória, nem são avaliados de forma integral, esta situação pode dificultar o planejamento de cuidados o qual deveria proporcionar uma assistência de enfermagem continuada (SARAGIOTTO e TRAMONTINI, 2009).

Ainda em relação à aplicação do processo de enfermagem nos hospitais, ressalta-se a importância do seu uso nos hospitais escola, visto ser o local onde são realizadas as aulas práticas dos estudantes de enfermagem. A associação da abordagem teórica do processo de enfermagem às aulas práticas tende a estimular os estudantes a aplicarem esse método no campo profissional (ANDRADE e VIEIRA, 2005).

O Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS) em parceria com o Grupo de Estudo em Metodologias Assistenciais de Enfermagem (GEMAE) vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFS, preocupados em melhorar a qualidade da assistência de enfermagem do HU, proporcionar condições favoráveis ao processo ensino-aprendizagem nessa temática e em atender aos aspectos legais,

promoveram discussões e capacitações que geraram a formação de grupos de trabalho visando à organização institucional para a efetivação da aplicação do processo de enfermagem nas diversas unidades do referido hospital.

Nesse panorama, a presente pesquisa teve como objetivo validar um instrumento de coleta de dados para subsidiar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) do serviço de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo em que a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico ocorrem sem a interferência do pesquisador. Esse tipo de estudo tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Utilizou-se como fundamentação o modelo de assistência construído para as clínicas médico-cirúrgica do HU (ANDRADE, 2005).

Foi operacionalizado em dois momentos: adequação e validação de conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados para a SAEP. No primeiro momento, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre as necessidades humanas básicas, com vistas à identificação de sinais e sintomas e condições de saúde considerados, respectivamente, como as características definidoras e os fatores relacionados/de risco dos diagnósticos de enfermagem fundamentados no sistema de classificação da NANDA. Nessa ocasião, foram excluídas do instrumento informações não relevantes à coleta de dados ao paciente cirúrgico e acrescentados dados pertinentes à coleta das necessidades de saúde da referida clientela. Ressalta-se que essas atividades foram realizadas pelas pesquisadoras em parceria com membros do GEMAE.

O segundo momento do estudo constou das validações de aparência e conteúdo além da testagem do instrumento na prática. Validar é analisar se o instrumento mede exatamente aquilo que deve abordar (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004). Esses tipos de validação analisam se as questões avaliadas são representativas do universo sobre o tópico (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004). O instrumento foi validado e testado por duas enfermeiras e três docentes de enfermagem, todas experientes em centro cirúrgico, totalizando nove instrumentos aplicados a pacientes cirúrgicos assistidos por meio da SAEP. Para as validações, foi elaborado um formulário que norteou a avaliação dos tópicos pertencentes ao instrumento de coleta de dados: Dados de Identificação; Dados Clínicos; Percepção e

Expectativa do Paciente e Avaliação das Necessidades de Saúde segundo os critérios: “Adequado”, “Necessita de reformulação” e “Inadequado”. Os critérios “Necessita de reformulação” e “Inadequado” foram acompanhados de sugestões e alterações que as validadoras julgaram necessárias.

O instrumento validado baseou-se, prioritariamente, na teoria de Wanda Horta e, ainda, na teoria de Madeleine Leininger no que se refere às expectativas e percepções frente à situação de cirurgia.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFS sob o nº CAAE – 17202413.4.0000.5546. Os aspectos éticos foram atendidos em todas as fases do estudo conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para adequação do instrumento de coleta de dados ao perfil de clientes assistidos no centro cirúrgico do HU/UFS, foi avaliada a necessidade de manter, descartar ou acrescentar tópicos e itens do instrumento original (ANDRADE e VIEIRA, 2005). Foi enfatizada a importância do instrumento de coleta de dados ser claro e sucinto, a fim de facilitar a aplicação da SAEP na prática. Em relação ao *layout*, decidiu-se que ele deveria ser formatado com um menor número possível de páginas, facilitando, assim, a sua utilização na prática. Todos os itens contemplados no primeiro tópico do instrumento referente aos “Dados de Identificação” foram mantidos.

No tópico alusivo aos “Dados Clínicos/Internação” o item antecedente patológico foi transferido para, o tópico “Avaliação das Necessidades de Saúde”, tendo em vista a importância do conhecimento dos sinais e sintomas da história pregressa para a implementação de ações que gerem mudanças no estilo de vida do indivíduo (BORDINHÃO, 2010). Em relação ao tópico “Percepção e Expectativa do Paciente” foi alterado o termo percepção quanto à doença e hospitalização para quanto à cirurgia e hospitalização.

A disposição das “Necessidades de Saúde” foi norteadas segundo a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, a saber: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Quando utilizados na prática assistencial, os modelos teóricos colaboram para a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes, além de fornecer subsídios para organizar as informações e coleta de dados promovendo uma melhor análise e

interpretação desses dados para planejar as intervenções e depois avaliar os resultados desta (AMANTE; ROSSETO e SCHNEIDER, 2009).

Dessa forma, no tópico correspondente à avaliação das “Necessidades Psicobiológicas” foram mantidos os itens relativos às necessidades de Oxigenação/Respiração, devido frequentes alterações no padrão respiratório em pacientes hospitalizados, tornando fundamental a obtenção desses dados para a determinação e/ou ajuste do tipo de suporte ventilatório a ser instituído (AMANTE; ROSSETO e SCHNEIDER, 2009).

Também foram mantidos os itens relacionados às necessidades de Circulação e Termorregulação, dada a alta incidência (60%) da hipotermia na fase intraoperatória podendo esta ser originada da desordem da termorregulação induzida pela anestesia, pela natureza ou porte da cirurgia ou pelo ambiente cirúrgico (TRAMONTINI e GRAZIANO, 2007).

A necessidade Integridade Tecidual também foi considerada, tendo em vista os longos períodos em que os pacientes cirúrgicos permanecem posicionados sobre a mesa operatória submetidos aos efeitos de analgesia, relaxantes musculares que, embora sejam indispensáveis para a realização do ato cirúrgico, proporcionam um risco potencial para agravos à condição natural da pele (BARBOSA; OLIVA e SOUSA NETO, 2011).

Quanto às necessidades de Nutrição/Hidratação foi considerada importante a avaliação do jejum pré-operatório para a diminuição do risco de regurgitação do conteúdo gástrico (CHRISTÓFORO e CARVALHO, 2009).

Na Eliminação Urinária, observou-se a presença de diurese espontânea ou em Sonda Vesical de Demora (SVD), levando em conta a importância de se observar nos pacientes em uso de SVD, a presença de sinais e sintomas que possam indicar Infecção do Trato urinário que pode estar associada ao uso desse dispositivo invasivo (BORDINHÃO, 2010).

No item Higiene, investigou-se a realização da tricotomia no pré-operatório que diminui o risco de contaminação pós-operatória. Em relação a Eliminação Intestinal, é importante observar se foi realizado o preparo intestinal no pré-operatório, para evitar eliminação fecal espontânea na sala de operação e contaminação do campo cirúrgico.

O item Percepção Sensorial foi substituído por Percepção Dolorosa já que além das questões físicas, a dor também pode estar ligada a hábitos de vida e/ou relacionada a questões emocionais, sentimentais que são essenciais à condição humana, o registro dela é importante para direcionar o planejamento terapêutico e melhorar a qualidade da assistência (AMANTE; ROSSETO e SCHNEIDER, 2009).

Foi retirada do instrumento o item relativo a necessidade de Avaliação da Consciência pela Escala de Coma de Glasgow devido aos pacientes assistidos no CC do hospital em questão, comumente, não apresentarem estado de coma. A necessidade de Sexualidade também foi excluída do instrumento, uma vez que esse aspecto não iria interferir no planejamento dos cuidados nessa situação.

No que se refere às “Necessidades Psicossociais” decidiu-se investigar sobre a percepção que o paciente tinha da cirurgia e hospitalização. Muitas pessoas apresentam clima de apreensão por não conhecer a cirurgia que serão submetidos, aumentando o estado de estresse e medo. Assim, manifestam desconforto geral e ansiedade, fatores psicológicos que exercem influência de forma muitas vezes intensa sobre a manifestação orgânica do diagnóstico clínico que apresentam. A preparação psicológica é vista como favorável se direcionada as necessidades individuais do paciente, uma vez que quanto mais dúvidas são esclarecidas ao paciente, menores são os temores em relação à cirurgia (SILVA e NAKATA, 2005).

Com relação às “Necessidades Psicoespirituais”, foi ressaltada a importância de abordar a crença religiosa do paciente na coleta de dados. A enfermagem tem um papel importante como mediadora no atendimento das necessidades espirituais do paciente, as quais podem ser afetadas com a cirurgia. Esse cuidado requer dedicação, paciência, disposição para ouvir e respeitar as crenças e valores do indivíduo (AMANTE; ROSSETO e SCHNEIDER, 2009).

Após alguns tópicos serem julgados necessários para avaliação dos pacientes no centro cirúrgico, foram acrescentados: registro dos sinais vitais (temperatura, pulso, respiração, pressão arterial) saturação de oxigênio e pressão arterial média (PAM), além do tipo de anestesia e da posição cirúrgica mantida no paciente.

Foi acrescentada também a Escala de Recuperação Pós- anestésica (Aldrete e Kroulik) por ser indicada para a avaliação e evolução dos pacientes no período pós-anestésico pela análise da atividade muscular, da respiração, da circulação, da consciência e da saturação de oxigênio (CUNHA e PENICHE, 2007).

Para a validação do instrumento, cada tópico foi avaliado de acordo com os cinco critérios pré-determinados: 1) organização: diz respeito à aparência do instrumento, ou seja, se os itens estão organizados de forma coerente; 2) objetividade: critério atribuído para avaliar se os dados estão objetivos, passíveis de ideias individuais; 3) clareza: reflete se os dados analisados consegue transmitir a informação sem deixar dúvidas; 4) facilidade de leitura: analisa se os termos utilizados no instrumento facilitam no conhecimento e interpretação dos

dados; 5) eficiência: critério atribuído na produção de um resultado satisfatório na realidade trabalhada. Cada critério foi avaliado como “Adequado”, “Necessita de reformulação”, “Inadequado”.

Após validação e testagem do instrumento na prática, verificou-se que 60% dos validadores concordaram com todos os dados do instrumento e 40% julgaram alguns itens como “Necessita de reformulação” que vieram acompanhados de sugestões.

As seguintes alterações foram sugeridas pelos avaliadores: acrescentar nos dados clínicos de admissão a realização do consentimento informado, o risco de via aérea difícil, o risco de perda sanguínea e o risco de queda. Também foi sugerido de retirar o item “Religião” dos dados de identificação, uma vez que o mesmo é coletado no tópico de “Avaliação das Necessidades de Saúde”; acrescentar o item tipagem sanguínea, solicitação de vaga de UTI e de hemocomponentes; excluir o item BIPAP da “Necessidade de Oxigenação”, visto que não é utilizado no CC do referido hospital; inserir na “Necessidade de Eliminação Urinária” os itens: diurese espontânea, uso de SVD; adicionar o item lateralidade nos “Dados Clínicos”; acrescentar o item murmúrio vesicular em “Necessidade de Oxigenação”.

As alterações sugeridas pelos juízes foram apreciadas e atendidas em sua totalidade, sendo o instrumento considerado validado e adequado para ser aplicado na prática e no ensino da SAEP no CC do HU/UFS (APÊNDICE).

CONSIDERAÇÕES

Em consonância com o objetivo do estudo, o instrumento de coleta de dados foi considerado validado para ser utilizado na prática assistencial e no ensino de enfermagem em centro cirúrgico. A principal dificuldade encontrada no momento da validação do instrumento foi o número reduzido de cirurgias no período de testagem do instrumento de coleta de dados na prática.

Espera-se que a utilização desse instrumento na prática do CC, além de atender a exigência da legislação vigente, contribua para uma assistência de enfermagem qualificada e individualizada, pautada em teorias de enfermagem, em detrimento de uma assistência baseada no modelo biomédico, centrado somente no diagnóstico clínico do paciente.

Esse estudo além de oferecer subsídios para implementação da SAEP no CC do HU/UFS, poderá ser utilizado como referência para a construção de instrumento de coleta de dados em outros setores/serviços.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

AMANTE, L.N; ROSSETO, A.P; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta, **Rev Esc Enferm USP**. 2009 [acesso em 2013 ago 08]; 43(1):54-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43n1/07.pdf>.

ANDRADE, J. S. de. **Construção do Modelo Assistencial de Enfermagem do Hospital**. 2005. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju

ANDRADE, J.S; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização, **Rev. Bras. Enferm**. 2005 [acesso em 2012 jun 05]; 58(3): 261-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a02v58n3.pdf>.

BACKES, D.S; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial, **Cienc Cuid Saude**. 2005 [acesso em 2013 ago 11]; 4(2):182-188. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5247/3374>.

BARBOSA M.H; OLIVA, A.M.B; SOUSA NETO, A.L. Ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico, **Rev Cub Enferm**. 2011 [acesso em 2013 ago 08]; 7(1):31-41. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n1/enf05111.pdf>.

BARRETO, F.A. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em centro cirúrgico: percepção dos enfermeiros** [dissertação] [Internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.

BIANCHI, E.R.F; CARVALHO, R. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 1.ed. Barueri, SP: Manole; 2007.

BORDINHÃO, R.C. **Processo de enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo à luz da teoria das necessidades humanas básicas** [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução n.358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília DF; 2009 [acesso em 2012 set 8]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

CHRISTÓFORO, B.E.B; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados aos paciente cirúrgico no período pré-operatório, **Rev Esc Enferm USP**. 2009 [acesso em 2013 ago 08]; 43(1):14-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n1/02.pdf>.

CORRÊA, L.C.L; et al. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento, **Arq Ciênc Saúde**. 2008 [acesso em 2012 set 8]; 15(2):65-9. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20260.pdf.

CUNHA, A.L.S.M; PENICHE, A.C.C. Validação de um instrumento de registro para a sala de recuperação pós anestésica, **Acta Paul Enferm**. 2007 [acesso em 2013 ago 09]; 20(2):151-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a07v20n2.pdf>.

FONSECA, R.M.P; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória, **Acta Paul Enferm**. 2009 [acesso em 2013 ago 11]; 22(4):428-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf>.

GARCIA, T.R, NÓBREGA, M.L. Processo de Enfermagem da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa, **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. 2009 [acesso em 2012 set 8]; 13(1):188-1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26>.

GRITTEM, L. **Sistematização da Assistência Perioperatória: uma tecnologia de enfermagem** [dissertação]. Universidade Federal do Paraná; 2007. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLucianaGrittem.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

SARAGIOTTO I.R.A; TRAMONTINI, C.C. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória - estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação, **Cienc Cuid Saúde**. 2009 [acesso em 2013 ago 11]; 8(3):366-371. Disponível em: <http://educmojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9018/5003>.

SILVA, M.M; MOREIRA, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros, **Acta Paul Enferm**. 2011 [acesso em 2013 ago 11]; 24(2):172-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>.

SILVA, W.V; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos, **Rev Bras Enferm**. 2005 [acesso em 2013 ago 09]; 58(6):673-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf>.

TRAMONTINI, C.C; GRAZIANO, K.U. Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intraoperatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem, **Rev Latino-am**

Enfermagem. 2007[acesso em acesso em 2013 ago 08]; 15(4). Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a16.pdf.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					
Nome:		Reg.	D.N. ____/____/____		Idade:
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Mas	Estado Civil:		Ocupação:	Escolaridade:	Naturalidade:
Procedência:		Endereço:			

II– DADOS CLÍNICOS / ADMISSÃO					
Data de admissão: / / às ____ h		Diagnóstico Médico:		Cirurgia Proposta:	
Antecedentes Pessoais:		Antecedentes Cirúrgicos:		Motivo da Cirurgia:	
Antecedentes Familiares:		Consentimento Informado Realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Local da Cirurgia:	
Uso de Próteses/ Aparelhos		Alergias/Imunização:		Lateralidade da Cirurgia: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Tipo Sanguíneo/Fator Rh:
Solicitação de Vaga de UTI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Solicitação de Hemocomponentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? <input type="checkbox"/> Confirmado		
Há Risco de Via Aérea difícil/broncoaspiração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em criança): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		História de Queda: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Uso de Medicamentos (nome da droga, dosagem, via, frequência e auto-medicação):					

III – PERCEPÇÃO E EXPECTATIVAS DO PACIENTE		
Quanto à Cirurgia e Hospitalização:		Dúvidas / Questionamentos do Paciente:
		Queixas:

IV– AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE/COLETA DE DADOS			
Necessidades de Oxigenação/Respiração	Necessidades de Circulação	Necessidades de Termorregulação	Necessidades de Integridade Tecidual
FR: ____ mov./min <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia Ausculta Pulmonar: <input type="checkbox"/> MV Presentes <input type="checkbox"/> MV Ausentes <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos Tosse: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Secretiva <input type="checkbox"/> Cateter O2 ____ l/min <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Máscara de Venturi <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	FC: ____ bat./min Enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 2 s <input type="checkbox"/> ≥ 2 s Rede Vascul. Periférica: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Cateter Periférico Local: ____ <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Cateter Central Local: ____ <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos Ausculta cardíaca (Bulhas):	Temperatura ____ °C <input type="checkbox"/> Pele quente ao toque <input type="checkbox"/> Pele fria ao toque <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Piloereção Necessidades de Percepção Dolorosa <input type="checkbox"/> Sem Dor <input type="checkbox"/> Dor Intensidade: ____ Sinais Físicos: <input type="checkbox"/> Expressão Facial	<input type="checkbox"/> Cicatriz <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Celulite <input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Neuropatia Periférica <input type="checkbox"/> Fraqueza Muscular <input type="checkbox"/> Descamação <input type="checkbox"/> Edema Local: ____ Necessidades de Segurança <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Retraído <input type="checkbox"/> Medo da Morte <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Vergonha <input type="checkbox"/> Insegurança <input type="checkbox"/> Preocupação <input type="checkbox"/> Disforia <input type="checkbox"/> Baixa Autoestima Necessidades de Valores-Crenças

Consciência										
Atividade										
Respiração										
Circulação										
Saturação										

ADMISSÃO NA SRPA

—