

# ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EMOCIONAIS E SOCIAIS NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA FUNDAMENTADOS NA TEORIA DE IDA JEAN ORLANDO<sup>1</sup>

Franciele Foschiera \*  
Marister Piccoli \*\*

---

## RESUMO

A visita pré-operatória de enfermagem é a etapa da sistematização da assistência que proporciona o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória. O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem emocionais e sociais na visita pré-operatória de enfermagem em pacientes com indicação de cirurgia geral, com vistas ao planejamento da assistência de enfermagem para o período pós-operatório domiciliar, fundamentados na Teoria de enfermagem de Ida Jean Orlando. Utilizamos um instrumento de coleta de dados enfatizando os fatores sociais e emocionais. A população em estudo constituiu-se de 20 (vinte) pacientes. Os diagnósticos de enfermagem com maior frequência foram: processos familiares interrompidos (90%), interação social prejudicada (90%), conhecimento deficiente (85%), ansiedade (85%), sentimento de pesar antecipado (50%), síndrome de estresse da mudança de ambiente (50%), medo (30%) e risco para solidão (25%). Acreditamos que a participação da família na recuperação do paciente garante uma ajuda mútua, considerando que o paciente deve receber alta hospitalar com uma prescrição de enfermagem que subsidie os familiares no cuidado pós-operatório domiciliar.

**Palavras-chave:** Enfermagem perioperatória. Diagnóstico de enfermagem. Família e teoria de enfermagem de Ida Jean Orlando.

---

## INTRODUÇÃO

A enfermagem perioperatória tem como principal atuação no processo de trabalho o cuidar, e para tanto recebe formação e amparo científico, de forma a proporcionar segurança para que todos possam crescer e aprender com aquela experiência e para sair dela com o mínimo de cicatrizes emocionais, para o bem-estar dos familiares e a recuperação do paciente (FOSCHIERA; PICCOLI, 2003).

O foco da teoria de Orlando é a interação enfermeiro-paciente, tendo alguns conceitos a seguir, entre os quais a visão do paciente como um todo, percebendo a enfermagem como exclusiva e individual, uma vez que a

preocupação é voltada à necessidade de ajuda individual. O autor pontua também o imediatismo como princípio desta teoria, que necessita de educação contínua para que os enfermeiros desempenhem as atividades da melhor forma (LEONARD; GEORGE, 2000).

Dentro da enfermagem perioperatória estes três elementos estão presentes, na maioria das vezes de forma concomitante, pois quando o paciente se submete a um procedimento anestésico cirúrgico, este logo desencadeará alguma limitação, seja ela temporária, como é o caso da anestesia, em que o paciente fica totalmente dependente, ou de uma pequena cirurgia realizada com poucos instrumentos e anestésico local, mas que poderá gerar limitações.

---

<sup>1</sup> Este trabalho é parte da Monografia de Especialização de: FOSCHIERA, Franciele. Diagnósticos de enfermagem identificados na visita pré-operatória fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. Cascavel: Curso de Especialização em Enfermagem com ênfase em Centro Cirúrgico/ UNIOESTE, 2004.

\* Enfermeira Assistencial da Prefeitura Municipal de Cascavel – Unidade Saúde da Família de Santa Bárbara. Especialista em Enfermagem com ênfase em Centro Cirúrgico.

\*\* Enfermeira- Mestre em Enfermagem Fundamental EERP/USP. Professora Assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná UNIOESTE.

Por meio da coleta de dados e identificação dos problemas se estabelece a interação entre enfermeiro e paciente. O paciente passa a experimentar a situação de ser compreendido através da disposição do enfermeiro em ouvir, orientar, avaliar, ajudar e transmitir segurança (CASTELLANOS; JOUCLAS; GATTO, 1981).

É no momento da investigação que o paciente entra em contato com o enfermeiro, oportunizando momentos de interação e de relacionamento de ajuda que podem minimizar alguns sentimentos evidenciados em face da necessidade do procedimento cirúrgico e do desconhecimento do que está por vir. Assim, o paciente estará sendo esclarecido quanto ao problema físico que está enfrentando e amparado emocionalmente para reagir de forma adequada tanto no pré como no pós-operatório.

Para o paciente cirúrgico e sua família, o procedimento anestésico cirúrgico é percebido como uma ameaça ou desafio. Por meio da visita o enfermeiro pode transmitir informações e tentar modificar essa visão, de forma que percebam a cirurgia como um enfrentamento necessário, e passem da situação de ameaçados para o de atores de ações que possibilitem a resolução das dificuldades (PENICHE; CHAVES, 2000).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem sociais e emocionais no período pré-operatório de paciente adulto com indicação de cirurgia geral fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando.

Com este trabalho vislumbramos a possibilidade da prescrição de enfermagem para os cuidados pós-operatórios domiciliares realizados pelo enfermeiro da instituição hospitalar como um elo de referência para a continuidade da assistência que será realizada pela família com vista ao processo de recuperação integral do paciente.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Tendo o conhecimento de que as teorias de enfermagem podem ser divididas em categorias, ou seja, nos elementos que as orientam, optamos neste estudo por utilizar uma teoria que tem como característica a interação entre enfermeira

e paciente em uma situação imediata que propõe o alívio do desamparo.

Quanto ao processo de enfermagem, Orlando (1978) coloca três elementos fundamentais. O primeiro é o comportamento do paciente, que é observado pelo enfermeiro em uma situação imediata, por meio de expressões não-verbais e verbais, que podem ocorrer simultaneamente. Os outros dois elementos são destinados ao cuidado relativo à resposta do comportamento do paciente. Se a interação enfermeiro-paciente for ineficaz não atingirá os objetivos e a necessidade de ajuda aumentará, demonstrando assim a necessidade de compreender o significado de seu desamparo.

O histórico tem como enfoque a coleta de dados relativos à situação imediata, incluindo somente informações relevantes para a identificação das necessidades de ajuda. Tais informações obtidas por meio de dados diretos, colhidos pela percepção, e indiretos, obtidos por meio dos registros, possibilitarão o esclarecimento da ação da enfermeira.

A segunda etapa, que é o diagnóstico, compreende a identificação das necessidades que não podem ser atendidas pelo próprio paciente. O enfermeiro considera apenas uma necessidade de cada vez.

Orlando (1978) discute o planejamento da assistência no enfoque do estabelecimento conjunto de metas, na tentativa de envolver a redação dos objetivos para decidir a ação a ser realizada. Nesta fase o paciente participa ativamente na determinação desta ação.

Na implementação, realiza ações planejadas para preencher as necessidades identificadas, na expectativa de que o enfermeiro considere todos os efeitos possíveis da ação sobre o paciente, preocupando-se com a eficácia desta para obter a solução da necessidade de ajuda (LEONARD; GEORGE, 2000).

A última fase do processo é a avaliação, que tem por finalidade mensurar os efeitos da ação realizada quanto a sua eficácia relacionada ao comportamento do paciente e observar as dificuldades deste último para realizar o autocuidado.

## METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em um hospital público de médio porte, localizado na Região

Oeste do Estado do Paraná. A direção do serviço de enfermagem foi consultada por meio de um ofício e os pacientes que fizeram parte do estudo foram consultados e esclarecidos quanto aos seus objetivos, por meio de um termo de consentimento. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, conforme protocolo número CR. 009118/03.

A construção do instrumento de coleta de dados teve como fundamentação a teoria de Ida Jean Orlando (1978), a literatura pesquisada e a experiência profissional. Após esta fase e com a finalidade de obtermos subsídios para verificação e adequação do instrumento, realizamos um teste piloto em cinco pacientes; Para Marconi; Lakatos (1990), o pré-teste serve para verificar se o instrumento apresenta três importantes elementos: fidedignidade, validade e operatividade.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2003 a janeiro 2004 por meio da visita pré-operatória a 20 pacientes adultos (20 a 60 anos) com indicação de procedimento cirúrgico geral de pequeno e médio porte, e aplicação de instrumento aberto.

Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem de cada paciente entrevistado, utilizamos o processo de raciocínio diagnóstico descrito por Risner (1990), sendo a análise e a síntese as etapas deste processo.

A análise é considerada pelo autor como a separação por partes do material encontrado, a qual compreende duas etapas, que são: categorização dos dados e identificação de lacunas.

A síntese é o processo de raciocínio e engloba as etapas de agrupamento dos dados relevantes; comparação dos agrupamentos com teorias, normas e conceitos; inferência e proposição de relações etiológicas.

Após a análise e síntese construímos as afirmativas diagnósticas, tendo como referência a taxonomia II da NANDA (2002).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Caracterização da amostra

Dos pacientes cirúrgicos entrevistados, mais da metade eram do sexo masculino (60%) e foram submetidos a anestesia raquidiana (60%).

A faixa etária com maior frequência foi a de 41 a 50 anos, totalizando 40% dos entrevistados. Quanto à especialidade do procedimento cirúrgico, sete pacientes tinham indicação de cirurgia ortopédica (35%), cinco de cirurgia ginecológica (25%), quatro de cirurgia gástrica (20%), um de cirurgia vascular (5%), um de neurocirurgia (5%), um de cirurgia oncológica (5%) e um de cirurgia torácica (5%).

O Quadro 1, apresenta as categorias diagnósticas identificadas segundo a Taxonomia II da NANDA no período pré-operatório, onde podemos observar que foram encontradas 08 categorias diagnósticas relacionadas aos fatores emocionais e sociais, sendo que destas, seis atingiram percentual maior ou igual a 50%, apresentando valores sensivelmente relevantes.

Constata-se neste quadro que a categoria diagnóstica processos familiares interrompidos, foi evidenciada em 18 pacientes, ou seja, obteve 90% de frequência.

Observamos por meio dos relatos dos pacientes que o cônjuge e os filhos são as pessoas do contexto familiar dos pacientes que mais fazem falta e que geram preocupação, devido à distância e à falta de informações sobre as pessoas. Relataram também que sentem falta de alguém da família para conversar.

O horário de visitas na instituição em que se realizou esta pesquisa é de meia hora e em cada enfermaria ficam instalados três pacientes. Desta forma, o contato com a família fica prejudicado, devido à perda de privacidade e à dificuldade que encontram para tratar de alguns assuntos que são de interesse exclusivo da família e não poderiam ser compartilhados com os demais acompanhantes do quarto.

Em relação ao horário destinado para visitas de familiares, o enfermeiro necessita de um planejamento que torne o momento agradável, de forma que o paciente se sinta confortável e à vontade para realizar sua interação familiar, possibilitando à família, além das informações sobre o paciente, uma interação com a equipe de enfermagem.

Percebemos que a enfermagem vem dando enfoque especial à família, tendo em vista a percepção de sua influência sobre o cuidado do paciente e sua importância no comportamento e enfrentamento das situações. Assim, caso a família não seja considerada, o paciente poderá

ser prejudicado com o distanciamento de pessoas importantes para seu convívio, como familiares e amigos próximos, ficando à mercê

dos cuidados de pessoas desconhecidas durante a hospitalização.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Processos familiares interrompidos:</b> Conforme a NANDA (2002, p. 189), “é a mudança nos relacionamentos e/ ou no funcionamento da família”.	18	90
<b>Interação social prejudicada:</b> “É a quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social” ( NANDA, 2002, p. 138).	18	90
<b>Conhecimento deficiente:</b> Conforme a NANDA (2002, p. 68) “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”.	17	85
<b>Ansiedade:</b> Para a NANDA (2002, p. 36) “é um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autônoma (a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que alerta que chama a atenção para o perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça”.	17	85
<b>Sentimento de pesar antecipado:</b> “É a utilização prolongada e malsucedida de respostas e comportamentos intelectuais e emocionais por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades desenvolvem o processo de modificar o auto conceito baseado na percepção de perda potencial” (NANDA, 2002, p. 202).	10	50
<b>Síndrome do estresse da mudança de ambiente:</b> a NANDA (2002, p. 113) coloca que “são distúrbios fisiológicos e/ou psicológicos decorrentes de mudança de um ambiente para outro”.	10	50
<b>Medo:</b> a NANDA (2002, p. 149) define medo como “a resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo”.	06	30
<b>Risco para solidão:</b> Para a NANDA (2002, p. 203) “é o risco de experimentar vaga disforia”.	05	25

**Quadro 1** - Número e porcentagem de pacientes cirúrgicos entrevistados (n=20) para cada diagnóstico de enfermagem. Cascavel, 2004.

Entendemos que a participação da família na assistência de enfermagem permite uma visão real dos problemas que afetam a saúde do indivíduo, incluindo o contexto familiar. Em nosso entendimento, a comunicação, que para o paciente pode ser uma dificuldade, quando investigada em conjunto com a família poderá apontar alguns caminhos para a tomada de decisão decorrente de uma investigação profunda sobre necessidades que possam estar afetadas.

A quebra do vínculo familiar decorrente da hospitalização pode desencadear outros riscos para o paciente, como a dificuldade de enfrentamento, solidão e outros problemas, que precisam ser avaliados para que a assistência de enfermagem promova o alívio destas necessidades, mostrando ao paciente outras formas de encarar estes problemas.

A categoria diagnóstica interação social prejudicada também foi evidenciada em 18 pacientes, ou seja, obteve 90% de frequência.

No ambiente hospitalar o paciente comumente relata sentir-se sozinho, desamparado, encontrando ao seu redor só pessoas estranhas, com quem nem sempre consegue estabelecer comunicação. Estes fatores acarretam isolamento e dificuldade de interação social.

O enfermeiro também é uma pessoa estranha, com o qual, em alguns casos, o paciente poderá ficar inibido em expressar seus sentimentos e angústias. Por isso os vários contatos, que irão fortalecer a interação e o envolvimento do enfermeiro com o paciente, devem acontecer de maneira gradativa, gerando confiança no relacionamento. Dessa forma este último reconhecerá o enfermeiro como alguém

que estará fazendo parte da sua vida naquele momento, satisfazendo suas necessidades de cuidado (ORLANDO, 1978).

Diante da percepção de que o paciente está rodeado de pessoas que não são de sua proximidade diária e precisa estabelecer comunicação com outras pessoas para que ocorra interação social no âmbito hospitalar, algumas ações podem minimizar estes sentimentos, como oportunizar que mais pessoas da família e amigos possam ter contato com o paciente ou que o horário de visita nas instituições não seja tão rigoroso.

Constatamos durante a coleta de dados que o paciente se vê em um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, e confia na equipe que o está acompanhando, pois sua vida está na dependência dos cuidados destas pessoas. Por isso é dificultoso nesse momento, mesmo que tenhamos estabelecido empatia com o paciente, conseguir tranquilizá-lo e amenizar os prejuízos da interação social. Existem algumas estratégias de comunicação terapêutica que o enfermeiro pode desempenhar para amenizar o estresse promovido por esta mudança de ambiente e dos padrões sociais.

A categoria diagnóstica conhecimento deficiente, obteve 85% de frequência diagnóstica. Alarmamo-nos diante do número elevado de pacientes entrevistados que demonstraram estar desinformados sobre o procedimento anestésico cirúrgico, pois se por si só este procedimento é um gerador de estresse, se o paciente está totalmente desprovido de informações básicas sobre seu estado de saúde, condições de melhora e do pós-operatório, a situação poderá se agravar.

Em um estudo realizado por Ferraz, Alves e Peixoto (1995), sobre a comunicação terapêutica na prática profissional do enfermeiro observou-se que os enfermeiros desconhecem as estratégias de comunicação terapêutica, mesmo que já tenham tido contato com elas na formação acadêmica. No entanto foram colocados alguns exemplos de interação ocorridos com os pacientes, principalmente, em situação de estresse e no preparo pré-operatório, sendo que em algumas situações a família foi envolvida.

É um direito do paciente estar informado sobre sua situação e sobre o procedimento a que

será submetido. O paciente também deve estar ciente de que pode solicitar analgésico e não achar que sentir dor é normal, cabendo à equipe de enfermagem prestar assistência, responder aos chamados e manter o paciente consciente de tudo que será realizado, estimulando o exercício da cidadania (LOUREIRO; ZAPPAS, 1999).

Acreditamos, por outro lado, que não apenas o paciente deve ter conhecimento de seus direitos, mas também toda a equipe deve saber que o período pré-operatório é um momento de interagir com o paciente, fazendo orientações quanto ao ambiente cirúrgico e procedimento anestésico, sanando as dúvidas possíveis, de acordo com sua competência.

As compreensões inadequadas ou incorretas podem ser empíricas (o que ele conhece por ter ouvido falar ou imagina ser) e geralmente causam problemas ao paciente. Estas compreensões equivocadas podem referir-se a doença, diagnóstico, tratamento e ambiente. Assim, o sucesso da assistência de enfermagem baseia-se nas medidas utilizadas para influenciar o paciente no enfrentamento das situações e dos problemas que ele está vivenciando, os quais muitas vezes são evidenciados pelo comportamento do paciente resultante das orientações efetuadas através do julgamento clínico e tomada de decisão realizados com base na investigação praticada (ORLANDO, 1978).

Dos 20 pacientes entrevistados, dezessete (17), ou seja, 85% apresentaram a categoria diagnóstica ansiedade. Assim, o procedimento cirúrgico é um acontecimento que pode ter como significado ameaça à integridade física do paciente, interferindo em diversas áreas de sua vida, inclusive no âmbito familiar e social.

O estado emocional do paciente no período que precede o procedimento cirúrgico, segundo Carpenito (1999), é influenciado pelas experiências anteriores, pela estratégia de enfrentamento, pelo significado do procedimento cirúrgico para o paciente e pelos sistemas de apoio.

As emoções, segundo Weinsinger (1997, p. 18), são a resposta de uma "interação entre o pensamento, alterações fisiológicas e suas atitudes como reação de um acontecimento". Estas emoções podem ser controladas ou amenizadas se for identificado cada um destes componentes, uma vez que as reações

espontâneas, as interpretações e as expectativas são os sentimentos propriamente ditos.

A investigação do comportamento do paciente pode evidenciar as emoções que emergem neste momento, manifestas, por exemplo, em balançar os pés e movimentar as mãos constantemente, comportamentos observados durante as entrevistas realizadas com alguns dos pacientes, em que foi identificado o diagnóstico de ansiedade.

Existem diversos fatores desencadeantes da ansiedade, porém os identificados neste estudo foram: o desconhecimento do procedimento cirúrgico e anestésico, do ambiente hospitalar; e estado de saúde; período pós-operatório; sentimento de desamparo; nervosismo; pessoas desconhecidas; receio de desemprego e conseqüente mudança na situação sócio-econômica, e ainda ansiedade relacionada à dificuldade em desenvolver as atividades habituais.

Loureiro e Zappas (1999), em um estudo realizado sobre a consulta de enfermagem pré-operatória, observaram que o nível de desinformação dos pacientes que participaram da pesquisa era altamente significativo e constituiu fator gerador de ansiedade. Destacaram que o período antecedente à cirurgia é extremamente desencadeante da ansiedade.

O fato de não saber como será o período posterior ao procedimento cirúrgico faz com que o indivíduo fantasié muitas situações, e estas incertezas promovem ansiedade e desencadeiam alterações emocionais no paciente.

À luz da discussão anterior, o enfermeiro necessita fazer uma investigação minuciosa do paciente, amenizando o sentimento negativo com atitudes realizadas a partir das necessidades próprias do paciente. A interação é o foco principal da teoria de Orlando (1978), sendo que cada caso é único e resulta da tomada de decisões formulada pela análise dos dados obtidos inicialmente e renovados a cada novo contato.

A categoria diagnóstica sentimento de pesar antecipado obteve 50% da frequência diagnóstica nas visitas pré-operatórias. Um dos fatores relacionados a esta categoria diagnóstica é a perda da mobilidade física, percebida em um paciente que, em virtude da perda de mobilidade, relatou não mais poder jogar

futebol, correr e realizar outras atividades de lazer.

Outro fator relacionado a essa categoria, e que foi evidenciado em 10 pacientes (50%), foi a perda do papel de provedor financeiro secundário ao procedimento cirúrgico, pois o trabalho é visto socialmente como um modo de pertencer a algum grupo, mantendo com ele interação e laços sociais.

A doença sempre se constitui em fonte de estresse, uma vez que essa experiência pode perturbar o paciente, por exemplo, em suas condições de saúde e sociais, pela necessidade de compreensão dos cuidados que lhe estão sendo prestados ou perda do emprego, promovendo ansiedade. Estes fatores se agravam se o paciente é provedor financeiro da instituição familiar.

Viscott (1982) coloca que o emprego não é um meio estável de segurança, mas um meio ilusório, pois em situações difíceis, quando as instituições empregadoras enfrentam crises financeiras ou quando o empregado deixa de dar lucro devido à ausências por problemas de saúde ou internamento, esta segurança passa imediatamente a ser vista como desamparo.

Assim, o enfermeiro necessita planejar a assistência, na tentativa de realizar ações que gerem sentimentos positivos e promovam formas educativas de amparo ao paciente, estimulando-o a encarar as situações que o afligem e otimizando sua recuperação, pois só podemos enfrentar uma situação se estivermos realmente admitindo o problema.

Orlando (1978) coloca que o paciente pode demonstrar seus sentimentos de forma verbal ou não-verbal, cabendo ao enfermeiro perceber seus problemas, uma vez que qualquer expressão sua pode representar um pedido de ajuda. Assim, os sentimentos, percepções e idéias do enfermeiro sobre determinada situação podem afetar no seu julgamento clínico.

A síndrome de estresse por mudança de ambiente também obteve 50% da frequência diagnóstica nas visitas pré-operatórias.

O trabalho, ao longo do tempo, tem ocupado uma posição de centralidade na vida das pessoas, construindo um lugar de identificação, de produção de valores diversos, de construção de metas, e de um certo compromisso com o futuro (MARANHÃO, 2000). O paciente o

percebe como uma forma de gerar o sustento da família e também de se realizar profissionalmente, por isso o procedimento cirúrgico, ao impedir que estas atividades sejam realizadas, acaba promovendo no paciente sentimento de negação da situação.

As categorias diagnósticas medo e risco de solidão, foram observadas respectivamente em 6 e 5 pacientes. Elas estão relacionadas, em sua maioria, ao isolamento terapêutico e à presença de barreiras que dificultam o contato com pessoas conhecidas e familiares, em decorrência das normas da instituição, e foram manifestadas verbalmente pelos pacientes. Devido à importância destes diagnósticos para a tomada de decisão e à individualização das intervenções de enfermagem a serem implementadas, optamos por fazer uma abordagem, mesmo que concisa, acerca destas categorias diagnósticas, visto que as mesmas foram pouco evidenciadas (respectivamente 30% e 25%).

Embora algumas instituições hospitalares não visualizem de forma clara a importância da família na atenção à saúde, consideramos ser esta um elemento importante na assistência de enfermagem. A família não pode ficar excluída, uma vez que quando se fala em interação deve-se levar em consideração não só o paciente, mas o contexto familiar em que ele está inserido, sendo que o presente estudo tem ligação com o pós-operatório domiciliar, onde a família é o elemento fundamental do cuidado.

Assim, a educação em saúde no pré-operatório é reconhecidamente essencial para amenizar as angústias e dúvidas dos pacientes; mas para isto, o enfermeiro necessita saber o que o paciente sente, o que precisa saber e quanto precisa saber, sendo este julgamento bastante delicado e realizado apenas por meio de uma visita onde se estabeleça interação entre enfermeira e paciente.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa verificamos que os diagnósticos evidenciados a partir da coleta de dados e com fundamento na teoria de Ida Orlando (1978) envolvem a família no processo

de recuperação do paciente, garantindo assim uma troca entre ambos. O paciente estará satisfeito por estar ao lado de pessoas que lhe fazem bem e a família também estará satisfeita em poder participar na recuperação do paciente.

A família inserida no ambiente hospitalar traz benefícios, como já foi identificado em alguns estudos, sendo eles: melhora na interação social e diminuição da ansiedade, do medo e de outros sentimentos. Ela auxilia também a equipe de enfermagem no cuidado do paciente no hospital, especialmente nos casos em que apresentam dificuldade de deambulação e de realizar sua própria higiene. Somente após a consideração destes aspectos é que se torna possível o planejamento e implantação de ações de enfermagem humanizadas e individualizadas, com base em informações concretas e sem ignorar os princípios do paciente, da família e da instituição.

Toda ação vem de uma série de influências que contextualizam uma decisão, portanto é imaturidade querer partir do nada para a construção de algo, sem respeitar todo um processo que vem sendo discutido e analisado ao longo dos anos. É assim que o enfermeiro necessita compreender a influência do núcleo familiar implantado no cuidado hospitalar. Existe a necessidade de somar o exemplo e a experiência para saber que as novas propostas de interação entre o enfermeiro e o paciente no contexto familiar podem ser necessárias e trazer inúmeros benefícios.

Sendo a educação em saúde uma das atividades do enfermeiro, é importante frisar que as orientações direcionadas ao paciente no período pré-operatório são relevantes para a assistência no pós-operatório. Elas devem fundamentar-se no conhecimento prévio do paciente, pois, em caso contrário, desencadeiam nele sentimentos e sensações negativas que posteriormente comprometem seu restabelecimento no pós-operatório e contribuem para o aumento do seu período de internação, gerando desta forma novas situações desgastantes tanto para o paciente como para a família.

---

## PERIOPERATIVE NURSING: EMOTIONAL AND SOCIAL DIAGNOSES OF NURSING IN THE PREOPERATIVE VISIT BASED ON THE THEORY OF IDA JEAN ORLANDO

### ABSTRACT

The preoperative visit of nursing is the stage of the systemization of the attendance that provides the planning for the perioperative nursing care. The objective of this study was to identify the emotional and social nursing diagnoses in the preoperative nursing visit to patients with indication of general surgery that favor the planning of the home nursing care post-surgery, based on the Nursing Theory of Ida Jean Orlando. An instrument of data collecting emphasizing the social and emotional factors was used. Sample consisted of 20 (twenty) patients. The most frequent nursing diagnoses were: interrupted family processes (90%), diminished social interaction (90%), deficient knowledge (85%), anxiety (85%), premature feeling of sorrow (50%) stress syndrome caused by the change of environment (50%), fear (30%) and risk of solitude (25%). It is believed that the participation of the family in the patient's recovery can benefit both, considering that the patient should be discharged from the hospital with a nursing prescription that subsidizes the relatives in the home postoperative care.

**Key words:** Perioperative nursing. Nursing diagnoses. Family. Ida Jean Orlando's Theory of the Nursing Process.

---

## ENFERMERÍA PERIOPERATORIA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EMOCIONAL Y SOCIAL EN LA VISITA PREOPERATORIA FUNDAMENTADA EN LA TEORÍA DE IDA JEAN ORLANDO

### RESUMEN

La visita preoperatorio en la enfermería es la etapa de la sistematización de la asistencia que propicia la planificación de la asistencia de enfermería perioperatoria. El objetivo de este estudio es identificar los diagnósticos emocionales y sociales de enfermería en la visita preoperatorio de pacientes con indicación a cirugía general que favorezca la planificación en la asistencia de la enfermería en el postoperatorio en el domicilio fundamentado en la Teoría de enfermería de Ida Jean Orlando. Utilizamos el instrumento de recolección de datos enfatizando los aspectos emocionales y sociales, la muestra estuvo constituida por 20 pacientes. Los diagnósticos de enfermería de mayor frecuencia fueron: Procesos familiares interrumpidos (90%), interacción social perjudicado (90%) conocimiento deficitario (85%), ansiedad (85%), sentimiento de tristeza (50%), síndrome de estrés de los cambios en el ambiente (50%), miedo (30%), riesgo para soledad (25%) Creemos que la participación de la familia en la recuperación de los pacientes garantiza una ayuda mutua, considerando que el paciente debe recibir alta hospitalar con la prescripción de la enfermería subsidiando a los familiares en el cuidado postoperatorio en domicilio.

**Palabras clave:** Enfermería perioperatoria. Diagnóstico de enfermería. Familia y Teoría de enfermería Ida Jean Orlando.

---

### REFERÊNCIAS

- CARPENITO, L. J. **Plano de cuidados de enfermagem e documentação**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. G.; GATTO, M. A. F. Assistência de enfermagem no período transoperatorio. **Enfoque**, São Paulo, v.14, n. 1, p. 7-11, 1981.
- FERRAZ, A. F.; ALVES, M.; PEIXOTO, M. R. B. Comunicação terapêutica profissional e social do enfermeiro. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p. 21-29, jan./dez. 1995.
- FOSCHIERA, F.; PICCOLI, M. O processo de trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico no contexto do paciente e participação da família. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO EM ENFERMAGEM, 1., 2003, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. p. 117.
- LEONARD, M. K.; GEORGE, J. B. Ida Jean Orlando In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- LOUREIRO, M.; ZAPPAS, S. Consulta de enfermagem pré-operatória: significado de um projeto vivenciado no ESPENSUL para a prática assistencial. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. esp., p. 113-131, 1999.
- MARANHÃO, Rosa Maria C. S. Marcas de um trabalho: cenário e recortes. **Cadernos IOPUB**, [S. l.], v. 6, n. 19, p. 48, 2000.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostras e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

NORTH. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA**: definições e classificação: 2001 – 2002. Organizado por North American Nursing Association. Trad. Jeane Liliâne Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro paciente**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1978.

PENICHE, A. de C. G.; CHAVES, E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev. Latino Americana**, Ribeirão Preto, v. 8, n.1, p. 45-50, jan. 2000.

RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of date: In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. **Nursing process**: application of theories frameworks, and MODELS. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1990.

WEINSINGER, H. **Inteligência emocional**: no trabalho. 7. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.

VISCOTT, D. **A linguagem dos sentimentos**. 15. ed. São Paulo: Summus, 1982.

---

**Endereço para correspondência**: Franciele Foschiera. Rua Paraná, 2447 – apto. 18. CEP: 85.812-011. Cascavel - PR.  
e-mail: [smfran@pop.com.br](mailto:smfran@pop.com.br)

Recebido em: 18/06/2004  
Aprovado em: 11/10/2004