

A NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DO CLIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO DE COLECISTECTOMIA

NECESSITIES OF INFORMATION OF THE CLIENT IN THE PREOPERATIVE

LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO

Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto¹

Ana Carolina de Oliveira Araújo²

Karina Suzuki³

Verônica Carrijo de Freitas⁴

RESUMO

Toda cirurgia traz ao cliente dúvidas e medos sobre o procedimento e suas consequências, e a assistência pré-operatória de enfermagem se mostra fundamental nesse período. Como uma das cirurgias mais realizadas no Brasil e no mundo, a colecistectomia foi eleita neste estudo para que fossem levantadas as necessidades de informações de 20 clientes em pré-operatório, internados na clínica cirúrgica de um hospital público de Goiânia-GO, de junho a setembro de 2008. Os dados referentes às preocupações dos clientes foram analisados e categorizados em seis classes: nutrição pós-cirúrgica e restabelecimento das funções orgânicas; repouso pós-operatório e retorno às atividades diárias; interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico; formação do cálculo e função da vesícula biliar; cirurgia/anestesia; cuidados pré-operatórios. Cabe à enfermagem e aos demais membros da equipe multiprofissional uma assistência focalizada nas necessidades do cliente, contribuindo para a qualidade e integralidade do atendimento.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Assistência Perioperatória; Colecistectomia.

ABSTRACT

All surgery brings to clients doubts and fears about the procedure and its consequences, and the nursing preoperative assistance proves vital in this period. As one of the most commonly performed surgeries in Brazil and the world. Cholecystectomy was chosen for this study to pin point the information needs of 20 clients in preoperative period, hospitalized in a surgical clinic at a public hospital in Goiânia-GO, Brazil, from June to September of 2008. Data related to the clients' concerns were analyzed and categorized into six classes: postoperative nutrition and return of organic functions; postoperative rest and resume of daily activities; co-morbidities interference and surgical risk factors; calculi formation and gallbladder functions; surgery/anesthesia; preoperative care. It is for nurses and other multi-professional team members to provide a client focused assistance that contributes to the quality and integrality of the care.

Key words: Nursing care; Preoperative Care; Cholecystectomy.

RESUMEN

Las cirugías causan dudas y miedos del procedimiento quirúrgico y de sus consecuencias y, por ello, la atención preoperatoria de enfermería es fundamental. La colecistectomía ha sido escogida para este estudio por tratarse de una de las cirugías más comunes en Brasil. Se consideraron veinte pacientes internados en el preoperatorio de la clínica quirúrgica de un hospital público de Goiania - Estado de Goias, entre junio y septiembre de 2008. Se relevaron las inquietudes de tales clientes y los datos se organizaron en seis clases: nutrición posquirúrgica y restablecimiento de las funciones orgánicas; reposo posoperatorio y retorno a las actividades diarias; interferencia de comorbidades y factores de riesgo quirúrgico; formación de cálculos y función de la vesícula biliar; cirugía/anestesia; cuidados preoperatorios. Enfermería y demás integrantes del equipo multiprofesional son los responsables de brindar servicios enfocados en las necesidades de los clientes, contribuyendo así a la calidad e integralidad de la atención.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Atención Preoperatoria; Colecistectomía.

¹ Enfermeira mestre. Professora assistente II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

² Enfermeira graduada pela FEN/UFG.

³ Enfermeira mestre. Professora assistente II da FEN/UFG.

⁴ Acadêmica de Enfermagem na Faculdade FEN/UFG.

Endereço para correspondência – Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto: Rua 25 A nº 290 ap. 102 Setor Aeroporto. CEP: 74070-150. Goiânia-Goiás. remajau@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O cliente com a possibilidade de intervenção cirúrgica é acometido pelos medos da morte, anestesia, alterações na imagem corporal, mudanças no estilo de vida, preocupações em relação a problemas financeiros, responsabilidades familiares e compromissos profissionais, todos comprometidos pela internação. Diante disso, o contato prévio com o cliente cirúrgico representa um momento importante, uma vez que a explicação sobre os procedimentos a que será submetido diminui o medo e a insegurança.^{1,2}

Esse contato pode se dar por meio da visita pré-operatória de enfermagem (VPOE), primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), atividade de interação enfermeiro-cliente que possibilita a obtenção de dados para o planejamento da assistência individualizada e integral no período perioperatório (fases pré-operatória, transoperatória e pós-operatória).^{2,3}

Por meio de uma entrevista, o enfermeiro detecta, orienta, prepara o cliente psicoemocionalmente e ensina procedimentos preparatórios, a fim de diminuir a possibilidade de complicações e o tempo de recuperação pós-operatória. Tal entrevista deve ser informal, permitir total liberdade de questionamentos, esclarecedora, sem, no entanto, dar explicações desnecessárias, a menos que o cliente não possua informações cruciais quanto ao seu restabelecimento, ou o ato anestésico-cirúrgico acarrete transformações no autocuidado, na autoimagem, bem como na sua vida social e sexual.^{4,5}

O enfermeiro é o profissional mais capacitado para a atividade de ensino pré-operatório, dado seu preparo técnico-científico e a assistência contínua aos clientes. O ideal seria iniciar esse ensino no momento da decisão cirúrgica (ambulatório, unidade de saúde, consultório médico) e prosseguir nas consultas até a admissão no centro-cirúrgico (CC).^{5,6}

Durante o período de internação pré-operatória, as informações prestadas são muitas vezes rápidas e pouco esclarecedoras tanto para o cliente como a família, dada a ansiedade de ambas as partes em solucionar rapidamente o problema. Além disso, essa situação é agravada pela falta de preparo das equipes em sanar as dúvidas e questionamentos dos clientes e pela supervalorização dos cuidados físicos, proporcionando uma assistência que não contempla, muitas vezes, as expectativas do "ser humano" assistido.

Na VPOE, o enfermeiro elabora suas ações de forma que o cliente alcance a aprendizagem desejada. Para isso, são necessários subsídios pedagógicos sistematizados que conduzirão à reflexão crítica e ao desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões adequadas às necessidades e à avaliação contínua por meio da observação e percepção, quanto ao desempenho e à aquisição do conhecimento por parte do cliente.⁵

Neste estudo, utilizou-se o Método do Arco, proposto por Margueres, como subsídio para investigar as necessidades relatadas por clientes em pré-operatório

e direcionar a VPOE no real interesse sobre a cirurgia a qual seriam submetidos.

Nessa perspectiva, o objetivo com esta pesquisa foi levantar as necessidades de informação do cliente em pré-operatório.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, qualitativo, realizado na clínica cirúrgica de um hospital de ensino de Goiânia-GO, em 2008, com 20 clientes em pré-operatório de colecistectomia. O projeto obteve aprovação em Comitê de Ética (CEPMHA/HC 120/2005).

Os clientes foram entrevistados quanto às dúvidas sobre o ato anestésico cirúrgico segundo a técnica da saturação dos dados (repetição de respostas), enquanto a pesquisadora gravava em mídia digital as respostas, com a anuência prévia. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: ser maior de 18 anos, ter condições físicas e mentais para dar consentimento à pesquisa e responder à entrevista. Todos os clientes foram informados sobre a pesquisa e assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados seguiu a ordem: 1) Elaboração de material didático contendo grande variedade de informações necessárias ao pré-operatório de colecistectomia; 2) Primeiro contato com o cliente para percepção dos temores e dúvidas; 3) Levantamento, com os clientes, dos pontos-chave da entrevista; 4) Esclarecimento das dúvidas do cliente por meio da pesquisa no material elaborado.

Tal ordem foi necessária para que a sistematização da coleta de dados ocorresse conforme as fases do Método do Arco⁵: 1) *Observação da realidade*: estabelecer comunicação interpessoal com o cliente, descrever sua percepção e sentimentos sobre a doença, listar expectativas, preocupações e necessidades no pré-operatório e discutir o processo vivenciado; 2) *Ponto-chave*: estabelecer os pontos que o cliente e o enfermeiro observaram como os mais importantes e discutir suas relações e explicações; 3) *Teorização*: fornecer subsídios teórico-práticos sobre o preparo cirúrgico, relacionados às expectativas e tensões dos clientes; 4) *Hipóteses de solução*: descrever ações e formas que o cliente considera adequadas para sanar suas necessidades, listar e identificar dificuldades e facilidades no seu desenvolvimento; 5) *Aplicação da realidade*: concretização de ações viáveis e práticas do cliente para sanar suas necessidades no período perioperatório e o domínio para a tomada de decisões adequadas na fase posterior à sua hospitalização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, adulto-idosos, casados e com profissões variadas.

Quanto aos tipos de cirurgias indicadas aos clientes, a videocolecistectomia e a colecistectomia convencional obtiveram 50% cada uma.

Com base nas entrevistas, as dúvidas dos clientes foram classificadas em seis categorias de necessidades: 1) cirurgia/anestesia; 2) repouso pós-operatório e retorno às atividades diárias; 3) nutrição pós-cirúrgica e restabelecimento das funções orgânicas; 4) formação do cálculo e função da vesícula biliar; 5) interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico; e 6) cuidados pré-operatórios.

A categoria "cirurgia/anestesia" foi a que apresentou maior frequência de questionamentos (26,8%). Interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico e cuidados pré-operatórios apresentaram menor frequência de questionamentos (4,9% cada). Todos os questionamentos demonstraram a preocupação dos clientes quanto ao procedimento a que seriam submetidos e suas consequências na vida pessoal e profissional.

A seguir, as categorias serão apresentadas com trechos de falas dos entrevistados para exemplificá-las. Para manter o anonimato, os nomes citados são fictícios.

Cirurgia e anestesia

Com base nos relatos, percebem-se muitas dúvidas com relação à cirurgia, as técnicas cirúrgicas e o procedimento anestésico aos quais os clientes serão submetidos:

Como é a cirurgia? (João)

Como é a cirurgia por vídeo? (Ambrosia)

Como é o procedimento? (Carla)

A anestesia é onde? (Bento)

A anestesia é geral ou local? (Ambrosia)

Para recuperar da anestesia é quanto tempo? (João)

A colecistectomia consiste num dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo. No Brasil, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2008, 17.102 procedimentos foram realizados.^{7,8}

A cirurgia consiste na remoção da vesícula biliar e dos cálculos e tem por finalidade aliviar os sintomas ocasionados pelos cálculos e possibilitar uma dieta normal. Logo, é indicada para o tratamento de doenças como colecistite aguda ou crônica, colelitíase, coledocolitíase, neoplasias ou malformação de vesícula biliar. Observa-se baixo índice de mortalidade (0,1%), exceto em situações específicas: indivíduos idosos, cirróticos, em período de inflamação da litíase biliar ou nas cirurgias emergenciais.^{6,7}

Dois técnicas operatórias são utilizadas: colecistectomia aberta e videolaparoscópica ou laparoscopia. Na colecistectomia aberta, a vesícula biliar é removida mediante a incisão abdominal oblíqua subcostal direita.⁹ Já na colecistectomia videolaparoscópica ocorre uma pequena punção, feita na parede abdominal (cicatriz umbelical), onde é insuflado cerca de 1 litro/minuto

de dióxido de carbono (CO₂) (pneumoperitônio) até atingir a pressão de (-2) a (+2) mmHg, transformando-a de cavidade abdominal virtual para real, possibilitando a visualização e manipulação dos órgãos durante o ato cirúrgico.^{6,9,10}

Comparando-se ambas, a técnica videolaparoscópica supera a aberta, pois é minimamente invasiva, proporciona menor tempo de hospitalização, recuperação e retorno precoce às atividades do dia a dia, menos dor pós-operatória e morbimortalidade, além de melhor resultado estético. Além disso, o menor tempo de exposição do cliente reduz complicações relacionadas à cicatrização da ferida cirúrgica – por exemplo, a infecção.⁹

Em geral, para ambas as técnicas é empregada a anestesia geral,^{3,6,10} na qual o cliente retoma a consciência em duas horas aproximadamente. Até esse retorno, é ideal que permaneça na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), embora na maioria dos hospitais ele seja encaminhado diretamente para o leito de origem, na unidade de internação cirúrgica, sendo necessária a observação contínua por esse período.

Por ser um momento complexo na vida do cliente, reforça-se a importância da realização de orientações pelo enfermeiro no período pré-operatório, com esclarecimentos sobre os problemas de saúde, os procedimentos aos quais será submetido, suas consequências, pois o conhecimento adquirido permite a redução do estresse, do medo e da ansiedade.

Repouso pós-operatório e retorno às atividades diárias

A gente pode andar com quantos dias de cirurgia? (Augusta)

Como é o repouso? O que posso fazer? (Juliana)

Posso utilizar a máquina de costura a motor? (Zoraide)

Quando poderei voltar às minhas atividades diárias (ir à faculdade)? (Beth)

Quando posso trabalhar? (Idelma)

Quanto tempo vai demorar para eu voltar a arrumar a casa? (Marta)

Como em qualquer cirurgia, o cliente submetido a colecistectomia necessita de um tempo de repouso no pós-operatório para se recuperar do trauma cirúrgico e retomar suas atividades habituais. Esse período varia de 48 horas a 6 semanas, dependendo da recuperação individual do cliente e da técnica cirúrgica utilizada.⁶

Quando o procedimento é o convencional, têm sido recomendados de 10 a 15 dias para o reinício das atividades. Já na colecistectomia videolaparoscópica, o retorno precoce das atividades diárias é possibilitado, geralmente, entre um a cinco dias e o retorno ao trabalho em uma semana.^{6,11} Atividades como dirigir automóvel

devem ser reiniciadas após três ou quatro dias e carregar objetos com mais de 2,5 kg deve ser evitado depois da cirurgia, geralmente por uma semana.⁶

Cabe ao enfermeiro orientar o cliente em pré-operatório a desenvolver atividades leves de forma gradativa, como a deambulação no primeiro dia de pós-operatório, até que todas suas atividades diárias sejam retomadas por completo. Salientar que, mesmo na ausência de dor/mal-estar, atividades pesadas devem ser evitadas, pois podem desencadear complicações, como abertura da sutura e formação de hematoma por baixo da incisão com consequente possibilidade de infecção da ferida operatória.

A orientação sobre o repouso e o retorno das atividades deve ser transmitida verbalmente, durante o pré-operatório, no momento da alta hospitalar e/ou repeti-las quando o cliente solicitar. O cliente esclarecido encara o pós-operatório de forma tranquila e, estimulado, participa com o enfermeiro no planejamento de suas atividades de reabilitação,^{1,11} dando ao atendimento caráter individualizado e humanizado.

Nutrição pós-operatória/restabelecimento das funções orgânicas

O que a gente come depois da cirurgia? (Augusta)

Como é a alimentação? (Bento)

Quando comerei comida normal? (Beth)

A comida tem que ser como? (Bruna)

O cliente submetido a colecistectomia deve ser orientado durante a VPOE sobre as alterações temporárias no organismo após a cirurgia e sobre os hábitos alimentares pós-operatórios. O enfermeiro deve orientá-lo quanto à pobre ingestão de lipídios e rica ingestão de carboidratos e proteínas,¹ distribuídas em cinco ou seis refeições diárias. O preparo dos alimentos deve ser preferencialmente grelhado ou cozido, evitando assá-los ou fritá-los, o que é contraindicado.¹²

O baixo teor de lipídios na dieta é atribuído à baixa disponibilidade da bile em auxiliar na digestão e absorção deles, pois, na ausência da vesícula, a bile é secretada diretamente no intestino, impossibilitando a realização de suas funções.¹³

A restrição de gorduras na dieta dependerá da tolerância do cliente quanto à sua ingestão. Geralmente, a suspensão da dieta especial inicia-se de quatro a seis semanas, gradualmente, quando os dutos biliares dilatam, formando uma “bolsa simulada” que armazena a bile igualmente a vesícula biliar. Com o restabelecimento do organismo, ao ingerir lipídios, a bile será secretada para o trato digestivo, emulsificando as gorduras e possibilitando sua digestão.^{6,13}

A explicação sobre o restabelecimento integral da função do organismo após a cirurgia e a maneira como a dieta é reinserida na vida do cliente são imprescindíveis, uma

vez que o objetivo do cuidado de enfermagem é evitar desconfortos e complicações no pós-operatório.

Formação do cálculo e função da vesícula biliar

A semente de fruta pode virar pedra? (Juliana)

O que forma a pedra? (Maria)

A vesícula faz falta? (João)

Qual é a função da vesícula? (Bento)

A vesícula biliar é um órgão em formato de pera, oco e sacular, localizado na superfície inferior do fígado. Sua função é armazenar e concentrar a bile (constituída por bicarbonato, bilirrubina, colesterol, lecitina, eletrólitos e água).⁶

Em condições anormais, a bile torna-se hipersaturada de colesterol ou cálcio, ocasionando sua precipitação, formando cristais sólidos que se agregam e formam os cálculos de colesterol ou de pigmentos de bilirrubina.^{6,9}

Os cálculos de colesterol são os mais frequentes (80%) e originam-se exclusivamente na vesícula biliar. Contêm teores de colesterol que variam de 50% a 100%. De acordo com as proporções de carbonato de cálcio, bilirrubina e fosfatos exibem colorações do amarelo ao preto. Frequentemente são encontrados múltiplos cálculos na vesícula biliar.^{6,9}

Os cálculos pigmentares correspondem a 20% do total e são classificados em negros e castanhos. Os negros, geralmente, estão associados a distúrbios do metabolismo da hemoglobina e estão presentes em grande número na vesícula, fragmentando-se ao toque. Já os cálculos castanhos estão associados à bile cronicamente infectada, sendo laminados e moles, com consistência viscosa.^{6,9}

Os fatores de risco para o desenvolvimento da litíase biliar são: obesidade, tratamento com estrogênio, ressecção ou doença ileal, fibrose cística, diabetes *mellitus* e multiparidade. A prevalência dos cálculos aumenta, ainda, com a idade em ambos os sexos, predominando o feminino, como pode ser observado neste estudo.⁶

Durante a VPOE, é muito importante que o enfermeiro esclareça as dúvidas do cliente quanto à formação do cálculo e à função da vesícula, para que ele compreenda que, apesar da importância dela, o organismo se adapta à sua falta, retomando o funcionamento normal.

Interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico

A pressão alta e a diabetes vai atrapalhar na cirurgia? (Amélia)

Se aumentar a pressão eu faço cirurgia? (João)

Risco cirúrgico é toda possibilidade de perigo ou dano que ocorre com um cliente, candidato à cirurgia em decorrência de diferentes fatores que possam afetá-lo no pré-operatório, no transoperatório e/ou no pós-operatório. Para a detecção precoce de problemas, a equipe deve realizar anamnese, exame físico, laboratoriais, de imagem e outros. Com base na avaliação dos fatores, tentativas para estabilizá-los devem ser realizadas.^{3,6} As principais comorbidades e fatores de risco cirúrgico detectados nos sujeitos do estudo foram: tabagismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*.

O tabagismo é um fator de risco cirúrgico importante, pois proporciona complicações pós-operatórias, como o risco de atelectasias, infecções pulmonares, derrame pleural, enfarte pulmonar e bronquites. Ainda influencia sobre a recuperação de clientes submetidos a determinados tipos de drogas anestésicas.^{6,14}

Ao deparar com a necessidade de uma intervenção cirúrgica, o cliente tabagista deve ser instruído pelo enfermeiro, no pré-operatório, sobre a necessidade de interromper o hábito de 2 meses a 24 horas (quando não há possibilidade) antes do ato anestésico-cirúrgico, pois tal medida já contribui para a redução do potencial de efeitos adversos associados ao fumo.⁶

A obesidade é um fator que aumenta o risco e a gravidade das complicações associadas à cirurgia, sendo as mais frequentes as pulmonares e as incisionais. Os obesos têm produção aumentada de dióxido de carbono e fraqueza dos músculos respiratórios, o que aumenta o risco de hipoventilação e complicações pulmonares pós-operatórias, tais como atelectasias, pneumonias, trombozes e embolia pulmonar. Além disso, durante a cirurgia, os problemas técnicos e mecânicos aumentam, por isso o surgimento de deiscências, hérnias incisionais e infecções na ferida operatória podem ocorrer.^{6,14}

No cliente cirúrgico, a hipertensão arterial é um dos agravos mais frequentes. Por isso, é necessária a elaboração de um plano de cuidados que contemple a adoção de estilo de vida saudável: controle do peso, redução do consumo de sal e padrão alimentar, realização de exercícios físicos, moderação/abandono do alcoolismo e tabagismo e uso contínuo de medicamentos, a fim de controlar a pressão arterial e reduzir o risco cardiovascular. Esse plano deve ser implementado no pré-operatório, evitando riscos de complicações cardiovasculares que incidem no intraoperatório, durante a indução anestésica e mais frequentemente nas primeiras 24 horas após o ato anestésico-cirúrgico.¹⁵

No período pré-operatório imediato, a equipe multiprofissional deve atentar-se para o preparo físico e emocional do cliente, observando a ingestão dos anti-hipertensivos e possíveis sinais e sintomas de alterações físicas, informando e avaliando junto com a equipe a necessidade ou não de adiamento da cirurgia por causa da hipertensão.^{3,15}

Com relação aos clientes portadores de diabetes *mellitus*, estes apresentam maior risco cirúrgico dada a facilidade

de descompensação metabólica e de complicações relativas à doença: infecção pós-operatória, dificuldade de cicatrização de ferida cirúrgica, dentre outras, pois aumentam a morbimortalidade. A avaliação pré-operatória e a elaboração de um plano de cuidados pela equipe multiprofissional, focado no controle do metabolismo da glicose e da acidose metabólica, mediante a utilização de medicamentos prescritos, dieta pobre em ingestão de açúcar, gordura, sal e álcool e realização de exercícios físicos,⁶ devem ser feitos, para evitar intercorrências no período de internação.

A monitorização dos níveis glicêmicos é essencial durante todos os períodos pré-operatório e pós-operatório, pois o objetivo da equipe multiprofissional é manter a glicemia do cliente em valores menores que 200 mg/dl. Já durante o intraoperatório, o controle da glicemia é realizado em cirurgias de longa duração, com intervalos a cada uma hora.⁶

Cuidados pré-operatórios

Percebe-se que alguns clientes apresentaram dúvidas quanto a estes cuidados:

Estou há dois dias sem fazer cocô, tem problema?
(Marta)

Eu posso fazer uma trança para ir para a cirurgia ou posso ir de cabelo amarrado? (Jurema)

Amanhã pela manhã eu posso tomar o remédio da pressão? (Jurema)

No pré-operatório, a assistência de enfermagem é dividida em pré-operatório mediato e imediato. O pré-operatório mediato compreende as 24 horas antes do ato anestésico cirúrgico e consiste na avaliação clínica (anamnese e exame físico), nutricional, laboratorial, exames de imagem, preparo físico e emocional e orientações de enfermagem.^{3,6,16}

Essas orientações objetivam a prevenção de complicações pós-operatórias e incluem^{3,6}: exercícios respiratórios de tosse e respiração profunda – ensina-se o cliente a respirar profundamente e expirar pela boca, a fazer respiração curta e a tossir. Ao tossir, ele deve ser instruído a imobilizar a incisão abdominal, entrelaçando as mãos ou usando um travesseiro, pois diminui a pressão e controla a dor; exercícios dos membros inferiores previnem a trombose venosa profunda, com movimentos de flexão e extensão das pernas no leito e movimentos circulares com cada pé (cinco séries por membro); movimentação precoce e progressiva: sentar-se no leito, levantando-se e permanecendo nessa posição por 10 minutos. Posteriormente, auxiliá-lo na deambulação, até que consiga realizá-la de maneira independente; uso de meia compressiva até a alta hospitalar.

Já o pré-operatório imediato é aquele compreendido da véspera da cirurgia até a chegada do cliente no CC. Nesse momento, é competência do enfermeiro planejar, implementar e avaliar o preparo físico e orientar o cliente

encaminhado ao CC a retirar-lhe as roupas, colocar a camisola hospitalar (aberta atrás e amarrada) e trançar os cabelos, caso sejam longos, remover os grampos e colocar um gorro do hospital.^{3,16}

O jejum é exigência em grande parte das cirurgias, pois previne vômitos e aspiração do conteúdo gástrico para as vias respiratórias, variando de oito a dez horas. O esvaziamento da bexiga previne a distensão vesical. No caso de cirurgias abdominais longas, é realizada a sondagem vesical, que monitoriza o fluxo urinário e previne o trauma da bexiga. Já o esvaziamento intestinal tem por finalidade prevenir traumatismo nas alças intestinais durante a cirurgia abdominal. Para tal, podem ser usados laxativos ou clister.^{3,6,16}

A higiene corporal, capilar e oral (além da remoção de próteses) e a tricotomia ocasionam a diminuição da quantidade de microrganismos na superfície da pele, reduzindo o risco de infecção da ferida cirúrgica. A última será realizada somente se os pelos que estão sobre o local da incisão cirúrgica ou ao redor dele interferirem no procedimento cirúrgico. Na sua real necessidade, será realizada até duas horas antes da cirurgia e preferencialmente com aparelhos elétricos.^{3,10,17}

A remoção de adornos está relacionada com o controle da infecção, para evitar perda e queimadura relacionada ao uso de bisturi elétrico aterrado e garroteamento do dedo por edema quando utilizados anéis. Já o esmalte e maquiagem devem ser removidos porque impedem a observação dos sinais de distúrbios na perfusão tissular.^{3,10,16}

O acompanhamento dos sinais vitais no pré-operatório permite a detecção imediata das condições clínicas,

a identificação de problemas e a avaliação do cliente diante das prescrições médicas e de enfermagem. No caso de ansiedade, o uso da medicação pré-anestésica pode ser necessário. Por isso, sua prescrição é discutida com o anestesista e geralmente é administrada 30 a 90 minutos antes do início da cirurgia.^{3,16}

Como membro da equipe multiprofissional, o enfermeiro deve auxiliar o cliente a compreender a natureza de seu problema de saúde, estimulando-o a participar ativamente dos cuidados pré-operatórios, supervisionar sua prática, proporcionando-lhe melhores condições físicas e emocionais, minimizar a ansiedade, garantindo a integralidade e a individualidade desse cuidado.^{3,16}

CONCLUSÃO

Neste estudo, foram verificadas as necessidades de informação de clientes em pré-operatório de colecistectomia, com vista a atendê-las, mediante a elaboração de protocolo para VPOE. Os sujeitos apresentaram dúvidas sobre o procedimento cirúrgico, anestésico e possíveis repercussões na vida pessoal e profissional.

O conhecimento das necessidades do cliente é fundamental para que o plano de cuidados de enfermagem seja elaborado e implementado individualmente, possibilitando uma assistência perioperatória integral.

A elaboração de estudos com foco nas necessidades do cliente em outras especialidades cirúrgicas é imprescindível, pois o conhecimento da realidade do usuário garante a integralidade e a humanização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Tenani AC, Pinto MH. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arquivo Ciência Saúde*. 2006 [Cited 2007 abr. 14];14(2):81-7. Available from: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf.
2. Jorgetto GV, Noronha R, Araújo, IEM. Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev Eletrônica Enferm*. 2004 [Cited 2004 mai. 14]; 6(2):213-22. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/visita.html.
3. Carvalho R, Bianchi ERF. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. São Paulo: Manole; 2007.
4. Possari JF. *Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão*. São Paulo: Iátria; 2004.
5. Sonobe HM, Hayashida M, Mendes IAC, Zago MMF. O Método do Arco no Ensino Pré-Operatório de Pacientes Laringectomizados. *Rev Bras Cancerol*. 2001 [Cited 2001 out. 14]; 47(4):425-33. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/pdf/artigo7.pdf.
6. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10ª ed. v.01-02. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 424-37;1189-1201;1257-66.
7. Santos AF, Santos LA, Melo DO, Alves AJ. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. *Interação Psicol*. 2005 [Cited 2006 jan 14]; 10(1):63-73. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/5772/4208>.
8. Brasil. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [Cited 2009 mar 01]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.
9. Cordeiro EZ. *Colangiopancreatografia retrógrada com papilotomia endoscópica associada à colecistectomia vídeo-laparoscópica no tratamento da colecistocoloclitose* [monografia]. Paraná: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
10. Sociedade brasileira de enfermagem de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização. *Práticas recomendadas*. 4ª edição. São Paulo: SOBECC; 2009.
11. Mulazzani MP, Cioato MJ. *Enfermagem em videocirurgia: procedimentos e prática*. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p.76-176.
12. Ferreira FAG. *Nutrição humana*. 3ª ed. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian; 2005. p. 1059-60.
13. Mahan LK, Stump SE. *KRAUSE. Livro Alimentos, Nutrição & Dietoterapia*. 11ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2005. p. 724.

14. Oliveira PG, Vianna AL, Silva SP, Rodrigues FRA, Martins RLM. Influência do tabagismo, obesidade, idade e gênero na função pulmonar dos pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica. *Rev Col Bras Cir.* 1999 [Cited 1999 jan. 14]; 27(1):19-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0100-6991/Ing_pt/nrm_iso.
15. Slullitel A. Hipertensão arterial e Anestesia. *Prát Hosp.* 2006 [Cited 2007 maio 14]; 51:157-60. Available from: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2051/pdfs/mat%2024.pdf>.
16. Christóforo, BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizada ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 [Cited 2008 mar. 14]; 43(1):14-22. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
17. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. 1999 [Cited 1999 jan. 14]; 20(4):257-66. Available from: www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf.

Data de submissão: 12/5/2009

Data de aprovação: 16/6/2010