

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

THAYS DUTRA CHIARATO VERISSIMO

CUIDADO PRÉ-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DO
DIAGNÓSTICO “RISCO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL”, REALIDADE OU
UTOPIA

São Leopoldo

2017

THAYS DUTRA CHIARATO VERISSIMO

CUIDADO PRÉ-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DO
DIAGNÓSTICO “RISCO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL”, REALIDADE OU
UTOPIA

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do Grau de
Mestra em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa: Dimensões do
Cuidado e Práticas Sociais

Orientador: Nilton Eliseu Herbes

São Leopoldo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V517c Veríssimo, Thays Dutra Chiarato
Cuidado pré-operatório de enfermagem e a utilização do diagnóstico "risco de sofrimento espiritual", realidade ou utopia / Thays Dutra Chiarato Veríssimo ; orientador Nilton Eliseu Herbes. – São Leopoldo : EST/PPG, 2017.
74 p. : il. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2017.

1. Enfermagem – Aspectos religiosos. 2. Cuidados espirituais com os doentes. 3. Pacientes hospitalizados – Cuidado e tratamento. I. Herbes, Nilton Eliseu. II. Título.

THAYS DUTRA CHIARATO VERISSIMO

CUIDADO PRÉ-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DO
DIAGNÓSTICO “RISCO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL”, REALIDADE OU
UTOPIA

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do Grau de
Mestra em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação
Linha de Pesquisa: Dimensões do
Cuidado e Práticas Sociais

Data de aprovação: 28 de junho de 2017

Nilton Eliseu Herbes – Doutor em Teologia – Faculdades EST

Karin Hellen Kepler Wondracek – Doutora em Teologia – Faculdades EST

RESUMO

Muito tem se falado das implicações provenientes da espiritualidade e religiosidade na ansiedade e depressão pré-cirúrgica, porém muito pouco tem se feito nesse âmbito pelas equipes de saúde, ficando a cargo geralmente da capelania hospitalar e grupos religiosos esse tipo de abordagem. Dessa forma, o objeto da pesquisa foram as fichas e os protocolos de atendimento pré-operatório de enfermagem publicados nos últimos cinco anos, com o objetivo de avaliar e quantificar as fichas e protocolos de cuidado pré-operatório de enfermagem que relacionam sua aplicação, com o diagnóstico da taxonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) risco de sofrimento espiritual. A investigação se deu através de uma ferramenta on-line que organiza todas as informações de âmbito mundial e que as torna de fácil acesso, tal ferramenta de consultas recebe o nome de “Domínio Público”. Diante do levantamento bibliográfico realizado a fim de subsidiar a pesquisa fica claro que a atuação do enfermeiro voltado ao cuidado espiritualizado é totalmente executável, pois espiritualidade não traz como prioridade ter ou não ter denominação religiosa, mostrando que ela ocorre de maneira independente, e assim passível de aplicação por todos os profissionais que assim o fizerem, independente do credo. Porém ao avaliar as fichas e protocolos disponíveis em domínio público acerca da utilização do diagnóstico “Risco para Sofrimento Espiritual”, de fato, apenas um protocolo fazia uso desse cuidado de forma completa, ou seja, fazendo menção, ou melhor, utilizando de forma ativa as taxonomias NANDA, NOC e NIC.

Palavras-Chaves: Ficha pré-operatória. Ficha pré-cirúrgica. Protocolos pré-cirúrgicos. Visita de enfermagem pré-operatória. Sofrimento espiritual.

ABSTRACT

Much has been said about the implications of spirituality and religiosity on anxiety and pre-surgical depression, but very little has been done in this field by health teams, usually being in charge of hospital chaplaincy and religious groups that type of approach. Thus, the research object was the records and protocols of pre-operative nursing care published in the last five years, with the objective of evaluating and quantifying the records and protocols of preoperative nursing care that relate their application, with The diagnosis of the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) taxonomy risk of spiritual distress. The research was done through an online tool that organizes all the information of world-wide scope and that makes them of easy access, such tool of consultations receives the name of "Public Domain". In view of the bibliographic survey carried out in order to subsidize the research, it is clear that the performance of the nurses turned to spiritual care is totally executable, since spirituality does not give priority to having or not having a religious denomination, showing that it occurs independently, Applied by all professionals who do so, regardless of the creed. However, in assessing the records and protocols available in the public domain regarding the use of the diagnosis "Risk for Spiritual Suffering", in fact, only one protocol used this care in a complete way, that is, by mentioning, or rather actively using The NANDA, NOC, and NIC taxonomies.

Word-Keys: Preoperative record. Pre-surgical record. Pre-surgical protocols. Preoperative nursing visit. Spiritual suffering.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAE	Associação Americana de Enfermeiras
BEE	Bem-Estar Espiritual
BER	Bem-Estar Religioso
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CC	Centro Cirúrgico
EBE	Escala de Bem-Estar Espiritual
NANDA	<i>North American Nursing Association</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NNN	NANDA, NIC e NOC
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
PE	Processo de Enfermagem
PNH	Política Nacional de Humanização
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SRPA	Sala de Recuperação Pós Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TNHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de Intervenções de Enfermagem.....	49
Quadro 2 - Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica	55
Quadro 3 - Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem	56
Quadro 4 - Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine.....	57
Quadro 5 - Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine 2.....	58
Quadro 6 - Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica	59
Quadro 7 - Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica 2	60
Quadro 8 - Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica 3	61
Quadro 9 - Cirurgias Seguras: Elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória	63
Quadro 10 - Sistematização da assistência perioperatória: uma tecnologia de enfermagem.....	64

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 CUIDADO DE ENFERMAGEM: DA FRAGMENTAÇÃO À INTEGRALIDADE	19
1.1 Exercício Profissional da Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem	23
1.2 <i>North American Nursing Association</i>	26
1.3 Sistematização da Assistência Perioperatória	28
1.3.1 <i>Comunicação como ferramenta da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória</i>	31
1.3.2 <i>O Cuidado Espiritual dentro da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória</i>	35
1.4 Síntese do Capítulo	38
2 ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E HOMEOSTASIA	41
2.1 Espiritualidade e a Homeostasia do Indivíduo	42
2.2 Diagnóstico sofrimento espiritual como ferramenta de trabalho do profissional enfermeiro	46
2.3 Síntese do Capítulo	50
3 UTOPIA OU REALIDADE O USO DO DIAGNÓSTICO “RISCO PARA SOFRIMENTO ESPIRITUAL”	53
3.1 Pesquisa	53
3.1.1 <i>Objeto de Estudo</i>	53
3.1.2 <i>Campo de Pesquisa</i>	54
3.1.3 <i>Coleta de Dados e Análise de Dados</i>	54
3.2 Resultados e Discussões	54
3.3 Síntese do Capítulo	65
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	69

INTRODUÇÃO

Segundo Gomes, Espinha e Bezerra, muito tem se falado das implicações provenientes da espiritualidade e religiosidade na ansiedade e depressão pré-cirúrgica, porém muito pouco tem se feito nesse âmbito pelas equipes de saúde, ficando a cargo geralmente da capelania hospitalar e grupos religiosos esse tipo de abordagem.¹

Contudo, o conceito e o tema espiritualidade e cuidado, não se trata de algo novo no âmbito do cuidado para a enfermagem, visto que a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), Associação Norte Americana que reuniu taxonomias de diagnósticos de enfermagem, reconheceu o sofrimento espiritual, originalmente *spiritual distress*, como um diagnóstico também pertinente à enfermagem, em 1980. De forma que a versão brasileira de 2009 traz o título traduzido como “diagnóstico de angústia espiritual”, sendo modificado para “sofrimento espiritual” na versão atual.²

O diagnóstico, ao qual propomos trabalhar, descreve a congruência entre valores, crenças e ações, dentro do “domínio” denominado princípios de vida; cuja definição é: “Vulnerabilidade e prejuízo na capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, a literatura, a natureza e/ou um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde.”³

O objeto da presente pesquisa serão as fichas e protocolos de atendimento pré-operatório de enfermagem publicadas nos últimos cinco anos, com o objetivo de avaliar e quantificar as fichas e protocolos de cuidado pré-operatório de enfermagem que relacionam sua aplicação, com o diagnóstico da taxonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) risco de sofrimento espiritual.

Mas antes de entrarmos propriamente dito na pesquisa procuraremos no primeiro capítulo traçar um histórico do processo de cuidar da enfermagem, reforçando a sua origem espiritual, bem como o motivo da sua tecnificação e a necessidade do resgate de suas raízes. Dando sequência ao capítulo faremos

¹ GOMES, Eduardo Tavares; ESPINHA, Daniele Corcioli Mendes; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva. Religiosidade e crença em Deus no pré-operatório de cirurgia cardíaca: estudo exploratório. *Brazilian Journal of Nursing*, v. 14, n. 3, 2015.

² HERDMAN, T. Heather. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. In: *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. 2015. p. 606.

³ HERDMAN, 2015, p. 20.

definições técnicas do exercício da profissão e a importância da utilização de ferramentas laborais como a comunicação e a sistematização da assistência ao paciente.

No segundo capítulo trabalham-se conceitos de espiritualidade, religiosidade e sua relação com a homeostasia do indivíduo e a relevância na estabilidade do procedimento cirúrgico. Pautando o processo de trabalho na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de forma a descrever cada uma de suas etapas, trazendo o diagnóstico de enfermagem, como uma das mais importantes fontes do conhecimento científico da prática profissional, fundamental para o planejamento da assistência ao paciente.⁴

No último capítulo voltado a revisão, aborda-se de forma mais incisiva a conceituação do diagnóstico ao qual pretende-se pesquisar “Sofrimento Espiritual”, questionando o preparo pré-operatório, no que tange a aplicabilidade integral da SAE e a instrumentalização de diagnósticos que integrem corpo, mente e espírito.

Por fim, descreve-se algumas medidas que precisam ser tomadas para que, a acurada identificação do diagnóstico de enfermagem, risco de sofrimento espiritual, ocorra e assim permita o emprego adequado do mesmo na prática clínica, visto a dificuldade que se observa de trabalhar o assunto, talvez por desconhecimento das(os) próprias(os) enfermeiras(os) quanto ao diagnóstico e as suas implicações, no que tange as alterações provocadas pelo estímulo à espiritualidade, ou ainda por não possuir de forma institucionalizada a aplicabilidade da humanização voltada para a espiritualidade, ou por não dedicar-se de forma efetiva a SAE, utilizando-se das teorias do processo de trabalho.

Diante dessa configuração, realizou-se o levantamento das fichas e protocolos presentes em domínio público que abordavam tal temática, que reforçaram a hipótese da necessidade de inclusão do cuidado espiritual na assistência de enfermagem subsidiado através de pesquisas como essas, que possuem a finalidade de instigar a comunidade profissional e acadêmica de enfermagem, quanto aos potenciais que podem ser desenvolvidos na assistência com o emprego correto da SAE e das taxonomias da NANDA, a fim de agregar valor

⁴ TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. In: SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

à assistência de enfermagem prestada ao cliente, tirando a profissão do âmbito técnico exclusivo, para o âmbito inclusivo que a espiritualidade propõe.

1 CUIDADO DE ENFERMAGEM: DA FRAGMENTAÇÃO À INTEGRALIDADE

Entre vocês há alguém que está doente? Que ele mande chamar os presbíteros da igreja, para que estes orem sobre ele e o unjam com óleo, em nome do Senhor. A oração feita com fé curará o doente; o Senhor o levantará. E, se houver cometido pecados, ele será perdoado.⁵

Assim também na atualidade, Boff escreve: “Cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto abrange, mais que um momento, de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade, e de envolvimento afetivo com o outro.”⁶

A história do cuidado coincide com o da própria história das espécies vivas, prosseguindo com a aparição da linhagem Homo e, milhares de anos depois, do Homo sapiens, momento em que homens e mulheres lutavam para, fundamentalmente, assegurar a continuidade da vida. O cuidado, no início reflexo e instintivo, tornou-se objeto de atuação do xamã ou feiticeiro, depois dos sacerdotes e, mais tarde, do profissional da saúde. Podemos dizer que a enfermagem é uma profissão intimamente ligada ao processo de cuidar, obtendo seu ponto alto a partir da chegada da Idade Moderna e conseqüentemente com a cientificação do processo de cuidar⁷. Contudo o legado empírico deixado por religiosos fez dessa profissão, uma ação pouco científica, até então ligada à devoção, doação e a submissão.

A partir de Descartes (1596 – 1650), sobretudo após o rompimento com as estruturas anteriores de pensamento, que envolviam o universo simbólico/teológico do Ser, iniciado na Grécia Clássica⁸, a ciência da saúde obteve significativo desenvolvimento científico, dando origem a conhecimentos como a microbiologia e a imunologia, “gerando fragmentação no conhecimento sobre o corpo, que passa a ser organizado a partir de órgãos doentes.”⁹ Assim, os médicos, profissão que na época dominava o saber científico, passam a serem considerados os detentores do saber,

⁵ Tg 5:14-15 = Carta de Tiago, capítulo 5, versículos de 14 a 15.

⁶ BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 27.

⁷ OGUISSO, Taka (Ed.). *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2005.

⁸ MARTINS, Alexandre Andrade; MARTINI, Antônio (Ed.). *Teologia e saúde: compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana*. 2012. p. 39.

⁹ KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v. 59, n. esp (2006), p. 403-410, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/21022>>. Acesso em: 01 nov. 2016. p. 407.

ao mesmo tempo que aqueles que desenvolviam outras práticas relacionadas à saúde eram considerados bruxos e charlatões.¹⁰

Nesse período, a Enfermagem era uma profissão submissa ao conhecimento médico, dessa forma à mesma passa a adotar a postura científica, tão bem pontuada por Florence Nightingale em meados de 1859. Diante desse advento, conhecido como período *Flexneriano*, a enfermagem moderna sofre inúmeras influências a fim de minimizar sua essência proveniente da religiosidade, influências essas, originárias da enfermagem inglesa e norte americana, que se utilizavam do conhecimento médico baseado em elementos estruturais, acabaram por reconstruir a profissão médica e de enfermagem. Esses elementos seriam o mecanicismo, o biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas e tecnificação da medicina com ênfase na medicina curativa¹¹, dessa forma fica a enfermagem totalmente relacionada ao atendimento médico.

Contudo, vale ressaltar que outras questões também auxiliaram na fragmentação do cuidado, gerando assim uma ação da qual sentiríamos até os dias atuais, como por exemplo, o processo da revolução industrial e a criação do Estado Nacional, visto que as nações que passavam por essas transformações eram de fato o berço da enfermagem moderna. O Estado Nacional aliado à mercantilização da mão-de-obra trouxeram as cidades preocupações voltado à saúde pública, pois surgiram doenças infecciosas relacionadas a grandes aglomerados. Esse fato trouxe grande preocupação ao Estado Nacional, forçando algumas medidas emergenciais a fim de manter o processo de expansão industrial. Deixando claro que as medidas estavam relacionadas ao “povo”, mas não eram para o “povo”, e sim para subsistência do capitalismo.¹²

Ainda enfatizando o período *flexineriano*, pode-se citar a evolução da microbiologia através das descobertas de Pasteur e de Koch, a esterilização e a codificação do bacilo da tuberculose respectivamente, elevando a medicina curativa a patamares de integrantes ativos do processo vida-morte, possibilitando ao homem

¹⁰ MARTINS; MARTINI, 2012, p. 45.

¹¹ DE AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. 2007. p. 19.

¹² DE AGUIAR, 2007, p. 23.

a minimização do sofrimento da própria espécie, reforçados por descobertas anteriores como o processo anestésico.¹³

Já em meados do século XXI, iniciou-se um processo mais coerente quanto à cientificação da Enfermagem de forma que levava em consideração o indivíduo de forma mais ampla, relacionando-o ao psicológico, social e ambiental, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB). Deixando claro que a Enfermagem trata-se de uma ciência hermenêutica.¹⁴

Um pouco antes de Horta, Myra E. Levine em 1967 começa a dar vida à teoria holística de enfermagem. De modo geral, Levine via o ser humano como um "todo" dinâmico, em constante interação com o ambiente. Explicando os sistemas de resposta do indivíduo ao meio ambiente e considerando a enfermagem uma detentora das energias do paciente, tornando esse profissional pilar de sustentação do cuidado. Sugerindo que no momento da enfermidade, a(o) enfermeira(o) seria uma extensão da pessoa enferma, responsabilizando-os por assegurar nessas situações o "todo", a "unidade", do indivíduo que deveria ser mantida do nascer ao morrer.¹⁵

Levine também ressaltou que teríamos que repor o que os cientistas, teólogos e filósofos no passado e no presente faziam que era a divisão do homem; o dualismo corpo-espírito, alma-matéria que de certa maneira é alimentado pelas ciências como anatomia, fisiologia, biologia, psicologia etc., reforçando o processo de especialização e dicotomização do cuidado, que acabam por desintegrar o homem em partes e não o recompõem em sua unidade básica. Chegando a reduzir o homem a equações físico-químicas, comparando-o a uma máquina.¹⁶

Horta afirma que a doença e a morte são distúrbios desta máquina/homem. Para explicar melhor essa relação, trouxemos a definição da palavra inglesa *health* (tradução saúde) que vem do arcaísmo *hal*, que significa "todo". Todas as funções do corpo humano demonstram esta integração. Um bom exemplo a ser dado dessa integração é a resposta do indivíduo ao medo, vendo que a mesma é a mais primitiva das respostas; é instantânea; é o preparo do organismo para a luta, seja o

¹³ CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; OLIVEIRA, Veneza Berenice de. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis (Rio J.)*, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

¹⁴ HORTA, Wanda de Aguiar. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev Esc Enferm USP*, p. 7-35, 1974. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-2433>>. Acesso em: 17 set. 2016.

¹⁵ HORTA, 1974, p. 8.

¹⁶ HORTA, 1974, p. 11.

inimigo conhecido ou desconhecido. A estimulação do sistema nervoso envolve todo o organismo, e em especial entra em funcionamento o sistema nervoso simpático, sistema esse que estimula ações que permitem ao organismo responder a situações de estresse.¹⁷

Diante dessa perspectiva, Levine propõe o que poderíamos chamar de início da integralização do cuidado, que a ação da enfermeira seria essencialmente conservadora, com o intuito de manter íntegros os mecanismos de defesa biológica fundamentais do indivíduo. Mas essa conservação permearia quatro princípios, a fim da conservação do todo:

- ✓ Conservação da energia do indivíduo;
- ✓ Conservação da integridade estrutural do paciente;
- ✓ Conservação da integridade pessoal do paciente;
- ✓ Conservação da integridade social do paciente.¹⁸

Cada um desses fundamentos que possui um desenrolar próprio, de forma que a fonte de energia individual é resultado da eficiência dos sistemas que regulam o seu metabolismo e sua resposta às causas da doença.

Exemplo: a irritabilidade, a fraqueza, a ansiedade são sintomas tanto de doença respiratória como das anemias, não sendo assim considerado um sinal e sintoma específico da patologia, mas sim um sinal e sintoma de energia comprometida. A conservação da energia do indivíduo não quer dizer somente limitação da atividade pelo repouso. Os exercícios são também previstos e necessários à manutenção das fontes dentro de conservação de energia.¹⁹

Quando pensamos em integridade estrutural do paciente, o processo cirúrgico acaba sendo um bom descritor, visto que o mesmo é uma ruptura terapêutica da integridade estrutural do indivíduo, mas em cada doença ela é afetada de maneira particularizada. A enfermagem por sua vez tem por objetivo auxiliar na cicatrização da ferida visto que a integridade desse sistema é indispensável para evitar processos patológicos.²⁰

O terceiro pilar que deve ser trabalhado pela Enfermagem, diz respeito à percepção individual de si mesmo, que acaba sendo afetada pela doença: a

¹⁷ SILVERTHORN, Dee Unglaub. *Fisiologia humana: uma abordagem integrada*. São Paulo: Artmed editora, 2010.

¹⁸ HORTA, 1974, p. 12.

¹⁹ HORTA, 1974, p. 16.

²⁰ HORTA, 1974, p. 21.

liberdade, a independência, a privacidade, a autoestima. Quando o profissional enfermeiro coloca o paciente como parte integrante do seu plano de cuidados, ele está obedecendo a este princípio, o princípio do cuidado individualizado.²¹

Para finalizar a teoria de Levine, cada indivíduo é definido por seu grupo social, cultural, étnico, religioso, familiar, trazendo consigo características únicas que influenciam no processo saúde-doença. Lembrando que o próprio hospital é um sistema social. Manter a personalidade social do paciente é problema de ação básica de enfermagem, isso inclui cuidados espirituais.²²

Diante do exposto Horta chega à conclusão de que a dicotomia de rumos com que se defrontou a enfermagem, desenvolver-se como ciência própria ou tornar-se a profissão de assistente-médico levou seus profissionais a se dividirem, indecisos, entre as duas correntes. Esta situação incômoda, de transição, fora sentida em toda a literatura publicada na década de 70. Mas ambos os rumos mostravam uma enfermagem que procurava desenvolver teorias que pudessem explicar a natureza da profissão, definir seu campo de ação específico e sua metodologia científica.²³

Através desse histórico, explica-se o cuidado fragmentado e especializado da enfermagem, ligado ao *cartesianismo* em suas ações, se fazendo necessário um resgate de essências, propostas por Tiago 5:14-15 e pela enfermagem pós-moderna que busca a integralidade do cuidado do indivíduo.

Mas em decorrência do processo de trabalho da enfermagem moderna, e diante do objeto de pesquisa, se faz necessário à definição de alguns itens, como por exemplo, o cuidado de enfermagem e sua segmentação. A final de contas qual o objeto de trabalho do enfermeiro, qual processo de trabalho que esse profissional desenvolve diante da equipe multiprofissional, e quais os instrumentos que o auxiliam nesse processo.

1.1 Exercício Profissional da Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem

Segundo Ralph, o profissional de Enfermagem, deve ater-se a prescrição de cuidados, frente às reações das condições as quais o indivíduo está susceptível

²¹ HORTA, 1974, p. 21.

²² HORTA, 1974, p. 21.

²³ HORTA, 1974, p. 23.

frente as complicações fisiológicas decorrentes da patologia. Ressaltando por sua vez que a delegação da prescrição de cuidados a outros profissionais compromete a definição do papel da enfermagem.²⁴

A Enfermagem segundo o Artigo nº 11, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, possui as seguintes atribuições de forma privativa:

[...] a) Direção do Órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; b) Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem.²⁵

Com base nas atribuições do profissional de Enfermagem, o COFEN e diante da resolução 272, de 2002, estabelece que todas as Instituições de Saúde que exerçam atividades de Enfermagem, implementem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e que os passos dessa sistematização sejam formalmente registradas no prontuário do paciente.²⁶

Segundo Ferreira, Sistematizar é a “Ação de colocar em sistema; Arrumar ou organizar seguindo certos parâmetros; metodizar ou arranjar.”²⁷ Partindo desse pressuposto, é fato que a implementação da SAE requer uma metodologia de aplicação. A metodologia mais difundida no meio acadêmico e técnico para realização da sistematização da assistência do cuidado dispensado pelo enfermeiro é o “Processo de Enfermagem” (PE). Por sua vez, é dividida e categorizada por cinco etapas, sendo elas, a coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação do cuidado de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos.²⁸

Traçando um breve histórico quanto à sistematização do processo de cuidar do enfermeiro, o termo "processo de Enfermagem" foi aplicado pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para ilustrar o cuidado de enfermagem. Seus componentes seriam: comportamento do paciente, reação da(o) enfermeira(o) e ação. Segundo Yura e Walsh, Lydia Hall, em 1955, afirmou durante uma conferência que a

²⁴ RALPH, Sheila Sparks; TAYLOR, Cynthia M. *Manual de diagnóstico de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

²⁵ BRASIL. *Lei 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 22 set. 2016.

²⁶ BRASIL, 1986.

²⁷ FERREIRA, A. B. H. *Aurélio Século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

²⁸ KRUSE, 2006, p. 407.

"enfermagem é um processo". Defendendo o uso de quatro proposições: "enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente". Em 1963, Virginia Bonney e Jc'ne Rothberg, sem citar "processo de enfermagem", empregam termos do processo e implementando as seguintes fases no cuidado de enfermagem: "dados sociais e físicos, diagnóstico de enfermagem, terapia de enfermagem e prognóstico de Enfermagem."²⁹

Em meados de 1970, a Associação Americana de Enfermeiras (AAE) dá as seguintes etapas para o processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento do objetivo, plano de cuidados, ação da Enfermagem, renovação da coleta de dados e revisão do plano. Houve inúmeros modelos de processo de Enfermagem, mas nenhum deles possuía base teórica, com exceção do de Callista Roy, que baseava-se na teoria da adaptação e consta das seguintes fases: levantamento de comportamento do cliente, levantamento dos fatores influentes, identificação do problema, estabelecimento do objetivo, intervenção, avaliação.³⁰

Apenas a partir de 1980, os estudos da Sistematização da Assistência de Enfermagem merecem destaque, devido ao Decreto-lei nº 94406/87 que regulamentava a profissão e difundia a SAE como competência única do enfermeiro.³¹

Diante dessa situação, Tannure e Gonçalves, conceituam que para que a sistematização do cuidado de Enfermagem seja iniciada, se faz necessário que a instituição de saúde utilize-se de um marco conceitual, a fim de fundamentar e organizar o serviço que deseja alcançar.³² Visto que "sistematizar é tornar coerente o cuidado com determinada linha de pensamento."³³ Para garantir a sistematização da assistência, a coerência entre as ações do cuidado a filosofia da instituição de saúde, e conseqüentemente o atendimento da legislação e a qualidade do serviço prestado aos indivíduos institucionalizados, a enfermagem faz uso de algumas ferramentas, denominadas "Teorias de Enfermagem" que foram escritas a partir da

²⁹ HORTA, 1974, p. 21.

³⁰ HORTA, 1974, p. 22.

³¹ HORTA, 1974, p. 23.

³² TANNURE; PINHEIRO, 2011, p. 57.

³³ FERREIRA, 1999, p. 476.

prática diária dos profissionais enfermeiros e que funcionam como um alicerce estrutural para a implementação da SAE.³⁴

Após o decreto e visto que o cuidado ao indivíduo hospitalizado passava a ser multiprofissional, onde o atendimento a saúde é realizado, por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros profissionais, e que cada disciplina de saúde traz seu corpo singular de conhecimento, costumando ser citado como características definidoras de cada profissão, visto que cada profissão tem uma maneira de descrever “o que” o profissional conhece e “como” age em relação ao que conhece. Dessa forma, vale ressaltar que enfermeiros tratam respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos de vida e lançam mão de uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem chamada *North American Nursing Association (NANDA)*.³⁵

Utilizando-se do marco conceitual ao qual o autor acima sugere, a presente pesquisa utilizará como “bandeira teórica”, os preceitos descritos pela NANDA para assim direcionar as discussões quanto ao tema.

1.2 North American Nursing Association

NANDA é uma organização de enfermeiros sem fins lucrativos, de forma que exceto as funções administrativas e de gerência, todas as atividades são desenvolvidas por voluntários.³⁶ Desde 1987 com a primeira publicação de uma lista de possíveis diagnósticos de enfermagem, a edição vem se aperfeiçoando, visto que os diagnósticos não são estáticos e evoluem com o tempo.³⁷

Conforme observado, a NANDA International fora estruturada por enfermeiros norte-americanos, porém nos últimos 20 anos o envolvimento de profissionais do mundo todo se tornou crescente, de forma que trabalhos são realizados em todos os continentes, evidenciando a vasta utilização de sua ferramenta para organização e padronização do trabalho da enfermagem.³⁸

³⁴ TANNURE; PINHEIRO, 2011, p. 67.

³⁵ DA NANDA, *Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2015-2017*[NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2015.

³⁶ DA NANDA, 2015, p. 18.

³⁷ DA NANDA, 2015, p. 64.

³⁸ DA NANDA, 2015, p. 129.

A NANDA *International, Inc.* oferece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em esquema classificatório.³⁹ Que possuem como enfoque central os cuidados ao paciente, família, grupo e/ou comunidade, de forma que os diagnósticos utilizados recebem uma organização taxonômica, que envolvem problemas de saúde, estado de promoção à saúde ou risco potencial.⁴⁰

Vale ressaltar que “taxonomia é uma forma de classificar ou ordenar coisas em categorias; é um esquema de classificação hierárquica de grupos principais, subgrupos e itens.”⁴¹

Diante da definição acima, acrescentamos que a divisão desses grupos de diagnósticos, sofrem subdivisões, ou seja, poder ser diagnósticos objetivos ou subjetivos. Os objetivos são diagnósticos observados através do exame físico e resultados de exames de imagens e/ou laboratoriais e os subjetivos são baseados em sentimentos ou opiniões do paciente ou familiares.⁴² É importante salientar que cada diagnóstico de Enfermagem possui como descrição, um título, características definidoras, que seriam os sinais e sintomas, que por sua vez poderiam ser analisados de forma objetiva ou subjetiva (exposição do paciente e/ou familiares), seguindo dos fatores relacionados e por final seus fatores de riscos.⁴³

Um bom exemplo, a fim de ilustrar essa categorização do diagnóstico utilizada pela NANDA, poderíamos citar, o objeto de pesquisa, que por sua vez possui o Domínio 10 que é Princípios da Vida: Classe 3 que refere-se a Coerência entre Valores/Crenças/Atos, relacionado ao Diagnóstico “Risco de Sofrimento Espiritual”. Que por sua vez possui como características definidoras, a “vulnerabilidade e prejuízo na capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, a literatura, a natureza e/ou um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde.”⁴⁴

Para finalizar a categorização do Diagnóstico, a Divisão “**Fatores de Risco**” traz os seguintes elementos, divididos em Desenvolvimental, Ambiental, Físico e Psicossocial.

³⁹ DA NANDA, 2015, p. 35.

⁴⁰ DA NANDA, 2015, p. 36.

⁴¹ DA NANDA, 2015, p. 51.

⁴² RALPH; TAYLOR, 2009.

⁴³ DA NANDA, 2015, p. 38.

⁴⁴ DA NANDA, 2015, p. 360.

[...] Desenvolvimental: Transição de vida [...] Ambientais: Desastres naturais e mudanças no ambiente [...] Físicos: Abuso de substância, enfermidade crônica e enfermidade física [...] Psicossociais: Ansiedade, baixa autoestima, barreira para experimenta o amor, conflito cultural, conflito racial, depressão, estressores, incapacidade de perdoar, mudança em rituais religiosos, mudança na prática espiritual, perda, relações ineficazes e separação do sistema de apoio.⁴⁵

Para se obter um bom resultado, que não seja direcionado pelas convicções do profissional, e ao mesmo tempo individualizado e humano, relacionado apenas ao paciente e suas condições biopsico-sócio-ecoespirituais, obrigatoriamente o enfermeiro precisará desenrolar todo o processo de enfermagem, ou seja, todo o processo de trabalho da enfermagem. Compreendendo a coleta de dados, quanto à situação biológica, social, psicológica, ambiental e espiritual do indivíduo, fazendo uso de entrevista, bem como dos métodos propedêuticos do exame físico de enfermagem (inspeção, ausculta, palpação e digito percussão). Diagnóstico de enfermagem e o planejamento das ações a fim de minimizarem os sinais e sintomas provenientes do diagnóstico, estabelecimento de resultados a serem alcançados, a intervenção que seria a realização do cuidado propriamente dito e finalmente, reavaliação do paciente com a finalidade de verificar a eficácia das ações.⁴⁶

Nas diversas especialidades profissionais do enfermeiro, salienta-se a atuação em centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e centro de materiais e esterilização, dentro dessa área de atuação, a ferramenta de trabalho do profissional enfermeiro, a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), sofre alterações de modo a garantir que o processo de enfermagem seja eficaz. A principal alteração está relacionada aos tempos de aplicação e execução, resultando em alteração da nomenclatura, ou seja, nessa especialidade a ferramenta de trabalho do enfermeiro recebe o nome de Sistematização da Assistência Perioperatória (SAEP).⁴⁷

1.3 Sistematização da Assistência Perioperatória

Para que a aplicação da SAEP ocorra de modo eficaz, se faz necessário conhecer a divisão estabelecida no processo anestésico cirúrgico, dessa forma, o

⁴⁵ DA NANDA, 2015, p. 360.

⁴⁶ DA SILVA, Eneida Rejane Rabelo; DE FÁTIMA LUCENA, Amália. *Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

⁴⁷ SOBECC, SOBECC-Práticas Recomendadas. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 6. ed. Rev. e Atual. São Paulo-SP, 2013.

cuidado abrange um período que os teóricos definem como período perioperatório que, segundo Nettina, é o período a partir do agendamento da cirurgia até a alta desse paciente da sala de recuperação pós anestésica⁴⁸.

Este período se compõe em outros três momentos que seriam os períodos pré-operatório mediato e imediato, transoperatório e pós-operatório. Definindo-se, de acordo com a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Centro de Materiais e Esterilização:

- a. Como período pré-operatório imediato o período de vinte e quatro (24) horas que antecede o procedimento anestésico-cirúrgico;
- b. Transoperatório que compreende desde o momento que o paciente é recebido na unidade de centro cirúrgico até sua saída da sala de operações;
- c. Pós-Operatório período após o procedimento cirúrgico, que se subdivide em três fases, que seriam recuperação anestésica compreendido pelas primeiras 2 horas após o ato cirúrgico; pós-operatório imediato que são as primeiras vinte e quatro (24) horas após a cirurgia; e pós operatório mediato, compreendido pelas vinte e quatro (24) horas seguintes ao pós-operatório imediato.⁴⁹

Ressalta-se que nessa pesquisa trabalhar-se-á os períodos pré-operatório mediato e imediato.

De acordo com Castellanos e Jouclas a SAEP, para bem atender a divisão proposta pelo processo anestésico cirúrgico, é composta por cinco fases, as quais se utilizam da seção relatada no parágrafo acima, de modo que no período pré-operatório imediato ocorrem três das cinco fases da SAEP, sendo elas a visita pré-operatória de enfermagem, o diagnóstico de cuidado e o planejamento da assistência transoperatória. No segundo momento do processo anestésico cirúrgico, ocorre à implementação da assistência, que se trata da ação do cuidado propriamente dita. E a última fase do processo de sistematização cirúrgica,

⁴⁸ NETTINA, Sandra M. *Manual de prática de enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

⁴⁹ GRITTEM, Luciana; MÉIER, Marineli Joaquim; GAIEVICZ, Ana Paula. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*, v. 11, n. 3, 2006.

conhecida como visita pós-operatória se dá no período pós-operatório imediato e mediato.⁵⁰

Para melhor compreender o método de sistematização da assistência de enfermagem perioperatória hoje empregada, precisa-se definir seu principal objetivo, que se relaciona ao processo de conscientização e compreensão do paciente e familiar quanto ao procedimento anestésico-cirúrgico proposto, culminando num planejamento administrativo/técnico voltado para a previsão e provisão de materiais, equipamentos e recursos humanos necessários para o desenvolvimento desses procedimentos, a fim de diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do CC e sala de recuperação pós-anestésica.⁵¹

Segundo Possari, a SAEP é o alicerce para a assistência de enfermagem no período cirúrgico, sendo um diferencial, pois abrange ações de promoção de saúde no indivíduo e medidas de prevenção de complicações pós-operatórias. Nesse sentido, a assistência deve ser baseada no conhecimento técnico-científico junto à habilidade comunicativa, para saber reconhecer a individualidade de cada paciente, e assim estabelecer a sistematização da assistência pré-operatória.⁵²

Dessa forma, cabe a equipe de enfermagem diversas ações de cuidado ao paciente pré-cirúrgico, que transita desde o preparo físico, como sondagens, tricotomia e jejum, ao cuidado psicológico e espiritual.⁵³ Sendo esse último cuidado um dos mais complexos a ser realizado e por muitos não valorizados, visto que o cuidado espiritual, não possui uma definição clara, existindo variações na literatura, como por exemplo, “cuidado emocional e apoio” e “cuidado psicossocial”. Mas para dar-nos um guia, definimos o cuidado espiritual como habilidade de perceber o imperceptível, exigindo alto nível de sensibilidade para a comunicação verbal e não verbal do cliente.⁵⁴

A multidimensionalidade da assistência de enfermagem pré-operatória baseia-se na interação comunicativa verbal ou não verbal com o indivíduo, considerando sempre o atendimento em torno das dimensões biopsico-sócio-eco-

⁵⁰ CASTELLANOS, Brigueta Elza P.; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP*, p. 359-70, 1990.

⁵¹ SOBECC, 2013, p. 76.

⁵² POSSARI, J.F. *Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão*. 5. ed. São Paulo: Látria, 2011.

⁵³ SOBECC, 2013, p. 78.

⁵⁴ SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355/100673>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

espiritual. A assistência do enfermeiro exige do profissional uma interpretação integral das necessidades humanas do paciente, isto é, a consideração de todas suas dimensões reforçando o envolvimento familiar.⁵⁵

Conforme Silva e Nakata, o indivíduo submetido ao processo cirúrgico desenvolve sentimentos de apreensão, medo, insegurança, até mesmo o medo da morte relacionado ao processo operatório, portanto possui uma necessidade não somente de orientação sobre seu tratamento para o alcance da cura e recuperação, porém uma busca inevitável de compreensão, empatia e afeto por parte dos profissionais. O período pré-operatório imediato é o momento que a assistência de enfermagem deve ser única e direcionada a cada necessidade do paciente.⁵⁶

1.3.1 Comunicação como ferramenta da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

O estabelecimento de diálogos é inerente ao indivíduo, compartilhar vivências e experiências de vida com seus semelhantes, sendo por meio de uma linguagem verbal ou não verbal. Desta forma, a comunicação alicerçada na competência da assistência técnico-científica de Enfermagem é o ponto de apoio para elaboração de uma atenção espiritualizada e conseqüentemente humanizada, considerando sua integralização e assim, ser capaz de identificar alteração ao estado integral de cada pessoa.⁵⁷

O reconhecimento de individualidades é a base para a compreensão de que o ser humano é integral, isto é, composto por eixos biológicos, psicológicos, sociais, ecológicos e espirituais, torna-o singular em suas características, criando a consciência de que a aceitação de singularidades está estreitamente ligada à prática de humanização e estreitamente dependente do processo de comunicação, pois

⁵⁵ FRIAS, Thais Falcão Pereira; COSTA, Cristiane Maria Amorim; SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 345-352, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0034-7167201400040056800005&lng=en>. Acesso em: 28 set. 2016.

⁵⁶ SILVA, Waldine Viana da; NAKATA, Sumie. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 6, p. 673-6, 2005. Disponível em: <<http://www.reben.abennacional.org.br/exportar/1441/v58n6a08.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

⁵⁷ CARVALHO, E. C.; STEFANELLI, Maguida Costa. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole, 2005.

esse processo é advindo da interação dialógica, recurso este que acompanha o ser humano desde seu nascimento.⁵⁸

Dentro do processo de comunicação, é importante compreender que o indivíduo expressa interação com seus semelhantes através de sinais e movimentos corporais. Os movimentos e sinais corporais estabelecidos em um diálogo tornam-se uma ferramenta de compreensão sobre o indivíduo, referente a reações sobre determinado momento que está passando e sentimentos que não são expressos através de gestos faciais e corporais.⁵⁹

Conforme Moraes, a comunicação no cenário hospitalar vai além de uma relação de diálogo, respeito e tratamento humanizado, proporciona uma relação terapêutica, pois permite ao indivíduo explanar o que realmente precisa e sente, através do alcance dessa relação, o profissional será capaz de identificar alterações que agravem ou piorem o quadro clínico do paciente, levando em consideração sempre a integralidade da assistência, colocando o processo de comunicação, como uma alternativa terapêutica estreitamente necessária.⁶⁰

O período pré-operatório é o momento de identificação das necessidades do paciente, e a compreensão multidimensional nesse período é de extrema importância para concretização da assistência de enfermagem. A identificação de problemas de um paciente cirúrgico está estreitamente ligada ao levantamento de dados durante a entrevista com o paciente, processo esse que conta com extrema habilidade comunicativa, onde o entrevistado tem a oportunidade de expressar-se, e o profissional enfermeiro, levantará observações relacionadas ao exame físico e as necessidades biopsico-socio-eco-espiritual do paciente.⁶¹

A multidimensionalidade da assistência de enfermagem pré-operatória é baseada na interação comunicativa verbal ou não verbal com o indivíduo, considerando sempre o atendimento em torno das dimensões biopsico-sócio-eco-

⁵⁸ MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

⁵⁹ SILVA, Maria Júlia Paes. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Editora Gente, 1996.

⁶⁰ MORAIS *et al.*, 2009.

⁶¹ FREIBERGER, Mônica Fernandes; MUDREY, Ericléa Schamber. A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Rev Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 2, n. 2, p. 1-26, mai-out, 2011. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/viewFile/96/72>. Acesso em: 28 set. 2016.

espiritual. A assistência do enfermeiro no período perioperatório exige do profissional uma interpretação integral das necessidades humanas do paciente, isto é, a consideração de todas suas dimensões e o envolvimento familiar.⁶²

Conforme Gonçalves e Medeiros, a visita do enfermeiro no período pré-operatório imediato, tem por objetivo estabelecer uma interação dialógica entre enfermeiro-paciente, construída desde o primeiro contato com o indivíduo, exigindo do profissional uma ótica e ausculta refinada.⁶³

Pensando no plano terapêutico cirúrgico, o diagnóstico de enfermagem merece um grande destaque pelo seu planejamento, seleção e implementação de cuidados individuais e holísticos, tendo sua formulação a partir do levantamento de características definidoras da situação e fatores relacionados a agravos e riscos, este levantamento de diagnósticos é realizado através da entrevista de enfermagem, anamnese e exame físico, compondo então a consulta em enfermagem.⁶⁴

O diagnóstico de enfermagem Taxonomia NANDA-I (2015-2017), "Risco para Sofrimento Espiritual", fora um dos diagnósticos relacionados ao processo pré-operatório, estando de acordo com as principais reações ao processo cirúrgico, que muitas vezes são identificadas no momento da visita de enfermagem, e através da identificação se faz necessário à prescrição das intervenções de enfermagem que estão estreitamente ligadas ao processo de comunicação efetiva, proporcionando cuidado, instruções e orientações para o paciente, e seus familiares.

O estudo de Piexak retrata que o sentimento de medo para o paciente cirúrgico é uma reação prevalente, sendo que este sentimento é influenciado pela individualidade e concepção de cada indivíduo, atribuindo tal emoção ao desconhecimento e a falta de informação do processo anestésico-cirúrgico, visto que este sentimento fora predominante naqueles indivíduos que nunca passaram por uma cirurgia.⁶⁵

⁶² FRIAS, 2010, 246.

⁶³ GONÇALVES, Thiago Franco; DE MEDEIROS, Veronica Cecilia Calbo. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, v. 21, n. 1, p. 22-27, 2016. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5570.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

⁶⁴ NOVAES, Elisiane Soares; TORRES, Maricy Morbin; OLIVA, Ana Paula Vilcinski. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. *Acta paul. enferm*, v. 28, n. 1, p. 26-31, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

⁶⁵ PIEXAK, Diéssica Roggia *et al.* Cuidado de enfermagem em unidade de internação cirúrgica: percepção dos pacientes. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (online), p. 3624-3632, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3596/pdf_1766>. Acesso em: 27 de set. 2016.

Faz-se necessário destacar que a fase pré-operatória é o período onde o paciente apresenta-se mais vulnerável em suas necessidades biopsico-sócio-eco-espírito, tornando-se mais propenso ao desequilíbrio emocional. Deste modo, o enfermeiro tem atribuição crucial para o estabelecimento de técnicas para enfrentamento dessas vulnerabilidades, estabelecendo o levantamento de diagnósticos e um plano de cuidado que busque minimizar as alterações de desequilíbrio de cada paciente, oferecendo uma assistência individualizada e com qualidade, facilitando então o sequenciamento das demais fases cirúrgicas.⁶⁶

Lemos, ainda coloca que o profissional enfermeiro deve ser capaz de estabelecer estratégias em sua prática assistencial que proporcione integrar todas as dimensões do cliente hospitalizado, para então proporcionar qualidade de assistência e bem-estar ao indivíduo. Visto que a hospitalização acarreta ao paciente, sensibilização e sentimento de apreensão e tristeza, pois se sente isolado de seu ambiente familiar e social, sofrendo ainda com preocupação futura referente à internação, tornando-se vulnerável e necessitado da humanização.⁶⁷

No ano de 2003, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como objetivo colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. Desta forma, a humanização é uma política nacional, portanto, transmite princípios e conjunto de relações indicadas para profissionais e usuários, devendo ser construída com trocas solidárias e comprometida com a produção de saúde.⁶⁸

O processo de humanização compreende em atender a integralidade de cada usuário e reconhecer individualidades, valorizando o mesmo em toda sua perspectiva e produzindo um cuidado humano, com respeito e integralidade. Para melhor entendimento sobre o tema humanização, é interessante considerar o

⁶⁶ COSTA, Veridiana Alves de Sousa Ferreira; SILVA, Sandra Cibelly Ferreira da; LIMA, Vívian Caroline Pimentel de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*, v. 13, n. 2, p. 282-298, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582010000200010>. Acesso em: 24 out. 2016.

⁶⁷ LEMOS, Rejane Cussi Assunção *et al.* Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 354-9, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>>. Acesso 28 nov. 2016.

⁶⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

conceito como uma forma de prestação de serviço de saúde essencial para efetividade da assistência à saúde e devida recuperação.⁶⁹

Pode se dizer que, a Enfermagem busca constantemente a renovação de seus conceitos assistências, para cada vez mais beneficiar o paciente, por meio de uma atenção que contemple uma assistência holística e segura, compreendendo a multidimensionalidade do ser humano, para o desenvolvimento de um cuidado único, crítico, participativo e humanizado, a partir da compreensão holística. Necessário destacar que o indivíduo submetido a processos hospitalares, desenvolve múltiplas respostas, compondo a diversidade da assistência holística.⁷⁰

Toda essa fundamentação deixa claro que, a comunicação, proveniente da visita pré-operatória aliada ao processo de humanização, culmina numa metodologia de enfermagem consistente através de diagnósticos que possibilitam uma assistência individualizada. Para reforçar esse conceito, define-se “Medicina Comportamental”, como a terceira revolução terapêutica, complementando a farmacologia e a cirurgia.” Ressaltando o importante papel dessa terapia. Visto que religiosidade e espiritualidade podem ser fontes ainda subutilizadas no processo reabilitacional e no andamento da vida de pessoas hospitalizadas⁷¹.

1.3.2 O Cuidado Espiritual dentro da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

A relação do cuidado espiritual na saúde vem sendo estudado cientificamente, porém dada a complexidade do assunto e a diversidade das manifestações, essa mensuração tem sido difícil. No entanto, “é plenamente reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais.”⁷²

⁶⁹ FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 2, p. 282-289, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0282.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

⁷⁰ SOUZA, Luciana Roberto de *et al.* Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*, p. 797-806, 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/522/pdf_18>. Acesso em: 28 nov. 2016.

⁷¹ SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 110.

⁷² ESPÍRITO SANTO, Caren Camargo do *et al.* Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 2, abr.-jun., 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588/20704>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

Os profissionais da saúde já contam com indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica virtualmente de qualquer doença. Não se trata mais de caridade ou medicina complementar; trata-se agora de ciência e tratamento médico. Trata-se de dar sentido verdadeiro a essa usual frase: 'Curar algumas vezes, aliviar frequentemente, confortar sempre'.⁷³

A atenção voltada para a dimensão espiritual torna-se cada vez mais necessária à prática assistencial à saúde. A ciência, aos poucos, vem reconhecendo o papel fundamental da espiritualidade na dimensão biológica, já que ser humano é buscar significado e razão em tudo que está em si mesmo e à sua volta, estando sempre em busca de ser completo e preenchido nas diversas áreas de sua vida.⁷⁴

A crise existencial trazida pela doença pode levar o indivíduo a grandes questionamentos sobre sua vida, dotado de grande emoção. Sigmund Freud⁷⁵ e C. G. Jung⁷⁶ detalham muito bem a relação doença/psique, utilizando-se da teoria da interpretação causal dos sonhos. Freud dá maior ênfase a causa da doença, de forma que ele coloca o indivíduo como causador do mal, se tenho câncer é porque guardei ressentimentos. Grün e Dufner, dizem que essa interpretação não pode ser descartada, porém ela é perigosa, pois nos faz esquecer o presente, deixando de planejar o futuro, nos prendendo ao passado, com o intuito de entender aonde ocorreu a falha, culminando na negação da relação psique/corpo.⁷⁷

Já C.G. Jung fala de uma ligação causal, porém utiliza a sincronicidade e simultaneidade dos acontecimentos. Suas interpretações estão voltadas a questões como "Qual o objetivo da minha doença? O que ela pretende me dizer? A que devo dar mais atenção em minha vida? O que deveria mudar?", utilizando-se desses conceitos, Jung promove esperança ao indivíduo enfermo, uma chance de fazer diferente.⁷⁸

Ken Wilber nos apresenta uma reflexão a respeito da interação corpo/mente. Inicialmente ele critica o pensamento *new age* que traz como princípio "a doença é

⁷³ SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 109.

⁷⁴ ESPÍRITO SANTO, 2013, p. 374.

⁷⁵ Sigmund Freud (1856-1939) foi um médico vienense que alterou, radicalmente, o modo de pensar a vida psíquica. Sua contribuição é comparável à de Karl Marx na compreensão dos processos históricos e sociais. Freud ousou colocar os "processos misteriosos" do psiquismo, suas "regiões obscuras", isto é, as fantasias, os sonhos, os esquecimentos, a interioridade do homem, como problemas científicos. A investigação sistemática desses problemas levou Freud à criação da Psicanálise. Freud, Sigmund. "Sobre a psicanálise." S. Freud, Obras completas 12 (1996).

⁷⁶ Psiquiatra suíço que trouxe conceitos que influenciam toda a cultura ocidental, tais como arquétipos, inconsciente coletivo e processo de individuação. Fundador da psicologia analítica. Disponível em: <<http://www.ajb.org.br/psicologiaanalitica.php>>. Acesso em: 18 maio. 2017.

⁷⁷ GRÜN, Anselm; DUFNER, Meinrad. *Espiritualidade a partir de si mesmo*. Petrópolis: Vozes, 2013.

⁷⁸ GRÜN; DUFNER, 2013, p. 36.

causada pela mente, assim como a cura é trazida por ela”. O autor ressalta que esse princípio seria proveniente de uma identificação trágica de Deus. Ele aproveita para citar os mais diversos conceitos de doença:

Doença como castigo de Deus (fundamentalismo cristão), doença como lição (*new age*), como distúrbio biofísico (medicina convencional), consequência de uma karma negativo (modelo de reencarnação), como emoção reprimida (psicologia), como ilusão (gnose), como comportamento inevitável do plano físico (budismo).⁷⁹

Mas chega-se a conclusão de que de forma concreta nenhuma teoria se aplica de forma real, salientando o mistério da relação corpo/mente.⁸⁰

Atualmente a medicina ortodoxa chegou a um limite, pois ela trata patologias recorrentes com grande comprometimento tecnológico, mas isso não torna o homem mais saudável. Paralelo a esse cuidado, surge caminhos diferentes que utilizam as mais diversas “técnicas psicológicas, como homeopatia, as dietas de jejum e a alimentação natural, a medicina holística e as diversas opções de cura espiritual.”⁸¹

Contudo vivemos um período de medicina baseada em evidências, dessa forma, busca-se atualmente elaborar também uma “espiritualidade baseada em evidências” de modo que muitos estudos estão sendo desenvolvidos em uma nova área da ciência-biomédica, a Neuroteologia. Especialidade que busca encontrar bases biológicas na espiritualidade. Porém, de alguma forma tenta-se reduzir as experiências espirituais a circuitos neuronais, reduzindo as vivências espirituais a um refinado reducionismo materialista.⁸²

E o debate continua, entre cientistas crentes e não crentes, também em publicações internacionais de grande circulação que começam a dedicar especial atenção a esse assunto, sempre questionando a relação, espiritualidade, fé e cura. E essa discussão está promovendo mudanças na prática clínica, visto que universidades como Harvard, Boston e Massachusetts começam a orientar seus alunos a como lidarem com pacientes que tiveram uma história espiritual. Voltando a se valorizar um aspecto do cuidado que estava banido da ciência por séculos.⁸³

O enfermeiro, desde a década de 80, pratica com excelência o cuidar do corpo físico, porém relega para segundo plano o lado psico-sócio-espiritual, apesar

⁷⁹ GRÜN; DUFNER, 2013, p. 41.

⁸⁰ GRÜN; DUFNER, 2013, p. 41.

⁸¹ GRÜN; DUFNER, 2013, p. 16.

⁸² PESSINI, Léo. *Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 24.

⁸³ PESSINI, 2004, p. 25.

da preparação da visão holística no cuidado durante a graduação, de forma que o grande diferencial na ação da(o) enfermeira(o) é a busca em reunir os fragmentos do cuidado dicotomizado e compor novamente o todo desse indivíduo.⁸⁴

Apesar da tentativa da graduação em trabalhar uma visão holística do cuidado, percebe-se que a tríade espiritualidade-religiosidade-saúde é pouco sistematizada na produção acadêmica brasileira por vários motivos. Consequentemente a maioria dos profissionais de saúde se sentem despreparados para lidar com a situação que envolve a espiritualidade, religiosidade e a saúde. Ressalta-se nesta ocasião, a importância de um momento formal no ensino da enfermagem para a assistência espiritual, ou seja, na prática do cuidar, para de fato instrumentalizar os futuros profissionais e direcioná-los para seu próprio entendimento e experiência espiritual, devem-se abeirar-se os aspectos ético-legais relativos à espiritualidade com o intuito de compor enfermeiros que realizem cuidados éticos.⁸⁵

1.4 Síntese do Capítulo

Para melhorar a compreensão do trabalho, o capítulo 1 foi estruturado com itens que definem o processo de trabalho da(o) enfermeira(o), inicialmente através de um breve histórico a fim de resgatar o nascimento da Enfermagem no seio da espiritualidade e posteriormente sua cientificação, voltada ao modelo biomédico, tratando de sistemas.

Na sequência, aborda-se a tentativa de algumas teóricas em resgatar o cuidado holístico na Enfermagem, tendo como exemplo Wanda de Aguiar Horta, e em seguida a padronização do processo de trabalho da Enfermagem, através da lei do exercício profissional e o movimento de associações como a NANDA que possuem como objetivo instrumentalizar o cuidar da enfermagem.

Porém, mesmo com as inúmeras tentativas de resgate do cuidado holístico para a Enfermagem, o momento atual ainda traz inúmeras divisões de atribuições, dessa forma se viu necessário definir a ação da(o) enfermeira(o) na fase cirúrgica,

⁸⁴ BESERRA, Eveline Pinheiro *et al.* Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100175>. Acesso em: 27 nov. 2016.

⁸⁵ BESERRA *et al.*, 2014, p. 177.

estratificando o momento em pré, trans e pós-operatório, para assim melhor compreender o momento ao qual iríamos trabalhar na pesquisa.

Após todas as definições voltadas ao processo de trabalho da enfermagem, optou-se por enfatizar a necessidade do cuidado espiritualizado dentro da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório, apontando seus benefícios, contudo trazendo também suas dificuldades.

Mas como trabalhar um item que é tão complexo e que de certa forma é tratado pela ciência como um tema não tão científico? Alguns pesquisadores buscam atualmente ferramentas que instrumentalize a aplicação do diagnóstico de Enfermagem "Sofrimento Espiritual".

No próximo capítulo abordaremos definições como espiritualidade, religiosidade e a sua implicação na homeostase do indivíduo.

2 ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E HOMEOSTASIA

Antes de iniciarmos essa discussão, se faz necessário conceituar religião e espiritualidade, para assim melhor discutirmos o diagnóstico a que nos propomos. Para Dalai-Lama, a religião está ligada a dogmas religiosos, rituais, orações, ligadas a uma crença de salvação incluindo uma ideia de paraíso, nirvana. Já a espiritualidade para esse mesmo líder religioso está relacionada a aquilo que é inerente ao espírito humano, “como por exemplo, amor, compaixão, paciência, tolerância, capacidade para perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia”⁸⁶, sentimentos esses que trazem felicidade não apenas para o indivíduo mas também para os que o rodeiam. Para finalizar, Dalai-Lama também afirma que não existe nenhum empecilho para o desenvolvimento da espiritualidade, o fato do indivíduo não estar ligado a nenhum sistema religioso, pois a mesma independe de ritos.⁸⁷

Léo Pessini acrescenta que a religião constitui uma das construções de maior relevância da humanidade, “pois trabalham o divino, o sagrado, o espiritual”, porém não são na sua essência o espiritual.⁸⁸ Diante dessa afirmação poderíamos dizer que muitas religiões atualmente são apenas organizações burocráticas automatizadas, pois apenas a espiritualidade as confere a experiência do encontro vivo com Deus.⁸⁹

Alinhada a esse conceito Boff acrescenta:

[...] espiritualidade é aquela atitude pela qual o ser humano se sente ligado ao todo, percebe o fio condutor que liga e religa todas as coisas que formarem um cosmo. Essa experiência permite ao ser humano dar um nome a esse fio condutor, dialogar e entrar em comunhão com ele, pois o detecta em cada detalhe real. Chama-o de mil nomes, Fonte Originária de todas as coisas, Mistério do Mundo ou simplesmente Deus.⁹⁰

Para Saad, “Espiritualidade” é um termo definido como uma união de crenças que enfoca elementos não palpáveis, que por sua vez transmitem vitalidade e significado a eventos da vida. Acrescenta também que este sentimento de bem-estar não é apenas do corpo ou da mente, pois o mesmo transcende o mundo

⁸⁶ PESSINI, 2004, p. 106.

⁸⁷ PESSINI, 2004, p. 106.

⁸⁸ PESSINI, 2004, p. 106.

⁸⁹ BOFF, 2002, p. 19.

⁹⁰ BOFF, 2002, p. 44.

material e está baseada em questionamentos pessoais de perguntas existenciais de significados e propósitos. “Espiritualidade é a propensão humana para encontrar um significado para a vida através de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.”⁹¹

De forma que Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito muito mais amplo que religião, pois esta é um sentimento pessoal, que faz com que o indivíduo obtenha interesse por si, mas principalmente pelo outro, dando capacidade de superação a sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade. Por sua vez, Saad assim como Boff, afirma que:

[...] religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido.⁹²

Diante de todas essas afirmações, Saad também acresce que é concreto que a saúde é influenciada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. Dessa forma, nós profissionais da saúde, podemos contar com indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de qualquer patologia. Ressalta-se que este cuidado não se trata mais de caridade ou medicina complementar; trata-se agora de ciência e tratamento médico. Dando real sentido a frase, de Koenig: “Curar algumas vezes, aliviar frequentemente, confortar sempre.”⁹³

2.1 Espiritualidade e a Homeostasia do Indivíduo

Várias conjecturas têm sido alçadas para explicar o motivo de que a fé e a vida religiosa favorecerem a saúde. A vivência religiosa - ao inspirar pensamentos de otimismo e esperança, bem como expectativas positivas - para alguns pesquisadores funciona como placebo.⁹⁴

⁹¹ SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 108.

⁹² SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 108.

⁹³ KOENING, 2000 *apud* SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001. p. 111.

⁹⁴ VASCONCELOS, E.M. A associação entre a vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.12-18, set.,

Sabemos, através dos estudos demandados, que a origem da doença, pode ser a incapacidade do ser humano em adaptar-se a novas situações, desenvolvendo um desequilíbrio homeostático. A espiritualidade por sua vez atua no centro humano, na alma, no propósito de vida, e essa ligação acaba gerando na pessoa a necessidade da busca pela cura e não apenas pelo tratamento de um sintoma, de forma que a espiritualidade irá agir na causa do desequilíbrio hemostático.⁹⁵

Um dos pioneiros no estudo da temática, Luecken afirma que o cortisol, hormônio intimamente ligado a níveis de estresse no organismo, que por sua vez têm sua concentração alargada em situações de estresse aumentado, sugerindo que pessoas com maior contato com a espiritualidade, mesmo em situações de alto estresse, mantêm seus níveis de cortisol estáveis, indicando que essas pessoas possuem uma disponibilidade de enfrentamento a situações adversas maior que as demais pessoas, adaptando-se aos fatos com maior facilidade.⁹⁶

A fim de instrumentalizar a espiritualidade e cuidado, alguns estudos vêm sendo desenvolvidos no Brasil, a mostra seria o trabalho desenvolvido nas enfermarias cardiológicas do Hospital Universitário de Pernambuco com pacientes que seriam submetidos à revascularização do miocárdio e troca ou plastia da válvula mitral. Esse estudo foi realizado por enfermeiros a “beira do leito” que por sua vez aplicaram três escalas validadas que os auxiliaram nesse projeto. As escalas utilizadas foram a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), Bem-Estar Religioso (BER) e outra de Bem-Estar Existencial (BEE). Que por sua vez mostraram que os participantes possuíam uma relação espiritual e religiosa bem significativa, porém ainda é bem forte a crença quanto à doença como castigo, reforçada a questão que o período pré-operatório acaba sendo um período de crises profundas, caracterizado pela vulnerabilidade emocional em virtude da exposição do indivíduo as questões que emergem envoltas em incertezas.⁹⁷

Considerando a seleção a partir de um alto escore de bem-estar espiritual e religioso como critério de inclusão, o estudo não evidenciou questões de coping

2010. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/659/1307>>. Acesso em: 29 out. 2016.

⁹⁵ SÁ, Ana Cristina de. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *Mundo saúde*, v. 33, n. 2, p. 205-17, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/205a217.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

⁹⁶ SAVIOLI, Roque Marcos. Oração e cura—fato ou fantasia. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 281-289, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/16_Oracao_e_cura.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

⁹⁷ GOMES; ESPINHA; BEZERRA, 2015, p. 279.

negativo, como o questionamento à vontade de Deus etc. Dessa forma ficou claro na pesquisa a importância em se aproveitar o tempo de definição cirúrgica e preparo do paciente para intervenções educativas e no âmbito da espiritualidade e religiosidade.⁹⁸

Outro estudo que também teve como população avaliada pacientes a espera de cirurgia cardíaca, contudo agora em um hospital público do sul do Brasil, onde se utilizou um roteiro semiestruturado de perguntas, além de acompanhamento direto a esses pacientes, que por sua vez frequentavam um grupo de apoio a pacientes que seriam submetidos a cirurgia cardíaca. A pesquisa deixa clara a presença do sentimento de ansiedade, angústia e medo relacionados com a possibilidade da finitude, a falta de conhecimento sobre o procedimento em si e até mesmo quanto aos motivos ao qual os levaram a cirurgia. Culminando na necessidade de se ligarem a um ser superior a fim de minimizarem todos esses sentimentos suscitados nesse período.⁹⁹

McClelland *et al.* relatam que o sistema imunológico acaba sendo influenciado positivamente quanto a sentimentos de compaixão e perdão. Esses dados puderam ser evidenciados em grupos de jovens que ao assistirem filmes com temáticas distintas, como II Guerra Mundial e Madre Teresa de Calcutá tiveram seu IgA¹⁰⁰ salivar analisado, apontando que os discentes que foram expostos ao filme de Madre Teresa de Calcutá tiveram um aumento crescente desse anticorpo comparados aos participantes da pesquisa que assistiram o filme da II Guerra Mundial.¹⁰¹

Diante desses argumentos que legitimam a necessidade de espiritualizar a assistência de enfermagem de modo geral, mas também a pré-cirúrgica que é o foco desse estudo, Sá reforça que o enfermeiro é o profissional que passa mais tempo ao lado do paciente e que o mesmo é preparado para desenvolver um olhar laboral holístico, dessa forma, ressalta a necessidade desse profissional proporcionar

⁹⁸ GOMES; ESPINHA; BEZERRA, 2015, p. 280.

⁹⁹ CAMPONOGARA, Silviomar *et al.* Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 382-390, 2012. p. 386.

¹⁰⁰ São anticorpos humano, presente nas secreções humanas como, lágrimas, leite, saliva ente outras, onde sua principal função é bloquear a invasão de microrganismos causadores de doenças, tendo como porta de entrada o tecido mucoso. DELVES, Peter J. *et al.* *Fundamentos de imunologia*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 37.

¹⁰¹ PESSINI, Leo. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *Mundo Saúde*, v. 31, n. 2, p. 187-95, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/53/06_a_espiritualidade.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

através de seus cuidados um apoio afetivo no campo espiritual.¹⁰² Salientando que um plano terapêutico mal-sucedido na reabilitação de patologias físicas é por muitas vezes culpa de um sofrimento espiritual anteriormente não identificado. Peres “conclui que se torna cada vez mais necessária à atenção da espiritualidade, na prática de assistência à saúde.”¹⁰³

Mas, enfim sabe-se que a espiritualidade está sendo amplamente estudada como método terapêutico, porém sem querer reduzi-la a fluxos fisiológicos, mas na tentativa de embasá-la como uma necessidade conjunta da medicina alopata, se faz necessário salientar que a inteligência humana é classificada em três grupos: “inteligência intelectual, inteligência emocional e inteligência espiritual”. A intelectual é a inteligência analítica, é a inteligência de conceitos, e a que fazemos ciência. A emocional, difundida pelo psicólogo e neurocientista de Harvard, David Goleman, em seu livro “A inteligência Emocional”. Diz que os homens são primariamente seres de paixão, empatia e compaixão e só em seguida, seres de razão. Por fim, a inteligência espiritual, cuja existência foi comprovada nos últimos dez anos é o tipo de inteligência onde não captamos só fatos, ideias e emoções, mas percebemos contextos dinâmicos maiores que os aspectos da própria vida, ela nos leva a perceber totalidades significativas, nos torna mais sensitiva a valores, a questões relacionadas a Deus e à transcendência da vida.¹⁰⁴

O mesmo autor comenta que a base empírica da inteligência espiritual reside na biologia dos neurônios. De forma que é comprovado anatomicamente que nos lobos frontais existe a exteriorização fisiológica dos importantes centros energéticos, onde se encontram milhões de neurônios que esperam funcionar a partir do esforço humano com vistas ao setor da espiritualização.

Saad e Masiero resumem algumas das possíveis explicações de como a religião pode afetar a saúde: respeito ao corpo, ensinado por muitas religiões (gerando melhor nutrição e melhores hábitos de vida); melhor estado psicológico

¹⁰² SÁ, A. C; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 31, n. 2, p. 225-237, abr/jun., 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

¹⁰³ PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, supl 1; p. 82-87, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>>. Acesso em 09 jun. 2016.

¹⁰⁴ HORTA, Cristina L. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado da arte. *Chanceler*, p. 53, 2001. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/digitalizacao/irmaosmaristas/espiritualidade.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

(por trazer, perdão, esperança, altruísmo e amor); otimização de vias psiconeuroimunológicas, psicofisiológicas e psiconeuroendócrinas; melhor estratégia do lidar e redução do estresse.¹⁰⁵

Pesquisas realizadas em diferentes tradições religiosas e espirituais concluem que ter algum tipo de fé espiritual aumenta os níveis de felicidade, satisfação com a vida e emoções positivas.

2.2 Diagnóstico sofrimento espiritual como ferramenta de trabalho do profissional enfermeiro

Silva e Oliveira relatam que o processo de enfermagem é um instrumento de extremo valor para o desenvolvimento da ação da(o) enfermeira(o), que por sua vez objetiva tratar necessidades humanas básicas danificadas pela doença. Contudo a aplicação de todos os subitens desse processo de trabalho, bem como sua devida anotação, substância a qualidade da atenção do cuidado, levando a enfermagem a ter autonomia em sua profissão.¹⁰⁶

No entanto, para que se possa estabelecer uma assistência individualizada proposta pelos autores citados no capítulo anterior, mostra-se a necessidade de atualizar o processo de cuidar, através da espiritualidade. Nasio, psiquiatra argentino, ressalta que o profissional, que lida com o processo de morrer e de adoecer, vive em constante angústia, dor psíquica gerada ao se lidar com essas situações, e não elaborar essa dor psíquica pode trazer grande dificuldade no processo de cuidar¹⁰⁷, pois quem não está bem espiritualmente e psiquicamente, não estabelece o planejamento de prover o melhor conforto a aquele indivíduo que está no processo de hospitalização.¹⁰⁸

Diante do exposto podemos dizer que a desumanização da equipe e o descuido da mesma, poder ia-se levar ao não atendimento espiritualizado. Dessa forma, fica a necessidade de se trabalhar as equipes quanto a esse processo, pois quando o indivíduo espiritualizado cuida do outro, o mesmo redescobre a paixão

¹⁰⁵ SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001. p. 108.

¹⁰⁶ SILVA, Aline Franco; OLIVEIRA, Jacira dos Santos. *Processo de enfermagem: desafio para operacionalização*. In: X Encontro de Extensão da UFPB-PRAC, Paraná, 2008.

¹⁰⁷ NASIO, J. D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.

¹⁰⁸ SÁ, 2009, p. 215.

pela verdade e reacende a sede de um horizonte de sentido pessoal, capaz de fundar a relação ética como uma relação de amor.¹⁰⁹

Mas de que forma o enfermeiro poderia aplicar a segunda fase do processo de enfermagem após o diagnóstico de enfermagem “Risco para sofrimento espiritual”?

Diante de uma equipe bem preparada e cuidada, o profissional enfermeiro precisa identificar possíveis fatores que levariam o paciente a desenvolver o sofrimento espiritual, fazendo isso ele estaria harmonizando esse paciente ao diagnóstico ao qual nos propomos a estudar “Risco para sofrimento espiritual”, mas enfim, quais itens foram estabelecidos pela NANDA como fatores de risco?

Segundo a NANDA, o paciente que estiver em processos de transição da vida, fora surpreendido por desastre natural e/ou mudanças de ambiente, seja usuário de drogas, ou possuam enfermidades crônicas e/ou físicas, esteja ansioso, com autoestima baixa, desenvolvendo barreiras para experimentar o amor, ou ainda em conflito cultural, racial, estado depressivo, com incapacidade de perdoar, tenha tido mudanças em rituais religiosos ou espirituais, ou perdas independentes da magnitude, ou ainda sua relação interpessoal esteja ineficaz com separação do sistema de apoio, podem vir a desenvolverem sofrimento espiritual, sendo assim se faz necessário a identificação dos estressores e o relacionamento desse indivíduo ao diagnóstico da NANDA¹¹⁰ e conseqüentemente as ações ao qual o diagnóstico se propõe.

Porém, identifica-se outra grande questão a ser avaliada: de como prescrever para o diagnóstico de risco, principalmente, o de risco espiritual. Segundo Johnson, para que seja efetiva a prescrição e conseqüentemente as intervenções de enfermagem para diagnósticos de risco, o enfermeiro deve nominar o resultado em que se quer chegar. Fazendo uso de resultados que por sua vez, melhor mensure o estado de risco ocorrido, diante disso estabelecem-se ações que resultem no não acontecimento sugerido pelo risco, de forma que a prevenção ao fato aconteça a contento.¹¹¹

Em outro aspecto, pensando na dificuldade encontrada por alguns profissionais quanto a descrição de intervenções seguidas do diagnóstico, a

¹⁰⁹ SÁ, 2009, p. 211.

¹¹⁰ DA NANDA, 2015.

¹¹¹ JOHNSON, Marion *et al.* *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 274.

Universidade de Iowa, em 1987, começou a desenvolver diretrizes de classificação dessas intervenções, de forma a padronizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros na descrição dos cuidados destinados aos seus clientes, essa taxonomia fora denominada *Nursing Intervention Classification (NIC)*.¹¹²

Afinal, qual o ganho proveniente de mais uma padronização, visto que estamos falando de tratamento individualizado? O ganho está relacionado a expansão do conhecimento da Enfermagem quanto ao processo de trabalho, ou seja, diagnóstico, tratamento e resultados, o ensino de tomada de decisões aos acadêmicos, determinação de custo voltada a assistência de enfermagem, melhor planejamento dos recursos necessários para a prática do cuidado, além de manter uma linguagem funcional do modo peculiar do trabalho da enfermagem, bem como da articulação entre sistemas de classificações de diferentes provedores e profissionais da saúde.¹¹³

Para melhor descrever a aplicação do NIC, poderíamos dizer que esta taxonomia possui total ligação com a NANDA, de forma que para cada título diagnosticado, estão listadas as intervenções apropriadas, cabendo ao profissional de enfermagem avaliar o paciente e verificar qual melhor se aplica no contexto apresentando.¹¹⁴

Capernito afirma que as prescrições de enfermagem não se relacionam a diagnósticos médicos e nem de condições médicas, e sim de cuidados para as reações das condições clínicas que correspondem às complicações fisiológicas, de forma que as mesmas podem ser dependentes, interdependentes ou totalmente independentes.¹¹⁵

Diante do exposto, elenca-se nesse momento a lista das intervenções proposto pela classificação NIC quanto ao diagnóstico “Risco para Sofrimento Espiritual” (Quadro 1).

¹¹² TANNURE; PINHEIRO, 2011. p. 82.

¹¹³ TANNURE; PINHEIRO, 2011. p. 83.

¹¹⁴ TANNURE; PINHEIRO, 2011. p. 85.

¹¹⁵ CARPENITO, Lynda Juall. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 126.

Quadro 1 - Classificação de Intervenções de Enfermagem

NICS ASSOCIADOS À PREVENÇÃO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL		
Redução da Ansiedade.	Facilitação do Processo de Pesar.	Identificação de Risco.
Modificação do Comportamento: Habilidades Sociais.	Facilitação do Processo de Pesar: Morte Perinatal.	Melhora da Auto percepção.
Preparo da Comunidade para Catástrofes.	Promoção da Esperança.	Melhora da Autoestima.
Mediação de Conflitos.	Controle do Humor.	Melhora da Socialização.
Melhora do Enfrentamento.	Controle da Dor.	Apoio Espiritual.
Intermediação Cultural.	Estímulo a Rituais Religiosos.	Tratamento do Uso de Substâncias.
Assistência ao Morrer.	Redução do Estresse por Mudanças.	Melhora do Sistema de Apoio Supervisão.
Controle do Ambiente: Conforto Facilitação do Processo de Perdão.	Terapia de Reminiscências.	

Fonte: JOHNSON, 2013, p. 275.

Fazendo uso do PE como um todo, que possui como marco conceitual a NANDA, se faz necessário a finalização da ligação NNN (NANDA – NIC – NOC), NOC por sua vez seria uma classificação de resultados esperados, após o diagnóstico (NANDA) e intervenções (NIC). Esses resultados servem de critério para julgar o sucesso de uma intervenção de enfermagem.¹¹⁶

Um resultado é definido como “um estado, comportamento ou percepção individual, da família ou da comunidade, que é medido ao longo de *continuum* em resposta à(s) intervenção (ões) de Enfermagem.”¹¹⁷

Leva-se em consideração nos resultados esperados, a influências das variáveis do processo, que por sua vez estão relacionadas à prestação de assistência de outros profissionais da saúde, modelo organizacional da instituição de saúde, bem como seu ambiente, características de cada paciente, incluindo a saúde física e emocional do paciente e a conjuntura de vida a que o paciente está submetido, isso nos mostra que a avaliação de resultados é totalmente variável e essa variabilidade é prevista dentro do processo de trabalho.¹¹⁸

Para finalizar a descrição da ligação NOC, vale dizer que a mesma possui um nome de identificação, que é o diagnóstico estabelecido pela NANDA; uma

¹¹⁶ JOHNSON, 2013, p. 3.

¹¹⁷ JOHNSON, 2013, p. 5.

¹¹⁸ JOHNSON, 2013, p. 5.

definição; uma lista de indicadores para avaliação do estado do paciente em relação ao resultado; uma escala de Likert de cinco pontos para medir o estado do paciente; e uma pequena lista das referências utilizadas no desenvolvimento de um resultado. As tabelas permitem avaliações dos resultados das intervenções em qualquer ponto, do mais negativo ao mais positivo dos retornos.¹¹⁹

Pergunta-se: como estabelecer medidas de forma prática para atingir o objetivo que é não entrar em sofrimento espiritual? O enfermeiro (a) deve estabelecer ações que desenvolvam a espiritualidade do cuidado (indivíduo), e esse cuidado poderia ser realizado através de medidas de conforto, conforto esse que nada tem a ver com um amontoado de travesseiros e/ou cobertores. Conforto aqui seria ouvir de forma paciente o enfermo, abrindo canais de comunicação efetivos, liberar uma visita e/ou uma comida (em consonância com a equipe multiprofissional), além de perceber suas peculiaridades diárias. Haja vista, ao estabelecer um contato íntimo com o paciente, dando-lhe a oportunidade de ser ouvido de forma paciente, cria-se um ambiente de confiança, e o mesmo sente-se confortado, gerando sentimento de “eu não estou sozinho.”¹²⁰

E ao proporcionar o conforto alinhado a espiritualidade, delineia-se uma assistência de enfermagem inclinada a enxergar o processo de cuidado com reais possibilidades de cura, e assim menos inclinados a materialização do processo, “descoisificando as pessoas das quais cuidamos, superando a superfície material e física e alcançando além, tocando o centro humanos da pessoa.”¹²¹

2.3 Síntese do Capítulo

No Capítulo 2, buscamos definir itens como espiritualidade e religiosidade, para assim melhor instrumentalizar nossa abordagem no item Diagnóstico “Risco para Sofrimento Espiritual”.

Diante dessas definições, fica claro que a atuação do enfermeiro voltado ao cuidado espiritualizado é totalmente executável, pois espiritualidade não traz como prioridade ter ou não ter denominação religiosa, mostrando que ela ocorre de maneira independente, e assim passível de aplicação por todos os profissionais que assim o fizerem, independente do credo.

¹¹⁹ JOHNSON, 2013, p. 5.

¹²⁰ SÁ, 2009, p. 217.

¹²¹ SÁ, 2009, p. 217.

Não obstante, em consonância ao Capítulo 1 que nos trouxe as dificuldades apresentadas por esse profissional na tentativa de aplicar esse cuidado, no item 2.2 fica claro de que forma esse profissional pode agir a fim de efetivamente trabalhar de maneira diferenciada através do uso do Diagnóstico “Risco para Sofrimento Espiritual”.

No próximo capítulo é avaliado, dentro do domínio público, quantas fichas e protocolos de atendimento em enfermagem pré-operatória trabalham de maneira efetiva, o Diagnóstico “Risco para Sofrimento Espiritual”.

3 UTOPIA OU REALIDADE O USO DO DIAGNÓSTICO “RISCO PARA SOFRIMENTO ESPIRITUAL”

Diante de todo o referencial teórico - capitaneado nas bases de dados indexadas - podemos dizer que sim, a Espiritualidade e as Ciências da Saúde precisam andar de maneira paralela, paralelas no sentido literal da palavra, de forma que uma precisa estar ao lado da outra. Dessa forma, o Diagnóstico de Enfermagem “Risco para Sofrimento Espiritual” deve ser difundido e utilizado em sua totalidade e nos vários momentos da internação do ser humano, não apenas no período pré-operatório como propõe a Pesquisa.

3.1 Pesquisa

O levantamento bibliográfico da fundamentação teórica se deu por meio da busca eletrônica nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Além de recursos impressos, como livros e manuais afins, a pesquisa foi delimitada entre os anos de 1979 a 2016. O fato de expandirmos a data das obras utilizadas na pesquisa está relacionado à questão de citarmos bibliografias de grande valor científico para a área da Enfermagem, como é o caso do livro de Wanda Aguiar Horta, publicado em 1979. A busca para levantamento dessas obras fez uso dos seguintes descritores: “Espiritualidade e Saúde”, “Enfermagem Perioperatória”, “Visita Pré-Operatória” e “Diagnóstico de Enfermagem”, todos encontrados na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para o alcance satisfatório do objetivo proposto pela investigação, foi necessário a utilização do método de Pesquisa de Campo Quanti-qualitativa, com caráter exploratório transversal.

3.1.1 Objeto de Estudo

O objeto da pesquisa foram às fichas e protocolos de atendimento pré-operatório de enfermagem publicadas nos últimos cinco anos.

3.1.2 Campo de Pesquisa

A investigação quanto ao objetivo da pesquisa, se deu através de uma ferramenta online que organiza todas as informações de âmbito mundial e que as torna de fácil acesso, tal ferramenta de consultas recebe o nome de “Domínio Público”.

3.1.3 Coleta de Dados e Análise de Dados

Para realização das buscas dos protocolos e fichas de visita pré-cirúrgica que fazem uso do Diagnóstico de Enfermagem “Risco para Sofrimento Espiritual”, na ferramenta de pesquisa Domínio Público, utilizou-se como descritores os termos: “Ficha pré-operatória”, “Ficha pré-cirúrgica”, “Protocolos pré-cirúrgicos” e “Visita de Enfermagem Pré-operatória”. Vale ressaltar que o “Domínio Público” realiza *page ranking* através de relevância, título e conteúdo do texto escrito no site *Meta Tags* que existe dentro do código do site, mas principalmente através de referência, que na linguagem digital, quer dizer quantos outros sites apontam para aquele link. Dessa forma a busca através dos descritores fora seguida até a página 5 do site, visto que a partir desse momento a relevância do tema e a referência acabam sendo diminuída.

Para tratamento dos dados levantados, utilizaram-se dois instrumentos, ou seja, uma tabela dinâmica para quantificar os achados e, para analisar, fez-se uso da técnica de Laurence Bardin, que possibilita distribuir seu conteúdo em quatro (04) etapas: história e teoria; parte prática; métodos de análise; técnicas de análise e planilha numérica, objetivando uma apreciação crítica do conteúdo estudado.¹²²

3.2 Resultados e Discussões

Ao realizar a busca, foram encontradas quatro (4) fichas de visita pré-operatória e dois (2) protocolos de visita pré-operatória. Para melhor discutir e analisar o material encontrado, o mesmo será transferido em um Quadro dividido em 2 linhas, de forma que, na primeira linha, serão apresentados os dados de protocolo ou ficha, o local de publicação e o título da publicação. Na segunda linha, teremos

¹²² BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

apenas um *printscreen* do item que especificamente trará o campo de atendimento psicológico e/ou espiritual, e na sequência será realizada a discussão (Quadro 2).

Quadro 2 - Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica

Protocolo nº 1	
Publicado em forma de artigo na Revista Brasileira de Enfermagem em 04/01/2014. Título: Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.	
Protocolo	
SOLIDÃO E INTERAÇÃO SOCIAL	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Interação social prejudicada
RESULTADOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Identificará estratégias para a sua socialização. - Reconhecerá os fatores que causam ou as dificuldades nas interações sociais. - Relatará o desejo de realizar mudanças positivas nos comportamentos sociais.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>Pré-operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rever a história social com o cliente/família e identificar os fatores que levaram às alterações no comportamento social; - Determinar os padrões familiares de relacionamento e os comportamentos sociais; - Explicar ao paciente que a obesidade é uma doença e que tem tratamento; - Avaliar a participação do paciente em atividades de lazer; - Encorajar o paciente ao convívio social com os amigos e familiares e estimular sua participação em atividades que lhe deem prazer; - Orientar que a cirurgia bariátrica não é uma cirurgia milagrosa, mas serve como alternativa para obesos mórbidos, levando a uma melhora na sua qualidade de vida. <p>Pós-operatório tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivar e estimular a participação do paciente nas atividades de autocuidado; - Estimular o paciente a participar de atividades de lazer logo que possível.

Fonte: FELIX, 2012, p. 88.¹²³

Nesse primeiro protocolo, pode-se constatar que o item intervenções de enfermagem pré-operatório traz à tona a necessidade de se avaliar a história social do paciente e de sua família, menciona o item interação social, porém acaba ficando incompleta quando trata-se do item cuidado holístico, visto deixar incompleto alguns itens do processo de enfermagem voltado ao objetivo desse estudo, ficando claro que o serviço não possui características espirituais. Essas características seriam prescrição de medidas de conforto, através de intermediação cultural, estimulando rituais religiosos, promovendo uma escuta realmente efetiva dos anseios do paciente referente à patologia e/ou procedimento, para que o indivíduo se sinta amparado e não tenha a sensação de estar sozinho diante da situação estresse, todas essas

¹²³ FELIX, Lidiany Galdino; SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Bras Enferm*, p. 83-91, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/12.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

características estão descritas no livro de Intervenções da Enfermagem NIC¹²⁴ (Quadro 3).

Quadro 3 - Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem

Ficha Pré-Operatória nº 1													
Publicada em forma de artigo na Revista Baiana de Enfermagem em Janeiro de 2006. Título: Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem.													
Ficha Pré-Operatória													
<p>APÊNDICE A REGISTRO PRÉ-OPERATÓRIO</p> <p>I – DADOS GERAIS</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Nome: _____</td> <td style="width: 50%;">3. Data da cirurgia: _____</td> </tr> <tr> <td>2. Data de admissão: _____</td> <td>5. Cirurgião: _____</td> </tr> <tr> <td>4. Tipo de cirurgia: _____</td> <td>7. Sexo: _____</td> </tr> <tr> <td>6. Idade: _____</td> <td>9. Profissão: _____</td> </tr> <tr> <td>8. Religião: _____</td> <td>11. Altura: _____</td> </tr> <tr> <td>10. Peso: _____</td> <td></td> </tr> </table>		1. Nome: _____	3. Data da cirurgia: _____	2. Data de admissão: _____	5. Cirurgião: _____	4. Tipo de cirurgia: _____	7. Sexo: _____	6. Idade: _____	9. Profissão: _____	8. Religião: _____	11. Altura: _____	10. Peso: _____	
1. Nome: _____	3. Data da cirurgia: _____												
2. Data de admissão: _____	5. Cirurgião: _____												
4. Tipo de cirurgia: _____	7. Sexo: _____												
6. Idade: _____	9. Profissão: _____												
8. Religião: _____	11. Altura: _____												
10. Peso: _____													

Fonte: BERG, 2006, p. 58.¹²⁵

Levando em consideração que esse protocolo também é descrito como registro pré-operatório, tendo como subitem 1 (um) dado geral, podemos observar que a mesma questiona, no item 8 (oito), a religião do cliente, essa informação teria sentido se, de maneira efetiva e completa, no que diz respeito ao processo de enfermagem, observássemos intervenções descritas na página 5 (cinco) do livro NIC, que trabalha de forma clara e ampla a espiritualidade do indivíduo.

Podemos acrescentar nessa avaliação que, a religião parece importante na maioria dos hospitais, para fins de visita hospitalar dos religiosos e das religiosas ligados/as ao paciente. Fica o cuidado espiritual somente ligado a esses profissionais e/ou leigos, um cuidado que por vezes é a raiz da Enfermagem, como bem relata Oguisso.¹²⁶ Outra importância a esse quesito, é o cuidado quanto a questões técnicas no que tange a questão da transfusão de sangue em pacientes ligados e ligadas as Testemunhas de Jeová.¹²⁷

¹²⁴ JOHNSON, 2013, p. 5.

¹²⁵ BERG, Mara Rosane Rabel; CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 20, n. 1-3, 2006. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/447c3d8afadbc7fa62133418b5b859a2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040112>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

¹²⁶ OGUISSO, 2005, p. 37.

¹²⁷ FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; BAPTISTA, Rosilene Santos; BRITO, Virgínia Rosana de Sousa. Dilemas éticos na hemotransfusão em testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. *Acta Paul Enferm*, v. 21 (3), p. 498-503, 2008. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/pdf/v21/n3/v21n3a19.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

Porém, em relação aos cuidados espirituais no pré-operatório, essa informação não parece ter muita importância, acaba sendo utilizada de maneira fria e tecnicista pela enfermagem, pois em muitas situações fica solta sem nenhuma aplicação no contexto de cuidado, deixando a espiritualidade mais uma vez fora do contexto do cuidar (Quadro 4).

Quadro 4 - Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine

Ficha Pré-Operatória nº 2	
Publicada em forma de artigo na Revista Eletrônica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás em 2005.	
Título: Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine.	
Ficha Pré-Operatória	
<p>Quantidade:.....</p> <p>1.4 Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade pessoal</p> <p>Privacidade preservada: () sim () não</p> <p>Especificar:.....</p> <p>Crença religiosa:.....</p> <p>O paciente faz parte nas decisões do tratamento: () sim () não</p> <p>Quais:.....</p> <p>.....</p> <p>Grau de dependência: () total () parcial () independente</p> <p>Especificar:.....</p> <p>O paciente conhece a unidade de centro cirúrgico: () Sim () Não</p> <p>Observações:.....</p> <p>Sentimentos do paciente: () impressão () expressão</p> <p>() calma () apatia () angústia () medo () negação () agitação</p> <p>() isolamento</p> <p>Observações:.....</p> <p>Conhecimento do paciente em relação ao procedimento cirúrgico:</p> <p>() nada () pouco () suficiente () muito</p> <p>Observações:.....</p> <p>Conhecimento do paciente em relação ao procedimento anestésico:</p> <p>.....</p>	

Fonte: PICCOLI, 2006, p. 366.¹²⁸

É de senso comum que as Testemunhas de Jeová (TJ) não aceitam a hemotransfusão, mesmo havendo risco de vida. Essa recusa sustenta-se nos textos bíblicos Gênesis e Levítico que recomendam abstenção de carne por considerar que ela possui uma alma e que assimilar sangue no corpo, pela boca ou pelas veias, viola a lei de Deus. As TJ alegam que a alma do ser humano está no sangue e, assim, ela não pode ser passada para outra pessoa, pois do contrário, o adepto desobedecerá ao mandamento de amar a Deus com toda a alma. SOCIEDADE Torre de Vigia de Bíblias e Tratados. *Cuidado com a família e tratamento médico para Testemunhas de Jeová*. São Paulo: Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados; 1995.

¹²⁸ PICCOLI, Marister; GALVÃO, Cristina Maria. Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. *Revista Eletrônica de enfermagem*, v. 7, n. 3, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/897>>. Acesso em: 01 set. 2016.

Quadro 5 - Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine 2

Ficha Pré-Operatória nº 2	
Publicada em forma de artigo na Revista Eletrônica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás em 2005.	
Título: Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine.	
Ficha Pré-Operatória	
<p>Observações.....</p> <p>1.5 Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade social</p> <p>Presença da família: () sim () não</p> <p>Elo (parentesco)..... de ligação</p> <p>A família participa nos cuidados ao paciente no hospital: () sim () não</p> <p>Observações.....</p> <p>O que a família sabe em relação ao procedimento cirúrgico que o paciente será submetido: () nada () pouco () suficiente () muito</p> <p>Observações.....</p> <p>O que a família sabe em relação ao procedimento anestésico que o paciente será submetido:</p> <p>() nada () pouco () suficiente () muito</p> <p>Observações.....</p> <p>Houve mudança na sua vida pessoal devido à necessidade do procedimento cirúrgico:</p> <p>() sim () não</p> <p>Quais:.....</p> <p>Houve mudanças na vida profissional devido à necessidade do procedimento cirúrgico:</p> <p>() Sim () Não Quais.....</p>	

Fonte: PICCOLI, 2006.¹²⁹

Esta segunda ficha pré-operatória (Quadro 4) que traz como proposta o modelo Levine de cuidado, que por sua vez foi citado no Capítulo 1 (um) deste trabalho, pode-se observar que o instrumento leva em consideração as crenças religiosas do cliente, bem como seus sentimentos e sua interação social/familiar. Porém, quando a mesma volta para as ações, à informação crença religiosa mais uma vez fica sem direcionamento prático.

Diante dessa constatação da falta de direcionamento, que seria o NIC do processo de Enfermagem, digo que a operacionalização prática fica duvidosa, quando associa os diversos estudos que relatam a fragilidade da prática SAE, como no estudo, de natureza descritiva e exploratória realizado no HSP, hospital-escola da UNIFESP, em setembro de 2000. Que utilizou como população 111 enfermeiras atuantes em 20 unidades de internação, com amostra constituída por 83 enfermeiras (74,7%).¹³⁰

¹²⁹ PICCOLI, 2006, p. 367.

¹³⁰ TAKAHASHI, Alda Akie et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. Acta paul enferm, v. 21, n. 1, p. 32-38, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04>. Acesso em: 20 set. 2016.

Que trouxe um percentual de 23,2% de enfermeiros que relataram dificuldades na fase da prescrição de enfermagem, mencionando como problemas, as diferentes perspectivas da literatura, a falta de conhecimento teórico e de exercício prático, gerando insuficiência de conhecimentos científicos necessários para prescrever as atividades adequadas. E que ainda, por medo da responsabilidade de assumir uma conduta de enfermagem e suas consequências, adotam o caminho mais fácil deixando a decisão de cuidado para o médico¹³¹, dando forças ao modelo biomédico, centrado na doença e não no indivíduo, que vai de encontro com a filosofia Levine e o objetivo do trabalho. Dessa forma fica claro que para ocorrer todo o processo da SAE, a profissão Enfermagem tem um longo caminho a percorrer, e quando se fala de um modelo espiritualizado de assistência, podemos afirmar que o desenrolar será ainda mais penoso (Quadro 6).

Quadro 6 - Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica

<p>Protocolo nº 2</p> <p>Publicado como Manual pelo site da Universidade Federal de Mato Grosso. Outubro de 2006.</p> <p>Título: Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica.</p>
<p>Protocolo</p>
<p>Norma específica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Todo adulto, idoso encaminhado ao centro cirúrgico tem o direito de ser acompanhada por um membro da familiar até à sala operatória e na unidade de recuperação pós-anestésica. ➢ É responsabilidade da equipe de enfermagem assistencial da Clínica, conferir as condições do cliente antes do condutor chegar a enfermaria para efetuar o transporte: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Conferir e chegar a administração de drogas pré-anestésica e o cumprimento do jejum. ➢ Conferir o preparo pré-operatório prescrito pelo médico e enfermeiro. ➢ Solicitar ao cliente para retirada de prótese dentária (se tiver); esvaziar a bexiga, retirar roupas íntimas, adornos, relógio; retirar esmalte das unhas (se tiver), maquiagem e outros objetos que não devem ser levados ao centro cirúrgico. Registrar no prontuário. ➢ Colocar a pulseira de identificação no punho direito (nome, sexo e registro). ➢ O prontuário do cliente deverá ser encaminhado junto ao cliente, incluindo os exames de imagem e outros não fixados no mesmo (enviar as duas pastas: das prescrições e dos exames). ➢ É responsabilidade da equipe de enfermagem assistencial do Centro Cirúrgico receber o cliente e o prontuário, conferir o nome com os dados da pulseira e o preparo e retirada dos pertences pessoais. ➢ Nos casos de identificar próteses, adornos e roupas íntimas na sala operatório, retirar e colocar num saco plástico, identificar e enviar junto ao cliente para o RPA e após, enfermaria. Registrar no prontuário. ➢ Comunicar o condutor dos pertences que estão retornando junto ao cliente. ➢ Comunicar e mostrar para o cliente os pertences que estão sendo devolvidos.

Fonte: BOTOSSO, 2006, p. 48.¹³²

¹³¹ TAKAHASHI, 2008, p. 32-38, 2008.

¹³² BOTOSSO, Rosa Maria et al. *Manual do processo de enfermagem e sua aplicação na clínica cirúrgica*. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Júlio Müller, 2006. Disponível em: <<http://www.ufmt.br/ufmt/site/userfiles/CIRURGICA.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

Esse protocolo de atendimento pré-operatório por sua vez nada atende ao processo de atendimento holístico ao cliente, deixando claro apenas a parte técnica do atendimento em enfermagem, exceto quando trata do idoso e seus acompanhante, nisso vale ressaltar que, o Estatuto do Idoso, no seu artigo 16, diz:

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.¹³³

Dessa forma o presente item, que poderia ser chamada de humanização, nada mais é do que o cumprimento do Estatuto, não possuindo nenhum diferencial no que tange ao acolhimento, a humanização e a espiritualidade, contidas no protocolo em discussão (Quadro 7).

Quadro 7 - Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica 2

Protocolo nº 2		
Publicado como Manual pelo site da Universidade Federal de Mato Grosso. Outubro de 2006.		
Título: Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica.		
Protocolo		
Descrição da Rotina de encaminhamento ao Centro Cirúrgico		
Agente	Procedimento	Observação
Enfermeiro da Unidade	Antes solicitar o transporte: <ul style="list-style-type: none"> • Confere o preparo e a checagem dos cuidados pré-operatório <ul style="list-style-type: none"> - Jejum - Tricotomia e enteroclisma quando recomendado - Administração do pré-anestésico - Administração dieta complementar conforme protocolo 	
Técnico Enfermagem e Auxiliar Enfermagem	Antes de solicitar o condutor: <ul style="list-style-type: none"> • Auxilia o cliente para troca de roupa e colocar a camisola aberta para trás. • Orienta o cliente para esvaziar a bexiga, retirar roupas íntimas, adornos, maquiagem e prótese dentária. • Separa as duas papeletas que compõem o prontuário para entregar ao condutor • Desmonta o leito e prepara a cama na técnica para operado. 	Quando o cliente tiver relógio, celular, óculos, carteira, adornos e outros pertences pessoais, orientar, se puder, um dia antes para entregar ao familiar no horário da visita ou fazer uma lista em duas vias, pedir para o cliente assinar e enviar ao armário da portaria.
Condutor	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe o cliente e o prontuário. • Confere a ausência de pertences (relógio, próteses, etc) • Transporta até o centro cirúrgico, munido do prontuário. 	Se for desejo, a família poderá acompanhar até o centro cirúrgico.
Agente de higienização	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza a limpeza concorrente do leito 	
Equipe Enfermagem do Centro Cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe o cliente e o prontuário (as duas pastas) do condutor • Encaminha o cliente para a sala operatória e confere o preparo, retirada de prótese dentária, roupas íntimas e outros. • Confere preparo em relação a droga pré-anestésica, jejum, enteroclisma e tricotomia (quando indicado). 	Quando for encontrado prótese dentária, adorno e roupas íntimas, retirar, colocar num saco plástico.

Fonte: BOTOSSO, 2006.¹³⁴

¹³³ BRASIL. Lei nº 1074/2003. Estatuto do Idoso. Brasília: DF, Outubro 2004a.

¹³⁴ BOTOSSO, 2006, p. 49.

Quadro 8 - Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica 3

Protocolo nº 2				
Publicado como Manual pelo site da Universidade Federal de Mato Grosso. Outubro de 2006. Título: Manual do Processo de Enfermagem – A sua aplicação na clínica cirúrgica.				
Protocolo				
<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">PADRÕES DE CUIDADOS PARA SITUAÇÃO 2. CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DE: ANSIEDADE/MEDO RELACIONADO COM A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA, PERDA DE CONTROLE, CONHECIMENTO INSUFICIENTE SOBRE AS ROTINAS PRÉ-OPERATÓRIAS, OS EXERCÍCIOS E AS ATIVIDADES PÓS-OPERATÓRIA E AS MODIFICAÇÕES E SENSações PÓS-OPERATÓRIA</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO ESPERADO: META: O ADULTO, IDOSO IRÁ: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicar os sentimentos relativos à experiência cirúrgica ✓ Demonstrar os exercícios pós-operatório </td> </tr> <tr> <td>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estressores específicos e natureza das preocupações ✓ Experiências passadas ou conhecimento relativo à cirurgia ✓ Compreensão sobre o procedimento cirúrgico planejado ✓ Prontidão e capacidade para aprender e reter a informação ✓ Sistema de apoio disponível ✓ Nível de ansiedade, incluindo o seguinte: a) Leve (alerta e consciente da situação; capacidade integral de aprendizagem e de enfrentamento) b) Moderado (sinais físicos presentes – por exemplo, aumento da frequência do pulso e tremores musculares; concentração dificultada) c) Severo (sinais com presença mais aparente – por exemplo, hiperventilação e taquicardia; percepção grandemente alterada; aprendizagem e enfrentamento severamente prejudicados) d) Pânico (hiperatividade e presença de outros sinais físicos aparentes, percepção completamente distorcida, e aprendizagem enfrentamento impossíveis) </td> </tr> </tbody> </table>	PADRÕES DE CUIDADOS PARA SITUAÇÃO 2. CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIO	DE: ANSIEDADE/MEDO RELACIONADO COM A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA, PERDA DE CONTROLE, CONHECIMENTO INSUFICIENTE SOBRE AS ROTINAS PRÉ-OPERATÓRIAS, OS EXERCÍCIOS E AS ATIVIDADES PÓS-OPERATÓRIA E AS MODIFICAÇÕES E SENSações PÓS-OPERATÓRIA	RESULTADO ESPERADO: META: O ADULTO, IDOSO IRÁ: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicar os sentimentos relativos à experiência cirúrgica ✓ Demonstrar os exercícios pós-operatório 	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estressores específicos e natureza das preocupações ✓ Experiências passadas ou conhecimento relativo à cirurgia ✓ Compreensão sobre o procedimento cirúrgico planejado ✓ Prontidão e capacidade para aprender e reter a informação ✓ Sistema de apoio disponível ✓ Nível de ansiedade, incluindo o seguinte: a) Leve (alerta e consciente da situação; capacidade integral de aprendizagem e de enfrentamento) b) Moderado (sinais físicos presentes – por exemplo, aumento da frequência do pulso e tremores musculares; concentração dificultada) c) Severo (sinais com presença mais aparente – por exemplo, hiperventilação e taquicardia; percepção grandemente alterada; aprendizagem e enfrentamento severamente prejudicados) d) Pânico (hiperatividade e presença de outros sinais físicos aparentes, percepção completamente distorcida, e aprendizagem enfrentamento impossíveis)
PADRÕES DE CUIDADOS PARA SITUAÇÃO 2. CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIO				
DE: ANSIEDADE/MEDO RELACIONADO COM A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA, PERDA DE CONTROLE, CONHECIMENTO INSUFICIENTE SOBRE AS ROTINAS PRÉ-OPERATÓRIAS, OS EXERCÍCIOS E AS ATIVIDADES PÓS-OPERATÓRIA E AS MODIFICAÇÕES E SENSações PÓS-OPERATÓRIA				
RESULTADO ESPERADO: META: O ADULTO, IDOSO IRÁ: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicar os sentimentos relativos à experiência cirúrgica ✓ Demonstrar os exercícios pós-operatório 				
CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estressores específicos e natureza das preocupações ✓ Experiências passadas ou conhecimento relativo à cirurgia ✓ Compreensão sobre o procedimento cirúrgico planejado ✓ Prontidão e capacidade para aprender e reter a informação ✓ Sistema de apoio disponível ✓ Nível de ansiedade, incluindo o seguinte: a) Leve (alerta e consciente da situação; capacidade integral de aprendizagem e de enfrentamento) b) Moderado (sinais físicos presentes – por exemplo, aumento da frequência do pulso e tremores musculares; concentração dificultada) c) Severo (sinais com presença mais aparente – por exemplo, hiperventilação e taquicardia; percepção grandemente alterada; aprendizagem e enfrentamento severamente prejudicados) d) Pânico (hiperatividade e presença de outros sinais físicos aparentes, percepção completamente distorcida, e aprendizagem enfrentamento impossíveis) 				
<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar tranquilidade e conforto; permanecer com o clima, encorajá-lo a compartilhar seus sentimentos e preocupações, ouvir atentamente e transmitir uma sensação de empatia e compreensão. • Corrigir qualquer conceito errado ou informação incorreta que o cliente tem sobre o procedimento . • Determinar se o cliente deseja apoio espiritual (por exemplo, visita de um religioso ou do líder espiritual, artigo religioso ou ritual). Providenciar apoio, se necessário. • Permitir encorajar os membros da família e as pessoas significativas a compartilharem seus medos e preocupações. • Avaliar o nível de ansiedade do cliente e da família (Willard 1995): a) Baixo (antecipado) b) Moderado (percepção diminuída, dificuldade de concentração, alguma dificuldade em analisar tremores) c) Alto (percepção grandemente reduzida, altamente distraído, incapaz de concentrar-se, aprendizado severamente prejudicado) • Se a ansiedade é moderada, auxiliar a pessoa a fazer uma imagem de sua ansiedade e da razão para ela. Ajudar a reestimar a ameaça e aprender uma nova forma de lidar com ela (Tarsinato, 1992). • Notificar o médico se o cliente necessitar de informações adicionais sobre o procedimento; de antemão, o médico deve explicar o seguinte: a. Natureza da cirurgia b. Motivo e resultado antecipado para a cirurgia c. Riscos envolvidos d. Tipo de anestésico a ser usado e. Duração aproximada da recuperação e qualquer restrição e instrução pós-operatória • Envolver os membros da família ou pessoas significativas na instrução ao cliente, sempre que possível. • Providenciar instruções (individuais ou em grupos) sobre informações gerais pertinentes à necessidade de participação ativa, rotinas pré-operatórias, ambiente, pessoal e exercícios pós-operatórios. </td> </tr> </tbody> </table>	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar tranquilidade e conforto; permanecer com o clima, encorajá-lo a compartilhar seus sentimentos e preocupações, ouvir atentamente e transmitir uma sensação de empatia e compreensão. • Corrigir qualquer conceito errado ou informação incorreta que o cliente tem sobre o procedimento . • Determinar se o cliente deseja apoio espiritual (por exemplo, visita de um religioso ou do líder espiritual, artigo religioso ou ritual). Providenciar apoio, se necessário. • Permitir encorajar os membros da família e as pessoas significativas a compartilharem seus medos e preocupações. • Avaliar o nível de ansiedade do cliente e da família (Willard 1995): a) Baixo (antecipado) b) Moderado (percepção diminuída, dificuldade de concentração, alguma dificuldade em analisar tremores) c) Alto (percepção grandemente reduzida, altamente distraído, incapaz de concentrar-se, aprendizado severamente prejudicado) • Se a ansiedade é moderada, auxiliar a pessoa a fazer uma imagem de sua ansiedade e da razão para ela. Ajudar a reestimar a ameaça e aprender uma nova forma de lidar com ela (Tarsinato, 1992). • Notificar o médico se o cliente necessitar de informações adicionais sobre o procedimento; de antemão, o médico deve explicar o seguinte: a. Natureza da cirurgia b. Motivo e resultado antecipado para a cirurgia c. Riscos envolvidos d. Tipo de anestésico a ser usado e. Duração aproximada da recuperação e qualquer restrição e instrução pós-operatória • Envolver os membros da família ou pessoas significativas na instrução ao cliente, sempre que possível. • Providenciar instruções (individuais ou em grupos) sobre informações gerais pertinentes à necessidade de participação ativa, rotinas pré-operatórias, ambiente, pessoal e exercícios pós-operatórios. 		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar tranquilidade e conforto; permanecer com o clima, encorajá-lo a compartilhar seus sentimentos e preocupações, ouvir atentamente e transmitir uma sensação de empatia e compreensão. • Corrigir qualquer conceito errado ou informação incorreta que o cliente tem sobre o procedimento . • Determinar se o cliente deseja apoio espiritual (por exemplo, visita de um religioso ou do líder espiritual, artigo religioso ou ritual). Providenciar apoio, se necessário. • Permitir encorajar os membros da família e as pessoas significativas a compartilharem seus medos e preocupações. • Avaliar o nível de ansiedade do cliente e da família (Willard 1995): a) Baixo (antecipado) b) Moderado (percepção diminuída, dificuldade de concentração, alguma dificuldade em analisar tremores) c) Alto (percepção grandemente reduzida, altamente distraído, incapaz de concentrar-se, aprendizado severamente prejudicado) • Se a ansiedade é moderada, auxiliar a pessoa a fazer uma imagem de sua ansiedade e da razão para ela. Ajudar a reestimar a ameaça e aprender uma nova forma de lidar com ela (Tarsinato, 1992). • Notificar o médico se o cliente necessitar de informações adicionais sobre o procedimento; de antemão, o médico deve explicar o seguinte: a. Natureza da cirurgia b. Motivo e resultado antecipado para a cirurgia c. Riscos envolvidos d. Tipo de anestésico a ser usado e. Duração aproximada da recuperação e qualquer restrição e instrução pós-operatória • Envolver os membros da família ou pessoas significativas na instrução ao cliente, sempre que possível. • Providenciar instruções (individuais ou em grupos) sobre informações gerais pertinentes à necessidade de participação ativa, rotinas pré-operatórias, ambiente, pessoal e exercícios pós-operatórios. 				

Fonte: BOTOSSO, 2006.¹³⁵

¹³⁵ BOTOSSO, 2006, p. 66.

O Protocolo nº 2, publicado pela Universidade Federal do Mato Grosso, em 2006, nos mostra como se deve trabalhar de forma realmente integrada, pois o mesmo mostra inclusive os resultados esperados, ou seja, de forma coerente ele estabelece a Sistematização da Assistência de Enfermagem, ressaltando a relevância do tema espiritualidade e do cuidado holístico ao indivíduo, proposto por várias teoristas abordadas nesse estudo, como Levine e Horta.

No intuito de ressaltar os benefícios de um protocolo completo, enfatizo o trabalho desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HCl), com a participação de quinze enfermeiros gerentes, incluindo a chefe do serviço de enfermagem, dezesseis profissionais de enfermagem do centro cirúrgico e vinte pacientes cirúrgicos eletivos.¹³⁶

Eles tinham como objetivo validar um instrumento de visita pré-operatória. No processo de validação, o grupo consensuou que o item diagnóstico, deveria ser alterado, deixando no campo apenas diagnósticos que fossem de intervenção imediata, como medo, ansiedade e conhecimento deficiente sobre o procedimento cirúrgico. E a fala que chama a atenção nesse estudo é justamente essa:

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

“(E4) Tem que ser um documento objetivo e sucinto, porque senão ninguém vai ter paciência pra preencher. E diagnóstico só se faz se for ter intervenção, senão não adianta. É chover no molhado!”¹³⁷

Com essas falas e diante do protocolo podemos dizer que há algumas questões bem pontuais na profissão enfermagem, primeiro, se não houver todo o processo de trabalho instituído de fato, ou seja, a SAE, com coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, não há possibilidade de ocorrer de fato à assistência holística.

¹³⁶ DE MAZZI, Nathália Romeu; DA ROCHA TONHOM, Silvia Franco. Visita pré-operatória de enfermagem: validação de um instrumento Nursing preoperative visit: an instrument validation. *Visita preoperatoria de enfermería: validación de un instrumento. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 6, n. 2, p. 638-645, 2014. Disponível em: <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_047.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

¹³⁷ DE MAZZI; DA ROCHA TONHOM, 2014, p. 641-642.

Assistência essa enfatizado pela menção por parte da E3 de cuidados voltados não apenas ao biológico, mas cuidados que se relacionam a um algo a mais, como, por exemplo, o amparo a ansiedade e ao medo. No entanto, ao mesmo tempo, temos profissionais que acreditam que o instrumento de vista pré-operatória precisa ser sucinto e direto, diante dessas falas. Afirmando que infelizmente, ou felizmente, nós profissionais da enfermagem, precisamos de direcionamentos, e um protocolo de atendimento bem escrito que permite a abordagem multidimensional da assistência, nos fortalece como profissionais não “biologicista”¹³⁸ exclusivamente e permite ao paciente uma recuperação muito mais rápida, como já discutido anteriormente.

Quadro 9 - Cirurgias Seguras: Elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória

Ficha Pré-Operatória nº 3	
Publicado como artigo na Revista da SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Centro de Materiais e Esterilização. Dezembro de 2014.	
Título: Cirurgias Seguras: Elaboração de um instrumento de enfermagem Perioperatória.	
Protocolo	
B – PRÉ-OPERATÓRIO	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> 1. Ansiedade <input type="checkbox"/> 2. Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> 3. Medo <input type="checkbox"/> 4. Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> 5. Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> 6. Risco de quedas <input type="checkbox"/> 7. _____ <input type="checkbox"/> 8. _____ <input type="checkbox"/> 9. _____	<input type="checkbox"/> 1. Incentivar a verbalização de sentimentos; <input type="checkbox"/> 2. Estimular perguntas sobre o procedimento; <input type="checkbox"/> 3. Permanecer com o paciente e identificar suas necessidades; <input type="checkbox"/> 4. Proporcionar tranquilidade e conforto; <input type="checkbox"/> 5. Explicar as atividades de rotina do Centro Cirúrgico; <input type="checkbox"/> 6. Utilizar técnica asséptica durante os procedimentos; <input type="checkbox"/> 7. Auxiliar na deambulação; <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Fonte: MONTEIRO, 2014, p. 106.¹³⁹

A Ficha nº 3, publicada na revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Centro de Materiais e Esterilização, também fica incompleta quando se tem como base todo o processo da SAE, além de não contemplar o item

¹³⁸ Quis dizer com esse termo, que o profissional de enfermagem, muitas vezes fica centrado ao modelo biomédico, focado na doença e não no indivíduo.

¹³⁹ MONTEIRO, Edna Lopes *et al.* Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. *Rev. SOBECC*, v. 19, n. 2, p. 99-109, 2014. Disponível em: <http://www.portal.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/07_sobecc_v19n2.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

3.3 Síntese do Capítulo

Com todo o levantamento realizado em domínio público acerca da utilização do diagnóstico “Risco para Sofrimento Espiritual”, em fichas e/ou protocolos de enfermagem pré-operatória, de fato, apenas um protocolo fazia uso desse cuidado de forma completa, ou seja, fazendo menção, ou melhor, utilizando de forma ativa as taxonomias NANDA, NOC e NIC.

Duas fichas pré-operatórias abordavam o item religião e/ou crença, mas ao final não mencionavam a forma de atuação do profissional ao receber tal informação, deixando a critério de outros profissionais o cuidado espiritualizado do doente, e por consequência, deixando o da(o) enfermeira(o) técnica centrado no modelo biomédico.

Esse descuido sempre muito bem definido por Leonardo Boff, como o inverso do cuidado, pode estar justificado pela ausência de disciplinas que de maneira efetiva abordem conteúdos que de fato tratem da espiritualidade.

Em 2009, fora realizado um estudo pelo Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo, com docentes e discentes acerca da Assistência de Enfermagem relacionada à espiritualidade no ensino de graduação, o resultado deixou evidente a falta de clareza na enfermagem, sobre o que é espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual. Visto o tema ser pouco provocado na graduação, sendo tratado de maneira secundária em disciplinas como Ética e Bioética e Antropologia.¹⁴²

Outra pesquisa, relatada pelo mesmo autor, nos traz a percepção de acadêmicos de enfermagem quanto ao atendimento da dimensão espiritual no campo de estágio, a maioria disse não presenciar e nem perceber esse tipo de cuidado, os que disseram presenciar, retratam o capelão como figura dispensadora do cuidado.¹⁴³

Deixando claro que o profissional que mais tempo passa com o paciente, não o vê como um ser “Pluridimensional - físico, mental, social e espiritual” e que a

¹⁴² SÁ, 2009, p. 214.

¹⁴³ SÁ, 2009, p. 215.

sua assistência deve satisfazer todas as necessidades básicas da existência humana.¹⁴⁴

¹⁴⁴ DA SILVA, Livia Helena Pereira; PENHA, Ramon Moraes; PAES DA SILVA, Maria Júlia. Relação entre crenças espirituais/religiosas e bem-estar espiritual da equipe de enfermagem. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 13, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4008>>. Acesso em: 27 set. 2016.

CONCLUSÃO

A discussão que por hora finalizou-se, reforça a ideia de que a enfermagem ainda precisa evoluir no quesito profissão, principalmente no que tange a descrição e definição de suas funções, pois em alguns momentos na coleta de dados fica claro que os instrumentos utilizados não abordavam de forma completa a Sistematização da Assistência de Enfermagem, tão pouco mencionavam seu marco conceitual teorizado, tão necessário para dar uma característica filosófica ao serviço e principalmente um molde ao cuidado.

Posso acrescentar que tais dados refletem o caos vivido nos hospitais em tempos atuais, no que se refere ao desconhecimento por parte de muitos profissionais da área da saúde e mais especificamente da enfermagem, de qual seria o seu papel dentro da equipe multiprofissional, e principalmente dentro do contexto de reabilitação do paciente. Dando ênfase ao modelo biomédico, centrando nesse profissional toda a responsabilidade do cuidado ao enfermo, negando muitas vezes sua própria, legislação, essência e história remota.

Desse modo vejo que a bandeira a ser levantada com essa pesquisa, não se finda ao fato de não trabalharmos o cuidado espiritualizado de maneira efetiva, mas se complementa, visto que a bandeira inicial a ser hasteada é justamente a da profissionalização do cuidado, com base em evidências científicas, através de estudos que busquem valorização do cuidado da enfermagem e que apontem de forma fiel o potencial o qual estamos deixando a quem, quando não utilizamos de maneira completa a sistematização da assistência de enfermagem, que por vezes já foi estudada e validada como meio coerente e eficaz de se atingir a reabilitação menos traumática para o indivíduo, família quiçá a comunidade.

Diante do fato de muitas fichas não utilizarem de forma completa e coerente a SAE, é quase que uma consequência, diante do levantamento bibliográfico, o despreparo ao qual estamos sujeitos quando o assunto é cuidado espiritual, visto que por muitos esse cuidado não se enquadra dentro da ciências da saúde, ficando muitas vezes a espiritualidade a carga dos profissionais das ciências humanas.

Percebe-se claramente essa situação quando observamos conteúdos programáticos de várias disciplinas do contexto matricial dos cursos da saúde, onde o tema espiritualidade é apenas circundado por disciplinas iniciais como “Ética, Bioética e Antropologia”, não sendo novamente abordada e aí sim, de maneira firme,

em disciplinas como “Saúde do Adulto, Saúde da Criança, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva”. Essa situação se torna ainda mais grave, e displicente, quando esse profissional formado de maneira tecnicista, se depara com instituições hospitalares, que não possuem como filosofia o cuidado humanizado e espiritualizado.

Podemos concluir que existem lacunas a serem preenchidas dentro da formação acadêmica e nosocomial, no que tange o cuidado espiritualizado, de forma que esse cuidado é caracterizado como sendo um cuidado voltado para o pastor, padre ou leigo das igrejas e pastorais, e que a(o) enfermeira(o) ao cuidar do indivíduo pensando em seu corpo e espírito abandonasse o ser científico.

Essa fala fica clara diante das poucas fichas e protocolos que de fato trabalham de alguma forma a dualidade corpo e espírito, fazendo necessário um resgate da essência da enfermagem através de adequações curriculares e também da ciência por parte desse profissional que ao abandonar suas raízes, é como se recusássemos a dualidade corpo e espírito e ainda nos recusássemos a aceitar o fato de que somos os profissionais que mais tempo passamos com o paciente e que por consequência, presenciamos as cenas iniciais do indivíduo através do nascimento e fatalmente as cenas finais do espetáculo da vida, a morte.

REFERÊNCIAS

AL, Amy L. *et al.* Long-term adjustment after surviving open heart surgery: The effect of using prayer for coping replicated in a prospective design. *The Gerontologist*, v. 50, n. 6, p. 798-809, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2982210/pdf/gnq046.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERG, Mara Rosane Rabel; CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 20, n. 1-3, 2006. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/447c3d8afadbc7fa62133418b5b859a2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040112>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

BESERRA, Eveline Pinheiro *et al.* Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100175>. Acesso em: 27 nov. 2016.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOTOSSO, Rosa Maria *et al.* *Manual do processo de enfermagem e sua aplicação na clínica cirúrgica*. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Júlio Müller, 2006. Disponível em: <<http://www.ufmt.br/ufmt/site/userfiles/CIRURGICA.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

BRASIL. *Lei 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. *Lei nº 1074/2003. Estatuto do Idoso*. Brasília: DF, Outubro 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CAMPONOGARA, Silviomar *et al.* Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 382-390, 2012.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; OLIVEIRA, Veneza Berenice de. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis (Rio J.)*, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

CARPENITO, Lynda Juall. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

CARVALHO, E. C.; STEFANELLI, Maguida Costa. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole, 2005.

CASTELLANOS, Brigueta Elza P.; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP*, p. 359-70, 1990.

COSTA, Veridiana Alves de Sousa Ferreira; SILVA, Sandra Cibelly Ferreira da; LIMA, Vívian Caroline Pimentel de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*, v. 13, n. 2, p. 282-298, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15160858201000020010>. Acesso em: 24 out. 2016.

DA NANDA, *Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2015-2017*/[NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DA SILVA, Eneida Rejane Rabelo; DE FÁTIMA LUCENA, Amália. *Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

DA SILVA, Livia Helena Pereira; PENHA, Ramon Moraes; PAES DA SILVA, Maria Júlia. Relação entre crenças espirituais/religiosas e bem-estar espiritual da equipe de enfermagem. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 13, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4008>>. Acesso em: 27 set. 2016.

DE AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

DE MAZZI, Nathália Romeu; DA ROCHA TONHOM, Silvia Franco. Visita pré-operatória de enfermagem: validação de um instrumento Nursing preoperative visit: an instrument validation Visita preoperatoria de enfermería: validación de un instrumento. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 6, n. 2, p. 638-645, 2014. Disponível em: <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_047.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

DELVES, Peter J. *et al. Fundamentos de imunologia*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ESPÍRITO SANTO, Caren Camargo do *et al.* Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 2, abr.-jun., 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588/20704>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

FELIX, Lidiany Galdino; SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Bras Enferm*, p. 83-91, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/12.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

FERREIRA, A. B. H. *Aurélio Século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; BAPTISTA, Rosilene Santos; BRITO, Virgínia Rosana de Sousa. Dilemas éticos na hemotransfusão em testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. *Acta Paul Enferm*, v. 21 (3), p. 498-503, 2008. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/pdf/v21/n3/v21n3a19.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

FREIBERGER, Mônica Fernandes; MUDREY, Ericléa Schamber. A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Rev Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 2, n. 2, p. 1-26, mai-out, 2011. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/viewFile/96/72>>. Acesso em: 28 set. 2016.

FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 2, p. 282-289, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0282.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FRIAS, Thais Falcão Pereira; COSTA, Cristiane Maria Amorim; SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 345-352, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0034-7167201400040056800005&lng=en>. Acesso em: 28 set. 2016.

GOMES, Eduardo Tavares; ESPINHA, Daniele Corcioli Mendes; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva. Religiosidade e crença em Deus no pré-operatório de cirurgia cardíaca: estudo exploratório. *Brazilian Journal of Nursing*, v. 14, n. 3, 2015.

GONÇALVES, Thiago Franco; DE MEDEIROS, Veronica Cecilia Calbo. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, v. 21, n. 1, p. 22-27, 2016. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5570.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

GRITTEM, L. *Sistematização da assistência perioperatória: uma tecnologia de enfermagem*. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

GRITTEM, Luciana; MÉIER, Marineli Joaquim; GAIEVICZ, Ana Paula. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*, v. 11, n. 3, 2006.

GRÜN, Anselm; DUFNER, Meinrad. *Espiritualidade a partir de si mesmo*. Petrópolis: Vozes, 2013.

HERDMAN, T. Heather. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. In: *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. 2015.

HORTA, Cristina L. *et al.* A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado da arte. *Chanceler*, p. 53, 2001. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/digitalizacao/irmaosmaristas/espiritualidade.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

HORTA, Wanda de Aguiar. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev Esc Enferm USP*, p. 7-35, 1974. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-2433>>. Acesso em: 17 set. 2016.

JOHNSON, Marion *et al.* *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v. 59, n. esp (2006), p. 403-410, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/21022>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

LE MOS, Rejane Cussi Assunção *et al.* Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 354-9, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>>. Acesso 28 nov. 2016.

MARTINS, Alexandre Andrade; MARTINI, Antônio (Ed.). *Teologia e saúde: compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana*. 2012.

MONTEIRO, Edna Lopes *et al.* Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. *Rev. SOBECC*, v. 19, n. 2, p. 99-109, 2014. Disponível em: <http://www.portal.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/07_sobecc_v19n2.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

NASIO, J. D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.

NETTINA, Sandra M. *Manual de prática de enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NOVAES, Elisiane Soares; TORRES, Maricy Morbin; OLIVA, Ana Paula Vilcinski. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. *Acta paul. enferm*, v. 28, n. 1, p. 26-31, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

OGUISSO, Taka (Ed.). *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2005.

PERES, M. F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria*

- Clínica*, 34, supl 1; p. 82-87, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>>. Acesso em: 09 jun. 2016.
- PESSINI, Leo. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *Mundo Saúde*, v. 31, n. 2, p. 187-95, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/06_a_espiritualidade.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.
- _____. *Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- PICCOLI, Marister; GALVÃO, Cristina Maria. Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. *Revista Eletrônica de enfermagem*, v. 7, n. 3, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/897>>. Acesso em: 01 set. 2016.
- PIEXAK, Diéssica Roggia *et al.* Cuidado de enfermagem em unidade de internação cirúrgica: percepção dos pacientes. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (online), p. 3624-3632, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3596/pdf_1766>. Acesso em: 27 de set. 2016.
- POSSARI, J.F. *Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão*. 5. ed. São Paulo: Látria, 2011.
- RALPH, Sheila Sparks; TAYLOR, Cynthia M. *Manual de diagnóstico de enfermagem*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- SÁ, A. C; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 31, n. 2, p. 225-237, abr/jun., 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.
- SÁ, Ana Cristina de. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *Mundo saúde*, v. 33, n. 2, p. 205-17, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/205a217.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.
- SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355/100673>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
- SAVIOLI, Roque Marcos. Oração e cura—fato ou fantasia. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 31, n. 2, p. 281-289, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/16_Oracao_e_cura.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- SILVA, Aline Franco; OLIVEIRA, Jacira dos Santos. *Processo de enfermagem: desafio para operacionalização*. In: *X Encontro de Extensão da UFPB-PRAC*, Paraná, 2008.
- SILVA, Maria Júlia Paes. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SILVA, Waldine Viana da; NAKATA, Sumie. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 6, p. 673-6, 2005. Disponível em: <<http://www.reben.abennacional.org.br/exportar/1441/v58n6a08.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. *Fisiologia humana: uma abordagem integrada*. São Paulo: Artmed editora, 2010.

SOBECC. SOBECC-Práticas Recomendadas. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 6. ed. Rev. e Atual. São Paulo, 2013.

SOCIEDADE Torre de Vigia de Bíblias e Tratados. *Cuidado com a família e tratamento médico para Testemunhas de Jeová*. São Paulo: Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados; 1995.

SOUZA, Luciana Roberto de *et al.* Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*, p. 797-806, 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/522/pdf_18>. Acesso em: 28 nov. 2016.

TAKAHASHI, Alda Akie et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta paul enferm*, v. 21, n. 1, p. 32-8, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04>. Acesso em: 20 set. 2016.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. In: *SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VASCONCELOS, E.M. A associação entre a vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.12-18, set., 2010. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/659/1307>>. Acesso em: 29 out. 2016.