

“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA — UM MODELO CONCEITUAL”

Briguita Elza P. Castellanos*
Vanda Maria Galvão Jouclas**

CASTELLANOS, B.E.P. & JOUCLAS, V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(3):359-370, dez. 1990.

Este trabalho apresenta uma proposta de modelo conceitual de assistência de enfermagem perioperatória, modelo este utilizado no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP, em fase de operacionalização dentro do Programa de Integração Docente-Assistencial no Hospital Universitário da USP. O modelo é descrito a partir de suas bases filosóficas, as finalidades, os objetivos e sua operacionalização.

UNITERMOS: *Enfermagem em centro cirúrgico. Cuidados perioperatórios.*

INTRODUÇÃO

Dentro da literatura de enfermagem nacional, já podemos contar com vários trabalhos na área da assistência transoperatória, que relacionam os problemas de enfermagem mais freqüentemente encontrados nesta fase KAMIYAMA (1972), SOUZA (1976), PANZA (1977), MENEZES (1978), RODRIGUES (1979) e FERRAZ (1981).

Estes trabalhos apresentam com primeira prioridade, em relação aos “*problemas sentidos*” e às “*expectativas de cuidado*”, o desenvolvimento do papel expressivo do enfermeiro do centro-cirúrgico, sendo a “*segurança emocional*” a necessidade básica mais afetada concretizada por expressões do tipo: “*falta e preocupação com a família; medo da anestesia, da cirurgia e da morte; medo do desconhecido; desatenção por parte dos elementos da equipe cirúrgica; necessidade de maiores orientações sobre as normas de vida pós-alta*” e pelas expectativas de “*ser tratado com delicadeza, receber mais amor e carinho, haver diálogo entre enfermeiro e cliente e obter mais companhia*”.

Como segunda prioridade, aparecem nestes mesmos trabalhos, o desenvolvimento do papel instrumental do enfermeiro do centro-cirúrgico, sendo a “*segurança física*” a necessidade básica mais afetada. Assim, a

* Prof. Dr. do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

** Prof. Dr. do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola de Enfermagem da USP - S.P.

competência profissional do enfermeiro estava expressa em termos de “receber os cuidados necessários”, “ser observado adequadamente” e “receber bons cuidados”.

A necessidade da intervenção profissional de enfermagem no centro cirúrgico frente a estas necessidades básicas afetadas, portanto, é fato comprovado não só pelos inúmeros trabalhos na área psicossomática do paciente cirúrgico, como também por estes estudos mencionados anteriormente.

Neste sentido, a assistência de enfermagem sistematizada é de relevante importância no período perioperatório, como referem CASTELLANOS (1978) e CASTELLANOS & MANDELBAUM (1985) quando propõem a aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente durante a fase transoperatória tanto no que se refere ao preparo físico do paciente para o ato anestésico-cirúrgico, como também com o intuito de prepará-lo emocionalmente para enfrentar esta agressão. Para que isto ocorra o enfermeiro de centro cirúrgico necessita levar em consideração dois componentes básicos da enfermagem profissional: o modelo conceitual de enfermagem e a determinação da competência profissional do enfermeiro. O primeiro pode ser descrito como o guia que levará o enfermeiro determinar que dados coletar para fins de identificar o diagnóstico de enfermagem e a conseqüente intervenção e o segundo é caracterizado pelos conhecimentos cognitivos, afetivos e psicomotores necessários para o atendimento das necessidades afetadas dos pacientes decorrentes do ato anestésico-cirúrgico propriamente dito.

O enfermeiro, ser social que é, desenvolve seu exercício profissional em determinado espaço social: fazendo uso dos instrumentos da cultura da sua sociedade e produzindo conhecimentos e representações com finalidades determinadas.

O enfoque do corpo de conhecimentos da enfermagem ao longo de sua história sempre esteve relacionado com a natureza do seu serviço, com os objetivos almejados, com a concreticidade de seu ambiente de trabalho e de seus clientes, bem como com a sua congruência com o sistema ideológico vigente. Os modelos de intervenção de enfermagem, ou seja, as maneiras como os fatores no componente “conhecimento” são estudados, dão significado à visão do cuidado de enfermagem, explicitando o enfoque de sua prática na medida que deixam transparecer a concepção de homem, de enfermagem, do processo saúde-doença e das relações sociais e institucionais.

Considerados como instrumentos de trabalho, os modelos de intervenção têm um caráter mediador entre o enfermeiro e seu cliente e pressupõem um projeto que, através do trabalho (a própria intervenção de enfermagem) transforma o pensamento em ação. A maioria destes modelos surgiram e continuam surgindo, em resposta a como os clientes são vistos pelos enfermeiros e pelas suas relações supra e infra estruturais. Assim temos, entre outros: os modelos de: “resposta ao estresse” de LITTLE & CARNEVALI (1976) e NEUMAN (1979); “interação” de PEPLAU (1952); TRAVELBEE (1971); ORLANDO (1978); OREM

(1980) e KING (1971); “*resolução de problemas*” de LEVINE (1973), WATSON & MAYERS (1981) e STEVENS (1984); “*necessidades humanas básicas*” de YURA & WALSH (1967) e HORTA (1970) e de “*sistemas*” de ROY (1976) e PAIM (1978) e aqueles mais corriqueiramente encontrados na maioria de nossos serviços de enfermagem, os modelos “*médicos*” e “*hospitalares*”.

Apesar de que a maioria dos enfermeiros de centro cirúrgico concorde que o “*modelo médico*”, orientado para sistemas biológicos e estados patológicos “*que hegemonia a autoridade do médico, induz o enfermeiro a promover a confiança na relação médico-paciente e objetiva a manutenção de uma relação harmoniosa e confiante entre o enfermeiro e o médico, mesmo às expensas da relação enfermeiro-paciente*” MURPHY (1979) e o “*modelo hospitalar*”, burocrático, funcionalista, reiterativo, cujo objetivo é “*manter a ordem social da instituição, mesma às expensas do bem estar individual do paciente e cuja ênfase é no trabalho em equipe e na responsabilidade da equipe com desconsideração à interação enfermeiro-paciente e à responsabilidade individual*”. MURPHY (1979), e que não estimula e apoia a interação dos diferentes profissionais e ocupacionais, não são adequados para a prática profissional da Enfermagem: estes são, ainda, os modelos mais utilizados na realidade dos centros cirúrgicos de nossos hospitais.

MODELO CONCEITUAL PROPOSTO

A fim de contrapor este enfoque da prática do enfermeiro de centro cirúrgico caracterizada quase exclusivamente por atividades ditas administrativas, mas que se limitam às atividades burocráticas, médico-delegadas e de outras áreas, tais como de Zeladoria, do Serviço de Manutenção, do Serviço de Limpeza, de Secretaria e assim por diante, e de intervenções de enfermagem baseadas nas disfunções sistêmicas ou orgânicas, no diagnóstico e no procedimento terapêutico-médico, faz-se necessário que nós, enfermeiros de centro cirúrgico paremos para refletir e repensar nossa prática diária afim de que a mesma vá de encontro aos seus componentes profissionais.

Como ponto de partida para esta reflexão, propomos um modelo conceitual-filosófico de assistência de enfermagem perioperatória, modelo este utilizado no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem da disciplina Enfermagem em Centro-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e em fase de operacionalização, dentro do Programa de Integração Docente-Assistencial no Hospital Universitário da USP.

O alvo de atenção da enfermagem perioperatória ou seja o domínio de sua prática, origina-se das situações, condições ou fenômenos relacionados ao processo saúde-doença e conseqüentes à terapêutica médica-cirúrgica (procedimento anestésico-cirúrgico) como um evento da vida do paciente. Esses problemas de saúde geralmente refletem a necessidade do indivíduo alterar e/ou reforçar seu comportamento ou es-

tilo de vida a fim de conseguir lidar com esta condição e melhorar seu estado de saúde. O enfermeiro de centro-cirúrgico para ser realmente útil ao paciente cirúrgico, deve ter algumas idéias e pensamentos acerca do serviço que presta (assistência de enfermagem perioperatória).

De acordo com CHIN & JACOBS (1983), no exercício da profissão temos um estilo de pensar acerca de situações de enfermagem, estilo este que geralmente utiliza conceitos para classificar eventos. Estes conceitos e suas pressuposições básicas podem proporcionar um modo de descrever o que os enfermeiros observam e vivenciam.

Pela utilização de um sistema de conceitos, portanto, o enfermeiro observará, analisará e modificará os conceitos abrangidos e, assim, aumentará a sua competência profissional.

Apesar da maioria dos enfermeiros nunca pensar na sua prática em termos de modelos de atuação, é inquestionável que todos têm um modelo a partir do qual desenvolvem seu exercício profissional. As bases destes modelos derivam, como já vimos, principalmente das crenças acerca do Homem e da Vida (p. ex. a saúde é de responsabilidade pessoal ou profissional?; o nosso enfoque é a quantidade ou a qualidade da vida?).

Para definirmos um modelo para a nossa prática como docentes de Enfermagem em Centro Cirúrgico exploramos primeiro nossa filosofia pessoal acerca dos componentes essenciais da Enfermagem e suas relações, os quais incluem, como indica FAWCETT (1978), o Homem, o ambiente, a saúde e a Enfermagem. Em seguida, elaboramos um modelo de atuação baseado nos conceitos de assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, que é utilizado por nossos alunos do 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem (120 h teóricas e 150 h práticas).

A aplicação deste modelo à atuação dos enfermeiros do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo se deu como conseqüência de nossa participação, como membros da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico da EEUSP, na organização e implantação da referida unidade e da coerência dos nossos valores e pressupostos com os do Departamento de Assistência de Enfermagem do Hospital em questão. Assim sendo iniciamos a sua operacionalização num trabalho conjunto enfermeiros de campo e enfermeiros docentes.

Faz-se necessário salientar que as bases conceituais e filosóficas propostas neste trabalho só poderão ser convertidas em atividades se estas forem consideradas como um determinado ato ou conjunto deles em virtude do qual um sujeito ativo "*agente*", *modifica* uma determinada situação e que por "*agente*", (no caso, nós enfermeiros de centro cirúrgico), se defina *aquela que age*, o que atua e não apenas tem possibilidade e ou está disponível para atuar ou agir em atos que se estruturam dentro de um processo total, como recomenda VASQUES (1977) que caracteriza, ainda, esta prática como uma "*praxis reflexiva*" (sensibilidade de agir sobre o concreto diante de um grau elevado de cons-

ciência que se tem da atividade prática). Assim, de acordo com um modelo gerado a partir de componentes profissionais próprios, poderemos garantir a melhoria da qualidade da nossa prática, esta decorrente do compromisso social de oferecer ao cliente que vai passar pela experiência de um ato anestésico-cirúrgico uma assistência de enfermagem eficiente que atenda às suas reais necessidades, combinando ações tanto expressivas como instrumentais.

Colocaremos em seguida as bases teóricas que desenvolvidas, podem oferecer aos enfermeiros de centro cirúrgico subsídios para uma reflexão profunda sobre a operacionalização da assistência de enfermagem perioperatória.

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Período perioperatório, compreende os períodos pré-operatório imediato, transoperatório, intra-operatório, recuperação pós anestésica e pós-operatório imediato.

Período pré-operatório imediato, compreendido desde a véspera da cirurgia até o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico.

Período transoperatório, compreendido desde o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica.

Período intra-operatório, compreendido desde o momento do início até o final da anestesia.

Período de recuperação pós-anestésica, compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operações até sua alta da sala de recuperação pós-anestésica.

Período de pós-operatório imediato, compreendido desde a alta do paciente da sala de recuperação pós-anestésica até as primeiras 48 horas pós operatórias.

FILOSOFIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Nosso sistema referencial da assistência de enfermagem perioperatória, abrange os conceitos da assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, operacionalizada por meio da “*sistemática de assistência de enfermagem perioperatória*” (SAEP) *. Assim, acreditamos que:

— o paciente é singular e tem direito à assistência de enfermagem integral, individualizada e participativa;

* O termo «*sistemática de assistência de enfermagem perioperatória*», se refere a denominação utilizada pelo Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário - USP (SAE) acrescida da letra «P» para designar o período «*perioperatório*» (SAEP).

— a qualidade da assistência de enfermagem no período perioperatório, está vinculada a uma intervenção conjunta dos enfermeiros das unidades de internação e do centro cirúrgico;

— o sistema da assistência de enfermagem promove a continuidade dessa assistência, a participação do paciente, família e condições de documentação e de avaliação da assistência prestada;

— os padrões de assistência de enfermagem promovem a educação continuada do pessoal de enfermagem;

— a avaliação da assistência prestada proporciona subsídios para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e para o desenvolvimento da profissão;

— a assistência de enfermagem perioperatória ao paciente consciente, semi-consciente e inconsciente deve proporcionar respeito pelo indivíduo com proteção a seus direitos humanos e à sua dignidade pessoal, satisfação das suas necessidades sentidas, prevenção de acidentes e lesões passíveis de acontecer por negligência, imperícia ou omissão, e estado de alerta e proteção contra perigos peculiares ao ambiente do centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e/ou procedimentos específicos.

FINALIDADES DA SISTEMÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA *

A SAEP tem como finalidades:

— proporcionar assistência integral (holística), individualizada, participativa e continuada por meio da avaliação e preparos pré-operatórios imediatos, intervenção de enfermagem transoperatória e avaliação pós-operatória;

— propiciar por meio da integração das ações inter-institucionais, inter-disciplinares e multiprofissionais, condições favoráveis para o ensino da enfermagem perioperatória, nos níveis de graduação, pós-graduação e educação continuada;

— estimular, planejar e desenvolver investigações e pesquisas na área da assistência e educação da enfermagem perioperatória e,

— participar do desenvolvimento de investigações e pesquisa na área da assistência e educação de enfermagem planejadas com enfermeiros de outras áreas.

OBJETIVO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Na assistência de enfermagem ao paciente no período perioperatório, o enfermeiro do centro cirúrgico, como um dos agentes da assistência à saúde do paciente cirúrgico visa:

* Adaptada para ser operacionalizada no HU/USP.

— ajudar o paciente, e sua família, a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto e suas conseqüências e a utilizar seus mecanismos de defesa, fisiológicos e psicológicos, durante este período e,

— diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica e à utilização dos materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento dos procedimentos anestésicos-cirúrgicos, bem como colaborar na consecução destes procedimentos, pela previsão, provisão e controle de recursos humanos, em qualidade e quantidade necessários.

OPERACIONALIZAÇÃO DA SAEP

Para que a filosofia, as finalidades e objetivos expostos sejam colocados em prática cinco (5) momentos devem ser considerados, como podemos observar no Fluxo Operacional da SAEP, apresentado no Anexo 1:

1 — *Avaliação pré-operatória* — através do desenvolvimento de dois procedimentos básicos: coleta de dados para a implementação da visita pré-operatória e a entrevista com o paciente a ser operado e sua família (visita pré-operatória) que têm como objetivos principais a promoção da continuidade da assistência de enfermagem entre a unidade de internação e o centro cirúrgico, a nível de cuidados pré-operatórios imediatos e mediatos e cuidados transoperatórios, o respeito ao holismo e à individualidade do paciente e a redução da ansiedade do paciente/família.

2 — *Identificação de problemas* — a partir da conceituação de “*problema de paciente*” como sendo “*condição, situação, dificuldade, questão ou fenômeno apresentado pelo paciente e/ou sua família, necessidade não atendida adequadamente*” e de “*problema de enfermagem*” como sendo “*problema do paciente cujo atendimento está dentro do âmbito de atuação da enfermagem*” FRIEDLANDER (1977), procuramos identificar os problemas sentidos pelo paciente a ser operado e os evidenciados pelo enfermeiro durante a visita pré operatória e no momento do recebimento do paciente no Centro Cirúrgico.

3 — *Planejamento de cuidados* — análise dos problemas de enfermagem detectados e elaboração da evolução e da prescrição de enfermagem para o período transoperatório, considerando-se a participação do paciente e família como um elemento de fortalecimento do indivíduo.

4 — *Implementação da assistência de enfermagem para o período transoperatório* — a nível de fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar, são implementados os cuidados prescritos. Neste momento é imprescindível, além de toda a documentação dos cuidados oferecidos, a evolução de enfermagem, ao final da cirurgia para a efetuação de nova prescrição para a fase de recuperação pós-anestésica, bem como a evolução e a prescrição ao ser dada a alta do paciente na SRPA.

5 — *Avaliação pós-operatória* — através da visita pós-operatória, o enfermeiro de centro cirúrgico tem condições de avaliar a assistência planejada e implementada, e assim corrigir as falhas detectadas. Esta visita é efetuada entre 24 e 48 h após o ato anestésico cirúrgico.

Para finalizar o fluxo operacional proposto, e assegurar sua validade é imprescindível que o enfermeiro do centro cirúrgico comunique, a todas as pessoas envolvidas na assistência ao paciente, os dados resultantes da avaliação pós-operatória (equipes de enfermagem da SRPA, do Centro Cirúrgico, da Unidade de origem ou encaminhamento do paciente).

Todos os momentos descritos devem ser anotados no Prontuário do Paciente para, assim, assegurar o registro, tido como documento legal, de todos os cuidados de enfermagem oferecidos bem como para constituírem-se em fontes de informações para o planejamento da assistência na sala de recuperação pós-anestésica e na unidade de origem ou de encaminhamento do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditando que nossa intervenção de enfermagem no período perioperatório deva trilhar o caminho de uma *“ação do Homem sobre a matéria e criação — através dela — de uma realidade humanizada”* (VASQUES, 1977), o modelo conceitual-filosófico exposto é uma alternativa teórica para assegurar a prestação da assistência de enfermagem reflexiva, criadora e, portanto, profissional. Como tal, está sendo operacionalizada no processo ensino-aprendizagem da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico da EEUSP e na SAEP do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da USP.

Nesta relação teoria-prática é necessário enfatizar que temos total consciência do perigo de burocratizar esta práxis, isto é, *“converter o formal (o fluxo operacional) no seu próprio conteúdo, sacrificando assim o conteúdo à forma, o real ao ideal e o particular concreto ao universal abstrato”* (VASQUES, 1977) bem como de torná-la uma práxis mecânica, reiterativa, em que *“a sua repetição infinita se alcança mediante sua extrema formalização, ou seja, mediante a negação do papel do conteúdo para sujeitá-la inteiramente a uma forma que lhe é exterior”* (VASQUES, 1977).

Neste sentido temos nos preocupado com o grau de penetração da consciência do enfermeiro no desenvolvimento de sua prática e com o grau de criação e humanização do cuidado de enfermagem. Procuramos, assim, continuamente discutir esta relação entre a atividade da consciência dos alunos e dos enfermeiros e a suas respectivas atuações pois *“no processo verdadeiramente criador, a unidade de ambos os lados do processo — o subjetivo e objetivo, o interior e o exterior se apresenta de modo indissolúvel... na criação temos a atividade consciente do sujeito sobre uma determinada matéria, que é trabalhada ou estruturada*

de acordo com a finalidade ou o projeto que a consciência traça" (VASQUES, 1977).

Como modelo conceitual-filosófico sabemos, também, que ele tem: "no tempo, certa esfera de validade, daí a possibilidade e necessidade de generalizá-lo e estendê-lo, isto é, de repeti-lo, enquanto esta validade se mantiver... a repetição se justifica, enquanto a própria vida não reclama uma nova criação" (VASQUES, 1977).

CASTELLANOS, B.E.P. & JOUCLAS, V.M.G. Perioperative nursing care: a conceptual model. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(3):359-370, Dec. 1990.

This study shows a proposed conceptual model of perioperative nursing care. This model has been used during the teaching-learning process of students in the operating room course of the School of Nursing State of University of São Paulo. The development of perioperative nursing care in the "University Hospital" is based in this model and it is in the implementation phase as an activity of "Assistencial-Teaching Program". The model demonstrates the philosophical concepts, finalities and its performance.

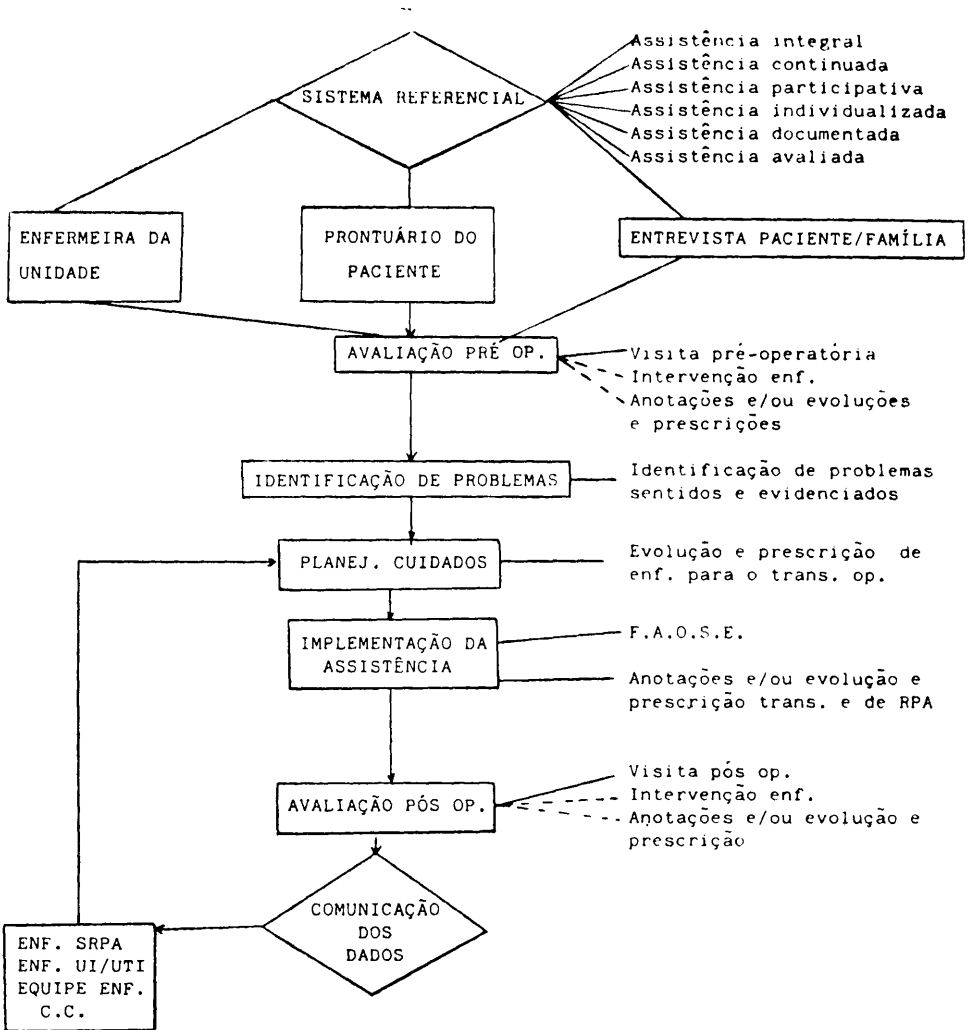
UNITERMS: *Operating room nursing. Perioperative care.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTELLANOS, B.E.P. Aplicação do processo de enfermagem na unidade de centro cirúrgico. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 12(3):170-86, dez. 1978.
- & MANDELBAUM, M.H.S. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 5(1):15-20, jan./mar. 1985.
- CHIN, P. & JACOBS, M. *Theory and nursing: a systematic approach*. St. Louis, Mosby, 1983. 223p.
- FAWCETT, J. The relationship between theory and research: double helix. *Gaithsburg*, 1(1):49-62, Oct. 1978.
- FERRAZ, E.R. O paciente cirúrgico e suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de enfermagem no período transoperatório. Trabalho apresentado no CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33., MANAUS, 1981. 21p.
- FRIEDLANDER, M.R. Problemas de enfermagem e sua conceituação. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 11(3):325-30, dez. 1977.
- HORTA, W. de A. Contribuição para uma teoria de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Rio de Janeiro, 23(3-6):119-25, jul./dez. 1970.
- KAMIYAMA, Y. O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. São Paulo, 1972. 111p. (Tese de doutorado — Escola de Enfermagem da USP).
- KING, I.M. *Toward a theory for nursing: general concepts of human behavior*. New York, John Wiley & Sons, 1971. 204p.
- LEVINE, M.E. *Introduction to clinical nursing*. 2. ed. Philadelphia, Davis, 1973. 515p.
- LITTLE, D. & CARNEVALI, D. Diagnostic statement: problem defined. In: ———— WALTER, J.B. et alii. *Dynamics of problem oriented approaches: patient care and documentation*. Philadelphia, Lippincott, 1976. p. 213.
- MENEZES, A.R. A problemática da enfermagem dos pacientes no período transoperatório: um estudo dos problemas sentidos e observados. São Paulo, 1978. 81p. (Dissertação de mestrado — Escola de Enfermagem da USP).

- MURPHY, C.C. Ethical aspects of decision making. In: NATIONAL LEAGUE FOR NURSING. **Political, social and education forces: impact of social forces**. New York, 1979. p. 17-25. (Publ. nº 15-1774).
- NEUMAN, M. **Theory development in nursing**. Philadelphia, Davis, 1979. 94p.
- OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 2. ed. New York, McGraw-Hill. 1980. 232p.
- ORLANDO, I.J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente**. São Paulo, EPU, 1978. 110p.
- PAIM, R. **Problemas de enfermagem e terapia centrada nas necessidades do paciente**. Rio de Janeiro, União dos Cursos Cariocas, 1978. 283p.
- PANZA, A.M.M. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira de centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e nos pós-operatório. São Paulo, 1977. 75p. (Dissertação de mestrado -- Escola de Enfermagem da USP).
- PEPLAU, H. **Interpersonal relations in nursing**. 3. ed. New York, Putman's, 1952. 330p.
- RODRIGUES, A.I. O paciente no sistema centro-cirúrgico: um estudo sobre as percepções e opiniões dos pacientes em relação ao período trans-operatório. São Paulo, 1979. 150p. (Dissertação de mestrado -- Escola de Enfermagem da USP).
- ROY, S.C. **Introduction to nursing: an adaptation model**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1976. 402p.
- SOUZA, M.F. Efeito da interação enfermeira-paciente como método de atendimento à necessidade de segurança do paciente cirúrgico. Porto Alegre, 1976. 43p. (Tese de livre-docência -- Escola de Enfermagem da UFRS).
- STEVENS, B.J. **Nursing theory: analyses, application, evaluation**. 2. ed. Boston, Little-Brow, 1984. 298p.
- TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. 2. ed. Philadelphia, Davis, 1971. 128p.
- VASQUES, A.S. **Filosofia da praxis**. 2. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. 454p.
- WATSON, A.B. & MAYERS, M.G. **Assesment and documentation: nursing theories in action**. New Jersey, Charles B. Slack, 1981. 373p.
- YURA, H. & WALSH, M.B. **Human needs and the nursing process**. New York, Appleton-Century-Crofts, 1967. 330p.

ANEXO I
FLUXO OPERACIONAL DA SAEP



Recebido em 28/11/89