

# LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA JUNTO AL PACIENTE EN EL QUIRÓFANO COMO UNA POSIBILIDAD DE REDUCIR SU ANSIEDAD

NARCISO VIEIRA SOARES\*  
SUELI ZAPPAS\*\*

## RESUMEN

Existe experiencia de que el proceso anestésico-quirúrgico representa un momento de mucha angustia, tanto para el paciente como para su familia. Por esta razón, nos propusimos en este trabajo descriptivo verificar cual es la importancia para la familia de su participación junto al paciente, en el período comprendido desde la entrada en el quirófano hasta el inicio del procedimiento anestésico-quirúrgico. El estudio fue realizado en un Hospital General de la municipalidad de Rio Grande, RS, Brasil. Fue realizada una visita en su cuarto hospitalario con la finalidad de responder a cuestiones, orientar al paciente y a su familia sobre el procedimiento anestésico-quirúrgico y otra visita en el postoperatorio, para descubrir como fue este período para las personas. Fue aplicado un cuestionario al familiar con preguntas semiestructuradas para la recolección de datos. Los datos fueron estudiados utilizando el análisis de contenidos de Bardin<sup>1</sup> y fundamentados en la teoría de las relaciones interpersonales de Joyce Travellbe.

**PALABRAS-CLAVE:** Familia, cuidado, enfermería.

## SUMMARY

The anaesthetic-surgical experience represents a very anguish moment, for the patient as well as his/ her family, that's why, we tried in this work to verify the importance for the family of its participation with the patient, during the period between the entry in the surgery centre and the beginning of the procedure. The study was conducted in a general hospital in Rio Grande, RS, Brazil. It was made a visit in the pre-operation unit, in order to orient the patient and his/her family about the anaesthetic-surgical procedure and another in the post-operation. Semi-structured questions were asked to the family in order to collect data. The data were analysed using Bardin's<sup>1</sup> content analysis and based on Joyce Travellbe's inter-personal relation theory.

**KEY WORDS:** Family; care; nursing.

---

\* Enfermero, MSc. en Enfermería. Profesor de la Sección de Enfermería de la Fundación Universidad Federal del Rio Grande. Trabajo desarrollado en el Núcleo del Estudio y Pesquisas en Salud y Educación (NEPES). End.: Rua Marechal Rondon, 263 – Rio Grande – RS; Fone: 53.232.90.93; nar.vs@mikrus.com.br

\*\* Enfermera, MSc. en Enfermería. Profesora de la Disciplina de Enfermería Quirúrgica II, de la Sección de Enfermería de la Fundación Universidad Federal del Rio Grande – FURG – RS – Brasil.

## 1 – INTRODUCCIÓN

Notábamos durante el trabajo que en los vestíbulos y corredores delante del quirófano había muchas personas, familiares de los pacientes que estaban siendo quirurgiados. Cada vez que se abría la puerta de entrada del quirófano, varias personas se acercaban para obtener alguna información de como estaba transcurriendo el proceso quirúrgico.

Vemos el quirófano como un ambiente complejo, porque en este lugar se desarrollan actividades conjugadas con varias secciones del hospital; hay un interrelacionamiento personal entre las personas con diferentes expectativas y formas de ver la vida y con características propias, y profesionales que actúan constantemente sometidos a situaciones estresantes, como la de nunca estar seguro de lo que va a encontrar al operar el paciente. El progreso tecnológico, con el desarrollo de nuevos materiales y equipamientos, posibilita realizar procedimientos con mayor seguridad, mejorando la calidad de vida de las personas, pero no hacen con que los riesgos desaparezcan. Por consiguiente, se sabe que cuando ocurre una intervención quirúrgica, hay situaciones que son esperadas y las que no lo son, las que pueden provocar una decisión inmediata y con una gran responsabilidad para quién la toma, que normalmente son a respecto de riesgos para la vida del paciente.

Un aspecto importante, que puede ser considerado como impedimento para la entrada del familiar en el quirófano es la necesidad de que el ambiente sea cerrado, en el sentido de ser aséptico, forzando a todos los que entran allí a cambiar la ropa por vestimentas apropiadas, o sea, chalecos, pantalones, máscaras, gorras y propés. Necesidad esta, importante, si se considera sólo el aspecto microbiológico, pero considerando que hay medidas para prevenir los aspectos negativos del “ser cerrado” y las mismas apenas dependen de orientaciones y esclarecimientos, el mismo puede ser “cerrado” a personas que ignoran lo que es el quirófano, tanto a los profesionales de la salud, como a los familiares de los pacientes.

El equipo del enfermería que allí actúa, por la complejidad y especificidad de las acciones desarrolladas, deben tener experiencia, ser entrenado, tener conciencia profesional y ética, para que sus acciones no traigan riesgos al paciente. Consideramos el ambiente cerrado del quirófano, no sólo por ser restricto a los profesionales que actúan en la sección, pero también, en las relaciones que allí ocurren, porque, mucho de lo que pasa se restringe a allí y no es exteriorizado.

Se admite, en nuestra realidad, apenas el paciente en el ambiente quirúrgico, no siendo por lo tanto, rutina la presencia del familiar en la sala de cirugía y estos, apenas entran en situaciones especiales, como, cuando son niños con dificultad muy grande de relacionamiento con el equipo. Las

razones sostenidas por la administración del hospital, equipos médicos y de enfermería para que el familiar no entre en el quirófano son varias, entre ellas el secreto profesional; la cantidad insuficiente de ropa, debido al gran flujo de las personas que las usan, como los empleados del quirófano, cirujanos, anestelistas, residentes, los aprendices, los auxiliares, entre otros.

Por el hecho de no ser rutina la entrada del familiar con el paciente en el quirófano, observó que el equipo queda constreñido todas las veces que esto se pasa. Por ser un elemento extraño al ambiente, es notado como fiscalizador de las acciones realizadas en la asistencia al paciente, así como el desconocimiento por parte del familiar con respecto a los aspectos, como: lo que podrá ver, como es el ambiente y como ocurre todo el proceso de recibimiento y orientación del paciente, hará, con que él, no se comporte como alguien que ya está acostumbrado con el ambiente. Por lo tanto, hay la necesidad de también guiar al familiar, en lo que está pasando en el ambiente, por consiguiente, con su familiar y con las otras personas que verán en el quirófano, lo que puede notarse como una dificultad, para la permanencia del familiar. Por ser un ambiente donde, el uso de inhalatorios anestésicos volátiles hacen con que los olores sean diferentes que en los otros locales del hospital y favorecen que algunas personas se sientan mal, principalmente aquellas que nunca entraron en un ambiente hospitalario, o que tienen algún tipo de alergia a olores, es otro aspecto considerado como importante para la no permisión de la entrada del familiar en el quirófano.

Para entrar y quedarse con el paciente en el quirófano hasta el momento de iniciar el proceso anestésico, el familiar deberá ser orientado en relación a la dinámica funcional de la unidad; como es lo ambiente, el por qué de la rigidez y respecto a la asepsia, prevención de contaminación, a la necesidad de cambiar la ropa; orientaciones de como son los preparatorios en la sala de cirugía, y la manera de comportarse en la sala, para ayudar al familiar a quedarse más tranquilo.

La mayoría de los hospitales brasileños y principalmente los de nuestra realidad, no presentan estructura capaz de permitir al familiar acompañar al paciente en la sala de cirugía. Esto pide una infraestructura, así como una nueva visión sobre lo que el quirófano puede ofrecer al paciente para disminuir su nivel de ansiedad. La literatura escasa, con respecto a la presencia del familiar en la sala de cirugía, así como nostra experiencia de como es importante para el paciente tener un familiar, cerca de sí en el quirófano, motivó a hacer este estudio.

### **1.1 – Caracterizando el sector quirófano**

En el quirófano de la A.C.S.C., hay nueve salas para realizar cirugías, de las especialidades más variadas, como: urología, traumatología, oftalmología, neurología, otorrinolaringología, cirugías vasculares,

ginecobstetricias, cirugía general, y cirugías plásticas, entre otras. Se usan siete de estas salas para cirugías asépticas y dos para las cirugías sépticas. La sala de recuperación del postanestésico posee seis camas; y los pacientes de las cirugías contaminadas se recuperan en la propia sala de cirugía y, cuando están en condiciones, ellos son llevados a las respectivas allas de internación. Hay un hall de entrada donde los pacientes son recibidos, y los familiares se quedan por algún momento, hasta que el paciente sea llevado a la sala de cirugía, cuando ellos salen y esperan en la antesala y en el corredor de acceso al quirófano, hasta el final del proceso quirúrgico y el postoperatorio inmediato.

La orientación del preoperatorio tiene como objetivo ayudar al paciente y a la familia a entender lo que están por vivir, porque con el conocimiento de situaciones que pueden pasar, ellos pueden desarrollar condiciones para participar de la forma más adecuada posible para que la recuperación sea más eficaz. Los pacientes y sus familiares deben conocer los detalles, riesgos y posibles complicaciones que pueden ocurrir durante y después de la cirugía, asumiendo entera responsabilidad por ella.<sup>8</sup>

Con los objetivos antedichos, hicimos las orientaciones del preoperatorio en la unidad de internación, en el cuarto del paciente, y dos de estos estaban en cuartos individuales y tres en cuartos colectivos con más de dos pacientes. Las orientaciones del preoperatorio, pasaron en el día anterior a la cirugía y fueron realizadas en la presencia de la familia, para que ellos también pudiesen recibir toda la información relativa al proceso anestésico-quirúrgico que el paciente sufriría. Consistieron en orientaciones con relación al preparo preoperatorio: importancia del ayuno, tricotomía, baño, proceso anestésico-quirúrgico, el ambiente de la sala de cirugía, lo por qué de usar las ropas del quirófano, el ambiente de la sala de recuperación posanestésica, además de las medidas específicas para cada uno de los pacientes según la cirugía a la que se someterá y buscará favorecer el alivio de la tensión durante el proceso trans y postoperatorio.

## **2 – REFERENCIAL TEÓRICO**

La enfermería, como ciencia y arte, ha usado los caminos teóricos y prácticos en la búsqueda de una transformación en la asistencia de enfermería, para que los progresos tecnológicos y en el campo de la teoría aplicada a la práctica, puedan llegar a través de aquellos que ejecutan sus acciones en el ambiente del cuidado de la salud de las personas, individualmente y a grupos sociales.

Travelbee<sup>9</sup>, afirma que “enfermería es un proceso interpersonal por medio de lo cual la enfermera ayuda a un individuo a enfrentar la experiencia

de la enfermedad y del sufrimiento y, si necesario, lo ayuda en el descubrimiento de un sentido para su experiencia”.

Para Travelbee<sup>9</sup>, el enfermero debe estar muy comprometido con los cambios, usando su preparo y su capacidad de relación interpersonal enfermero-paciente / familia, para resultar en conocimiento, sobre su proceso anestésico-quirúrgico, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia y con eso, un retorno lo más rápido posible a sus actividades.

Según Brunner y Suddart<sup>2</sup>, el miedo de la anestesia, el miedo de la muerte, de lo desconocido, el miedo a la separación de una persona estimada, el apoyo familiar son sentidas por los pacientes quirúrgicos. Por consiguiente, el tratamiento quirúrgico es uno de los factores que pueden alterar o afectar la necesidad de integridad del paciente, por las alteraciones que pueden pasar.

Como vimos, el proceso quirúrgico involucra además de la cirugía, los asuntos referidos con el cambio de la rutina del paciente y de la familia, además de ajustes que deben ocurrir en el ambiente hospitalar que presenta características peculiares.

En esa perspectiva, nos damos cuenta que el apoyo y el afecto de la familia, ejercen una de las influencias más importantes para fortalecer y levantar la moral del paciente quirúrgico porque la familia, sirviendo como punto de apoyo al paciente con vivencia en la situación quirúrgica, es fundamental, para proporcionar las condiciones de bioseguridad.

Zappas<sup>10</sup> afirma que la experiencia de “ser operado” es una experiencia que puede ser significativa y aun así puede necesitar, de la prontitud entre los miembros paciente-enfermera / familia, doctores y otros en relacionado con ella, para poner y entender sus creencias, sus valores, sus miedos y sus expectativas, para que las mismas sean clarificadas, entendidas y aceptadas. Refiriéndose a la importancia de la participación de la familia en el proceso de ajuste a la nueva situación “estar operado”. Castro<sup>4</sup> dice que un individuo insertado en la familia o en un grupo organizado y estructurado, comparte intereses comunes en la acción de las funciones de producción, consumo, socialización, control y participación social, el apoyo mutuo y preservación de la salud, con esto los ajustes pasan lo más rápido posible y propician el retorno con mayor brevedad a las actividades rutinarias.

Al abordar la familia sobre la situación quirúrgica, Carraro<sup>3</sup>, citando Hense<sup>6</sup> afirma que: “para la familia, es también un momento difícil, que es caracterizado por el nerviosismo y por la preocupación. Así como la familia siente su propio drama de tener un familiar sometido al riesgo quirúrgico, ella siente también el drama del paciente que se operará. Ella intenta darle fuerza ayudándolo en las preparaciones para la internación y cirugía. A veces sin embargo, ella no sabe qué hacer”.

Notamos que es fundamental el papel de la enfermera, a través de la relación interpersonal enfermera-paciente-familia, explicando las dudas respecto al proceso anestésico-quirúrgico que el paciente está por vivenciar.

Estamos de acuerdo con Carraro<sup>3</sup>, cuando afirma que el proceso de interacción de la enfermería con “el ser humano y su familia”, debe ser un proceso dinámico, abierto y continuo, teniendo como objetivo potencializar el poder vital del paciente, para que él vivencie, de una manera más saludable, su proceso quirúrgico. En este proceso interno de cada individuo, que la enfermera debe actuar, despertando esta fuerza para que el paciente pueda alcanzar una mejor condición de salud.

Para Rimem, citado por Carraro<sup>3</sup>, “los recursos del paciente no se encuentran sólo en sus propias fuerzas humanas, sino también en las de la enfermera, del doctor, del asistente social, de los amigos, de la familia, o sea, de todos aquellos que se preocupan con su bienestar”.

Ese involucramiento entre todas estas personas no necesita ningún cambio estructural, pero sí, de una nueva manera de ver la asistencia del equipo de salud, en que sea facilitada para la familia participar en la asistencia de su ente.

## **2.1 – Marco conceptual**

De la literatura consultada, junto con nuestras vivencias, compusimos este marco conceptual:

**Enfermería:** notamos la enfermería como un proceso donde la interacción enfermero-paciente / familia pasa y estos, compartiendo su conocimientos y informaciones, cada uno con sus percepciones de la realidad, interactuando de una manera individual, buscan el crecimiento de todos los involucrados en ese proceso y alcanzando los objetivos propuestos.

**Familia:** vimos la familia del paciente quirúrgico como un grupo de personas que están ligadas por enlaces sanguíneos o afectivamente, en el ambiente hospitalario, o fuera de él, compartiendo de experiencias vitales, sirviendo como punto de apoyo en situación de aflicción.

**Ambiente:** es el contexto que permea y afecta la vida del individuo y su familia, mejorando o empeorando las condiciones de salud-enfermedad.

**Ser humano:** es un ser social, que tiene la capacidad de actuar, interactuar, reaccionar, motivándose a buscar y entender el significado de toda las experiencias vivenciadas. Es un ser racional, social y único, más diferente que similar.<sup>9</sup>

**Salud:** son experiencias dinámicas de vida de los seres humanos que tienen que ver con el ajuste de los agentes de stress en el ambiente interno y externo, a través del uso de los recursos individuales para alcanzar el máximo potencial para vivir día a día<sup>7</sup>. **Enfermedad y sufrimiento:** no sólo están a favor de los conflictos físicos de los seres humanos, sino ellos

también son conflictos emocionales y espirituales.<sup>9</sup>

### **3 – METODOLOGÍA**

En el presente estudio se optó por el método cualitativo, lo que permitió describir las percepciones de los familiares que involucran su presencia en el quirófano como un factor de ayuda al paciente. La investigación fue cumplida en el quirófano del Hospital General (ACSC) de Río Grande, RS, Brasil.

#### **3.1 – Población**

La muestra consistió en familiares de cinco pacientes que sufrirían una cirugía. Por la dificultad de la presencia de más de un familiar en el quirófano, se prestableció con el paciente y su familia quien acompañaría al paciente hasta el cuarto de operación. Esta elección fue definida por el paciente y su familia, considerando aspectos como la disponibilidad de tiempo del familiar, conocimiento de la situación y capacidad de verbalizar sus sentimientos y emociones.

#### **3.2 – Piloto del estudio**

Fue realizado con un familiar con el objetivo de comprobar el instrumento en relación a la asistencia del objetivo del estudio, así como la adaptación del vocabulario de los asuntos en un lenguaje que la población de estudio pudiera entender lo que se está preguntando. Fue considerado adecuado para obtener respuestas a las preguntas propuestas en los objetivos, no siendo modificado en su esencia.

#### **3.3 – Colección de datos**

La recolección de datos fue realizada en la unidad de internación, en el cuarto del paciente, después de su retorno de la sala del recuperación, según acuerdo anterior con el paciente y su familia. Durante la entrevista resumimos y apuntamos las verbalizaciones del familiar respecto a los aspectos más significantes para la investigación.

Después de la recolección de los datos, orientábamos conforme lo que juzgábamos necesario, porque en cada momento consideramos al paciente y familia, como personas con necesidades y nosotros, como profesionales, con competencia para ayudarlos.

#### **3.4 – Instrumento**

Para la recolección de datos, se usó una entrevista semiestructurada en que el familiar contestaba a cuatro preguntas abiertas:

- 1) ¿Cuál es la importancia de su participación y presencia en el

quirófano?

2) ¿Cómo sintió tu presencia con el Sr.(a), mientras él esperaba la anestesia y cirugía?

3) ¿En qué aspectos su presencia ayudó al Sr.(el) en aquel momento?

4) ¿En qué usted piensa que su presencia no ayudó?

### **3.5 – Aspectos éticos:**

En esa consulta y orientación del preoperatorio, explicamos los propósitos de la investigación, y como ella se desarrollaría; obtuvimos para esto una autorización informal del paciente y de su familia, para la divulgación de la información acoplada. Establecemos que la entrevista con el familiar, para la aplicación del instrumento, ayudando al objetivo de la investigación sería hecha en el cuarto del paciente, después de su retorno de la sala del recuperación. Expliquemos que en ningún momento mencionaríamos su nombre y/o de su familia. Se respetaría su deseo aceptando o no el estudio. Nosotros, todavía, expliquemos que aceptar o no el estudio, no alteraría en nada su tratamiento y asistencia en el hospital. Nos pusimos a disposición para cualquier esclarecimientos que fuera necesario en el período perioperatorio dejando con ellos teléfono para contacto.

## **4. ANÁLISIS Y INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Se analizaron los datos obtenidos en las entrevistas según el método de Análisis de Volumen de BARDIN<sup>1</sup>. El análisis de contenidos significa "um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos extremamente diversificados. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade"<sup>1</sup> y oportuniza al pesquisador analizar mensajes recibidas llevando en cuenta el no-aparente, el no-dicho, la subjetividad a través de una lectura inicial de los datos. La técnica del análisis involucra tres fases:

a) el preanálisis que es la fase de la organización del material disponible entero, podría constituirse de la formulación de los objetivos y la elaboración de indicadores para la interpretación de los datos. La lectura fluctuante, que consiste en establecer contacto con los datos analizados, dejándose invadir por impresiones y orientaciones. Así, poco a poco la lectura va tornar se más precisa, en función de hipótesis emergentes, de la proyección de teorías adaptadas al material<sup>1</sup>;

b) el estudio del material, donde los datos brutos son codificados<sup>+</sup> a partir de los registros en categorías<sup>1</sup>;

c) el tratamiento de los resultados obtenidos y su interpretación: los datos brutos son tratados de manera significativos (hablantes) y válidos. El tratamiento de los resultados, inferencias y la interpretación consiste en la categorización del material y la interpretación de los resultados de las presupuestas teóricas que fundamentan el estudio.

En el presente estudio, presentamos solamente las categorías finales que fueron obtenidas a partir de una categorización inicial, donde hicimos el análisis del significado de las hablas expresadas por los familiares durante las entrevistas.

#### **4.1. Categorías encontradas:**

Las categorías encontradas fueron: Apoyo, Afecto, Bioseguridad, Conocimiento, Ignorancia, Nerviosismo, Preocupación, Calma, Sin miedo, Tranquilidad, Presencia.

Apoyo – significando todo lo que sirve como apoyo, sustentáculo. Las manifestaciones de apoyo son referidas en las expresiones: “Yo estaba hablando con ella”(A).

Afecto – significando afecto, amistad, son referidas como: “todos fueron muy gentiles”(A).

Conocimiento – significando noción, información, ciencia, como lo que es manifestado por el pariente a través de las expresiones: “Yo pude ver lo que pasó, como era el atendimiento”(C).

Preocupación – significando idea fija y prematura que perturba el espíritu al punto de producir pensamiento dominante y sufrimiento moral que se sobrepone a cualquier otro. Es manifestado por el pariente a través de las expresiones como: “era muy nervioso” (C).

Bioseguridad – entendido como condición de aquel o aquello en que se puede confiar en relación a las condiciones de vida, ellos se manifiestan con la expresión: “estaba todo preparado para la cirugía” (C).

Ignorancia – la afirmativa a seguir, ejemplifica la ignorancia de un familiar en relación al ambiente del quirófano “yo no sabía como era el quirófano” (A).

Las categorías Calma, Ansiedad, Presencia, Tranquilidad, Sin miedo, fueron encontradas a partir de:

Calma – el referencial presentado no la menciona, pero analizando

---

<sup>+</sup> “La codificación es un proceso donde los datos brutos son transformados sistemáticamente y agregados en unidad, permitiendo una descripción exacta de las características pertinentes del contenido”. Esta transformación por recorte a nivel semántico (o tema por ejemplo), o a nivel lingüístico, la agregación y enumeración nos permite atinjar una representación del contenido o de su expresión susceptible de esclarecer el analista respecto de las características del texto <sup>1</sup>.

su significado, transformé el nerviosismo expresado por el familiar en Calma, porque, después de las explicaciones, así como el ajuste del paciente en busca de su fuerza interior, para superar esa situación de angustia, paciente y familiar quedaron tranquilos: “Sentí que él estaba tranquilo, antes estaba nervioso: “me quedé tranquilo” (B).

Presencia – las manifestaciones para quedarse cerca del paciente en el quirófano, pueden transformarse en la Presencia: “Yo podría acompañarla en el quirófano para tranquilizarla” (D).

Tranquilidad – las expresiones como estar calmo, quedarse tranquilo, fueron entendidas como Tranquilidad: “Yo pienso que ella se quedó más tranquila con mi presencia en el quirófano” (D).

Ansiedad – había manifestaciones por los parientes de ignorancia a respecto del quirófano, como sería su entrada, como su familiar reaccionaría con su presencia, y la ansiedad frente al desconocido: “Yo no sabía como era el quirófano” (A).

Sin Miedo – esta categoría apareció, a partir de las expresiones que indican que el paciente estaba tranquilo con la presencia de su familiar en el quirófano: “Sentí que ella estaba tranquila, parece que no estaba con miedo” (B).

## **5 – CONSIDERACIONES FINALES**

El objetivo de este estudio era verificar junto a la familia, cuál era el significado de quedarse cerca del paciente desde el momento de la entrada en el quirófano, hasta que empieza la anestesia.

El análisis de las categorías encontradas, indican que los pacientes quedan más tranquilos con la presencia de su familiar en el quirófano. Esto refuerza la declaración del Carraro<sup>3</sup>, de que “los recursos del paciente no se encuentran apenas en sus propias fuerzas humanas, sino también en las de la enfermera, del doctor... familia, o sea, todos los que se preocupan con su bienestar”. Los familiares expresaron ignorancia a respecto del ambiente quirúrgico, y el proceso que involucra una operación. Esta ignorancia fue manifestada en expresiones como: “Yo no sabía como era el quirófano”.

A respecto de la cuestión: ¿cómo crees que su presencia nos ayudó? Todos los familiares afirmaron que su permanencia con el paciente en la sala de cirugía, solo ayudó.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
2. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. *Prática de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.
3. CARRARO, Telma Elisa. *Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale*. Goiânia: AB, 1997. 125 p.
4. CASTRO, Ieda Barreira. Prefácio à edição brasileira. In: NIGHTINGALE, Florence. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez, 1989.
5. FERRAZ, E. R. *Focalizando o paciente no centro cirúrgico*. São Paulo: Enf. USP, 1978. 167 p.
6. HENSE, Denise S. Siebert. *Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade*. Florianópolis, 1987. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).
7. KING, Imogene. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons, 1981.
8. PANZA, A. M. M. *Efeito da visita pré-operatória da enfermagem de centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório*. São Paulo: E. E. USP. 1977 Dissertação (Mestrado em Enfermagem).
9. TRAVELLBE, Joyce. *Intervención en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona*. Cali: OPS/OMS, 1979.
10. ZAPPAS, Sueli. *Cuidar/cuidado no centro cirúrgico: uma esperança ou uma realidade na prática da enfermagem?* Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem).

Recebido: 10/12/2001

Aceito: 15/1/2002