



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I – CAMPINA GRANDE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM

PRISCILLA ABILIO DE OLIVEIRA

**PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À
EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA**

CAMPINA GRANDE

2014

PRISCILLA ABILIO DE OLIVEIRA

**PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À
EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida.

CAMPINA GRANDE

2014

O48p Oliveira. Priscilla Abilio de.
Pós-operatório imediato [manuscrito] : a visão do cliente relacionada à experiência da cirurgia / Priscilla Abilio De Oliveira. - 2014.
55 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Departamento de Enfermagem".

1. Cliente cirúrgico. 2. Experiência cirúrgica. 3. Pós-operatório imediato. I. Título.

21. ed. CDD 610. 736 7

PRISCILLA ABILIO DE OLIVEIRA


**PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À
EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA**

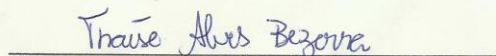
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para a obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 21 / 11 / 2014

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida
Orientadora


Prof.^a Esp. Maria José Gomes Morais
Examinadora


Prof.^a Me. Thaíse Alves Bezerra
Examinadora

Dedico este trabalho,

*A Deus, exemplo maior de amor, sabedoria e obrigação moral,
A minha mãe, Ana Maria, exemplo de caráter, dedicação e amor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido dentre inúmeras outras coisas a realização desta pesquisa. Agradeço por tudo que tens feito por mim e por tudo que ainda tens a fazer, por tuas promessas em minha vida e por tudo que és;

A minha mãe Ana Maria, por tudo que fez e com todo amor ainda faz por mim. Obrigado por todos momentos dedicados a mim, pelas palavras, pelos conselhos, pelo amor, pela honestidade, pelo afeto, pela amizade;

A minha filhinha Ana Vitória que tão pequenininha foi capaz de transformar todos os momentos tensos em momentos de felicidade. Obrigada pela oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor, revelando a certeza de que todos os dias, ao lado dela, são maravilhosos;

Ao meu esposo Jobson, pelo amor, paciência e companheirismo. Agradeço por sua existência, por estar sempre ao meu lado, pelo companheirismo, respeito e incentivo, pela paciência e por estar sempre presente em minha vida;

A minha sogra D. Maria, e as minhas cunhadas que com todo amor, carinho e paciência cuidaram da minha filha para que eu pudesse estudar e realizar essa pesquisa;

A Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) por tudo que eu aprendi, por todas as oportunidades e por ter permitido a realização do sonho de ser enfermeira;

A todos os professores que fizeram parte da minha trajetória acadêmica, pelos seus ensinamentos, dedicação e pelos conhecimentos adquiridos através deles;

A minha orientadora Prof. Enf. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida por toda atenção e dedicação. Agradeço pelo incentivo, pelos ensinamentos que me foram transmitidos, pela orientação desta monografia e por ter acreditado em mim;

As professoras Thaíse Alves Bezerra e Maria José Gomes de Moraes por ter disponibilizado um pouco do seu tempo e aceitaram participar da banca, compartilhando assim, seus conhecimentos;

As minhas amigas Amanda e Renata pelo apoio, amizade e convivência que nos fortaleceram durante o curso;

Aos clientes internados no pós operatório imediato na instituição onde foi realizada a pesquisa, que mesmo diante das dificuldades estarem passando por um momento tão estressante aceitaram participar desta investigação. Sem eles, esse trabalho não teria se concretizado.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho.

MUITO OBRIGADA POR TUDO!

“O homem vive preocupado em viver muito e não em viver bem, quando na realidade não depende dele o viver muito e sim o viver bem.” (SENECA, 4 a.C. – 65 d.C.)

RESUMO

Introdução. Quando um indivíduo recebe a notícia de que terá que submeter-se a um procedimento cirúrgico, automaticamente fica focalizado nas implicações deste evento em sua vida. A doença, o diagnóstico, a necessidade da cirurgia e a internação pós operatória, como forma de tratamento, significam que a saúde do mesmo pode está comprometida, exigindo, portanto, uma reação de enfrentamento. O cliente pode apresentar um alto nível de estresse e também desenvolver sentimentos que interfiram e atuem negativamente em seu estado emocional, tornando-o vulnerável e dependente. Diante dessa realidade, o seu bem-estar físico, emocional, espiritual e biopsicossocial deve constituir como um dos principais objetivos dos profissionais que lhe assiste. **Objetivo geral.** Analisar a percepção do cliente no pós- operatório imediato relacionada a experiência cirúrgica. **Objetivos específicos.** Investigar aspectos biopsicossociais, espirituais e os impactos físicos e emocionais relativos ao processo cirúrgico e a repercussão dos mesmos na vida social do indivíduo. **Metodologia.** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo de investigação, realizado no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luíz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio com auxílio de um gravador de voz e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardim. **Discussões dos resultados.** Inicialmente foram descritos os motivos pelos quais os clientes foram submetidos a determinados procedimentos cirúrgicos. Foi visto que a situação cirúrgica despertou nestes sentimentos variados como tristeza, ansiedade, medo, alívio e até mesmo a fé e alguns apresentaram percepções negativas e outros percepções positivas acerca da assistência hospitalar recebida no POI. O desejo de ficar bem e a necessidade da realização do procedimento cirúrgico configuram-se como as principais estratégias de enfrentamento encontradas por estes indivíduos. Percebe-se que alguns conseguem discorrer sobre os impactos decorrentes da cirurgia e outros não, pois ainda não tinham sido informados e ao mesmo tempo, para alguns foram fornecidas orientações sobre os cuidados pós-operatórios e para outros não. De forma geral, todos os participantes esperam com o processo cirúrgico receber alta, recuperar-se e que haja a resolutividade de sua condição de saúde. Alguns relatam eu esperam voltar a viver normalmente na sociedade e outros apresentam dificuldades por apresentarem alguma doença crônica. Uma parte dos clientes encontra-se satisfeita com a cirurgia e outra encontra-se insatisfeita porque a cirurgia tinha sido cancelada inúmeras vezes. **Conclusão.** O processo cirúrgico é, em geral, uma situação complexa, podendo desencadear sentimentos, percepções, expectativas e satisfações variáveis, que pode afetar os estados biopsicossociais, espirituais, físicos e emocionais do indivíduo, exigindo uma reação de enfrentamento. É necessário que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência com qualidade ao cliente cirúrgico, envolvendo não só o preparo físico como também o estabelecimento e desenvolvimento de diversas ações e cuidados de acordo com a especificidade de cada indivíduo.

Palavras-Chaves: cliente cirúrgico, experiência cirúrgica, pós-operatório imediato.

ABSTRACT

Introduction. When an individual receives the news that will have to undergo a surgical procedure, will be automatically focused on the implications of this event in his life. The disease, the diagnosis, the need for surgery and the postoperative hospitalization as a form of treatment, mean that its health is compromised may, therefore requiring a coping reaction. You may have a high level of stress and also develop feelings that interfere and act negatively on your emotional state, making it vulnerable and dependent. Given this reality, whether physical, emotional and biopsychosocial well-being should be one of the main goals of the professionals who assist you. **General Objective.** To analyze the perception of the customer in the immediate postoperative period related to surgical experience. **Specific Objectives.** To investigate the biopsychosocial, spiritual aspects and the physical and emotional impacts related to the surgical procedure. **Methodology.** This Is a qualitative study, exploratory and descriptive research, carried out in the Emergency Hospital and Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes in the city of Campina Grande. Data were collected through semi-structured interviews recorded in audio with the aid of a voice recorder and analyzed according to Bardim content analysis technique. **Discussion of Results.** Initially the reasons why customers were undergoing certain surgical procedures have been described. It has been seen that the surgical situation aroused in these varied feelings such as sadness, anxiety, fear, relief and even faith and some showed negative perceptions and other positive perceptions about hospital care received in the IPO. The desire to look good and the need for surgical procedure appear as the main coping strategies found by these individuals. It is noticed that some can discuss the impacts of the surgery and some do not, as they had not been informed and at the same time, for some guidelines were provided on the post-operative care and some do not. In general, all participants expect with the surgical process discharged, recover and there is the resolution of their health condition. Some report I hope to return to live normally in society and others present difficulties due to a chronic disease. Some customers is satisfied with the surgery and another is dissatisfied because the surgery had been canceled several times **Conclusion.** The surgical process is usually a complex situation, which can trigger feelings, perceptions, expectations and satisfaction variables that can affect the biopsychosocial, spiritual, physical and emotional states of the individual, requiring a coping reaction. It is necessary that the nursing staff offers assistance with quality surgical client, involving not only physical fitness but also the establishment and development of various actions and care in accordance with the specificity of each individual.

Key-Words: customer surgery, surgical experience, immediate postoperative.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP - COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

DM - DIABETES MELLITUS

FAB - FERIMENTO POR ARMA BRANCA

FAF - FERIMENTO POR ARMA DE FOGO

POI - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

POM - PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

SRPA - SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UCPA - UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

UEPB - UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 13 |
| 2. OBJETIVOS | 16 |
| 2.1. Objetivo geral | 16 |
| 2.2. Objetivos específicos | 16 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 17 |
| 3.1. Origem e abordagem sociocultural dos procedimentos cirúrgicos | 17 |
| 3.2. Considerações gerais sobre a enfermagem perioperatória | 18 |
| 3.3. A situação de saúde e a problemática do cliente relacionada à experiência do processo cirúrgico | 20 |
| 4. METODOLOGIA | 25 |
| 4.1. Tipo de pesquisa | 25 |
| 4.2. Cenário da pesquisa | 25 |
| 4.3. População e amostra | 25 |
| 4.4. Critérios de inclusão e exclusão | 26 |
| 4.5. Instrumento e procedimentos para coleta dos dados | 26 |
| 4.6. Análise e apresentação dos dados | 26 |
| 4.7. Aspectos éticos | 26 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES | 27 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| REFERÊNCIAS | |
| APÊNDICES | |
| ANEXOS | |

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem perioperatória consiste em três fases importantes. A fase pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. A fase pré-operatória por sua vez divide-se em pré-operatório mediato que vai do momento da marcação da cirurgia até 24 horas antes do procedimento e pré-operatório imediato que vai das 24 horas antes da cirurgia até a transferência do cliente para a mesa da sala de cirurgia (JUAN, 2009).

A fase intraoperatória começa quando o cliente é recebido na mesa da sala de cirurgia e termina com sua admissão na UCPA¹ e a fase pós-operatória por sua vez divide-se em pós-operatório imediato que inicia-se com a admissão do cliente na UCPA ou na unidade de internação pós-cirúrgica e se estende por 48 horas; pós-operatório mediato que vai das 48 horas iniciais até o momento da alta e pós-operatório tardio que é o período de convalescência em casa (BRUNNER e SUDDARTH, 2011).

O significado do procedimento cirúrgico para o cliente é variável e cercado por diversos sentimentos que vão desde o alívio por solucionar um problema até o medo de invalidez ou morte. O mesmo, ao ser admitido para uma cirurgia, traz consigo ansiedades e dúvidas em virtude da necessidade de ser submetido a um procedimento invasivo e desconhecido.

Segundo Umann (2010), os diferentes sentimentos vivenciados pelo cliente cirúrgico, muitas vezes comprometem o enfrentamento do procedimento. O medo do desconhecido se destaca como a principal causa de insegurança e de ansiedade do indivíduo no pós-operatório, além de existir o medo da dor após a anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado e até mesmo o medo da morte.

A situação cirúrgica, portanto, é complexa sendo, pois, um evento multideterminado, com diversas variáveis combinadas que interagem constantemente entre si. É possível que a experiência do procedimento cirúrgico desencadeie sentimentos variados que muitas vezes podem afetar os estados físicos, emocionais, psicológicos e sociais do indivíduo submetido a cirurgia de qualquer natureza (SANTOS et al, 2006).

No pós-operatório, o indivíduo encontra-se numa fase de vulnerabilidade e instabilidade, com a sua capacidade psicológica adaptativa alterada, uma vez que o processo de dúvidas e busca de resultados, que dão suporte à avaliação cognitiva, sofre uma ruptura quando a pessoa é submetida a um procedimento cirúrgico, o qual envolve as técnicas anestésicas, o

¹ Unidade de Cuidados Pós-Anestésica

preparo do paciente e do ambiente e toda tensão e ansiedade relativa ao procedimento (HUF, 2009).

Deslandes (2012) refere que a hospitalização no pós-operatório imediato é uma experiência estressante que envolve profunda modificação nas atividades, oriunda da limitação das funções diárias, da privação do convívio social associada à descontinuidade de suas experiências sociais, além do cumprimento de normas e regras institucionais. Somado a isto, deve ser considerado que o ambiente cirúrgico, além de desconhecido, conta com pessoas e equipamentos estranhos ao cotidiano do cliente, o que pode gerar mais ansiedade, medo e contribuir para um maior risco de trauma emocional.

De acordo com Huf (2009, P. 18), “cliente é constituído de um todo que engloba a sua cultura, os seus princípios e valores, a sua religião ou filosofia de vida, a sua situação socioeconômica, o seu estado emocional e biológico, entre outros”.

Assim, de acordo com esse enfoque todo acontecimento humano é um fenômeno biopsicosociocultural. Sob esta ótica, o ato cirúrgico, considerado um evento deste nível, compreende a totalidade de fatores envolvidos, desde as reações da pessoa diante do diagnóstico da necessidade da cirurgia, associadas ao funcionamento e à organização do ambiente e da equipe, assim como o desenvolvimento da cirurgia, as técnicas relacionadas, seus resultados e até a cultura em que o cliente está inserido interfere no fenômeno como um todo (GONÇALVES, 2010).

De acordo com Gabarra e Crepaldi (2009), para que se consiga humanizar o atendimento de enfermagem, é preciso que a equipe seja sensibilizada e preparada para fazer a diferença no cuidado qualificado, passando a entender o cliente em suas dimensões biopsicossocial e espiritual. O enfermeiro é responsável por orientar o mesmo e seus familiares, esclarecendo às dúvidas pertinentes a internação pós-operatória e aos procedimentos e cuidados destinados nessa fase, conferindo-lhes maior tranquilidade e segurança.

É necessário, portanto, ter uma visão ampla dessa temática. Existem cinco tipos de variáveis interdependentes que devem ser observadas criteriosamente quando um cliente submete-se a um procedimento cirúrgico: as físico-químicas, as biológicas, as psicológicas, as sociais e as culturais; cada qual com suas características particulares. É importante a avaliação da experiência vivida pelo cliente para favorecer a máxima cooperação do mesmo e promover a adesão ao tratamento para que a recuperação seja mais rápida (JUAN, 2009).

A partir desta compreensão, esta pesquisa objetivou analisar a percepção do cliente relacionada ao procedimento cirúrgico no pós-operatório imediato, investigando os aspectos psicológicos, espirituais e sociais a partir da análise da percepção do cliente relacionado à

experiência cirúrgica e identificando os impactos físicos e emocionais oriundos do procedimento cirúrgico.

2 OBJETIVOS

2.2 Objetivo geral

Analisar a percepção do cliente relacionada à experiência da cirurgia no pós- operatório imediato.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar aspectos psicológicos, espirituais e sociais a partir da análise da visão do cliente relacionado à experiência cirúrgica;
- Identificar os impactos físicos e emocionais oriundos do processo cirúrgico e a repercussão dos mesmos na vida social do indivíduo.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Origem e abordagem sociocultural dos procedimentos cirúrgicos

Para melhor compreensão quanto a abordagem atual da assistência de enfermagem e a situação do cliente cirúrgico relacionada a experiência da cirurgia, é importante resgatar a origem e o contexto sociocultural em que os procedimentos cirúrgicos vêm se desenvolvendo ao longo do tempo.

A evolução da Enfermagem se fez presente em sua função primordial relacionada a arte de cuidar. Durante a história, foi relacionada sua arte com a prática mágico-sacerdotal das sociedades primitivas, passando pela evolução monástico-medieval até os dias de hoje no mundo moderno, onde a Enfermagem surge como uma prática profissional institucionalizada (MALAGUTTI e BONFIM, 2009).

A enfermagem moderna participou da evolução do tratamento cirúrgico, sendo reconhecida para atuar em centros cirúrgicos e áreas afins, como cuidadora e com a visão holística de Nightingale voltada para o doente, surgiu a ciência do cuidar com bases humanísticas para o processo de cura (TUBINO e ALVES, 2009).

De acordo com Zago e Rossi (2008), a origem da cirurgia é antiga. Desde a pré-história, já eram realizados ajustamentos de fraturas, amputações e trepanagens cranianas, passando pela idade média com a predominância das doenças infecciosas, em que as cirurgias eram realizadas sem anestésico, e os clientes morriam por hemorragias e infecções.

Os autores supracitados enfatizam também que até o século XVIII, não havia preocupação ou cuidados relacionados à higiene. As barbearias eram, também, as salas cirúrgicas. Ao mesmo tempo em que se extraía um dente, cortava-se cabelo ou amputava-se uma perna e os cirurgiões eram homens práticos e seus instrumentais eram inadequados.

Segundo Tubino e Alves (2009), a partir do século XIX, com a melhoria das condições de vida e higiene, o alto índice de mortalidade cirúrgica foi diminuindo e atribui-se como uma das grandes responsáveis pela redução deste índice, Florence Nightingale, pois sua preocupação com as condições de higiene dos hospitais na época resultou em ações que revolucionaram as noções de assepsia e antissepsia existentes. Suas medidas de limpeza, de alimentação e vigilância adequadas aos soldados feridos na Guerra da Criméia, reduziram a mortalidade de 42% para 2%.

As cirurgias foram tornando-se procedimentos mais seguros. Descobriu-se então a pinça hemostática para laquear os vasos, diminuindo os riscos para hemorragias e as descobertas de

Pasteur na microbiologia e de Lister na utilização de substâncias químicas para a destruição de germes, possibilitaram a realização de assepsia e antissepsia cirúrgica, seguidas, portanto pela descoberta da anestesia a partir de 1842 nos Estados Unidos. Como consequência, o uso de luvas, máscaras, aventais e gorros cirúrgicos evoluiu naturalmente (BEDIM, RIBEIRO, e BARRETO, 2009).

Principalmente entre 1940 e 1959, a assistência de enfermagem aos clientes cirúrgicos tornou-se mais complexa, em que a orientação ao cliente foi incorporada aos cuidados pré e pós-operatórios, com ênfase nas necessidades individuais e preparo psicológico (MALAGUTTI e BONFIM, 2009).

Diante disto, percebe-se que nos últimos anos, a pesquisa na área da enfermagem cirúrgica foi intensificada, tornando-se cada vez mais necessária, visando à melhora da qualidade da assistência tanto no preparo pré-operatório, quanto na recuperação do cliente.

3.2 Considerações gerais sobre a enfermagem perioperatória

Malagutti e Santos (2009), definem centro cirúrgico como um setor específico que necessita de profissionais preparados e bem treinados para cumprir o exercício da enfermagem com responsabilidade e competência devido as implicações sobre a vida do cliente, que podem ser positivas ou negativas dependendo da assistência prestada aos mesmos.

Atualmente, a atuação da enfermagem no centro cirúrgico é muito importante, sendo o enfermeiro responsável, tanto por questões administrativas, quanto por prover a assistência ao cliente como um todo (AKEME, 2009).

Segundo Demasceno et al (2009), com a atuação do enfermeiro na assistência perioperatória, foi realizada a implementação de um modelo baseado na SAE², visando as necessidades do cliente cirúrgico e continuando com a visão humanista, a SAEP³, processo este que tem como objetivo promover, manter e recuperar a saúde do cliente e a tranquilidade de seus familiares devendo ser desenvolvido por enfermeiros, com conhecimentos técnicos e científico.

O objetivo de assistir o cliente de forma humanizada e holística visa prevenir complicações, garantindo a segurança, reduzindo o estresse e ansiedade, contribuindo para o bem-estar físico e emocional do cliente. Brunner e Suddarth (2011), afirmam que o conceito de

² Sistematização da Assistência de Enfermagem

³ Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

enfermagem perioperatória salienta a importância de prestar uma assistência contínua ao cliente cirúrgico além da evolução tranquila do tratamento mediante a participação do enfermeiro do centro cirúrgico em cada fase da assistência.

Um procedimento cirúrgico pode apresentar diversas classificações, dessa forma, a cirurgia pode ser classificada quanto a finalidade em: diagnóstica, curativa, reparadora, reconstrutora e paliativa. A cirurgia também pode ser classificada de acordo com o grau de urgência, podendo ser de emergência, urgência, necessária ou eletiva (BRUNNER e SUDDARTH, 2011).

Ferraz et al (2010), classificam as cirurgias de acordo com o potencial de contaminação em limpas, que são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas e traumáticas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem e cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário; potencialmente Contaminadas que são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório.

As cirurgias contaminadas são aquelas realizadas em tecidos traumatizados recentemente e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrida falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local e infectadas, que são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja (MALAGUTTI E BONFIM 2009).

Okani e Matsubara (2009), afirmam que a enfermagem perioperatória engloba uma série de funções do enfermeiro relacionadas à experiência cirúrgica do cliente, abordando papéis relevantes para as três fases da experiência cirúrgica: pré-operatório, transoperatório ou intra-operatório e pós-operatório.

Gallegaro et al (2010), afirmam que o período pré-operatório inicia-se no momento em que o cliente é informado sobre o procedimento cirúrgico o qual irá ser submetido até o momento em que o mesmo é recebido no centro cirúrgico. É um período muito importante pois tem a finalidade de educar o cliente, explicando rotinas, procedimentos e esclarecimento de dúvidas, além da realização de exames adequados para avaliação da condição de sua saúde.

O período transoperatório corresponde ao momento em que o cliente é recebido no Centro cirúrgico, onde ocorre a avaliação da indução anestésica e os cuidados de enfermagem no intra-operatório, na permanência em sala cirúrgica até sua transferência. O período intra-

operatório corresponde ao momento em que o mesmo é conduzido à sala de cirurgia, devendo ser recepcionado de forma adequada, apresentando o ambiente conforme já orientado durante a visita pré-operatória até o seu encaminhamento após o ato cirúrgico (ROLAND e CESARINO, 2007).

O pós-operatório corresponde ao período pós-realização do procedimento cirúrgico dividido em três momentos distintos: pós-anestésico, pós-operatório imediato e pós-operatório mediato. O pós-anestésico corresponde ao momento que o cliente chega à SRPA⁴ até a sua alta para a unidade de origem, devendo ser colocados nesta unidade para facilitar o monitoramento e suporte hemodinâmico e pulmonar avançado e caso ocorra alguma complicação neste período considerado crítico, o cliente deve ser encaminhado para unidade de terapia intensiva, dando continuidade à assistência pós-operatória (ROMUALDO, 2011).

O pós-operatório imediato é a etapa que ocorre a partir do momento do término dos procedimentos cirúrgico-anestésicos, prosseguindo pelas primeiras 48 horas após a cirurgia. Já o pós-operatório mediato inicia-se após 24 horas do pós-operatório imediato, quando o enfermeiro, juntamente com a equipe médica, avalia os resultados do pós-cirúrgico, traçando um planejamento do cuidado e prescrição de enfermagem (CHRISTÓFORO e CARVALHO, 2009).

3.3 A situação de saúde e a problemática do cliente relacionada a experiência do processo cirúrgico

A figura central nos serviços de saúde é indiscutivelmente o cliente, o qual também é um ser humano, membro de uma família e um cidadão da comunidade, cujas necessidades variam, dependendo de seus problemas, circunstâncias associadas ou experiências pregressas (LAGES, et al, 2009).

O procedimento cirúrgico pode ser uma experiência nova na vida do indivíduo, e muitas vezes o que é desconhecido pode causar ansiedade, medo e despertar dúvidas. De acordo com Gabarra e Crepaldi (2009), estes sentimentos provocados pela possibilidade de uma intervenção cirúrgica podem afeta-lo se estes não forem expressos e conscientizados.

Em geral, observa-se que o foco da assistência de enfermagem é o atendimento às necessidades do cliente, no entanto, este não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização. Seus familiares e outras pessoas envolvidas diretamente com o mesmo,

⁴ Sala de Recuperação Pós-Anestésica

compartilham a angústia, o medo e o sofrimento desse momento. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde dispense atenção tanto ao cliente quanto aos seus familiares, com o objetivo de facilitar o enfrentamento dessa nova experiência, ajudando-os a compreender, aceitar e enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar (MARUITI e GALDEANO, 2007).

O esquema hierárquico das necessidades humanas descreve que estas são classificadas em necessidades fisiológicas; segurança e seguridade; pertencer e afeição; estima e autorrespeito; e autoconhecimento, o que inclui o autopreenchimento, desejo de saber e compreender e as necessidades estéticas. É notório a importância da aplicação dessa hierarquia a diversos modelos da assistência de enfermagem para avaliação das possibilidades, limites e necessidade de intervenção de enfermagem ao cliente cirúrgico, para propor uma vivência hospitalar direcionada para o conforto, bem-estar e redução de riscos e complicações (SAMPAIO, 2009).

O pós-operatório imediato é o momento em que o cliente irá precisar vivenciar de fato a hospitalização para sua recuperação. Para Fighera e Viero (2009), este é um evento que envolve uma grande capacidade de adaptação do indivíduo às várias mudanças que ocorrem no cotidiano em que as dificuldades de adaptação podem ocorrer no momento em que o cliente não é atendido adequadamente em suas necessidades básicas, agravando com isso as sensações de isolamento e angústia pré-existentes. Essas dificuldades são suficientes para produzirem uma crise emocional que dependendo da intensidade, pode desorganizar temporariamente sua rotina de vida.

Andrade et al (2009), referem que durante o período POI⁵, os cuidados de enfermagem devem focar o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do cliente, o alívio da dor, a prevenção de complicações e a educação do mesmo para o autocuidado, ajudando-o a retornar rapidamente a sua função normal com segurança e conforto, reduzindo a ansiedade, medo e sentimentos negativos advindo do pós-cirúrgico e contribuindo para o restabelecimento de suas condições físicas, emocionais e sociais.

Cosmo e Carvalho (2010), também abordam a temática, afirmando que o momento da internação é vivido de forma extremamente dramática, não importando o tipo de cirurgia à qual o cliente foi submetido, mas sim o modo como o mesmo vivencia esse momento. Para eles, o estado emocional no POI atua diretamente sobre suas ações e reações.

⁵ Pós-Operatório Imediato

As ações assistenciais prestadas nesta fase são de relevante importância para avaliação dos aspectos emocionais, físicos, psicológicos e sociais relativos ao cliente dentro das condições clínicas, pois muitas vezes deparam com um ambiente novo e desconhecido inserido entre artefatos e complicações.

A internação hospitalar pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do cliente, pois, a hospitalização pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando o processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar e em grandes períodos de internação, pois o cliente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta, e não mais pela sua singularidade enquanto indivíduo (FIGHERA E VIERO, 2009).

Ruschel, Daut e Santos (2010), afirmam que quando os aspectos psicológicos não são considerados na situação de tratamento cirúrgico, poderá haver aumento da predisposição para complicações emocionais que prejudicam a convalescença, chegando a intensificar, em algumas situações, a morbidade no período pós-operatório, também referem que a cirurgia é uma experiência de muita ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional característica. A forma como cada um enfrenta esse tipo de intervenção poderá facilitar ou não a completa recuperação e readaptação à vida normal.

Dentre as principais fontes de ansiedade, inclui-se a separação do seu convívio familiar, domiciliar e de seus pertences, o medo com relação aos diagnósticos e prognósticos e da necessidade de assumir o papel de doente e antecipar questões diretamente relacionadas com o físico, tais como o ato cirúrgico, a dor e a perda do controle sobre si mesmo (HADDAD, ALCÂNTARA e PRAES, 2011).

Durante a internação no pós-operatório, surgem alterações físicas manifestadas através de dores na incisão, incômodo pela presença de drenos, sondas, sendo percebidas pelos clientes como mais ou menos importantes, de acordo com a ameaça à integridade física, alteração na rotina de vida e o desconforto causado. Para a equipe de enfermagem, estas manifestações são interpretadas como sintomatologia clínica, e são considerados aspectos muito importantes para a assistência, sendo de suma importância o trabalho da forma como o cliente e sua família as entendem e classificam (CREPALDI e HACKBARTH, 2012).

Os autores ressaltam que outro ponto importante, é relacionado à perda do controle, o que tem a ver com o fato do cliente não conseguir cuidar de si, relacionado com a limitação da capacidade física que o indivíduo experimenta, e a falta de conhecimento, que prejudica a tomada de decisão relacionada aos procedimentos cirúrgicos.

Existem aspectos que são expressos como sensações de limite e de perda. A sensação de limite está relacionada com a dependência da ajuda dos outros. E a sensação de perda, relaciona-se ao afastamento do convívio com os amigos, familiares, de seus pertences, de sua vida e sua individualidade (ZAGO E ROSSI, 2008).

O medo e a ansiedade característicos a estes clientes podem ser amenizados através do fornecimento de informações, mediante ações educativas oriundas da equipe de enfermagem, onde o conhecimento, a confiança no sistema de saúde e a religiosidade podem surgir como âncoras principais para a ausência do medo, considerando que os sentimentos negativos no pós-operatório não está relacionada exatamente com a diversidade étnica, mas sim com a presença ou ausência de informações adequadas aliadas a humanização na assistência (BEDIM, RIBEIRO, e BARRETO, 2009).

Neste sentido, é notório a importância do ensino para o autocuidado pois as informações, o desenvolvimento de habilidades e a promoção de mudanças de comportamento são em geral necessárias para adaptações bem sucedidas, reduzindo a perda de controle que pode ocorrer quando não há um adequado aprendizado.

Para Figueiredo et al (2010), a equipe de enfermagem é responsável pelas orientações, desde higiene e curativos simples até cuidados técnicos mais sofisticados para serem desenvolvidos no domicílio. Com o aumento no interesse de manter e promover a saúde ao contrário de simplesmente tratar a doença, a educação para a saúde deve se tornar um tema central uma vez que a enfermagem se define como a arte de ajudar as outras pessoas para manter a vida, recuperar-se da doença e/ou adaptar-se a viver de acordo com suas limitações, tendo como objetivo principal conseguir que os clientes sejam autossuficientes em diferentes graus.

Observa-se, portanto, a necessidade de serem repassadas orientações aos clientes no pós-operatório, a fim de minimizar situações desconfortáveis. Contudo, recomenda-se que estas orientações possam ser fornecidas em um momento não padronizado, em que as individualidades sejam respeitadas, havendo uma postura de receptividade pelo profissional. É importante deixar um espaço para o cliente expressar os seus medos e ansiedades, não existindo um melhor momento para ações educativas e sim, respeito pelas necessidades individuais do cliente submetido à cirurgia (CASCAIS, MARTINS e ALMEIDA, 2007).

O enfrentamento, representa também uma tentativa do indivíduo exercer algum controle sobre o ambiente onde ele se insere, relacionando-se com ele de forma mais adaptativa, uma vez que o ambiente de internação pós-operatória é interpretado como um lugar novo, estranho e desconfortável onde pode ocorrer o distanciamento dos entes queridos.

Além disso, Gonçalves (2010) descreve o enfrentamento como estratégia desenvolvida para enfrentar as situações. É um esforço cognitivo e comportamental realizado para dominar, tolerar ou reduzir as demandas externas e internas e o conflito entre elas. Partindo do pressuposto de que as crenças individuais traduzem as ideias e julgamentos sobre a realidade vivenciada e que as normas fundamentam as condutas servindo de guia na compreensão do significado da realidade.

A realização de uma cirurgia é, portanto, um acontecimento importante na vida de uma pessoa que encerra um significado próprio, já que através dela, essa pessoa espera viver de forma mais saudável, com melhor qualidade de vida.

Uma intervenção cirúrgica não é uma ocorrência rotineira na vida de um indivíduo. Ela requer um preparo prévio dessa pessoa e de seus familiares, que muitas vezes necessitam afastar-se de seus trabalhos, lares e de sua vida normal por algum tempo. Além disso, essas pessoas necessitam mobilizar recursos físicos, emocionais, psicológicos e espirituais além de desenvolver métodos para o enfrentamento da problemática (CAVALCANTE e PAGLIUCA, 2010).

É necessário que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência com qualidade ao cliente cirúrgico, envolvendo não só o preparo físico como também o estabelecimento e desenvolvimento de diversas ações e cuidados de acordo com a especificidade de cada indivíduo, para maximizar a qualidade da assistência, promovendo uma recuperação mais efetiva.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo de investigação. Segundo Lakartos e Marconi (2011), a pesquisa qualitativa se fundamenta na interpretação e na tentativa de um entendimento mais aprofundamento do objetivo de estudo, tendo um caráter de pesquisa exploratória. Raupp e Beuren (2006), afirmam que por meio de um estudo exploratório buscase obter uma visão geral acerca do assunto abordado. Esse tipo de estudo consiste no aprofundamento de conceitos preliminares sobre determinada temática, proporcionando maiores informações sobre o tema que se vai investigar. O estudo descritivo, na concepção de Viera (2009), objetiva conhecer e interpretar os fatos sem interferir para modifica-los.

4.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande, no período de 04 a 13 de agosto de 2014.

O Hospital dispõe de 242 leitos, sendo 30 de UTI (adulto, pediátrica e de queimados), com área construída de 22 mil metros quadrados. Construído na extensão da Avenida Floriano Peixoto, no bairro das Malvinas, tido como referência no Estado e o segundo maior do Norte-Nordeste, executando serviços de urgência e emergência clínica e pediátrica, tendo capacidade para atender a 1,9 milhão de paraibanos (52% da população do Estado), incluindo Agreste e Borborema e Cariri e Sertão totalizando, 173 municípios (SECON PB, 2011).

4.3 População e Amostra

Foram entrevistados 12 clientes que se encontravam no pós-operatório imediato, dentre eles 05 do gênero masculino e 07 do gênero feminino que foram informados sobre o estudo e aceitaram participar do mesmo através da assinatura do TCLE⁶, (Apêndice B). Essa população era composta de idosos vitimados de quedas, idosos e pessoas jovens acometidos por diabetes mellitus, jovens acometidos por acidente de motocicleta ou com arma branca e jovens acometidos por patologias digestórias.

⁶ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo clientes admitidos no serviço que se encontravam no POI, independente do tipo de procedimento cirúrgico, que estavam conscientes e que aceitaram participar do mesmo.

Foram excluídos os clientes que estavam internados para tratamento clínico, no POM⁷, inconscientes ou que não aceitaram participar da pesquisa.

4.5 Instrumento e Procedimento para Coleta de Dados

Foi utilizado um questionário semi-estruturado (Apêndice A), contendo alternativas que contemplavam os objetivos deste estudo. As entrevistas foram gravadas por meio de um gravador de voz e foi observado um horário de menor fluxo de atividades para que o cliente se sentisse mais à vontade para responder os questionamentos.

4.6 Análise e Apresentação dos Dados

Os resultados de cada questionamento foram transcritos, agrupados por critério de semelhança, analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardim (2011) e divididos em categorias, as quais foram estabelecidas após o agrupamento por critério semântico.

4.7 Aspectos Éticos

O desenvolvimento deste estudo seguiu as diretrizes da resolução 344/12 que regulamenta as normas aplicadas à pesquisa que envolve direta ou indiretamente seres humanos.

O mesmo foi enviado ao CEP⁸ da UEPB⁹, tendo sido aprovado: CAEE N 31049014.5.0000.5187. (anexo C).

⁷ Pós-Operatório Mediato

⁸ Comitê de Ética e Pesquisa

⁹ Universidade Estadual da Paraíba

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente os clientes foram questionados sobre o que motivou a realização da cirurgia e com isso foram obtidas seis categorias: categoria 1: acidente de moto; categoria 2: pilotando moto alcoolizado; categoria 3: cirurgia geral; categoria 4: fratura causada por queda; categoria 5: complicações por diabetes mellitus; categoria 6: ferimento por arma branca.

CATEGORIA 1: ACIDENTE DE MOTO

Esta categoria discorre sobre um dos problemas de saúde pública frequente na atualidade que são os acidentes causados por motocicletas e suas consequências.

[...] sofri um acidente de moto [...] tive duas costelas quebradas e o baço perfurado (E1).

A partir da década de 1980, as causas externas passaram a representar a segunda causa de morte no Brasil e a primeira para aqueles que se encontram entre 5 e 39 anos. Nesse contexto, variados estudos epidemiológicos publicados caracterizam as causas externas e suas vítimas sob os mais diferentes aspectos, enfatizando a violência que resulta em danos quantificáveis que matam e lesam as pessoas (SANTOS et al, 2009).

A vulnerabilidade do usuário de moto é evidente. Na colisão, que é um dos tipos de acidentes de motocicleta mais comum, o condutor absorve em sua superfície corpórea toda a energia gerada pelo impacto, seja de encontro com a via pública, seja com os objetos da mesma ou com outros veículos a motor. Como consequência, há ocorrência de vítimas politraumatizadas, sendo as lesões mais graves localizadas na cabeça e nas extremidades, as quais são regiões mais frequentemente acometidas (SADO et al, 2009).

As lesões mais frequentes decorrentes de acidentes de moto e que levam ao óbito são as fraturas de membros e pelve, seguido de trauma, laceração ou rotura de órgãos torácicos e abdominais e traumatismos crânio encefálico (KOIZUMI, 2010).

Considerando o número elevado de motociclistas circulando, em sua maioria, sem utilização dos equipamentos de segurança preconizados, fica evidente que algumas estratégias determinadas pela política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências no trânsito precisam ser implementadas, tais como: estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas, principalmente aquelas ligadas a comportamentos no trânsito, riscos de acidentes devido às condições do veículo e uso indevido dos equipamentos de segurança; articular pessoas dos setores de educação, justiça e segurança pública, visando à criação de protocolos de cooperação na prevenção destes acidentes e também, capacitar os profissionais

de saúde que atuam na área conforme recomendam as diretrizes referentes ao tema (SANTOS et al, 2009).

Neste contexto, o acidente envolvendo motociclista se reveste de grande preocupação. A prevenção deste tipo de acidente é o meio mais importante para evitar a morbimortalidade acentuada (NUNES et al, 2010).

Pelo exposto, percebe-se que o trauma provocado por acidentes de moto merece atenção, especialmente em relação ao planejamento de ações preventivas, assim como de controle, afim de conscientizar os condutores e minimizar a problemática.

CATEGORIA 2: PILOTANDO MOTO ALCOOLIZADO

A presente categoria fala sobre a problemática dos acidentes de moto motivados pela ingestão alcoólica e suas consequências.

[...] Eu bebi e perdi o controle da moto [...] levei um corte muito profundo no rosto (E2).

Os acidentes de trânsito, como importantes fatos da morbimortalidade geral, são considerados, hoje, verdadeiro problema de saúde pública em muitos países, em especial no Brasil. Observa-se que é um dos principais fatores responsáveis pela alta incidência de acidentes com vítimas (ABREU, et al, 2010).

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas é um problema sério de saúde pública e seu monitoramento é essencial para conhecer padrões de consumo e os segmentos populacionais mais vulneráveis, aspectos fundamentais para subsidiar políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco (MOURA, et al, 2009).

O uso de álcool e outras drogas é frequentemente associada a acidente de trânsito e principalmente de motocicleta. Uma vez que a bebida gera uma sensação de confiança nos condutores de veículos a motor, além de produzir perda nas suas habilidades de tempo de reação e coordenação, tornando-se bastante violentos e associados a altas taxas óbitos dos condutores e passageiros (NASCIMENTO, 2010).

Salgado et al (2012), refere que a associação entre álcool e direção é um dos principais fatores que potencializam os acidentes. Sob efeito do álcool, a probabilidade de um motociclista ser vítima fatal em um acidente, é sete vezes maior do que uma pessoa sóbria. De fato, evidências indicam que entre um quarto e metade dos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, com vítimas fatais, estão associados ao uso do álcool por algum dos envolvidos.

Neste sentido, com o advento da Lei 11.705 (Lei seca) que alterou o Código de Trânsito Brasileiro e estabeleceu o que foi divulgado como tolerância zero, o Brasil tornou-se, então, um

dos países com legislação mais severa, ficando atrás de poucos outros países como, por exemplo, o Japão, que define a concentração alcoólica em zero (BRASIL, 2008).

Conclui-se, pois, que a imposição, na legislação de trânsito, de limites ao teor de álcool permitido no sangue dos motociclistas é eficaz na prevenção da associação entre álcool e direção. Mas não deve ser a única. Outras medidas devem somar-se a ela: o monitoramento por meio de pesquisa (randomizada e com teste de bafômetro), a contínua fiscalização pelas autoridades de trânsito (principalmente nos horários e locais mais prevalentes). Deve crescer, para o condutor dirigindo sob efeito de álcool, o sentimento de que pode ser apanhado e que sua punição virá rápida, não só no aspecto pecuniário, mas também penal (NASCIMENTO, 2014).

Espera-se que, com a adoção destas medidas, seja estabelecido um sistema eficiente de controle e redução do “beber e dirigir”, favorecendo o surgimento de uma cultura de sobriedade no trânsito.

CATEGORIA 3: CIRURGIA GERAL

Fiz cirurgia de vesícula [...] tava sentindo muitas dores e vomitando [...] (E4);

Tive uma apendicite aguda. Eu vim trabalhar ai eu tava sentindo uma dor muito forte [...] (E6);

Fiz uma cirurgia no intestino [...] (E11).

De acordo com Ferraz, et al (2011), a cirurgia e o controle clínico do paciente cirúrgico apresentaram nos últimos anos avanços importantes que refletiram diretamente em uma queda nas taxas de morbimortalidade de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Pode-se observar prevalência de cirurgia geral relacionada ao aparelho gastrointestinal, em que a recuperação pós-operatória de pacientes submetidos a cirurgia no aparelho digestório, continua sendo um grande desafio para o cirurgião.

Observa-se que grande parte das rotinas voltadas aos cuidados pós-operatórios em cirurgia abdominal vem se mantendo pouco alteradas ao longo do tempo. Isto tem sido impulsionado por antigos conceitos, paradigmas médicos que persistem em cirurgia e acabam por criar receios nos profissionais envolvidos no tratamento desses clientes (NASCIMENTO et al, 2009).

O cuidado prestado durante o período pós-operatório deve ser planejado de acordo com a individualidade de cada cliente, baseado em evidências científicas e determinado pelo estado

de saúde do paciente, tipo de cirurgia, rotina implantada na instituição, tempo disponível entre momento de internação e momento de cirurgia e as necessidades particulares apresentadas (CHRISTÓFORO E CARVALHO, 2009).

CATEGORIA 4: FRATURA CAUSADA POR QUEDA

A categoria a seguir trata de uma causa comum de cirurgias, especialmente na população idosa que são as fraturas decorrentes de quedas.

Eu escorreguei no quintal e cai [...] fiquei um mês internada aqui ai ontem fizeram a cirurgia no meu ombro (E7);

As quedas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, principalmente em idosos. Estes eventos além de produzirem importante perda de autonomia e qualidade de vida, podem também repercutir entre os cuidadores, principalmente familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda sua rotina em função da recuperação ou adaptação do cliente (CARVALHO E COUTINHO, 2010).

Esta é atualmente uma preocupação relevante do sistema de saúde, pela frequência com que ocorre e pelas consequências em relação à qualidade de vida, sendo causa crescente de lesões e fraturas em diversos segmentos corporais, alto custo no tratamento devido a ocorrência de longos períodos de internação e períodos extensos de reabilitação em muitos casos, ocorrendo maior risco de dependência e maior índice de morbimortalidade (MAZO, et al, 2010).

De acordo com Carvalho e Coutinho (2010), as consequências diretas da queda podem restringir as atividades devido às dores, incapacidades, medo de novas, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou, até mesmo, por aconselhamento de profissionais. Isso acarreta diversos impactos na vida do cliente vitimado, de familiares e cuidadores, pois podem levar a morbidade importante, mortalidade, perda funcional, hospitalização, institucionalização e aumento na demanda de consumo de Serviços Sociais e de Saúde.

Entre os adultos mais velhos, as quedas são as principais causas de fraturas, internações hospitalares por trauma, perda de independência e mortes por lesão. Dessa forma, é necessário trabalhar a prevenção precoce de quedas e acidentes. Identificar os grupos de risco, repassar orientações e modificar o ambiente físico quando necessário para a eliminação dos fatores de

risco são importantes iniciativas que a própria família ou até mesmo o indivíduo podem apropriar-se para o desenvolvimento de ações que reduzam ou até mesmo eliminem os riscos de quedas e o aumento do número de lesões causadas por elas (ISNARDI, 2012).

Pelo exposto, percebe-se que o conhecimento das consequências físicas, psicológicas e sociais das quedas e seus fatores de risco é de extrema importância, pois ele auxiliará no delineamento das estratégias preventivas e de reabilitação de tais repercussões.

CATEGORIA 5: COMPLICAÇÕES POR DIABETES MELLITUS

A presente categoria discorre as consequências decorrentes das complicações do diabetes mellitus para os acometidos. Observa-se, portanto, a prevalência nesta categoria do pé diabético e dos problemas relacionados à visão.

Eu fiz uma cirurgia no olho [...] já fiz uma cirurgia antes de amputação dos pés porque sou diabético (E5);

Eu sou diabética. Fiz uma cirurgia no pé (E9).

O diabetes mellitus (DM¹⁰) configura um importante problema de saúde coletiva no Brasil, pela sua elevada prevalência, pelas complicações agudas e crônicas e por representar um fator de risco associados às doença cardiovascular, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho (MARTINEZ E LATORRE, 2009).

Segundo Gross (2013), o DM acomete cerca de 10% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Cerca de 50% dos portadores desconhecem o diagnóstico e 24% daqueles que são reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento. As complicações crônicas são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos.

Os problemas de visão são complicações comuns e estão presente tanto no diabetes tipo 1 quanto no tipo 2, especialmente entre aqueles com longo tempo de doença e mau controle glicêmico. Quando culmina em perda visual é considerada trágica e constitui fator importante de morbidade de elevado impacto econômico, uma vez que são causas frequentes de cegueira adquirida (BOSCO et al, 2011).

¹⁰ Diabetes Mellitus

As úlceras associadas à doença vascular periférica constituem uma menor parcela, porém, requerem cuidados imediatos e especializados. A detecção precoce do "pé em risco" pode ser feita facilmente pela inspeção e avaliação da sensibilidade através de testes simples e de baixo custo. O emprego destas medidas e a educação de profissionais, da família e do cliente podem reduzir em até 50% o risco de amputação (COSSON, et al, 2010).

As dificuldades na cicatrização de lesões secundárias ao diabetes estão associadas à alterações microvasculares dos tecidos relacionadas à hiperglicemia crônica, que leva a alterações circulatórias como a perda do tônus vascular, alteração do fluxo sanguíneo, aumento da permeabilidade, vascular e conseqüentemente extravasamentos e edemas e, por fim, obstrução vascular, causando necrose tecidual (BOSCO et al, 2011).

Neste contexto, é importante a realização de ações preventivas, as quais têm demonstrado impactos positivos na redução da morbidade e mortalidade associada ao diabetes e doenças cardiovasculares. É fundamental reduzir o impacto destas complicações na qualidade de vida dos portadores de diabetes e prolongar a sua vida de uma forma mais saudável e participativa na sociedade.

CATEGORIA 6: FERIMENTO POR ARMA BRANCA

A categoria a seguir discorre sobre o uso de um tipo de violência que tem ocorrência cada vez mais frequente na sociedade, principalmente pela facilidade de acesso, que é a arma branca.

Levei uma facada (E12).

A violência nas suas mais variadas formas de manifestação, em virtude de sua tendência crescente, vem sendo referida nos últimos anos como um grave e relevante problema em diversos países, inclusive no Brasil.

Fagundes, et al, (2010) afirma que os traumas causados por ferimento por arma branca (FAB¹¹) são poucos descritos quando comparados aos traumas por ferimento por arma de fogo (FAF¹²), porém não menos importantes, pelo aumento de sua frequência, conforme o crescimento populacional, a violência civil e os crimes passionais, associados ao maior controle e dificuldade em se adquirir arma de fogo, quando comparado a arma branca.

¹¹ Ferimento por Arma Branca

¹² Ferimento por Arma de Fogo

De acordo com Neto e Moreira (2009), embora um disparo de arma de fogo seja potencialmente mais letal, ferimentos gerados por armas brancas demandam cuidados especiais. Isso porque, em muitos casos, o corte ou pancada podem demorar a apresentar seus efeitos pois geralmente o ferimento com arma branca é mais silencioso e a extensão da lesão pode aparecer de forma mais lenta. A maioria dos casos de agressão com arma branca que chegam às unidades de urgência e emergência decorre de brigas e discussões, que acabam por culminar nos ataques. Já as armas de fogo geralmente são utilizadas em crimes premeditados.

Diante da necessidade de melhor compreender como são os sentimentos e percepções que surgem no cliente após realização do procedimento cirúrgico foi perguntado aos mesmos quais sentimentos surgiram diante da necessidade da cirurgia e com isso, destacaram-se quatro categorias. Categoria 1: tristeza; categoria 2: sentimento de medo e ansiedade; categoria 3: sentimento de alívio; categoria 4: fé, espiritualidade e religião.

CATEGORIA 1: TRISTEZA

Esta categoria discorre sobre os motivos pelos quais os clientes desenvolvem sentimentos de tristeza diante da necessidade de realização de um procedimento cirúrgico.

Fiquei muito triste né. Nunca fiz uma cirurgia antes mais foi o jeito [...] (E1);

Foi muito desgostoso. Eu nunca na minha vida pisei num hospital antes [...] (E3).

Todos os procedimentos cirúrgicos, embora tenham a finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida, remetem os pacientes a um estado conflituoso e pode adquirir um caráter ameaçador, agressivo e invasivo.

A pessoa submetida a uma cirurgia sente-se fragilizada e emocionalmente instável, possui uma falta de controle da situação, a incerteza de como será o procedimento, dúvidas sobre o pós-cirúrgico, medo de sentir dor, de se tornar incapacitado, de morrer, da mutilação, de “não voltar” da anestesia e fantasias sobre como ficará seu corpo (GABARRA e CREPALDI, 2009).

Segundo Crepaldi e Hackbarth (2012), o procedimento cirúrgico costuma desencadear muita tristeza. Contribui para isso o sofrimento do próprio cliente e de seus familiares, a separação do mesmo de seu convívio familiar e social, a preocupação com a reabilitação e com questões de ordem econômica e relativas ao trabalho.

É importante considerar que toda e qualquer intervenção cirúrgica é uma situação crítica que expõe o indivíduo a um estresse físico e emocional, despertando componentes pessoais complexos que se manifestam em emoções, tristezas, fantasias, atitudes e comportamentos que podem prejudicar o desenvolvimento da prática de cuidado. É necessário, pois, um suporte pós-operatório adequado e eficaz com intervenções complementares durante a reabilitação que maximizem a qualidade de vida do indivíduo (JUAN, 2009).

Pelo exposto, percebe-se a necessidade de entender que as formas de intervenção dos profissionais variam conforme a particularidades de cada indivíduo e de sua família, da doença, da equipe, da estrutura hospitalar, equipamentos e medicações disponíveis. Contudo deve ser pautada nas necessidades individuais de cada cliente, afim de minimizar a tristeza e os sentimentos negativos, colaborando assim para um melhor prognóstico durante a reabilitação.

CATEGORIA 2: SENTIMENTO DE MEDO E ANSIEDADE

A presente categoria discorre sobre os fatores desencadeantes do medo e da ansiedade presente nos clientes em relação à um procedimento cirúrgico.

Eu fiquei com muito medo né [...]. Medo de acontecer alguma coisa ruim né, de morrer ou de descobrir coisa pior [...] (E5);

Fiquei com medo e nervosa porque a gente sempre fica assustada por ter que passar por tudo novamente [...] (E7);

Eu fiquei abalada, com medo e muito nervosa (E8).

Toda cirurgia, em maior ou menor grau, sempre é temida pelo cliente, o qual sente medo da dor quando passa o efeito anestésico, de ficar desfigurado ou incapacitado e, sobretudo medo de morrer.

A ansiedade e o medo pós-cirurgia são descritos como esperados, visto que o cliente se depara com uma circunstância desconhecida e necessita entregar seu corpo aos cuidados de profissionais muitas vezes desconhecidos. Neste sentido, a dor pós-operatória, a sensação de incapacitação, a perda da independência, a separação da família, o afastamento do trabalho, a ferida cirúrgica são citados como fatores estressantes e desencadeadores da ansiedade pós-operatória. Porém, destaca-se que a ansiedade e o medo quando em graus elevados podem dificultar a recuperação pós-cirúrgica, afetando seu conforto, qualidade de vida e medicação utilizada e posterior adesão ao tratamento (GABARRA e CREPALDI, 2009).

De acordo com Haddad, Alcântara e Praes (2014), a equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental oferecendo apoio e cuidados humanizados que podem minimizar o sentimento de medo e ansiedade expressado pelo cliente através do diálogo, conforto e estabelecendo confiança. Isso reflete na melhoria da qualidade de vida do mesmo, contribuindo para sua recuperação.

Os resultados da categoria apresentada reforçam de forma muito evidente a necessidade de conduzir a reflexões importantes acerca dos sentimentos que os clientes expressam diante da necessidade da realização de um procedimento cirúrgico. Acredita-se que com exercício efetivo de prestar uma assistência humanizada, a equipe possa minimizar o medo e outros sentimentos negativos expressados pelo cliente que possam prejudicar sua recuperação.

CATEGORIA 3: SENTIMENTO DE ALÍVIO

Esta categoria discorre em relação ao sentimento de alívio quanto a atuar na promoção da recuperação do cliente cirúrgico.

Eu achei bom porque é melhor fazer logo a cirurgia do que acontecer alguma coisa pior (E2);

Uma pessoa em estado crítico está sujeita a vivenciar inúmeros desconfortos que vão desde a condição de adoecer até os processos de diagnóstico e intervenção médico-hospitalar.

O cliente, em virtude de sua situação de saúde e das dores que sente decorrente de determinado trauma ou patologia, aceita a imposição da cirurgia como único meio de sobressair de tal situação da melhor forma possível, como mencionado pelo entrevistado 02 “é melhor fazer logo a cirurgia do que acontecer algo pior”.

O processo de doença significa para o cliente e sua família interferência nas atividades de vida diária, nos relacionamentos afetivos e no trabalho. Neste sentido, o alívio desse sofrimento, encontrado muitas vezes em um procedimento cirúrgico, pode ser um pré-requisito para que o indivíduo obtenha uma recuperação mais rápida influenciando assim na sua qualidade de vida após realização da cirurgia (GONÇALVES et al, 2008).

Neste sentido, o não sentimento de alívio e a não aceitação do procedimento pode promover algumas consequências para o cliente as quais incluem sofrimento, ansiedade, medo, depressão, raiva por ser realizado algo contra sua vontade, imobilidade e isolamento e, tais consequências, podem contribuir para um decréscimo da qualidade de vida.

CATEGORIA 4: FÉ, ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO

[...] com medo mais confiante em Deus (E4);

[...] o médico disse que ia tirar a perna toda, graças a Deus só precisou fazer uma raspagem no pé (E9).

De acordo com Laran (2010), a ligação entre religião e atenção à saúde faz-se desde os tempos mais remotos. Inicialmente é importante citar que alguns clientes são religiosos e suas crenças os ajudam a lidar com inúmeros aspectos da vida e para muitos as atividades e crenças religiosas estão relacionadas à saúde e qualidade de vida.

Bertachini e Pessini (2009), afirmam que a espiritualidade e a religião podem fortalecer a família, contribuindo para a formação das suas crenças e valores, incentivando comportamentos e práticas saudáveis, fornecendo interações sociais, promovendo saúde e ajudando nos momentos difíceis, pois a religião traz aspectos positivos para a unidade familiar, reforçando princípios de harmonia e união entre seus membros favorecendo o enfrentamento perante a doença.

É importante saber que o cliente quer ser tratado como indivíduo e não como doença, e ser observado como um todo, incluindo-se os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (PERES, et al, 2010).

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde, em que a equipe deve estar atenta à dimensão espiritual do paciente, seja ela positiva ou negativa. O conhecimento científico e prático do assunto pode evitar conflitos na relação assistência-cliente, beneficiar os desfechos clínicos e facilitar o atendimento. Neste sentido, os profissionais devem saber o momento certo e a forma correta de se abordar essa dimensão, sem julgar as preferências religiosas de cada cliente, de forma a executar os cuidados de forma mais humana e integral possível (LARAN, 2010).

O cuidado espiritual deve ser entendido como parte do cuidado de enfermagem ao cliente, não como um fragmento isolado, sendo necessário planejar a assistência considerando a espiritualidade e ressaltando que se trata de um aspecto individual, que depende da experiência de vida de cada um. Neste sentido, o papel do enfermeiro implica em estar presente, ouvir as necessidades dos familiares e do cliente e respeitar suas crenças e valores (BERTACHINI e PESSINI, 2009).

A categoria discutida reflete, portanto, a necessidade da comunicação entre o cliente e o enfermeiro sobre esta temática, reconhecendo a espiritualidade como fonte de bem-estar e de qualidade de vida para o cliente.

Ao serem questionados sobre a percepção acerca da assistência hospitalar recebida no período pós-operatório imediato, destacam-se duas categorias: categoria 1: percepção positiva; categoria 2: percepção negativa.

CATEGORIA 1: PERCEPÇÃO POSITIVA

Esta categoria discorre sobre a importância da percepção positiva do cliente relativa à assistência hospitalar recebida durante o POI e como a mesma pode repercutir em sua recuperação.

É boa. O pessoal aqui tem muito cuidado com a gente [...] (E3);

[...] O pessoal aqui cuidam da gente direitinho (E4);

É muito boa. Eles dão toda assistência que a gente precisa (E12).

A qualidade da assistência fornecida pelo serviço hospitalar representa um processo que envolve pessoas, atividades e métodos de trabalho e é sinônimo de busca contínua de melhoria, conformidade e adequação do serviço. A busca pela qualidade nos serviços de saúde tornou-se um fenômeno mundial, conseqüente do aumento da conscientização de que a qualidade é indispensável para a promoção da saúde do indivíduo. Além disso, constitui uma responsabilidade ética e social (POLIZER e D'INNOCENZO, 2006).

Ao analisar a questão da qualidade na assistência prestada aos clientes, Lopes et al (2009), estabelece sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dentre estes conceitos, os da aceitabilidade e da legitimidade são os que diretamente se relacionam com as expectativas e satisfação dos indivíduos. O conceito de aceitabilidade refere-se à adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos clientes e seus familiares. Quanto à legitimidade, é a aceitabilidade do cuidado na forma como é visto pela comunidade ou a sociedade em geral.

O aumento do investimento no campo da saúde e a necessidade de uma assistência digna, já evidenciavam a necessidade de estabelecer padrões de atendimento que servissem de instrumentos de monitorização e avaliação do atendimento prestado ao indivíduo. Além disso, o aumento do interesse da população e da participação dos mesmos fez com que melhorias se

tornassem essenciais e conseqüentemente a opinião dos que utilizam tais serviços também se tornassem importantes (BOLSANELLI e JERICÓ, 2009).

De acordo com Deslandes (2012), a conduta do enfermeiro e demais profissionais da saúde inserida neste processo e direcionada ao atendimento de qualidade, objetiva não só a humanização do atendimento, mas também otimização dos recursos. O profissional deve ser preparado para atuar na promoção, prevenção, proteção e reabilitação atingindo os mais elevados níveis de qualidade garantida assim à satisfação do cliente e sua recuperação de forma mais rápida e efetiva.

A concentração de esforços em direção à melhoria contínua da assistência implica na conscientização de toda a equipe quanto às suas ações. Dessa forma, o comprometimento, cooperação, dedicação e aprimoramento contínuo dos profissionais deverão levar a resultados positivos tanto para os clientes como para a equipe (D'INNOCENZO, ADAMIR E CUNHA, 2006).

Portanto, pelo exposto, depreende-se que a qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas sim como um processo contínuo. As estratégias que possibilitam os profissionais a promoção de uma assistência de qualidade, exigem o comprometimento e competência técnico científica do mesmo, resgatando a importância do seu papel no contexto da assistência à saúde.

CATEGORIA 2: PERCEPÇÃO NEGATIVA

A presente categoria trata de como a percepção negativa pode influenciar na reabilitação do cliente cirúrgico e da importância de melhorar a qualidade da assistência hospitalar.

No início foi bem complicado [...] eles pensavam que era uma coisa simples, que podia medicar em casa e eu fiquei esperando até eles decidirem o que ia fazer (E7);

Eu achei ruim a demora pra ser atendido quando chega aqui (E10).

[...] até agora não passou um médico pra ver como eu tô. Tô sentindo muita dor tenho uma ferida aberta na cabeça [...] (E2);

[...] o problema daqui é porque é muito paciente e pouco funcionário [...] (E5);

[...] a gente espera muito porque é muita gente pra dar conta [...] (E9).

A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro que emerge da realidade na qual os usuários dos serviços de saúde queixam-se dos maus-tratos. Essas queixas podem ser observadas na mídia que denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população (RISSO e BRAGA, 2010).

Muitas questões acerca da falta de humanização no atendimento às pessoas que procuram o serviço hospitalar têm sido abordadas pela imprensa e pelos próprios usuários, com enfoques desabonadores referindo a demora ou até mesmo o atendimento inadequado por parte dos profissionais de saúde, área física inadequada ou até mesmo a falta de recursos humanos e materiais (ROCHA, SIMÕES e GUEDES, 2009).

A percepção do cliente e sua satisfação estão ligadas ao serviço de qualidade. A performance do serviço e os seus resultados deve está focada nas necessidades dos clientes e em suas expectativas, demonstrando que a satisfação dos mesmos é de fundamental importância (POLIZER e D'INNOCENZO, 2006).

De acordo com Machado e Nogueira (2008), para a melhoria da qualidade da assistência dos serviços de saúde, torna-se importante a adoção do modelo de processo de trabalho, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que levem em conta os conceitos saúde-doença e as diretrizes da universalidade, integralidade, da resolutividade, da participação e do controle social, como também, o acolhimento, a humanização e a satisfação dos usuários como elementos necessários para a reorganização destes serviços.

O cliente merece ser contemplado com ações que tornem a sua passagem pelo hospital a mais agradável e resolutiva possível. Neste sentido, para que se consiga tornar positiva e efetiva a assistência hospitalar, a mesma precisa valorizar a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do cliente, de sua subjetividade e referências culturais (DESLANDES, 2012).

Pelo exposto, é necessário o aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e a comunidade, valorizando o ser humano, qualificando o cuidado e objetivando atingir as expectativas daqueles que necessitam do atendimento.

Ao serem questionados sobre os fatores importantes para o enfrentamento do procedimento cirúrgico, foram obtidas duas categorias: categoria 1: O desejo de ficar bem; categoria 2: A necessidade no momento: o medo de acontecer algo pior ou de morrer.

CATEGORIA 1: O DESEJO DE FICAR BEM

A presente categoria discorrerá sobre o desejo de ficar bem e de recuperação como principal estratégia de enfrentamento que os entrevistados desenvolveram para adaptar-se a realização do procedimento cirúrgico.

[...] o que mais me fortaleceu foi saber que era pro meu bem. Pra eu ficar bom logo [...] (E1);

[...] eu pensei que só assim eu ia melhorar. Eu aceitei que só com a cirurgia eu ia ficar boa (E4);

[...] eu queria fazer logo a cirurgia pra eu poder ir logo pra casa e ficar boa (E8).

Segundo Umann et al (2010), o enfrentamento é o conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas e internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades. Assim sendo, o enfrentamento tem um papel importante nas respostas do organismo, ante os estressores, pois ele será responsável pelo bem estar físico e emocional.

Neste sentido, um indivíduo pode desenvolver inúmeras estratégias para enfrentar o fato de ser submetido a um procedimento cirúrgico. A vontade que o cliente apresenta de ficar bom e sem prejuízos físicos ou emocionais pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento centrada na emoção, pois corresponde a uma estratégia defensiva, onde o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça da patologia que apresenta, tornando um processo de reavaliação cognitiva, onde o indivíduo realiza manobras cognitivas com a finalidade de mudar o significado da situação vivida (Gonçalves, 2010).

Muitas vezes o ato cirúrgico é visto como a possibilidade do retorno a uma vida “normal”, quando então cessarão todos os desconfortos advindos da doença que vem incomodando. Ele aceita essa situação depositando na equipe de saúde e na instituição a certeza do apoio necessário para vencer mais uma etapa da sua vida (MADEIRA et al, 2010).

Dessa forma, é importante que o cliente consiga desenvolver ações que busquem fomentar estratégias de enfrentamento adaptativas, promovendo, assim, a redução da ansiedade e do estresse, através da predição de comportamentos mais adaptativos para uma melhor recuperação no pós-operatório (SANTOS, et al, 2009).

Esse tipo de atitude permite ao cliente o manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. A identificação de estressores, bem como das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos clientes para “minimizar” o impacto do estresse sobre o organismo, são importantes indicadores de qualidade de vida antes e depois de procedimento cirúrgico (RAVAGNANI, DOMINGOS e MIYAZAKI, 2007).

A equipe de enfermagem pode atuar nesta perspectiva compreendendo aspectos associados à qualidade de vida e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos clientes submetidos a um procedimento cirúrgico a fim de auxiliar no desenvolvimento de programas preventivos e de intervenção adequados às necessidades destes.

CATEGORIA 2: A NECESSIDADE NO MOMENTO: O MEDO DE ACONTECER ALGO PIOR OU O MEDO DE MORRER

Nesta categoria, o medo de acontecer algo pior ou o medo de morrer decorrente do que motivou a realização da cirurgia, é utilizado como estratégia de enfrentamento para que os clientes pudessem aceitar o fato de serem submetidos a um procedimento cirúrgico.

É porque foi o jeito fazer [...] (E3);

Eu tava muito mal, sentindo dor [...] eu tava doida que fizessem logo a cirurgia [...] (E8).

[...] eu precisava fazer senão podia acontecer algo pior (E2);

[...] foi o jeito fazer senão eu ia morrer (E11).

Um procedimento cirúrgico é uma situação imposta diante de determinados diagnósticos, na maioria das vezes sendo necessária para recuperação do cliente, que exige do mesmo uma reação de enfrentamento. É possível que a ocorrência da cirurgia desencadeie sentimentos e avaliações cognitivas que, influenciados pelas diferenças individuais, resultem em comportamentos peculiares de ajustes, cuja finalidade é enfrentar o estresse e a ansiedade provocados por tal evento (TENANI e PINTO, 2009).

Os autores supracitados ainda ressaltam que outro aspecto pertinente ao universo do cliente cirúrgico é a ideia da obrigatoriedade da cirurgia. O indivíduo precisa aceitar conformar-se e tolerar as experiências envolvidas no processo cirúrgico, a dor e os demais desconfortos.

De acordo com Gabarra e Crepaldi (2009), algumas cirurgias podem ser evitadas por meio de outros tratamentos ou até mesmo com a opção pelo não tratamento, como em cirurgias de reconstituição. No entanto, existem situações em que a cirurgia representa a única possibilidade de tratamento, sendo inevitável para a manutenção da vida e de condições de saúde.

Santos et al (2009) ressalta que no momento em que uma pessoa apresenta a necessidade de submeter-se a uma cirurgia, as circunstâncias em que ocorre este fato são extremamente complexas e variáveis, suscitando a reformulação de concepções e formatação de novos modelos de comportamento para lidar com este evento estressante específico.

Pode-se dizer que, quando um procedimento cirúrgico é percebido como uma situação estressora, demanda algum modo de enfrentamento ou escolha de alguma estratégia para resolver, melhorar ou minimizar tal situação. Assim, o enfrentamento possui um caráter multidimensional, minimizando, tolerando, evitando ou aceitando as condições estressantes. O

processo de enfrentamento decorre da adoção de comportamentos maduros e conscientes que conduzem a escolha das estratégias utilizadas (PETUCO, 2009).

O cliente cirúrgico passa por grandes transformações durante o período perioperatório, tanto físicas quanto psíquicas, provocando sentimentos de incerteza e de fragilidade. Neste contexto, a equipe de enfermagem pode atuar encorajando o mesmo a aderir aos regimes terapêuticos e transforma-se na principal fonte de desenvolvimento de estratégias para adaptar-se a situação por ele vivenciada (CASCAIS, MARTINI e ALMEIDA, 2007).

Diante do exposto, é importante que o cliente perceba a necessidade da realização do procedimento cirúrgico como uma reação de enfrentamento para que o indivíduo tente superar a situação imposta a ele, amenizando os sentimentos desconfortáveis na tentativa de abrandar a fonte estressora que é a realização da cirurgia, relacionando-se com ela de forma mais adaptativa.

Ao serem questionados sobre quais impactos o procedimento cirúrgico poderia acarretar para a vida dos clientes, foram identificadas 2 categorias: Categoria 1: Não soube avaliar e Categoria 2: Principais impactos: alteração da imagem corporal, alterações físicas e limitações.

CATEGORIA 1: NÃO SOUBE AVALIAR

Esta categoria discorre sobre o fato dos clientes não saberem avaliar se terão ou não algum impacto decorrente da cirurgia por falta de informações por parte dos profissionais.

Eu acredito que não. Ainda não foi me passado nada [...] (E1);

Eu não sei ainda. Ninguém me disse nada [...] (E3);

Ainda não sei. Cheguei aqui agora (E12).

Observa-se que nesta categoria, os clientes referem que não sabem avaliar se vão ou não apresentar algum impacto por que nenhum profissional informou acerca do seu quadro geral.

O ato cirúrgico é um momento difícil para os indivíduos, e o ambiente hospitalar, embora seja um local de cura, apoio e cuidado, é interpretado como um lugar em que ocorre o distanciamento dos entes queridos, desconfortável em que o cliente se encontra ansioso, com medo e cheio de dúvidas principalmente relacionadas à como irá ser sua recuperação, que impactos o procedimento poderá ocasionar e como lidar com essa situação (BEDIM, RIBEIRO e BARRETO, 2009).

As orientações devem ser fornecidas em um momento não padronizado, em que as individualidades sejam respeitadas, havendo uma postura de receptividade pelo profissional. Enfatiza, ainda, a importância de se deixar um espaço para o cliente expressar os seus medos e ansiedades. Não existe o melhor momento para a ação educativa, deve sim ser respeitado o momento determinado pelas necessidades individuais do cliente (PERRANDO et al, 2011).

O fornecimento de informações no período POI, favorece não somente o alívio do medo e da ansiedade, como também contribui para uma recuperação mais eficiente. Esta deve ocupar uma posição prioritária, pois ao mesmo tempo em que permite um relacionamento mais profundo entre o profissional e o cliente, esclarece-o sobre seus problemas de saúde e capacita-o para a adequação e superação, utilizando seus próprios meios (BERTÉ e PICCOLI, 2009).

Neste contexto, a equipe de enfermagem adquire uma atribuição desafiadora de oferecer uma assistência com qualidade ao cliente no período pós-operatório. Essa assistência envolve não só o preparo físico e psicológico do indivíduo, como também estabelece e desenvolve diversas ações e cuidados de acordo com a especificidade de cada cirurgia para que o cliente compreenda o que está acontecendo com ele, esclarecendo suas dúvidas e buscando respostas para suas perguntas.

CATEGORIA 2: PRINCIPAIS IMPACTOS: ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, ALTERAÇÕES FÍSICAS E LIMITAÇÕES.

A presente categoria discorre sobre os principais impactos decorrentes do procedimento cirúrgico que foram percebidos no pós-operatório imediato pelos clientes entrevistados.

Sim. Sei que vou ficar com cicatrizes no meu rosto. Não sei se vou poder movimentar o meu braço daqui pra frente, pois quebrei o punho [...] (E2);

Sim. Eu perdi o olho [...] (E5);

Cada vez me sinto pior. Fico com minhas habilidades comprometidas [...] cada procedimento vai comprometendo mais ainda (E9);

Sim. Sei que vou ficar sem fazer o que eu faço por muito tempo (E11).

Frente à hospitalização e ao estresse da cirurgia, o indivíduo tem que se adaptar as mudanças, fazendo com que sintam-se vulnerável, inseguro e assustado, podendo até causar uma perda temporária de identidade. Além disso, o cliente precisa conviver com a ideia de que no final de todo procedimento, algum impacto possa acontecer decorrente da cirurgia realizada,

como por exemplo, o surgimento de limitações e alterações físicas, como foi citado por alguns participantes.

De acordo com Freschi (2011), quando um indivíduo precisa submeter-se a um procedimento cirúrgico, convive com um momento bastante conflituoso. Numerosos são os sentimentos vivenciados pelo mesmo, em que o medo, a insegurança e a ansiedade são experiências vivenciadas por todos, variando na intensidade, duração e características individuais.

O procedimento cirúrgico, muitas vezes, é percebido como um acontecimento de risco pelo cliente que remete à incapacidade e/ou alteração da imagem corporal. Os desequilíbrios emocionais causados por este evento podem gerar a vulnerabilidade emocional, prejudicando a recuperação pós-operatória (PERRANDO et al, 2011).

O fato de o cliente não conseguir cuidar de si, relacionado com a limitação da capacidade física que o indivíduo pode experimentar após a cirurgia, pode ser em decorrência do próprio procedimento. Segundo Gonçalves, et al (2012), estes aspectos são expressos como sensações de limite e de perda. A sensação de limite está relacionada com a dependência da ajuda dos outros e está relacionada ao afastamento do convívio normal com os amigos, familiares, de seus pertences, de sua vida e sua individualidade.

Berté e Piccoli (2009), afirmam que grande parte da ansiedade enfrentada pelos clientes cirúrgicos está associada ao risco para o desenvolvimento de incapacidades, limitações, perdas consideráveis e desenvolvimento de infecções, enfatizam também a alteração da imagem corporal, relacionadas às mudanças estruturais e funcionais do corpo biológico experimentadas pela pessoa, consequentes ao procedimento cirúrgico.

Santos e Vieira (2011) referem que os impactos ocasionados por um procedimento cirúrgico podem ser muito prejudiciais para o indivíduo, pois além da dor e do desconforto decorrentes de toda experiência pela qual o cliente é submetido, ocorrem mudanças de ordem psíquica, social e econômica. O indivíduo então passa por reflexões e questionamentos sobre a vida futura que afetarão diretamente seu modo de vida e seu comportamento em relação à própria saúde.

Os mesmos ressaltam que o processo que decorre do diagnóstico à intervenção cirúrgica e tratamentos adjuvantes faz com que surjam mudanças acerca do relacionamento com o seio familiar, confrontação de preconceitos e estigmas, preocupação com a autoestima e autoimagem e possíveis quadros de depressão e ansiedade.

A elaboração da imagem corporal pelas pessoas pode ser considerada um fenômeno multidimensional, pois envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afeta as

emoções, pensamentos e o modo de as pessoas relacionarem-se com os outros, influenciando intensamente a qualidade de vida. Dessa forma, este e outros tipos de impactos associados aos procedimentos cirúrgicos podem acarretar inúmeros prejuízos ao indivíduo dentre eles a ruptura com corpo saudável, incerteza quanto ao tratamento, possibilidade de recorrência, quebra da rotina diária, encontro com a finitude da vida, sensação de impotência (ANDRADE et al, 2009).

Pelo que foi exposto, observa-se que nesta categoria houve prevalência de impactos relacionados a alterações da imagem corporal, alterações físicas e limitações que podem ter sido decorridas do procedimento. Dessa forma, a assistência de enfermagem no período pós-operatório deve estar voltada à recuperação do cliente, prevenção de complicações decorrentes da cirurgia em si e também relacionada ao estado fisiológico do indivíduo, minimizando o sofrimento diante de alguma incapacidade que este venha a apresentar.

Ao serem questionados sobre se foi ou está sendo fornecido pela equipe orientações acerca dos cuidados pós-operatório e como eles percebem este tipo de atitude, foram obtidas 2 categorias. Categoria 1: A equipe não fornece orientações e Categoria 2: A importância da informação no processo cirúrgico.

CATEGORIA1: A EQUIPE NÃO FORNECE ORIENTAÇÕES

A categoria a seguir discorrerá sobre os impactos negativos que podem surgir na hospitalização de um cliente no período pós-operatório quando a equipe de saúde não fornece as devidas orientações para esclarecer as dúvidas que podem ser despertadas no cliente cirúrgico.

Não [...]eu acho que depois eles falam, eu vim pra cá ontem e faz pouco tempo que eu tô aqui. Eu acho muito importante orientar, pra gente ficar sabendo das coisas né (E1);

Não [...] a gente pergunta as coisas e ninguém responde [...] (E2);

De acordo com Souza e Oliveira (2010), um indivíduo, ao ter que ser submetido a um procedimento cirúrgico, passará por uma experiência que repercutirá em seu desenvolvimento biopsicossocial por toda sua vida, de forma positiva ou negativa. Com a hospitalização, o cliente afasta-se do seu convívio familiar e social, do seu trabalho e de sua rotina diária, além de ficar exposto a inúmeras experiências novas que podem ser vistas como positivas ou negativas.

Surgem outras preocupações e outros medos, como o receio de olhar para o corte cirúrgico, de sentir o corpo, de perceber e ver a parte que lhe foi retirada, o desejo de conversar com a equipe de saúde em busca de informações sobre o resultado da cirurgia, bem como a

necessidade de ter pessoas próximas emocionalmente para oferecer-lhe cuidados. Esse momento também marca o início das dúvidas e inquietações (GABARRA e CREPALDI, 2009).

A doença e a hospitalização constituem, portanto, uma crise na vida do indivíduo. É uma experiência estressante e muitas vezes traumática que pode despertar ansiedade, medo e provocar dúvidas. Essas dificuldades são suficientes para produzirem uma crise emocional que dependendo da intensidade, pode desorganizar temporariamente sua personalidade, afetando sua qualidade de vida (FIGHERA e VIERO, 2009).

Quando a comunicação entre a equipe e o cliente não é satisfatória ou não se tem um bom relacionamento entre ambos, sentimentos de desconfiança, insegurança por parte do indivíduo em relação a equipe podem surgir, favorecendo atitudes de isolamento e angústia já preexistentes.

Ruschel Daut e Santos (2010) afirmam que quando os sentimentos e os aspectos psicológicos e emocionais não são respeitados frente ao tratamento cirúrgico e não existe uma comunicação efetiva por parte dos profissionais em relação aos clientes para que estes possam esclarecer suas dúvidas, minimizando seus medos, receio e ansiedades, poderá haver um aumento da predisposição para complicações emocionais que prejudicam a recuperação, chegando a intensificar, em algumas situações, a morbidade no período pós-operatório, pois o procedimento cirúrgico é uma experiência de grande ameaça na vida de qualquer pessoa, envolvendo uma carga emocional característica.

Dessa forma, é importante compreender que no período de hospitalização, é de fundamental importância o apoio psicológico através da comunicação eficiente entre equipe e cliente e que o mesmo tenha liberdade para expressar suas dúvidas e seus sentimentos e a equipe multiprofissional esteja disposta a repassar os devidos esclarecimentos estando preparada para prestar assistência de forma humanizada, facilitando o convívio e promovendo o restabelecimento da saúde do indivíduo.

CATEGORIA 2: IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO CIRÚRGICO

Esta categoria trata da importância da equipe de saúde fornecer, de forma humanizada, as devidas orientações para o cliente cirúrgico durante seu período de hospitalização.

Sim. Disseram que era pra fazer limpeza no lugar e ficar de repouso [...]. Eu acho muito bom quando as pessoas orientam a gente, porque a gente é leigo e precisa de informação pra poder se cuidar (E3);

Sim. Eles falaram da medicação, alimentação e ensinou como cuidar em casa [...]. Eu acho isso muito bom porque assim a gente fica esclarecido e aprende a se cuidar né (E5);

Sim. Eles falaram muito da higiene e dos curativos. Eu acho isso bom né. Eu não sei lhe dar com essas coisas então eu preciso que as pessoas me orientem pra eu não fazer coisas erradas (E12).

Segundo Perrando et al (2011), qualquer que seja a complexidade do procedimento cirúrgico, de pequeno, médio ou grande porte, sua experiência provoca no indivíduo uma resposta de medo e ansiedade, como já tem sido amplamente abordado nas categorias anteriores. Tais respostas representam uma situação ameaçadora à sua integridade física e emocional. Assim, ressalta-se a importância da equipe de enfermagem e demais profissionais informar e orientar o cliente sobre os procedimentos a serem realizados no cuidado pós-operatório, esclarecendo as dúvidas e reduzindo a ansiedade.

Pode-se observar nesta categoria que os clientes entrevistados remetem as orientações recebidas relacionadas aos cuidados básicos em que a pessoa hospitalizada deve ser informada sobre a rotina dos serviços e da prática do autocuidado.

As orientações pós-operatórias devem considerar os aspectos físicos e emocionais do indivíduo, devendo ser realizadas de forma individualizada e focadas nas necessidades de aprendizado de cada cliente. Deve-se levar em consideração que serão fornecidas de forma clara e objetiva, para que este possa assimilar, formular perguntas relevantes e esclarecer suas dúvidas durante sua internação cirúrgica (KRUZE, et al, 2009).

Figueiredo, et al (2010), afirmam que a equipe de saúde é responsável por fornecer orientações, desde o cuidado com higiene e curativos até cuidados mais sofisticados a serem realizados no domicílio. Neste sentido, a educação na saúde deve tornar-se um tema central para que o indivíduo possa recuperar-se, adaptar-se e viver de acordo com suas limitações, tendo como objetivo primordial conseguir que o cliente seja autossuficiente desenvolvendo habilidades que o ajudem a cuidar de si sem a necessidade de intervenção hospitalar permanente.

Em relação a prática do “saber cuidar de si” que os entrevistados referenciaram como importante orientação, Silva, et al (2009) ressaltam que é indispensável o ensino por parte dos profissionais para o autocuidado, uma vez que o desenvolvimento de habilidades e a promoção de mudanças de comportamento são necessárias para uma adaptação bem sucedida, reduzindo a dependência, a perda do controle e o medo do prognóstico que pode ocorrer quando não há um adequado processo de ensino-aprendizagem.

Diante do que foi exposto, percebe-se que o papel educativo da equipe de saúde, inclusive da equipe de enfermagem torna-se cada vez mais importante no período pós-operatório. É necessário que o profissional tenha capacidade de dialogar, escutar, perceber, orientar, sensibilizar e apoiar o cliente frente as situações de desconfortos físicos e psicológicos sofridos pelo mesmo após a realização de uma cirurgia.

Em relação ao questionamento sobre as expectativas relacionadas ao pós-operatório, obteve-se apenas uma categoria: alta, recuperação e resolutividade do problema.

CATEGORIA 1: ALTA, RECUPERAÇÃO E RESOLUTIVIDADE DO PROBLEMA.

[...] tudo que eu quero é ficar bom, sair daqui logo [...] (E1);

Eu espero me recuperar o mais rápido possível [...] (E2);

Eu quero ficar bom, quero ir pra minha casa logo [...] (E3);

Espero que dê tudo certo. Quero voltar pra casa logo (E7);

Quero me recuperar logo (E11);

Ficar bem e sem sequelas (E12);

Em relação à expectativa do cliente relacionada ao pós-operatório, pode-se observar através das falas dos entrevistados que todos eles esperam, com a realização da cirurgia, recuperar-se, receber alta e que seu problema seja resolvido.

O cliente que procura recursos profissionais para tratar de uma alteração em seu estado geral está buscando, além da cura, aceitação, compreensão, suporte para condições emocionalmente abaladas, ou afeto. No ambiente hospitalar, o profissional depara-se com uma diversidade de emoções e sentimentos de clientes e familiares oriundos da própria situação de hospitalização, bem como das vivências de cada um (VERONEZ, LILIAN e TAVANO, 2005).

De acordo com Gomes et al (2013), para entender melhor os sentimentos do indivíduo que busca a solução dos seus problemas na realização da cirurgia é imprescindível compreender suas expectativas frente à realização deste procedimento, uma vez que o reconhecimento destes dados pode direcionar o preparo da equipe de saúde, principalmente enfermeiros, atuantes no processo de cuidar.

A realização de uma cirurgia é um acontecimento importante na vida de uma pessoa que encerra um significado próprio, já que através dela, essa pessoa espera viver de forma mais saudável, com melhor qualidade de vida (GALLEGARO et al, 2010).

Dessa forma, um indivíduo que foi submetido a uma cirurgia espera recuperar-se da patologia, das dores, dos incômodos, de traumas, enfim, do problema de saúde. Além da espera

pela melhora do quadro em que o cliente se encontra até realizar a cirurgia, inclui a ansiedade para receber alta e retornar ao convívio familiar e social e ficar sem sequelas ou incapacidades decorrentes do processo.

Quando questionados sobre a reinserção na sociedade após a realização da cirurgia, foram destacadas 2 categorias: categoria 1: viver normalmente e categoria 2: a consequência da doença crônica.

CATEGORIA1: VIVER NORMALMENTE

Eu espero que volte tudo ao normal. Eu espero poder viver como eu vivia antes do acidente (E1);

Eu queria que tudo voltasse ao normal quando eu saísse daqui [...] (E2);

Quero voltar a viver normal, como eu vivia antes [...] (E4);

Quero que volte tudo ao normal, quero que fique tudo bem e que eu não volte a ter surpresas assim no futuro (E6);

[...] poder viver como eu sempre vivi e fazer as coisas que eu fazia antes (E7);

Eu quero viver normal, trabalhar depender de ninguém [...] (E12).

A presente categoria analisa como os clientes percebem sua reinserção social após a realização do procedimento cirúrgico, uma vez que, além das adaptações físicas e emocionais que os mesmos enfrentam após realizar uma cirurgia, estes ainda precisam adaptar-se socialmente ao retornar ao convívio social, como o trabalho, o convívio com os amigos, a vivência no dia-a-dia fora do núcleo familiar.

De acordo com Gallegaro et al (2010), o procedimento cirúrgico pode despertar inúmeros sentimentos na vida de qualquer indivíduo, visto que a cirurgia é um evento muitas vezes não-esperado, que interrompe o ciclo normal no desenvolvimento e na vida do indivíduo.

A internação hospitalar pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do cliente e a hospitalização pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando o processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar em que o cliente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta, e não mais pela sua singularidade enquanto indivíduo (ANDRADE et al, 2009).

A situação cirúrgica é muito complexa, pois este procedimento é um evento multideterminado, com diversas variáveis combinadas que interagem constantemente entre si. É possível que a experiência desencadeie sentimentos variados que muitas vezes podem afetar

os estados físicos, emocionais, psicológicos e sociais do indivíduo (GABARRA e CREPALDI, 2009).

Dessa forma, após a realização da cirurgia o cliente deseja retornar normalmente ao seu convívio social. De acordo com Waidman, Jouclas e Stefanelli (2012), a reinserção social assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania. O exercício da cidadania para o cliente em recuperação significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social comprometida pelo processo ao qual o mesmo enfrenta, sendo necessário o retorno ao seu convívio social.

Pelo exposto, percebe-se que o cliente, após restabelecer-se do processo cirúrgico, deve investir rigorosamente na busca e na valorização de elementos que possam compor a rede de apoio para o processo de reinserção para que ele possa retornar normalmente as suas atividades diárias como trabalho, estudo, lazer, etc, uma vez que o reconhecimento social e a influência dos grupos a que o indivíduo pertence são fundamentais para a manutenção do sentimento de inclusão e de valorização pessoal, influenciando diretamente na sua recuperação.

CATEGORIA 2: A CONSEQUÊNCIA DA DOENÇA CRÔNICA

Esta categoria discute como a doença que o cliente apresenta e que o levou a realização do procedimento cirúrgico pode afetar a reinserção do mesmo na sociedade, pois, os mesmos relatam que é difícil viver socialmente porque a condição de saúde não permite.

É difícil porque a doença já empatou muita coisa (E9);

Vai ser difícil eu sei por causa do meu problema [...] (E11).

Os clientes alegam que além de enfrentar o fato de ter que ser submetido a um procedimento cirúrgico, precisa conviver com as dificuldades de readaptação à vida normal e de reinserção social, podendo repercutir na qualidade de vida destas pessoas.

Do ponto de vista médico, o adoecimento é visto como alguma função do organismo que não está desempenhando bem o seu papel. A doença é vista como uma condição inesperada para a qual os indivíduos não estão efetivamente preparados, pois ninguém escolhe adoecer (FREITAS, 2011).

De acordo com Martins e Cesarino (2010), a extensão e a complexidade dos problemas de saúde inerentes ao convívio com uma determinada patologia crônica afeta a qualidade de vida do indivíduo. Estas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas

décadas, devido ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial e nos prejuízos emocionais, sociais e econômicos, não sendo apenas privilégio da população mais idosa, já que também as doenças crônicas atingem os jovens em idade produtiva.

Os autores ressaltam ainda que esses clientes apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida tais como: a perda do emprego, dificuldades nas relações sociais, alterações na imagem corporal e na capacidade funcional, dores, restrições dietéticas, dentre outros, promovendo reflexo negativo da condição de saúde física nas atividades sociais.

É necessário que a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde percebam a necessidade de avaliar a qualidade de vida das pessoas com doença crônica e as atividades cotidianas que são comprometidas com o tempo para promover transformações condizentes com a realidade e reduzir o comprometimento no convívio social (MARTINS, TORRES e OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, a rotina diária do indivíduo acometido pela doença crônica e as alterações produzidas pela perda total ou parcial da capacidade funcional, devem ser considerados objetos de preocupação de todos os profissionais de saúde, para que possam desenvolver estratégias que possam minimizar o sofrimento destes indivíduos de acordo com as limitações de cada um.

Em relação ao questionamento sobre o nível de satisfação com processo cirúrgico realizado, obtiveram-se duas categorias: categoria 1: clientes satisfeitos e categoria 2: insatisfação por cancelamento da cirurgia.

CATEGORIA 1: CLIENTES SATISFEITOS

Em relação ao nível de satisfação com a cirurgia, esta categoria mostra que os clientes ficaram satisfeitos com a cirurgia realizada e discorre sobre a importância da satisfação para um indivíduo que precisou ser submetido a um procedimento cirúrgico, visto que a cirurgia é uma situação que pode desencadear inúmeros sentimentos negativos.

Tudo tranquilo. Não tive problema não (E1);

A cirurgia em si foi boa. O local não tá doendo, não tá inflamado [...] (E2);

[...] a cirurgia ocorreu tudo bem, pelo menos foi o que disseram a mim [...] (E3);

Foi ótima, deu tudo certo [...] (E4);

Fiquei satisfeita [...] (E8);

A avaliação do nível de satisfação com a cirurgia realizada apresenta uma importância muito relevante para a qualidade de vida do cliente submetido a um procedimento cirúrgico, uma vez que o nível elevado de satisfação relacionado com todos os aspectos do cuidado está associado a um melhor prognóstico e em consequência, uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Gonçalves (2010), o nível de satisfação faz parte da qualidade de vida geral do indivíduo, sendo constituídos por componentes relacionados com a saúde da pessoa e deve englobar aspectos físicos, psicológicos, emocionais, sociais, familiares e econômicos. Todos esses itens estão correlacionados e se influenciam mutuamente, portanto, deve-se considerar que um nível ótimo de satisfação com um determinado tipo de cirurgia precisa incluir um adequado funcionamento físico, desempenho psicossocial e estabilidade emocional.

A satisfação dos clientes submetidos à cirurgia relacionada ao procedimento e aos cuidados recebidos deve afirma-se como um aspecto central nas organizações dos serviços de saúde, pois, às vezes, a cirurgia é percebida pelo indivíduo como um grande desafio, que lhe custou várias idas e voltas; neste caso é uma conquista a satisfação de seus anseios (RODRIGUES, 2009).

Martins (2009) dá ênfase a essa questão, considerando que a satisfação dos indivíduos deverá ser considerada como um indicador importante para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados em que a opinião do cliente deve ser considerada no sentido de monitorar a qualidade dos serviços de saúde.

Quando o cliente está satisfeito com o procedimento realizado, fornece uma resposta cognitiva e emocional efetiva relacionada à prestação dos cuidados. Essa satisfação também influencia na recuperação do indivíduo, na melhora do quadro clínico no POI e é um fator importante no controle da patologia, na medida em que um cliente satisfeito colabora mais facilmente nos cuidados contribuindo para uma melhor qualidade de vida (RODRIGUES, 2009).

Dessa forma, o conhecimento da percepção do cliente cirúrgico em relação ao nível de satisfação com o procedimento deve fazer parte do planejamento da assistência do profissional de enfermagem, pois, a satisfação do cliente pode implicar na redução da ansiedade e insegurança produzida pelo procedimento, permitindo uma melhor adesão ao tratamento e aceitação dos cuidados prestados, contribuindo para uma recuperação mais rápida, influenciando na qualidade de vida do indivíduo.

CATEGORIA 2: INSATISFAÇÃO POR CANCELAMENTO DA CIRURGIA

Percebe-se nessa categoria que alguns clientes se consideram insatisfeitos porque o procedimento foi cancelado e os mesmos precisaram esperar como eles relatam, até um mês pra que a cirurgia fosse realizada.

[...] O que eu achei ruim foi a demora pra fazer. Eu já tava esperando aqui fazia um mês e a cirurgia foi cancelada várias vezes (E3);

[...] Só não gostei da demora. Foi cancelada não sei quantas vezes e já faz um mês que eu tô aqui (E7);

A hospitalização é uma experiência pouco agradável, sendo agravada no caso de necessidade de intervenção cirúrgica. Quando a cirurgia é suspensa, a pessoa está sujeita a um desconforto maior, que pode gerar angústia. O cancelamento de uma cirurgia pode representar para o cliente e para a instituição vários transtornos, em função do aumento do período de internação, do risco de infecção hospitalar e do aumento dos custos para a instituição (MACEDO et al, 2013).

A vivência da hospitalização pode ser agravada quando envolve a espera por uma intervenção cirúrgica, haja vista que, esta pode levar o cliente a uma série de conflitos internos, como o medo e a ansiedade, medo de invalidez ou até mesmo da morte, que são considerados riscos iminentes para uma cirurgia. Estes sentimentos além de resultar em sintomatologia psíquica, podem gerar sintomas orgânicos (PITTELKOW e CARVALHO, 2009).

No caso de um cancelamento da cirurgia esses sentimentos podem assumir maiores proporções, potencializando o surgimento de sentimentos desagradáveis, causando maior tensão, bem como aumentando o nível de stress do cliente e também de seus familiares (RISSO e BRAGA, 2010).

Os autores ainda ressaltam que o cancelamento cirúrgico muitas vezes traz dificuldades para lidar com os sentimentos do cliente, situação essa que é agravada devido as particularidades de cada um, pois um mesmo fato, é capaz de desencadear diferentes respostas em pessoas diferentes. Cada pessoa reage de modo particular frente a uma mesma situação, em função da sua história pessoal.

A equipe muitas vezes considera esse acontecimento como rotineiro, inerente à estrutura organizacional e funcional da instituição, porém, a suspensão de uma cirurgia implica em um custo operacional e financeiro para a instituição, tendo repercussões negativas no atendimento da população, principalmente daquela mais carente (PERROCA, JERICÓ e FECUNDIM, 2009).

Evitar a suspensão de cirurgias através de uma assistência planejada e articulada entre os profissionais e da elaboração de um plano administrativo eficiente, deve ser um dos objetivos da assistência de enfermagem e da equipe administrativa da instituição hospitalar (LANDIN et al, 2009).

É necessário repensar o papel das grandes instituições de saúde no atendimento ao cliente cirúrgico. Os profissionais precisam repensar sobre essa problemática, contribuindo com um planejamento mais efetivo e atuando de forma mais sincronizada, num trabalho em equipe tendo o objetivo de fornecer ao cliente o cuidado que ele precisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que o processo cirúrgico é, em geral, uma situação complexa. É possível que a experiência cirúrgica desencadeie sentimentos, percepções, expectativas e satisfações variáveis, que pode afetar os estados biopsicossociais, espirituais, físicos e emocionais do indivíduo, exigindo uma reação de enfrentamento. É necessário que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência com qualidade ao cliente cirúrgico, envolvendo não só o preparo físico como também o estabelecimento e desenvolvimento de diversas ações e cuidados de acordo com a especificidade de cada indivíduo. O profissional deve estar preparado para acolher o cliente cirúrgico e atuar na promoção, prevenção, proteção e reabilitação, garantindo a satisfação do mesmo e sua recuperação de forma mais rápida e efetiva.

Desta forma, o cuidado prestado ao cliente cirúrgico, deve ser planejado de acordo com as individualidades de cada um, baseado em evidências científicas e determinado pelo estado de saúde geral do indivíduo, tipo de cirurgia, rotina implantada na instituição, tempo entre cirurgia e período de internação pós- operatória e necessidades particulares apresentadas. Estes cuidados, incluem ainda, as orientações, a educação para o autocuidado, o preparo físico e emocional do cliente e de seus familiares e a prevenção de complicações durante a cirurgia e o POI, para promover mais qualidade em sua reabilitação.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.M.M. et al. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, P. 513-520, May-Jun. 2010;
- ANDRADE, O. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Ver. Eletro. Enf.** 11 (1), P.151-7. 2009;
- AKEME, J. Gerenciamento em Centro Cirúrgico. In: Malagutti W, Bonfim IM(org). **Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. São Paulo: Martinari; 2009;
- BEDIM, E; RIBEIRO, L.B.M; BARRETO, R.A.S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, V. 07, N. 01, P. 118-127, 2009;
- BERTACHINI, L.; PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista - Centro Universitário São Camilo**,4(3):315-323. 2010;
- BERTÉ, S.G; PICCOLI, M. Pós-operatório tardio de cirurgia geral: visualizando as necessidades do paciente no momento da alta. In: 2 SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL. Unioeste- Campus de Cascavel. 2009;
- BOSCO, A. et al. retinopatia diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**,49/2:217-227. 2011;
- BOLSANELLI, A.P.; JERICÓ, M.C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta Paul Enferm**, 18(4):397-402. 2007;
- BRASIL. LEI Nº 11.705, DE 19 DE JUNHO DE 2008 que altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’. Brasília, 16 de junho de 2008; 187o da Independência e 120o da República;
- BRUNNER, L. S., SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgica**. v.1, v.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011;

_____. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgica**. v.1, v.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013;

CAVALCANTE, J.B.; PAGLIUCA, L.M.F.; ALMEIDA, P.C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospitalescola: um estudo exploratório. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 59-65, agosto 2010.

COSMO, M; CARVALHO, J.W.A. Pensando Sobre o Período Pré-Operatório na Histerectomia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 3 (1), 27-30.

CHRISTÓFORO, B.E.B; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Ver Esc Enferm**, 41(1), P. 14-22. 2009;

CARVALHO, A.M.; COUTINHO, E.S.F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Rev Saúde Pública**, 36(4) P. 448-54. 2010;

COSSON, I.C.O.; OLIVEIRA, F.N.; ADAN, L.F. Avaliação do Conhecimento de Medidas Preventivas do Pé Diabético em Pacientes de Rio Branco, **Acre. Arq Bras Endocrinol Metab**, 49/4, P. 548-556. 2010;

CREPALDI, M.A.; HACKBARTH, I.D. Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. **'uaselP1ieololia daSB P** , V.2, P. 99-112. 2012;

CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S.: o impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 16 (1), P. 163- 167, Jan-Mar. 2007;

DAMASCENO, R.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: importância atribuída por estudantes de enfermagem. **Rev Enferm UFPE On Line** [periódico da internet] 2009 [acesso em 20 jan 2012]; 3(3): 511-9;

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14, 2012;

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Ver Bras Enferm**, 59 (1), P.84-88, jan-fev. 2006;

FAGUNDES, M.A.V. et al. Estudo retrospectivo de janeiro de 2000 a maio de 2008 no Hospital Universitário de Maringá sobre ferimentos por arma branca e arma de fogo. **Maringá**, V. 29, N2, P 144-137, 2010;

FERRAZ, E.M. et al. Controle de infecção em cirurgia geral – resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** — Vol. 28 – no 1 — 17;

FIGHERA, J; VIERO, E.V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Psico**.28(2), 83-202. 2009;

FIGUEIREDO, A.E, et al. Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 3, jul./set. 2010;

FRESCHI, L. **Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doença arterial coronariana submetidos à revascularização cirúrgica ou angioplastia**. Dissertação de mestrado. Botucatu, 2011;

GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia** 30, p.59-72, jul./dez. 2009;

GALLEGARO, G.D. et al. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 132-142, jul./set.2010;

GOMES, A.S. et al. A percepção do enfermeiro do hospital regional de samambaia- distrito federal (hrsam – df) frente a pacientes que apresentaram tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste**, V.6 - N.1 - Jul./Ago. 2013;

GONÇALVES, F.D.P. et al. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase i da reabilitação através do questionário mos sf-36. **Rev. bras. Fisioter**, Vol. 10, P. 121-126. 2008;

GONÇALVES, C.O. et al. Influência da atividade física na imagem corporal: Uma revisão bibliográfica. **Motricidade** © FTCD/FIP-MOC, vol. 8, n. 2, pp. 70-82. 2012;

GONÇALVES, J.D.O. **Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o tratamento.** Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, 2010;

GROSS, J.L. Detecção e Tratamento das Complicações Crônicas do Diabete Melito. **Arq. Bras, Endocrinol. Metab.** Vol. 43, N 1, Fev. 2013;

HADDAD, M.C.L.; ALCANTARA, C.; PRAES, C.S. Sentimentos e percepções do paciente no pós- operatório de cirurgia cardíaca, vivenciados em uma unidade de terapia intensiva. **Maringá**, V. 4, N. 1, P. 65-73, Jan 2014;

HUF, D. D. **A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem.** Rio de Janeiro: Mondrian, 2009;

ISNARD, A.R.S. Prevenção de quedas em idosos. **REVISTA PORTAL de Divulgação**, n.23, P. 52-63, jul. 2012;

JUAN, K. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. **Psicol. Hosp. (São Paulo) [online]**, Vol. 5, n.1, pp. 48-59. 2009;

KOIZUMI, M.S. Acidentes de motocicleta no Município de São Paulo, SP, Brasil: Análise da mortalidade. **Rev Saúde Pública**, 19(5), P. 475-489, out- dez. 2010;

KRUZE, M.H.L. et al. Orientações pré- operatórias da enfermeira: lembranças de pacientes. Ver. **Eletr. Enf. [internet]**, 11 (3), P. 494-500. 2009;

LAGES, N; et al. Unidade de cuidados pós anestésicos- Tempo de definir novos conceitos? **Revista SPA** ‘ vol. 15 ‘ nº 4 ‘ Outubro, 2009;

LARAN, J.A. **A influência da surpresa no processo emocional da satisfação do consumidor.** Dissertação de mestrado, Rio Grande do Sul, 2009;

LOPES, J.L. et al. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Acta Paul Enferm**, 22(2), P. 136-41. 2009;

LANDIM, F.M.; et al. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. **Rev. Col. Bras. Cir. [online]**, vol.36, n.4, pp. 283-287. ISSN 0100-6991. 2009;

MALAGUTTI, W.; SANTOS, B. **Dicotomia no ambiente cirúrgico: tecnologia avançada e pacientes com autonomia diminuída e privacidade invadida**. In: Malagutti W, Bonfim IM(org). Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2009;

MACEDO, J.M. et al. Cancelamento de cirurgia em um hospital universitário: causas e tempo de espera para o procedimento. **Ver. SOBECC**, São Paulo, 18 (1), P. 26- 34, Jan/mar. 2013;

MACHADO, N.P; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-8, set./out. 2008;

MAZO, G.Z. et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-442, nov./dez. 2010;

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Melitus em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. **Arq Bras Cardiol**, 87, P. 471-479. 2009;

MADEIRA, M.Z.A. et al. A expectativa do paciente no pré e pós-operatório de prostatectomia. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.3, n.1, p.13-18, Jan-Fev-Mar. 2010;

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-am Enfermagem**, 13 (5), P. 670- 676, setembro-outubro. 2010;

MARTINS, B.C.L.; TORRES, F.N.; OLIVEIRA, M.L.W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An Bras Dermatol**, 83(1), P. 39-43. 2008;

MARTINS, J.C. A. **Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa**. Revista Referência. II Série: 9 (Mar., 2009b);

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011;

MARUITI, M.R; GALDEANO, C.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. **Acta paul. Enferm**, 20(1), P. 37- 43. 2007;

MOURA, E.C et al. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, Brasil, 2006 a 2009. **Rev Saúde Pública**, 43 (5), P 891- 894. 2009;

NASCIMENTO, J.N. **Custo social da motocicleta: Características das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Salvador, Bahia)**. Monografia, Bahia, 2014;

NASCIMENTO, J.E. et al. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. **Rev. Col. Bras. Cir**, 33(3), P. 181-188. 2010;

NUNES, M.N; NASCIMENTO, L.F.C. Internações hospitalares por acidentes de moto no vale do paraíba. **Rev Assoc Med Bras**, 56(6), P. 684-7. 2010;

NETO, O.C.; MOREIRA, M.R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(1):33-52, 2009;

OKANE ,E.S.H.; MATSUBARA, M.G.S. **Treinamento, desenvolvimento e educação permanente em centro cirúrgico**. In: Malagutti W, Bonfim IM(org). *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martinari; 2009;

PERROCA, M.G.; JERICO, M.C.; FACUNDIN, S.D. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.41, n.1, pp. 113-119. ISSN 0080-6234. 2007;

PEREIRA, F. C.C. **Compreensão das enfermeiras de centro cirúrgico a respeito do seu processo de trabalho**. Monografia apresentada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011;

PETUCO, V.M. A bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de passo fundo / rs. **Rev. Esc. Enf. USP**. V. 33, número especial. 2009;

PERRANDO, M.S. et al. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. **R. Enferm. UFSM**, 1(1), P. 61-70, Jan/Abr. 2011;

PERES, M.F.P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 1; 82-87, 2010;

PILIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 59(4), P. 548-51, jul-ago. 2006;

PITTELKOW, E.; CARVALHO, R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública **Einstein (São Paulo)**;6(4):416-421, 2009;

RAVAGNANI, L.M.B.; DOMINGOS, N.A.M.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**,12(2), P. 177-184. 2007;

RAUPP, M. F; BEUREN, I. M. **Metodologia e pesquisa aplicável a Ciências Sociais**. São Paulo, 2006;

ROMUALDO, R. **Assistência de Enfermagem: Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico**. Rio de Janeiro, setembro, 2011;

RODRIGUES, R. C. P. **Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português.** Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2009;

ROLAND, D.M.S.; CESARINO, C.B. Caracterização de pacientes com cirurgias suspensas por hipertensão arterial perioperatória. **Rev SOBECC**, 12(1), P. 14-8. 2007;

ROCHA, J.L.Y.; SIMÕES, B.J.G; GUEDES, G.L.M. Assistência hospitalar com indicador da desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 479-87, 2009;

RISSO, A.C.M.C.R.; BRAGA, E.M.A. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. **Ver. Esc. Enferm. USP**, 44 (2), P. 360-7. 2010;

RUSCHEL, P.P., DAUT, P.E., SANTOS, M.F. Grupoterapia na Redução de Complicações Pós- Operatórias em Cirurgia Cardíaca. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 2 (3), 57-60, 2010.

SANTOS, A.M.R. et al. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8):1927-1938, ago, 2009;

SADO, M.J. et al. Caracterização das vítimas por acidentes motociclistas internados no Hospital de Urgência em Goiânia. **Revista Movimenta**; Vol 2, N 2. 2009;

SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(5):2511-2522, 2011;

SAMPAIO, J.R. **O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação.** R.Adm., São Paulo, v.44, n.1, p.5-16, jan./fev./mar. 2009;

SAMPAIO, C.E.T; et al. Sentimento dos acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos: vivências no perioperatório. **remE – Rev. Min. Enferm.**;13(4): 617-618, out./dez., 2009;

SOUZA, R.H.S. **Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca.** Curitiba, 2004;

SOUZA, T.V.; OLIVEIRA, I.C.S. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery (impr.)**, 14 (3), P. 551-559, jul-set. 2010;

SILVA, I.J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 43 (3), P. 697- 703, 2009;

TENANI, A.C; PINTO, M.H. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arq Ciênc Saúde**, 14(2), P. 81-7 abr-jun. 2007;

TUBINO, P.; ALVES, E. **História da cirurgia.** In: XIV Congresso Brasileiro da História da medicina. Manaus- Brasil. Novembro, 2009;

UMANN, J. et al. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. **Cienc Cuid Saude**, 9(1), P. 67-73 Jan/Mar. 2010;

VERONEZ, F.S; et al. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. **Arq Ciênc Saúde**, 12(3):133-37, jul-set. 2005;

VIEIRA, V.A. As tipologias, variações e característica da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**, Curitiba, V.S, N. 1, Janeiro/Abril, 2009;

ZAGO, M.M.F; ROSSI, L.A. Análise crítica dos rituais no contexto da enfermagem médico-cirúrgica. **Rev Esc Enferm USP**, 37(1), P. 36-43. 2008;

WIDMAN, M.A.P.; JOUCLAS, V.M.G.; STEFANELLI, M.C. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. **Maringá**, v. 1, n. 1, p. 97-100, 1. sem. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ENTREVISTA Nº _____ DATA ____/____/____ HORA: _____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-CULTURAL DOS ENTREVISTADOS

Entrevistado/a: _____

Sexo: ()M ()F; Idade: _____; Ala _____; Domicílio: _____

Situação ocupacional: _____

PONTOS A SEREM TRATADOS NA ENTREVISTA

- 1- O que motivou a realização da cirurgia?
- 2- Quais foram os sentimentos que surgiram diante da necessidade da cirurgia?
- 3- Qual a percepção acerca da assistência hospitalar que tem recebido após a cirurgia?
- 4- Que fatores foram importantes para que pudesse enfrentar o fato de ser submetido a um procedimento cirúrgico?
- 5- A cirurgia realizada trará algum impacto na vida? Quais?
- 6- Foi ou está sendo fornecido pela equipe orientações acerca dos cuidados pós- operatórios? Se afirmativo, De que forma é percebido esse tipo de atitude?
- 7- Quais as expectativas relacionadas ao pós-operatório?
- 8- Como percebe a reinserção na sociedade após a realização da cirurgia?
- 9- Qual o nível de satisfação com a cirurgia realizada?

APÊNDICE : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(maior de 18 anos)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA”

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA” terá como objetivo geral analisar a percepção do cliente relacionada ao procedimento cirúrgico no pós-operatório imediato.

Ao voluntário só caberá a autorização para realização de entrevistas semi- estruturadas com uso de um gravador de voz e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 87408877 com Priscilla Abilio de Oliveira. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**GOVERNO
DA PARAIBA****SECRETARIA DA SAÚDE**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES
DIREÇÃO TÉCNICA**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa, intitulado: **PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA**, elaborado pela pesquisadora: **SUELÍ APARECIDA ALBUQUERQUE DE ALMEIDA**. Salientamos que o processo para a coleta de dados nesta instituição cumprirá a **RESOLUÇÃO 466/12**, e só terá início mediante parecer positivo do comitê de ética, ao qual o referido projeto será submetido, caso envolva seres humanos.

Campina Grande PB, 03/04/2014

HETOLGF
Dr. Flawber Antônio Cruz
DIRETOR TÉCNICO MAT.160.014 02
112.136.014 02 CRM 5122



DR. FLAWBER ANTÔNIO CRUZ
DIRETOR TÉCNICO

Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas, CEP: 58.432-809, Campina Grande-PB
Fone: 3310-5850/3310-5878-Fax 3310-5869

**ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS- CEP- UEPB**

Anexo B

OK

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM
PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[Assinatura]
Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (08)

Número do CAAE Plataforma Brasil: 31049014.5.0000.5187

Título: PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA

Pesquisador/Orientador: Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida

Data da relatoria via Plataforma Brasil: 11 de junho de 2014

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa intitulado "PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO: A VISÃO DO CLIENTE RELACIONADA À EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA", com fim específico de construção do trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba, se apresenta quanto proposta exequível, cujo objetivo geral se firma em "Analisar a percepção do cliente relacionada ao procedimento cirúrgico no pós- operatório imediato". Por outra parte, vislumbram o pesquisador e a orientada, dentre outros destaques, nos termos de objetivos específicos, "Investigar aspectos psicológicos, espirituais e sociais a partir da análise da percepção do cliente relacionado à experiência cirúrgica"; "Identificar os impactos físicos e emocionais oriundos do procedimento cirúrgico"; e "compreender a repercussão dos mesmos na vida social do indivíduo". A pesquisa será de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizar-se-á no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande-PB.

Objetivo da Pesquisa: Analisar a percepção do cliente relacionada ao procedimento cirúrgico no pós- operatório imediato.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: poderão incorrer riscos mínimos como constrangimento no fornecimento de informações pessoais. Estima-se com o referido estudo contribuir com a equipe de enfermagem quanto ao atendimento ao cliente cirúrgico enquanto este permanecer na unidade hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa a nível de graduação, estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de Bacharéis em Enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os pesquisadores apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisito da Resolução de n. 466 do CNS, os seguintes Anexos: 1. Termo de Autorização da Instituição; 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3. Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável pelo Projeto em cumprir os termos da resolução 466/12 do CNS/MS; 4. Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa; 5. Folha de Rosto; 6. Instrumento da coleta de dados.

Recomendações: Estando o presente Projeto de Pesquisa com fim destinado para Trabalho de Conclusão de Curso concorde recomendações e Protocolo do CEP UEPB, bem como conforme a Resolução de n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, não há o que se recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Pelo exposto, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa. Salvo melhor juízo.

Situação do parecer: Aprovado

Campina Grande, 11 de junho de 2014.