



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JUSSARA HERCULANO RAMALHO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE
HISTERECTOMIA NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB

CAJAZEIRAS - PB

2011

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE
HISTERECTOMIA NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB**

JUSSARA HERCULANO RAMALHO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE
HISTERECTOMIA NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB.**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Esp Cynara Rodrigues Carneiro.

CAJAZEIRAS - PB

2011



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

R165a Ramalho, Jussara Herculano
Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório
de histerectomia na clínica cirúrgica do hospital regional
de Cajazeiras-PB./ Jussara Herculano Ramalho. Cajazeiras,
2011.

65f.

Orientadora: Cynara Rodrigues Carneiro.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1.Cirurgia ginecológica – assistência de enfermagem.
2.Histerectomia. 3.Assistência de enfermagem – cirurgia
ginecológica – histerectomia. 4. Pré e Pós operatório –
histerectomia – assistência de enfermagem. I.Carneiro,
Cynara Rodrigues. II.Título.

UFPG/CFP/BS

CDU – 618.1-089

JUSSARA HERCULANO RAMALHO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE
HISTERECTOMIA NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL
REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB.**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em ___/___/___

Profª Esp. Cynara Rodrigues Carneiro
Orientadora (UACV/UFCG)

Profª Ms. Milena Silva Costa
Examinadora (UACV/UFCG)

Profª Dra. Maria do Carmo Andrade D. de Farias
Examinadora (Escola Técnica de Saúde/UFCG)

Profª Esp. Edineide Nunes da Silva
Suplente (UACV/UFCG)

RECEBUE
BIBLIOTECA
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAJAZEIRAS - PB
1999/01/19

*A Deus e ao anjo que teve maior participação em
minhas vitórias, mãe!*

AGRADECIMENTOS

A DEUS por ter me dado sabedoria, força e determinação para poder conquistar esse sonho e por guiar meu caminho.

Agradeço a minha amada mãe, Vânia, meu exemplo de vida, que me educou seguindo o caminho da verdade e da justiça, pelo amor e ajuda nos momentos mais difíceis, sempre indicando o melhor caminho a ser trilhado. Tenho orgulho de ser sua filha.

Ao meu avô, João Herculano, in memoriam, pelas orientações dos princípios éticos e morais, por ter sido um baluarte em minha vida, pelo amor incondicional à neta mais velha, pelo gesto simbólico ao ensaiar a valsa para o grande dia com sorrisos que lamentavelmente não suportaram esperar mais dois anos. Fonte de inspiração, coragem, determinação. Dedico-lhe esta conquista.

Aos meus irmãozinhos queridos, Kellen e Nicollas, pelos festejos na chegada e pelas saudades durante a ida.

À minhas tias Edna e Ednilda, pela torcida, pelo companheirismo, pelo apoio, pela dedicação. Sempre serão minhas "mães do sertão".

Às minhas avós Hilda e Iolanda, pela sabedoria e carinho genuíno. Pelos finais de semana que proporcionavam longas conversas de tarde, transmitindo ânimo através das histórias contadas. Pela alegria expressada diante minhas visitas.

Aos amigos da graduação, os quais constituíram verdadeiros laços de família. Nossa convivência foi incrível, durante esses anos superamos muitos desafios, derrubamos várias barreiras que nos foram impostas. Fizeram-me entender que a força maior é o olhar, a palavra, o ombro do outro. As lembranças se farão inesquecíveis!!!

Aos professores, os quais nos lançaram desafios que serviram para o engrandecimento profissional e pessoal. Especialmente à orientadora Cynara Rodrigues, pela confiança depositada, pela disponibilidade, pela parceria, pelo exemplo e pelo carinho.

À Universidade Federal de Campina Grande, minha segunda casa, pela lição de vida atribuída durante quatro anos de uma trajetória árdua, no entanto, prazerosa. Obrigada por apresentar minha pérola, a enfermagem!!!

RESUMO

RAMALHO, Jussara Herculano. **Assistência de Enfermagem no pré e pós-operatório de histerectomia na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Cajazeiras-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 65fls.

A histerectomia consiste na remoção do útero, órgão simbolicamente associado à feminilidade, reprodução e vitalidade. A necessidade de realizar esta cirurgia, desperta ansiedade e inquietudes na mulher, além de submetê-la aos riscos gerais inerentes à qualquer cirurgia. A assistência de enfermagem abrange aspectos educacionais, psicossociais e técnicos, mostrando-se um instrumento importante na atenção à saúde da mulher, dentro de perspectivas que garanta seu bem-estar e saúde integral. Por meio deste estudo, buscou-se investigar a assistência de enfermagem no pré e pós-operatório de histerectomia na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Cajazeiras - PB. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quanti-qualitativa. Os sujeitos do constituíram de 6 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem atuantes na Clínica Cirúrgica feminina do Hospital Regional de Cajazeiras - PB. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados questionário semi-estruturado contendo questões objetivas e subjetivas. As pesquisadoras seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados quantitativos foram analisados através do índice de frequência e percentual, e os dados qualitativos foram apresentados em quadros e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema. Constatou-se que os participantes são predominantemente do sexo feminino e com faixa etária de 24 a 31 anos. Em relação ao tempo de atuação profissional, a maioria respondeu entre 1 a 5 anos. Todos (100%) afirmaram não ter capacitação em Clínica Cirúrgica. Nas indagações relacionadas ao tema, encontrou-se os seguintes dados: 48% realiza exame físico específico; 38% relataram fornecer informações sobre mitos que permeiam a mentalidade das pacientes, não atendendo à uma assistência educativa completa. Identificou-se que os profissionais têm conhecimento sobre os cuidados acerca da prevenção de complicações do pós-operatório, porém, nem todos os realizam (71%). Por conseguinte, torna-se necessário a implementação de políticas públicas estaduais que promovam capacitação e sensibilização do Corpo de enfermagem da referida instituição para aplicação rotineira das intervenções que contemplem integralmente à saúde da mulher no pré e pós-operatório de histerectomia.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Pré e pós-operatório. Histerectomia.

ABSTRACT

Ramalho, Jussara Herculano. **Nursing Care in pre-and post-operative hysterectomy Surgical Clinic of the Regional Hospital of Cajazeiras-PB.** Completion of Course Work Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2010. 65fls.

A hysterectomy involves removing the uterus, body symbolically associated with femininity, reproduction and vitality. The need for this surgery, arouses anxiety and uneasiness in women, and submit it to the general risks inherent in any surgery. The nursing care includes educational aspects, psychosocial and technical, being an important tool in health care of women, within perspectives that ensure their well-being and overall health. Through this study, we sought to investigate the nursing care before and after hysterectomy surgery in the Surgical Clinic of the Hospital Regional Cajazeiras - PB. This is an exploratory, descriptive, quantitative and qualitative. The subjects consisted of six nurses and 15 nursing staff working in the Surgical Clinic Women's Hospital Regional Cajazeiras - PB. It was used as an instrument of data collection semi-structured questionnaire containing objective and subjective questions. The researchers followed faithfully the ethical observances of Resolution 196/96 of the National Health Quantitative data were analyzed using the frequency index and percentage, and qualitative data were presented in tables and discussed in light of the literature concerning the matter. It was found that the participants are predominantly female and aged 24 to 31 years. Regarding the time of practice, most said between 1 and 5 years. All (100%) said they had no training in clinical surgery. In questions related to the theme, it was found the following data: 48% performs physical examinations, 38% reported providing information on myths that permeate the minds of patients not attending an educational assistance to complete. It was found that professionals are knowledgeable about the care on the prevention of complications after surgery, but not all do (71%). Therefore, it is necessary to implement state policies that promote training and awareness of the nursing body of the institution for routine application of interventions that address women's health fully in the pre-and post-operative hysterectomy.

Keywords: Nursing Care. Pre-and postoperatively. Hysterectomy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Participantes do estudo segundo dados sócio-demográficos e profissionais..	29
Tabela 2 – Distribuição da amostra conforme os cuidados de enfermagem fornecidos no pré e pós-operatório de histerectomia.....	32
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo as orientações de enfermagem fornecidas no pré e pós-operatório de histerectomia.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Trombose Venosa Profunda”?	38
Quadro 2 - Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Hemorragia”?	39
Quadro 3 - Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Disfunção Vesical”?.....	40
Quadro 4 - Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Infecção da Ferida Operatória”?	42

1998

LISTA DE SIGLAS

HRC – Hospital Regional de Cajazeiras

MS – Ministério da Saúde

TVP – Trombose Venosa Profunda

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

EPI – Equipamento de Proteção Individual

URPA – Unidade de Recuperação Pós-Anestésica

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUS – Sistema Único de Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

AVD – Atividades da Vida Diária

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	HISTERECTOMIA ENQUANTO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	19
3.2	SIMBOLISMO DO ÚTERO E REPERCUSSÃO DA SUA RETIRADA.....	19
3.3	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.....	21
3.4	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO	24
4	PERCURSO METODOLÓGICO	27
4.1	TIPO DE ESTUDO	27
4.2	LOCAL DA PESQUISA	27
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	28
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA.....	28
4.6	COLETA DE DADOS	29
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	30
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER SUBMETIDA AO PROCEDIMENTO DE HISTERECTOMIA	31
5.1.2	Dados Sócio-demográficos e profissionais	31
5.1.3	Dados referentes à proposta de estudo	34
5.1.4	Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) abordando os cuidados de enfermagem na prevenção de complicações do pós-operatório	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	53
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
	ANEXOS	57
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	58
	ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	61
	ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	63
	ANEXO D - DECLARAÇÃO DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	64

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Silva, Santos e Vargens (2010), a histerectomia consiste na remoção cirúrgica do útero, e pode ser efetuada por via abdominal ou vaginal. No Sistema Único de Saúde (SUS), a histerectomia é a segunda cirurgia mais frequente entre mulheres em idade reprodutiva, precedida apenas pela cesariana.

Diante da notícia de que terá este órgão extirpado, a mulher passa minimamente por dois tipos de problemas: o medo da cirurgia propriamente dita e da mutilação de um órgão que representa a maternidade e de certa forma, a sexualidade feminina.

Smeltzer e Bare (2005) explicam que normalmente, surgem as preocupações em relação à dor e ao desconforto, pois todo processo cirúrgico envolve corte e recuperação posterior; isso aumenta a apreensão, sensibilidade e ansiedade. Se as manifestações das alterações psicológicas não forem percebidas e cuidadas, poderão se tornar distúrbios psiquiátricos. Assim, enfatiza-se a importância da assistência de enfermagem integral no pré e pós-operatórios:

Cabe compreender, pois, que a cirurgia como procedimento terapêutico resolve um problema de um órgão doente, mas traz implicações no pré e pós-operatório para a condição de mulher. [...] Trata-se, então, de ir além do biológico e se dedicar a encontrar faces do fenômeno que contribuam para o cuidado, compreendendo a saúde em seu sentido amplo, integral e humano. (SALIMENA; SOUZA, 2010)

Corroborando com esta conduta, Sousa *et al* (2002) observaram que a assistência pré e pós-operatória quando realizados de forma integrada e contínua, a paciente mostra-se mais confiante e com maior interesse no auto-cuidado, levando a recuperação rápida e eficaz.

Dentro da assistência de enfermagem à mulher submetida a histerectomia, a enfermeira tem como meta prestar o cuidado nas duas etapas do tratamento operatório: 1. No período antes da cirurgia, quando a mulher apresenta-se vulnerável, angustiada e expectante quanto aos conhecimentos que lhe aguardam e, ao mesmo tempo, necessita se submeter aos cuidados pré-operatórios, como jejum, tricotomia, esvaziamento intestinal, entre outros; 2. Após o ato cirúrgico, quando voltando da sala de recuperação pós-anestésica, esta se mostra ansiosa por saber do resultado do procedimento e do seu prognóstico, além de precisar de cuidados específicos, tais como: manutenção do jejum e do decúbito, administração de medicamentos e curativo. Nesta esfera, a enfermeira enfrenta conflitos e atividades distintas, que demandam tempo e disponibilidade para sua plena execução.

Nestes termos, a assistência de enfermagem qualificada em situação de histerectomia representa grande desafio que envolve disponibilização de tempo para as tarefas que envolvam a recuperação da fisiologia feminina e, ainda, as que incidem na valorização da paciente, no reconhecimento das suas necessidades de orientações e apoio emocional.

A dispensação de um período e a sua organização para o fornecimento de cuidados psicológicos deve ser considerada seriamente, pois, em geral, a visita ao leito promove uma maior interação entre cuidador e cuidado, é um espaço para que a mulher fique a vontade para falar de suas ansiedades e tirar dúvidas quanto aos procedimentos a quais será submetida. Nesse momento, as informações prestadas poderão prevenir complicações futuras e também favorecerão o bem estar do sujeito que estará sob os cuidados da equipe de enfermagem.

No entanto, Sousa *et al* (2002) apud CAVALCANTE *et al* (2000) lembram que, pelo fato da enfermagem considerar este procedimento cirúrgico rotineiro, quase sempre, parece esquecer da importância das alterações psicológicas para a paciente. E nesta dinâmica do processo de trabalho, muitas vezes priorizam maior parte do tempo para realização de tarefas relativas à administração e gerenciamento, apresentando dificuldades de correlacioná-las aos cuidados da prática assistencial.

Os cuidados de enfermagem constituem um indicador relevante para a caracterização da qualidade da assistência de enfermagem em função das necessidades do indivíduo. Existe hoje a legítima expectativa por parte dos cidadãos e da comunidade em geral, de que os cuidados de saúde sejam de qualidade: adequados, efetivos e de baixo risco.

A qualidade em saúde possui duas vertentes principais. Considera a parte técnica, que consiste no conhecimento científico, na tecnologia e na forma como estes são aplicados nos cuidados de saúde. Quanto aos fatores humanos, deve-se avaliar como as necessidades pessoais dos pacientes são atendidas.

A qualidade da assistência de enfermagem deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente, eficaz e humanizada, realizada em tempo útil.

Barbosa (2010) apud Colière (1999) destaca que cuidar é velar, tomar conta. Representa um conjunto de ações que tem por finalidade garantir a satisfação de necessidades indispensáveis à vida. E complementa que a humanização dos cuidados de enfermagem passa por várias técnicas, contudo, os enfermeiros referem dificuldades para garantir sua realização.

Considerando que a atenção humanizada promove uma recuperação mais rápida, possibilita condições para diminuir o tempo de internação e evita complicações que possam surgir a partir da falta de cuidados específicos, torna-se primordial a reflexão dos enfermeiros para exercer medidas terapêuticas de cunho emocional e educativo apropriadas.

É preciso que a rotina hospitalar (consulta e internação) constitua um meio favorável para as mulheres vivenciarem a histerectomia da maneira menos prejudicial possível. Isso inclui a necessidade de prover condições de atendimento em que os profissionais tenham capacitação para tal. (SANTOS; OSIS; BEDONE, 2005)

O Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) localiza-se no alto sertão paraibano e está pactuado com dezesseis municípios. Possui 150 leitos, dos quais 46 compõem a Clínica Cirúrgica, sendo realizadas mensalmente cerca de 27 cirurgias ginecológicas. Tendo em vista a histerectomia um procedimento realizado em grande escala no HRC, objetiva-se através deste estudo, avaliar a assistência de enfermagem prestada às pacientes submetidas a essa cirurgia, considerando as implicações biológicas e emocionais da histerectomia na vida da mulher.

A justificativa deste estudo perpassa pela compreensão da deficiência de uma assistência de enfermagem integral, que considere a paciente desde suas necessidades físicas, como também seu sofrimento psicológico vivenciado antes e após uma intervenção cirúrgica mutiladora. Acredita-se que esta pesquisa contribuirá para promoção de reflexões na equipe de enfermagem, sobre a valorização do aspecto emocional desta clientela.

O referido estudo instigará os profissionais de enfermagem à ponderação do quanto necessitam rever sua forma de cuidar, fomentando discussões à respeito da integralidade e humanização do cuidado à mulher submetida à histerectomia.

A partir deste reconhecimento, os profissionais de enfermagem poderão estar sintonizados para prestar uma assistência diferenciada e abrangente, proporcionando implementações que a mulher hospitalizada necessita diante de uma cirurgia de histerectomia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a Assistência de Enfermagem no pré e pós-operatórios de histerectomia na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Cajazeiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Listar os cuidados fornecidos pelos profissionais de enfermagem no pré e pós-operatório à mulher submetida à histerectomia.
- Verificar as ações de enfermagem que contemplem atendimento às necessidades psicológicas e educacionais da mulher em meio à histerectomia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A HISTERECTOMIA ENQUANTO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Vocábulo de origem grega, histerectomia deriva do prefixo *hystéa*, que significa útero e do sufixo *ektomé*, ablação, acrescido de *ia*. Portanto, etimologicamente, define-se histerectomia a cirurgia realizada para a retirada do útero. (SÓRIA, 2005)

Santos (2007) apud Kovac (2002) explica consistir em um procedimento operatório frequente, avaliando-se que entre 20-30% das mulheres serão submetidas a esta operação até a sexta década de vida. A frequência desta cirurgia varia conforme o país, sendo muito alta nos Estados Unidos, onde realizam-se cerca de 600.000 histerectomias por ano. No Brasil, foram realizadas cerca de 107.000 histerectomias em 2005 pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os procedimentos técnicos da histerectomia vêm evoluindo com o passar do tempo, contudo, há três formas possíveis: A histerectomia abdominal é feita através de uma incisão no abdome, por onde se retira o útero; a histerectomia vaginal é feita através de uma operação por intermédio da vagina, de onde se retira o útero; a histerectomia por vídeo-laparoscopia é realizada por pequenos orifícios de 5 a 10 mm no abdome, permitindo a visualização e a retirada do útero é feita pela vagina.

Smeltzer e Bare (2005) explicam que a histerectomia pode ser subtotal, também chamada de supracervical, no qual o útero é removido, mas se poupa o colo. Em contrapartida, a histerectomia total ou radical, corresponde à remoção do útero e tecidos adjacentes, inclusive o terço superior da vagina e os lifonodos pélvicos. Em geral, as condições malignas requerem uma histerectomia abdominal total e a salpingo-ooforectomia bilateral, sendo esta a remoção das tubas de Falópio e de ovários.

Existem condições absolutas e relativas para a indicação da histerectomia. As vantagens e desvantagens devem ser avaliadas quanto à escolha da cirurgia e de outros tratamentos alternativos e, principalmente, considerar a perspectiva da paciente sobre o tratamento proposto.

Costa (2006) relata que são muitas as indicações para a realização da histerectomia. Atualmente, as doenças malignas representam em torno de 10% das indicações. Tozo (2009) apud Stovall (2002) ainda explica que a presença de leiomioma uterino parece ser a maior causa para a indicação de histerectomia. Smeltzer e Bare (2005) complementam que esse procedimento é realizado para muitas condições diferentes do câncer, como também utilizado no sangramento uterino disfuncional, endometriose, crescimentos não malignos, relaxamento pélvico e prolapso uterino. Com frequência, as condições malignas exigem a histerectomia abdominal total e salpingo-ooforectomia, que é a retirada das trompas e dos ovários.

Trata-se de um procedimento cirúrgico definitivo, de perda irreversível do útero, que pode ser para restabelecer a saúde ou mesmo salvar a vida da mulher. Mas a histerectomia determina uma série de implicações com alterações, desde as condições físicas até fortes perturbações emocionais, com modificações em sua vida.

Tozo (2009) ainda enfatiza que associadas aos aspectos emocionais, ocorrem modificações anatômicas na pelve, que podem levar a alteração do tamanho e/ou do formato dos órgãos genitais, dificuldade de penetração vaginal, dispareunia, interrupção dos suportes anatômicos da resposta sexual, rebaixamento do impulso sexual e do grau de atratividade por redução de níveis hormonais circulantes, decorrentes de alterações circulatórias, ocasionando, em última instância, disfunções sexuais.

Silva, Santos e Vargens (2010) apontam que além das repercussões biológicas, a histerectomia é uma cirurgia que leva a modificação da integridade corporal e está impregnada de simbolismos.

3.2 SIMBOLISMOS DO ÚTERO E REPERCUSSÃO DA SUA RETIRADA

Historicamente, desde a antiguidade, o útero vem sendo associado a algo sagrado do corpo feminino, embora as mulheres, muitas vezes, só se deem conta de sua existência, quando precisam engravidar ou retirá-lo. (NUNES *et al.* 2009 apud SBROGGIO; BEDONE, 2005)

De modo geral, as mulheres atribuem ao útero vários significados. Entre tantos, tem-se o útero como órgão sexual para procriação, fonte de competência feminina e de vitalidade, como também o da atração. Por isso, a sua retirada pode também ser significativa e trazer para as mulheres alterações na vida sexual e emocional. Além das alterações determinadas pelos fatores psíquicos, físicos, fisiológicos, sociais e culturais. (SALIMENA; SOUZA, 2008 apud SBROGGIO, 2004)

Há de se considerar os mitos e as ideias assimiladas pela mulher sobre a cirurgia ginecológica, principalmente a histerectomia, pois eles estão atrelados a sentimentos e valores de cada mulher. A incidência de morbidade psicológica é mais alta antes da cirurgia, pois a perda do útero significa para a mulher o fim de um potencial reprodutivo e diminuição da sexualidade. (SALIMENA; SOUZA, 2008 apud KHASTGIR; STUDD; CATALAN, 2003)

A retirada do útero frequentemente traz anseios e questionamentos, baseados em crenças e valores que podem induzir a reformulações ligadas ao feminino, à representação social, ao gênero, à autoimagem, à sexualidade e à relação conjugal e social. Nesta perspectiva, Tozo (2009) acredita que mulheres submetidas à histerectomia podem apresentar alterações no autoconceito, sintomas depressivos e psicossomáticos, dificuldade de relacionamento sexual e conjugal, devido a associações psicológicas feitas entre a procriação e a sexualidade.

Crê-se que estas situações intensifiquem o estado emocional e sejam fontes geradoras de ansiedade para a mulher que precisa submeter-se a um procedimento cirúrgico. Socialmente existem crenças que foram introjetadas ao longo da história de vida de cada mulher, que podem justificar a existência do medo da dor, da anestesia, do desconhecido e da própria cirurgia. (SMELTZER e BARE, 2005)

Cada mulher vivencia a histerectomia de uma forma particular, mas, cirurgias que envolvem órgãos ou partes do corpo com grande investimento simbólico repercutem na auto-estima e auto-imagem da mulher devido aos mitos, valores e crenças depositados pela sociedade. (MELO; BARROS, 2009)

Villar e Silva (2009) apontam que a possível insegurança e as dúvidas das mulheres frente a um diagnóstico de histerectomia podem desencadear mudanças nos padrões sexuais após a cirurgia, por acreditarem que perdem o desejo sexual e lhes são retiradas partes vitalmente necessárias para sua atuação sexual. Esses mitos estão atrelados a sentimentos, imagens e ideias assimiladas diante das necessidades instintivas e dos valores básicos de cada mulher. É como se houvesse um conjunto de ideias sobre o útero e seus significados que permanecem adormecidas no imaginário feminino, e diante da iminência da cirurgia para retirada do útero, tais ideias são despertadas e elaboradas.

Para Silva, Santos e Vargens (2010), de uma forma geral, as cirurgias ginecológicas trazem em si aspectos subjetivos e simbólicos, e para algumas mulheres o fato de menstruar é extremamente significativo e associado à feminilidade. Tozo (2009) ressalta as implicações dos simbolismos ligados ao procedimento cirúrgico:

Para o bom exercício da sexualidade, compreendem-se fatores como a afetividade, a fantasia, a emoção, a comunicação e o tipo de estímulo sensorial individual e particular mais efetivo na obtenção do desejo e do prazer. Estudos apontam que a falta de esclarecimentos e orientações por parte dos profissionais de Saúde, combinada à grave carência de informações das mulheres a respeito do funcionamento dos órgãos genitais (associação a capacidade sexual à presença do útero), pode desencadear inúmeros problemas de ordem emocional, como: gerar sentimentos de culpa, medo, vergonha, insegurança, agitação, além de depressão e insônia; comprometer a imagem corporal, entre outros.

Desfazendo o mito de alteração do desejo sexual, Sbroggio, Osis e Bedone (2005) enfatizam que o desejo de uma mulher prossegue inalterado até por volta de seus 60 anos de idade ou mais, razão pela qual não haveria motivo para ela encerrar suas atividades sexuais como consequência da histerectomia, os resultados apresentados indicam que os mitos a respeito da retirada do útero podem interferir na vivência que as mulheres terão da experiência de ser histerectomizadas e se refletirem sobre a sua vida sexual.

✓ Villar e Silva (2009) explicam que, enquanto enfermeiros, devemos desempenhar um papel de facilitador para as clientes na ocasião dos atendimentos nas enfermarias de ginecologia, demonstrando a necessidade do autoconhecimento e autocuidado para a expressão de seu potencial sexual, que quando não trabalhado pode trazer sequelas irreversíveis.

Sbroggio, Osis e Bedone (2005) sugerem que deve haver espaço para emergirem os mitos que as mulheres trazem consigo, a fim de confrontá-los com a melhor informação científica disponível. As orientações aliadas à assistência de enfermagem podem viabilizar a melhor compreensão das mulheres quanto ao seu corpo, à patologia que as afligem, ao procedimento cirúrgico que será realizado e à sua condição pós-cirúrgica.

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Segundo Smeltzer e Bare (2005), a fase pré-operatória inicia quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a sala de cirurgia.

Os autores supracitados ainda explicam que as ações de enfermagem durante este período incluem um levantamento histórico para detectar problemas fisiológicos potenciais que possam afetar o bom desempenho durante a cirurgia e o reestabelecimento do paciente após a cirurgia. Apontam também o exame físico como importante critério de avaliação pré-operatória

e ressaltam como primordial o preparo educacional e emocional a serem implementados pela equipe de enfermagem.

Considerando os aspectos subjetivos a que se remete o período pré-operatório, Salimena e Souza (2008) apontam que a ocorrência de uma cirurgia é motivo de forte mobilização emocional para o paciente e sua família. Percebem-se sentimentos de inquietação, de insegurança e de medo, conforme salientam Vilar e Silva (2009, p 242):

Toda intervenção cirúrgica apresenta implicações emocionais representando em geral, sempre uma ameaça ao ser humano. De uma forma comparativa, podemos dizer que um serviço hospitalar desperta as mesmas inquietações que uma câmara de horror, instalada para provocar as mais intensas angústias, ou seja: medo da morte, da mutilação e da dor; incerteza quanto ao futuro; sensações de impotência e isolamento; ambiente estranho; presença de assistentes relativamente impessoais e insensíveis e violação da intimidade, do seu corpo.

De acordo com Salimena e Souza (2010), a aplicação de técnicas de comunicação interpessoal é imprescindível e as questões a serem orientadas devem ir progredindo do geral para o específico e em todo o processo deve-se estar aberta e disponível para um franco relacionamento terapêutico.

Segundo Tozo (2009), algumas medidas profiláticas poderão ser tomadas em relação às disfunções sexuais, tais como a informação sobre a histerectomia logo no início da doença, ressaltando a necessidade da compreensão da anatomia e do funcionamento do próprio corpo, incluindo-se orientação e aconselhamento especializado e objetivando esclarecimento de ideias errôneas, preconceituosas e deficitárias a respeito do exercício da sexualidade.

Ainda no pré-operatório, a paciente deve ser informada sobre as limitações e/ou restrições a que será submetida no pós-operatório. Cabe, pois, à enfermagem parte das atividades de acompanhamento e orientações à mulher que vão desde os cuidados físicos aos psicossocioemocionais numa interação com os demais membros da equipe multiprofissional que a assiste.

O enfermeiro deve ter com o paciente um olhar atento e estar aberto para o diálogo, acolhimento das idéias, opiniões e sentimentos, colocando-se em seu lugar para ver, sentir e pensar; desse modo, estará mais próximo da sua compreensão. Também, nesta aproximação com o discurso dito (escrito ou falado) há de se considerar o não-dito, através do silêncio e dos gestos, que são formas de expressão e de compartilhamento. (SALIMENA; SOUZA 2008 apud

HEIDGEEER,1999) Nesse sentido, o enfermeiro precisa atentar para as expressões da paciente, as quais nortearão as instruções a serem empregadas.

É dever do profissional estar apto a ouvir e fornecer informações sobre o procedimento visando desfazer possíveis dúvidas, bem como procurar obter uma compreensão dentro da perspectiva da paciente quanto ao significado atribuído por esta à cirurgia. A assistência a essas pacientes deve abranger explicações relacionadas aos aspectos anátomo-fisiológicos da histerectomia e sexualidade humana, como também maiores esclarecimentos sobre diagnóstico e procedimentos médicos, proporcionando acolhimento e trabalhando as ansiedades da paciente. (MELO e BARROS, 2009)

Faz-se necessário um atendimento diferenciado, reconhecendo as necessidades culturais e fazendo com que a mulher possa se readaptar a sua nova condição de mulher sem o órgão reprodutor. A informação contribui para diminuir as fantasias que envolvem o casal e a família. (VILLAR; SILVA, 2009 apud PAULA, 2009)

Para Fonseca (2006) apud Souto; Souza (2004), o foco do cuidado de enfermagem no pré-operatório é preparar a paciente tanto mentalmente quanto fisicamente para a cirurgia. Propiciar que a paciente expresse as suas preocupações e ansiedades; Compreender como a paciente lida com o estresse da cirurgia e identificar membros significantes da família ou outros que poderiam fornecer suporte emocional; Descrever as rotinas do pré-operatório e pós-operatório (anestesia, dieta, preparo intestinal, transporte à sala cirúrgica); Descrever os medicamentos do pré-operatório, seus efeitos no paciente e os fundamentos para o seu uso; Oferecer informações sobre o que será sentido durante o evento; Orientar a respeito da técnica de sair da cama, assim como sobre a importância de exercitar as pernas e a deambulação precoce; Orientar sobre a importância e necessidade de permanecer em jejum até o retorno dos movimentos peristálticos; Retirar próteses dentárias e guardar objetos pessoais de valor em segurança; Orientar a paciente a esvaziar a bexiga por micção espontânea antes de ir ao centro cirúrgico.

A SOBECC (2009) explica que durante a preparação física da paciente, a metade inferior do abdome e as regiões pubianas e perineal são cuidadosamente tricotomizadas e limpas com água e sabão (alguns cirurgiões não exigem que a paciente seja tricotomizada) O trato intestinal e a bexiga precisam estar vazios antes que a paciente seja levada para a sala de cirurgia, a fim de evitar a contaminação e a lesão acidental da bexiga ou do trato intestinal. Um enema e a ducha antisséptica

podem ser prescritos na noite anterior à cirurgia. Os medicamentos pré-operatórios administrados antes da cirurgia podem ajudar a relaxar a paciente.

Além das implementações inerentes ao período pré-operatório para o bom êxito da cirurgia, a otimização da recuperação da paciente requer ações de enfermagem complementadas durante o período pós-operatório.

3.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Smeltzer e Bare (2005) afirmam que o período pós-operatório estende-se desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até a última visita de acompanhamento com os profissionais de saúde.

No pós-operatório será preciso que ela receba orientações para este período, de modo geral, e, especificamente, para as situações de cirurgias ginecológicas da pelve. Obviamente, essas instruções devem ser ditas em uma linguagem clara e compreensiva para a cliente, contemplando-a como ser existencial no seu cotidiano com suas necessidades, sentimentos, percepções, decisões. (SALIMENA; SOUZA, 2008 apud SOUZA; SOUTO, 2004)

No pós-operatório imediato, o qual corresponde as primeiras 24 horas após a cirurgia, o paciente ainda sob efeitos anestésicos, é colocado na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA). Neste período deve-se auxiliar a recuperação funcional do paciente, até que suas funções fisiológicas se normalizem.

Os principais cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato compreendem avaliar o nível de consciência; levantar grades do leito; monitorar conectores (drenos, sondas, cateteres, entre outros); observar ferida operatória; monitorar sinais vitais; reforçar orientações tais como o jejum; controlar náuseas e vômitos; monitorar micção e eliminações intestinais; administrar medicações conforme prescrição médica; controlar a dor; proporcionar conforto.

Logo após a retomada das funções motoras e sensoriais, os pacientes devem ser encorajados a sair do leito. A deambulação precoce reduz a incidência de complicações pós-operatórias como atelectasia, pneumonia hipostática, desconforto gastrointestinal e problemas circulatórios. A deambulação aumenta a ventilação e reduz a estase das secreções brônquicas, além de aumentar o tônus do trato gastrointestinal e estimular a peristalse. Caso não seja possível a deambulação, exercícios passivos (no leito) ou mudanças de decúbitos devem ser encorajados pelo enfermeiro.

Uma das complicações potenciais associada à imobilidade no leito e edema pós-operatório é a trombose venosa profunda (TVP). Segundo Pitta e Castro (2003), é uma complicação grave que pode ocorrer no pós-operatório de qualquer cirurgia, sendo os riscos maiores nas operações ortopédicas, ginecológicas e abdominais. Para minimizar esse risco, o enfermeiro encoraja a paciente a deambular e a exercitar as pernas no leito, além disso, atenta para os sinais nas pernas de dor, rubor e calor.

Aplicam-se os princípios dos cuidados pós-operatórios gerais para a cirurgia abdominal, com particular atenção dada a circulação periférica, de modo a evitar tromboflebite (processo inflamatório de um segmento de uma veia) e a TVP (desenvolvimento de um trombo, coágulo de sangue dentro de um vaso) observando as varicosidades, promovendo a circulação com exercícios para as pernas e usando meias elásticas com compressão. (SOBECC, 2009)

Neste período, em virtude da alta incidência da trombose venosa profunda pós-operatória, principalmente em mulheres com mais de 40 anos e tempo cirúrgico superior a duas horas, deve-se orientar sobre os cuidados para profilaxia da trombose venosa profunda (TVP), tais como movimentação passiva dos membros inferiores, deambulação precoce e, se possível, o uso de meias de compressão; avaliar o aspecto da incisão cirúrgica, observar sinais de perfusão inadequada, hemorragia e choque. (FONSECA, 2006)

Smeltzer e Bare (2005) apontam que o sangramento vaginal seguido de hemorragia pode ocorrer depois da histerectomia. Para detectar essas complicações precocemente, o enfermeiro conta com o uso de absorventes perineais, avaliando a extensão do sangramento. Além disso, é necessário monitorar os sinais vitais relacionados à hemorragia e choque.

A paciente submetida à cirurgia também está sujeita ao risco de infecção, devido ao rompimento da integridade da pele próprio da criação de uma ferida cirúrgica. Os principais sinais e sintomas compreendem a elevação da temperatura e da frequência de pulso, contagem de leucócitos elevada, edema incisional, calor local, dor e/ou exsudato. Para evitar a infecção do sítio cirúrgico, o enfermeiro deve orientar para os cuidados com a ferida, tais como higienização e nutrição adequada.

Os principais riscos são a infecção e a hemorragia. Além disso, como o local cirúrgico está próximo à bexiga, com os problemas de micção podem acontecer, principalmente depois de uma histerectomia vaginal.

O edema ou trauma nervoso pode provocar perda temporária do tono vesical (atonía da bexiga), podendo ser empregado um cateter de demora. (SOBECC, 2009, p 59)

Smeltzer e Bare (2005) complementam que a disfunção vesical, caracterizada pela dificuldade de urinar, ocorre frequentemente no período pós-operatório, por isso é inserida uma sonda de demora antes ou no curso da cirurgia. A sonda geralmente é removida pouco tempo depois que a paciente começa a deambular. Se a paciente não urina dentro do intervalo prescrito, iniciam-se medidas de estímulo da micção, como por exemplo, ajudar a paciente a ir ao banheiro, deixar a água da torneira correr, derramar água morna sobre o períneo. Caso a paciente não consiga urinar, o cateterismo torna-se necessário. É importante que o débito urinário seja monitorado, assim como o abdome seja avaliado para distensão vesical.

Salimena e Souza (2010) enfatizam o dever da enfermagem em orientar a mulher quanto aos cuidados que deverá observar após a alta, os quais poderão alterar seu cotidiano como, por exemplo: circulação periférica, infecção, micção e hemorragia.

Ensinar e promover o autocuidado às pacientes, orientar quanto a períodos menstruais que acabaram, porém, ainda poderá apresentar secreção sanguinolenta por alguns dias após a cirurgia. (SOBECC, 2009)

Também é de suma importância ensiná-la a perceber as manifestações físicas e fisiológicas que poderão surgir, visto que no pós-operatório a mulher terá algumas restrições, como, por exemplo, não fazer exercícios que forcem a musculatura abdominal e, principalmente, a da pelve.

Preparar a paciente para a alta hospitalar, orientando sobre a importância das consultas de retorno ambulatorial, o agendamento para a retirada dos pontos cirúrgicos, período de convalescência, atividades físicas diárias permitidas como pequenas caminhadas ou não permitidas como lavar roupas entre outras, o reinício das atividades sexuais se liberado pelo médico após exame físico, e sobre a manipulação da sonda vesical se necessário. (FONSECA, 2006 apud MONAHAN, 1994)

O ensino do autocuidado deve ser reforçado e a paciente é lembrada a manter as consultas de acompanhamento. O paciente e a família são instruídos sobre sinais e sintomas a serem relatados ao médico. O cuidado contínuo facilita a recuperação sem complicações.

Em suma, acredita-se que a possibilidade de dispor de novos espaços de cuidado em saúde favoreça o vínculo profissional-sujeito, propiciando uma assistência mais efetiva e humanizada às mulheres submetidas a essa intervenção cirúrgica. (NUNES *et al.* 2009)

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO:

Para alcance dos objetivos investigatórios, optou-se por uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, visto que se desejou tomar conhecimento da atuação prática de um evento, no caso, o objetivo proposto para este trabalho.

A abordagem quanti-qualitativa estabelece a estrutura e evolução das relações dos elementos, sem ter como preocupação primordial com a representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um determinado grupo social. (PRESTES, 2003)

O estudo de caráter exploratório busca diagnosticar um problema através da observação da repetição e percepção de sua ocorrência, portanto, explorar é tornar-se mais íntimo de um tema (SANTOS, 2000).

Segundo Gil (1996), a pesquisa descritiva objetiva descrever particularidades de determinada população ou fenômeno e utiliza-se de técnicas padronizadas para coleta de dados, como questionários e observação sistemática.

Os dados quantitativos abordaram o perfil social e a formação profissional dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na Clínica Cirúrgica feminina do Hospital Regional de Cajazeiras-PB.

Os dados qualitativos enfatizaram a Assistência de Enfermagem à mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico de histerectomia, tomando conhecimento sobre as condutas desses profissionais durante o pré e pós-operatório, tais como: ações de atenção humanizada, orientações e práticas pré-operatórias, e implementações do pós-operatório.

4.2 LOCAL DA PESQUISA:

A pesquisa foi desenvolvida na Clínica Cirúrgica feminina do Hospital Regional do município de Cajazeiras/PB (HRC). O HRC é um hospital geral, público, de média complexidade, apresentando como esfera administrativa o estado da Paraíba e a gestão municipal. É conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona também como unidade auxiliar de ensino. Caracteriza-se como hospital de médio porte e atende 16 municípios da região.

O interessante em realizar uma investigação na Clínica Cirúrgica feminina do HRC deve-se à elevada demanda de cirurgias ginecológicas e a importância que este Hospital representa para os cidadãos do Alto Sertão paraibano.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população foi constituída por 06 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem atuantes na Clínica Cirúrgica feminina do HRC, totalizando 21 profissionais. Uma vez atendidos aos critérios de inclusão e exclusão, amostra também foi composta por 06 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem, os quais integram a equipe profissional da referida Unidade. A escolha desses sujeitos pautou-se no fato de estarem em maior contato com as pacientes, possibilitando maiores oportunidades de auxiliá-las na própria saúde.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

A amostra foi composta dentro dos 21 profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão e exclusão: Devem ser enfermeiros ou técnicos de enfermagem maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que possuam tempo de trabalho superior à seis meses, podendo ser concursados ou contratados, porém, que sejam atuantes na Clínica Cirúrgica feminina do HRC.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estivessem de licença, férias, transferidos para outro setor durante o período da coleta de dados, ou não concordassem em participar da pesquisa, tendo a liberdade de recusa ou retirada do seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízos para os mesmos.

Considerou-se o livre arbítrio dos profissionais em concordarem em participar do estudo, de acordo com sua disponibilidade, por intermédio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA:

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário semi-estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas.

De acordo com Gil (1990), o questionário é uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por

objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

4.6 COLETA DOS DADOS:

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e autorização do Hospital Regional de Cajazeiras –PB, requerida por meio de ofício encaminhado ao mesmo, realizou-se contato com os sujeitos da pesquisa para aplicação do questionário, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

A coleta ocorreu durante o mês de outubro de 2011 e foi desenvolvida por meio da aplicação dos questionários com os 06 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem da Clínica Cirúrgica feminina do Hospital Regional de Cajazeiras. A opção por este tipo de coleta justifica-se por ser uma técnica de coleta ágil e que facilita a familiarização com o universo a ser estudado.

Para coleta de dados quantitativos foram utilizadas questões objetivas referentes aos dados pessoais/profissionais nas quais enfatizou-se idade, sexo, estado civil, tempo de atuação profissional e especialização na área. Além desses dados, foram listados os cuidados de enfermagem e as orientações fornecidos durante a assistência à mulher submetida ao procedimento cirúrgico de histerectomia. Para a coleta de dados qualitativos, foram utilizadas questões subjetivas que nortearão os discursos em direção aos objetivos do estudo.

Os participantes da pesquisa receberam informações sobre a pesquisa, seu propósito e seus objetivos, sendo delas a decisão pela participação livre, sem qualquer ônus ou risco, concordando e assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, no período para a coleta de dados.

4.7 ANÁLISE DE DADOS:

Os dados quantitativos enfatizaram o perfil social e profissional dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Cajazeiras-PB, bem como os cuidados e as orientações educativas de enfermagem prestados

por esses profissionais diante das pacientes submetidas à histerectomia. Estes dados foram coletados por meio das questões objetivas do instrumento de coleta de dados, posteriormente organizados, tabelados e distribuídos em gráficos com ajuda de software específico, de acordo com os objetivos da pesquisa, e analisados quantitativamente à luz da literatura pertinente.

Os dados qualitativos também destacaram condutas de enfermagem na assistência pré e pós-operatória de histerectomia desenvolvidas na Clínica Cirúrgica. Foram coletados por meio de questões subjetivas do instrumento de coleta de dados, permeando ações fundamentais ao cuidado de enfermagem na promoção da saúde da mulher histerectomizada. Foram analisados mediante a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, proposta por Lefèvre & Lefèvre (2005), a qual consiste num procedimento que envolve tabulação e organização de dados discursivos provenientes dos depoimentos dos participantes, permitindo resgatar a compreensão sobre um determinado tema, num dado universo.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS:

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 196/96, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Ministério da Saúde, que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. De acordo com a recomendação da Portaria 196, foi garantida aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo. Foi esclarecido a cada participante quanto aos objetivos do estudo e sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tiveram participação voluntária, confidencialidade dos dados e liberdade de desistência a qualquer momento da pesquisa sem prejuízos para os mesmos.

Para tanto, os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através da codificação (E1 a E21) tendo em vista a preservação do anonimato dos mesmos.

A pesquisa também rege de acordo com a Resolução COFEN 311/07 que dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER SUBMETIDA AO PROCEDIMENTO DE HISTERECTOMIA

A apresentação e discussão dos resultados relacionam-se a estrutura do instrumento de coleta de dados na busca dos objetivos traçados no estudo, com itens referentes à caracterização dos participantes da investigação e questões norteadoras sobre os cuidados e orientações oferecidos pelos enfermeiros da Clínica Cirúrgica feminina do Hospital Regional de Cajazeiras – PB, frente à assistência de enfermagem no pré e pós-operatório de histerectomia.

5.1.2 Aspectos sócio-demográficos e profissionais

Tabela 1- Participantes do estudo segundo dados sócio-demográficos e profissionais. Cajazeiras, PB, 2011.

VARIÁVEIS	f	%
Sexo		
Masculino	02	10
Feminino	19	90
Faixa Etária		
24-31	14	67
32-41	05	23
≥ 42 - 59	02	10
Estado Civil		
Casado	09	43
Solteiro	12	57
Tempo de atuação profissional		
6 meses a 1 ano	05	24
> 1 ano a 5 anos	11	52
> 5 anos	05	24
Tempo de trabalho na Clínica Cirúrgica		
6 meses a 1 ano	17	81
>1ano	04	19
Especialização em Clínica Cirúrgica		
Sim	0	0
Não	21	100
Total	21	100

Fonte: Própria pesquisa/2011.

Com base nos dados da tabela 1, a amostra, em sua maioria foi constituída por sujeitos do sexo feminino 90% (19), e apenas 10% (2) do sexo masculino. Esta predominância do sexo feminino na profissão possui raízes históricas e, apesar da crescente participação do sexo masculino, as mulheres representam a realidade desta categoria, desenvolvendo desde tempos medievais o cuidado ao doente, às crianças, às parturientes, associando essas atividades ao trabalho doméstico. Torna-se claro que as mulheres prevalecem na enfermagem assim como na época em que se expandia sob a influência dos valores expressos por Florence Nightingale no século XIX.

Segundo Lopes e Leal (2005), a enfermagem é uma profissão que requer desempenho de algumas características que compõem o sexo feminino, como as formas de dedicação, o nível de cuidado, a multiplicidade de funções e a afetividade, o que torna comum encontrar uma maioria de profissionais mulheres.

Quanto à faixa etária, houve uma variação entre 24 e 59 anos, sendo que 67% encontra-se entre 24 e 31 anos; seguido da faixa etária de 31 a 41 com 23% e apenas 10% entre 42 a 59 anos, conforme mostra a tabela 1.

Pode-se inferir que a faixa etária que predominou foi composta supostamente por força de trabalho em fase reprodutiva, possivelmente, com maior disposição e disponibilidade para exercício do trabalho em saúde. Guerrer (2007) encontrou em seu estudo uma redução do número de enfermeiros com atividade profissional superior à 40 anos atuando nos hospitais. A autora relaciona este dado ao fato de que estes profissionais, quando atingem idade mais elevada, são absorvidos em outros setores, procurando cargos administrativos, buscando a área de ensino ou até mesmo desistem da profissão no sentido de buscar a aposentadoria.

Em relação ao estado civil, evidencia-se prevalência de solteiros (57%). Dentre os que estabelecem união estável, observa-se 43% do total. Ressaltando a equivalência dos resultados, infere-se que podem estar correlacionados à faixa etária predominante. Antigamente a atividade do cuidar profissionalmente era exercida, em sua maioria, por moças solteiras, cujas atribuições caseiras eram mínimas ou inexistentes; hoje se vê que a mulher, mediante a sua introdução plena no mercado de trabalho, garante a sua produtividade fora do ambiente doméstico e, assim, assume a responsabilidade integral ou parcial pela subsistência da família com o cônjuge.

Braz e Ciozak (2009) relatam que a mulher é naturalmente responsável pelo cuidar. Muitas funções atribuídas a ela refletem, dentro da história da enfermagem, como as jovens solteiras que dedicavam suas vidas para o exercício da profissão.

Quanto ao tempo de atuação profissional, como mostra a tabela 1, 24% dos profissionais exercem seu trabalho há mais de 6 meses e menos de 1 ano. A maioria, 52% trabalham na profissão há mais de 1 ano e menos de 5 anos, e 24% atuam há mais de 5 anos.

Observa-se a elevada percentagem de profissionais recém-admitidos na instituição, cuja realidade pode refletir maior entusiasmo pelo trabalho, todavia, pode representar rendimentos insatisfatórios em vista da reduzida experiência profissional. Este fator pode ser atribuído às diferentes sucessões políticas, que acabam por realizar contratação da maioria desses profissionais no início da gestão. Ao demitir estes profissionais, abatem a oportunidade de acumularem experiências nesse âmbito e os desviam para o desemprego.

O Instituto de Medicina Social (IMS, 2007) entende por mercado de trabalho uma relação entre a oferta de mão de obra e a demanda por ela, ou seja, uma relação entre os que têm emprego a oferecer e os que estão à procura de trabalho. Para tanto, a busca pelo mercado de trabalho de enfermagem mostra tendência ascendente nos últimos anos e o hospital é cenário de maior empregabilidade.

De acordo com Nishide *et al* (2006), a experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam no profissional, a permanência em uma organização. Outrossim, menciona que o período de duração em uma instituição pode estar associado, a satisfação individual.

Dentre os entrevistados, a grande maioria (81%) trabalha na Clínica Cirúrgica há um período de 6 meses a 1 ano, enquanto 19%, estão neste setor há mais de 1 ano, conforme verifica-se na tabela 1.

O tempo de experiência na Clínica Cirúrgica é uma variável bastante impactante no trabalho. O MS enfatiza que o tempo reduzido de permanência das equipes pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais, até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde. (BRASIL, 2004)

No que diz respeito ao número de profissionais que possuem Capacitação em Clínica Cirúrgica, todos (100%) negaram ter Pós-graduação nesta área, como pode ser visto na tabela 1.

A escassez de cursos de aperfeiçoamentos em Clínica Cirúrgica para profissionais de enfermagem na região poderia explicar a inexistência de enfermeiros com esta especialização no hospital em estudo. Ou ainda, pode-se inferir que estes profissionais possam estar neste setor por falta de oportunidades de atuar em outra área de seu interesse e, que por isto, talvez não busquem capacitação específica.

A especialização se difunde em todos os países como consequência do aprofundamento do saber. Tem como meta o domínio científico e técnico de uma certa área do saber, além de proporcionar habilitação profissional completa e adequada, indo além dos limites da graduação. (BRASIL, 2005)

5.1.3 Dados referentes à proposta de estudo

Nesta parte do estudo são descritos os resultados obtidos através da coleta dos dados, bem como a discussão dos mesmos. Durante a realização da pesquisa foram entrevistados 6 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem que se dispuseram a colaborar com o estudo. Na Tabela 1 são apresentados os dados sobre os cuidados de enfermagem fornecidos no pré e pós-operatório de histerectomia tais como anamnese, exame físico específico e escuta dos anseios das pacientes. Por conseguinte, na Tabela 3, são expostos dados sobre orientações de enfermagem ministradas durante os períodos cirúrgicos supracitados.

Tabela 2- Distribuição da amostra conforme os cuidados de enfermagem fornecidos no pré e pós-operatório de histerectomia. Cajazeiras, PB, 2011.

VARÁVEIS	<i>f</i>	%
Cuidados de enfermagem fornecidos no pré e		

pós-operatório			
Anamnese	Sim	17	81
	Não	04	19
Exame físico específico	Sim	10	48
	Não	11	52
Escuta dos anseios das pacientes	Sim	19	90
	Não	02	10
Total		21	100

Fonte: Própria pesquisa/2011.

Diante do exposto na tabela 2, verifica-se que a grande maioria (81%) dos entrevistados realiza a anamnese, apesar de 19% não adotarem esta prática em sua rotina de trabalho.

A anamnese é a primeira fase do processo de enfermagem, na qual a coleta dos dados permite identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar sua assistência. Desta forma, se faz imprescindível a sua realização pelo enfermeiro, como forma de se tornar conhecidas as necessidades do paciente e, ainda, as demandas para os cuidados de enfermagem. Potter e Perry (2002) afirmam que para ajudar uma pessoa a manter, aumentar e recuperar o nível de saúde, o enfermeiro deve ser capaz de estabelecer julgamentos clínicos adequados, isso é alcançado através da identificação de agravos por intermédio da anamnese e do exame físico.

Quanto à realização de exame físico específico, apenas 48% relataram executá-lo durante a assistência de enfermagem, entretanto, 52% não o efetuam. Esses dados são preocupantes, uma vez que o exame físico representa um instrumento de grande valia para a assistência, pois permite validar os achados da anamnese, identificar problemas, planejar e implementar ações de enfermagem e acompanhar a evolução do paciente.

Cintra e Paula (2005) alegam que a falta ou a realização inadequada do exame físico na pessoa hospitalizada dificulta a assistência de enfermagem individualizada e voltada para as necessidades desses sujeitos, uma vez que muitas alterações deixam de ser identificadas, por

sua vez, dificulta o planejamento e as intervenções que contribuem para redução do tempo de internação hospitalar e prevenção de complicações.

Verificou-se na tabela 2, que 90% dos profissionais ouvem os anseios das mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico, já 10% negaram dispensar tempo para ouvi-las.

A enfermagem precisa estar atenta para o estado emocional da mulher a ser hysterectomizada, considerando sua singularidade, esse aspecto além de constituir-se humanizado, é reflexo de competência profissional, que faz justiça à filosofia da Enfermagem, contemplando os aspectos bio-psico-social do indivíduo.

Schneider, Piccoli e Matos (2003) relatam que para se obter um resultado mais satisfatório, o paciente precisa ser preparado desde o pré-operatório, onde o profissional capacitado ouve e discute sobre seus medos e ansiedades. Ainda complementam que alguns pacientes cirúrgicos em sua tentativa de controlar o medo, inibem a função mental de forma tão extrema que caem num estado apático, perdendo o interesse pelo que o cerca (aparência, alimentação, conforto).

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo as orientações de enfermagem fornecidas no pré e pós-operatório de hysterectomia. Cajazeiras, PB, 2011.

Os participantes foram indagados acerca das orientações fornecidas por eles no pré e pós-operatório. Cada participante poderia mencionar mais de uma orientação, desta forma, estão expostas nesta tabela as orientações citadas e as suas respectivas frequências.

Variáveis		f	%
Orientações no pré e pós-operatório			
Rotinas do pré-operatório	Sim	21	100
	Não	0	0
Fatores de risco e prognóstico da cirurgia	Sim	18	86
	Não	03	14
Sensações que a paciente experimentará no pós-operatório	Sim	21	100
	Não	0	0
Mitos sobre insatisfação sexual e outros	Sim	08	38
	Não	13	62

Retorno das AVD's e relações sexuais	Sim	15	71
	Não	06	29
Auto-cuidado	Sim	21	100
	Não	0	0
Sinais e sintomas de complicações	Sim	21	100
	Não	0	0
Atividades que previnem complicações do pós-operatório	Sim	15	71
	Não	06	29
Total		21	100

Fonte: Própria pesquisa/2011.

Para Garcia (2009), as orientações de enfermagem devem levar em consideração aspectos físicos, emocionais e educativos dos pacientes, focando no aprendizado do indivíduo. No entanto, essas orientações são oferecidas, muitas vezes, de maneira rápida sem possibilitar que o paciente assimile e tire dúvidas em relação ao procedimento.

Os dados da tabela 3 demonstram que 100% dos profissionais orientam as pacientes sobre as rotinas do pré-operatório, tais como jejum, medicamentos, banho, esvaziamento da bexiga, tricotomia, dentre outros, cujas frequências representam a totalidade.

As orientações pré-operatórias eficazes ajudam o paciente a lidar com a cirurgia, eleva a satisfação com o serviço, minimiza complicações cirúrgicas e aumenta o bem-estar psíquico. Servem como auxílio para lidar com a ansiedade, adquirindo tranquilidade ao saber o que vai ocorrer no período trans e pós-operatório. Para as pacientes, as informações são vistas como algo que promove calma, tornando-as mais otimistas.

Galan (2003) salienta que o enfermeiro deve promover entrosamento do paciente com o ambiente hospitalar, esclarecendo normas e rotinas do local, além da importância de sua colaboração durante os procedimentos.

A tabela 3 também aponta que 86% orientam sobre os fatores de risco da cirurgia e o prognóstico, ao passo que 14% negam estas orientações.

É primordial que a paciente seja, antecipadamente, informada acerca dos possíveis riscos que a cirurgia acarrete tais como complicações cirúrgicas, bem como sobre os indícios de

boa recuperação. O enfermeiro deve explicar todas as vantagens e desvantagens as quais a paciente estará sujeita.

Ferraz (2007) *apud* Ferrari (1999) defende que a decisão final sobre a melhor forma terapêutica cabe a uma equipe multidisciplinar e com a participação ativa da paciente, levando em consideração suas expectativas. Ela deve ser informada sobre todas as possibilidades terapêuticas, de seus riscos e possíveis complicações, da necessidade ou não de tratamentos complementares e do seguimento ao qual ela deverá ser submetida após a cirurgia.

Em relação às sensações que a paciente experimentará no pós-operatório, todos 100% fornecem esse tipo de informação. É favorável que o enfermeiro explique as condições que a paciente irá retornar da Sala Operatória, se acordada ou sonolenta devido a efeitos anestésicos, se apresentando pequeno sangramento vaginal, náuseas e/ou dores, dentre outros.

O enfermeiro precisa ter noção dos mecanismos de ação do anestésico, bem como suas principais complicações. Cabe a este profissional esclarecer dúvidas acerca da anestesia e explicar as reações orgânicas que o paciente apresentará. Salientando que a anestesia geral compreende estágios caracterizados pela depressão do Sistema Nervoso Central, que culmina com depressão ventilatória e instabilidade dos parâmetros vitais, tais como pressão arterial e frequência cardíaca. (FIGUEIREDO, 2003)

Não obstante, apenas 38% prestam esclarecimentos sobre mitos de insatisfação sexual e outras percepções, entretanto, 62% não elucidam estas percepções. Tal fato torna-se preocupante, visto que pode repercutir negativamente na vida da mulher, acarretando em problemas de cunho psicológico e privação de sua vida sexual.

Melo e Barros (2009) *apud* Kusnetzoff (1998) afirmam que teoricamente não haveria nenhum empecilho para a satisfação sexual feminina após a histerectomia, porém isto dependeria de aspectos individuais e das informações e esclarecimentos recebidos no pré-operatório.

Diante do exposto ainda na tabela 3, 71% dos profissionais de enfermagem informam às pacientes sobre retorno das Atividades da Vida Diária e relações sexuais, porém, 29% não explicam-nas quando poderão retomar suas atividades habituais e prática sexual. O fato de não informar a paciente sobre as restrições e o retorno das atividades cotidianas ocasiona dúvidas e confusões que prejudicam a recuperação pós-operatória ou ainda, pode implicar no surgimento

de complicações graves, como hemorragias, ruptura dos pontos, alargamento da região perineal, tromboembolismos, entre outros.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), a paciente deve retornar aos poucos as atividades. Isso não significa sentar-se por longos períodos, porque essa atitude pode fazer com que o sangue se represe na pele, aumentando o risco de tromboembolia, sendo assim, recomenda-se a prática de caminhadas curtas. A paciente é instruída a evitar esforços físicos, como levantamento de peso, ter relações sexuais ou dirigir até que o cirurgião permita que ela retome essas atividades.

Todos os participantes (100%) fornecem instruções sobre os autocuidados que a paciente deverá adotar após a cirurgia. É imprescindível que a paciente adquira autonomia na execução de cuidados após a alta hospitalar e isto é particularmente importante quando se adquire por meio da atividade da enfermagem, que é realizada ainda durante o internamento.

De acordo com Smeltzer e Bare (2006), a educação ao paciente e seus familiares, e o planejamento para alta hospitalar são essenciais em função das necessidades dos cuidados domiciliares e da redução da permanência no hospital. A paciente deve ser preparada para assumir esses cuidados. Tomando conhecimento de cada medicação em uso e da maneira de realizar cuidados diversos, tais como os dispensados à ferida operatória. As atividades habituais devem ser reassumidas gradativamente.

No que se refere aos sinais e sintomas de complicações do pós-operatório, todos os entrevistados 100% disponibilizam orientações para o possível surgimento desses indicativos. Dentre os entrevistados, 71% ensinam as atividades que previnem estas complicações, já 29% não instruem as pacientes sobre estas medidas. Na função de promover, prevenir e recuperar a saúde, torna-se preponderante que o enfermeiro instrua a paciente a identificar sinais e sintomas de complicações e, principalmente, tomar conhecimento de como evita-las.

Possari (2006) enfatiza que a assistência de enfermagem no período pós-operatório é muito importante para se prevenir complicações advindas do procedimento cirúrgico, mesmo por menor que seja, os riscos de complicações sempre estarão presentes. A prevenção destas complicações promove uma rápida recuperação, evita infecções, reduz gastos, poupa tempo, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente.

5.1.4 Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) abordando os cuidados de enfermagem na prevenção de complicações do pós-operatório

Neste segundo momento são retratados os resultados obtidos a partir das questões subjetivas e analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta explícita de reconstituição de um ser ou entidade empírica coletiva, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular. (LEFÈVRE ; LEFÈVRE, 2006)

No Quadro 1 estão expressas as Idéias Centrais e DSC dos profissionais de enfermagem em resposta à questão “Quais cuidados utilizados na prevenção de Trombose Venosa Profunda”?

Idéia Central- 1	Discurso do Sujeito Coletivo- 1
Estimular a deambulação.	<i>“Estimular a deambulação precoce. Instruir a paciente a caminhar um pouco. Orientar que quando o efeito da anestesia passar, que comece a movimentar os membros inferiores. Explicar que a paciente deve ficar de repouso até passado as horas que se recomenda. Deambular 8 horas após a cirurgia. Estimular a circulação, movimentando todos os membros na hora do banho no leito”.</i>
Idéia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo- 2
Elevar membros.	<i>“Elevar membros inferiores para melhorar a circulação”.</i>
Idéia Central- 3	Discurso do Sujeito Coletivo- 3
Ingerir líquido.	<i>“Ingerir líquido e evitar levantar-se de vez para evitar queda”.</i>

QUADRO 1- Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Trombose Venosa Profunda”?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Na Idéia Central 1 “Estimular a deambulação precoce”, o DSC expressam a atividade de movimentação corporal como forma de estimular a circulação sanguínea.

A exercitação corporal através da deambulação precoce constitui uma modalidade simples de se realizar, mas com resultados bastante efetivos, pois além de evitar a estase sanguínea, aumenta a ventilação pulmonar, reduz a estase das secreções brônquicas, melhora o funcionamento gastrointestinal e urinário.

De acordo com Pitta (2003), a movimentação passiva e ativa precoce estimulam o retorno venoso e conseqüentemente, evita estase dos membros inferiores, bem como auxilia a fibrinólise local e sistêmica. Então cabe ao enfermeiro auxiliar na deambulação precoce assim que possível. Para o autor, as meias de compressão elástica também são efetivas na prevenção.

Na Idéia Central 2 “Elevar membros inferiores” verifica-se que o sujeito coletivo acredita nesse processo como maneira de melhorar a circulação sanguínea dos membros inferiores. Esta intervenção é condizente com estudos científicos, que se justificam pela melhoria do retorno gravitacional do sangue aos órgãos vitais, no entanto, é uma prática recomendada principalmente no tratamento da TVP.

Williams (2008) afirma que a estase venosa pós-operatória associada à imobilidade pode provocar a tromboflebite. Para identifica-la, investiga-se a existência de dor, rubor e edema na região da panturrilha. O tratamento é dado a partir da elevação do membro inferior afetado, aplicação de compressas mornas e administração de medicamentos.

A Idéia Central 3 “Ingerir líquido” caracteriza a concepção do sujeito coletivo sobre uma possível influência da ingesta líquida na prevenção de TVP, esta idéia fundamenta-se na prevenção de desidratação, ou ainda, na profilaxia de uma hemoconcentração sanguínea que favoreceria a formação de trombos e assim, constituiria um fator de risco para desencadeamento da TVP.

No Quadro 2 estão expressas as Idéias Centrais e DSC dos profissionais de enfermagem em resposta à questão “Quais cuidados utilizados na prevenção de Hemorragia”?

Idéia Central- 1	Discurso do Sujeito Coletivo- 1
Observação da ferida operatória.	<i>“Observação da ferida operatória, avaliando se há sangramentos”.</i>
Idéia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo- 2
Atentar para sinais de hemorragia e choque hipovolêmico.	<i>“Ficar sempre atento para sinais de sangramentos e de choque hipovolêmico, como palidez e sudorese”.</i>
Idéia Central- 3	Discurso do Sujeito Coletivo- 3

Evitar esforços bruscos.	<i>“Orientar o repouso no leito no pós-operatório, evitando esforços bruscos. Ter cuidado ao se locomover”.</i>
--------------------------	---

QUADRO 2- Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Hemorragia”?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Na intenção de conhecer os cuidados de enfermagem fornecidos para prevenção de hemorragias, obteve-se três idéias centrais: “Observação da ferida operatória”; “Atentar para sinais de hemorragia e choque hipovolêmico”; “Evitar esforços bruscos”. Dessa forma, verifica-se que, segundo estudiosos, as duas primeiras intervenções são efetivas, enquanto a última não origina efeito expressivo.

Corroborando, Bartmann (2010) enfatiza que o enfermeiro deve monitorar a ocorrência de sangramento pela ferida operatória ou pela vagina, pois são complicações que podem ocorrer depois da cirurgia. O autor recomenda a monitoração dos absorventes perineais durante as trocas. Explica que os sintomas da hemorragia se manifestam quando a paciente já perdeu grande quantidade, podendo levar à hipotensão arterial e até mesmo ao choque hipovolêmico. Bianchi e Carvalho (2007) alertam para a monitoração desses sinais, tais como pressão arterial, umidade e coloração da pele, coloração e volume urinário, e observação das vias de perdas sanguíneas em relação ao aspecto (fresco) e quantidade. Ainda recomenda o controle rigoso do gotejamento das soluções infundidas.

No Quadro 3 estão expressos as Idéias Centrais e DSC dos profissionais de enfermagem em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Disfunção Vesical”?

Idéia Central- 1	Discurso do Sujeito Coletivo- 1
Utilizar meios mecânicos e físicos.	<i>“Observar se a paciente está apresentando retenção urinária e estimular a diurese através de meios mecânicos e físicos, como deixar o chuveiro ligado, realizar compressas mornas em região supra púbica. Observar presença de bexigoma e realizar procedimentos antes de retirar a sonda vesical”.</i>
Idéia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo- 2
Ingesta líquida.	<i>“Estimular a ingestão de bastante líquido”.</i>

Idéia Central- 3	Discurso do Sujeito Coletivo- 3
Cateterismo vesical.	<i>“Introduzir sonda vesical na uretra até a bexiga, facilitando seu esvaziamento”.</i>

QUADRO 3- Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Disfunção Vesical”?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Na idéia Central 1 (Quadro 3) o DSC expressa “Utilizar meios mecânicos e físicos”. De acordo com os entrevistados, é necessário observar se a paciente está apresentando retenção urinária e intervir com medidas simples antes da retirada da sonda, como ligar o chuveiro e aplicar compressas mornas na região supra púbica.

O cateterismo vesical constitui uma rotina realizada antecedente à cirurgia, com finalidade de esvaziar a bexiga e evitar a distensão vesical devido diminuição dos comandos neurológicos atribuídos aos efeitos anestésicos. Na perspectiva do uso da sonda vesical, pode-se prevenir a disfunção vesical através da inspeção quanto aos sinais de inflamação e, principalmente, realizando o desmame, antes de remover a sonda definitivamente.

Segundo Freitas (2006), em geral, no pós-operatório, o cateterismo é deixado no mínimo 24 horas, para um maior conforto da paciente. Em cirurgias maiores, a sonda vesical deverá permanecer até que a paciente não tenha dor e possibilite a micção, com manobras de Valsava.

Na Idéia Central 2 (Quadro 3) o DSC acham que a “Ingesta líquida” possui efeito preventivo na disfunção vesical, porém, existe um equívoco nesta percepção, visto que a ingestão líquida agravará ainda mais o quadro de distensão da bexiga. É favorável que o profissional de enfermagem utilize outras medidas.

A retenção urinária no pós-cirúrgico ocorre freqüentemente em meio aos efeitos anestésicos, devido à depressão do Sistema Nervoso Central, acarretando na diminuição temporária do comando fisiológico da micção, bem como da peristalse. Assim, estimular a ingestão hídrica, além de não resolutivo para o problema em questão, ainda acarretará complicação digestiva à paciente (náusea, êmese e, possivelmente, broncoaspiração), a qual poderá ingerir líquidos somente após o retorno da peristalse gastrointestinal, situação que não advém em meio à influencia anestésica.

Martins (2008) define disfunção vesical como uma alteração na dinâmica de armazenamento e esvaziamento vesical, ocasionando distensão da bexiga.

Potter e Perry (2009) explica que dentre as técnicas não-invasivas para estimular a micção incluem-se a redução do desconforto e da ansiedade, e utilizar-se de meios físicos e mecânicos tais como: Deixar a água correr para o paciente ouvir, proporcionar um banho quente, aplicar bolsas de água morna na região supra púbica, utilizar técnica de tapotagem.

Na Idéia Central 3 (Quadro 3) o sujeito opta pelo “Cateterismo vesical” e acredita neste procedimento como método de prevenção da Disfunção vesical e ainda descreve basicamente como é realizado.

No Quadro 4 estão expressos as Idéias Centrais e DSC dos profissionais de enfermagem em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Infecção”?

Idéia Central- 1	Discurso do Sujeito Coletivo- 1	
Cuidados com a ferida operatória.	<i>“Observar a ferida operatória e realizar curativos diários. Orientar sobre a higienização da ferida operatória”.</i>	
Idéia Central- 2	Discurso do Sujeito Coletivo- 2	
Autocuidado.	<i>“Ter higiene pessoal. Orientar o banho. Lavar a incisão em casa, com sabão. Ter higiene corporal, lençóis de cama e lavagem das mãos. Ter boa alimentação”.</i>	
Idéia Central- 3	Discurso do Sujeito Coletivo- 3	
Medidas assépticas por parte dos profissionais.	<i>“Medidas assépticas por parte dos profissionais. Lavagem das mãos a cada procedimento realizado nos pacientes, lavar as mãos antes de fazer manuseios. Usar luvas, trocar de roupa para evitar a infecção cruzada”.</i>	

QUADRO 4- Idéia Central e DSC dos profissionais de enfermagem da Clínica Cirúrgica em resposta a questão: “Quais cuidados utilizados na prevenção de Infecção da Ferida Operatória”?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Na Idéia Central 1 (Quadro 4) o DSC revela acreditar nos “Cuidados com a ferida operatória” como maneiras de prevenir infecções, por exemplo, observar a ferida operatória, realizar curativos diários e orientar sobre a higienização local.

Neste sentido, a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (2003) afirma que o curativo mantém ambiente adequado às feridas cirúrgicas, protegendo contra traumas mecânicos e contaminação do meio externo, além de absorvendo secreções locais, favorecendo a epitelização e a cicatrização. Por seu efeito compressivo, ajuda a prevenir a formação de hematomas e seromas, oferece conforto físico e psicológico ao paciente. A utilização adequada é um meio de prevenção das ISC.

Na Idéia Central 2 (Quadro 4) o sujeito coletivo afirma que se deve “Orientar sobre o autocuidado”, como a higiene pessoal, bem como ter boa alimentação.

Antes da alta hospitalar, o enfermeiro precisa preparar a paciente para o autocuidado através de um ensino reforçado, gerando aptidão delas assumirem essas responsabilidades. É importante ensiná-la que, em geral, a paciente pode tomar banho no segundo dia de pós-operatório, e deve lavar a incisão com água e sabão para evitar a infecção.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a higienização tem por finalidade a remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlo, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo transmissão de infecções vinculadas ao contato.

Schwartz (2003) ressalta que os fatores envolvidos na origem da infecção são múltiplos, podendo ser relativos ao paciente e à ferida em suas relações de contaminação. Fatores endógenos como obesidade ou desnutrição interferem no processo de cicatrização devido às carências de nutrientes e, principalmente, vitamina C.

Na Idéia Central 3 (Quadro 4) o DSC defende a adoção de “Medidas assépticas por parte dos profissionais”, tais como lavagem das mãos a cada procedimento realizado nos pacientes e uso de EPI's.

Em nossa realidade cotidiana, podemos observar que muitos profissionais de enfermagem desconsideram a eficácia da adoção de medidas básicas preventivas de infecções, incluindo a higienização das mãos, bem como o uso de luvas durante a execução de procedimentos. Assim, esses profissionais, representam veículos de transmissão de patógenos nos ambientes assistenciais, refletindo no aumento da gravidade das doenças, no tempo de internação, no número de complicações e nos custos dos tratamentos.

Segundo Santos (2003), a necessidade da higienização das mãos por parte dos profissionais é reconhecida pelo governo brasileiro, quando inclui recomendações para esta

UNIVERSIDADE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM
BIBLIOTECA
BRASÍLIA - DF
2014

prática no Anexo IV da Portaria 2616/98 do Ministério da Saúde, que instrui sobre o Programa de Controle de Infecções Hospitalares nos estabelecimentos de assistência à saúde no país.

Dentre as mudanças ocorridas nos últimos anos, Geovanini e Junior (2009) citam a introdução do uso de EPIs na assistência aos pacientes. O ato e processo de calçar as luvas esterilizadas é um importante fator no controle de infecções. As incisões necessitam de técnica estéril para troca do curativo nas primeiras 24 a 48 horas. Dependendo da saturação do curativo, deve ser trocado após, no máximo, 24 horas. Após o período preconizado, a incisão pode permanecer aberta e ser limpa com água tratada corrente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário estudado, é preponderante que a figura do profissional de enfermagem evite que as mulheres submetidas à histerectomia entrem em contato com o serviço hospitalar sem que recebam assistência de qualidade, especialmente durante o pré e pós-operatório, momentos cruciais para a promoção, prevenção e recuperação da saúde destas pacientes. Nesta perspectiva, buscou-se identificar, em um hospital do município de Cajazeiras – PB, os cuidados ofertados à mulher histerectomizada por estes trabalhadores.

Mediante os resultados obtidos através dos objetivos propostos, comprovamos, estatisticamente, que a prática rotineira prevalente da Assistência de Enfermagem no pré e pós-operatório de histerectomia atende aos aspectos de qualidade e integralidade do serviço de saúde, ao passo que oferece subsídios às necessidades educacionais, fisiológicas e emocionais da mulher submetida ao procedimento cirúrgico.

Revelou-se na instituição a predominância do fornecimento de orientações tais como, fatores de risco e prognóstico da cirurgia, sensações do pós-operatório, retorno das atividades da vida diária e autocuidado. Estas instruções são efetivas na redução da ansiedade e prevenção de complicações. Portanto, os profissionais se mostraram resolutivos neste aspecto.

No que diz respeito à escuta dos anseios da paciente, evidenciou-se efetividade nesta modalidade. Acredita-se que a valorização da mulher, considerando o simbolismo do útero atrelado à reprodução e feminilidade, desperta nos profissionais a sensibilização para a escuta de seus anseios e angústias diante da cirurgia. Além do mais, compreende uma característica de competência profissional.

Em relação aos cuidados técnicos dispensados às pacientes, observou-se baixo índice da prática do exame físico específico. Sendo assim, recomenda-se que os profissionais considerem este procedimento como instrumento indispensável para intervenções de eventuais problemas de saúde que porventura acometam a paciente.

Não foi identificado considerável atuação nas orientações acerca de mitos, como insatisfação sexual. Neste sentido, as lacunas deixadas desfavorecem a assistência, pois a carência destas informações provavelmente implicará em enigmas na sexualidade destas pacientes.

Frente aos desafios de propor soluções para os aspectos deficitários encontrados, considera-se a elaboração e aplicação de programas de capacitação vinculados à instituição de saúde, com vistas na reiteração e sensibilização dos profissionais, tornando-os habilitados para prestar uma assistência que vislumbre a integralidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da mulher (PNAISM)**: Bases de ação programática. Brasília, 1984. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../assistencia_integral_saude_mulher.pdf> Acesso em: 23 set. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Marinha do Brasil. **Normas e manuais técnicos** – Guia de orientação para o enfermeiro residente.

ALEXANDER. **Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10ª ed. Tradução Cláudia Lúcia Caetano de Araújo, Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ANVISA- **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2007.

BARBOSA, S. M. **Humanização dos Cuidados de Enfermagem**: Perspectivas do enfermeiro. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Fernando Pessoa. Porto de Lima, Portugal, 2010. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1934/.../PG_16661.pdf> Acesso em: 29 set. 2011.

BARTMANN, M. **Enfermagem Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2010.

BIANCHI, F. R. E; CARVALHO, R. de. (Org.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri, SP: Manole, 2007.

BRAZ, E; CIOZAK, S. L. O tomar-se cuidadora na senescência. **Escola Anna Nery**. v.2, n.3, p. 372-377, abr/jun, 2005.

CARVALHO, R. de; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e recuperação**. 1ª ed. Barueri: Manole, 2007.

CHIATTONI H.B.C. **A ética em psicologia hospitalar**. São Paulo: Thomson Pioneira, 1997.

CINTRA, A. F; PAULA, J.de C. A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 301-306.

COSTA, A. A. R; AMORIM, M. M. R. C. T. Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital, em maternidade-escola do Recife: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.169-176. abri., 2003. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n3/16619.pdf >. Acesso em: 15 jun. 2011.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> >. Acesso em: 12 jul. 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Miomatose Uterina.** 2002, p.3-10.

FERRAZ, N. M.S. **Mama fantasma no pós-operatório de mastectomia radical modificada.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando o cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas.** São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Ginecologia.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALAN, N. G. de A; ODA, R. M. Cuidados de enfermagem com o paciente cirúrgico. In: OPROMOLA, D. V. A; BACCARELLI, R. **Prevenção de incapacidades e reabilitações em hanseníase.** Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. P.125-126.

GARCIA, M. V. *et al.* Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Revista eletrônica de Enfermagem. Rio Grande do Sul.** v.11, n.3, p. 494-500, 2009. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/sumario.htm> Acesso em: 27 set. 2011.

GEOVANINI, T; JUNIOR, A. G. de O. **Manual de Curativos.** 2ª ed. São Paulo: Corpus, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**,v.42, n.2, p.355-362, 2008.

IMS- Instituto de Medicina Social. **Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil.** Universidade Estadual do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

JESUS, M. B. de. **A qualidade do atendimento oferecido no Hospital Regional de Cajazeiras-PB segundo a visão dos usuários.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Sociologia)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras, Paraíba, 2010.

KAWMOTO, E. E. **Enfermagem em Clínica Cirúrgica.** 3ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

LOPES, M. J; LEAL, S. M. C. A feminilização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu.** Campinas, n. 24, jan/jun, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf> Acesso em: 20 set. 2011.

MALAGUTTI, W; BONFIM, I. M. **Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidade e perspectivas.** 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2009.

MEEKER M.H; ROTHROCK J.C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MELO, M. C. B; BARROS, E. N. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro, v. 12, n.2, dez., 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 mai. 2011.

MITTELDORF, C; RASSLAN,S; BIROLINI, D. **Infecção & Cirurgia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

MOURA, M. L. P. de A. **Enfermagem em Centro Material de Esterilização**. 9ª ed. São Paulo: Senac,2007.

NISHIDE, V. M. et al. Ocorrencias de acidentes do trabalho em uma grande unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n.2, Ribeirão Preto, mar./abr. 2004.

NUNES, M. da P. da R. S. *et al.* Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.13, n.3. jul./ set., 2009. Disponível em: < www.eean.ufrrj.br/revista_enf/20093/artigo%2015.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2011.

OSIS, M. J.M. D. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, 1998.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico prática**. 10ª ed. Campinas: Papirus, 2004.

PITTA, G. B. B; CASTRO, A. A. **Angiologia e cirurgia vascular**. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico**. 2ª ed. São Paulo: Afiliada, 2006.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRESTES, M. L. M.; **A pesquisa e a construção do Conhecimento Científico do planejamento aos textos, da escola à academia**. 2ª ed. Respel, 2003.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SALIMENA, A. M. De O; SOUZA, I. E. de O. Cotidiano da mulher pós-histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n. 2. mar./ abr., 2010. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/05.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

SALIMENA, A. M. de O; SOUZA, I. E. de O. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas à histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4. dez., 2008. Disponível em: < www.eean.ufrrj.br/revista_enf/20084/03-ART%20.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. **Rotina para o controle de infecção do sítio cirúrgico**. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Manual de Rotinas. Revisão: abril, 2011.

SANTOS, A. A. M. S. Higienização das mãos no controle de Infecção Hospitalar em Serviços de Saúde. Anvisa, 2003. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/servicos/controle/higienizacao_mao.pdf> Acesso em: 29 set. 2011.

SANTOS, A. M. R.; OSIS, M. J. M. D.; BEDONE, A. J. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.51, n.5. set./out., 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302005000500018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 jul. 2011.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SANTOS, C. dos R. C. *et al.* Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: O que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**. São Paulo, v.29, n.2, p.67-73. jan., 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n2/02.pdf> Acesso em: 28 set. 2011.

SCHEEFFER R. **Aconselhamento psicológico: teoria e prática**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 1993.

SCHNEIDER, J. F; PICCOLI, M; MATOS, A. O. G. F. Aspectos emocionais do paciente cirúrgico. In: Seminário Nacional – Estado e políticas sociais no Brasil. **Anais**. Paraná, 2003. p.2-8. Disponível em: <cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/.../27fabianagoncalves.pdf> Acesso em: 22 set. 2011.

SCHWARTZ, S. I. *et al.* **Princípios de Cirurgia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SILVA, C. de M. C; SANTOS, I. M. M; VARGENS, O. M. da C. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.76-82, jan./mar., 2010. Disponível em: <www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2010.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Enfermagem médico-cirúrgica. Tratado de Brunner & Suddarth**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Práticas Recomendadas SOBECC-Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica, Centro de Material e Esterilização**. 5ª ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOLER, G. S. A. Z; MARTINS, G. Perfil dos cuidadores de crianças com bexiga neurogênica. **Revista Arquivo de Ciências da Saúde**. v.15, n. 1, p.13-26, jan/mar. 2008.

SÓRIA, H. L. Z. **Inquérito sobre o procedimento de histerectomia nos serviços de residência médica de ginecologia e obstetrícia.** Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

SOUSA, R. A. *et al.* **A comunicação durante a visita ao leito como fator de qualidade da assistência de enfermagem.** In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. São Paulo, Brasil; 2002. Disponível em <www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100031&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 ago. 2011.

TOZO, I.M. *et al.* Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento de leiomioma uterino. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia.** Rio de Janeiro, v.31, n.10. out., 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/06.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2011.

VIDAL, C. P.; ALBUQUERQUE, H. P. C. Trombose Venosa Profunda: Revisão dos conceitos atuais. **Revista Brasileira de Ortopedia.** São Paulo, v.31, n.10, out.1996.

VILLAR, A. S. E; SILVA, L. R. Os sentimentos de mulheres submetidas à histerectomia e a interferência na saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 235- 244. set./ dez., 2009. Disponível em: <dial.unirioja.es/servlet/ficheiro_articulo?Codigo=3660934&orden=0>. Acesso em: 30 jun. 2011.

WILLIAMS; WILLIAMS, L. (org.). **Enfermagem Médica e Hospitalar.** Tradução Renato Barbieri e Tânia Micele. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2008.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE(S)
DE CANTABILIDADE
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS
ESTADO DE SÃO PAULO
2010

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO:**Dados Sócio Demográficos**

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____ 3. Estado civil: _____
5. Tempo de atuação profissional: _____
6. Tempo que trabalha na Unidade Clínica Cirúrgica? _____
7. Possui especialização em Enfermagem Cirúrgica? _____ Se sim, onde? _____

Quais destes cuidados de enfermagem o Sr.(Sra.) fornece no pré e pós-operatório de histerectomia?

- a) Realiza anamnese para investigar fatores que interferem no bom êxito da cirurgia? (hipertensão, DPOC, hiperglicemia, desnutrição, imunossupressão, etc) ()Sim ()Não
- b) Realiza exame físico específico? ()Sim ()Não
- c) Dispensa tempo para ouvir os anseios da paciente? ()Sim ()Não

Liste os aspectos que o Sr. (Sra) orienta no pré ou pós-operatório:

- a) as rotinas do pré-operatório? (jejum, medicamentos, banho, esvaziamento da bexiga, tricotomia, etc) ()Sim ()Não
- b) sobre a cirurgia (indicações, fatores de risco, prognóstico)? ()Sim ()Não
- c) as sensações que ela terá no pós-operatório? ()Sim ()Não
- d) mitos (insatisfação sexual, etc)? ()Sim ()Não
- e) retorno das atividades da vida diária e relações sexuais? ()Sim ()Não
- f) sobre o auto-cuidado? ()Sim ()Não
- g) sinais e sintomas de complicações? ()Sim ()Não
- h) e sobre as atividades que previnem complicações do pós-operatório? ()Sim ()Não

Se respondeu afirmativamente, quais os cuidados básicos utilizados para prevenir as seguintes complicações:

- a) Trombose Venosa Profunda: _____

- b) Hemorragia: _____

c) Disfunção Vesical: _____

d) Infecção: _____

10/10/2010 10:10:10
10/10/2010 10:10:10
10/10/2010 10:10:10
10/10/2010 10:10:10
10/10/2010 10:10:10

ANEXO(S)

REPUBLICA DE CHILE
SECRETARÍA DE ESTADO
MINISTERIO DE INTERIORES
DIRECCIÓN DE REGISTRO
CARRERA 1300, SANTIAGO

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE HISTERECTOMIA NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB.**

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

O trabalho **Assistência de Enfermagem no Pré e Pós-operatório de Histerectomia na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Cajazeiras-PB** terá como objetivo geral: Investigar a Assistência de Enfermagem no pré e pós-operatórios de histerectomia na Clínica Cirúrgica do Hospital regional de Cajazeiras.

Ao voluntário, só caberá a autorização para roteiro de entrevista semi-estruturado com questões referentes ao perfil sócio-demográfico dos participantes e dados relacionados aos objetivos propostos do estudo 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 nº 196/96 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) 87905860 com Cynara Rodrigues Caneiro.

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

ANEXO B
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO
DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE HISTERECTOMIA NA CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB.

Eu, Cynara Rodrigues Carneiro, professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras – PB portadora do RG: 2526688 SSP-PB e CPF: 01088689400 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução nº 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR (A)

Cajazeiras - PB, _____ de setembro de 2011

ANEXO C
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
COORDENADORIA DE PESQUISA
ECONOMIA
CAIXA DE PÓS-GRADUAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado: *Assistência de Enfermagem no Pré e Pós-operatório de Histerectomia na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Cajazeiras-PB*, desenvolvido pela aluna Jussara Herculano Ramalho do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras - PB, sob a orientação da professora Cynara Rodrigues Carneiro.

Cajazeiras - PB, _____ de setembro de 2011.

Emmanuelle Lira Cariry

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS CAJAZEIRAS - PB
2011

ANEXO D
DECLARAÇÃO DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CAMPUS MARacanã

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0466.0.133.000-11

PARECER

APROVADO x

NÃO APROVADO

PENDENTE

**TTITULO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIRO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE
HISTERECTOMIA NA CLINICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL REGIONAL DE
CAJAZEIRAS-PB**

PESQUISADOR: Cynara Rodrigues Carneiro

DESCRIÇÃO: Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check -list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 19/10/2011

Relator: 07

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



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