



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

EDUARDO NUNES DA SILVA

**RITUAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NO
PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA MUTILADORA**

SALVADOR

2013

EDUARDO NUNES DA SILVA

**RITUAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NO
PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA MUTILADORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração “Gênero, Cuidado e Administração em saúde”, Linha de Pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes

SALVADOR

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

S586 Silva, Eduardo Nunes da
Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no
perioperatório de cirurgia mutiladora / Eduardo Nunes da Silva.
– Salvador, 2013.
186 f.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário de Menezes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Cirurgia. I. Menezes, Maria do
Rosário de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU616-083

EDUARDO NUNES DA SILVA

**RITUAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NO
PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA MUTILADORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração “Gênero, Cuidado e Administração em saúde”, Linha de Pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 31 de julho de 2013.

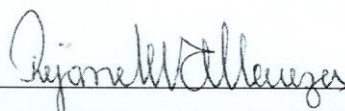
BANCA EXAMINADORA

Maria do Rosário de Menezes



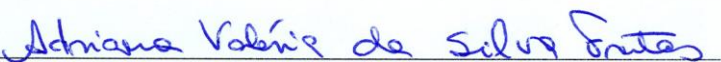
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Rejane Maria Paiva de Menezes



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Adriana Valéria da Silva Freitas



Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Darci de Oliveira Santa Rosa



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Aos enfermeiros que cuidam de pessoas idosas.

AGRADECIMENTOS

À Deus,

Pela oportunidade da vida, crescimento, amadurecimento e experiências adquiridas.

Aos espíritos de luz,

Pela guarda, proteção e direcionamentos em todas as etapas do meu existir.

À minha família,

Pela sustentabilidade baseada no amor, na força e na crença em dias melhores, em especial aos meus pais Abelardo (in memoriam) e Ivanete, meus irmãos Caroline e Leonardo, meus avós (in memoriam) Isaac e Isaura, minha companheira Joseane, minha prima Ivana, minha tia Marilúcia e meus sobrinhos Leozinho, Bia e Clarinha.

Aos meus amigos,

Pela força dada sempre às metas mais corajosas e voos mais altos, em especial a Vivaldo e Wagner.

À profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes,

Pela sabedoria compartilhada e exemplo de amor e dedicação aos estudos sobre o envelhecimento e a vida dos idosos.

Ao Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento – NEVE,

Pelos momentos de ajuda, amizade, alegria, reflexão e coletividade vivenciados, em especial à Lúcio, Cintia, Andréa, Valdenir, Xênia e Manuela.

Aos colaboradores da pesquisa, enfermeiros,

Pela valiosa e imprescindível participação.

À Universidade Federal da Bahia – UFBA,

Por possibilitar-me crescimento pessoal e profissional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial à profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho, profa. Dra. Mariza Silva Almeida, profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes e profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira,

Pelo acolhimento e apoio.

Aos colegas da Turma 2011.1 do Mestrado em Enfermagem, em especial à Cristiane, Luana, Nildo e Zelma,

Pelo incentivo, ajuda e saberes compartilhados.

À Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, em especial ao prof. Dr. José Carlos Barreto de Santana, profa. Dra. Marluce Maria Araujo Assis, Vilania Santana, Gerusa Teles e Nivaldo Assis,

Pela compreensão da necessidade e importância da qualificação dos servidores da UEFS.

À Jan e Marília,

Pela solicitude quando necessário.

À profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes, profa. Dra. Adriana Valéria da Silva Freitas e profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa,

Pela contribuição fundamental para construção deste trabalho.

Às pessoas que em mim possuem um espaço na memória e no coração, que são eternamente queridas e amadas, que sempre estiveram me dando apoio e incentivo em toda minha trajetória, em especial à Nalva e Rita.

“Um dia você vai ficar idoso e alguém vai cuidar de você também. Meu avô dizia isso sempre: quem não gostar de idoso vai morrer antes de ficar velho.”

(Relato de um entrevistado)

RESUMO

SILVA, Eduardo Nunes da. **Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora**. 2013. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

O envelhecimento populacional possibilitou, além da longevidade da população, a mudança no perfil epidemiológico caracterizado pela diminuição das doenças infectoparasitárias e aumento das doenças não-transmissíveis, elevando o número de hospitalizações e, mais recentemente, de procedimentos cirúrgicos, a exemplo das cirurgias mutiladoras, resultantes da prevalência de doenças vasculares periféricas na população idosa. Tais transformações passaram a exigir maior atenção e cuidado dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros. A forma como os enfermeiros expressam o cuidado prestado aos idosos no perioperatório de cirurgia mutiladora reflete a prática de um ritual, visto que o método de trabalho desses profissionais se estabelece a partir do conjunto de ações padronizadas, com começo, meio e fim, na presença de alguns elementos simbólicos, como o jaleco branco, estetoscópio entre outros instrumentos. O estudo tem como objetivo analisar o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, guiada pelo método da história oral temática e respaldada na Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. O estudo foi realizado no município de Feira de Santana-Bahia, sendo o lócus da pesquisa: as unidades de Pronto Atendimento Masculino e Pronto Atendimento Feminino, a Clínica Cirúrgica e o Centro Cirúrgico de um hospital público do Estado da Bahia. A amostra dos colaboradores do estudo foi constituída por 11 enfermeiros. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada, sendo analisados a partir da análise temática. Na realização da pesquisa foram obedecidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Da pesquisa emergiram duas grandes categorias analíticas: ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora e; percepção do enfermeiro sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa. O ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa submetida à cirurgia mutiladora evidenciado neste estudo confronta-se com a proposta da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, portanto da enfermagem transcultural, visto que o cuidado gerontogeriátrico culturalmente congruente não é desenvolvido pelos enfermeiros e as diferentes culturas das pessoas envolvidas no processo não são contempladas e/ou reconhecidas. O estudo revelou como de suma importância para toda pessoa idosa submetida a um processo cirúrgico de mutilação a realização da Sistematização de Enfermagem Perioperatória. A pesquisa mostrou ainda que em alguns momentos do ritual, a pessoa idosa experiencia situações de desrespeito da sua autonomia, cidadania, dignidade e individualidade, passando também por tratamento desumano e constrangedor que se afastam nitidamente de princípios e diretrizes presentes em diversos dispositivos legais.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Operatórios, Idoso, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Eduardo Nunes da. **Ritual of nursing care for the elderly in perioperative mutilating surgery**. 2013. 186 p. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

Population aging permitted, in addition longevity of the population, the change in the epidemiological profile characterized by a decline of infectious and parasitic diseases and increase in non-communicable diseases, bringing the number of hospitalizations and, more recently, surgical procedures, like the mutilating surgery, resulting from the prevalence of peripheral vascular disease in the elderly. Such transformations have demanded greater attention and care of health professionals, especially nurses. The way in which the nurses expresses the care for the elderly in perioperative of mutilating surgery reflects the practice of ritual, given that the method of work of these professionals is established from the standardized set of actions with a beginning, middle and end, in the presence of some symbolic elements, such as the white coat, stethoscope and other instruments. The study aims to analyze the ritual of nursing care for the elderly in perioperative mutilating surgery. This is an exploratory, of qualitative nature, guided by the method of oral history and supported in the Theory of Diversity and Universality Cultural Care by Madeleine Leininger. The study was conducted in the city of Feira de Santana, Bahia, being the locus of research: the Male and Female Emergency Care Units, the Surgical Clinic and Surgical Center of a public hospital in the State of Bahia. The sample of the collaborators of the study consisted of 11 nurses. For data collection, we used the technique of semi-structured interviews, being analyzed using thematic analysis. For this research we followed the ethical guidelines established by Resolution 196/96 of the National Council of Health. From the research emerged two major analytical categories: the ritual of nursing care for the elderly in perioperative of and mutilating surgery and; perception of nurses about the impact of mutilating surgery in the elderly. The ritual of nursing care for the elderly undergoing mutilating surgery evidenced in this study confronted with the proposal of the Theory of Diversity and Universality Cultural Care, therefore of transcultural nursing, given that the gerontogeriatrico culturally congruent care is not developed by nurses and the different cultures of the people involved in the process are not met and/or recognized. The study revealed as of paramount importance to all elderly subjected to a surgical process of mutilation the realization of the Systematization of Perioperative Nursing. The survey also showed that in some moments of the ritual, the elderly experience situations of disrespect to their autonomy, citizenship, dignity and individuality, also going by inhumane treatment and compelling that deviate markedly of principles and guidelines present in various legal devices.

Key words: Surgical Procedures, Operative; Aged; Nursing Care.

RESUMEN

SILVA, Eduardo Nunes da. **Ritual del cuidado de enfermería a los ancianos en la perioperatoria de la cirugía mutilante**. 2013. 186 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2013.

El envejecimiento poblacional permitió, allá de la longevidad de la población, el cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por una disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y el aumento de las enfermedades no transmisibles, con lo que el número de hospitalizaciones y, más recientemente, los procedimientos quirúrgicos, como la cirugía mutilante, que resulta de la prevalencia de la enfermedad vascular periférica en los ancianos. Tales transformaciones han exigido una mayor atención y cuidado de los profesionales de la salud, principalmente los enfermeros. La forma en que los enfermeros expresan el cuidado de las personas mayores en perioperatoria de cirugía de mutilación refleja la práctica del ritual, ya que el método de trabajo de estos profesionales se establece a partir del conjunto estandarizado de acciones con un principio, medio y fin, en presencia algunos elementos simbólicos, como la bata blanca, estetoscopio y otros instrumentos. El estudio tiene como objetivo analizar el ritual de cuidados para las personas mayores en la perioperatorio de cirugía mutilante. Se trata de un estudio exploratorio, de naturaleza cualitativa, orientada por el método de la historia oral y respaldó la teoría de la Diversidad y Universalidad de lo Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. El estudio se realizó en la ciudad de Feira de Santana, Bahía, y el locus de la investigación: las Unidades de Cuidados de Emergencia Masculino y Femenino, la Clínica Quirúrgica y Centro Quirúrgico de un hospital público del Estado de la Bahia. La muestra de los empleados del estudio consistió en 11 enfermeros. Para la recolección de los datos, se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada y analizados mediante análisis temático. Para esta investigación hemos seguido las normas éticas establecidas por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. De la investigación surgieron dos grandes categorías de análisis: ritual de cuidados del enfermero a los ancianos en perioperatoria de cirugía mutilante y; percepción de los enfermeros sobre el impacto de la cirugía mutilante en los ancianos. El ritual de la atención de lo enfermero para ancianos sometidos a cirugía mutilante evidenciado en este estudio se confronta a la propuesta de la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural, por lo tanto, de la enfermería transcultural, ya que el cuidado gerontogeriatrico culturalmente congruente no es desarrollado por enfermeros y las diferentes culturas de las personas involucradas en el proceso no se contempla y/o reconocidos. El estudio revela como de suma importancia para todos los ancianos se sometió a un proceso quirúrgico de la mutilación de la realización de la sistematización de enfermería perioperatoria. La encuesta también mostró que en algunos momentos del ritual, los ancianos experimentan situaciones de falta de respeto a su autonomía, la ciudadanía, la dignidad y la individualidad, también pasando por el trato inhumano y vergonzoso que se apartan notablemente de principios y directrices presentes en diversos dispositivos legales.

Palabras clave: Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Anciano; Atención de Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da População nos Censos Demográficos do Brasil.....	36
Figura 2 – Distribuição da população brasileira por sexo, segundo os grupos de idade - 2000	36
Figura 3 – Distribuição da população brasileira por sexo, segundo os grupos de idade - 2010	37
Figura 4 – Hospitalização como um ritual de transição social	57
Figura 5 – Modelo Sunrise de Leininger para ilustrar a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural	65
Figura 6 – Distribuição dos colaboradores do estudo segundo a idade em anos. Feira de Santana-BA, 2012.....	88
Figura 7 – O ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora.....	93
Figura 8 – Ritual do cuidado do Enfermeiro no pré-operatório de cirurgia mutiladora.....	94
Figura 9 – Ritual do cuidado do Enfermeiro no intra-operatório de cirurgia mutiladora	115
Figura 10 – Ritual do cuidado do Enfermeiro no pós-operatório de cirurgia mutiladora	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias temáticas e respectivas subcategorias do estudo	80
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos colaboradores da pesquisa. Feira de Santana-BA, 2012.....	85
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPER	Centro de Educação Permanente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
NEVE	Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento
NUPED	Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento
PAF	Pronto Atendimento Feminino
PAM	Pronto Atendimento Masculino
PNH	Política de Humanização
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização de Enfermagem Perioperatória
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SO	Sala Operatória
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
2 REVISÃO DA LITERATURA	33
2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.....	33
2.2 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E CIRÚRGICOS.....	37
2.2.1 Afecções Mutiladoras em Pessoas Idosas	41
2.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO CIRÚRGICO	44
2.3.1 Imagem Corporal em Idosos Mutilados	46
2.3.2 Aspectos Legais e Éticos à Pessoa Idosa.....	48
2.4 O PROCESSO RITUAL	50
2.4.1 Compreendendo os Rituais: Conceitos e Definições.....	50
2.4.2 Os Símbolos do Ritual.....	53
2.4.3 As Funções do Ritual.....	54
2.4.4 Hospitalização como um Ritual de Cura	56
2.5 TEORIA DA DIVERSIDADE E DA UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER	57
3 METODOLOGIA.....	67
3.1 TIPO DE ESTUDO	67
3.2 HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA COMO MÉTODO	68
3.3 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	68
3.3.1 Pronto Atendimento Masculino e Pronto Atendimento Feminino	69
3.3.2 Centro Cirúrgico	70
3.3.3 Clínica Cirúrgica	70
3.4 COLABORADORES DO ESTUDO	71
3.5 COMPROMETIMENTO ÉTICO DA PESQUISA.....	72
3.6 COLETA DE DADOS: TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	73
3.7 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	75
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DO ESTUDO	80
4.2 RITUAL DO CUIDADO DO ENFERMEIRO À PESSOA IDOSA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA MUTILADORA.....	92

4.2.1 <i>Status</i> Social Inicial: paciente idoso internado – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pré-operatória de cirurgia mutiladora	93
4.2.2 Período de Transição: paciente idoso operado – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase intra-operatória de cirurgia mutiladora.....	114
4.2.3 Novo <i>Status</i> Social: paciente idoso de alta – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pós-operatória de cirurgia mutiladora	127
4.3 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O IMPACTO DA CIRURGIA MUTILADORA PARA A PESSOA IDOSA.....	140
4.3.1 Percepção dos enfermeiros das unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa	141
4.3.2 Percepção dos enfermeiros do Centro Cirúrgico sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa	145
4.3.3 Percepção dos enfermeiros da Clínica Cirúrgica sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa	146
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
REFERÊNCIAS	153
Apêndice A – Termo de Solicitação	166
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	169
Apêndice C – Roteiro de Entrevista – Instrumento de Coleta de Dados.....	171
Anexo A – Termo de Autorização de Pesquisa	174
Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP.....	176
Anexo C – Folder Informativo da Pesquisa	179
Anexo D – Cartaz Informativo da Pesquisa.....	180
Anexo E – Termo de Autorização para Cirurgia Mutiladora.....	182
Anexo F – Impresso para Admissão de Enfermagem no Centro Cirúrgico	184

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de uma pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se e contextualiza-se o objeto de estudo, as questões de pesquisa, os objetivos geral e específicos, a motivação para a escolha do tema, o interesse pelo estudo e a sua relevância.

No segundo capítulo, encontra-se a revisão da literatura acerca de: envelhecimento da população; idosos institucionalizados e cirúrgicos, afecções Mutiladoras em Pessoas Idosas; o cuidado de enfermagem ao idoso cirúrgico, imagem corporal em idosos mutilados, aspectos legais e éticos à pessoa idosa; o processo ritual, conceitos e definições, os símbolos do ritual, as funções do ritual, hospitalização como um ritual de cura; Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

No terceiro capítulo, discorre-se sobre a metodologia utilizada, apontando-se o tipo de estudo, a história oral temática como método, o campo de investigação, os colaboradores do estudo, o comprometimento ético da pesquisa, a coleta de dados, técnica e instrumento e a análise dos dados coletados.

No quarto capítulo, são revelados e discutidos os resultados da pesquisa em três partes. Na primeira parte, mostra-se a caracterização dos colaboradores do estudo. Na segunda e terceira, apresentam-se as duas grandes categorias analíticas que responderam aos objetivos propostos: ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora; percepção do enfermeiro sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa.

Por fim, são apresentadas as considerações finais do estudo, elucidando questões que foram constatadas no desenvolvimento dos resultados e propondo sugestões para a melhoria das condições do cuidado frente às tendências mundiais de envelhecimento da população.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como enfoque o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora sob a luz da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Os rituais ocorrem em diversos ambientes, assumem várias formas, desempenham muitas funções e estão presentes em todas as sociedades humanas, constituindo uma importante parte do modo como os grupos sociais celebram, mantêm e renovam o mundo em que vivem (HELMAN, 2003). Os rituais são compostos por conjuntos de comportamentos padronizados, com começo, meio e fim, e com características próprias em cada etapa (GOMES, 2008). Vale ressaltar que os rituais se dão por meio de símbolos que são elementos padronizados como objetos, roupas, palavras, sons, entre outros (HELMAN, 2003).

Os antropólogos destacam que os rituais possuem importantes dimensões sociais, psicológicas e simbólicas. Uma característica marcante apresentada por todos os rituais é a de gerar comportamento repetitivo sem efeito técnico explícito direto (HELMAN, 2003). E ainda, revelam valores de um grupo em seu nível mais profundo, visto que, nos rituais, os grupos expressam aquilo que mais intensamente os tocam (TURNER, 1974).

Em se tratando do ambiente hospitalar, da hospitalização e dos profissionais de saúde, relaciona-se um importante tipo de ritual: o ritual de cura. Podendo ele ser compreendido como um ritual de transição social. Este tipo de ritual está presente nas sociedades associando mudanças do ciclo vital humano às mudanças de posição social, relacionando os aspectos fisiológicos com aspectos sociais da vida (HELMAN, 2003).

Nessa perspectiva, a forma como se expressa o cuidado do enfermeiro aos idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora, pode refletir a execução de um ritual, visto que a prática desses profissionais se estabelece a partir do conjunto de ações padronizadas, com começo, meio e fim, na presença de alguns elementos simbólicos, como o jaleco branco e o estetoscópio.

Atualmente, o aumento do número de indivíduos idosos nas sociedades vem despertando o interesse para a realização de diversos estudos, visto que se trata de um processo desencadeado em todo o mundo. Esse fenômeno, o envelhecimento populacional, é produto da mudança de alguns indicadores de saúde, principalmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006b).

A existência de numerosos conceitos acerca do envelhecimento pode evidenciar uma dificuldade e também uma necessidade de melhor compreensão sobre esse fenômeno. Dentre

as diversas definições, envelhecimento pode ser considerado como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz frente ao estresse do meio (BRASIL, 2006b).

Além do benefício de uma maior longevidade da população, o envelhecimento populacional trouxe também um novo perfil epidemiológico, que é definido por uma mudança nos padrões de morbimortalidade, principalmente pela diminuição das doenças infectoparasitárias e aumento das doenças não-transmissíveis (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005). Esse novo perfil epidemiológico repercutiu diretamente no aumento de hospitalizações dos indivíduos idosos e, mais recentemente, na elevação de procedimentos cirúrgicos e outros recursos terapêuticos nessa população (MENDOZA; PENICHE, 2009).

No que diz respeito aos procedimentos cirúrgicos que os idosos vêm se submetendo, observa-se que o número de cirurgias mutiladoras está crescendo, o que pode ser explicado, principalmente, pela prevalência de doenças vasculares periféricas nessa população (CARVALHO et al, 2005). Entre as principais afecções vasculares que levam à intervenção cirúrgica mutilante ou amputação, destacam-se arteriosclerose, diabetes, trombose aguda, embolia e as doenças arteriais inflamatórias (LUCCIA; GOFFI; GUIMARÃES, 2007).

As intervenções cirúrgicas compreendem três fases: fase pré-operatória, fase intra-operatória e fase pós-operatória (SMELTZER et al, 2009). Em suma, a palavra que incorpora essas fases do processo cirúrgico é denominada de período perioperatório (MENDOZA; PENICHE, 2009). O cuidar ao paciente submetido à intervenção cirúrgica não envolve apenas a preocupação com as suas condições físicas. O cuidado de enfermagem deve procurar enfatizar todas as condições biopsicossociais necessárias para que esse paciente e seus familiares possam lidar com o processo cirúrgico, durante e após a sua permanência no hospital (ZAGO, 1994).

É importante ressaltar que a assistência à pessoa idosa em situação cirúrgica difere da atenção que recebem outros grupos etários, visto que as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e a presença de doenças associadas podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a sua vulnerabilidade (MENDOZA; PENICHE, 2009). Nesse contexto, as práticas de enfermagem necessitam reconhecer os aspectos do cuidar cultural das necessidades humanas, para que não existam sinais de cuidados de enfermagem menos benéficos ou eficazes e até insatisfação com os seus serviços, o que poderia limitar a cura e o bem-estar (WELCH, 2004).

Nessa perspectiva, visando contribuir para a temática do cuidado em Enfermagem na área da saúde do idoso, o presente estudo terá como objeto “ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

Pretende-se subsidiar e fomentar discussões que levem à melhoria e reflexão da prática dos enfermeiros, partindo de uma revisão crítica, teórica e conceitual sobre o tema, com o intuito de responder às seguintes questões de pesquisa: como se dá o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora? Qual a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da cirurgia mutiladora em idosos?

Este estudo terá como objetivo geral: analisar o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora. E como objetivos específicos: identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora; verificar como se dá o acompanhamento dos idosos no perioperatório de cirurgia mutiladora pelos enfermeiros; descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da cirurgia mutiladora em idosos.

A motivação para a escolha do presente tema decorre da minha identificação com estudos que dizem respeito ao envelhecimento desde a graduação na Universidade Estadual de Feira de Santana. Neste período, tive oportunidade de ser bolsista de um Programa de Extensão da referida Instituição, denominado “Universidade Aberta à Terceira Idade”, atuando como facilitador de uma oficina de xadrez para os participantes do Programa. Também pude apresentar trabalhos acadêmicos sobre a temática do envelhecimento em diversos eventos científicos. Além disso, pude desenvolver o trabalho de conclusão da graduação envolvendo questões que afligem a população idosa, intitulado “Violência contra a pessoa idosa no município de Feira de Santana-BA, 2006 a 2008”.

O interesse pelo estudo do ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora relaciona-se com a minha trajetória e com outras pesquisas desenvolvidas na área, ganhando consistência após intensa conversação com minha orientadora, já enquanto discente do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, o que possibilitou uma reflexão da prática de enfermeiros na Clínica Cirúrgica de um hospital geral do estado da Bahia durante estágio curricular da disciplina Estágio Supervisionado II do curso de graduação. Apesar de não ter atuado diretamente na Clínica Cirúrgica, inquietei-me com um cenário, visto por inúmeras vezes, onde diversas pessoas, inclusive idosos submetidos à cirurgia mutiladora, recebiam cuidados nos corredores da clínica, sem conforto adequado e privacidade.

A relevância deste estudo está na contribuição para o desenvolvimento e aumento da produção científica na área de saúde do idoso, que cada vez mais merece atenção por parte dos pesquisadores e da sociedade em que estão inseridos, principalmente no que diz respeito ao cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora, considerando que a produção científica sobre essa temática é escassa. Também se espera que este estudo possa, de algum modo, contribuir para a formação e prática de graduandos, estagiários, residentes e enfermeiros, bem como outros membros da equipe de saúde, além de fomentar discussões, reflexões e aprendizado acerca dos cuidados às pessoas idosas e suas famílias no perioperatório de cirurgia mutiladora.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, apresentam-se aspectos da literatura sobre o envelhecimento da população, idosos institucionalizados e cirúrgicos, afecções mutiladoras em pessoas idosas, cuidado de enfermagem ao idoso cirúrgico, imagem corporal em idosos mutilados, aspectos legais e éticos à pessoa idosa, processo ritual e a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

O processo de envelhecimento vem sendo considerado uma das preocupações da humanidade desde os primórdios da civilização, sendo assim, as ideias sobre esse processo são tão antigas quanto à origem dos seres humanos (PAPALÉO NETTO, 2006).

Atualmente, muito se tem discutido sobre a concepção do que seja envelhecimento e o que fazer para que uma qualidade de vida satisfatória acompanhe proporcionalmente o aumento da esperança de vida das pessoas idosas. A existência de numerosos conceitos acerca do envelhecimento pode evidenciar uma dificuldade e necessidade de compreensão eficaz sobre esse fenômeno.

Para Carvalho Filho, Papaléo Netto e Garcia (2005, p. 03), o envelhecimento é algo “[...] dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade [...]”.

Papaléo Netto (2006) considera o envelhecimento como a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p. 03), o envelhecimento pode ser compreendido como:

[...] um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

Numa visão antropológica do envelhecimento, este pode ser considerado como um fenômeno biossocial que não existe singularidade, ou seja, o envelhecimento se caracteriza pela heterogeneidade dos indivíduos (BRITTO DA MOTTA, 2006). Nesse sentido, um dos

equivocos em relação ao envelhecimento é a tendência para considerar todos os indivíduos de uma mesma faixa etária como iguais, sendo assim, é importante considerar os aspectos individuais que fazem com que cada pessoa apresente particularidades ao longo de sua vida (GUIMARÃES, 2006).

O desenvolvimento individual é multidimensional, ocorrendo nas dimensões biológica, psicológica e social. Desenvolve-se em múltiplas esferas, como família, trabalho, educação, lazer e outras tantas. É também multidirecional uma vez que, simultaneamente, registram-se ganhos (crescimento) e perdas (declínio), fazendo com que aqueles que maximizam os ganhos e tenham perdas minimizadas sejam candidatas ao “envelhecimento bem-sucedido” (GUIMARÃES, 2006, p. 83).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), o envelhecimento não é homogêneo para todos os indivíduos, porque sofrem influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

Entende-se que ainda resta um longo caminho a ser percorrido para que se possa elucidar os pontos obscuros do fenômeno do envelhecimento. No século XX, principalmente nas suas últimas décadas, pôde-se observar um aumento no somatório de conhecimentos nesse campo (PAPALÉO NETTO, 2006).

Existem importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento no que diz respeito ao envelhecimento populacional. Nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social adequada para atender às novas demandas emergentes, inclusive na área de saúde (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento populacional é produto da mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006b). O aumento da esperança de vida se deve, em primeiro lugar, à redução da mortalidade infantil, que progressivamente atingiu as demais faixas etárias (CAMARANO, 2006). Além de ser impulsionado pela queda da taxa de natalidade, o processo de envelhecimento também foi impulsionado pelos avanços da biotecnologia (IBGE, 2002).

O termo transição demográfica refere-se ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores. Quando há queda na taxa de mortalidade, com aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade, a população começa a envelhecer. E, à medida que envelhece, mudam também suas características epidemiológicas. A transição epidemiológica é definida por uma mudança nos padrões de morbimortalidade [...] (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005, p. 20).

A transição epidemiológica engloba três mudanças básicas: a substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos; e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (CHAIMOWICZ, 2006).

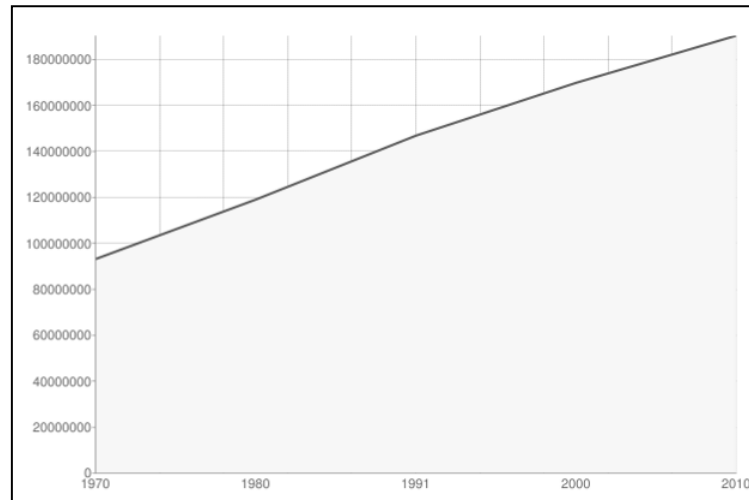
Para se ter uma ideia do crescimento do número de idosos que está acontecendo em nível global, estudos realizados em 1950 divulgaram a existência de cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, essa população já alcançava 579 milhões de pessoas. Pode-se observar que houve um crescimento de quase 8 milhões de indivíduos idosos por ano em toda sociedade mundial. Existem projeções para o ano de 2050, na qual a população idosa alcançará cerca de 1.900 milhões de pessoas (IBGE, 2002).

Segundo os resultados do Censo Demográfico 2010, a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, desses, 20.590.599 são indivíduos que possuem 60 anos ou mais de idade, cerca de 10,79% do total da população. Esses resultados evidenciaram ainda que, no país, existe uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens, acentuando-se a tendência histórica de predominância feminina na composição por sexo da população do Brasil (IBGE, 2011b).

Em relação à representatividade dos grupos etários no total da população em 2010, observa-se que no Brasil houve um alargamento do topo da pirâmide, evidenciando o crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. O crescimento absoluto da população do Brasil nos últimos dez anos se deu principalmente em função do crescimento da população adulta, com destaque para a população idosa (IBGE, 2011b).

A Figura 1 ilustra a dinâmica da evolução da população do Brasil, de acordo com os resultados do Censo Demográfico de 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010.

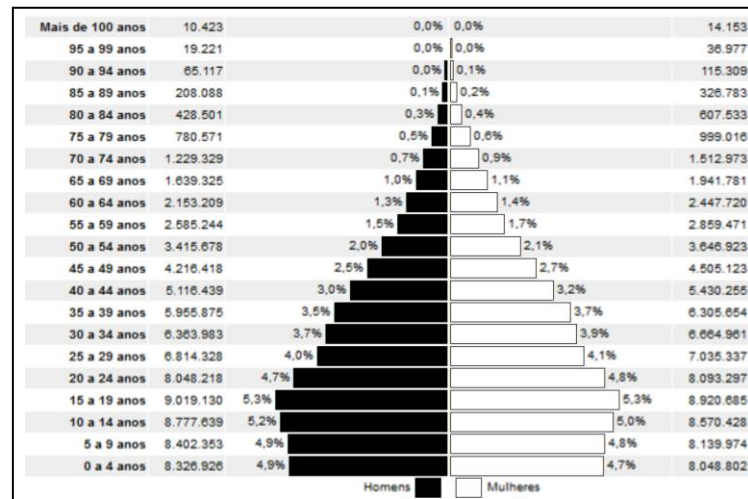
Figura 1 – Evolução da População nos Censos Demográficos do Brasil.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010.

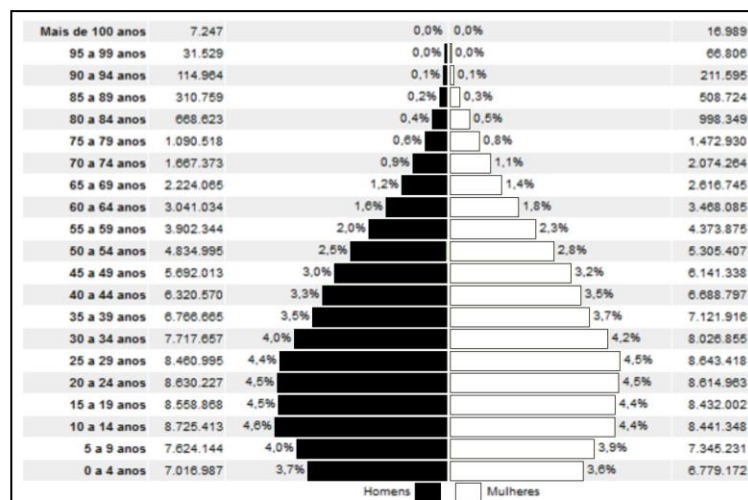
A população do Brasil tende a dar continuidade ao processo de envelhecimento, confirmando as tendências esperadas de mortalidade e fecundidade. A evolução da estrutura etária no país pode ser observada na Figura 2 e Figura 3, que trazem um comparativo das pirâmides de distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.

Figura 2 – Distribuição da população brasileira por sexo, segundo os grupos de idade - 2000.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010.

Figura 3 – Distribuição da população brasileira por sexo, segundo os grupos de idade - 2010.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010.

O comportamento da estrutura etária da população das Grandes Regiões do Brasil não se dá de forma homogênea, visto que se iniciou a transição demográfica em momentos diferentes nessas regiões, bem como a velocidade com que ela ocorre. A Região Norte, apresenta ainda uma estrutura bastante jovem, devido aos altos níveis de fecundidade presentes em sua história, apesar do contínuo envelhecimento observado nas duas últimas décadas (IBGE, 2011b).

A Região Nordeste, apesar de apresentar uma estrutura etária um pouco mais envelhecida que a Região Norte, ainda tem, igualmente, características de uma população jovem. As Regiões Sudeste e Sul apresentam semelhança no que diz respeito à evolução da estrutura etária, essas regiões se mantêm como as duas regiões mais envelhecidas. Em relação à Região Centro-Oeste, esta apresenta uma estrutura etária e uma evolução semelhantes às do conjunto da população do Brasil, ou seja, possuem distribuição etária próxima da média do País (IBGE, 2011b).

2.2 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E CIRÚRGICOS

O envelhecimento populacional trouxe benefícios de uma maior longevidade, ou seja, de uma maior expectativa de vida, entretanto, trouxe também um novo perfil epidemiológico, definido por uma mudança nos padrões de morbimortalidade, principalmente pela diminuição das doenças infectoparasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas, ou como

atualmente é denominado, doenças não-transmissíveis (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005).

Sabe-se que o envelhecimento não é sinônimo de doença, porém, não há como não admitir que, com o avanço da idade, exista maior incidência de enfermidades. Quando adoecem, muitos idosos são cuidados na sua própria casa por seus familiares, entretanto, havendo necessidade de um cuidado mais especializado, é comum recorrerem a uma instituição que esteja preparada para recebê-los, a qual pode ser: uma clínica, uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) ou um hospital que dispõe de uma equipe preparada tecnicamente para a prática (DALBOSCO, 2009).

O avanço da ciência contribui para o aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos nas instituições hospitalares, o que reflete em uma assistência de melhor qualidade. Porém, o contato com o ambiente do hospital tende a gerar sentimentos como angústia, ansiedade e medo, pois a pessoa tem a impressão de não mais ter o controle sobre o seu próprio corpo. Sendo hospitalizado, há chances do idoso se tornar abalado em seu sistema psicológico, pois, além das questões orgânicas, o mesmo deverá lidar com um novo contexto que o priva do conforto de seu lar, do contato com familiares e amigos, e ainda é impossibilitado de seguir sua rotina diária (DALBOSCO, 2009).

Hospitalizar-se, para Leitão (1993), significa se recolher em ambiente frio, impessoal e ameaçador, sendo sempre uma situação desencadeada por necessidade e, muitas vezes, por emergência, em um clima de expectativas e diversas mudanças, tais como intelectual, afetiva e cultural. Essa autora traz ainda que por preconceito social o paciente idoso é colocado em segundo plano frente ao atendimento de jovens, crianças e adultos, estigmatizando também a atenção ou carinho dedicados a eles.

[...] os idosos que buscam os serviços de saúde deparam-se, ainda, com situações tais como: a dificuldade de acesso, a forma como são tratados (infantilização, gerontofobia), a carência de leitos, de pessoal capacitado, de equipamentos, a infraestrutura inexistente ou inadequada, a cassação do direito de emitir opinião, a cassação do direito de escolher ou negar-se a um tratamento, a conhecer a sua situação de saúde no que diz respeito à terapêutica, a evolução e as alternativas de tratamento (MENEZES, 2010, p. 43).

Segundo Menezes (2010), a hospitalização para as pessoas idosas pode desencadear algumas reações consequentes da mudança brusca de ambiente. Assim sendo, é válido questionar se as instituições hospitalares estão preparadas para receber o paciente idoso, e se essas instituições têm profissionais de saúde em quantidade e com qualificação suficiente para serem cuidadores dessas pessoas (DALBOSCO, 2009).

À medida que continua a crescer o número de pessoas que atingem idades avançadas, haverá uma necessidade concomitante de propiciar assistência cirúrgica a um número cada vez maior de pacientes idosos. Ao longo dos últimos 20 anos, o percentual de operações em pacientes com mais de 65 anos aumentou de 19% de todas as operações para 37% (ROSENTHAL; ZENILMAN, 2005, p. 333).

A assistência ao idoso cirúrgico difere da assistência que outros grupos recebem, visto que as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e a presença de doenças associadas podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a vulnerabilidade às complicações pós-operatórias (MENDOZA; PENICHE, 2009).

A maior incidência de complicações e a mortalidade pós-operatória decorrem de um conjunto de fatores, dentre os quais se destacam a reserva fisiológica diminuída, a intensidade das repercussões no organismo das doenças associadas (variáveis na incidência e gravidade), da afecção cirúrgica básica e o porte da operação indicada para seu tratamento. Com todas essas variáveis, torna-se evidente que o risco operatório deve ser avaliado individualmente, e não por grupo etário (SPERANZINI; DEUTSCH, 1999, p. 161-162).

Entende-se por doenças associadas, principalmente, as doenças cardiovasculares, pulmonares e renais. Além destas, outras doenças têm relevância na indicação de mau prognóstico em idosos, tais como as doenças do sistema nervoso central, manifestada pela demência senil ou sequelas de acidente vascular cerebral e diabetes. A disposição física e o grau de atividade, anteriormente à operação, também influenciam o prognóstico, visto que a inatividade pode ser responsabilizada por índices maiores de gravidade nas complicações pós-operatórias, principalmente pulmonares, cardiovasculares e renais (SPERANZINI; DEUTSCH, 1999).

O objetivo principal do tratamento cirúrgico é prolongar a vida. Nos pacientes idosos, este objetivo deve ser substituído por procurar melhorar ou preservar o conforto do paciente pelo maior tempo possível. É importante destacar que o ato cirúrgico deve ser preciso, delicado e exangue, e ainda, deve ser realizado em pouco tempo, numa situação em que nenhum gesto seja perdido ou repetido, além disso, todo sangramento deve ser controlado e todos os fios amarrados com precisão (PAULINO NETTO; PASSOS, 1999).

De acordo com esses autores, para submeter a pessoa idosa ao ato cirúrgico é fundamental: saber, em primeiro lugar, quando não operar; em segundo lugar, quando operar e, somente em terceiro lugar, como operar. Para tanto, a idade não é contra-indicação para a cirurgia e nenhum idoso deve ter sua operação eletiva postergada ou uma operação de emergência recusada por causa da idade. Os procedimentos cirúrgicos devem ser planejados para resolver o problema com o mínimo de risco.

Não há dúvida de que o envelhecimento parece ter um efeito negativo sobre o resultado cirúrgico. Entretanto, a maior parte dos estudos mostra que a idade cronológica, isoladamente, tem um efeito muito pequeno sobre o resultado. Na realidade, o declínio das reservas fisiológicas, por conta do envelhecimento, e o aumento de co-morbidades são os responsáveis por esta observação (ROSENTHAL; ZENILMAN, 2005, p.334).

Para o idoso que será submetido ao ato cirúrgico, não apenas a resolução do problema que o levou a ser submetido ao ato cirúrgico é importante, mas também o desejo de receber alta nas mesmas condições que possuía antes da patologia que o conduziu ao centro cirúrgico (MENDOZA; PENICHE, 2009). As pessoas são afetadas pelo processo de envelhecimento de maneiras diferentes, bem como os sistemas orgânicos. Pacientes de idades iguais podem ter respostas fisiológicas diferentes, visto que a idade cronológica nem sempre reflete a idade fisiológica. Em paciente idoso, com doenças associadas, o risco de complicações e mortalidade aumenta, por isso, se a operação for considerada mais grave que a doença, deve ser contraindicada (PAULINO NETTO; PASSOS, 1999).

Verificou-se que o número de hospitalizações de indivíduos idosos e procedimentos cirúrgicos nessa população vêm aumentando (MENDOZA; PENICHE, 2009). Inclusive, cirurgias mutiladoras, devido à prevalência de doenças vasculares periféricas (CARVALHO et al, 2005).

Doença vascular periférica pode ser considerado um título bastante amplo, abrangendo grande variedade de patologias arteriais e venosas, com apresentação clínica e tratamento bem distintos. [...] Importante ressaltar que a circulação periférica está acessível à avaliação direta; dessa forma, o exame físico minucioso torna-se parte fundamental para diagnóstico e tratamento apropriados (MIRANDA, 2006, p. 559).

Vale lembrar que arteriosclerose, diabetes, trombose aguda, embolia e as doenças arteriais inflamatórias estão entre as principais afecções vasculares que submetem os idosos às amputações ou cirurgias mutilantes (LUCCIA; GOFFI; GUIMARÃES, 2007). Este procedimento, de acordo com Smeltzer et al (2009), é a remoção de uma parte do corpo, geralmente uma extremidade, e é usada para aliviar sintomas, melhorar a função e, mais importante, salvar a vida do indivíduo ou melhorar sua qualidade de vida. A comunicação para com o indivíduo que será submetido ao ato cirúrgico é de extrema importância, visto que “se a equipe de cuidados à saúde comunicar uma atitude positiva, o paciente se ajusta mais facilmente à amputação e participa ativamente do plano de reabilitação, aprendendo a modificar as atividades e a usar os dispositivos auxiliares para as AVD e a mobilidade” (SMELTZER et al, 2009, p. 2085).

Segundo essas autoras, a amputação é efetuada no ponto mais distal que vai se consolidar efetivamente o procedimento e o local da cirurgia é determinado por dois fatores, são eles: circulação na parte do corpo e a utilidade funcional. O objetivo desse ato cirúrgico é conservar o comprimento da extremidade tanto quanto for necessário para preservar a função, principalmente as articulações do joelho e do cotovelo e, se for o caso, obter um bom ajuste para a prótese, visto que muitas amputações envolvendo extremidades podem receber próteses. E ainda, as cirurgias mutilantes podem desenvolver complicações, que incluem hemorragia, infecção, ruptura da pele, dor de membro fantasma e contratura articular. Essas complicações e suas causas estão relatadas a seguir:

Pode haver um sangramento maciço por ter havido secção de grandes vasos sanguíneos. A infecção é um risco em todos os procedimentos cirúrgicos. O risco de infecção aumenta na presença de feridas contaminadas após uma amputação traumática. A irritação cutânea causada pela prótese pode ocasionar a ruptura da pele. A dor de membro fantasma é causa pela secção dos nervos periféricos. A contratura articular é causada pelo posicionamento e por um padrão de retraimento protetor em flexão, associado à dor e ao desequilíbrio muscular (SMELTZER et al, 2009, p. 2085).

Além disso, Smeltzer et al (2009) afirmam que o indivíduo que se submete a uma cirurgia mutilante precisa de apoio psicológico para aceitar a mudança súbita na imagem corporal e para lidar com os estresses da hospitalização, reabilitação prolongada e modificação do estilo de vida. As reações nesses indivíduos são imprevisíveis e podem incluir diversos sentimentos e comportamentos, tais como raiva, amargura e hostilidade.

2.2.1 Afecções Mutiladoras em Pessoas Idosas

Entre as principais afecções que levam a mutilação em idosos, estão: arteriosclerose, diabetes mellitus, trombose aguda, embolia, entre outras.

2.2.1.1 Arteriosclerose

O processo de envelhecimento condiciona uma degeneração vascular que se manifesta nas artérias e nas veias dos indivíduos idosos (MELLO et al, 1998). Dentre as doenças degenerativas vasculares, segundo esses autores, a arteriosclerose é a mais frequente, acometendo artérias elásticas ou musculares, desencadeando espessamentos focais ou difusos, que determinam alterações no fluxo.

Arteriosclerose é uma doença arterial degenerativa de caráter generalizado, mas que frequentemente, afeta alguns segmentos na árvore arterial. Essas lesões degenerativas da parede arterial podem originar dois tipos de processos patológicos: estenose ou obstrução da luz do vaso e dilatação da artéria, constituindo os aneurismas (KAUFFMAN; KUZNIEC, 2005).

Recebe a denominação de arteriosclerose obliterante a doença obstrutiva crônica que envolve a aorta abdominal, seus principais ramos e as artérias que irrigam os quatro membros, particularmente as extremidades inferiores. Do ponto de vista patológico, a lesão fundamental é a placa de ateroma que, projetando-se para a luz da artéria, provoca estreitamento localizado que favorece posteriormente a formação do trombo, obstruindo o vaso (KAUFFMAN; KUZNIEC, 2005). Em quatro anos, 75% dos doentes costumam desenvolver oclusão contralateral, atingindo ambos os membros (MELLO et al, 1998).

A insuficiência arterial crônica dos membros inferiores origina dois tipos de manifestações dolorosas: claudicação intermitente (ou dor isquêmica muscular ao esforço) e dor isquêmica de repouso. Admitiu-se que uma cirurgia arterial restauradora, quando realizada precocemente, poderia alterar a evolução da doença, por isso, a maioria dos indivíduos eram submetidos à intervenção cirúrgica nas fases iniciais de sua claudicação intermitente, quando as lesões estenosantes ou obstrutivas eram mais localizadas (KAUFFMAN; KUZNIEC, 2005).

Esses autores afirmam que nos indivíduos que apresentam isquemia grave no membro com dor de repouso e/ou lesões tróficas, as alterações arteriais mais extensas e difusas limitam a cirurgia arterial restauradora para poucos. Para a maior parte desses doentes, indicava-se a simpatectomia (remoção de uma parte específica do nervo simpático principal), com resultados nem sempre satisfatórios, seguindo-se sempre com a amputação do membro comprometido.

2.2.1.2 Diabetes mellitus

A prevalência e a incidência do Diabetes Mellitus (DM) vem crescendo como resultado do processo de envelhecimento, ou seja, aumento da população idosa. Além disso, associa-se o crescimento desses índices à urbanização e industrialização, o aumento da obesidade e inatividade física e, principalmente, do aumento da sobrevivência dos indivíduos diabéticos (FREITAS EV, 2006).

O diabetes mellitus é uma síndrome decorrente de alterações metabólicas caracterizada pela hiperglicemia inapropriada, em consequência da ausência biológica da insulina. Este fato ocorre por deficiência de sua secreção ou por impossibilidade de desencadear os eventos resultantes da interação da insulina com seu receptor (MARCONDES, 2005, p. 388).

DM é uma síndrome clínica, desencadeada pela disfunção do pâncreas ou resposta inadequada dos tecidos periféricos, que repercute em consideráveis alterações da homeostasia no indivíduo. O pâncreas endócrino é o responsável pela síntese e secreção de insulina e glucagon, entre outros hormônios (MARCONDES, 2005).

Essa síndrome exerce efeitos deletérios sob a circulação, levando ao longo do tempo ao aparecimento de complicações. As complicações podem ser microvasculares, como retinopatia, nefropatia e neuropatia, e macrovasculares, como doença arterial coronária, doença cerebrovascular e doença arterial periférica, esta pode se manifestar como aneurisma aórtico, isquemia aguda dos membros ou gangrena de membros inferiores, levando à amputação (FREITAS EV, 2006).

No doente diabético, a arteriosclerose apresenta características especiais: a doença adquire um caráter mais difuso do que no não-diabético; as artérias de pequeno calibre são frequentemente afetadas, tornando muito mais sombrio o prognóstico para o membro do que no não-diabético, no qual a arteriosclerose frequentemente acomete artérias de grande e médio calibres, oferecendo assim condições para formação de circulação colateral adequada para manutenção da integridade do membro; o processo degenerativo da parede arterial evolui mais rapidamente, reveste-se de maior gravidade e incia-se, em média, uma década antes do que no não diabético. Nessas circunstâncias, gangrena ocorre mais precoce e frequentemente (KAUFFMAN; KUZNIEC, 2005, p. 260).

As complicações vasculares nos membros inferiores tendem a aumentar com a idade e a obesidade frente ao DM. Essas alterações ocorrem frequentemente em doentes entre 60 a 70 anos de idade, com história de diabetes de mais de cinco anos de evolução (KAUFFMAN; KUZNIEC, 2005).

2.2.1.3 Trombose aguda

As obstruções arteriais agudas se constituem em manifestações de ordem vascular que requerem reconhecimento clínico imediato, visto que as medidas terapêuticas realizadas nas primeiras horas podem determinar a salvação do membro. Nesse contexto, a trombose arterial aguda, no paciente idoso, é causada pela aterosclerose (KAUFFMAN; KUZNIEC, 2005).

Segundo esses autores, quando ocorre a oclusão completa da artéria, em geral, já há circulação colateral suficiente desenvolvida para a manutenção do membro comprometido,

tendo em vista que a placa de ateroma cresce lentamente. Nessa circunstância, não ocorrem os sintomas e sinais clássicos da obstrução arterial aguda, somente o aparecimento ou acentuação da claudicação intermitente. Entretanto, quando a obstrução ocorre subitamente, sem que a circulação colateral esteja preparada, surge o quadro clínico característico da oclusão arterial aguda.

2.2.1.4 Embolia

A Embolia arterial inicia-se nas câmaras cardíacas, em 95% dos casos, sendo a cardiopatia aterosclerótica a principal responsável em indivíduos idosos, particularmente quando acompanhada de fibrilação atrial. Nessa circunstância, existem condições hemodinâmicas favoráveis para a formação de trombos murais (na parede vascular ou de cavidades), podendo se formar nas câmaras cardíacas, mesmo em ausência de arritmias, após episódio de infarto do miocárdio. O fragmento de trombo quando cai na circulação sistêmica, aloja-se, geralmente, numa bifurcação arterial, determinando diminuição do calibre da artéria (KAUFFMAN; KUZNIEC, 2005). Diferentemente da trombose arterial aguda, segundo esses autores, na obstrução embólica arterial, o quadro clínico é sempre exuberante, no sentido de não existir circulação colateral previamente desenvolvida.

2.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO CIRÚRGICO

O cuidado de enfermagem à pessoa idosa baseia-se em conhecimentos biológicos, físicos, sociológicos e psicológicos e apoia-se em noções teóricas e práticas específicas, sendo administrado em um contexto de colaboração, amor, respeito, aos idosos e suas famílias, e todos que aqueles que se intervêm (MCLUHAN, 1995).

O cuidar, segundo Waldow (2007, p. 22), inclui “[...] ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o *status* de saúde dos indivíduos, família, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais [...]”. Essa autora destaca ainda que, embora não seja uma característica só da enfermagem, é nela que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza. Entretanto, há sempre um movimento em busca de atualização, redefinição e precisão, como afirma Gonçalves e Alvarez (2006, p. 1115):

Embora a enfermagem tenha no cuidado profissional a sua essência, com seu *locus* de atuação definido, isso não se mostra estático. Há um movimento contínuo e

crescente de definição e redefinições, em busca da precisão e atualização. É assim que se impõe a especialidade em questão.

Para Collière (1989), o cuidado está no conjunto de atos que tem por fim e por função a manutenção da vida dos seres, com o objetivo de permitir que se reproduzam e perpetuem a vida do grupo. Nesse contexto, cuidar é

[...] manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. As diferentes possibilidades de resposta a estas necessidades vitais fazem nascer e instauram hábitos de vida próprios de cada grupo (COLLIÈRE, 1989, p. 29).

Segundo Gonçalves e Alvarez (2006), o cuidar é um processo dinâmico e depende da interação e de ações planejadas a partir do conhecimento e do respeito para com a realidade do indivíduo idoso, e também sua família. Apesar de ter sido apresentado o conceito de cuidar sob as perspectivas de autores supracitados, esta pesquisa se ampara nos conceitos e definições da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Nesta perspectiva, considera-se a seguinte definição para cuidar e cuidado: o conceito de cuidar diz respeito às ações e atividades orientadas para assistir, apoiar ou capacitar um indivíduo ou um grupo com necessidades de melhorar a condição humana de vida ou para enfrentamento da morte. Já o cuidado, refere-se ao fenômeno relacionado com a assistência, o apoio ou o possibilitar de uma experiência de um indivíduo ou um grupo com necessidades de melhorar a condição humana de vida. Essas ações que permeiam o cuidar e o cuidado precisam ser baseadas nos valores, crenças e modo de vida do indivíduo, grupo ou instituições, ou seja, culturalmente congruente, para que se possam prestar serviços de cuidados de saúde significativos, benéficos e satisfatórios (WELCH, 2004).

Ao cuidar de idosos, o profissional de enfermagem precisa estar preparado para todas as eventualidades. Pode ser que haja casos de pequena ou grande cirurgia, depressões, psicoses, infecções respiratórias, traumatismos, patologias múltiplas e muitas outras afecções. Quaisquer que seja a situação, ou o problema, exige-se polivalência no que se refere às interações e às escolhas. Em suma, os cuidados de enfermagem à pessoa idosa são simultaneamente preventivos, curativos, paliativos e estão ligados à cronicidade e à saúde mental, e ainda, pode ser cuidados básicos como também cuidados especializados (BERGER, 1995a).

Em relação ao cuidado à pessoa idosa em situação cirúrgica, sabe-se que o enfermeiro está presente durante todo o período em que transcorre a assistência, desde o pré-operatório até a sua recuperação. Vale ressaltar que cada ser é único, mesmo nas aparentes igualdades, e que a situação cirúrgica impõe estresse físico e psíquico. Nesse momento, o enfermeiro tem importante função junto ao ser doente e à equipe multiprofissional (MATOS, 1998).

Assim sendo, “[...] o processo de cuidar em enfermagem, consiste em olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso e pela família [...]” (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006, p. 1114). Essas autoras afirmam que no cuidado de saúde de pessoas idosas, convencionou-se agrupar, as seguintes principais metas: promoção de um viver saudável; compensação de limitações e incapacidades; provisão de apoio e controle no curso do envelhecer; tratamento e cuidados específicos; facilitação no processo de cuidar. Esta última meta depende amplamente da diligência da enfermagem em prover seus cuidados, favorecendo um atendimento que vá ao encontro das reais necessidades do idoso sob cuidados e de seus familiares cuidadores.

2.3.1 Imagem Corporal em Idosos Mutilados

Para todas as sociedades, o corpo humano é mais do que simplesmente um organismo físico que oscila entre a saúde e a doença, é também foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e sua função (HELMAN, 2003).

Utiliza-se o termo imagem corporal para descrever as formas com que os indivíduos conceituam e experimentam seus corpos conscientemente ou não, incluindo suas atitudes coletivas, sentimentos e fantasias a respeito do próprio corpo, bem como os modos pelo quais aprendem a organizar e integrar suas experiências corporais (HELMAN, 2003). A imagem do corpo humano também pode ser compreendida como a figuração do corpo de um indivíduo formada em sua própria mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para a própria pessoa (SCHILDER, 1980).

As diversas mudanças que ocorrem através do tempo no corpo de um indivíduo e no corpo de outra pessoa são percebidas e interpretadas a partir da cultura em que esse indivíduo está inserido. Dessa maneira, aprende-se a distinguir um corpo jovem de um corpo velho, um corpo doente de um corpo saudável, um corpo apto de um corpo deficiente, e a ver certas funções do corpo sendo socialmente aceitas e outras não, sendo impuras moralmente. A imagem corporal, então, torna-se adquirida pelos indivíduos como parte de seus crescimentos

em determinado seio familiar, cultura e sociedade, embora existam variações individuais dessa imagem dentro de cada um desses grupos (HELMAN, 2003).

Além das influências culturais sobre a imagem do corpo, os tratamentos de saúde, bem como as cirurgias, podem ter um impacto muito profundo na imagem corporal, principalmente as cirurgias mutiladoras (HELMAN, 2003). Existe ainda a experiência imediata de uma unidade do corpo, esta unidade é percebida, porém ela é mais do que uma percepção. Pode ser chamada de esquema do corpo, esquema corporal ou de modelo postural do corpo (SCHILDER, 1980). Define-se esquema do corpo como:

[...] imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal. Esse termo indica que não estamos tratando de uma mera sensação ou imaginação. Existe uma apercepção do corpo. Indica também que, embora nos tenha chegado através dos sentidos, não se trata de uma mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação (SCHILDER, 1980, p. 11).

Uma das expressões mais evidentes, segundo esse autor, da existência do modelo postural do corpo é o chamado membro-fantasma de indivíduos que se submeteram a cirurgia mutiladora ou amputação, representado principalmente por sensações táteis e cinestésicas. As imagens visuais referidas ao membro-fantasma quase sempre continuam presentes, no início toma-se a forma da extremidade perdida, mas, no decorrer do tempo, dos anos, começa a mudar de forma e algumas de suas partes desaparecem. “[...] o modelo postural do corpo se desenvolve especialmente em contato com o mundo externo, e que aquelas partes de nosso corpo que mantêm um contato variado e estreito com a realidade são as mais importantes” (SCHILDER, 1980, p. 59).

De acordo com Balestra (2002), no cotidiano, as pessoas geralmente são tratadas como objetos, como se o corpo não compusesse a sua estrutura existencial ou como se as inúmeras transformações ocorridas não tivessem uma relação com o meio ambiente e fossem produtos apenas dos processos patológicos.

Essa autora destaca que os idosos devem perceber que as mudanças em seus corpos fazem parte de um processo pessoal e possível, e para tal, é necessária uma reflexão contínua sobre todas as interpretações a respeito de suas próprias crenças e mitos sobre o processo de envelhecimento.

Incapacidade funcional, deficiência, sentimentos de angústia, depressão, reduzida autoestima, são fontes alimentadoras de uma imagem do corpo distorcida. É preciso manter os objetivos para a vida e a motivação preservada. Isto é fundamental para que as pessoas idosas

não se fragilizem, no sentido de perder a direção de seus movimentos rumo às novas experiências e aprendizados. É preciso também manter o senso de pertinência para ter a certeza de estar sempre conectado com o mundo, pois através destas relações que serão agregados significados para com a construção corporal desses indivíduos (BALESTRA, 2002).

2.3.2 Aspectos Legais e Éticos à Pessoa Idosa

Considerando o aumento da população de idosos no país e a necessidade de estabelecerem-se normas para que o atendimento ao idoso em instituições seja realizado dentro de padrões técnicos elevados, em 22 de setembro de 1989, através da Portaria n. 810/89 foram aprovadas as normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idoso (BRASIL, 1989a).

As instituições específicas para idosos são estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional (BRASIL, 1989a).

O aumento da morbi-mortalidade pelas doenças do aparelho circulatório, associado com o fenômeno do envelhecimento no Brasil fomentou a criação do Comitê de Ensino e Pesquisa das Doenças Circulatórias no Idoso, em 24 de novembro de 1989, através da Portaria n. 906. Uma das atribuições deste comitê é recomendar com base em dados epidemiológicos, as prioridades de pesquisa na área das doenças circulatórias nas pessoas idosas, como intuito de definirem-se normas técnicas destinadas ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1989b).

Os direitos sociais dos idosos foram assegurados através da Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Esta política vem também criar condições para promover a autonomia da pessoa idosa, sua integração e participação efetiva na sociedade. A regulamentação da Lei nº 8.842 ocorre em 3 de Julho de 1996 através do Decreto n. 1.948. Neste, é garantido ao idoso a assistência integral à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, explicitado no parágrafo I do Art. 9º (BRASIL, 1996).

A viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de idosos quando internados tornou-se obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o

Sistema Único de Saúde em 8 de abril de 1999, através da Portaria n. 280. Nesta, se reconhece que os idosos, sob cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiares (BRASIL, 1999).

No cuidado ao idoso, o respeito e a responsabilidade são valores que englobaram outros valores secundários, tais como: a sensibilidade, a fé, a igualdade, a humanização, a dignidade, autonomia, justiça, compromisso, honestidade, solidariedade e a prudência. Com base nesses valores éticos, existem situações dilemáticas na prática profissional de enfermeiros nas quais esses profissionais necessitam julgar acerca da melhor conduta a ser tomada (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Em 8 de novembro de 2000, entra em vigor a Lei nº 10.048, que dá prioridade de atendimento a idosos, deficientes e gestantes. Por intermédio dessa lei, são assegurados tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas idosas em repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos (BRASIL, 2000).

De acordo com Rosenthal e Zenilman (2005), 90% dos pacientes que dão entrada no hospital, mesmo aqueles com mau prognóstico, não discutem abertamente com os profissionais de saúde sobre os tratamentos de manutenção de vida.

As Normas de Funcionamento de Serviços de Atendimento ao Idoso no Brasil foram definidas pela portaria 73/01. Este documento compreende mais uma etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso, a ser consolidado no âmbito dos Estados e Municípios, respeitando os indicadores sócio-econômicos, as demandas e as peculiaridades sócio-culturais de cada realidade (BRASIL, 2001).

Em 13 de maio de 2002, através do Decreto nº 4.277, é criado o Conselho Nacional de Direitos do Idoso. Dentre suas competências, está a supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, bem como o estímulo e apoio técnico à criação dos Conselhos de Direitos do Idoso nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (BRASIL, 2002). Fazendo reconhecer de forma decisiva a cidadania dos indivíduos idosos, foi instituído em 1 de outubro de 2003 o Estatuto do Idoso, através da Lei n. 10.741 (BRASIL, 2003).

Instituída como uma importante ferramenta para que os cidadãos pudessem conhecer seus direitos e contribuir para com um sistema de saúde de maior qualidade, em 30 de março de 2006 é aprovada através da Portaria nº 675 a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011b).

Esta carta assegura aos cidadãos o direito básico de ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados, a partir de seis princípios básicos de cidadania: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; todo cidadão tem

direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada e todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que esses princípios sejam cumpridos (BRASIL, 2011b).

Nesse mesmo ano, com a finalidade de direcionar medidas coletivas e individuais de saúde para recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006c).

Os aspectos éticos e legais tornam-se importantes questões na prestação de cuidados à pessoa idosa. Essa abordagem sobre os dispositivos éticos e legais que envolvem a atenção ao idoso vem subsidiar os profissionais de saúde e de enfermagem no atendimento ao idoso em situação cirúrgica, considerando o processo de envelhecimento e as condições que ele traz sobre o organismo (GANDOLPHO; FERRARI, 2006).

Frente a uma situação cirúrgica, a atenção individualizada para a avaliação das necessidades da pessoa idosa, seus anseios e expectativas antes de qualquer ato cirúrgico, é fundamental. Para tanto, deve ser mobilizada uma equipe multidisciplinar para junto ao idoso e seus familiares, esclarecê-los melhor quanto à doença, objetivo, natureza, possíveis riscos e futuros benefícios do tratamento. O idoso, em plena consciência, deve ser consultado sempre a respeito de tais proposições e a equipe deve procurar suprir, da melhor forma, suas necessidades e os possíveis meios para que sejam atendidas (SPERANZINI; DEUTSCH, 1999).

2.4 O PROCESSO RITUAL

2.4.1 Compreendendo os Rituais: Conceitos e Definições

Os rituais são característicos de todas as sociedades humanas e constituem uma importante parte do modo como qualquer grupo social celebra, mantém e renova o mundo em que vive, bem como lida com as incertezas e os perigos que os ameaça. Os rituais ocorrem em diversos ambientes, assumem várias formas e desempenham muitas funções (HELMAN, 2003).

Os rituais são compostos por um conjunto de comportamentos padronizados, com começo, meio e fim, tendo em cada etapa suas próprias características. Entretanto, esses comportamentos se diferenciam do comportamento corriqueiro, ou seja, do comportamento de rotina. A diferença entre ritual e rotina, do ponto de vista comportamental, equivale à diferença entre o sagrado e o profano. Ao sagrado, cabe o silêncio, o respeito e a reverência; ao profano, cabe a balbúrdia, a descontração e a irreverência (GOMES, 2008).

Os antropólogos definem os atributos do ritual de inúmeras maneiras e destacam que o ritual possui importantes dimensões sociais, psicológicas e simbólicas. Comportamento repetitivo que não tem um efeito técnico explícito direto é uma característica-chave de qualquer ritual (HELMAN, 2003).

Por exemplo, o hábito de se escovar os dentes em um mesmo horário todos os dias é um comportamento repetitivo, mas não é um ritual, visto que o objetivo de se escovar os dentes é produzir um efeito físico específico de remoção de alimentos e bactérias dos dentes. Entretanto, se o ato de escovar os dentes for acompanhado de outras ações que não contribuam diretamente para a higiene dos dentes, como por exemplo, usar uma escova sempre da mesma cor, ou pronunciar palavras ou rezar antes, durante ou depois da escovação, então tais ações podem ser consideradas como detentoras de um significado ritual particular para aquele indivíduo (HELMAN, 2003).

Qualquer ritual pode ser analisado pela seguinte estrutura: fase de afastamento; fase intermediária; fase final. A fase de afastamento se inicia impondo um corte nos eventos anteriores, mostrando que algo especial está para acontecer, que requer um novo tipo de atitude e comportamento. A fase intermediária é a que mais chama à vista a natureza do ritual, nessa fase fica evidente que algo diferente está acontecendo e que não está clara a sua natureza, evidenciada pelo contraste com os eventos corriqueiros, onde ocorre muitas vezes o inesperado, por isso, essa fase também é chamada de liminar, isto é, entre uma coisa e outra (GOMES, 2008).

A liminaridade suscita ações fora do padrão, ações perigosas, e como já foi dito, inesperadas. Por fim, chega-se à fase em que o ritual é concluído, a fase final. Nessa fase, ocorre a resolução da fase anterior. A definição da condição esperada por todos que participam do ritual, permite a volta segura, por isso essa fase é também chamada de reincorporação (GOMES, 2008).

Em um determinado cenário social, os rituais expressam e renovam certos valores básicos da sociedade, principalmente no que se refere às relações interpessoais, relações entre as pessoas e a natureza ou relações entre as pessoas e o mundo sobrenatural (HELMAN,

2003). E ainda, os rituais revelam os valores de um grupo em seu nível mais profundo, visto que, no ritual, os homens expressam aquilo que os tocam mais intensamente (TURNER, 1974).

O ritual é uma reafirmação periódica de condições sob as quais as pessoas de uma determinada cultura devem interagir para que possa haver alguma vida social coerente (HELMAN, 2003). No que diz respeito ao significado de cultura, trata-se de um conceito que é definido de várias maneiras e empregado de diversas formas. Considera-se até que ninguém sabe muito bem o que é cultura, podendo ser esse conceito fugidio, instável, enciclopédico e normativamente carregado (GEERTZ, 2001).

Para Helman (2003), a cultura compreende um conjunto de princípios herdados pelos indivíduos de uma sociedade que os mostram como perceber e entender o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente, como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças naturais e sobrenaturais, proporcionando um meio de transmitir diretrizes para a geração seguinte através do uso de símbolos, linguagem, arte e rituais. Segundo Geertz (1989), o conceito de cultura denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.

De acordo com Gomes (2008), entende-se por cultura o modo próprio de ser do indivíduo em sua coletividade, que se realiza em parte consciente e em parte inconsciente, constituindo um sistema mais ou menos coerente de pensar, agir fazer, relacionar-se, posicionar-se e reproduzir-se. Já para Hoebel e Frost (1976), a cultura é definida como um sistema integrado de padrões de comportamento aprendidos, característicos dos membros de uma sociedade, não resultante de herança biológica, ou seja, a cultura não é geneticamente predeterminada e sim resultado da invenção social, sendo transmitida e aprendida através da comunicação e aprendizagem entre os indivíduos de uma determinada sociedade.

Como se pode observar, de fato os antropólogos oferecem várias definições sobre o que é cultura. E ainda, é unânime o reconhecimento de que o conceito de cultura se desdobra em muitas variações. Entretanto, para operacionalização desta pesquisa, o conceito de cultura será articulado e coerente com a proposta de Leininger, que compreende que a cultura se reporta aos valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, decisões e ações de formas padronizadas desse grupo e da sociedade que estão inseridos (WELCH, 2004).

Em relação às funções, sabe-se que o ritual possui uma função expressiva e uma função criativa. Como função expressiva, o ritual retrata de forma simbólica certos valores e orientações culturais, comunicando-se aos participantes e espectadores. Esse aspecto do ritual é visto como o mais importante. O ritual possui algumas das propriedades da linguagem que só podem ser compreendidas em um contexto cultural específico, e apenas por aqueles que possam decodificar seu significado (HELMAN, 2003).

Como função criativa, o ritual cria ou recria as categorias pelas quais as pessoas percebem as suas realidades. Portanto, o ritual reafirma de forma sistemática determinados valores e princípios de uma sociedade e o modo como seus membros devem agir diante uns dos outros, diante de divindades e diante do mundo natural, além disso, o ritual contribui para recriar na mente dos participantes sua visão coletiva do mundo (HELMAN, 2003).

2.4.2 Os Símbolos do Ritual

As funções expressiva e criativa do ritual se dão por meio de símbolos. Os símbolos ou elementos simbólicos são formulações tangíveis de noções, abstrações da experiência fixada em formas perceptíveis, incorporações concretas de ideias, atitudes, julgamentos, saudações ou crenças. Eles são usados para qualquer ato, acontecimento ou relação que serve como vínculo a uma concepção, sendo a concepção o significado do símbolo (GEERTZ, 1989). Os símbolos rituais são elementos padronizados como objetos, roupas, movimentos, palavras, sons, músicas e aromas (HELMAN, 2003).

Em sociedades anteriores à escrita, os rituais desempenhavam a importante função de armazenamento ou depósito de conhecimento tradicional e transmissão de informações sobre a sociedade. Em cada ritual, há uma agregação de símbolos que atuam como unidades de armazenagem, contendo uma quantidade máxima de informações. Os símbolos rituais são multivocais, ou seja, representam ao mesmo tempo muitas coisas, onde cada símbolo pode ser considerado como um dado mnemônico multifacetado. Cada faceta corresponde a um feixe específico de normas, crenças, valores, sentimentos, papéis sociais e relações dentro do sistema cultural no qual é promovido o ritual, sendo impossível perceber tudo o que existe no símbolo por alguém de fora que o observa (HELMAN, 2003).

Em cada símbolo, é proporcionado ampla associação para aqueles que participam do ritual, revelando algo sobre os valores de sua sociedade, sobre o modo como ela se organiza, como ela vê o mundo natural e o mundo sobrenatural. Os símbolos rituais só podem ser decodificados mediante a observação do contexto em que eles aparecem. Por exemplo, o uso

de um jaleco branco em um cenário hospitalar evoca associações que se diferem das associações que advém se o mesmo jaleco fosse usado em um cenário de supermercado, embora ambos sejam usados por medidas de higiene, o contexto em que estão inseridos acrescenta a eles muitas outras associações. Para os indivíduos que participam do contexto de cura (médicos, enfermeiros, pacientes), o jaleco branco pode ser considerado como um símbolo ritual, simbolizando ciência e confiabilidade (HELMAN, 2003).

Nesse contexto, os símbolos dizem respeito não tanto ao profissional de saúde individualmente, mas sim aos atributos do seu papel como representante de uma categoria de pessoas que constitui o conjunto profissional oficialmente encarregado pelo tratamento e cura, um grupo com o poder de usar as forças da ciência e da tecnologia para beneficiar seus pacientes. Desse modo, cada profissional de saúde emprega em seus rituais de cura os potentes símbolos da ciência médica (como o jaleco branco ou o estetoscópio) da mesma forma em que um curandeiro emprega determinados símbolos religiosos ou artefatos (como plantas, talismãs, pedras de adivinhação, textos sagrados ou estatuetas) que também simbolizam poderosas forças de cura (deuses, espíritos ou ancestrais) (HELMAN, 2003).

2.4.3 As Funções do Ritual

As funções do ritual podem ser classificadas em três grupos superpostos: psicológicas, sociais e protetoras. As funções psicológicas de um ritual podem ser observadas em situações inesperadas de infortúnio ou problemas de saúde, nas quais os rituais proporcionam uma forma padronizada de explicar e controlar o desconhecido. O início súbito de uma perturbação gera sentimentos de insegurança e de ansiedade no indivíduo e sua família (HELMAN, 2003).

Parte da função do ritual de cura está em explicar a doença (além do tratamento dispensado) segundo a visão cultural do paciente, ou seja, converter um caos de sinais e sintomas em uma doença identificável, legitimada culturalmente, com nome e causa conhecidos, tratamento e prognóstico. O diagnóstico em si, psicologicamente falando, é uma forma de tratamento que converte o desconhecido em conhecido e diminui as inseguranças e as ansiedades do paciente e de seus familiares. Assim, esse ritual ajuda a controlar a sensação de ansiedade ou de incômodo associada ao estado de transição (HELMAN, 2003).

Alguns rituais (diagnósticos) podem ser usados para explicar infortúnios ou fracassos, portanto, podem atenuar sentimentos de culpa ou de responsabilidade. Os rituais também promovem padrões de comportamento que ajudam a minimizar as sensações de perda ou de insegurança, por exemplo, em épocas crises extremas como as de luto. O comportamento

padrão possibilita à pessoa que sofreu a perda de um ente querido uma adaptação gradativa com a ideia da morte, passando a encará-la não como um final de um ciclo, mas sim como o início de outro, sabendo o que fazer e agir sob tais circunstâncias (HELMAN, 2003).

Os rituais também proporcionam um meio de expressar e aliviar as emoções desagradáveis. Essa função de válvula de escape pode beneficiar tanto o indivíduo quanto a sociedade. Nesses casos, o diagnóstico e tratamento ocorrem na presença de amigos e familiares do paciente, discutindo-se abertamente a etiologia da doença bem como a conduta mais apropriada para ajudá-lo. O ritual de cura pode também atuar na redução de ansiedades e de inseguranças do próprio agente que o realiza (profissionais de saúde, curandeiros entre outros), o que serve de auxílio na tomada de decisões e de tratamento (HELMAN, 2003).

As funções sociais de um ritual se sobrepõem às funções psicológicas, principalmente nas sociedades menores, nas quais a coesão do grupo é ameaçada por conflitos interpessoais. Ao se atribuir os problemas de saúde aos conflitos, um grupo da sociedade pode usar tal infortúnio para trazer os conflitos à discussão aberta e resolvê-los de forma pública. Nesse tipo de sociedade, as doenças são atribuídas a malefícios interpessoais, como por exemplo, feitiços e bruxarias, e criam uma comunidade temporária de atenção ao doente, sendo esquecidas antigas desavenças ao menos durante esse período (HELMAN, 2003).

Considerando que os problemas de saúde fazem a comunidade se lembrar de sua vulnerabilidade em relação à morte e à desagregação, os rituais contribuem para que essa comunidade reafirme sua continuidade e sobrevivência após uma doença ou morte de um de seus membros. Outra função social dos rituais é a criação ou recriação de axiomas básicos nos quais a sociedade se baseia. Os rituais dramatizam esses valores por meio de símbolos multivocais, além de relembrar sua existência para todos. Assim, os rituais podem modificar o comportamento de uma forma mais sociável, resolvendo as tensões entre interesses pessoais e coletivos (HELMAN, 2003).

As funções protetoras dos rituais são observadas, por exemplo, em problemas de saúde, nos quais o ritual pode proteger seu participante de duas maneiras: psicologicamente ou fisicamente. O papel dos rituais na proteção psicológica do indivíduo, como contra ansiedades, inseguranças associadas à doença, à morte e a outros infortúnios foi descrito anteriormente, quando se relatou sobre funções psicológicas de um ritual. Os rituais podem proteger a pessoa enferma ou fragilizada de perigos físicos, como infecções ou outros danos, principalmente se isso envolver isolamento da vida social normal (HELMAN, 2003).

O mundo industrializado, ao se afastar de rituais, bem como se ausentar de se comprometer com símbolos comuns, pode-se gerar uma tendência na qual se torne cada vez

mais difícil lidar com infortúnios, doenças, mortes e fases do ciclo humano (HELMAN, 2003).

2.4.4 Hospitalização como um Ritual de Cura

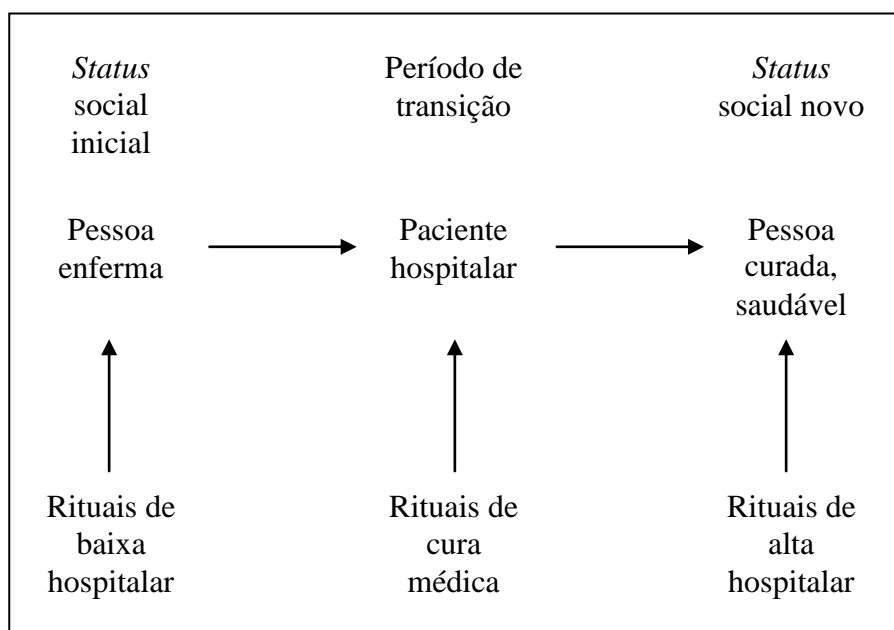
Os rituais de cura podem ser compreendidos como rituais de transição social. Este tipo de ritual está presente, de uma forma ou de outra, em todas as sociedades, associando as mudanças do ciclo vital humano às mudanças de posição social, relacionando os aspectos fisiológicos com aspectos sociais da vida. Nele, ocorrem três fases: separação, transição e incorporação. Na primeira fase (separação), o indivíduo é privado de sua vida social normal, sendo depois segregado por diversos costumes e tabus por um período de tempo variável (HELMAN, 2003).

Essa fase abrange o comportamento simbólico que significa o afastamento do indivíduo ou de um grupo de um ponto fixo na estrutura social e ou de um conjunto de condições culturais. Durante o período de transição, as características do sujeito ritual são ambíguas, passa através de um domínio cultural que poucos ou nenhum dos atributos do passado ou futuro (TURNER, 1974). Após essa fase de transição, outros rituais celebram a terceira fase (incorporação), na qual o indivíduo retorna ao convívio social normal, assumindo seu novo papel social (HELMAN, 2003).

Ao hospitalizar-se, o paciente é submetido a um processo ritual compreendido como ritual de transição social, mais especificamente como ritual de cura. Nos rituais de cura, a pessoa enferma é transformada em pessoa saudável, isso envolve o afastamento do paciente de sua vida cotidiana e sua sujeição a determinados tratamentos e tabus. Se recuperado, o paciente é ritualmente reincorporado à sociedade normal (HELMAN, 2003).

Quando internado, o paciente deixa sua vida normal para trás e entra em um estado de limbo, que é caracterizado por uma sensação de vulnerabilidade e perigo. Ele se submete a um ritual padronizado de admissão, que lhe priva de suas identidades sociais. Uma vez na ala hospitalar, as roupas são substituídas por uniformes (pijama ou camisola), recebe um número e se transforma em um caso a ser diagnosticado e tratado. Após a recuperação, os pacientes têm suas roupas devolvidas e são reintegrados à comunidade sob uma nova identidade social de saudáveis ou curados (HELMAN, 2003).

Figura 4 – Hospitalização como um ritual de transição social.



Fonte: Helman (2003, p. 215).

Outra característica importante nesse tipo de ritual é que muitas vezes coexistem o aspecto ritual e aspecto prático ou técnico, não havendo, na prática, a divisão entre esses dois aspectos. Por exemplo, em um ritual puramente sagrado pode se ter um efeito técnico ou prático de alterar permanentemente o comportamento ou o estado emocional das pessoas. Por sua vez, o aspecto técnico está frequentemente imbricado no aspecto ritual e envolve atividades técnicas de ordem prática, tais como o uso de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, inalações, massagens, sangrias, injeções entre outras (HELMAN, 2003).

2.5 TEORIA DA DIVERSIDADE E DA UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Em épocas remotas, muito do que se sabia sobre enfermagem, não era escrito e a pesquisa para documentar a eficácia dos cuidados aos doentes não era registrada. Ao longo do século XX, as enfermeiras começaram a caminhar para desenvolver um corpo substancial de conhecimentos de enfermagem no qual pudessem basear e orientar a sua prática profissional (WELCH, 2004).

A investigação científica tornou-se necessária para a construção de novos conhecimentos. Com o entendimento da investigação e desenvolvimento do conhecimento, tornou-se claro que a investigação sem fundamentos conceituais e enquadramentos teóricos produzia informação isolada (WELCH, 2004).

A teoria possibilita significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática profissional, descrevendo, explicando e antevendo os fenômenos, visto que os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão do enfermeiro, sendo mais provável que o trabalho seja bem sucedido (WELCH, 2004).

Nesse sentido, a teoria confere respaldo ao profissional de enfermagem, pois esses profissionais perceberão a sua prática, porque a fazem, o que estão fazendo e serão capazes de explicar claramente a outros profissionais da área de saúde. Dessa forma, a teoria conduz os enfermeiros à autonomia profissional, na medida em que permite o desenvolvimento de capacidades analíticas, poder de pensamento crítico, clarifica valores, pressupostos e objetivos da prática, do ensino e da investigação em enfermagem (WELCH, 2004).

Sendo assim, como suporte teórico para analisar o ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso no período perioperatório de cirurgia mutiladora, utilizou-se neste estudo a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Essa teoria tem sido utilizada como referencial teórico em estudos qualitativos realizados por pesquisadores da área de enfermagem em diversos países (SILVEIRA et al, 2009).

Baseada na convicção de que as pessoas de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar os profissionais sobre a forma como desejam receber os cuidados, a teoria de Leininger ajuda o enfermeiro a descobrir e documentar o mundo do paciente e utiliza seus pontos de vista, conhecimentos e práticas como base para adotar ações e decisões profissionais coerentes com a cultura do paciente. A realização do cuidado cultural leva em conta a totalidade e a perspectiva holística do indivíduo e a sua existência ao longo do tempo, incluindo fatores culturais e sociais, como visão de mundo, história e valores culturais, contexto ambiental, expressões de linguagem e modelos populares e profissionais (MODESTO, 2008).

Madeleine Leininger nasceu em Sutton, Nebraska, Estados Unidos, e iniciou a carreira de enfermagem depois da realização de um curso na St. Anthony's School of Nursing, em Denver, no Colorado. Em 1950, Leininger bacharelou-se em ciência biológica, no Benedictine College em Atchison, no Kansas. Em 1954, concluiu o mestrado em enfermagem psiquiátrica na Catholic University of America, em Washington, D.C. Ainda no início dessa década, enquanto trabalhava em um centro de orientação infantil na cidade de Cincinnati, Ohio, Leininger descobriu que os profissionais do serviço necessitavam da compreensão dos fatores culturais que influenciavam o comportamento das crianças (WELCH, 2004).

Era evidente que os enfermeiros e outros profissionais de saúde deixavam de reconhecer e valorizar o importante papel da cultura na cura e no processo de cuidar. A

cultura e cuidados foram identificados por Leininger como dimensões principais ausentes em serviços de cuidados de enfermagem e em outras práticas de tratamento de saúde. (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

O interesse teórico continuou a crescer junto com muitas perguntas sobre a interface da cultura e cuidado. Compreender e responder de forma adequada a terapêutica de indivíduos de diferentes culturas foi uma necessidade crítica que mereceu explicações teóricas e de investigação de pesquisa em busca de resultados positivos (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Dado que Leininger não tinha conhecimento substancial sobre as culturas e cuidados na sua educação de enfermagem básica e avançada, e preparação em antropologia cultural, ela decidiu seguir um programa acadêmico de doutorado em antropologia cultural, social e psicológica na Universidade de Washington, em Seattle, em 1960 (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Nesse período, Leininger estudou muitas culturas, entretanto, centrou a sua pesquisa na atenção ao povo indígena de Gadsup das Eastern Highlands, na Nova Guiné, onde viveu quase dois anos e realizou um estudo etnográfico e de etnoenfermagem em duas aldeias. Em seu estudo, Leininger pode observar não só aspectos únicos da cultura, como também observou diferenças marcantes entre culturas ocidentais e não-ocidentais relativas à saúde do cuidar e às práticas de bem-estar (WELCH, 2004).

Durante este processo educativo e o aprofundamento dos estudos e experiências proporcionadas pela pesquisa realizada em Gadsup, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural foi desenvolvida a partir das disciplinas de antropologia e de enfermagem (WELCH, 2004). Leininger queria proporcionar uma teoria sólida para a enfermagem, mas também uma que pudesse ser utilizada em outras disciplinas relacionadas com a saúde. Ela imaginou um novo campo de enfermagem transcultural como uma disciplina importante para o estudo e prática com enfoque no cuidar humano (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Através do pensamento criativo e da descoberta da estreita relação entre a cultura e os fenômenos de cuidado, Leininger começou a vislumbrar a teoria. Trazer cultura e cuidados juntos em um novo relacionamento conceitual e teórico foi um grande desafio. No entanto, a necessidade tornou-se mais aparente nas observações clínicas e nos estudos de Leininger. Aos poucos, ela imaginou a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural como uma nova forma de descobrir e ajudar as pessoas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Cultura e cuidados necessitavam ser estudados em profundidade e em todo o mundo com um foco comparativo. Leininger imaginou que tal conhecimento poderia transformar a enfermagem e a saúde em todo o mundo, tanto na educação como na prática. Entretanto, uma extensa pesquisa e estudo sistemático eram necessários nos dois principais domínios da cultura e do cuidado e da inter-relação entre eles (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

No período seguinte a Segunda Guerra Mundial, muitos imigrantes e refugiados de diversas culturas se mudaram para os Estados Unidos e para outros lugares do mundo, sendo necessário trazer esse conhecimento sobre diferentes culturas para a enfermagem como uma base sólida para uma nova disciplina: a enfermagem transcultural (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Leininger definiu enfermagem transcultural como uma área principal da enfermagem que se centra em um estudo comparativo e em uma análise de culturas diferentes em relação aos seus valores de cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e padrões de comportamento, subsidiando uma prática de cuidado culturalmente congruente e responsável (WELCH, 2004).

Depois de cinco décadas de estudo e pesquisa, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural foi estabelecida como uma grande teoria, relevante e dominante em enfermagem. Essa teoria também é usada por outras disciplinas relacionadas com a saúde no intuito de fornecer o cuidado transcultural para pessoas de culturas diferentes. Mais importante ainda, enfermagem transcultural tornou-se um campo reconhecido de estudo e prática. O conhecimento das culturas com as necessidades peculiares de cuidados através da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural tornou-se, em ênfase, a maior e única teoria na enfermagem como um meio para conhecer e ajudar as pessoas de diferentes culturas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Cuidados com base em fatores culturais foram reconhecidos influentes nos processos relacionados com a saúde, doença e bem-estar, ou para enfrentamento da morte e deficiências. Essa teoria tornou-se significativa e também um guia para o pensamento dos enfermeiros, para as suas práticas e suas pesquisas. Assim, o cuidado foi reconceituado como essência da enfermagem a partir de uma perspectiva holística de cuidados, sendo uma maneira emocionante e nova de conhecer e compreender as pessoas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Leininger considerou que o cuidado faz a essência da enfermagem: cuidado é enfermagem, cuidado é saúde, cuidado é cura e cuidado é bem-estar. Leininger também postulou que o cuidado humano é que faz as pessoas humanas, dá dignidade ao ser humano, e inspira as pessoas a ficarem bem e ajudar os outros. Leininger previu que não haveria cura

sem cuidado, mas poderia haver cuidado sem cura. Este foi um pressentimento teórico profundo, prevendo que o cuidado era uma força poderosa central e dominante para a cura e bem-estar. Na verdade, esta afirmação continua a ser estudada pelo enfoque transcultural (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Pesquisas focadas no cuidado cultural como fenômenos inter-relacionados foram cruciais para identificar e avançar as práticas de enfermagem e de saúde. A forma de cuidar, necessária para se tornar significativa, explícita e benéfica, tinha de ser conceituada, mostrando as inter-relações desse cuidado com as diferentes culturas, sendo esse o foco da enfermagem transcultural. Nesse contexto, o cuidado se torna uma força poderosa e dinâmica para compreender a totalidade do comportamento humano em todo o universo da saúde e da doença. Os modos de ação relacionados com o cuidado necessitam ser compreendidos e atualizados em diversos contextos e culturas específicas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Leininger afirma que a cultura é a mais ampla, mais abrangente e holística característica universal dos seres humanos e o cuidado é previsto para ser por ela incorporado. Ambos, cultura e cuidado, tiveram de ser entendidos para descobrir as necessidades dos indivíduos submetidos à assistência de saúde. Nesse aspecto, o cuidar foi considerado como um modo de ação para ajudar pessoas de diferentes culturas, enquanto o cuidado foi considerado como um fenômeno para orientar essas ações. Cuidado e cultura juntos foram previstos para ser uma construção teórica poderosa, considerada essencial para a saúde humana, bem-estar e também sobrevivência dos indivíduos (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

O conhecimento dos valores culturais específicos de cuidados, crenças e estilos de vida dos seres humanos em experiências de vida é visto de forma importante para se descobrir uma riqueza de novos conhecimentos e nortear as práticas de enfermagem e de saúde. Vale ressaltar que essas ideias não tinham sido estudadas a partir de uma perspectiva transcultural comparativa. Na verdade, o cuidado cultural foi compreendido por Leininger como essencial e urgente para ajudar as pessoas de diversas culturas na recuperação, cura e enfrentamento da morte e deficiências (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Leininger previu que a cultura e os cuidados precisariam ser compreendidos e incluídos um no outro. Esse fenômeno de cuidado de base cultural é novo e significativo, sendo necessário ser rigorosamente estudado e pesquisado e seus resultados utilizados para a orientação da prática de enfermeiros e outros profissionais de saúde em suas ações de cuidado. Usar a pesquisa de base cultural sobre o cuidado é um desafio significativo para

promover a cura, recuperação, bem-estar e estilos de vida saudáveis, e é sem dúvida, um grande desafio para todos os profissionais de saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

A ideia de cultura e cuidado encontra-se como eixo dominante e central da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, sendo esses interpretados como fatores de igual importância que não podem ser negligenciados. Nesse sentido, cuidados de base cultural necessitam ser estudados de uma forma única para descobrir maneiras novas e diferentes para servir as pessoas, especialmente àquelas de culturas diferentes. E ainda, Leininger com sua teoria, desafiou enfermeiros para descobrir a diversidade cultural e a universalidade sobre o cuidado no mundo (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

O objetivo da teoria foi descobrir, documentar, conhecer e explicar a interdependência dos fenômenos de cuidado e cultura, com as diferenças e semelhanças entre as diferentes culturas. Acredita-se que tal conhecimento seja essencial para a atual e futura prática profissional de enfermagem, e também para outros prestadores de cuidados de saúde. Um novo corpo de pesquisa baseada no conhecimento de cultura e cuidado é imaginado como a abertura de novos caminhos para a prática de enfermagem e prestação de serviços de saúde. Este corpo de conhecimento pode revolucionar e transformar cuidados de enfermagem e de saúde, com benefícios para as pessoas de diferentes e semelhantes culturas. Mais importante ainda, esse conhecimento apoia a nova disciplina da enfermagem transcultural prevista por Leininger e também abordagens terapêuticas capazes de oferecer cuidados benéficos para pessoas de culturas diferentes (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Para a sua teoria, Leininger criou muitos termos relevantes. Os principais termos (conceitos e definições) utilizados na Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural foram: cuidados, cuidar, cultura, cuidar cultural, diversidade do cuidar cultural, universalidade do cuidar cultural, enfermagem, visão de mundo, dimensões da estrutura cultural e social, contexto ambiental, etnohistória, sistema genérico laico de cuidar, sistemas profissionais de cuidar, saúde, preservação ou manutenção do cuidar cultural, acomodação ou negociação do cuidar cultural, repadronização ou reestruturação do cuidar cultural, cuidar (de enfermagem) culturalmente congruente (WELCH, 2004).

O termo 'cuidados' refere-se aos fenômenos relacionados com a assistência, o apoio ou o possibilitar de experiência ou comportamentos de um indivíduo ou grupo com necessidades de melhorar ou aperfeiçoar a forma de vida ou a condição humana. O conceito de 'cuidar' diz respeito a ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades de melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana, ou para enfrentar a morte (WELCH, 2004).

A definição de ‘cultura’ reporta-se aos valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, decisões e ações de formas padronizadas do grupo. O termo ‘cuidar cultural’ refere-se aos valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a saúde e bem-estar, a melhorar a condição humana e o modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte (WELCH, 2004).

O conceito de ‘diversidade do cuidar cultural’ diz respeito às variabilidades e ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro de ou entre as coletividades que estão relacionadas com as expressões do cuidar humano de auxílio, suporte e capacitação. A definição de ‘universalidade do cuidar cultural’ reporta-se aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidar uniformes comuns, semelhantes ou dominantes que se manifestam entre muitas culturas e refletem formas de auxílio, apoio, facilitando ou capacitando a ajuda de pessoas (WELCH, 2004).

O termo ‘enfermagem’ diz respeito a uma disciplina e profissão humanística e científica aprendida, centrada nos fenômenos do cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou readquirir a saúde ou o bem-estar de formas culturalmente significativas e benéficas, ou a ajudar pessoas a enfrentar a desvantagem (*handicap*) ou a morte. O conceito de ‘visão de mundo’ refere-se à forma como as pessoas tendem a ver o mundo ou o seu universo para formar uma imagem ou uma posição sobre a sua vida ou sobre o mundo (WELCH, 2004).

A definição de ‘dimensões da estrutura cultural e social’ diz respeito aos padrões e aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma cultura específica, que inclui valores de parentesco, políticos, legais, econômicos, educativos, tecnológicos e culturais, fatores etnohistóricos e a forma como estes fatores podem estar inter-relacionados e funcionar de modo a influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais. O termo ‘contexto ambiental’ refere-se a um evento, situação ou experiência que confere significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e ou culturais (WELCH, 2004).

O conceito de ‘etnohistória’ diz respeito aos fatos, eventos, circunstâncias e experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que são principalmente centradas nas pessoas e que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida do ser humano dentro de contextos culturais específicos. O termo ‘sistema genérico laico de cuidar’

refere-se ao conhecimento e às competências culturalmente aprendidas e transmitidas, usadas para prestar auxílio, apoio, capacitação ou facilitar o indivíduo, grupo ou instituição com necessidades a melhorar o modo de vida e estado de saúde ou bem-estar, ou para lidar com deficiências e ou situações de morte (WELCH, 2004).

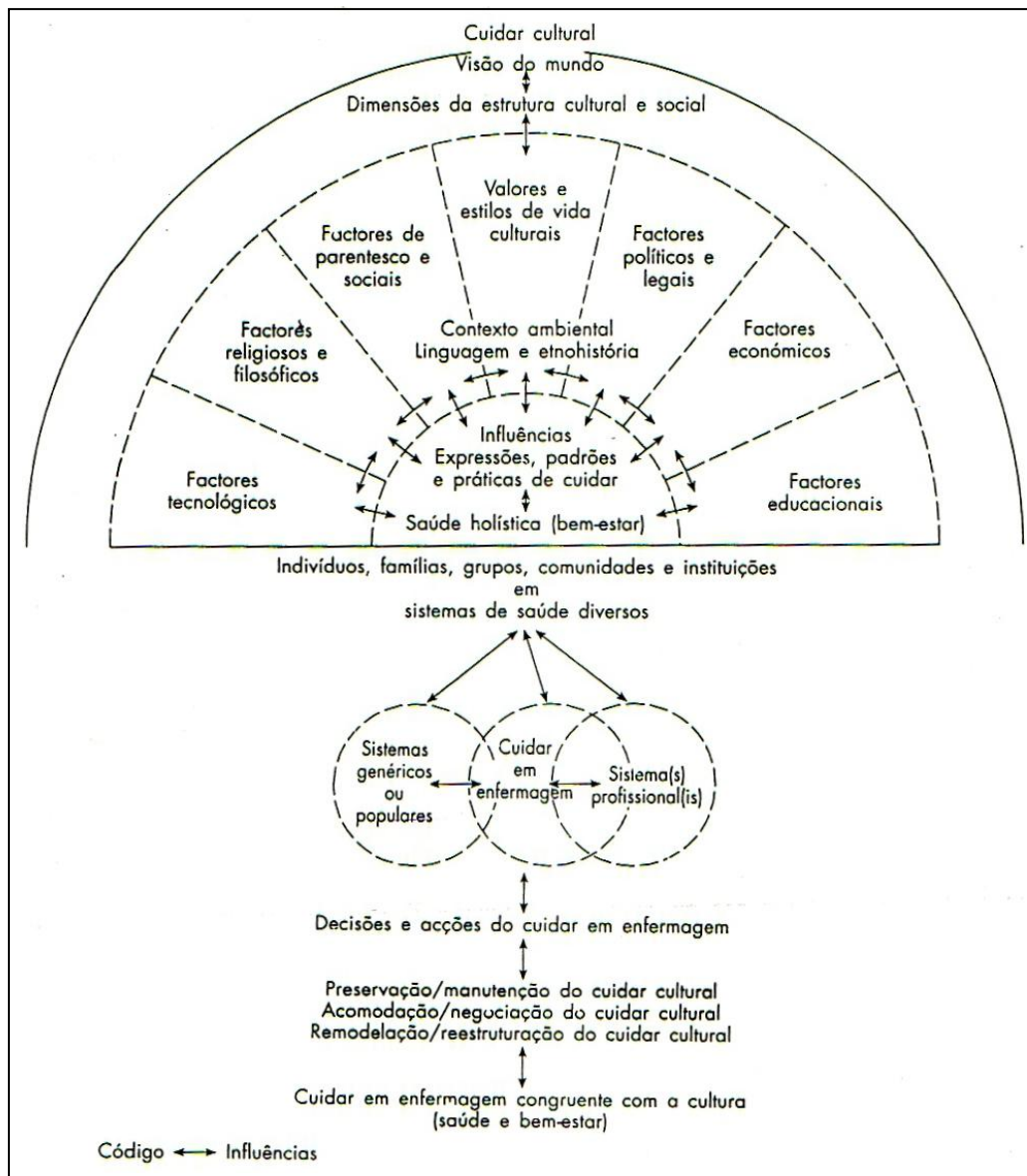
A definição de ‘sistemas profissionais de cuidar’ diz respeito ao ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional, da saúde, doença, bem-estar, conhecimentos relativos e competências da prática que prevalecem nas instituições profissionais com pessoal multidisciplinar para servir os consumidores. O conceito de ‘saúde’ refere-se a uma condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos ou grupo a desempenharem as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e modelados (WELCH, 2004).

O termo ‘preservação ou manutenção do cuidar cultural’ diz respeito às ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e ou preservar valores relevantes do cuidar de modo a que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença, encarar deficiências ou a morte. A definição de ‘acomodação ou negociação do cuidar cultural’ diz respeito às ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura a adaptar-se ou a negociar com outros para um resultado de saúde benéfico ou resultado satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais (WELCH, 2004).

O conceito de ‘repadronização ou reestruturação do cuidar cultural’ refere-se às ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes ou indivíduos a reordenar, alterar ou modificar os seus modos de vida para padrões novos de cuidados de saúde, diferentes e benéficos, respeitando seus valores culturais e crenças e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes das mudanças terem sido estabelecidas. O termo ‘cuidar (de enfermagem) culturalmente congruente’ diz respeito às ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras, baseadas nos valores, crenças e modo de vida do indivíduo, grupo ou instituições para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios (WELCH, 2004).

Para descrever os componentes essenciais da teoria, Leininger, em 1970, criou o Modelo Sunrise (Figura 5), um diagrama que simboliza o nascer do sol, um novo cuidar (WELCH, 2004). O novo cuidado de enfermagem ilustrado pelo diagrama envolve a participação direta dos pacientes no processo de cuidar, pois eles influenciam o cuidado mediante suas crenças, valores e visões de mundo (ORÍÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007).

Figura 5 – Modelo Sunrise de Leininger para ilustrar a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural.



Fonte: Welch (2004, p. 577).

O Modelo Sunrise é um importante guia para explorar as múltiplas e abrangentes influências de cuidado e cultura (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Vale ressaltar que o diagrama não substitui o texto completo da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, já que os seus pressupostos, conceitos e preposições não estão especificados. Por isso, o Modelo não é a Teoria em si, mas um mapa cognitivo capaz de auxiliar pesquisadores e assistenciais a conduzirem suas pesquisas e práticas (ORIÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007).

O Modelo Sunrise mostra que os seres humanos são inseparáveis de seus antecedentes culturais, da estrutura social, da visão do mundo, da história e do contexto ambiental – princípio básico da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural. A metade superior do círculo no modelo ilustra os componentes da estrutura social e os fatores da visão do mundo que influenciam o cuidar e a saúde (WELCH, 2004).

Esses fatores também influenciam os sistemas genéricos ou populares, os sistemas profissionais e de enfermagem que no modelo se encontra em sua parte média. Nesse sentido, a enfermagem atua como uma ponte entre a generalidade da população e o sistema profissional. As duas metades do modelo, em conjunto, formam o sol que representa o universo e os enfermeiros precisam considerar para apreciar o cuidado e a saúde (WELCH, 2004).

Através do Modelo Sunrise, pode-se perceber que a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural prevê três tipos de cuidar em enfermagem, decisões e ações: preservação/manutenção do cuidar cultural; acomodação/negociação do cuidar cultural; remodelação/reestruturação do cuidar cultural. E ainda, podem ocorrer em múltiplos níveis de alcance, como nos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições em diversos sistemas de saúde (WELCH, 2004).

O uso do Modelo Sunrise ajuda alunos, enfermeiros, professores e pesquisadores a obterem ampla visão da pessoa a ser cuidada, ressaltando sempre que cada ser está inserido em um contexto cultural que precisa ser descoberto no intuito de se alcançar a proposta da Teoria: deixar o sol – o cuidado culturalmente congruente – nascer, brilhar, refletir e disseminar-se de forma intensa por toda a sociedade (ORÍ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007).

Leininger foi autora de mais de 27 livros, publicou mais de 200 artigos, 45 capítulos, também idealizou filmes e relatórios de investigação centrados na enfermagem transcultural, no cuidar humano e nos fenômenos de saúde, no futuro da enfermagem e em tópicos relevantes para a enfermagem e antropologia (WELCH, 2004). Em 10 de agosto de 2012, o mundo despediu-se de Madeleine Leininger. Ela faleceu em sua casa, aos 87 anos, em Omaha, Nebraska, Estados Unidos.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresenta-se a metodologia desenvolvida na pesquisa, como o tipo de estudo, o método utilizado, o campo de investigação, os colaboradores do estudo, o comprometimento ético da pesquisa, a coleta de dados, a técnica e instrumento utilizado e a análise dos dados coletados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa. A abordagem metodológica exploratória é considerada por Gil (2009) como aquela que proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, podendo envolver na maioria dos casos levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

Para Oliveira (2007), o estudo exploratório tem o objetivo de dar uma explicação geral sobre determinado fato ou fenômeno estudado, podendo ainda levantar um novo problema que será esclarecido através de uma investigação mais consistente. Em regra geral, a pesquisa exploratória é realizada quando o tema a ser estudado é pouco explorado, sendo difícil a formulação e operacionalização de hipóteses.

Já a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2008), é aquela capaz de desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e surgimento de novos conceitos e categorias no caminho da investigação. Esse tipo de investigação pode ser caracterizada como uma tentativa de compreender detalhadamente os significados e características situacionais apresentadas pelos indivíduos, além de ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON et al, 2007).

Segundo Oliveira (2007), a abordagem qualitativa é conceituada como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através de métodos e técnicas para compreensão do objeto de estudo, implicando em estudos da literatura pertinente ao tema, observações, entrevistas e análise de dados. Na perspectiva da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, a abordagem qualitativa é defendida por Leininger como importante tipo de estudo para se estabelecer aceções e conhecimento cultural preciso (WELCH, 2004).

3.2 HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA COMO MÉTODO

Nesta pesquisa, utiliza-se o método da história oral temática. Este gênero parte de um assunto específico e preestabelecido, comprometendo-se com o esclarecimento ou opinião do entrevistador sobre um evento definido. Pretende-se buscar a verdade de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos dele tenha alguma versão que seja discutível ou contestatória (MEIHY, 1996).

Com a história oral temática, a entrevista tem caráter temático e é realizada com grupo de pessoas, sobre um assunto específico. Essa entrevista – que tem característica de depoimento – não abrange necessariamente a totalidade da existência do informante (FREITAS SM, 2006, p. 21).

O gênero da história oral temática é o que mais se aproxima das soluções tradicionais e comuns apresentados nos trabalhos analíticos em diferentes áreas do conhecimento acadêmico (MEIHY, 1996). A escolha da história oral como método foi motivada pelas várias possibilidades que a mesma oferece, dentre a qual se pode citar a apreensão de história de experiências, pois, segundo Alberti (2005), através da história oral é possível se estudar a forma como as pessoas ou determinados grupos efetuam e/ou elaboram experiências, incluindo-se as situações de aprendizado e decisões estratégicas.

História oral, de acordo com Freitas SM (2006), é um método de pesquisa que utiliza a técnica de entrevista e outros procedimentos para o registro de narrativas da experiência humana. Para Meihy (2007, p.17), história oral é

[...] um recurso moderno usado para a elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva.

Além da história oral temática, existem ainda mais dois tipos ou gêneros distintos em história oral: história oral de vida e tradição oral (MEIHY; HOLANDA, 2007). Vale ressaltar que a história oral pode ser empregada em diversas disciplinas e tem relação estreita com abordagens qualitativas (ALBERTI, 2005).

3.3 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O campo de investigação deste estudo é o município de Feira de Santana, situado no estado da Bahia, sendo o *locus* da pesquisa: a unidade de Pronto Atendimento Masculino

(PAM) e a unidade de Pronto Atendimento Feminino (PAF), a Clínica Cirúrgica e o Centro Cirúrgico de um hospital público do estado da Bahia.

A escolha destes setores do Hospital se justifica por se tratarem de unidades que realizam assistência em idosos no pré-operatório (PAM/PAF), transoperatório (Centro Cirúrgico) e pós-operatório (Clínica Cirúrgica).

No que diz respeito ao campo de investigação deste estudo, sabe-se que o município de Feira de Santana está situado a 107 km da capital baiana, Salvador, ligando-se através da BR-324. É a segunda cidade mais populosa do estado e maior cidade do interior nordestino em população, que de acordo com o censo do IBGE em 2010, possui 556.642 habitantes. O município localiza-se no agreste baiano e encontra-se num dos principais entroncamentos de rodovias do Nordeste brasileiro, é onde ocorre o encontro das BRs 101, 116 e 324. A cidade possui um importante e diversificado setor de comércio e serviços, além de indústrias de transformação, diversas universidades privadas e uma universidade pública do Estado.

O hospital em que foi realizado o estudo foi fundado em 1984. Trata-se de uma instituição pública estadual, como já foi citado, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e de grande importância para a cidade, bem como aos municípios da sua microrregião. É considerado o maior hospital de emergência do interior do estado e um dos maiores da Bahia, oferece assistência à saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à população, sendo referência para 126 municípios. O hospital também funciona como polo de pesquisa e extensão sob a forma de hospital escola, contribuindo assim para a formação de diversos profissionais da área de saúde.

Além disso, o hospital disponibiliza atualmente os seguintes serviços: consultas ambulatoriais (geral e especializada), atendimento de urgência e emergência, internação (clínica médica, cirúrgica, materno-infantil, unidades de terapia intensiva para adulto e neonatal), exames complementares ao diagnóstico e tratamentos como eletrocardiografia, ultrassonografia, radiologia, tomografia computadorizada, laboratório de patologia clínica, atendimento cirúrgico (cirurgia geral e de especialidades) e atendimento obstétrico (pré-natal de alto risco).

3.3.1 Pronto Atendimento Masculino e Pronto Atendimento Feminino

As unidades de Pronto Atendimento Masculino e Pronto Atendimento Feminino situam-se na emergência do hospital. Trata-se de duas enfermarias separadas por sexo, nas quais ficam internados pacientes da emergência que aguardam definição diagnóstica, vagas

nas clínicas de internamento, vagas no centro cirúrgico e regulação para outros serviços do Estado.

A unidade de Pronto Atendimento Masculino possui 24 leitos, enquanto que a unidade de Pronto Atendimento Feminino possui 18. No entanto, devido a grande demanda destes setores, os números de internamentos extrapolam a capacidade interna de leitos, assim, muitos pacientes acabam internados nos corredores externos que dão acesso às unidades. A equipe de enfermagem desses setores é constituída por 11 enfermeiros (06 na PAM e 05 na PAF) e 35 técnicos/auxiliares de enfermagem (19 na PAM e 16 na PAF).

3.3.2 Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico é uma unidade recentemente reformada, possui 07 salas cirúrgicas. Vale ressaltar que este setor não possui Sala de Recuperação Pós-Anestésica em funcionamento. Os serviços oferecidos por essa unidade são: endoscopia, broncoscopia, cirurgia geral, cirurgias especializadas (neurológica, urológica, vascular, plástica, ginecológica e ortopédica). A equipe de enfermagem deste setor é constituída por 08 enfermeiros e 22 técnicos/auxiliares de enfermagem.

3.3.3 Clínica Cirúrgica

A Clínica Cirúrgica presta assistência aos pacientes com demandas cirúrgicas no pós-operatório, e em menor frequência, no pré-operatório. A unidade possui 44 leitos com demanda diária superior a sua capacidade, o que resulta constantemente em pacientes assistidos nos corredores. As cirurgias que ocorrem em pacientes desta unidade são de caráter de urgência e também eletiva, tendo como especialidade cirurgias vascular, geral, plástica, ortopédica, torácica e buco-maxilo-facial.

Os leitos da unidade são distribuídos por 14 enfermarias, sendo 01 enfermaria com 06 leitos, 07 enfermarias com 02 leitos e 06 enfermarias com 04 leitos. A equipe de enfermagem deste setor é constituída por 10 enfermeiros e 26 técnicos/auxiliares de enfermagem.

3.4 COLABORADORES DO ESTUDO

Os colaboradores desta pesquisa são os enfermeiros lotados na Clínica Cirúrgica, no Centro Cirúrgico, na unidade de Pronto Atendimento Masculino e na unidade de Pronto Atendimento Feminino do hospital em estudo.

Minayo (2008) considera que sujeito de estudo, aqui denominado de colaborador, é gente em determinada condição social, que pertence a um determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Meihy (1996) defende que em vez de usar termos consagrados em outras tradições disciplinares que se valiam de entrevistas (como ator, informante, objeto de pesquisa), na moderna história oral se usa deliberadamente a terminologia de colaborador.

Neste caso, trata-se de um termo importante na definição de relacionamento entre entrevistador e o entrevistado, sobretudo porque estabelece uma relação de afinidade entre as partes. Por esse ângulo, o pesquisador ou entrevistador deixa de ser aquele que vê o entrevistado como um mero objeto de pesquisa, em contra partida, o entrevistado deixa de ser um mero observador da pesquisa alheia e se compromete com o trabalho de maneira mais sensível e compartilhada (MEIHY, 1996).

Para inclusão dos colaboradores nesta pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios: trabalhar há pelo menos seis meses no *lôcus* da pesquisa (Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, PAM, PAF) – acredita-se que tenha sido um tempo mínimo de experiência para que os enfermeiros tivessem adquirido conhecimentos e vivências acerca do cuidado que o estudo enfoca; aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Trabalhavam no *lôcus* da pesquisa um total de 29 enfermeiros, sendo 06 na PAM, 05 na PAF, 08 no Centro Cirúrgico e 10 na Clínica Cirúrgica. A amostra dos colaboradores foi composta da seguinte forma: após a aplicação do primeiro critério (trabalhar há pelo menos seis meses no *lôcus* da pesquisa), dos 29 enfermeiros que trabalhavam no *lôcus* do estudo, 16 foram excluídos por não atender a esse critério e 13 foram incluídos obedecendo ao primeiro critério. Após a aplicação do segundo critério de inclusão (aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE), dos 13 enfermeiros, foram excluídos 02 por não atenderem a esse segundo critério. Assim, a amostra dos colaboradores desta pesquisa foi constituída por 11 enfermeiros.

Numa abordagem qualitativa, a definição dos colaboradores da pesquisa não obedece a um critério numérico, ou seja, uma representatividade que possibilita a generalização. A busca

qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social em estudo. Nesse caso, considera-se uma amostra ideal dos participantes da pesquisa aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, privilegiando aqueles que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer (MINAYO, 2008).

Em uma pesquisa que utiliza a história oral como método, a escolha daqueles que serão entrevistados também não é orientada predominantemente por critérios quantitativos, estatísticos ou por uma preocupação com amostragens, e sim a partir da posição do entrevistado no grupo, do significado de sua experiência (ALBERTI, 2005).

3.5 COMPROMETIMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Para a realização deste estudo, foram obedecidos os preceitos éticos estabelecidos para a realização de pesquisas com seres humanos, conforme regulamentado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa foi apresentada ao hospital em que se deu o estudo através do envio do Projeto de Pesquisa e um Termo de Solicitação (Apêndice A) à coordenação do Centro de Educação Permanente (CEPER)/Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento (NUPED), setor que foi responsável pela avaliação da pesquisa e liberação do campo para a realização da coleta de dados através de um Termo de Autorização de Pesquisa (Anexo A).

O projeto desta pesquisa também foi submetido à Plataforma Brasil, uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo encaminhado ao CEP da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 02459012.9.0000.5531 e aprovado sob o parecer número 36763 (Anexo B).

Na abordagem do pesquisador ao colaborador desta pesquisa, o mesmo foi informado quanto aos objetivos do estudo, quanto à existência e importância da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como de sua autonomia para participar ou interromper a sua participação em qualquer momento da entrevista, sem nenhum prejuízo ao tratamento.

Além disso, foi entregue aos colaboradores desta pesquisa um folder (Anexo C), possuindo informações relevantes do estudo e informações para contatos do pesquisador. Para a sensibilização coletiva dos colaboradores no campo de investigação, foi fixado um cartaz

(Anexo D) de motivação para a participação da pesquisa contendo informações acerca do estudo em dois murais da instituição.

O local para realização da entrevista foi escolhido de acordo com a disponibilidade dos colaboradores da pesquisa, garantindo a privacidade em relação às informações colhidas durante a aplicação do instrumento. O anonimato dos colaboradores do estudo foi garantido mediante a não divulgação e registro de seus nomes, sendo identificados no instrumento de coleta de dados através de suas iniciais, e ao longo da dissertação pela letra “E”, significando Enfermeiro, seguida do número em algarismo arábico na ordem em que foi realizada a entrevista.

As gravações das conversas foram arquivadas em mídia de CD e foram mantidas em local adequado da instituição responsável – estando também disponível aos colaboradores do estudo – pelo período de 05 anos após a conclusão da pesquisa. Passado este período, as informações ficarão sob a guarda dos pesquisadores, no banco de dados do Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento (NEVE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

3.6 COLETA DE DADOS: TÉCNICA E INSTRUMENTO

A coleta de dados desta pesquisa iniciou-se somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o parecer número 36763 (Anexo B) e liberação do campo para a realização da coleta pela coordenação do Centro de Educação Permanente (CEPER)/Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento (NUPED) do hospital em estudo (Anexo A).

Para a sua realização, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Esta modalidade de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada. Esse tipo de entrevista tem apoio claro em um roteiro que é utilizado pelo pesquisador, além de facilitar a abordagem e assegurar que os pressupostos desejados sejam cobertos (MINAYO, 2008).

A técnica da entrevista encontra-se em coerência com o método escolhido de investigação, a história oral, como pode ser observado na afirmação de Freitas SM (2006, p. 18), “História Oral é um método de pesquisa que utiliza a técnica de entrevista e outros procedimentos articulados entre si, no registro de narrativas da experiência humana”. Além disso, sabe-se que a história oral tem como base da sua existência o depoimento gravado (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Constituíram-se como instrumentos para esta pesquisa: o Termo de Solicitação (Apêndice A), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o Roteiro para Entrevista, que é o instrumento de coleta de dados (Apêndice C) e um gravador de voz, que efetuou o registro das falas dos entrevistados e possibilitou posterior transcrição. Para utilização desse instrumento, foi solicitada a permissão de uso aos colaboradores da pesquisa.

O roteiro de entrevista apresenta na simplicidade alguns tópicos que guiam uma conversa com uma determinada finalidade, onde cada questão faça parte do delineamento do objeto, permitindo ampliar e aprofundar a informação desejada e contribuir para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito de fatos e das relações que compõem o objeto da pesquisa (MINAYO, 2008).

O roteiro para entrevista deste estudo foi composto de questões objetivas para caracterização sócio-demográfica dos colaboradores e questões subjetivas para nortear a identificação, verificação e descrição do ritual de cuidados prestado pelos enfermeiros ao idoso no período perioperatório de cirurgia mutiladora. Esse instrumento foi previamente testado e validado para sua utilização através da realização de pré-teste, com o intuito de se avaliar a clareza das questões para os colaboradores e se as mesmas contemplavam os objetivos propostos pelo estudo. A realização do pré-teste apontou que as questões utilizadas no roteiro de entrevista estavam claras e coerentes com o objetivo da pesquisa, não necessitando de ajustes para iniciar a coleta de dados.

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu da seguinte forma: primeiramente, foi estabelecido um contato inicial com os colaboradores do estudo que trabalhavam há pelo menos seis meses no *lócus* da pesquisa para entrega de um folder informativo da pesquisa (Anexo C), seguida de explicação dos objetivos do estudo e convite para a participação da pesquisa; agendamento da entrevista mediante disponibilidade dos colaboradores da pesquisa e do pesquisador; entrega, esclarecimento de dúvidas e assinatura do TCLE pelos colaboradores da pesquisa e pelo pesquisador; realização das entrevistas nos locais escolhidos pelos colaboradores do estudo, garantindo a privacidade das informações.

Vale ressaltar que somente duas entrevistas foram realizadas fora do *lócus* de pesquisa, sendo uma realizada no âmbito da instituição e uma realizada na residência do colaborador entrevistado. Além disso, houve duas recusas para participação da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas através de um aparelho de gravador de voz de marca Olympus, modelo VN-8100PC. Após a realização de cada uma delas, o pesquisador transferiu os arquivos gerados em cada entrevista para um notebook de marca Itautec modelo Infoway Note W7655, onde se procedeu à transcrição das falas de forma integral e conferência do

material colhido através dos softwares Microsoft Office Word 2007, utilizado para digitação, e Windows Media Player 12, utilizado para escuta das falas.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Para analisar os dados coletados nas entrevistas com os colaboradores deste estudo, utilizou-se a análise de conteúdo, que é, segundo Bardin (2009, p. 44),

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadas (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução (variáveis inferidas) destas mensagens.

Inferência é uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. O objeto da análise de conteúdo é a fala, isto é, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem. Nesse sentido, a análise de conteúdo trabalha a fala, ou melhor, a prática da língua realizada por emissores identificáveis, tomado em consideração as significações (conteúdo) e, eventualmente, a sua forma e distribuição de conteúdos (índices formais e análise de co-ocorrência). A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras, ou seja, é uma busca de outras realidades através das mensagens (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo do ponto de vista operacional parte de uma literatura de primeiro plano para atingir níveis mais aprofundados, ultrapassando os significantes manifestos. Além disso, a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) e articula a superfície dos textos (descrita e analisada) com fatos que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo apresenta-se por diversas técnicas, tais como: análise categorial (análise temática); análise de avaliação; análise de enunciação; análise proposicional do discurso; análise da expressão; análise das relações (BARDIN, 2009). A análise temática é a forma mais apropriada para investigação qualitativa dos dados em saúde (MINAYO, 2008).

Neste estudo, utilizou-se a técnica de análise categorial (análise temática). De acordo com Bardin (2009), trata-se da técnica de análise mais antiga, cronologicamente, e a mais utilizada:

Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo agrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas ou *análise temática*, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples (BARDIN, 2009, p. 199).

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos, esses critérios podem ser semântico, sintático, léxico e expressivo. E ainda, essa classificação impõe a investigação do que cada um desses elementos tem em comum com outros, permitindo o agrupamento a partir da parte comum existente entre eles (BARDIN, 2009).

Nesse contexto, a noção de tema está relacionada com uma afirmação sobre determinado assunto, podendo ser representada graficamente através de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2008). Para fazer uma análise temática, deve-se descobrir:

[...] os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de freqüência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2008, p. 316).

Segundo Minayo (2008), a análise temática se desdobra em três etapas, que para Bardin (2009) são diferentes fases ou pólos cronológicos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira etapa da análise temática, denominada de pré-análise, consiste em: escolha dos documentos a serem analisados; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais do estudo; elaboração de indicadores que orientam a interpretação final (MINAYO, 2008). Segundo Bardin (2009, p. 121), a pré-análise:

É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematiza as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. [...] Geralmente, esta primeira fase possui três missões: a *escolha dos documentos* a serem submetidos à análise, a *formulação das hipóteses* e dos *objectivos* e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Essa etapa da análise pode ser ainda decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante; constituição do *corpus*; formulação de hipóteses e objetivos (MINAYO, 2008).

A leitura flutuante consiste no contato exaustivo com o material, deixando-se impregnado pelo seu conteúdo, que progressivamente, se tornará mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial (MINAYO, 2008).

A constituição do *corpus* diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, é a organização do material de tal forma que possa responder a normas de validade qualitativa: exaustividade, que contempla todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade, que contenham as características essenciais do universo pretendido; homogeneidade, que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores; pertinência, onde os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho (MINAYO, 2008).

A formulação de hipóteses e objetivos é a tarefa na qual se estabelecem hipóteses iniciais para uma realidade que não é evidente, respondendo a questões que teoricamente são colocadas, sendo esses pressupostos iniciais flexíveis para permitir hipóteses emergentes a partir de procedimentos exploratórios, sendo possível a correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações (MINAYO, 2008).

A segunda etapa da análise temática, denominada de exploração do material, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2009). A exploração do material visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto a partir da busca de categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo da fala será organizado (MINAYO, 2008).

Primeiramente, nessa fase, trabalha-se com o recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema tal como foi estabelecido na pré-análise. Depois, são escolhidas as regras de contagem e índices que poderão ser construídos, permitindo alguma forma de quantificação. Por último, realiza-se a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas (MINAYO, 2008).

A terceira etapa da análise temática, denominada de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, é a fase na qual os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial), permitindo-se colocar em relevo as informações obtidas. A partir disso, o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras possibilidades em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2008).

Para Bardin (2009), essa fase corresponde àquela em que os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. Há aplicação de operações

estatísticas simples ou mais complexas que permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que condensam e põem em relevo as informações da análise. Os resultados podem ser submetidos a provas estatísticas e testes de validação. Tendo esses resultados a disposição, o analista pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos (BARDIN, 2009).

A análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Apesar de transpirar as raízes positivistas, há variantes na abordagem que no tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas (MINAYO, 2008).

Além da aplicação da análise temática seguindo as três fases de desdobramento (pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação) nos dados coletados das entrevistas com os colaboradores deste estudo, utilizou-se a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger como suporte teórico para o entendimento das categorias nas quais o conteúdo das falas foi organizado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados obtidos, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, apresentam-se os resultados e a discussão concernente ao ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora, à luz da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Os resultados deste estudo foram apresentados e discutidos em três partes. Na primeira parte, os dados são referentes à “Caracterização dos colaboradores do estudo”. Na segunda e terceira parte, os dados são discutidos nas duas grandes categorias analíticas que emergiram do estudo: “Ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora” e “Percepção do enfermeiro sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa”.

As categorias e subcategorias da pesquisa encontram-se apresentadas no Quadro 1. Conforme pode ser observado no referido quadro, a categoria “Ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora” se desdobra em três importantes subcategorias que dizem respeito ao ritual do cuidado no pré, intra e pós-operatório. Essas subcategorias apresentam-se ainda divididas em etapas de desenvolvimento dos cuidados que compõem o ritual em cada fase cirúrgica.

Já a categoria “Percepção do enfermeiro sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa” se desdobra em subcategorias que dizem respeito à percepção dos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica.

Quadro 1 – Categorias temáticas e respectivas subcategorias do estudo.

(Continua)

Categoria	Subcategoria	Divisão de Subcategoria
Ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora	<i>Status</i> Social Inicial: paciente idoso internado – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pré-operatória de cirurgia mutiladora	Admissão do paciente idoso nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino
		Encaminhamento da pessoa idosa para realização de exames pré-operatórios
		Orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino
		Solicitação da assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora
		Supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino
		Encaminhamento do paciente idoso para o Centro Cirúrgico
	Período de Transição: paciente idoso operado – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase intraoperatória de cirurgia mutiladora	Admissão do paciente idoso no Centro Cirúrgico
		Verificação da realização de exames pré-operatórios e a verificação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora
		Orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora no Centro Cirúrgico
		Encaminhamento da pessoa idosa para a Sala Operatória e acompanhamento da monitorização do idoso
		Observação de possíveis complicações decorrente da cirurgia e do estado geral da pessoa idosa
		Encaminhamento do idoso para a Clínica Cirúrgica

Quadro 1 – Categorias temáticas e respectivas subcategorias do estudo.

(Conclusão)

Categoria	Subcategoria	Divisão de Subcategoria
	Novo <i>Status</i> Social: paciente idoso de alta – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pós-operatória de cirurgia mutiladora	Admissão do paciente idoso no Centro Cirúrgico
		Supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem na Clínica Cirúrgica
		Visita do enfermeiro na Clínica Cirúrgica
		Orientações ao idoso para alta hospitalar
		Viabilização de saída do paciente idoso do hospital
Percepção do enfermeiro sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa	Percepção dos enfermeiros das unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa	
	Percepção dos enfermeiros do Centro Cirúrgico sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa	
	Percepção dos enfermeiros da Clínica Cirúrgica sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa	

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DO ESTUDO

A caracterização dos colaboradores do estudo se baseia nas informações que foram levantadas a partir da caracterização sócio-demográfica do roteiro de entrevista utilizado nesta pesquisa. Essas informações serão descritas a seguir.

E01

Tem 25 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça preta, religião católica, solteira e não tem filhos. Graduada em Enfermagem há mais de um ano em uma instituição pública, localizada no município de Feira de Santana-BA, onde afirma ter cursado uma disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há mais de seis meses na unidade de Pronto Atendimento Masculino, é aluna do Curso de Especialização em Oncologia e não possui pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista foi realizada em sua residência no período da noite, com duração de treze minutos.

E02

Tem 27 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça parda, religião católica, solteira e sem filhos. Graduou-se em Enfermagem há mais de um ano em uma instituição privada no município de Feira de Santana-BA, onde afirma ter cursado disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há mais de um ano na unidade de Pronto Atendimento Feminino. É especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e Pediátrica e afirma não ter pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista foi realizada em uma unidade do hospital que não pertencia ao local da pesquisa deste estudo (Clínica Materno-Infantil), no turno da tarde e teve duração de seis minutos.

E03

Tem 50 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça branca, religião católica, casada e tem dois filhos. Graduada em Enfermagem há vinte e quatro anos em uma instituição pública no município de Feira de Santana-BA, onde não cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há treze anos no Centro Cirúrgico, é especialista em Urgência e Emergência e não tem pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista foi realizada em sua unidade de trabalho, no período da tarde e teve duração de nove minutos.

E04

Tem 30 anos de idade, sexo masculino, se autodeclara de cor/raça preta, religião católica, solteiro e sem filhos. Graduou-se em Enfermagem há sete anos em uma instituição privada no município de Salvador-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há mais de seis meses no Centro Cirúrgico, é especialista em Saúde Pública e afirma não ter pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista também foi realizada em sua unidade de trabalho, no turno da noite e teve duração de oito minutos.

E05

Tem 25 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça parda, religião católica, solteira e não tem filhos. Graduada em Enfermagem há dois anos em uma instituição privada no município de Feira de Santana-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há um ano e seis meses na unidade de Pronto Atendimento Feminino, é especialista em Enfermagem do Trabalho e não tem pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista foi realizada em sua unidade de serviço, no período da noite e durou cerca de oito minutos.

E06

Tem 35 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça parda, não tem religião, solteira e sem filhos. Graduou-se em Enfermagem há mais de cinco anos em uma instituição pública no município de Feira de Santana-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há mais de quatro anos na Clínica Cirúrgica, não tem pós-graduação em Gerontologia/Geriatria, bem como nas outras áreas do conhecimento. A entrevista foi realizada em sua unidade de trabalho, no turno da noite e teve duração de dez minutos.

E07

Tem 29 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça branca, religião católica, solteira e tem filhos. Graduada em Enfermagem há seis anos em uma instituição pública no município de Feira de Santana-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Há mais de um ano trabalha no Centro Cirúrgico, é especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e não tem pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista foi realizada em sua unidade de trabalho, no período da tarde e durou aproximadamente dez minutos.

E08

Tem 25 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça branca, religião católica, solteira e tem filhos. Graduou-se em Enfermagem há mais de seis meses em uma instituição privada no município de Feira de Santana-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. O tempo de formada se equivale ao tempo de trabalho no local da pesquisa, ou seja, há mais de seis meses trabalha na Clínica Cirúrgica. É aluna do curso de especialização em Urgência e Emergência e afirma não ter pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista foi realizada em sua unidade de trabalho, no turno da manhã e teve duração de sete minutos.

E09

Tem 26 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça parda, religião evangélica, casada e tem um filho. Graduada em Enfermagem há mais de quatro anos uma instituição pública no município de Feira de Santana-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há mais de um ano na Clínica Cirúrgica, é especialista em Urgência e Emergência e afirma não ter pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista também foi realizada em sua unidade de trabalho, no período da manhã e teve duração de sete minutos.

E10

Tem 27 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça parda, religião evangélica, casada e não tem filhos. Graduou-se em Enfermagem há seis anos em uma instituição pública no município de Salvador-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há mais de seis meses na unidade de Pronto Atendimento Feminino, não tem pós-graduação em Gerontologia/Geriatria, bem como em outras áreas do conhecimento. A entrevista foi realizada em sua unidade de trabalho, pela manhã e teve duração de seis minutos.

E11

Tem 42 anos de idade, sexo feminino, se autodeclara de cor/raça parda, religião católica, casada e tem dois filhos. Graduada em Enfermagem há dezenove anos em uma instituição pública no município de Feira de Santana-BA, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha há mais de um ano na unidade de Pronto Atendimento Masculino, é

especialista em Saúde Pública e não tem pós-graduação em Gerontologia/Geriatria. A entrevista foi realizada em sua unidade de trabalho, à noite e teve duração de sete minutos.

Sintetizando o que foi apresentado acima, elaborou-se a Tabela 1, que reúne as características sócio-demográficas dos colaboradores desta pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos colaboradores da pesquisa. Feira de Santana-BA, 2012.

(continua)		
Características sócio-demográficas	N	%
Idade		
25 a 30	08	73,0
31 a 40	01	09,0
41 a 50	02	18,0
Sexo		
Masculino	01	09,0
Feminino	10	91,0
Cor/raça		
Branca	03	27,0
Preta	02	18,0
Parda	06	55,0
Amarela	00	00,0
Indígena	00	00,0
Religião		
Sim	10	91,0
Não	01	09,0
Católica	08	73,0
Evangélica	02	18,0
Espírita	00	00,0
Umbanda	00	00,0
Candomblé	00	00,0
Situação Conjugal		
Casado	04	36,0
Divorciado	00	00,0
Desquitado ou separado judicialmente	00	00,0
Viúvo	00	00,0
Solteiro	07	64,0

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos colaboradores da pesquisa. Feira de Santana-BA, 2012.

(continuação)		
Características sócio-demográficas	N	%
Filhos		
Sim	03	27,0
Não	08	73,0
Tempo de Graduação		
Menos de um ano	01	09,0
Mais de um ano	04	36,5
Mais de cinco anos	04	36,5
Mais de quinze anos	01	09,0
Mais de vinte anos	01	09,0
Tipo de Instituição de Formação		
Pública	07	64,0
Privada	04	36,0
Disciplina Saúde do Idoso		
Sim	10	91,0
Não	01	09,0
Tempo de Trabalho		
Mais de seis meses	04	36,0
Mais de um ano	05	46,0
Mais de quatro anos	01	09,0
Mais de dez anos	01	09,0
Titulação		
<i>Pós-Graduação Lato Sensu</i>		
<i>Especialização</i>		
Sim	07	64,0
Não	02	18,0
Em curso	02	18,0
<i>Geriatría/Gerontologia</i>		
Sim	00	00,0
Não	11	100,0
<i>Pós-Graduação Stricto Sensu</i>		
<i>Mestrado</i>		
Sim	00	00,0
Não	11	100,0
Em Curso	00	00,0

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos colaboradores da pesquisa. Feira de Santana-BA, 2012.

(conclusão)		
Características sócio-demográficas	N	%
Doutorado		
Sim	00	00,0
Não	11	100,0
Em curso	00	00,0
Geriatria/Gerontologia		
Sim	00	00,0
Não	11	100,0

Fonte: Pesquisa “Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

A partir dos dados da tabela acima, em relação à idade dos colaboradores do estudo, observou-se que existe uma variação entre 25 e 50 anos de idade, sendo que a maioria deles, 8 (73%) pertence à faixa etária de 25 a 30 anos, 2 (18%) na faixa etária de 41 a 50 anos, e 1 (9%) na faixa etária de 31 a 40, conforme pode ser verificado na Figura 7.

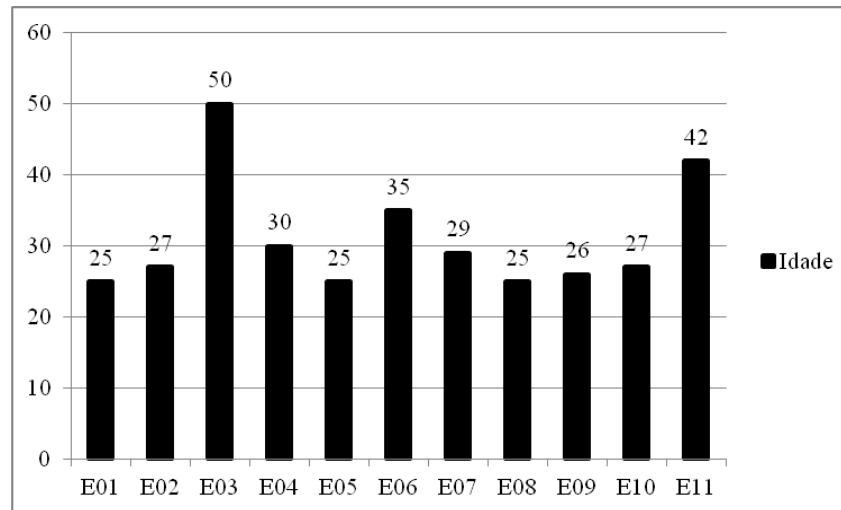
O perfil etário dos colaboradores desta pesquisa confere com estudo realizado com 24 enfermeiros que atuavam na assistência ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, de um Hospital Federal de grande porte localizado no município do Rio de Janeiro, no qual se constatou que o perfil dos enfermeiros também era de adultos jovens, pois a maioria deles estava na faixa etária entre 24 e 30 anos (SILVA; FERREIRA, 2011).

Esses autores ressaltam que o cuidado ao paciente internado em determinados setores, como os de cuidados intensivos, é marcado por uma demanda de esforço físico por parte do profissional, devido ao peso dos pacientes acamados e aparatos tecnológicos acoplados, que muitas vezes encontram-se impossibilitados de se movimentarem devido à sua condição clínica.

Por isso, o cuidado a esses pacientes necessita de elevada força muscular e gasto de energia, além de alto grau de agilidade e destreza, características que favorecem os profissionais mais jovens (SILVA; FERREIRA, 2011).

A média de idade dos profissionais, de acordo com esses autores, pode ser reduzida pelo fato de exercerem atividades intensas, desgastantes e estressantes, fazendo com que o profissional não continue trabalhando por longo período, principalmente nos setores de cuidados intensivos.

Figura 6 – Distribuição dos colaboradores do estudo segundo a idade em anos. Feira de Santana-BA, 2012.



Fonte: Pesquisa “Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

Outra característica dos colaboradores do estudo que se destaca é em relação ao sexo. A maioria dos colaboradores do estudo, 10 (91%), pertence ao sexo feminino, enquanto que apenas 1 (9%) pertence ao sexo masculino. Esses dados revelam a predominância de mulheres no contexto das práticas assistenciais de enfermagem.

A questão de gênero na enfermagem se faz evidente principalmente pela trajetória histórica da profissão de ser um ofício eminentemente feminino, muito embora já exista um movimento relacionado à inserção de homens. No estudo destes autores, números semelhantes foram encontrados: 21 participantes eram do sexo feminino (87,5%) e 3 (12,5%) do masculino. Essa supremacia do sexo feminino entre os trabalhadores de enfermagem reflete a composição própria da profissão (SILVA; FERREIRA, 2011).

No que diz respeito à raça/cor dos colaboradores do estudo, foram utilizadas as classificações propostas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010c), sendo elas: branca, preta, parda, amarela e indígena. Essa informação foi obtida pela autodeclaração dos colaboradores do estudo. Assim, pode-se verificar que a maioria deles, 6 (55%), se autodeclararam de raça/cor parda, 3 (27%) de raça/cor branca e 2 (18%) de raça/cor preta.

Dados do Censo Demográfico de 2010 mostraram que das 190.755.799 de pessoas residentes no Brasil, 91.051.646 se autodeclararam de cor ou raça branca, 82.277.333 parda, 14.517.961 preta, 2.084.288 amarela e 817.963 indígena, ou seja, a maioria dos brasileiros se

autodeclararam de cor ou raça branca, seguida da cor ou raça parda, preta, amarela e indígena (IBGE, 2011a).

A distribuição da população brasileira segundo cor ou raça reflete os padrões históricos de ocupação e movimentos relacionados à dinâmica econômica no país. Nesse contexto, a Região Sul apresenta a maior proporção de brancos, a Região Norte e Nordeste apresentam maiores proporções de pardos. A população de cor ou raça preta está mais presente proporcionalmente nos Estados da Região Nordeste, com destaque para a Bahia, com 17,1%, correspondendo a cerca de 2,4 milhões de pessoas e na Região Sudeste, com destaque para o Rio de Janeiro, com 12,4%, aproximadamente 2 milhões de pessoas (IBGE, 2011a).

Em se tratando especificamente do Estado da Bahia, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 2009 revelaram que a distribuição percentual da população baiana por raça ou cor apresenta-se da seguinte maneira: 59,8% parda, 23% branca, 16,8% preta e 0,3% amarela ou indígena. Na região metropolitana de Salvador, esses dados se modificam e apresentam-se com 52,5% da população de raça ou cor parda, 29,4% preta, 17,7% branca e 0,4% amarela ou indígena (IBGE, 2010d).

Em relação à religião, a maioria dos colaboradores, 8 (73%), afirmaram pertencer à religião católica, 2 (18%) à religião evangélica e apenas 1 (9%) informou não possuir religião. Os dados do Censo Demográfico de 2010 revelam que das 190.755.799 de pessoas da população brasileira, 123.280.172 pertencem à religião católica, 42.275.440 à religião evangélica, 3.848.876 espírita, 588.797 umbanda e candomblé, 5.185.065 outras religiosidades e 15.335.510 sem religião (IBGE, 2010a).

No quesito situação conjugal, a maioria dos colaboradores do estudo, 7 (64%), apresentam-se solteiros, vale ressaltar que todos os colaboradores solteiros não possuem filhos. Apresentam-se com situação conjugal casado 4 (36%) colaboradores do estudo, sendo que 3 (27%) dos casados possuem filhos e 1 (9%) não possui. Os resultados do Censo Demográfico de 2010, no que diz respeito à investigação da nupcialidade, abrangeram as pessoas de 10 anos ou mais de idade. Fizeram parte da amostra 161.981.299 pessoas, destas, 89.653.403 são solteiras, 56.435.253 casadas, 8.063.404 viúvas, 5.019.321 divorciadas e 2.809.917 desquitadas ou separadas judicialmente (IBGE, 2010b).

Como se pode verificar, os achados desta pesquisa em relação à raça/cor, religião e situação conjugal dos colaboradores estão em consonância com a realidade do território nacional mostrada nos resultados do Censo Demográfico de 2010.

No que se refere ao tempo de graduação, constatou-se que 4 (36,5%) colaboradores do estudo têm mais de um ano de graduados; 4 (36,5%) têm mais de cinco anos de graduados; 1

(9%) tem menos de um ano de graduado; 1 (9%) tem mais de 15 anos de graduado; e 1 (9%) tem mais de 20 anos. O tempo de graduação é uma importante característica para o perfil dos profissionais de enfermagem, entretanto, deve-se levar em consideração que o fato de se possuir muito tempo de formação não quer dizer que se trate de experiência de atuação num dado cenário (SILVA; FERREIRA, 2011).

Para o tempo de trabalho ou experiência de atuação no *locus* da pesquisa, identificou-se que a maioria dos colaboradores do estudo, 5 (46%), atua no *locus* da pesquisa há mais de um ano; 4 (36%) atuam há mais de seis meses; 1 (9%) atua há mais de quatro anos; e 1 (9%) atua há mais de dez anos.

Em relação ao tipo de instituição de ensino que os colaboradores cursaram a graduação, observou-se que a maioria, 7 (64%), a fez em instituição pública, enquanto que 4 (36%) fizeram em instituição privada.

Sobre ter cursado ou não disciplina referente à saúde do idoso durante a graduação, a maioria dos colaboradores, 10 (91%), afirma ter cursado, enquanto que apenas 1 (9%), justamente o colaborador do estudo com mais de 20 anos de graduado, afirmou não ter cursado disciplina referente à saúde do idoso.

No estudo de Mendes et al (2009), que teve como objetivo conhecer como o enfermeiro percebe o cuidado de enfermagem ao idoso internado em Centro de Terapia Semi-Intensiva, foi verificado que os participantes da pesquisa não tiveram disciplina com enfoque para o cuidado à saúde do idoso durante a formação acadêmica, e ainda, o conhecimento nessa área era proveniente da prática vivenciada por eles diariamente.

Salienta-se também que os conteúdos relativos à saúde da pessoa idosa eram estudados em conjunto com os voltados para o jovem e o adulto. A ausência da temática saúde do idoso na graduação pode ser justificada devido ao tempo de formação do colaborador do estudo, e ainda, essa temática denotava pouco interesse à sociedade na época (MENDES et al, 2009).

A preocupação com a inserção de conteúdos voltados para o processo de envelhecimento nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino no Brasil se faz presente desde a regulamentação da Lei n° 8.842, de 3 de Julho de 1996, através do Decreto n. 1.948, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, como forma de eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a temática. De acordo com o inciso V do Art. 10 dessa lei, compete ao Ministério da Educação em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores (BRASIL, 1996).

Quanto à titulação dos colaboradores do estudo, ao serem questionados sobre ter cursado uma pós-graduação na área de geriatria/gerontologia, todos os colaboradores do estudo afirmaram não possuir tal formação. Entretanto, no que se refere às outras áreas do conhecimento, evidenciou-se uma busca por cursos de pós-graduação na modalidade *lato sensu*, visto que a maioria dos colaboradores do estudo, 7 (64%), afirmou possuir curso de pós-graduação em nível de especialização; 2 (18%) afirmaram cursar uma especialização; e 2 (18%) afirmaram não possuir especialização. Como pode ser observado, nenhum participante do estudo cursou ou estava cursando pós-graduação na modalidade *stricto sensu* em nível de mestrado ou doutorado.

No que diz respeito à titulação dos enfermeiros, o estudo desenvolvido por Silva e Ferreira (2011) demonstrou também que houve predomínio na busca por cursos de pós-graduação na modalidade *lato sensu* pelas enfermeiras, uma vez que dos 24 participantes da pesquisa, 22 (92%) já haviam concluído ou estavam cursando especialização, e destes, somente 4 (18%) já haviam feito ou estavam cursando pós-graduação na modalidade *stricto sensu* em nível de mestrado.

Dados parecidos também foram encontrados na pesquisa de Custodio et al (2011), que teve como objetivo avaliar as características dos profissionais de enfermagem com hipertensão arterial sistêmica em um hospital de doenças cardiovasculares de Fortaleza-CE, dos 36 enfermeiros que participaram do estudo, 8 (22%) possuíam somente graduação em enfermagem, 26 (72%) fez uma especialização, 2 (6%) concluiu mestrado, não havendo participante do estudo com doutorado.

Em relação aos colaboradores do estudo que tinham pós-graduação na modalidade *lato sensu* em nível de especialização, verificou-se que a maioria deles, 4 (57%), tiveram preferência por especialidades voltadas para o cuidado a pacientes críticos, como terapia intensiva e emergência, 2 (29%) colaboradores por especialização em saúde pública e 1 (14%) em enfermagem do trabalho.

Pode-se perceber que existe um investimento em relação à qualificação profissional dos colaboradores da pesquisa, entretanto, no que se refere à pós-graduação na área de geriatria/gerontologia existe uma lacuna de conhecimento, o que pode ser explicado pela ênfase relativamente recente dada aos estudos desta temática tanto na graduação como também nos programas de pós-graduação (MENDES et al, 2009).

Pode ser que a carência de profissionais com conhecimento na área de geriatria/gerontologia seja ainda impulsionada pela não exigência desse saber pelas instituições e órgãos que às gerenciam, visto que “os concursos e processos seletivos são

feitos para selecionar enfermeiros, independentes de sua especialidade” (SILVA; FERREIRA, 2011, p. 99).

A falta de conhecimento da área de geriatria/gerontologia é fator determinante para a qualidade do cuidado do prestado, o que vem reforçar a necessidade de formação profissional nessa área, de forma a se desenvolver no enfermeiro uma capacidade de cuidar do idoso de modo integral, respeitando as suas singularidades (MENDES et al, 2009).

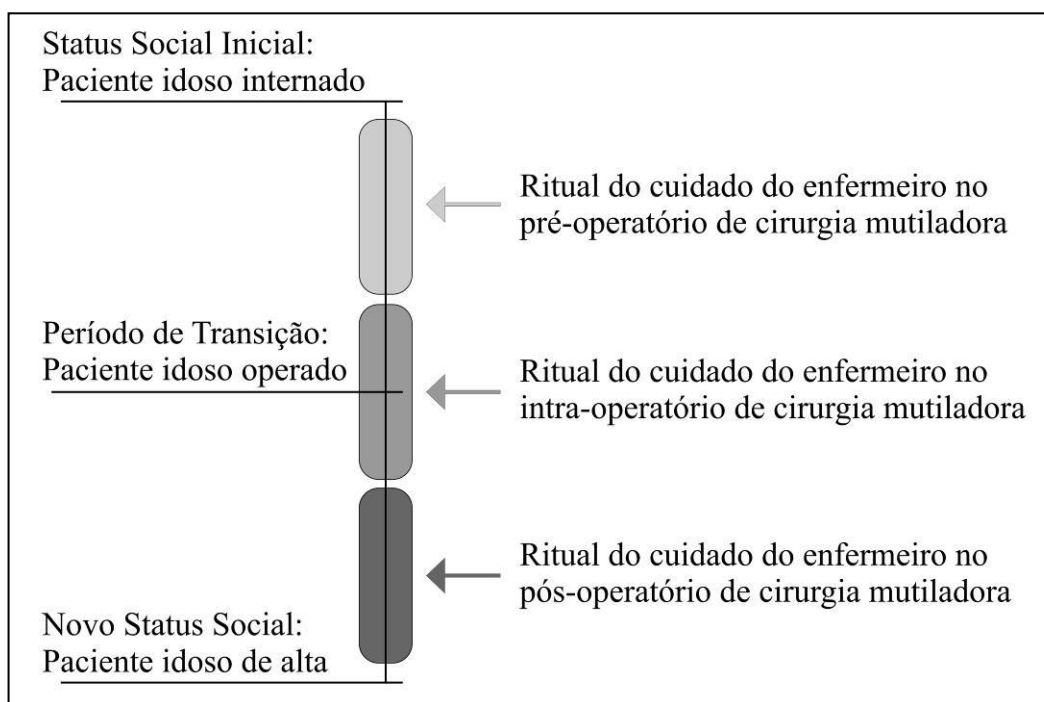
A maioria das entrevistas, 9 (82%), foi realizada na unidade de trabalho dos colaboradores do estudo, ou seja, no *lócus* da pesquisa; 2 (18%) ocorreram fora do *lócus* da pesquisa, sendo uma em domicílio e a outra em unidade hospitalar que não pertencia ao *lócus* do estudo. O tempo de realização das entrevistas na ordem em que foram realizadas foi respectivamente: 13 min, 6 min, 9 min, 8 min, 8 min, 10 min, 10 min, 7 min, 7 min, 6 min e 7 min. A média desses valores é aproximadamente 8,3 minutos por colaborador.

4.2 RITUAL DO CUIDADO DO ENFERMEIRO À PESSOA IDOSA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA MUTILADORA

O ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora constitui-se como o âmago desta pesquisa, por isso, nesta categoria, buscou-se identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros e verificar como se deu o acompanhamento aos pacientes idosos submetidos à cirurgia mutiladora.

A partir das histórias dos colaboradores do estudo, podem-se agrupar os resultados nas subcategorias que dizem respeito ao ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso nas fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória de cirurgia mutiladora (Figura 7), as quais serão apresentadas a seguir.

Figura 7 – O ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora.



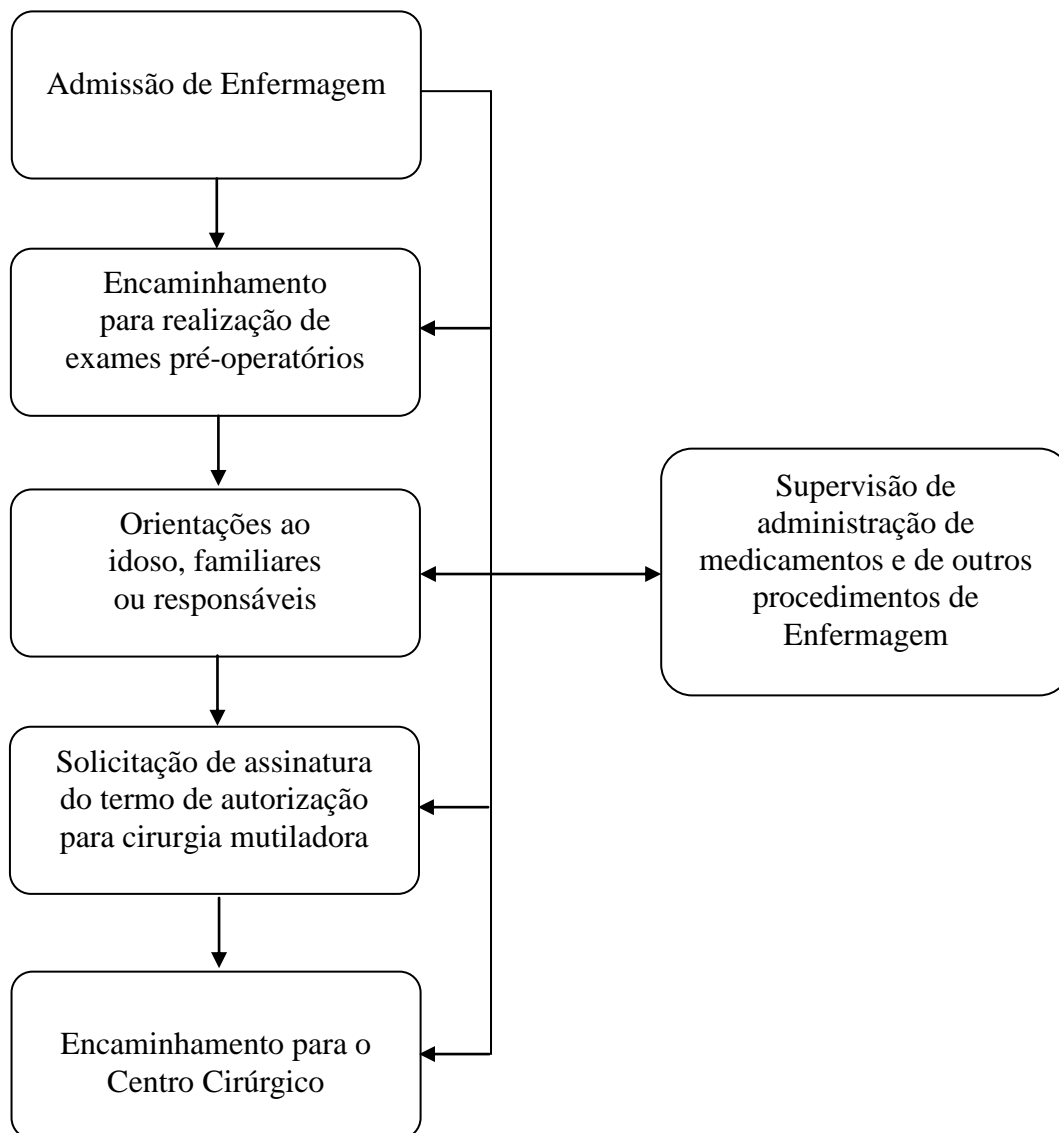
Fonte: Pesquisa “Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

4.2.1 *Status* Social Inicial: paciente idoso internado – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pré-operatória de cirurgia mutiladora

Em se tratando da realidade em que se deu o estudo, o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora se inicia nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, também conhecidas, respectivamente, por PAM e PAF. São nestas unidades do hospital que se percebe e acontece a fase pré-operatória das cirurgias, inclusive mutiladoras.

O ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no pré-operatório de cirurgia mutiladora é composto pelas seguintes intervenções: admissão; encaminhamento da pessoa idosa para realização de exames pré-operatórios; orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora; solicitação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora; supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem; encaminhamento do idoso para o Centro Cirúrgico (Figura 8).

Figura 8 – Ritual do cuidado do Enfermeiro no pré-operatório de cirurgia mutiladora.



Fonte: Pesquisa “Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

A Figura 8 sintetiza as etapas do ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no pré-operatório de cirurgia mutiladora. Cada um desses cuidados que compõem o ritual no pré-operatório de cirurgia mutiladora será abordado a seguir.

4.2.1.1 Admissão do paciente idoso nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino

No que diz respeito à entrada da pessoa idosa nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, sabe-se, pelas normas e rotinas da instituição, que a internação da pessoa idosa ocorre mediante a admissão de enfermagem, que é realizada pelos enfermeiros

das referidas unidades. Entretanto, ao se analisar a fala dos colaboradores da pesquisa, percebeu-se que a admissão do paciente idoso não aparece nos relatos indicando execução de uma abordagem gerontogeriatrica. Essa situação denota que a admissão do paciente idoso não ocorre, nessas unidades, de forma sistemática, dinâmica e efetiva, considerando os aspectos inerentes ao processo de envelhecimento, podendo, desse modo, repercutir negativamente no cuidado e na avaliação de saúde do paciente idoso cirúrgico.

A capacidade de avaliar o paciente é uma das habilidades mais importantes da enfermagem, em quaisquer que seja o ambiente de atuação. Na avaliação de saúde, o enfermeiro precisa levantar a história de saúde do paciente e realizar o exame físico. A obtenção de uma história de saúde completa e o uso das habilidades de avaliação apropriadas é fundamental para a identificação dos problemas dos pacientes, sendo eles físicos ou psicológicos (SMELTZER et al, 2009).

Tendo em vista que a primeira etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na construção do processo de enfermagem é o histórico, faz-se necessário o levantamento de informações que levem à elaboração do diagnóstico de enfermagem, identificação e implementação das intervenções de enfermagem, bem como a avaliação de sua eficácia (SMELTZER et al, 2009). Em suma, o processo de enfermagem é um método de trabalho sistemático que permite ao enfermeiro tomar decisões mais esclarecidas quanto às situações de cuidados, elaborando intervenções baseadas em juízo crítico próprio da enfermagem (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Este método permite que o enfermeiro maximize a qualidade dos cuidados prestados reduzindo as omissões que frequentemente aparecem quando há cuidados que se baseiam meramente em intuições, bom senso e hábitos. O enfermeiro que deseja sistematizar os cuidados, prestando-os de uma forma individualizada, opta pelo processo de enfermagem, facilitando assim a identificação das necessidades da pessoa idosa nos planos bio-psico-social, cultural e espiritual (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Conhecer a cultura, do ponto de vista da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, permite que o enfermeiro possa documentar o mundo do paciente e utilizar os conhecimentos, modos de vida e práticas da pessoa assistida como bases para tomar decisões e executar ações profissionais de enfermagem de forma culturalmente congruente (WELCH, 2004).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através do processo de enfermagem, constitui-se em cinco etapas: coleta de informações (história de saúde), análise e interpretação, planejamento dos cuidados, execução e avaliação (MAILLOUX-POIRIER,

1995). A coleta de informações ou obtenção da história de saúde da pessoa idosa deve ser realizada com calma, sem pressa. Precisa ser levada em consideração a maior incidência de comprometimento auditivo e visual nessa população, necessitando de iluminação adequada, sem ofuscamento, e os ruídos que porventura existirem, devem ser minimizados para evitar distração (SMELTZER et al, 2009; ALLEN, 2007).

A história de saúde ou histórico do paciente idoso envolve *anamnese* que é a investigação do estado de saúde da pessoa idosa, pregressa e atual, e sua história de vida, e é ainda complementado pela realização do exame físico (MATTOS et al, 2011).

O enfermeiro que estiver entrevistando a pessoa idosa deverá assumir uma posição que possibilite a sua leitura labial e de outras expressões faciais (SMELTZER et al, 2009). Durante o processo de comunicação, que engloba a linguagem verbal e a linguagem corporal, o enfermeiro deve ter consciência do seu comportamento, pois este é tão importante quanto o da pessoa idosa. Gestos, expressões faciais, posições, movimentos do corpo e timbre da voz do enfermeiro são exemplos de elementos que podem, durante a comunicação, criar um clima benéfico ou perigoso apreendido pelo idoso (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Além disso, o enfermeiro deve reconhecer que existe ampla diversidade entre as pessoas idosas, assim como diferenças nas suas práticas de saúde, sexo, renda, estado nutricional, e, principalmente, em suas bases culturais (SMELTZER et al, 2009). Dessa maneira, o enfermeiro a partir dos conhecimentos da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, deve considerar que as pessoas possuidoras de culturas diferentes, podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receberem o tipo de cuidados que desejam ou necessitam (WELCH, 2004).

As pessoas idosas supõem com frequência que seus novos problemas físicos constituem uma consequência da idade e não de uma doença que pode ser tratada, por isso, alguns sinais e sintomas de doenças nos idosos podem passar sem o devido relato. Portanto, o enfermeiro precisa perguntar sobre os sintomas físicos e qualquer alteração recente, ainda que sutis, que interfiram nas funções do organismo e bem-estar do idoso. É necessária uma atenção maior na obtenção de uma história completa sobre os medicamentos usados pelas pessoas idosas, porque grande parte delas usam diferentes tipos de medicações, muitas vezes sem prescrição médica (SMELTZER et al, 2009).

A inclusão de um membro da família no momento da conversa com a pessoa idosa poderá validar informações importantes, bem como fornecer detalhes ausentes. Entretanto, a participação de uma terceira pessoa na coleta da história de saúde só deverá ocorrer depois da obtenção da permissão da pessoa idosa (SMELTZER et al, 2009). O enfermeiro deve permitir

que o idoso responda as perguntas independentemente, sem a fala inicial de cônjuge ou familiares, a menos que seja necessário. Desta maneira, ajuda-se a manter a dignidade, independência e o controle de si próprio, o que é extremamente importante para o idoso (ALLEN, 2007).

Embora alguns idosos possam experimentar de algum tipo de declínio cognitivo, não se deve supor que eles sejam incapazes de fornecer uma história de saúde adequada (SMELTZER et al, 2009). Durante a conversa e coleta de informações para compor a história de saúde, o enfermeiro deve também exprimir-se numa linguagem acessível e clara, tomando cuidado com o uso de termos técnicos empregados pelos profissionais de saúde (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

É importante salientar que toda vez que a pessoa idosa fornecer informação a seu respeito durante a conversa com o profissional de saúde, ou a partir do exame físico, ela tem o direito de saber por que a informação está sendo questionada e qual a finalidade do seu uso, por isso, é fundamental que seja explicado o que é história de saúde e exame físico, e como as informações serão obtidas e utilizadas. Além disso, é importante que o idoso fique ciente de que a decisão de participar é voluntária (SMELTZER et al, 2009).

O conteúdo da história de saúde, tradicionalmente, inclui as seguintes informações: dados biográficos (nome, idade, sexo, estado civil, ocupação, origens étnicas), queixa principal, doença ou preocupação de saúde atual, história de saúde pregressa, história familiar, revisão dos sistemas (inclui revisão da saúde geral, bem como dos sintomas relacionados com cada sistema do organismo) e perfil do paciente idoso (SMELTZER et al, 2009). Ou seja, a coleta de informações permite fazer o inventário de tudo que diz respeito ao paciente idoso, informando-se sobre aquilo que ele vê, sobre suas queixas, sobre hábitos de vida e sobre o estado de satisfação das suas necessidades (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Somente fazendo-se a descoberta cultural sobre a pessoa a ser cuidada é que, de acordo com a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, o enfermeiro poderá prestar um cuidado de enfermagem eficaz, satisfatório e culturalmente congruente (WELCH, 2004). As informações oriundas da avaliação são usadas ainda para estabelecer dados basais pré-cirúrgicos, para que as mudanças das condições de saúde sejam reconhecidas mais rapidamente durante os períodos intra e pós-operatório (ALLEN, 2007).

A segunda etapa do processo de enfermagem, a análise e a interpretação das informações colhidas, possibilita a identificação do problema específico e a estabelecer o diagnóstico de enfermagem (MAILLOUX-POIRIER, 1995). Os diagnósticos de enfermagem são de fato importantes e devem ser considerados no pré-operatório de cirurgia mutiladora.

Além disso, os diagnósticos de enfermagem formam a base do plano de cuidados do enfermeiro. Quando estão relacionados aos pacientes cirúrgicos idosos podem-se estabelecer os seguintes diagnósticos: risco de volume de líquido deficiente; termorregulação ineficaz; risco de integridade da pele prejudicada; percepção sensorial perturbada (visual ou auditiva); risco de lesão de posicionamento perioperatório; controle ineficaz do regime terapêutico e; risco de infecção (ALLEN, 2007).

No caso da cirurgia mutiladora, os principais diagnósticos de enfermagem são: dor aguda; risco de sensopercepção alterada (dor de membro fantasma); integridade da pele prejudicada; distúrbio da imagem corporal; adaptação prejudicada relacionada à incapacidade de aceitar a perda da parte do corpo e à incapacidade consequente a essa perda; risco de pesar antecipatório e/ou disfunção relacionada à perda da parte do corpo e à consequente deficiência; déficit de autocuidado e mobilidade física prejudicados relacionados à perda de extremidade (SMELTZER et al, 2009).

Já a terceira etapa, que diz respeito ao planejamento dos cuidados, permite determinar as finalidades visadas pelos cuidados de enfermagem, no intuito de ajudar a pessoa idosa naquilo que ela não pode fazer sozinha, satisfazendo assim as suas necessidades e resolvendo seus problemas de dependência. Essa etapa pode ser realizada em dois momentos: elaboração dos objetivos de cuidados, que indica o resultado que se quer atingir; e planejamento das intervenções, que determina as ações que o enfermeiro deve realizar para atingir esse resultado (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

No que diz respeito ao paciente submetido à cirurgia mutiladora, as principais metas do planejamento podem incluir alívio da dor, ausência de alterações da sensopercepção, consolidação da ferida, aceitação da imagem corporal alterada, resolução do processo de pesar, independência do autocuidado, restauração da mobilidade física e ausência de complicações (SMELTZER et al, 2009).

Vale ressaltar que o enfermeiro não deve planejar os cuidados sem ter feito previamente a coleta de informações ou história de saúde (MAILLOUX-POIRIER, 1995). Isso porque é a partir das informações obtidas na história de saúde que o enfermeiro poderá fornecer o cuidado de enfermagem culturalmente congruente, ou seja, dentro do contexto cultural do paciente ao passo que respeita seus valores e crenças culturais (SMELTZER et al, 2009).

A quarta etapa do processo de enfermagem é a execução, e nela se põe em prática o plano de intervenção elaborado (MAILLOUX-POIRIER, 1995). Além de possibilitar um

plano individualizado para o paciente, a execução do processo de enfermagem é importante, sobretudo, por permitir interação entre o profissional enfermeiro e o paciente idoso.

A quinta e última etapa desse método consiste na avaliação, ou seja, em avaliar o processo efetuado e verificar se os resultados são válidos ou não, se os objetivos foram atingidos e se novas informações, suscitadas pela evolução do estado de saúde da pessoa idosa, são necessárias (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

A utilização do processo de enfermagem traz vantagens tanto para o enfermeiro quanto para o paciente idoso. As vantagens para o enfermeiro destacam-se: ligação entre o ato de enfermagem e o processo de enfermagem, segurança, satisfação no trabalho, crescimento pessoal e assistência na atribuição do pessoal. Já para o cliente, as vantagens do processo de enfermagem que se destacam são: sua participação na elaboração do seu plano de cuidados, continuidade dos cuidados e melhoria da qualidade dos cuidados (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Após a coleta de informações da história de saúde ou história clínica da pessoa idosa, realiza-se o exame físico de cada sistema ou órgão, passando-se pela inspeção geral, etapa em que se analisa o estado geral do idoso, além do seu nível de consciência e a fâcies – esta com certa frequência revela indícios de determinada doença (GALIZZI, 1999). Estando a pessoa idosa acamada, deve-se atentar para seu grau de lucidez e sua atitude (ativa, passiva ou forçada), caso ela se locomova livremente, deve-se verificar o equilíbrio postural e a marcha (GALIZZI, 1999).

Em geral, deve-se observar o estado da pele e mucosas, bem como pesquisar aranhas vasculares, circulação colateral, bolhas, erosões e úlceras de pressão com formação de escaras. Além disso, é necessário verificar o estado dos pêlos, unhas, extremidades, articulações, coluna vertebral, tireoide, linfonodos, pulsações de vasos do pescoço e precórdio, e ainda, verificar a estatura do idoso e peso para avaliar alterações significativas. Deve-se observar também possíveis deformações do tórax e abdome (abaulamento, retrações, cicatrizes, hérnias abdominais) e, através da palpação da mama, dentro das limitações da técnica, pesquisar o câncer (GALIZZI, 1999).

Após a inspeção geral, realiza-se o exame dos sistemas e órgãos, fazendo sucessivamente inspeção, palpação, percussão e ausculta, iniciando-se pelo sistema supostamente mais acometido, ou pelo sistema respiratório, caso não haja tal suposição (GALIZZI, 1999). Em se tratando de idosos acometidos por doenças vasculares periféricas, que podem levá-los à amputação, ressalta-se que a circulação periférica está acessível à avaliação direta e que é importante a execução do exame físico de forma minuciosa, visto que

tal abordagem é parte fundamental para o diagnóstico e tratamento adequado (MIRANDA, 2006).

Durante a avaliação pré-operatória, o enfermeiro pode ainda descobrir possível abuso ou maus tratos dos idosos, sendo uma ou mais combinações dos seguintes aspectos: físico (surra, sexual), emocional (ameaças verbais, intimidação, humilhação), negligência (suspensão de alimentação ou cuidados) e material ou financeiro (ALLEN, 2007).

Nesse sentido, durante a fase pré-operatória, os enfermeiros têm uma oportunidade singular de verificar os sinais que podem indicar abuso ou maus tratos dos idosos: demonstração de anuência excessiva ou complacência com o cuidador; sinais de pouca higiene, odor corporal e vestimentas sujas; desnutrição ou desidratação; queimaduras ou irritações de pele por pressão; contusões em vários estágios de resolução que podem indicar repetição de lesão; roupas ou calçados inadequados; verbalização sobre falta de alimentação, medicação ou cuidado; verbalização sobre medo do cuidador; verbalização sobre sua falta de controle sobre as atividades pessoais ou financeiras. Se tais sinais ocorrerem, o enfermeiro deve relatar a suspeita de abuso às autoridades competentes (ALLEN, 2007).

Para todo paciente que for submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico, deve-se realizar a Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que é desenvolvido dentro das regras da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), porém com o processo de enfermagem focado especificamente no paciente cirúrgico, sendo capaz de criar maior interação da assistência de enfermagem no pré, trans e pós-operatório (SOBECC, 2005).

Recomenda-se para que haja a viabilização da Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP): implantação da assistência de enfermagem integral, individualizada e documentada nas fases pré, trans e pós-operatória; levantamento e análise das necessidades individuais do paciente a ser submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico; ajuda do paciente e seus familiares a compreender o problema de saúde, preparando-os para o procedimento cirúrgico; diminuição ao máximo dos riscos inerentes ao ambiente cirúrgico; diminuição da inquietação e ansiedade do paciente, contribuindo para a sua recuperação (SOBECC, 2005).

Na fase pré-operatória da Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP), deve ser desenvolvido o histórico de enfermagem, o exame físico, os diagnósticos e as prescrições pré e intraoperatórias. Na fase intraoperatória, aplica-se a prescrição de enfermagem intraoperatória com avaliação e evolução, sendo que, no final do procedimento, recomenda-se que a prescrição pós-operatória seja iniciada pelo enfermeiro de centro cirúrgico. Na fase pós-operatória, deve-se dar continuidade à prescrição pós-operatória e a evolução, sendo que o

paciente deve ser encaminhado à clínica com todas as anotações de pré, trans e pós para que se possa garantir a continuidade da assistência, e ainda, recomenda-se que seja realizada visita pós-operatória para melhor avaliação da assistência prestada no perioperatório e do processo de enfermagem aplicado (SOBECC, 2005).

Com as considerações explicitadas acima não se trata de querer pormenorizar a propedêutica clínica do paciente idoso, mas sim, de chamar a atenção para a importância da realização da Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP), do processo de enfermagem, e conseqüentemente a avaliação de saúde da pessoa idosa e exame físico no momento de sua entrada e internamento nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino como etapa fundamental do pré-operatório de cirurgia mutiladora.

Além da não aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, observa-se a partir do relato de E01, que a internação da pessoa idosa em uma das referidas unidades objetiva apenas a espera de surgimento de vaga no Centro Cirúrgico.

Então, internou, joga para o PA (Pronto Atendimento), para aguardar vaga no centro cirúrgico, para esse paciente operar. E no PA o paciente vai ali, às vezes piorando, a necrose, tudo [...]. (E01)

Como se pode perceber a partir desse relato, a pessoa idosa é “jogada” na Unidade à espera de uma vaga no Centro Cirúrgico e, nesse tempo em que ele está internado, é possível que o seu estado de saúde geral apresente complicações. Segundo Mattos et al (2011), sem a realização do processo de enfermagem, a assistência da equipe de enfermagem pode correr o risco de não resolver as necessidades do idoso e, conseqüentemente, o cuidado de enfermagem ficará fragmentado, sendo que a pessoa idosa não será assistida e nem cuidada de forma integral, o que poderá resultar em complicações e piora do prognóstico.

O fato de não aplicar o processo de enfermagem pode repercutir negativamente no levantamento da história de saúde da pessoa idosa. Dessa maneira, o enfermeiro correrá o risco de se distanciar do contexto cultural do paciente, já que não vai conhecer a sua história, seus valores, suas crenças, seu modo de viver, de ser e de cuidar de si mesmo. A assistência do enfermeiro poderá assim ser fragilizada e fragmentada no sentido de não se colocar em prática a base da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, que se configura no desenvolvimento de um cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

Outra observação importante do relato, acima, é sobre a forma de se tratar o idoso no momento de sua chegada à unidade, utilizou-se do verbo “jogar” para narrar esta situação

inicial. A pessoa idosa é “jogada” na unidade como se fosse mais um objeto pertencente às mobílias e utensílios hospitalares, descaracterizando o tratamento de ser humano para ser humano e aproximando-se mais de um tratamento de ser humano para seres inanimados. Ao invés de ser “jogada”, ela deveria ser recebida, acomodada e/ou acolhida, tratada com dignidade e respeito. É válido ressaltar que nesse momento o idoso já pode estar passando por sofrimento físico e mental, tornando-se ainda mais complexa a sua situação de saúde pela possibilidade de ser submetido a uma cirurgia mutiladora, o que exige muito mais necessidade de cuidados e olhares significativos.

A situação discutida acima se afasta nitidamente dos princípios e diretrizes presentes em diversos dispositivos legais, tais como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006c), a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011b) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011a).

O Estatuto do Idoso – Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, estabelece que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, que não será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, sendo obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor, e as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa incentiva o desenvolvimento e valorização do atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, valorizando e respeitando a velhice (BRASIL, 2006c). Já a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, confere a todo cidadão o direito a um tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação (BRASIL, 2011b).

E a Política Nacional de Humanização (PNH), que foi criada em 2003, objetiva desencadear no sistema e instituições de saúde um movimento para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar através dos pressupostos da humanização, entre esses, o acolhimento, que se refere à forma como se recebe as pessoas nos serviços de saúde, e como incluir as suas necessidades e demandas em todo o processo (BRASIL, 2011a). Além disso, o acolhimento se refere a “um compromisso coletivo em cultivar os vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo diferenças, estimulando a coprodução de autonomia e a valorização da vida em todos os encontros produzidos nos serviços de saúde” (BRASIL, 2011a, p. 56).

Após a admissão da pessoa idosa pelo enfermeiro nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, inicia-se a execução de outros cuidados que compõem o ritual no pré-operatório.

4.2.1.2 Encaminhamento da pessoa idosa para realização de exames pré-operatórios

O encaminhamento da pessoa idosa para realização de exames pré-operatórios ocorre após a confirmação diagnóstica da necessidade de submeter o idoso ao procedimento cirúrgico mutilante, conforme verificado no relato de E05:

Geralmente, quando eles chegam, que é diagnosticado que vai realmente haver a necessidade de mutilação, [...] a gente encaminha o paciente para os exames pré-operatórios e no máximo em dois dias é feito o encaminhamento para o procedimento cirúrgico [...]. (E05)

A avaliação pré-operatória, *anamnese* e o exame físico detalhado permitem assegurar as condições de saúde da pessoa idosa e, baseado nesta avaliação, é que se solicitam os exames complementares, que são divididos em exames rotineiros e aqueles pedidos por uma indicação específica, utilizando sempre bom senso e muito critério, que são os exames adicionais (BODACHNE, 1999). Os exames complementares são definidos a partir da necessidade de se monitorizar condições clínicas específicas que possam sofrer alterações durante os procedimentos cirúrgicos (FERNANDES et al, 2010).

A solicitação de exames complementares sem obedecer ao criterioso raciocínio clínico não traz vantagem para o paciente idoso, elevam o custo operacional e não são capazes de orientar ou assumir a contraindicação de uma intervenção cirúrgica (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010). E ainda, é importante que esses exames sejam solicitados com a preocupação de não se retardar a realização da cirurgia devido à espera de alterações clínicas supostamente significativas (BODACHNE, 1999). Os resultados de exames quando interpretados erroneamente também podem levar a adiamentos e cancelamentos de cirurgias (LADEIRA, 2007).

Na realidade das Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, os exames pré-operatórios solicitados são os exames rotineiros: radiografia de tórax e eletrocardiograma; e os exames laboratoriais hematológicos, hemograma e coagulograma. A prática clínica de solicitação de exames pré-operatórios de forma rotineira, no intuito de avaliar o estado de

saúde da pessoa que se submeterá a cirurgias, é cada vez mais questionada (FERNANDES et al, 2010).

São considerados úteis aqueles exames capazes de sugerir mudanças na conduta que beneficiem o perioperatório do paciente (SILVA; GONÇALVES, 2007) e não para rastreamento de doenças não suspeitadas (LADEIRA, 2007). Caso não tenha ocorrido alteração de base na condição clínica do paciente cirúrgico, os exames realizados nos últimos quatro a seis meses podem ser aceitos. Apesar da importância dada à realização dos exames pré-operatórios, menos de 1% dos resultados modificarão a conduta cirúrgica, por isso, a solicitação de exames laboratoriais rotineiros deve ser baseada em cada caso especificamente (SILVA; GONÇALVES, 2007).

Se criteriosamente justificados, os exames complementares podem acrescentar positivamente na avaliação de saúde da pessoa idosa. Todavia, para uma avaliação de saúde, a história clínica e a realização do exame físico constituem as mais importantes ferramentas do exame pré-operatório (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Após a definição dos exames complementares que a pessoa idosa será submetida, é hora do enfermeiro encaminhá-la para a realização dos testes, que como já dito anteriormente, são os exames rotineiros: radiografia de tórax e eletrocardiograma; e os exames laboratoriais hematológicos, hemograma e coagulograma.

Vale ressaltar que o enfermeiro não acompanha a realização dos referidos exames. No caso da realização dos exames de radiografia de tórax e eletrocardiograma, a pessoa idosa é transportada, ida e retorno, por algum maqueiro, profissional que transporta pacientes na unidade hospitalar, já para a realização dos exames laboratoriais. Os idosos não precisam deixar as Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, pois os técnicos do laboratório colhem as amostras nas próprias unidades em que o idoso está internado. Em posse dos resultados desses exames, o enfermeiro os anexa ao prontuário do paciente idoso.

Com relação ao transporte intra-hospitalar de pacientes, Almeida et al (2012) salientam que as dificuldades de interação e comunicação precária entre as equipes de origem e de destino do paciente contribuem para o aumento das complicações no transporte.

Dessa maneira, precisa-se pensar no treinamento e aperfeiçoamento constante dos profissionais envolvidos no transporte, devendo eles conhecer as informações relevantes do quadro clínico do cliente, assim como na padronização das ações e de equipamentos necessários que devem estar disponíveis para prevenir, minimizar e resolver eventos adversos, visando a alcançar a excelência do atendimento e aumentando a segurança e a satisfação do

paciente. O papel do enfermeiro é essencial na difusão de informações e na sensibilização das reais necessidades desse paciente (ALMEIDA et al, 2012).

A participação dos profissionais de enfermagem no processo de transporte do paciente em ambiente interno aos serviços de saúde no Brasil deve obedecer às recomendações da resolução n.º 376, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de 24 de março de 2011. Segundo esta resolução, a definição dos profissionais de enfermagem que assistirão o paciente durante esse transporte deve considerar o nível de complexidade da assistência requerida, sendo a assistência mínima (paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente autossuficiente quanto ao atendimento de suas necessidades) realizada por um Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem (COFEN, 2011).

É dever do enfermeiro acompanhar o transporte intra-hospitalar do paciente somente nos casos de assistência semi-intensiva (paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com dependência total das ações de enfermagem para o atendimento de suas necessidades) e assistência intensiva (paciente grave, com risco iminente de vida, sujeito à instabilidade de sinais vitais, requerendo assistência de enfermagem permanente e especializada) (COFEN, 2011).

Entretanto, a sua participação deve ser iniciada antes mesmo da execução do transporte, através do planejamento. Nesta etapa, o enfermeiro da unidade de origem deve avaliar o estado geral do paciente; antecipar possíveis instabilidades e complicações; prover equipamentos necessários à assistência durante o transporte; avaliar distância, possíveis obstáculos e tempo até o destino; selecionar o meio de transporte que atenda as necessidades de segurança do paciente; definir os profissionais de enfermagem que assistirão o paciente durante o transporte; e realizar comunicação entre a unidade de origem e receptora do paciente. O enfermeiro e os demais profissionais de enfermagem devem redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes idosos (COFEN, 2011).

Portanto, independentemente da avaliação da estabilidade do paciente idoso sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, o transporte intra-hospitalar desse paciente para a realização dos exames pré-operatórios nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino deve ser acompanhado e assistido por pelo menos um Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, e não apenas a presença do maqueiro conduzindo a maca ou cadeira de rodas com a pessoa idosa.

4.2.1.3 Orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino

Seguindo com o ritual de cuidados, após a admissão e o encaminhamento da pessoa idosa para realização de exames pré-operatórios, o enfermeiro dá continuidade ao ritual do cuidado com orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora. Essas orientações perpassam principalmente sobre a necessidade e indicação cirúrgica, desvelando o desconhecido para a pessoa idosa e seus familiares, conforme pode ser verificado no exposto abaixo:

Nós [enfermeiros] procuramos orientar o paciente e sua família com relação à necessidade da cirurgia, indicação, e como será a sua vida, a sua vivência pós-cirúrgica. A resistência do familiar e do paciente ainda é grande com relação à questão da mutilação, então a gente tenta diminuir o medo do desconhecido e mostrar o risco-benefício com a orientação. No meu ponto de vista, dessa forma a gente tenta melhor a aceitação dele [do paciente] com relação à cirurgia. (E11)

Apesar de constatado que as orientações pré-operatórias são realizadas pelos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, pode-se verificar que há resistência na identificação desse importante papel por parte de alguns colaboradores, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

Não deveria ser o meu trabalho, isso é um trabalho que é do médico, porque se é ele quem vai proceder à amputação, deveria previamente orientar o paciente e sua família, mas acaba que muitas vezes ele interna, joga lá, porque é assim que acontece, vai embora resolver outras questões, e sobra para o enfermeiro orientar a família, explicar que é o melhor para o paciente, que se a amputação não for feita o paciente pode até morrer, evoluir com sepse etc. Então esse papel sobra para o enfermeiro. (E01)

Toda explicação para o paciente e para a sua família é feita pelo médico, geralmente pelo vascular ou ortopedista, então, muitas vezes, a gente não tem nem influência direta. (E02)

O que acontece é a gente chegar e ter essa conversa, ter essa comunicação, porque os médicos mesmo não conversam, não tem esse contato com o paciente, de explicar “a senhora vai sofrer uma amputação, vai ser em tal lugar, até esse ponto”. Às vezes é na sala de cirurgia que muitos deles ficam sabendo o que vai acontecer. (E05)

Antes de qualquer procedimento cirúrgico, todos os pacientes apresentam algum tipo de reação emocional (SMELTZER et al, 2009). Por isso, a possibilidade de se submeter a uma experiência cirúrgica, independentemente do seu grau de complexidade, é sem dúvida causadora de estresse e ansiedade ao paciente e seus familiares pelo receio, dúvidas,

incertezas e medos que o desconhecido traz, podendo tudo isso ser minimizado a partir da orientação pré-operatória realizada pelo enfermeiro (KRUSE et al, 2009).

O medo da dor, da anestesia, da morte, preocupações com perda de dias de trabalho, perda do emprego, responsabilidades para os familiares e a ameaça de incapacidades permanentes contribuem para aumentar a tensão emocional criada pela perspectiva do ato cirúrgico (SMELTZER et al, 2009). Além disso, o próprio ambiente hospitalar promove insegurança ao paciente, já que no momento se encontra inserido em um cenário desconhecido, que modifica seus costumes, seus hábitos e sua autonomia (KRUSE et al, 2009).

Assim sendo, a orientação pré-operatória realizada pelo enfermeiro é fundamentalmente importante no contexto dos cuidados de enfermagem. Essa orientação pré-operatória deve visar ao esclarecimento de dúvidas, fornecendo informações necessárias e explicações sobre possíveis situações a serem vivenciadas. Para obter um resultado melhor na orientação pré-operatória, é valioso conhecer o que o paciente deseja saber, nos pontos do seu interesse, pois o excesso de informações poderá exacerbar a sua ansiedade, sendo necessário direcionar a orientação de acordo com suas particularidades e com sua capacidade de assimilação (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001).

A orientação pré-operatória deve conter qualidade e não quantidade de informações, bem como ser explicado de forma clara e objetiva, com vocabulário simples, e atento para o fato de estar se lidando com uma pessoa individual e única que merece obter uma orientação também individual e única (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001).

Por tradição, a orientação pré-operatória é feita de modo semelhante a todos os pacientes, independente da pessoa ou da cirurgia que será realizada. Essa falta de individualização das orientações colabora para que o paciente não se lembre das informações recebidas, por isso deve-se fornecer orientação individualizada, de acordo com a sua capacidade de compreensão, ou seja, orientação adequada às necessidades de cada paciente, enfatizando o que o paciente quer saber, de maneira objetiva e com vocabulário simples para facilitar o seu entendimento (KRUSE et al, 2009).

Sob a ótica da enfermagem transcultural, um ambiente de respeito e cuidado culturalmente congruente se estabelece a partir de uma comunicação efetiva que se dá com a interação do compreender e de ser compreendido. É esta interação que deve ocorrer entre o enfermeiro e o paciente para se alcançar uma comunicação que promova o bem-estar desse ser que é cuidado (SMELTZER et al, 2009).

Uma orientação pré-operatória esclarecedora e eficiente, faz desse momento da assistência um encontro de interação e de diálogo, provedor de calma, tranquilidade, noção, esclarecimento, conhecimento, instrução e coragem (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001). O grau de entendimento das informações pelo paciente repercute em seu estado emocional, dessa forma, quanto maior o grau de entendimento das orientações, menor será a sua ansiedade em relação à intervenção cirúrgica e, conseqüentemente, melhor será a sua recuperação (KRUSE et al, 2009).

O esclarecimento de dúvidas e a aplicação adequada do conhecimento científico sobre o que está por vir torna o paciente cirúrgico mais emocionalmente preparado, tranquilo, aliviado de suas ansiedades e, em consequência disso, pronto para a realização de uma intervenção cirúrgica mais entendida e menos fantasiosa (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001). Dessa forma, a orientação pré-operatória é compreendida como um valioso instrumento para a assistência de enfermagem (KRUSE et al, 2009).

A identificação com a atividade de orientação pré-operatória não é reconhecida de forma homogênea por todos os enfermeiros, conforme verificado nos relatos de E01, E02, E05 e E11. A forma de reconhecer a orientação pré-operatória como tarefa profissional do enfermeiro pode estar associada à importância que é dada para tal atividade, ou seja, se não considera importante, não a reconhece e não se responsabiliza.

A importância dada pelos enfermeiros à atividade de orientação não segue um padrão e sim varia segundo atitudes individuais de cada profissional, por isso, muitos profissionais não priorizam a orientação ou a consideram como mais uma tarefa de rotina dentre tantas outras. A crítica que os enfermeiros fazem aos médicos pela sua não participação no processo de orientação é ingênua e injustificada: o enfermeiro é o elemento que está preparado para orientar. Entretanto, como se trata de uma atividade importante, a orientação deve ser realizada por todos os profissionais da medicina e da enfermagem (ZAGO, 1994).

4.2.1.4 Solicitação da assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora

Após as orientações pré-operatórias, o ritual do cuidado tem continuidade com a solicitação da assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora. Verificou-se que o termo de autorização para a realização do procedimento cirúrgico mutilante não é assinado e autorizado pela própria pessoa idosa, mesmo quando ela não apresenta comprometimento cognitivo, não sendo mentalmente doente ou neurologicamente incapacitada. Observou-se ainda que a assinatura do termo de autorização para intervenção cirúrgica mutiladora é

solicitada sem prévia comunicação e orientação pré-operatória, o que denota claramente a desinformação sobre o tratamento necessário por parte do paciente e seus familiares, já que os mesmos se surpreendem com a decisão da equipe na iminência da pessoa idosa ser encaminhada para o centro cirúrgico.

Outra questão importante identificada é que muitas vezes a pessoa idosa não é totalmente foco do cuidado, tendo a atenção da assistência minimizada para que o enfermeiro da unidade possa dar conta de questões burocráticas, como por exemplo, buscar a autorização para realização da cirurgia mutiladora através da assinatura do termo de autorização, conforme relatos dos colaboradores abaixo:

No momento em que eu vou encaminhar o paciente para o centro cirúrgico e vou pedir para algum responsável assinar o termo de amputação, eles se surpreendem: “como assim? Vai amputar?” Muitas vezes o médico solicita o termo de amputação no prontuário, mas ele às vezes nem orientou a família, um ou outro orienta a família ou o próprio paciente que vai ser submetido à amputação. [...] Seria ótimo se a gente pudesse dar atenção. Às vezes eu encaminho no mesmo dia, dois, três, quatro idosos para o centro cirúrgico para fazer amputação. A minha ação, infelizmente, a minha preocupação maior naquele momento deixa de ser até com o próprio indivíduo idoso que vai ser mutilado, para me preocupar mais com o termo de amputação, se ele está assinado ou não. Porque se ele chegar ao centro cirúrgico, e o termo não estiver assinado, a cirurgia não vai poder ser realizada. Tem que procurar o responsável. E assim, uma coisa que eu observo muito é que lá, o idoso, mesmo que ele esteja lúcido, nunca assina o termo. Sempre alguém da família assina. Às vezes eu até me questiono isso: “por que eu não entrego o termo para o próprio idoso assinar, se ele tem condição de dizer se quer ou não a cirurgia?” Mas a rotina acaba, às vezes, engolindo a gente. E o que acontece lá, o que solicitam da gente é que o responsável por esse idoso assine. Quando na verdade, se ele está lúcido, consciente, ele poderia fazer isso. (E01)

Quando a gente recebe um paciente aqui que irá fazer uma cirurgia mutiladora, no caso, o idoso, ele necessita que alguém da família assine o termo de consentimento para que a cirurgia seja liberada. (E02)

Comunicamos a todos da família para que a família decida. A família autorizando, a gente solicita que seja assinado o termo de mutilação. (E05)

A gente entrega o termo de autorização para realização da cirurgia mutiladora. Este termo é cobrado pela equipe médica e é anexado ao prontuário do paciente. (E10)

Apesar de o enfermeiro reconhecer que o próprio idoso deveria assinar ou não o termo de autorização para realização da cirurgia mutiladora, como pode ser observado no relato acima (E01), ele permite que tal documento seja autorizado pelo familiar, mesmo estando à pessoa idosa apta para decidir sobre a conveniência do seu tratamento.

Acredita-se que além dos profissionais, a própria instituição tenha incorporado erroneamente a opinião e o poder de decisão no que se refere à intervenção cirúrgica mutilante, pois, já no termo de autorização (Anexo E), verifica-se que foi redigido de forma a

sobrepôr a autonomia da pessoa que será submetida ao processo cirúrgico, em consequência da autorização ser expressa através da assinatura do familiar ou responsável legal, e não pelo próprio paciente.

Na verdade, a decisão quanto à realização do tratamento cirúrgico é opção do paciente ou, no caso deste se encontrar mentalmente impedido, de seus familiares ou responsáveis legais (SPERANZINI; DEUTSCH, 1999). Entretanto, os idosos, muitas vezes, são submetidos a tratamentos e intervenções que não escolheram livremente ou que não deram o seu consentimento para a realização (BERGER, 1995b).

E ainda, a capacidade de decisão da pessoa idosa é menosprezada ao passo que recebem informações superficiais sobre seu tratamento e diagnóstico, o que a impede de exercer a autonomia para decidir sobre o seu cuidado (CUNHA et al, 2012). Por isso, é importante enfatizar que o idoso em plena consciência deve ser sempre consultado, sendo ele o principal interessado no tratamento cirúrgico, deve ser amplamente esclarecido através de diálogo franco (SPERANZINI; DEUTSCH, 1999).

Nesse contexto, percebe-se que os profissionais de enfermagem se deparam frequentemente com problemas e dilemas éticos durante o cuidado prestado à pessoa idosa, dentre os quais se encontra a necessidade de respeito à sua autonomia, um dos princípios básicos da bioética, por julgarem as pessoas idosas como incapazes de decidir de forma sensata a respeito de suas condições de saúde (CUNHA et al, 2012). Esse princípio sugere preservação da integridade e individualidade da pessoa, baseada em aspirações, valores morais, crenças e objetivos particulares, bem como uma tomada de decisão de forma deliberada ou mais livre (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

O próprio Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no Capítulo I, sobre as responsabilidades e deveres dos profissionais, no Art. 18, estabelece que os mesmos devem respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito de uma pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar (COFEN, 2007). Logo, a postura ética dos profissionais de enfermagem deve considerar os aspectos éticos na assistência, sobretudo à pessoa idosa (CUNHA et al, 2012).

Uma alternativa para preservar o respeito da autonomia e do direito de tomada de decisão da pessoa idosa é a promoção da sua coparticipação na elaboração dos cuidados que envolvem seu atendimento e suas necessidades de atenção, sendo que os profissionais de enfermagem através da assistência no ambiente hospitalar podem contribuir significativamente para essa construção (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

O envolvimento do paciente na elaboração dos cuidados que envolvem seu próprio atendimento possibilita que o enfermeiro forneça o cuidado de uma maneira culturalmente sensível e apropriada, influenciando positivamente na qualidade do cuidado prestado, e conseqüentemente no bem-estar do cliente. Um cuidado de qualidade é o que o paciente mais almeja e o que mais o satisfaz, entretanto, esse tipo de cuidado só pode ser concretizado a partir da aplicação da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, na medida em que se conhecem os aspectos culturais da pessoa cuidada e se desenvolve um cuidar culturalmente congruente (WELCH, 2004).

4.2.1.5 Supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino

Seguindo com o ritual de cuidados, além da admissão, do encaminhamento da pessoa idosa para realização de exames pré-operatórios, das orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora, da solicitação de assinatura do termo de autorização para realização dessa cirurgia, verifica-se que ocorre a supervisão da administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem à pessoa idosa no pré-operatório de cirurgia mutiladora.

Esse cuidado, apesar de aparecer nesta ordem, pode ocorrer de modo aleatório durante o ritual dos cuidados. Os relatos a seguir evidenciam a ocorrência do referido cuidado:

A gente não tem nada direcionado ainda para esses idosos que vão precisar passar por essa cirurgia tão complexa (cirurgia mutiladora). Então a gente realmente apenas trata só da parte de administração de medicamentos e de curativo, de está acompanhando essas fases. (E02)

Em relação aos curativos, por exemplo, a gente procura sempre está supervisionando aqueles que são realizados pelas técnicas. (E05)

Observa-se a partir da fala de E02, além da ocorrência da supervisão da administração de medicamentos e dos procedimentos de enfermagem, nesse caso, curativo, que o enfermeiro não construiu um plano de cuidados para a pessoa idosa que será submetida a uma cirurgia complexa, que é a intervenção cirúrgica para amputação.

Por conta disso, o enfermeiro não reconhece as necessidades do paciente, o que minimiza significativamente a qualidade do cuidado prestado. A assistência realizada pelo colaborador E02, nesse contexto, reflete nitidamente a ausência e a necessidade da realização do processo de enfermagem nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino.

Em relação à administração de medicamentos, no Brasil, trata-se de uma atividade cotidiana e de responsabilidade legal da equipe de enfermagem em todas as instituições de saúde e que se reveste de grande importância tanto para essa categoria profissional quanto para as pessoas assistidas (SILVA et al, 2007). Na realidade do país, o exercício dessa atividade está sendo praticado por técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro (COIMBRA; CASSIANI, 2001).

Várias dúvidas durante o preparo e administração de medicamentos se evidenciam na prática dos profissionais de enfermagem. Quando administrados erroneamente, os medicamentos podem causar prejuízos e danos ao paciente devido a diversos fatores, tais como incompatibilidade farmacológica, reações indesejadas e interações farmacológicas (SILVA et al, 2007).

Por isso, é necessário que o profissional responsável por essa atividade esteja consciente, seguro de sua ação, tenha conhecimento e acesso às informações necessárias. Esses aspectos justificam a necessidade de supervisão das atividades de enfermagem pelos enfermeiros durante o preparo e administração de medicamentos (SILVA et al, 2007).

Dessa maneira, para conduzir tal prática de modo seguro, o enfermeiro que cuida de idosos precisa considerar os fatores que afetam a escolha e os efeitos dos medicamentos sob essa população, visto que as dosagens habituais usadas para adultos mais jovens podem não ser toleradas pelas pessoas idosas, além dos riscos de efeitos colaterais e toxicidade serem mais altos (ALLEN, 2007). Isso porque o enfermeiro, além de coordenar as atividades e tarefas dos membros da equipe de enfermagem, é responsável pela vigilância das reações e respostas da pessoa idosa aos medicamentos, observando os efeitos esperados e reconhecendo as reações iatrogênicas (BERGER, 1995c).

Nesse sentido, o enfermeiro deve fazer parceria com equipe médica para ter certeza de que a terapia medicamentosa aplicada seja individualizada, fundamentada na patologia de base do idoso, em seus comprometimentos fisiológicos reais e na gravidade da doença preexistente (ALLEN, 2007). Ou seja, o enfermeiro deve agir como um agente de ligação e de mudança utilizando-se da sua competência e experiência para levar a equipe a reconhecer as necessidades e individualidade da pessoa idosa (BERGER, 1995c).

No que diz respeito à realização de curativo, como um dos procedimentos técnicos que apareceu nos relatos dos colaboradores, trata-se de um procedimento de limpeza e cobertura que é aplicado em uma área do corpo que apresente lesão. O curativo é realizado com diversas finalidades, tais como: proporcionar ambiente fisiológico adequado à cicatrização, absorver drenagem, facilitar a drenagem de secreções, conter ou imobilizar a ferida, proteger a ferida

de traumatismo mecânico, evitar contaminação bacteriana exógena, promover a homeostasia, proporcionar conforto físico e mental, desbridar a ferida e manter o contato do medicamento aplicado na área lesionada (MURTA; GARCIA, 2006).

Comentando sobre o tratamento de feridas agudas e crônicas, Batista (2012) salienta que entre as feridas de difícil cicatrização, destacam-se as úlceras diabéticas, as úlceras por pressão, as deiscências cirúrgicas, sendo que o manejo dessas feridas deve ser individualizado e realizado por profissionais preparados para executar este procedimento. O mesmo autor complementa que abordagem deve ser especializada e deve contemplar um modelo de atenção integral (educação, qualificação do risco, investigação adequada, tratamento apropriado das feridas, cirurgia especializada, aparelhamento correto e reabilitação global), objetivando a prevenção e a restauração funcional da extremidade.

As úlceras nos pés e as amputações dos membros inferiores são complicações muito graves e de alto custo para o paciente e a sociedade, estando associadas frequentemente a alta morbimortalidade e elevadas taxas de recorrência. O tratamento de feridas complicadas requer uma intervenção interdisciplinar, realizada por uma equipe familiarizada com o contexto vigente (BATISTA, 2012).

Na prática, o curativo é realizado predominantemente por técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro, cabendo ainda para este profissional a provisão de produtos conforme a disponibilidade na instituição, a orientação, acompanhamento, o desenvolvimento de processos educativos e a avaliação da equipe, possibilitando a execução satisfatória dos procedimentos de enfermagem (NONINO; ANSEMI; DALMAS, 2008).

Vale ressaltar que o curativo também representa uma importante atividade como procedimento técnico que compõe o processo assistencial de enfermagem e que também envolve riscos que podem comprometer a saúde e qualidade da assistência de enfermagem, por isso deve obedecer rigorosamente aos princípios técnico-científicos (NONINO; ANSEMI; DALMAS, 2008). Dessa maneira, destaca-se que é importante que o enfermeiro atue no treinamento técnico constante e também na supervisão da equipe de enfermagem durante a realização desse procedimento (NASCIMENTO et al, 2009).

Embora essa e outras funções do cuidar sejam delegadas para técnicos e auxiliares de enfermagem, o enfermeiro tem como responsabilidade estar envolvido em todas as ações executadas por qualquer membro de sua equipe, pois o ato de delegar funções não nega a sua responsabilidade no atendimento das necessidades assistenciais e de cuidados e não o exime de responder por esses atos judicialmente (COIMBRA; CASSIANI, 2001).

Mais do que simplesmente uma atribuição técnica profissional, é necessário que a realização dos procedimentos seja encarada como um ato de extrema responsabilidade e consciência, promovendo uma assistência ao indivíduo de forma mais sensível aos conceitos éticos e morais e não fortalecendo uma prática meramente tecnicista e desumana, visto que as atividades da enfermagem estão relacionadas intimamente com o respeito e a dignidade do ser humano (COIMBRA; CASSIANI, 2001).

4.2.1.6 Encaminhamento do paciente idoso para o Centro Cirúrgico

Continuando a descrição do ritual do cuidado que o enfermeiro das unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino realiza, chega o momento de a pessoa idosa ser encaminhada para o Centro Cirúrgico. O encaminhamento realizado pelo enfermeiro se dá a partir da intervenção médica, nesse caso, ou o médico ao adentrar nas unidades solicita ao enfermeiro que a pessoa idosa seja encaminhada para que ocorra o procedimento cirúrgico ou essa solicitação advém do próprio Centro Cirúrgico, através da comunicação por telefone.

Dessa forma, o enfermeiro encaminha a pessoa idosa para ser submetida à cirurgia mutiladora, sendo transportada por um maqueiro da instituição, portando o prontuário do paciente onde constam os resultados dos exames pré-operatórios, a prescrição médica do dia, as anotações de enfermagem, o termo de autorização para a cirurgia e outros documentos pertinentes. Muitas vezes, a pessoa idosa segue acompanhada de familiar ou responsável legal até o Centro Cirúrgico. Assim, chega o momento em que o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no pré-operatório de cirurgia mutiladora se finda, novas situações o esperam e outro enfermeiro dará continuidade à execução dos cuidados, desta vez em outro cenário.

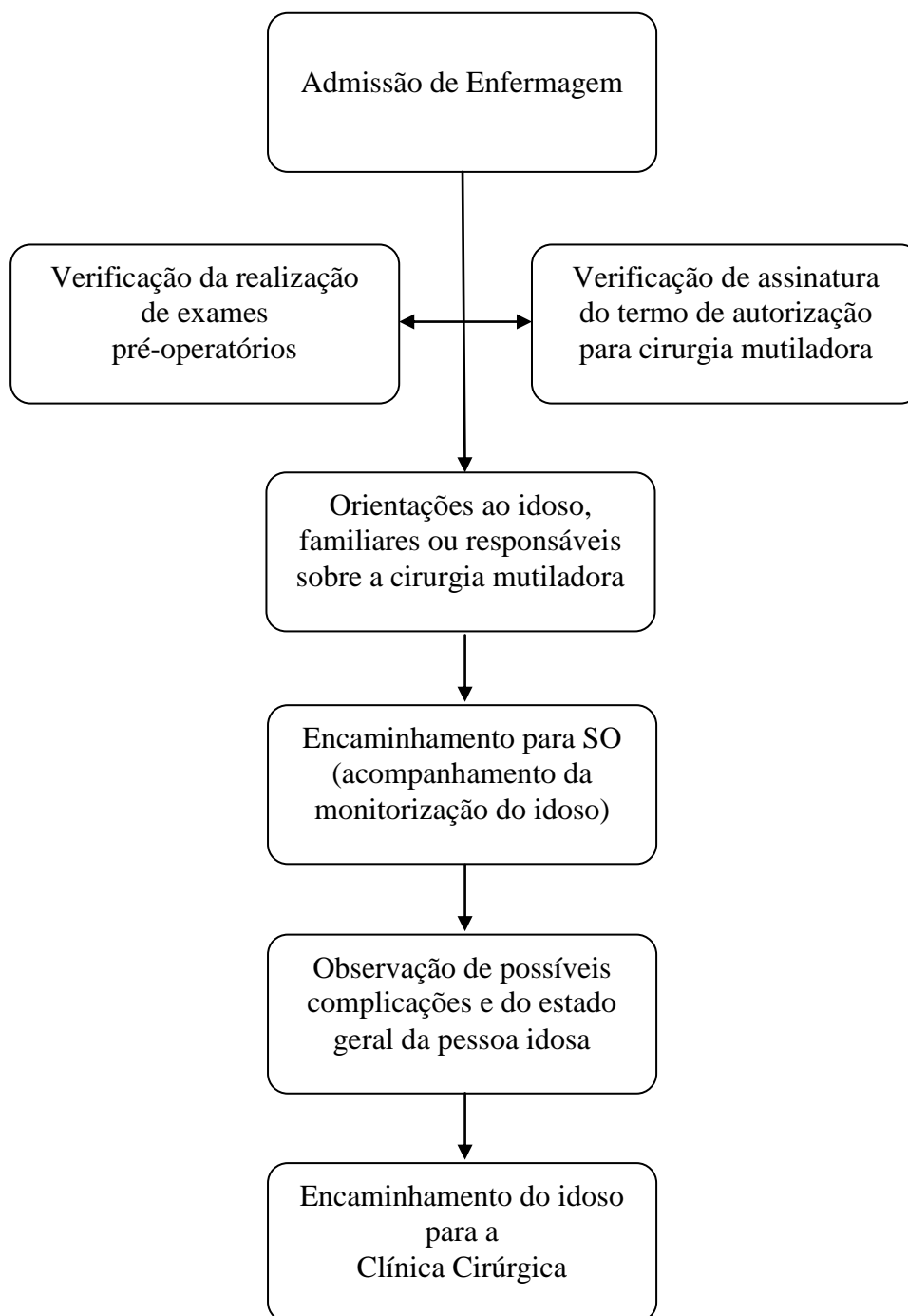
4.2.2 Período de Transição: paciente idoso operado – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase intraoperatória de cirurgia mutiladora

Após ser transportada para o Centro Cirúrgico, a pessoa idosa submetida ao procedimento cirúrgico de mutilação é recebida pela equipe de Enfermagem. Nesse momento, inicia-se o ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase intraoperatória.

As etapas que compõem o ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase intraoperatória de cirurgia mutiladora são: admissão; verificação da realização de exames pré-operatórios; verificação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora;

orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora; encaminhamento para Sala Operatória (SO); acompanhamento da monitorização do idoso; observação de possíveis complicações decorrente da cirurgia e do estado geral da pessoa idosa; encaminhamento do idoso para a Clínica Cirúrgica (Figura 9).

Figura 9 – Ritual do cuidado do Enfermeiro no intraoperatório de cirurgia mutiladora.



A Figura 9 resume as etapas do ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no intraoperatório de cirurgia mutiladora. Os cuidados que compõem o ritual na fase intraoperatória de cirurgia mutiladora serão abordados a seguir.

4.2.2.1 Admissão do paciente idoso no Centro Cirúrgico

A primeira intervenção que compõe o ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase intraoperatória se dá a partir da admissão de enfermagem, conforme pode ser verificado nos relatos a seguir:

O enfermeiro recebe o paciente com seu prontuário e faz a admissão de enfermagem utilizando um impresso próprio, uma sistematização própria do centro cirúrgico, bem como a evolução do paciente. (E07)

A gente [enfermeiros] faz a admissão do paciente quando a cirurgia é programada, eletiva ou quando é uma cirurgia de urgência, seja o paciente idoso ou jovem. Falando sinceramente, a gente [enfermeiros] não tem muito contato com o paciente. O contato do enfermeiro com o paciente ocorre através da entrevista, fazendo a admissão de enfermagem. Às vezes, quando o paciente é idoso e não consegue dar muitas informações, a gente conversa com os familiares. (E04)

Percebe-se a partir dos relatos que em qualquer ato cirúrgico ocorre à admissão de enfermagem. A realização da admissão de enfermagem é sem dúvida um importante cuidado realizado pelo enfermeiro, porque é através da admissão que se pode avaliar o estado de saúde do paciente idoso. A capacidade de se avaliar o paciente é uma das habilidades mais importantes da enfermagem, sendo que nessa avaliação, o enfermeiro levanta a história de saúde do paciente e realiza o exame físico (SMELTZER et al, 2009).

Apesar de ser relatado por E07 que a admissão de enfermagem ocorre de forma sistemática, utilizando-se um impresso próprio da unidade, ficou evidente a partir do relato de E04 que o enfermeiro não tem muito contato com o paciente e que esse contato se resume à entrevista realizada na admissão.

Entretanto, ao se visualizar o instrumento utilizado pelo enfermeiro para admitir o paciente (Anexo F), verificou-se que é um instrumento que objetiva registrar o motivo da admissão, quem acompanhou a sua chegada, de que forma foi a condução, as medicações em uso, se tem alergias, quais os pertences que possui, seu nível de consciência, seu estado emocional, seu estado geral, da pele, se apresenta lesões, coloração de mucosas, informações do exame físico do tórax, abdome, membros superiores e inferiores, extremidades, uso de

dispositivos, exames complementares, queixas, seus sinais vitais e um espaço para registro de outras observações.

Portanto, é um instrumento que conduz a admissão de enfermagem por questões que vão além da entrevista, perpassando também pelo exame físico, o que, de certa forma, nega a afirmação de E04 no que diz respeito ao contato do enfermeiro se resumir somente à entrevista. A menos que o instrumento utilizado para a admissão de enfermagem não seja adotado por todos ou que sejam negligenciadas algumas informações. Neste caso, a avaliação de saúde que ocorre com base na admissão de enfermagem realizada pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico pode ser superficial, não sendo satisfatória para o cuidado efetivo da pessoa idosa que será submetida à cirurgia mutiladora.

Outra questão relevante sobre o instrumento utilizado para a admissão de enfermagem é que não há espaços dirigidos para o registro dos fatores culturais do paciente, seus valores, suas crenças, seus hábitos, costumes e sua história. Além disso, fica evidente que também não há execução do processo de enfermagem no Centro Cirúrgico. A importância da realização do processo de enfermagem, bem como a avaliação de saúde da pessoa idosa e exame físico já foram discutidas no item anterior.

Vale ressaltar que a identificação dos problemas dos pacientes, sejam físicos ou psicológicos, parte da obtenção de uma história de saúde completa e do uso de habilidades de avaliação (SMELTZER et al, 2009). E a utilização do processo de enfermagem permite ao enfermeiro decidir de forma mais esclarecida quanto às situações de cuidados, elaborando intervenções baseadas em juízo crítico próprio da enfermagem, maximizando a qualidade dos cuidados prestados na medida em que os individualiza, identificando assim as necessidades reais da pessoa idosa em diversos planos, inclusive no plano cultural (MAILLOUX-POIRIER, 1995).

O reconhecimento das necessidades do paciente no plano cultural é de extrema importância, nesse sentido, cultura e cuidado precisam ser valorizados como dimensões principais para a enfermagem, visto que os cuidados com base em fatores culturais são influentes nos processos relacionados com o bem-estar, a saúde e a doença (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Depois que o enfermeiro realiza a admissão de enfermagem com a pessoa idosa no Centro Cirúrgico, inicia-se a execução de outras tarefas que compõem o ritual do cuidado na fase intraoperatória.

4.2.2.2 Verificação da realização de exames pré-operatórios e a verificação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora

A verificação da realização de exames pré-operatórios e a verificação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora são realizadas através do manuseio do prontuário da pessoa idosa que será submetida ao procedimento cirúrgico. Em formato de papel ou em meio eletrônico, o prontuário do paciente é uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação que é compartilhado entre todos os profissionais da equipe de saúde (COFEN, 2012). Na instituição em que ocorreu este estudo, utiliza-se o prontuário em formato de papel.

A verificação da realização de exames pré-operatórios e a verificação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico podem ser observadas a partir das seguintes falas:

A gente [enfermeiros] recebe o prontuário, olha o prontuário, verifica se tem os exames do paciente, verifica se tem o termo de autorização, porque toda cirurgia mutiladora tem que ter o termo de autorização para ver se a família autorizou ou se o próprio idoso autorizou, caso esteja em plenas sanidades mentais. (E07)

A gente [enfermeiros] procura saber da família se está ciente, se o próprio paciente está ciente, se ele assinou o termo de amputação. (E03)

Pode-se perceber a partir dos relatos anteriores que os enfermeiros do Centro Cirúrgico reconhecem a importância dos resultados de exames pré-operatórios estarem anexadas ao prontuário, e também reconhecem a importância da existência do termo de autorização para cirurgia mutiladora assinada pelo idoso, ou familiar, caso o paciente se encontre com comprometimento cognitivo, mentalmente doente ou neurologicamente incapacitado, sem poder avaliar, questionar ou aceitar a melhor forma de conduzir seu tratamento de saúde.

Apesar da assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora ser um cuidado do enfermeiro no pré-operatório, existem casos em que o paciente já no Centro Cirúrgico prestes a ser submetido ao procedimento de mutilação, ainda não tenha autorizado a realização da cirurgia, não sendo verificado no prontuário do paciente o referido documento, conforme relato a seguir:

Quase na hora da cirurgia, perguntei ao médico sobre o termo. O termo está pedido no prontuário, mas não foi feito. Então falei com ele [o médico] que não poderia haver cirurgia sem a autorização do termo. Então, tem que conversar. Muitas vezes

não se conversa com o próprio paciente, nesse caso mesmo, conversou-se com a filha. O que a filha autoriza é o que o idoso aceita. E não é por esse lado. A perna é do paciente, e não da filha. Como é que você vai aceitar uma coisa que é do outro? (E03)

Já ocorreram casos em que o paciente chegou aqui sem está informado e desiste na hora. A família assinou [o termo de autorização para cirurgia mutiladora] por ele, mesmo estando em condições mentais de responder por si. Isso foi até um idoso. Na hora que a gente falou o que iria acontecer, qual era a cirurgia, ele entrou em desespero, dizendo que não queria. Tinha indicação de amputação e terminou que não fez. Teve que suspender a cirurgia porque mesmo à família dele tendo autorizado, ele tinha condições mentais de resolver por si, que é um direito do idoso. (E07)

Dessa maneira, pode-se entender que o cuidado realizado pelo enfermeiro no pré-operatório no sentido de solicitar a assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora, que perpassa também pela orientação da pessoa idosa sobre as questões que envolvem a cirurgia, não tem sido realizado com eficiência.

Nas falas supracitadas, mostram-se situações divergentes em relação ao respeito da autonomia da pessoa idosa. No discurso de E03, percebe-se que o enfermeiro não concorda e indigna-se com a postura adotada por determinados membros da equipe sobre o fato de não se dirigir o diálogo para o próprio paciente. Contudo, é mais uma pessoa idosa que teve o direito de autonomia, cidadania e dignidade esvaído pela conduta negligenciada de um profissional ou equipe, evidenciando também a falta de respeito com a própria ética da assistência profissional e das relações humanas.

Já no discurso de E07, percebe-se que o direito de autonomia da pessoa idosa foi preservado no ponto de vista da equipe de saúde, visto que os familiares não se posicionaram a favor do próprio idoso responder pela autorização de continuidade do tratamento à base de intervenção cirúrgica com mutilação. Assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, é obrigação do Estado e de toda a sociedade na qual a pessoa idosa está inserida, de acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Abordagens que dizem respeito à realização de exames pré-operatórios e a assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora já foram discutidas no item anterior. Contudo, é importante se destacar que a necessidade de se monitorar as condições clínicas do paciente idoso justifica a verificação da realização de exames pré-operatórios, bem como seus resultados, já que durante a cirurgia tais condições podem sofrer alterações (FERNANDES et al, 2010). É necessário também ter a convicção de que os resultados desses exames não podem ser interpretados de forma equivocada, caso contrário, a cirurgia poderá ser adiada ou até mesmo cancelada (LADEIRA, 2007).

Já sobre a assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora, não se deve esquecer que a decisão quanto à realização do tratamento cirúrgico é opção do próprio paciente. Essa decisão pode passar para familiar ou responsável legal nos casos do paciente está impossibilitado mentalmente (SPERANZINI; DEUTSCH, 1999). Os problemas e dilemas éticos que os profissionais de enfermagem se deparam durante o cuidado prestado à pessoa idosa ocorrem, na maioria das vezes, pelas pessoas idosas serem julgadas como incapazes de tomar decisões sensatas sobre seus próprios tratamentos e condições de saúde (CUNHA et al, 2012).

O respeitar à autonomia, cidadania e dignidade da pessoa idosa perpassa pela preservação da sua integridade e individualidade, aspectos que são pautados em suas aspirações, valores, crenças, objetivos, reconhecendo-o como portador de tomada de decisão deliberada e livre (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011). Ao falar em valores, crenças, objetivos, aspirações, fala-se no modo de existir de um indivíduo, no modo como ele se relaciona com o mundo e com ele mesmo, é, portanto, falar da cultura de um ser.

O reconhecimento e o respeito dos fatores culturais da pessoa idosa proporcionam a realização de um cuidado culturalmente sensível, adequado, apropriada, individualizado e congruente, nos moldes da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, o que vai influenciar de forma positiva na qualidade do cuidado prestado, e como resultado, no bem-estar de quem o recebe (WELCH, 2004).

4.2.2.3 Orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora no Centro Cirúrgico

Seguindo com o ritual de cuidado na fase intraoperatória, após a admissão de enfermagem, a verificação da realização de exames pré-operatórios e a verificação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora, o enfermeiro dá continuidade a esse processo com orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora. As orientações feitas para a pessoa idosa e seus familiares perpassam sobre o tipo de cirurgia que será realizada e informações que dizem respeito ao procedimento em si, como pode ser verificado nas falas abaixo:

Nós [enfermeiros] conversamos com o paciente e com seus familiares antes da cirurgia para explicar o procedimento. (E03)

A gente se preocupa em orientar bem aquele idoso, passar informações, orientações em relação à cirurgia. (E04)

Nós informamos qual será o tipo de cirurgia, porque muitas vezes pensamos que o paciente sabe qual será o tipo de cirurgia realizada, mas eles não sabem. Eles chegam muito mal informados aqui, e a gente faz aquele pré-operatório que deveria ser realizado nas clínicas. (E07)

É muito importante que sejam feitas as orientações sobre a cirurgia mutiladora para a pessoa idosa e seus familiares no ambiente do Centro Cirúrgico. Além de o enfermeiro poder esclarecer e informar de forma mais específica às questões do procedimento, é um momento propício para fortalecer ou compensar as orientações realizadas durante o internamento nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, já que há situações, conforme relatado por E07, em que a pessoa idosa e seus familiares não são esclarecidos satisfatoriamente sobre o tratamento e a intervenção necessária.

Aspectos que dizem respeito às orientações à pessoa idosa e sua família sobre intervenção cirúrgica foram discutidos no item anterior. As informações fornecidas ao paciente durante o pré-operatório sobre a cirurgia devem continuar a ser transmitidas no intra-operatório, sobretudo, porque nesse momento o estado emocional do paciente permanece uma preocupação (SMELTZER et al, 2009).

É fundamental resgatar a ideia de que o ambiente hospitalar por si só promove insegurança ao paciente, visto que se trata de um lugar desconhecido, que sem dúvidas vai modificar seus hábitos, costumes e até sua autonomia. Além disso, a possibilidade da experiência cirúrgica para o paciente e seus familiares também pode provocar ansiedade, estresse e medo, independentemente do grau de complexidade da cirurgia que será realizada (KRUSE et al, 2009).

As orientações sobre o procedimento cirúrgico são fundamentais no contexto do ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa que será submetida à cirurgia mutiladora. Isso porque o esclarecimento do que está por vir torna o paciente mais preparado e tranquilo, aliviando ansiedades, e apto emocionalmente para a realização da cirurgia (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001).

Vale ressaltar que essa orientação deve ser de forma objetiva, compreensível, com vocabulário simples e adequada às necessidades de cada pessoa, portanto, de forma individualizada (KRUSE et al, 2009). Desta maneira, permite-se que haja uma interação do compreender e de ser compreendido entre o enfermeiro e o paciente, capaz de alcançar um teor de comunicação efetiva e de respeito sob a ótica da enfermagem transcultural, o que certamente poderá promover o bem-estar da pessoa cuidada (SMELTZER et al, 2009).

4.2.2.4 Encaminhamento da pessoa idosa para a Sala Operatória e acompanhamento da monitorização do idoso

O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso que será submetido à cirurgia mutiladora tem continuidade com o encaminhamento da pessoa idosa para a Sala Operatória (SO), que ocorre após a solicitação médica para início do procedimento. Na Sala Operatória, o enfermeiro acompanha a monitorização do idoso desde a administração do anestésico até a execução de todos os tempos cirúrgicos, conforme pode ser observado no relato a seguir:

A gente faz o encaminhamento para a sala operatória. Na sala, a gente acompanha a monitorização do paciente durante toda a anestesia, da diérese até a síntese, e o encaminhamento do paciente para a SRPA [Sala de Recuperação Pós-Anestésica], que não existe aqui. Então, o paciente fica na sala até se recuperar totalmente ou então a gente o coloca no corredor até encaminhar para o outro setor [Clínica Cirúrgica]. (E07)

Apesar de ser relatado por E07 que a SRPA do Centro Cirúrgico não existe, pode-se verificar que o que não existe na verdade é o funcionamento da mesma, pois, no Centro Cirúrgico há o espaço físico destinado para a SRPA com as instalações necessárias, entretanto, a sala encontra-se inativada pela deficiência do quadro de funcionários. A SRPA é um ambiente reservado para acomodar os pacientes que ainda estão sob o efeito anestésico ou que ainda estão se recuperando da anestesia (SMELTZER et al, 2009).

Esse é o local onde o paciente deve permanecer sob a observação e cuidado constante da equipe de enfermagem, até que haja a recuperação de sua consciência e estabilização dos seus sinais vitais (SOBECC, 2005). Além disso, é um espaço que deve permitir acesso fácil da equipe de saúde para apoio e monitorização do paciente, bem como deve ser suprido de equipamentos especiais e medicamentos (SMELTZER et al, 2009).

Tendo a SRPA, que é um espaço extremamente necessário, inativada, o paciente precisa se submeter à permanência na própria sala onde ocorreu a cirurgia ou a sua colocação no corredor do Centro Cirúrgico até que esteja recuperado do procedimento. Neste caso, trata-se de uma situação na qual o enfermeiro não pode monitorar o paciente idoso satisfatoriamente, com equipamentos adequados, o que sem dúvida o deixará mais exposto aos riscos de complicações, o cuidado fragilizado e a segurança da cirurgia minimizada.

Observa-se ainda que a própria instituição viola as necessidades da pessoa idosa pelo fato de dispor atendimento a essa população de maneira inadequada, no que diz respeito aos locais físicos equipados para atendê-los durante um período, não disponibilizando de

funcionários para as suas necessidades de cuidados com a saúde (BRASIL, 1989a). Mais uma vez verifica-se a existência de situações em que há desrespeito para com a pessoa idosa, no sentido de não se zelar pela sua dignidade e pela preservação da sua imagem, expondo-a a um tratamento constrangedor, o que se afasta das diretrizes estabelecidas pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

A falta de segurança dos cuidados cirúrgicos podem causar danos consideráveis à pessoa submetida à intervenção cirúrgica, o que tem implicações importantes até mesmo para a saúde pública. O problema da segurança em cirurgia é amplamente reconhecido em todo o mundo. Estudos realizados em países em desenvolvimento mostraram uma mortalidade de 5-10% nas cirurgias de grande porte. Infecções e outras causas de morbidade pós-operatória também são identificados como um problema mundial grave. Pelo menos 7 milhões de pacientes são afetados por complicações cirúrgicas a cada ano, dos quais pelo menos 1 milhão morrem durante ou imediatamente após a operação (OMS, 2008).

Em relação à segurança da cirurgia, vale ressaltar que em até 25% dos pacientes cirúrgicos hospitalizados podem sofrer complicações pós-operatórias, os danos causados pela cirurgia são consideráveis evitáveis pelo menos na metade dos casos e os princípios de segurança em cirurgia reconhecidos são aplicados de forma irregular, mesmo em unidades mais avançadas. O mau estado das infraestruturas e equipamentos, deficiências na gestão organizacional e na luta contra as infecções, falta de capacitação e treinamento de pessoal e a escassez de recursos financeiros são fatores que contribuem para dificultar a segurança da cirurgia, necessitando assim de uma gama de profissionais que trabalham em equipe apoiados em um sistema de saúde que vise o benefício do paciente (OMS, 2008).

A cirurgia mutiladora que mais ocorre com as pessoas idosas, segundo os colaboradores da pesquisa, está relacionada com doença vascular periférica e Diabetes Mellitus, sendo a amputação de membros inferiores o procedimento que mais acontece, conforme pode ser verificado nos relatos a seguir:

Na maioria das vezes a amputação é por gangrena, por problema isquêmico. (E03)

A gente observa que são muito frequentes aqui no Centro Cirúrgico amputações relacionadas a doenças vasculares periféricas, principalmente amputações em pé diabético. (E04)

O que mais acontece de cirurgia mutiladora é amputação de membros inferiores, em consequência de um pé diabético. (E07)

O Diabetes Mellitus é uma síndrome metabólica que exerce diversos efeitos deletérios sob a circulação da pessoa portadora da doença, podendo levar ao longo do tempo o aparecimento de diversas complicações (FREITAS EV, 2006). As complicações do Diabetes Mellitus são classificadas em agudas e crônicas, sendo que estas podem ser ainda subclassificadas em microvasculares, como a neuropatia, e macrovasculares, como a doença vascular periférica (BRASIL, 2006a).

A neuropatia e a doença vascular periférica contribuem para o risco aumentado de problemas e infecções nos pés (SMELTZER et al, 2009). Na verdade, os pés dos portadores do Diabetes Mellitus são alvo da convergência de praticamente todas as complicações crônicas, por isso um grande número de amputações das extremidades inferiores ocorre nesses indivíduos (MINELLI et al, 2003).

O termo empregado para nomear as alterações e complicações ocorridas nos pés e nos membros inferiores das pessoas portadoras de Diabetes Mellitus é pé diabético. Este se caracteriza pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas (CAIAFA et al, 2011).

O desenvolvimento de úlceras nos pés se inicia tipicamente com uma lesão de tecido mole do pé, formação de fissura entre os artelhos ou em uma área de pele seca, ou ainda formação de um calo. Os indivíduos com insensibilidade nos pés não sentem as lesões, que podem ser térmicas, químicas ou traumáticas, nesses casos, associado com a não inspeção diária dos pés, a lesão ou fissura pode ficar despercebida até que uma infecção grave tenha se desenvolvido (SMELTZER et al, 2009).

Diversos fatores de risco para desenvolvimento de úlceras e amputação podem ser descobertos com o exame cuidadoso dos pés (CAIAFA et al, 2011). Na pessoa com doença vascular periférica, as úlceras de pé podem não cicatrizar devido à diminuição da capacidade do oxigênio, nutrientes e antibióticos para alcançar o tecido lesionado, dessa forma, a amputação pode ser necessária para que se evite a disseminação da infecção (SMELTZER et al, 2009).

De todas as causas de cirurgias mutiladoras, a doença vascular periférica é responsável pela maioria das amputações das extremidades inferiores (SMELTZER et al, 2009). Na população idosa, não é diferente, visto que a doença vascular periférica vem causando cada vez mais o aumento do número de realização de cirurgias mutiladoras (CARVALHO et al, 2005). O indivíduo que desenvolve essa patologia pode apresentar isquemia aguda dos membros ou gangrena de membros inferiores, o que o leva à amputação (FREITAS EV, 2006).

Desta maneira, percebe-se que os achados desta pesquisa, no que diz respeito à causa da cirurgia mutiladora que ocorre nas pessoas idosas, estão coerentes com a literatura pesquisada. Ou seja, a doença vascular periférica e Diabetes Mellitus são responsáveis na grande maioria das vezes pelas amputações de membros inferiores das pessoas idosas.

4.2.2.5 Observação de possíveis complicações decorrente da cirurgia e do estado geral da pessoa idosa

Seguindo com o ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso submetido à cirurgia mutiladora, o enfermeiro dá continuidade aos cuidados no intraoperatório através da observação de possíveis complicações decorrentes da cirurgia e do estado geral da pessoa idosa, antes de ser encaminhada à Clínica Cirúrgica, como pode ser verificado nas seguintes falas:

A gente observa a questão do sangramento, se apresenta alguma complicação decorrente da cirurgia e logo depois ele é encaminhado à clínica cirúrgica. (E04)

Operou, fica [a pessoa idosa] dez minutinhos aqui no corredor e sobe para a clínica. Dez, vinte minutos, depende de como foi a cirurgia. (E04)

Além da observação do estado do paciente e da possível ocorrência de complicações pós-cirúrgicas, chama atenção, no discurso de E04, o fato de a pessoa idosa permanecer sob os cuidados do enfermeiro por um tempo definido, e extremamente reduzido. Sabe-se que até que o paciente se recupere dos efeitos da anestesia, até que esteja orientado com seus sinais vitais estáveis e até que não haja evidência de hemorragia nem de outras complicações, o cuidado de enfermagem na SRPA deve ser fornecido (SMELTZER et al, 2009).

Portanto, entende-se que não há uma mensuração exata para o tempo de permanência da pessoa idosa no Centro Cirúrgico após a realização do procedimento, vai depender da real necessidade do paciente e da ocorrência ou não de complicações.

As principais complicações que acometem o paciente em pós-operatório imediato na SRPA, em ordem de maior incidência são hipotermia, náuseas, dor, vômitos, sudorese, hipóxia, hipercapnia, hipotensão, taquicardia, tremores, hipertensão, depressão respiratória e delírio (CAPELLO et al, 2009). No caso de cirurgia mutiladora, as complicações que podem ocorrer incluem hemorragia, infecção, ruptura da pele, dor de membro fantasma e contratura articular (SMELTZER et al, 2009).

A dor de membro fantasma foi uma das complicações apresentadas pelos idosos submetidos a intervenções cirúrgicas de mutilação, conforme verificado na fala abaixo:

Muitos [idosos submetidos à cirurgia mutiladora] saem daqui com uma dor, a dor de membro fantasma. Depois da cirurgia eles ainda percebem a dor do membro, ainda saem dizendo “estou com a dor nesse membro [membro amputado]”, mesmo anestesiados, eles dizem “estou com a dor no membro”. (E03)

Segundo E03, muitos idosos depois da realização do procedimento de amputação, ainda sob o efeito do anestésico, referem sentir dor no membro amputado. Esse tipo de dor, a dor de membro fantasma, é uma sensação dolorosa referente a um membro perdido, ou parte dele, que pode se apresentar de variadas formas, como ardor, aperto, compressão ou até mesmo como uma dor intensa e frequente (DEMIDOFF; PACHECO; SHOLL-FRANCO, 2007).

O paciente também pode descrever sensações incomuns, como dormência, formigamento ou câimbras musculares, assim como ter a sensação de que a extremidade está presente, esmagada, enrijecida ou torcida numa posição anormal. A pessoa que sofreu uma amputação pode apresentar a dor de membro fantasma logo após a cirurgia (SMELTZER et al, 2009).

Essa dor pode também aparecer mais tardiamente, após meses ou anos, e localiza-se principalmente na parte distal do membro amputado (DEMIDOFF; PACHECO; SHOLL-FRANCO, 2007). Tecnicamente, a dor de membro fantasma é causada pela secção de nervos periféricos (SMELTZER et al, 2009). Entretanto, a sensação do membro fantasma não se baseia apenas em fatores fisiológicos, mas também em fatores psíquicos (DEMIDOFF; PACHECO; SHOLL-FRANCO, 2007).

4.2.2.6 Encaminhamento do idoso para a Clínica Cirúrgica

Continuando com o ritual do cuidado do enfermeiro no intraoperatório de cirurgia mutiladora, é chegado o momento de a pessoa idosa ser encaminhada para a Clínica Cirúrgica. O enfermeiro realiza o encaminhamento da pessoa idosa para a Clínica Cirúrgica tão logo seja percebida sua recuperação anestésica e estabilização de seus sinais vitais, bem como a ausência de complicações.

A pessoa idosa é, geralmente, transportada pelo maqueiro da instituição, portando o prontuário do paciente com os devidos registros e acompanhados por familiar ou responsável

legal do idoso até a Clínica Cirúrgica. Assim, o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no intraoperatório de cirurgia mutiladora chega ao fim.

Ao mesmo tempo em que se fecha um ciclo, inicia-se outro. Dessa maneira, surge um novo capítulo da história do paciente e de seu tratamento de saúde, numa outra unidade, onde novos personagens e novas situações farão parte. Outro enfermeiro continuará com a execução dos cuidados.

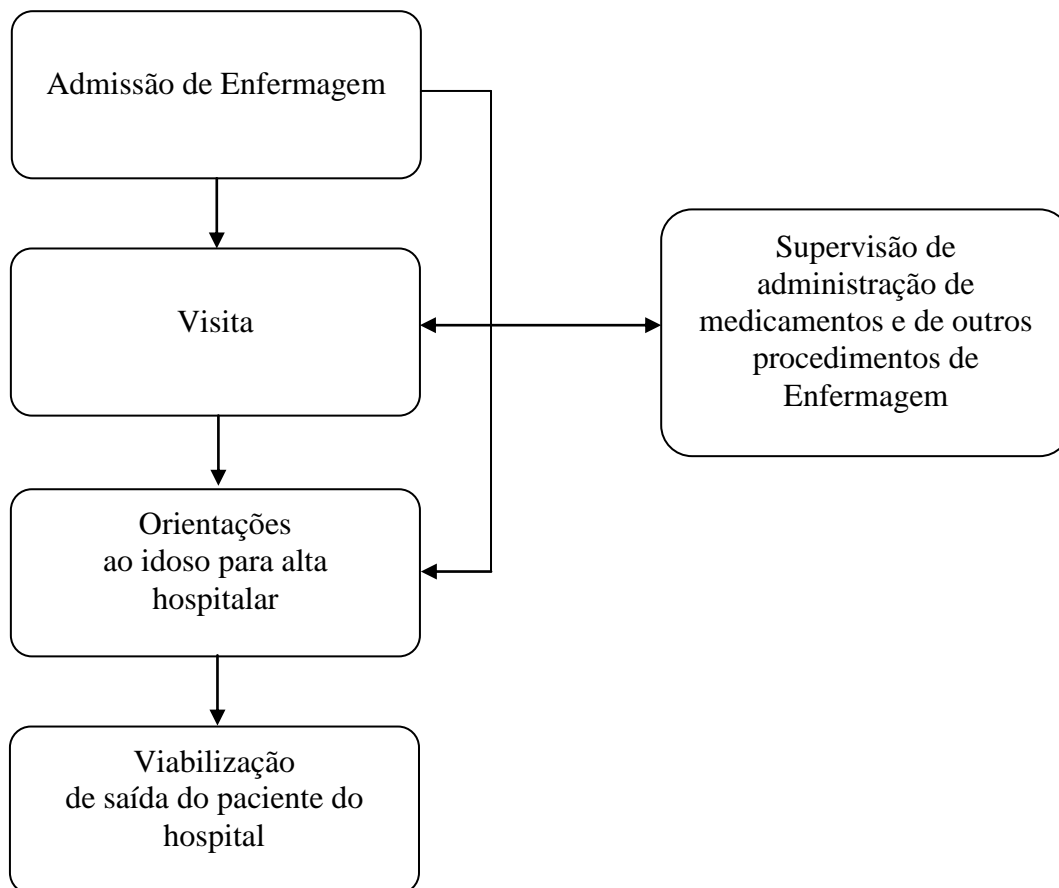
4.2.3 Novo *Status* Social: paciente idoso de alta – O ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pós-operatória de cirurgia mutiladora

Ao chegar à Clínica Cirúrgica, a pessoa idosa submetida à cirurgia mutiladora é posicionada no corredor da unidade pelo maqueiro, que se dirige ao posto de enfermagem da clínica e faz a entrega do prontuário do paciente. Caso haja leito de imediato, o maqueiro conduz novamente a pessoa idosa e a posiciona no leito disponível. Na indisponibilidade de leito, o paciente precisa permanecer no corredor da unidade até o surgimento e liberação de vaga.

Ao submeter à pessoa idosa em internamento no corredor da Clínica Cirúrgica, desprovido de acomodações e dispositivos adequados para a assistência, a própria instituição de saúde mais uma vez viola as necessidades do idoso, no que diz respeito à disponibilização de locais físicos adequados e equipados para atendê-lo (BRASIL, 1989a). Nesse aspecto, verifica-se também que há violação ao respeito da pessoa idosa, pelo fato de expô-la a um tratamento de forma constrangedora, não se zelando pela sua dignidade e pela preservação da sua imagem (BRASIL, 2003).

De uma forma, ou de outra, estando à pessoa idosa no corredor da unidade ou posicionada em algum leito, inicia-se o ritual do cuidado do enfermeiro no pós-operatório de cirurgia mutiladora. As etapas do cuidar que compõem o ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pós-operatória de cirurgia mutiladora são: admissão; supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem; visita; orientações ao idoso para alta hospitalar e viabilização de saída do paciente idoso do hospital (Figura 10).

Figura 10 – Ritual do cuidado do Enfermeiro no pós-operatório de cirurgia mutiladora.



Fonte: Pesquisa “Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

A Figura 10 ilustra, de forma resumida, as etapas do ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no pós-operatório de cirurgia mutiladora. Os cuidados que compõem o ritual nessa fase serão abordados a seguir.

4.2.3.1 Admissão do paciente idoso no Centro Cirúrgico

A primeira etapa do ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase pós-operatória de cirurgia mutiladora se dá a partir da admissão de enfermagem, como pode ser verificado no relato abaixo:

Quando nós [enfermeiros] recebemos o paciente, nós realizamos a admissão [de enfermagem]. Nós fazemos o curativo e a administração dos medicamentos. (E08)

Considera-se a admissão de enfermagem como uma intervenção fundamental para a assistência ao paciente idoso submetido ao processo cirúrgico de mutilação, porque através

dessa tarefa o enfermeiro pode aplicar o processo de enfermagem, bem como a Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que é desenvolvido dentro das regras da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) focado no paciente idoso cirúrgico, em cinco etapas: coleta de informações (história de saúde), análise e interpretação, planejamento dos cuidados, execução e avaliação (MAILLOUX-POIRIER, 1995). Muitos aspectos referentes ao processo de enfermagem, SAE e SAEP já foram abordados anteriormente, no item 4.2.1.

Apesar de ter se constatado com o relato de E08 que os enfermeiros realizam a admissão do paciente, pode-se verificar que essa tarefa ocorre de maneira bastante superficial na Clínica Cirúrgica, de forma que se registre no prontuário apenas a entrada do paciente, seguida de uma breve evolução de enfermagem, portanto, não é aplicado o processo de enfermagem. Além disso, verificou-se que a admissão de enfermagem foi citada somente por um dos colaboradores da pesquisa.

O fato dessa importante tarefa não ser lembrada nos relatos de todos os enfermeiros denota que a admissão de enfermagem também não ocorre nessa unidade de forma significativa e satisfatória para o cuidado, o que pode tornar a avaliação de saúde da pessoa idosa superficial e o cuidado fragilizado, sobretudo pela provável não aplicação do processo de enfermagem. A falta de aplicação do processo de enfermagem pode realmente repercutir de forma negativa na coleta de informações e da história da pessoa idosa submetida à cirurgia mutiladora, principalmente porque não vai conhecer seus aspectos culturais, tais como valores, crenças, modos de viver, de ser, de cuidar do outro e de si mesmo.

Nesse sentido, o cuidado do enfermeiro na Clínica Cirúrgica evidentemente não está pautado na base da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, que se configura no desenvolvimento da enfermagem transcultural, e conseqüentemente no cuidado de enfermagem culturalmente congruente. De um modo significativo e benéfico, esse cuidado se preocupa com as inter-relações dos diversos contextos e das diferentes culturas envolvidas, tornando-o uma força poderosa e dinâmica capaz de compreender o ser humano em todo o universo da saúde e da doença (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

4.2.3.2 Supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem na Clínica Cirúrgica

O ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa submetida à cirurgia mutiladora tem continuidade com a realização de procedimentos, como curativo e a administração de

medicamentos. Ao confrontar o relato de E08 com o de outro colaborador da pesquisa, percebeu-se que há uma divergência nas informações no que se refere à realização do curativo, constatando-se que se trata de um procedimento realizado pelos técnicos de enfermagem, estando o enfermeiro com a função de avaliar e supervisionar, conforme observado nas falas a seguir:

Nossos cuidados geralmente são focados para a administração das medicações, do curativo, que é feito diário, e atentar sempre para uma questão de intercorrência, quando vem a acontecer. (E08)

A questão do curativo muitas vezes fica mais por parte dos técnicos [de enfermagem], mas sempre que possível eles acionam a gente para dar uma avaliada e também a gente costuma chamar o pessoal do núcleo de feridas do hospital para dar um suporte no tratamento. (E09)

Apesar da divergência nos relatos de E08 e E09 no que diz respeito ao profissional que realiza a execução dos procedimentos técnicos de curativo e administração de medicamentos, pode-se observar claramente que se trata de procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem sob a avaliação e supervisão do enfermeiro.

No relato de E09, verifica-se que, além da avaliação do coto de amputação por parte do enfermeiro, há também a possibilidade da equipe contar com suporte para tratamento do coto pelo Núcleo de Feridas, um setor da instituição que tem como objetivo, principalmente, auxiliar as equipes de todas as unidades do hospital a traçarem condutas para o tratamento das feridas dos pacientes. Abordagens referentes aos procedimentos técnicos de curativo e administração de enfermagem como processos fundamentais da prática assistencial e do ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso submetido à cirurgia mutiladora foram abordadas anteriormente no item 4.2.1.

No pós-operatório de cirurgia mutiladora, emprega-se o uso de curativos macios a partir de técnica convencional ou curativos rígidos, estes consistem em uso de aparelho gessado aplicado ao coto. O curativo rígido é aplicado ainda no ambiente da sala operatória e pode ser empregado com êxito e de modo benéfico, pois auxiliam a moldar o coto em todos os níveis de amputação dos membros tanto inferiores como superiores, e ainda permite a deambulação precoce no caso da amputação ocorrer no membro inferior. O uso de curativo rígido tem continuidade até a introdução de prótese definitiva, que ocorre em aproximadamente quatro a oito semanas depois da realização da cirurgia (CHINI, 2005).

Na Clínica Cirúrgica, onde se deu a presente pesquisa, não há utilização de curativo rígido. Assim, utiliza-se o emprego do curativo macio com técnica convencional, onde

geralmente se realiza a limpeza do coto de amputação com soro fisiológico, deixando-o coberto e enfaixado com ataduras nas primeiras 24 horas após a cirurgia, removendo a cobertura caso o coto de amputação esteja se apresentando limpo, seco e sem sinais de infecção.

Vale lembrar que na realidade das práticas assistências, o exercício do curativo é predominantemente executado por técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro e se trata de um procedimento que envolve riscos capazes de comprometer a saúde do paciente, exigindo obediência rigorosa aos princípios técnico-científicos (NONINO; ANSELMINI; DALMAS, 2008). Por isso, é de suma importância que o enfermeiro desenvolva treinamentos constantes em relação à técnica dos curativos e também atue na supervisão da equipe de enfermagem durante a realização desse procedimento (NASCIMENTO et al, 2009).

Em relação à administração de medicamentos, é importante também se resgatar a compreensão de que se trata de uma atividade de responsabilidade legal da equipe de enfermagem e que ocorre cotidianamente nas instituições de assistência à saúde, sendo fundamental tanto para os profissionais que a executam quanto para quem recebe o tratamento (SILVA et al, 2007). No Brasil, a prática da técnica de administração de medicamentos, assim como o exercício do curativo, vem sendo executada por técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro (COIMBRA; CASSIANI, 2001).

Vale lembrar também que o enfermeiro ao cuidar de idosos deve considerar os fatores que afetam a escolha e os efeitos das medicações sob essa população, pois os riscos de efeitos colaterais e toxicidades são mais altos nas pessoas idosas do que em indivíduos adultos mais jovens (ALLEN, 2007). Nesse sentido, o enfermeiro é responsável pela vigilância das reações e respostas dos medicamentos quando administrados nas pessoas idosas, e devem observar os efeitos esperados e reconhecer os casos de reações iatrogênicas (BERGER, 1995c). Embora o enfermeiro possa delegar para técnicos e auxiliares de enfermagem a execução de procedimentos como curativos e administração de medicamentos, ele deve ter consciência da sua responsabilidade de estar envolvido em todas essas ações (COIMBRA; CASSIANI, 2001).

4.2.3.3 Visita do enfermeiro na Clínica Cirúrgica

Seguindo com o ritual de cuidado na fase pós-operatória, após a admissão de enfermagem, a supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem, como o curativo, o enfermeiro dá continuidade a esse processo com a realização

da visita do enfermeiro à pessoa idosa submetida à cirurgia mutiladora na Clínica Cirúrgica, que é identificada no seguinte relato:

O nosso cuidado aqui é aquele cuidado básico, assistencial, é o cuidado da questão da visita, das queixas, é, de prestar um cuidado no mínimo possível humanizado dentro na nossa realidade. (E09)

A visita do enfermeiro é um importante cuidado realizado diariamente à pessoa idosa submetida a uma intervenção cirúrgica de mutilação, é de fato um momento no qual o enfermeiro pode acompanhar a evolução prognóstica do paciente, verificar possíveis queixas, dialogar efetivamente, fazendo-se compreender e ser compreendido, individualizar e maximizar a qualidade do cuidado prestado.

Trata-se de uma atividade que possibilita intervenções de cuidado e pode ser caracterizada particularmente pela abordagem clínica e prescrição de procedimentos, como também pode ser caracterizada por uma concepção ampliada do cuidado de enfermagem, agregando aos procedimentos uma prática comunicativa, de interação entre o profissional e o paciente, além da articulação entre as ações de enfermagem com as demais áreas profissionais (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Na visita, o enfermeiro tem a oportunidade de conhecer mais o paciente, identificar seus problemas e o nível de assistência necessária ao seu cuidado. É uma maneira de o enfermeiro estabelecer comunicação com o paciente, de se trabalhar estratégias de relacionamento interpessoal que possibilite o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico, aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade em que está internado, o que exerce um papel fundamental na redução da ansiedade e tensão que o próprio quadro clínico do paciente estabelece, sendo também um momento crucial para o desenvolvimento de etapas importantes do processo de enfermagem (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A interação que ocorre entre o enfermeiro e a pessoa idosa possibilitada pela visita permite a construção de um relacionamento interpessoal na base do compreender e ser compreendido, o que favorece o alcance de uma comunicação bem mais efetiva, bem como um ambiente de respeito e um cuidado culturalmente congruente à luz da enfermagem transcultural, contribuindo, sem dúvida, para o aumento da qualidade do cuidado e a promoção do bem-estar de quem o recebe (SMELTZER et al, 2009).

É importante salientar que a visita, por vezes, ocorre de forma rápida, principalmente se a pessoa hospitalizada não apresentar problemas evidentes durante a execução dessa

atividade. O exercício da visita também é utilizado para a atualização da listagem dos pacientes internados em determinada unidade, sendo que essa forma de utilização da visita desfavorece completamente o valioso processo de identificação das necessidades de cuidados da pessoa hospitalizada (PASSOS; SADIGUSKY, 2011).

4.2.3.4 Orientações ao idoso para alta hospitalar

O ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no pós-operatório de cirurgia mutiladora tem continuidade com a realização de orientações ao idoso para alta hospitalar. Este cuidado pode ser verificado na seguinte fala:

A gente procura orientar o paciente, quando ele sai daqui, ele sai preparado. (E08)

Apesar de não aparecer nesse relato o teor das orientações para alta hospitalar, observou-se que a prática dessas orientações na Clínica Cirúrgica está voltada, principalmente, para as questões que envolvem a realização do curativo e para a administração dos medicamentos prescritos.

Em se tratando do paciente submetido ao procedimento de mutilação, envolvendo muitas vezes a amputação de membros inferiores, a orientação voltada somente para a realização do curativo e a administração de medicamentos não é suficiente para promover o autocuidado e o cuidado continuado em ambiente domiciliar, embora se trate de passagens relevantes no pós-alta. No que diz respeito ao curativo e a administração de medicamentos, o enfermeiro deve avaliar a capacidade do paciente e da família para controlar as trocas de curativo e outros dispositivos, assim como para administrar as medicações prescritas (SMELTZER et al, 2009).

Na prática da assistência de enfermagem para a alta hospitalar do paciente, o enfermeiro enfrenta diversas dificuldades, como por exemplo, não fica sabendo sobre a própria alta, algumas vezes toma conhecimento no momento em que o paciente está saindo ou até mesmo depois que já deixou o hospital. E ainda, as atividades do enfermeiro em relação à alta hospitalar são limitadas a confirmar instruções fornecidas pelo médico e a realizar anotações no prontuário sobre horário e condições físicas em que o cliente está deixando o hospital (PEREIRA et al, 2007).

Na prática, a orientação da alta hospitalar é iniciada somente no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvida ao longo do período de internação. Muitas

vezes, são oferecidas inúmeras orientações ao mesmo tempo e sem ser por escrito, o que dificulta a compreensão do paciente e propicia a ocorrência de erros, e ainda, frequentemente as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, desconsiderando as condições e necessidades específicas de cada paciente (POMPEO et al, 2007).

A orientação ou educação do paciente para alta hospitalar deve ser conduzida no momento em que ele estiver em repouso e não durante a execução de procedimentos. Muitos estímulos externos podem intervir na capacidade do paciente de concentração e aprendizagem. Para esse momento, devem ainda ser assegurados conforto físico e privacidade do paciente, caso contrário, a orientação será ineficaz. Por isso, é importante que o paciente esteja confortável e que não esteja sentindo dores (ALLEN, 2007).

A orientação do paciente precisa ser individualizada e baseada na sua melhor forma de compreensão. As alterações de sensibilidade para visão e audição, comprometimento cognitivo e nível de alfabetização do paciente podem ser barreiras à comunicação à medida que interferem na capacidade de compreensão e retenção de informações. O uso de instruções pós-operatórias sob a forma escrita, com fontes fáceis de ler, contribui na retenção das orientações pelo paciente. Os familiares ou acompanhantes devem ser incluídos na sessão educacional para dar reforço às orientações no ambiente domiciliar (ALLEN, 2007).

Essas orientações dadas ao paciente, seus familiares, responsáveis legais ou acompanhantes devem fazer parte do planejamento de alta. O plano de alta é uma ferramenta que garante a continuidade do cuidado após a saída do paciente do hospital e o seu ensino é parte integrante do processo educativo, que inclui orientações ao paciente e à família acerca do que necessitam compreender e saber, considerando-se as suas dimensões biopsicosocioespirituais (POMPEO et al, 2007). Sob o ponto de vista da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural e a ótica da enfermagem transcultural, é importante considerar também os aspectos culturais do paciente para que ocorra uma comunicação efetiva (SMELTZER et al, 2009).

O plano de alta pode ser considerado ainda como uma forma organizada de expressar as atividades que são determinadas pelas condições específicas de cada paciente e deve ser elaborado com a participação de todos os profissionais que atuam diretamente no cuidado, ou seja, é uma atividade interdisciplinar e tem no enfermeiro a responsabilidade de fazer o elo entre todos profissionais. Essa etapa do cuidado tem sido uma das principais preocupações para assegurar a continuidade do tratamento e evitar a reinternação do paciente (PEREIRA et al, 2007).

A interação interdisciplinar que o desenvolvimento de um plano de alta requer ajuda para superar a fragmentação do cuidado e permite que haja discussão na forma de resolução dos problemas do paciente e compreensão da realidade em que ele vive (POMPEO et al, 2007). Um plano de alta abrangente precisa identificar e abordar barreiras de comunicação, incorporar condições mentais e físicas do paciente, e abordar questões ambientais que possam ser melhoradas para ajudar na sua recuperação. Nesse sentido, o plano de alta deve considerar a capacidade do paciente de realizar as atividades de vida diária, deambular e lidar com patologias clínicas preexistentes depois da cirurgia, que não mudam em razão do procedimento cirúrgico (ALLEN, 2007).

O enfermeiro deve fornecer as orientações mais importantes primeiro. O conteúdo das orientações deve relacionar-se com experiências de vida do paciente, a fim de ajudá-lo na compreensão e na guarda dos conceitos importantes. Ao envolver ensino de habilidades motoras, como andar de muletas ou mudar de roupa, por exemplo, todas as etapas devem ser ensinadas, uma a cada vez, percebendo o domínio de uma etapa para depois passar para a seguinte, o que às vezes exige um tempo maior na orientação dessas habilidades (ALLEN, 2007).

Na verdade, o ideal é que o planejamento de alta comece logo após a admissão do paciente em pré-operatório ou mesmo antes da internação, em nível ambulatorial, com a identificação das suas necessidades reais ou potenciais (PEREIRA et al, 2007). A brevidade do início do planejamento de alta se justifica pela necessidade de se ter tempo suficiente para tomar decisões apropriadas sobre a pós-alta, para impedir complicações, reduzir o risco de reinternação e minimizar o estresse para o paciente e os cuidadores (ALLEN, 2007).

Apesar do plano de alta ter de considerar a manutenção da autonomia do idoso, os cuidados pós-operatórios em casa podem exigir instalações específicas, pelo menos por algum tempo (ALLEN, 2007). Os pacientes precisam de instruções de alta detalhada para se tornar proficientes nas suas necessidades de autocuidado depois da cirurgia, essas necessidades são específicas para cada paciente e para os procedimentos que foram submetidos (SMELTZER et al, 2009).

O tipo de cirurgia e o período de recuperação pós-operatória esperado determinam a extensão de recursos, como equipamentos, serviços domésticos, cuidados prolongados e reabilitação física. O sucesso dos resultados pós-alta nas pessoas idosas é influenciado por diversos aspectos, tais como a autoavaliação do paciente sobre sua saúde, pela complexidade da sua patologia clínica, pela sua história de ser capaz de manter a responsabilidade por sua própria saúde e pelas redes familiar ou social (ALLEN, 2007). Nesse contexto, o despreparo

do paciente ou família sobre os cuidados a serem desenvolvidos em domicílio, como administração de medicamentos, mudanças no estilo de vida, autocuidado com ferida e enfrentamento com alterações da autoimagem podem levar o indivíduo à reinternação (PEREIRA et al, 2007).

O enfermeiro pode fornecer informações sobre como obter os suprimentos necessários e sugere os serviços que o paciente pode querer para dar continuidade ao cuidado. (SMELTZER et al, 2009). É importante que seja construído um roteiro de planejamento de alta do paciente contendo as atividades de ensino, informações necessárias à manutenção da saúde e os serviços que estão disponíveis na comunidade, podendo ser utilizado com a finalidade de facilitar a transição do paciente do hospital para o seu domicílio e possibilitar uma vida mais independente, evitando possíveis dificuldades a serem enfrentadas pelo paciente e sua família no domicílio (PEREIRA et al, 2007).

Em necessidade máxima de cuidado continuado, estão com frequência os pacientes idosos, os pacientes que vivem sozinhos, os pacientes sem apoio familiar e aqueles pacientes que possuem incapacidades ou doença crônica preexistente (SMELTZER et al, 2009).

O planejamento de alta deve ser considerado como mais uma importante etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que direciona o plano e a implementação de ações durante o período de internação, prevendo ainda a continuidade do cuidado do paciente no domicílio, assim como é mais um meio que o enfermeiro dispõe para aplicação de conhecimentos técnico-científicos na assistência à pessoa e definição de seu papel na equipe de saúde (PEREIRA et al, 2007).

Em se tratando da realidade em que se encontra a presente pesquisa, na qual inexistente a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é fácil inferir que também não há planejamento de alta, já que esta é uma etapa da primeira. A incorporação do plano de alta hospitalar no planejamento da assistência e o comprometimento do enfermeiro com esta atividade são essenciais para um cuidado de enfermagem efetivo, além disso, é responsabilidade do enfermeiro a avaliação do entendimento do paciente ou cuidador sobre o autocuidado, o tratamento e a importância destes para assegurar a reabilitação (POMPEO et al, 2007).

A reabilitação deve ser considerada como mais uma etapa do tratamento, pois permite que a pessoa continue se lançando no mundo e vivendo novas experiências. Os cuidados individualizados e planejados são essenciais para que o processo de reabilitação ocorra de forma mais adequada (CHINI; BOEMER, 2007). A reabilitação é também entendida como um processo dinâmico, criativo, progressivo e educativo, com objetivos direcionados à

restauração funcional do indivíduo, reintegração com a família, comunidade e com a sociedade por meio de independência máxima nas atividades da vida diária (DIOGO, 2003).

Na tentativa de amenizar o sofrimento causado pela amputação, a própria equipe de saúde ao comunicar a necessidade da cirurgia, pode abordar a questão da reabilitação com o uso da prótese (CHINI; BOEMER, 2007). As cirurgias de amputações compreendidas como um procedimento reconstrutiva que elimina a parte danificada de um membro deve prover ao paciente um coto residual passível de receber uma prótese (DUERKSEN, 1997).

O uso de prótese possibilita ao indivíduo a realização de qualquer atividade, o que melhora a sua autoestima e, portanto, minimiza os efeitos negativos da amputação. Para a pessoa amputada, a prótese assume caráter de ser não apenas um objeto facilitador, mas de algo que será parte integrante e fundamental do seu próprio corpo, representando também um horizonte de possibilidades (CHINI; BOEMER, 2007).

O custo da prótese normalmente elevado torna-se mais uma preocupação para a pessoa que passa por um procedimento cirúrgico de amputação, já que a possibilidade de não usá-la a impedirá de mover-se em direção ao mundo e a se manter neste em sua plenitude. Além do ponto de vista de ser extremamente importante para a pessoa submetida à amputação, em alguns momentos, a prótese pode ser percebida como algo que a desagrada, que traz dificuldades e sofrimento, que requer adaptação e por isso um começar e recomeçar novamente na vida do indivíduo (CHINI; BOEMER, 2007).

A reabilitação da pessoa idosa submetida à amputação também perpassa por questões que envolvem a sua imagem corporal, autoestima, luto devido à perda de um membro e autocuidado. As amputações são cirurgias que tem como prioridade o tratamento de causas que comprometem a vida do paciente, entretanto, são percebidas por estes como modificados do seu cotidiano, alterando sua percepção de si, ou seja, sua autoimagem e conseqüentemente sua autoestima, já que passa a representar um portador de corpo alterado (SILVA et al, 2010).

A perda de parte do corpo acarreta ao indivíduo sofrimento pela alteração brusca da sua imagem corporal, fazendo-se necessário a reintegração desta imagem ao novo esquema do corpo. Essa reintegração repercute no próprio autoconceito da pessoa e é fundamental que ela desenvolva uma reconstrução positiva da imagem corporal. Caso contrário, quando esta reconstrução se dá negativamente, o autoconceito do indivíduo também fica negativo, ampliando valores estigmatizantes e preconceituosos que tendem a deflagrar sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, tristeza e, em algumas pessoas, até depressão. Todo o processo de reintegração requer a elaboração do luto, seja ele pela perda física, pelos projetos

para o futuro, pelo autoconceito ou pela imagem corporal. (BENEDETTO; FORGIONE; ALVES, 2002).

Antes da realização da cirurgia de amputação, as pessoas relacionam seus corpos ao trabalho, perfeição e beleza, aspectos enquadrados nos padrões da sociedade na qual fazem parte, o que se permite entender que a imagem corporal sofre influencia do aspecto sociocultural. Ao relacionar seus corpos com o trabalho, as pessoas os percebem como capazes de produzir renda através da força laboral, tornando-se úteis para o consumismo em meio social. Já em relação a ter corpos perfeitos e belos, inteiros, completos e com formas bem definidas, as pessoas se percebem como produtoras de uma imagem agradável e bem aceita. Nesse sentido, aqueles que possuem algum tipo de deficiência são considerados fora do padrão da sociedade e inúteis (SILVA et al, 2010).

A imagem corporal e autoestima das pessoas idosas já podem estar alteradas devido às modificações físicas e sociais inerentes ao processo de envelhecimento, sobretudo depois de submetido a uma cirurgia de amputação. Esses indivíduos se defrontam com uma sociedade que discrimina claramente aqueles tidos como não atraentes. Dessa forma, os idosos estão sujeitos a encontrar mais ambientes sociais que podem o rejeitar e o desencorajar em diversas situações do cotidiano (CHAIM; IZZO; SERA, 2009).

A reintegração corporal positiva e produtiva da pessoa amputada está condicionada à aceitação desta em relação à perda física para que possa haver integração de um membro mecânico, como a prótese, conseguindo assim um domínio de seus movimentos. A aceitação da perda física também é necessária para que a pessoa se relacione melhor com os outros e consigo mesmo. Dentro dos limites de sua deficiência, essa pessoa deve incorporar suas limitações e pensar em estratégias eficazes para sua maior autonomia. Outro aspecto importante é a aceitação da ajuda do outro, que muitas vezes é encarada de forma negativa porque é indicativo de incapacidade. Nesse sentido, quando o indivíduo se aceita amputado pode perceber a importância de apoio e ajuda do outro, sem repercussões emocionais negativas (BENEDETTO; FORGIONE; ALVES, 2002).

No cotidiano da assistência à saúde, predomina a preocupação de se alcançar os objetivos traçados ao paciente sem tentar compreender o real processo pelo qual o mesmo passa, no qual se tem a amputação repercutindo nas esferas emocionais, sociais e laborais, além das formas com essa pessoa percebe e lida com as reais e diversas adaptações que são submetidos dia após dia com seu o novo corpo (ALBUQUERQUE; FALKENBACH, 2009). A reabilitação da pessoa submetida à amputação deve ser reconhecida como um processo

contínuo, por isso é suma importância que se compreenda as consequências da incapacidade no contexto da vida de cada pessoa (DIOGO, 2003).

Uma das consequências da incapacidade gerada pela amputação diz respeito ao autocuidado adequado. A pessoa que sofre uma amputação tem déficits de autocuidado em diversos aspectos, como ao vestir-se, usar o banheiro e tomar banho, entretanto, deve ser encorajada a cada vez mais se tornar ativo no processo de autocuidado, visando obter o máximo de independência. O enfermeiro, a partir de uma relação de confiança com a pessoa amputada deve estimulá-la a olhar, tocar e a cuidar do membro residual, cuidar da pele e da prótese quando apropriado, bem como a readquirir as responsabilidades pelo seu autocuidado (SMELTZER et al, 2009).

O reconhecimento da importância de dominar as técnicas e os recursos para protetização do paciente é bastante válido, mas também é fundamental que a relação entre o paciente e o profissional de saúde seja humanizada, capaz de restabelecer os sentimentos e a necessidade do paciente de ser amado e valorizado, devendo este ser auxiliado pelo profissional de saúde no processo de retomada das suas condições sociais (ALBUQUERQUE; FALKENBACH, 2009).

Por todas essas questões, é necessário um olhar multi e interdisciplinar para ajudar a pessoa amputada a redimensionar seu existir e abrir-se para novos projetos de vida que contemple o seu novo modo de ser no mundo (CHINI; BOEMER, 2007). Apesar de parecer longo e árduo, o caminho para o processo de reintegração corporal do paciente amputado com aceite da perda traz uma riqueza inestimável ao paciente, que é a possibilidade de voltar a se amar e amar o seu corpo, apesar de ter sofrido uma amputação (BENEDETTO; FORGIONE; ALVES, 2002).

Aos profissionais da área de saúde, cabe a compreensão de que reabilitar deve ser mais ensinar a pessoa amputada a manusear a prótese, colocando-a, retirando-a e até mesmo caminhar com ela. Reabilitar é, sobretudo, auxiliar essa pessoa a superar os diferentes desafios no dia a dia, a se tornar ativa e valorizada em sua própria vida (ALBUQUERQUE; FALKENBACH, 2009).

Pode-se perceber que tanto os enfermeiros como os outros profissionais de saúde, numa abordagem interdisciplinar, podem atuar na melhoria da imagem corporal do idoso, no enfrentamento do luto pela perda de um membro, na promoção do autocuidado independente e na reconquista de sua mobilidade física, bem como na sua reintegração social. Embora a literatura evidencie que seja uma etapa imprescindível ao tratamento da pessoa idosa submetida à amputação, o processo de reabilitação não foi relatado pelos colaboradores desta

pesquisa, o que sem dúvida representa uma lacuna muito importante no cuidado desses profissionais ao idoso que sofreu intervenção cirúrgica de amputação.

4.2.3.5 Viabilização de saída do paciente idoso do hospital

Continuando com o ritual do cuidado do enfermeiro no pós-operatório de cirurgia mutiladora, após orientações ao idoso para alta hospitalar, chega o momento de o enfermeiro viabilizar a saída do paciente do hospital, que ocorre logo após a alta hospitalar dada pelo médico, no terceiro ou quarto dia depois do procedimento cirúrgico, estando à pessoa idosa evoluindo bem, sem apresentar intercorrências ou complicações no quadro clínico.

O médico responsável pela alta hospitalar anexa ao prontuário do paciente uma prescrição para medicamentos a serem administrados no domicílio, bem como um relatório de alta hospitalar. Essa prescrição é fornecida para o idoso ou familiar pelo enfermeiro, que também realiza o registro no prontuário sobre a alta hospitalar dada ao paciente, bem como a retirada de seu nome da listagem dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica. O prontuário do paciente é armazenado em armário do posto de enfermagem para posterior recolhimento pelo escriturário do setor, que o encaminha para preservação e guarda do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição.

O paciente segue transportado pelo maqueiro até o transporte que o conduzirá para seu domicílio. Por vezes, quando possui cadeira de rodas e querem abreviar a saída, a pessoa idosa também é transportada pela própria família. Caso a família ou acompanhante não possua meio de transporte para conduzir o idoso até a sua residência, o enfermeiro comunica o setor de Serviço Social do hospital, que providencia os meios mais adequados para conduzir o paciente ao lar, por exemplo, uma ambulância quando se trata de pessoa idosa acamada. Assim, o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no pós-operatório, e consequentemente no período perioperatório de cirurgia mutiladora, chega seu ao término.

4.3 PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O IMPACTO DA CIRURGIA MUTILADORA PARA A PESSOA IDOSA

O impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa é percebido pelos colaboradores desta pesquisa de formas variadas. As histórias dos enfermeiros permitiram agrupar os resultados em subcategorias que dizem respeito às Unidades de Pronto Atendimento

Masculino e Feminino, Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica, as quais serão apresentadas a seguir.

4.3.1 Percepção dos enfermeiros das unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa

Nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, os enfermeiros percebem o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa como sendo condicionado ao nível de dependência e menos impactante para o idoso acamado. Além disso, o procedimento pode interferir na qualidade de vida da pessoa idosa e contribuir para o desenvolvimento de depressão pós-cirurgia, podendo repercutir também no equilíbrio psicológico do idoso, conforme os relatos abaixo:

A maioria dos casos de mutilação que a gente vê é em idosos que já não deambulavam mais. Então, o impacto não vai ser tão grande porque ele vai continuar acamado. Um ou outro vai pra lá, que perdeu a perna, por exemplo, vai deixar obviamente de andar. Antes ele fazia tudo isso normalmente, então, certamente, vai ser um impacto bem grande. Eu acredito que seja realmente uma notícia bastante desagradável e pode contribuir bastante para os índices de depressão pós-cirúrgica, principalmente se for um idoso ativo, que anda, que faz as atividades dele. Nos outros casos, quando ele já é acamado, não. Mas, quando passar a comprometer a vida dele, a qualidade de vida, certamente é bem complicado. (E01)

Eu acho que o impacto é maior quando é um idoso ativo, quando é aquele idoso que não é muito dependente, quando é um idoso que ainda trabalha, que ainda tem seus afazeres domésticos. Então, quando ele sofre isso [amputação], ele vai passar a ser mais dependente, eu acho que o impacto é maior. A dependência dele já começa aqui, dentro da unidade hospitalar e quando ele pensa no pós-operatório, quando vai sair daqui, ele imagina que a dependência da família vai ser muito maior e ele vai ficar restrito ao leito ou a não fazer determinadas atividades que ele fazia. Eu imagino que o impacto psicológico para aquele idoso [ativo, independente] é maior. (E05)

Sem sombra de dúvidas, a cirurgia mutiladora para a pessoa idosa é impactante tanto para o idoso com dependência como para o idoso com independência e é lastimável que alguns enfermeiros percebam que o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa está associado à sua condição de independência ou dependência, pois, trata-se de uma experiência ímpar, extremamente significativa, que repercute na vida de todos os indivíduos, sob quaisquer que sejam as suas capacidades funcionais.

A capacidade funcional diz respeito ao potencial que a pessoa idosa tem para realizar atividades. Didaticamente, estas atividades são subdivididas em Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As primeiras são aquelas

relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter o controle sobre necessidades fisiológicas e que, quando há limitação de desempenho, normalmente requer a presença de um cuidador para auxiliar o idoso a desempenhá-las. As segundas relacionam-se com a participação da pessoa idosa em seu entorno social e indicam a sua capacidade em levar uma vida independente dentro da comunidade, como utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeição e cuidar das próprias finanças (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, três conceitos apresentam-se interligados, são eles: autonomia, dependência e independência. Estes conceitos referem-se à forma como cada pessoa, adulta ou idosa, consegue conduzir sua vida (CONCEIÇÃO, 2010). Define-se autonomia como a capacidade de autogovernar-se e se expressa na liberdade para agir e tomar decisões; dependência relaciona-se ao fato de uma pessoa não ser capaz de realizar atividades do cotidiano sem ajuda de outrem e; independência significa a capacidade de realizar atividades sem ajuda de terceiros (BRASIL, 2006b).

A independência pode ser parcial ou total e inversamente proporcional à incapacidade, comprometimento e deficiência. Entende-se por incapacidade a restrição ou perda, transitória ou definitiva, da habilidade para se realizar ao menos as atividades de vida diária. Por comprometimento, entende-se que seja qualquer distúrbio de ordem física, fisiológica ou psicológica. Já por deficiência, compreende-se como qualquer desvantagem que impeça a pessoa de executar parcialmente ou totalmente uma função normal, em consequência do comprometimento de uma incapacidade (CONCEIÇÃO, 2010).

Por sua vez, vivenciar uma amputação implica numa experiência que é marcada por alterações nas dimensões biopsicossociais, espirituais e culturais, repleta de estigmas decorrentes da deficiência instalada e de sentimentos diversos (CHINI; BOEMER, 2007). Além disso, a transição de forma abrupta de um corpo perfeito para uma condição de corpo deficiente em decorrência de uma intervenção cirúrgica de amputação gera expectativas e frustrações que podem ou não ser superadas com o passar do tempo (SUMIYA, 2009).

Vale ressaltar que todos os pacientes que se submetem a um processo cirúrgico de amputação, precisam de apoio psicológico para aceitar a mudança súbita e a lidar com os processos de alteração da imagem corporal, bem como a modificação de seus estilos de vida (SMELTZER et al, 2009).

Assim sendo, a enfermagem necessita despertar para o que vai além da dimensão biológica, ou seja, perceber a pessoa submetida a uma cirurgia de amputação através de um

olhar holístico, o que permite a execução de um cuidar direcionado à singularidade e à particularidade da experiência vivida, considerando a perspectiva de cada ser (LUCAS et al, 2010). É justamente o que se leva em conta para a realização do cuidado cultural, proposto por Leininger na Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural: a consideração da perspectiva holística de uma pessoa e a sua existência ao longo do tempo, sua história, incluindo seus aspectos sociais, culturais, seus valores, seu contexto ambiental, suas expressões de linguagem e seus modelos populares e profissionais (MODESTO, 2008).

Apesar de alguns enfermeiros perceberem erroneamente o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa associado à condição de dependência, eles reconhecem o fato de se tratar de uma situação difícil, o que trocando em miúdos, refere-se a um processo delicado e complexo.

Para os enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, além de impactar na dependência e depressão pós-cirúrgica na pessoa idosa, o procedimento de mutilação é percebido como algo que gera nos idosos sentimentos de invalidez, de medo do desconhecido, de medo de não haver pessoas para cuidá-los, sendo por isso impactante, sobretudo, na questão do autocuidado, conforme verificado na seguinte fala:

É uma situação bem difícil. A questão do medo, da invalidez, da dependência. Medo de não ter realmente quem cuide, uma sensação de fragilidade mesmo na questão do autocuidado. Eu acho que o sentimento de medo do desconhecido pra eles [pacientes submetidos à mutilação] é muito grande, por isso que a gente vê tanta depressão pós-cirúrgica, tanto nos idosos quanto nos mais jovens. (E11)

Um novo modo de ser no mundo, como resultado de uma cirurgia mutilante, desperta na pessoa uma infinidade de sentimentos que podem ser verbalizados ou não. Nesse sentido, mesmo depois de concordarem com a realização da cirurgia, as pessoas que se submetem à amputação apresentam expressões de desânimo, angústia, medo, tristeza e choro numa vivência constituída por sentimentos permeados pela razão, que visualiza a cirurgia como necessária, e a emoção, que não aceita a perda (CHINI; BOEMER, 2007).

E ainda, a intervenção cirúrgica de amputação leva a pessoa a desenvolver déficit de autocuidado em diversos aspectos, como ao vestir-se, usar o banheiro para higiene e necessidades fisiológicas, entretanto, precisa haver encorajamento para que cada vez mais se torne ativa no processo de autocuidado, visando-se obter o máximo de independência (SMELTZER et al, 2009).

Há também no universo das Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, por parte dos enfermeiros, a percepção do impacto da cirurgia mutiladora sob as atividades de

vida diária da pessoa idosa, o que sem dúvida influencia na sua autonomia. Outro aspecto importante, segundo os enfermeiros, é que por se tratar de um processo difícil e traumático, a adaptação após a realização da cirurgia ocorre de maneira complicada.

Apesar dos enfermeiros reconhecerem esses aspectos como impactantes para a pessoa idosa submetida à mutilação, eles reforçam a ideia de que é necessário que o idoso possa enxergar possibilidades ao invés de limites após a realização da cirurgia, no sentido de saber lidar e conviver com todo o processo, sendo necessário também manter o emocional e autoestima aumentada, conforme observado nos discursos a seguir:

Ela [a cirurgia mutiladora] tem um impacto principalmente nas atividades básicas da vida diária. Porque com a perda de um membro inferior, ele [o idoso] vai ficar mais limitado a uma cadeira de rodas ou até mesmo um leito, e vai gerar conflito em relação a sua autonomia. É triste, mas infelizmente a gente tem que conviver com isso e saber lidar. A perda de um membro não vai ser a perda de uma vida, então precisa manter o emocional e autoestima aumentada. (E10)

Eu acho que deve ser um processo muito difícil e complicado [a adaptação], porque ele [o idoso] passou a vida toda normal com seus membros, e depois, no final de uma história, se vê e se sente sem um membro. Realmente é uma das cirurgias que os nossos pacientes, principalmente os idosos, encaram de uma forma bem traumática mesmo. (E02)

As cirurgias de amputação geram sequelas que confrontam a pessoa às irreparáveis perdas, afetando a sua vida como um todo e exigindo uma série de adaptações e restrições que se tornam mais dolorosas principalmente em idosos, já que estes se encontram em uma fase da vida marcada por um déficit generalizado e gradual das suas funções físicas e psíquicas (SUMIYA, 2009).

Nesse contexto, a perda de uma parte do corpo leva a pessoa a viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações em seu existir: adaptar-se, readaptar-se e aprender a viver novamente. Se por um lado, pode-se ver numa perspectiva de uma existência incompleta, pela perda da parte do corpo, por outro lado, pode-se ver numa perspectiva de abertura a novas vivências, livre da dor, da parte deformada, da parte que trazia sofrimento e que, muitas vezes, modificava o movimento de ser no mundo (CHINI; BOEMER, 2007).

4.3.2 Percepção dos enfermeiros do Centro Cirúrgico sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa

No Centro Cirúrgico, os enfermeiros percebem o impacto do procedimento cirúrgico de mutilação para o idoso associado à sua dependência, principalmente para a realização das suas necessidades básicas, como vestir-se, banhar-se ou alimentar-se, evidenciando também um déficit na questão do autocuidado, ressaltando se tratar de pessoas já fragilizadas pelas próprias peculiaridades do processo de envelhecimento.

Outro ponto de vista em relação ao impacto da cirurgia, é que a execução do procedimento está vinculada ao término da vida da pessoa idosa submetida à amputação, estabelece-se o início do fim, conforme verificado nas falas abaixo:

O impacto que eu acho é a dependência que ele vai ficar agora. Por ser idoso ele já dependente de alguém, e sem o membro ele vai ser totalmente dependente para tudo, para dejeções, muitas vezes para alimentação, para o banho, para os cuidados gerais. Então, é muito difícil. (E03)

Eu acho que para a pessoa idosa é como se fosse o término. Quando chega ao ponto de se realizar uma cirurgia mutiladora, eu acho que eles têm a sensação de que chegaram ao fim. Porque a retirada de uma parte do corpo representa muito, então a sensação pode ser de término, de fim. (E07)

A amputação pode ser percebida aos olhos de quem a vivencia como boa, ruim, alegre, triste, feliz, infeliz, fácil e difícil, coexistindo sensações e sentimentos opostos em decorrência da experiência de um processo cirúrgico que leva a alterações importantes na vida da pessoa e de sua família, que se torna mais amena na medida em que a pessoa submetida a uma cirurgia mutiladora percebe essa experiência como fonte de esperança para o retorno à vida ou continuar vivendo (CHINI; BOEMER, 2007).

Portanto, a amputação, apesar das consequências físicas e psicológicas, constitui-se como possibilidade de manutenção da vida, como um meio para se prolongar a existência e afastar a ideia de morte. Dessa maneira, o desejo de continuar vivendo é motivado pela expectativa de uma nova vida, e a cirurgia é incorporada ao processo de existir, sendo aceita, apesar de não ser desejada (CHINI; BOEMER, 2007).

4.3.3 Percepção dos enfermeiros da Clínica Cirúrgica sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa

Na Clínica Cirúrgica os enfermeiros percebem a cirurgia mutiladora para a pessoa idosa de forma fortemente impactante, sendo necessária a assistência terapêutica com equipe interdisciplinar, principalmente para o apoio psicológico, envolvendo não apenas o paciente, mas também a família. Além disso, os enfermeiros da Clínica Cirúrgica também acreditam que o impacto da cirurgia mutiladora para o idoso vai requerer uma mudança na adaptação do paciente, envolvendo restrições para a execução de algumas tarefas, como pode ser observado a partir dos seguintes relatos:

É um impacto muito forte. Deveria ter uma equipe muito bem preparada para lutar com isso, a questão psicológica principalmente. Não só com o idoso, mas também com os familiares. Tinha que ser um trabalho feito em conjunto, os familiares também deveriam ser incluídos. (E06)

Com certeza vai mudar a adaptação do paciente. Vai ter algumas restrições de algumas coisas, lógico. (E08)

A realização de uma cirurgia mutiladora exige um olhar multi e interdisciplinar para ajudar a pessoa submetida ao procedimento a redimensionar o seu existir, e ainda para ajudá-la a abrir-se para nos projeto de vida que contemple o seu novo modo de ser no mundo (CHINI; BOEMER, 2007). A retirada de uma extremidade não significa somente a perda desta, frequentemente acarreta a perda de um emprego, aposentadoria precoce, piora na qualidade de vida, necessitando de compreensão e apoio não somente da equipe de saúde, mas também da sua família (LUCAS et al, 2010).

A família é considerada o habitat natural da pessoa, um local de proteção e estabilidade. O relacionamento do idoso com a sua família é importante em qualquer fase da vida (JEDE; SPULDARO, 2009). A família, portanto, desempenha um papel central na vida do paciente, e é parte importante do contexto de sua vida, pois pode fornecer recursos físicos e emocionais para manter a saúde e um sistema de apoio em momentos de crise e doença. Vale ressaltar que quando um membro da família fica doente, todos os outros membros são afetados, já que dependendo da natureza do problema, os familiares precisam modificar seus estilos de vida existentes ou reestruturar suas vidas (SMELTZER et al, 2009).

Pode-se observar ainda que para os enfermeiros da Clínica Cirúrgica em contato com a pessoa idosa em pós-operatório, o impacto da cirurgia mutiladora é menos percebido, apesar de reconhecerem que o procedimento cirúrgico de mutilação é de fato impactante, e que

também repercute na dependência do indivíduo para com a sua família e em seu psicológico. Para esses enfermeiros, o impacto da cirurgia mutiladora ocorre de forma mais acentuada em indivíduos mais jovens do que em idosos, conforme verificado na seguinte fala:

Tem um impacto, mas eu acho que no pós-operatório eles [os idosos] já passam para gente um pouco menor. Eu acho que o impacto pode até ser maior quando a gente tem um indivíduo jovem. No tocante ao paciente idoso, é um paciente que vai se tornar ainda mais dependente da família, o resto de sua vida. Então, eu acho que o impacto é mais na questão mesmo de mobilização de paciente e também porque mexe com o psicológico. (E09)

A realização da cirurgia mutiladora provoca mudanças na capacidade funcional da pessoa idosa, e conseqüentemente em seu nível de dependência e na relação idoso-família. O nível de dependência influencia diretamente na vida da pessoa idosa e de sua família, visto que a dificuldade de realização das atividades da vida diária determina a necessidade de ter alguém que se disponibilize para auxiliá-la e para cuidá-la, repercutindo em diversas dimensões da família que se ocupa com os cuidados, como em sua dinâmica, economia e saúde. Quando a pessoa idosa se torna dependente, inevitavelmente há alterações que envolvem afeto, finanças, relações de poder e o desenvolvimento de um processo de reorganização familiar (JEDE; SPULDARO, 2009).

Em relação ao impacto da cirurgia mutiladora ocorrer de forma mais acentuada em indivíduos mais jovens do que em idosos, observa-se que mais uma vez a percepção por parte dos enfermeiros se dá equivocadamente, já que o impacto da mutilação é percebido como algo que ocorre de forma mais agressiva em algumas pessoas e menos em outras. Não se deve comparar a repercussão que uma cirurgia mutiladora tem para uma pessoa jovem e para uma pessoa idosa, pois ambas possuem capacidades físicas e funcionais próprias da sua faixa etária, bem como possuem um entendimento peculiar das suas necessidades biopsicossociais, inseridos em contextos de valores e culturas diferentes, independente de ser idoso ou jovem, apenas pelo fato de singularmente existirem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora, através da história oral temática de enfermeiros, à luz da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, permitiu identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros e verificar como se deu o acompanhamento desses profissionais de saúde aos idosos submetidos à intervenção cirúrgica de mutilação, ao tempo em que foi necessário também descrever a percepção que o enfermeiro tem sobre o impacto de uma cirurgia deste porte para a pessoa idosa, visto que se pensou que a forma de conduzir tal ritual está relacionada diretamente com esta percepção.

Os resultados deste estudo foram apresentados e discutidos em três partes. Na primeira parte, os dados são referentes à “Caracterização dos colaboradores do estudo”. Na segunda e terceira parte, os dados são discutidos nas duas grandes categorias analíticas que emergiram do estudo: “Ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora” e “Percepção do enfermeiro sobre o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa”.

Vale ressaltar que a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, como suporte teórico adotado nesta pesquisa, foi de extrema importância porque desvelou a necessidade de construção de um ritual do cuidado de enfermagem ao idoso submetido à cirurgia mutiladora que seja capaz de transcender as práticas tradicionais generalizadas de cuidado e individualizá-las conforme os valores, saberes, crenças, culturas e visões de mundo de cada ser que é cuidado.

Na busca pela caracterização dos colaboradores do estudo, percebeu-se que havia predominância da faixa etária de 25 a 30 anos, do sexo feminino, autodeclarando-se de raça/cor parda, de religião católica, solteiros, sem filhos, mais de um ano de graduados, oriundos de instituição pública na qual cursaram disciplina referente à saúde do idoso, pós-graduados em nível de especialização voltada para o cuidado a pacientes críticos, como terapia intensiva e emergência. Vale ressaltar que nenhum dos colaboradores da pesquisa cursou pós-graduação na área de geriatria/gerontologia, bem como na modalidade *stricto sensu* em nível de mestrado ou doutorado.

No que diz respeito à percepção do enfermeiro sobre o impacto que uma cirurgia mutiladora tem para a pessoa idosa, nas Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino, pode-se verificar que esse impacto é percebido pelos enfermeiros como algo condicionado ao nível de dependência, que ocorre de forma mais amena ao idoso acamado,

interfere na qualidade de vida e contribui para o desenvolvimento de depressão pós-cirúrgica, induz a sentimentos de invalidez, medo do desconhecido e medo de não haver pessoas para cuidá-lo.

Portanto, repercute também no psicológico da pessoa idosa, sendo a mutilação impactante, sobretudo, na questão do autocuidado, autonomia e execução das atividades da vida diária. Esses enfermeiros reconhecem que, pelo fato de se tratar de uma situação difícil, delicada, complexa e traumática, a adaptação após a realização da cirurgia ocorre de maneira complicada e reforçam a ideia de que é necessário que o idoso possa enxergar possibilidades ao invés de limites, no sentido de saber lidar e conviver com todo o processo, sendo necessário também manter o emocional e autoestima aumentada.

No Centro Cirúrgico, a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da cirurgia mutiladora para o idoso está associada à questão da dependência, que repercute principalmente no autocuidado, ressaltando se tratar de pessoas já fragilizadas pelas próprias peculiaridades do processo de envelhecimento, sendo a intervenção cirúrgica de mutilação vinculada ao término da vida, estabelecendo-se o início do fim.

Já na Clínica Cirúrgica, para os enfermeiros que estão em contato com a pessoa idosa, o impacto da cirurgia mutiladora ocorre menos perceptivamente, entretanto, eles reconhecem que esse procedimento é algo fortemente impactante, que inclusive, necessita de assistência terapêutica interdisciplinar, principalmente para o apoio psicológico, envolvendo o idoso e seus familiares. Esses enfermeiros acreditam também que o impacto da cirurgia repercute na dependência, tanto para o idoso como para com a sua família, requerendo mudanças na adaptação da pessoa idosa e restrições para a execução de algumas tarefas. E ainda, o impacto da cirurgia de mutilação ocorre de forma mais acentuada em pessoas mais jovens do que em idosos.

Por se tratar de um procedimento que repercute na vida de todos os indivíduos, sob quaisquer que sejam as suas capacidades funcionais e faixas etárias, é extremamente chocante que os colaboradores do estudo percebam o impacto da cirurgia mutiladora para a pessoa idosa como condicionado à sua dependência, bem como ser mais acentuado em indivíduos mais jovens. Lembrando que idosos e adultos mais jovens possuem capacidades funcionais próprias da faixa etária que pertencem, bem como um entendimento peculiar de suas necessidades, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais, mergulhadas em contextos de valores, crenças, culturas e modos de viver diferentes.

Na realidade em que se deu este estudo, o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora se inicia nas Unidades de Pronto Atendimento

Masculino e Feminino, portanto, onde se percebe e acontece a fase pré-operatória das cirurgias, inclusive de mutilação. Nestas unidades, os cuidados que compõem o ritual dos enfermeiros aos idosos submetidos à intervenção cirúrgica de mutilação e o acompanhamento da pessoa idosa pelo enfermeiro se dão a partir de: admissão de enfermagem; encaminhamento da pessoa idosa para realização de exames pré-operatórios; orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora; solicitação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora; supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem; encaminhamento do idoso para o Centro Cirúrgico.

Após ser transportado para o Centro Cirúrgico, inicia-se o acompanhamento e o ritual do cuidado do enfermeiro ao idoso na fase intraoperatória, que é composto pelas seguintes intervenções: admissão de enfermagem; verificação da realização de exames pré-operatórios; verificação de assinatura do termo de autorização para cirurgia mutiladora; orientações ao idoso, familiares ou responsáveis sobre a cirurgia mutiladora; encaminhamento para Sala Operatória (SO); acompanhamento da monitorização do idoso; observação de possíveis complicações decorrente da cirurgia e do estado geral da pessoa idosa; encaminhamento do idoso para a Clínica Cirúrgica.

Posteriormente à recuperação anestésica, estabilização de sinais vitais e ausência de complicações, a pessoa idosa é encaminhada pelo enfermeiro para a Clínica Cirúrgica, onde se inicia o acompanhamento e o ritual do cuidado do enfermeiro no pós-operatório, composto por: admissão de enfermagem; supervisão de administração de medicamentos e de outros procedimentos; visita do enfermeiro; orientações ao idoso para alta hospitalar; viabilização de saída do paciente do hospital.

A pesquisa mostrou que em alguns momentos do ritual, a pessoa idosa experiencia situações de desrespeito da sua autonomia, cidadania, dignidade e individualidade, passando também por tratamento desumano e constrangedor que se afastam nitidamente de princípios e diretrizes presentes em diversos dispositivos legais, como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e a Política Nacional de Humanização (PNH).

Dentre outros achados importantes, o estudo revelou como de suma importância para toda pessoa idosa submetida a um processo cirúrgico de mutilação a realização da Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que é desenvolvida dentro das regras da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), porém com o processo de enfermagem focado especificamente no idoso cirúrgico, através do qual se pode levantar

uma história de saúde que se aproxime do contexto cultural do idoso, fortalecendo e ampliando a qualidade da assistência de enfermagem ao se colocar em prática a base da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, configurado no desenvolvimento de um cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

Dessa maneira, os resultados da pesquisa permitem afirmar que o ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa submetida à cirurgia mutiladora evidenciado neste estudo confronta-se com a proposta da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural, portanto da enfermagem transcultural, visto que o cuidado culturalmente congruente não é desenvolvido pelos enfermeiros e as diferentes culturas das pessoas envolvidas no processo não são contempladas e/ou reconhecidas.

Frente às tendências globais de envelhecimento populacional, sugere-se que para torna-se e manter-se preparado para cuidar de um contingente populacional em crescimento, que são as pessoas idosas, é necessário que cada vez mais as autoridades, os governantes, as universidades e as sociedades, estimulem, deem condições, provoquem, solicitem e valorizem a qualificação profissional na área gerontogeriátrica, não apenas de enfermeiros, como também de outros profissionais de saúde.

Para preencher a lacuna de profissionais qualificados nessa área, evidenciada também neste estudo, é necessário que exista iniciativa própria daqueles que porventura atuem ou pretendem atuar em serviços de atendimento às pessoas idosas, no sentido de reconhecer a importância de aperfeiçoamento e a busca da qualificação profissional nessa área. A qualificação profissional, por sua vez, promovida por instituições de ensino através dos cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, precisa também estar pautada no desenvolvimento e na prática do cuidado transcultural, para tanto, discussões e reflexões do cuidado culturalmente congruente precisam permear a formação dos profissionais.

Esta pesquisa, apesar de demonstrar uma realidade local acerca do ritual do cuidado do enfermeiro à pessoa idosa submetida à cirurgia mutiladora, pode refletir uma realidade de práticas existentes em nível nacional, quiçá internacional. Por isso, além das abordagens até então apresentadas, reconhece-se que a temática que o estudo enfoca permite e necessita de outras investigações e aprofundamentos que, pela complexidade do tema, são inesgotáveis.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. 3. Ed. – Rio de Janeiro : Editora FGV, 2005. 236 p.

ALBUQUERQUE, Letícia; FALKENBACH, Atos Prinz. Imagem corporal em indivíduos amputados. **Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 14, N. 131. Abril, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd131/imagem-corporal-em-individuos-amputados.htm>>. Acesso em: 29 Maio de 2013.

ALLEN, Sheila L. Cirurgia Geriátrica. In: ROTHROCK, Jane C. Alexander. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. pp. 1143-1164.

ALMEIDA, Aline Branco Amorim de; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.** 2011. Jan/Mar;13(1):42-9. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9462/9159>>. Acesso em: 20 Dez. 2012.

ALMEIDA, Ana Carolina Goulardins de et al . Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Abr. 2013.

BAGGIO, Maria Aparecida; TEIXEIRA, Ariane; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.122-139, jan. 2001. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4355/2303>>. Acesso em: 20 Abr. 2013.

BALESTRA, Carmencita Márcia. **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas** / Carmencita Márcia Balestra. – Campinas: C. M. Balestra, 2002. 87 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BATISTA, Fábio. **Tratamento de feridas – Cicatrização e curativos**. São Paulo : Leitura Médica Ltda., 2012. Disponível em: <http://www.drufabiobatista.med.br/Arquivos/tratamento_feridas.pdf>. Acesso em: 12 Julho 2013.

BENEDETTO, Kátia Monteiro de; FORGIONE, Maria Cristina Rizzi; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. **Acta Fisiátr.** 2002;9(2):85-89. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=294>. Acesso em: 29 Maio 2013.

BERGER, Louise. Contexto dos cuidados em gerontologia. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Processo de Enfermagem por necessidades. Lusodidacta: Lisboa (Portugal), 1995a. pp. 1-10.

BERGER, Louise. O consumo de medicamentos pelos idosos. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Processo de Enfermagem por necessidades. Lusodidacta: Lisboa (Portugal), 1995c. pp. 439-464.

BERGER, Louise. Os direitos dos idosos e a lei. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Processo de Enfermagem por necessidades. Lusodidacta: Lisboa (Portugal), 1995b. pp. 465-474.

BODACHNE, Luiz. Exames complementares no Paciente Idoso Cirúrgico. In: PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Clínica e Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 127-129.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto nº 1.948 Regulamenta a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996. 05 jan, seção 1, p. 77-9.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto nº 4.277 Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 13 maio 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria Nº 73 de 10 de maio de 2001. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. Brasília (DF): 10 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003**. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília (DF): 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 19 out. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 280 Aprova acompanhamento de idosos em hospitais**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 08 abr. 1999. Seção 1, p. 14.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 810 Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 22 set. 1989a. Seção 1, p. 17297-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 906 Institui o Comitê de Ensino e Pesquisa das Doenças Circulatórias no Idoso**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 24 nov. 1989b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): 10 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. **Cadernos HumanizaSUS - v. 3 - Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 268 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Lei nº 10.048 Dá Prioridade de atendimento a idosos, deficientes e gestantes**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 08 nov. 2000.

BRITTO DA MOTTA, Alda. Visão antropológica do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573p.

CAIAFA, Jackson Silveira et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Maio 2013.

CAPELLO, Renata Graziellen et al. Intervenções de enfermagem na recuperação anestésica: controle da dor, náuseas, hipotermia e outras complicações do pós-operatório. **Rev. Dor**, 2009; 10: 2: 113-119. Disponível em: <http://dor.org.br/revistador/Dor/2009/volume_10/número_2/pdf/Volume_10_n_2_pags_113-119.pdf>. Acesso em: 14 Maio 2013.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica**. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573p.

CARRETTA, Marisa Basegio; BETTINELLI, Luiz Antonio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Maio 2013.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus; GARCIA, Yolanda Maria. Biologia e teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 788 p.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 788 p.

CARVALHO, Francieli Silva et al. **Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular**: análise de prontuários. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 9(1), jan./abr. p.23-30, 2005.

CHAIM, Janice; IZZO, Helena; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2009; 33(2):175-181. Disponível em: <http://saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/175a181.pdf> Acesso em: 29 Maio 2013.

CHAIMOWICZ, Flávio. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573p.

CHINI, Gislaine Cristina de Oliveira. **A amputação sob uma perspectiva fenomenológica**. 2005. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/USP, Ribeirão Preto, 2005.

CHINI, Gislaine Cristina de Oliveira; BOEMER, Magali Roseira. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2007, março-abril; 15(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21>. Acesso em: 28 Maio 2013.

COIMBRA, Jorséli Angela Henriques; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Maio 2013.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CONCEIÇÃO, Luiz Fabiano Soriano da. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev Med Minas Gerais**, 2010; 20(1): 81-91. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/199.pdf>. Acesso em 22 Jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN; 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>>. Acesso em: 01 Maio 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN n.º 376 de 24 de março de 2011. Dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde**. Brasília (DF): COFEN; 2011. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html>. Acesso em: 27 Abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN n.º 429 de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente.** Brasília (DF): COFEN; 2012. Disponível em:

<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 08 Maio 2013.

CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro da et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>>. Acesso em: 01 Maio 2013.

CUSTODIO, Ires Lopes et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, Fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2013.

DALBOSCO, Simone Nenê Portela. **O Idoso Hospitalizado: perspectivas do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores / Simone Nenê Portela Dalbosco.** – Porto Alegre: S. N. P. Dalbosco, 2009. 143 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEMIDOFF, Alessandra de Oliveira; PACHECO, Fernanda Gallindo; SHOLL-FRANCO, Alfred. Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente. **Ciências & Cognição**, 2007; Vol 12: 234-239. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/651/433>>. Acesso em: 19 Maio 2013.

DIOGO, Maria José D'Elboux. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, Fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Maio 2013.

DUERKSEN, Frank. Amputação e reabilitação do amputado. In: DUERKSEN, Frank; VIRMOND, Marcos. **Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase**. Bauru: ALM Internacional, 1997. pp. 341-347. Disponível em: <<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/DUERKSEN,%20FRANK/pe/PDF/amputacoes.pdf>>. Acesso em: 28 Maio 2013.

FELICIANO, Adriana Barbieri et al. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1575-1585, Nov-Dez, 2004.

FERNANDES, Eduardo de Oliveira et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (2): 240-258, abr.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-02/23-pratica_medica.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2013.

- FREITAS, Elizabete Viana de. Diabetes Mellitus. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.
- FREITAS, Sônia Maria de. **História oral**: possibilidades e procedimentos / Sônia Maria de Freitas. 2. ed. – São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2006. 142 p.
- GALIZZI, João. Propedêutica Clínica do Paciente Idoso. In: PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Clínica e Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, pp. 116-122.
- GANDOLPHO, Maria Ângela; FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 30, v. 30, n. 3, jul./set. pp. 398-408, 2006. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/38/enfermagem_cuidando_idoso.pdf>. Acesso em: 25 Set. 2012.
- GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GEERTZ, Clifford. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. – 12. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009.
- GOMES, Mercio Pereira. **Antropologia**: ciência do homem : filosofia da cultura. São Paulo, SP: Contexto, 2008. 237 p.
- GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria. O Cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: Conceito e Prática. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.
- GUIMARÃES, Renato Maia. O Envelhecimento: um processo pessoal? In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.
- HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009. Abr-Jun; 18(2): 258-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>>. Acesso em: 24 Maio 2013.
- HELMAN, Cecil. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HOEBEL, E. Adamson; FROST, Everett L. **Antropologia cultural e social**. São Paulo: Cultrix, 1976.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000**. Rio de Janeiro, 2002. 97 p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios - Resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011a. 270 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010 - Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2010a. 211 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010 - Nupcialidade, fecundidade e migração - Resultados da amostra**. Rio de Janeiro, 2010b. 346 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Síntese de Indicadores 2009**. Rio de Janeiro, 2010c. 288 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011b. 261 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de Indicadores Sociais - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010d. 317 p.

JEDE, Marina; SPULDARO, Mariana. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/375/822>>. Acesso em: 20 Jun. 2013.

KAUFFMAN, Paulo; KUZNIEC, Sérgio. Vasculopatias. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 788 p.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(3):494-500. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>>. Acesso em: 29 Abr. 2013.

LADEIRA, Márcia C. B. A necessidade de exames complementares pré-operatórios. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2007;6(2):20-27. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/audiencia_pdf.asp?aid2=211&nomeArquivo=v6n2a03.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2013.

LEININGER, Madeleine M.; MCFARLAND, Marilyn R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2. ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett; 2006.

LEITÃO, Marisa Sá. **O psicólogo e o hospital**. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto, 1993.

LUCAS, Lúcia Percília Pereira et al. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Rev. Eletr. Enf.** 2010;12(3):535-8. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6005/7873>>. Acesso em: 13 Jun. 2013.

LUCCIA, Néelson de; GOFFI, Fábio Schmidt; GUIMARÃES, Jorge Salles. Amputação dos Membros. In: GOFFI, Fábio Schmidt et al. **Técnica cirúrgica: Bases Anatômicas, Fisiopatológicas e Técnicas da Cirurgia**. – 4. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007. pp. 180-188.

MARCONDES, José Antonio Miguel et al. Diabetes mellitus e envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 788 p.

MATOS, Maria de Jesus Gomes. A Assistência de Enfermagem ao Idoso em Situação Cirúrgica. In: PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Cirurgia geriátrica**. MEDSI, 1998. 780 p.

MATTOS, Carine Magalhães Zanchi de et al. Processo de enfermagem aplicado a idosos com alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 16, edição especial, pp. 433-447, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17921/16307>>. Acesso em: 03 Abr. 2013.

MAILLOUX-POIRIER, Danielle. Processo de enfermagem aplicado à gerontologia. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Processo de Enfermagem por necessidades. Lusodidacta: Lisboa (Portugal), 1995. pp. 73-78.

MCLUHAN, Marshall. Prólogo. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Processo de Enfermagem por necessidades. Lusodidacta: Lisboa (Portugal), 1995. 610 p.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom; HOLANDA, Fabíola. **História oral: como fazer, como pensar** / José Carlos Sebe Bom Meihy, Fabíola Holanda. – São Paulo: Contexto, 2007.

MELLO, Antonio Vieira de et al. Cirurgia Vasculiar Periférica no Idoso. In: PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Cirurgia geriátrica**. MEDSI, 1998. 780 p.

MELLO, Antonio Vieira de; SANTOS, Cristina Maria Torres dos. Isquemia Crítica dos Membros Inferiores no Idoso. In: PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Cirurgia geriátrica**. MEDSI, 1998. 780 p.

MENDES, Juliana et al. Cuidado de enfermagem ao idoso no centro de terapia semi-intensiva: pesquisa qualitativa exploratória. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 8, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2383/506>>. Acesso em: 25 Jan. 2013.

MENDOZA, Isabel Yovana Quispe. **Paciente idoso cirúrgico: complicações no período de recuperação pós-anestésica** / Isabel Yovana Quispe Mendoza. – São Paulo: I. Y. Q. Mendoza, 2006. 104 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MENDOZA, Isabel Yovana Quispe; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. **Saúde Coletiva**, Vol. 30, Núm. 6, 2009, pp. 104-108.

MENEZES, Maria do Rosário. Violência contra idosos: é preciso se importar!. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William. (Org.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª. Ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2008.

MINELLI, Lorivaldo et al. Diabetes mellitus e afecções cutâneas. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, Dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Maio 2013.

MIRANDA, Roberto Dischinger. Doença Vascular Periférica no Idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.

MODESTO, Ana Paula. A teoria cultural do cuidado e o idoso renal crônico. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, n.1, julho, pp. 1-12, 2008. Disponível em: <<http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/73/66>>. Acesso em: 23 Dez. 2012.

MURTA, Genilda Ferreira; GARCIA, Juliana Neves Russi. **Procedimentos básicos de enfermagem no cuidar**. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2006, 470 p.

NASCIMENTO, Valesca Patrícia Chagas do et al. Avaliação da técnica de curativo em cliente com acesso venoso para hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):215-9. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a13.pdf>>. Acesso em: 02 Maio 2013.

NONINO, Eleine Aparecida Penha Martins; ANSELMI, Maria Luiza; DALMAS, José Carlos. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2008, janeiro-fevereiro; 16(1), pp. 57-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_09.pdf>. Acesso em: 02 Maio 2013.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petropolis, RJ: Vozes, 2007. 182 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas**. Francia, 2008. 32 p.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa; PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1):130-5. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a21.pdf>>. Acesso em: 12 Julho 2013.

PAULINO NETTO, Augusto; PASSOS, Renato Rocha. Adversidades na Cirurgia do Idoso. In: PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Clínica e Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, pp. 165-168.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco; SALLES, Renata Freitas Nogueira; FRANCO, Renato Prudente. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 788 p.

PASSOS, Silvia da Silva Santos; SADIGUSKY, Dora. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):598-603. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>>. Acesso em: 24 Maio 2013.

PEREIRA, Adriana Pellegrini dos Santos et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1):40-5. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 Maio de 2013.

POMPEO, Daniele Alcalá et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul Enferm**, 2007;20(3):345-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf>. Acesso em: 28 Maio 2013.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITAO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, Jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Maio 2013.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. 7. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

ROSENTHAL, Ronnie A.; ZENILMAN, Michael E. Cirurgia em Idosos. In: SABISTON, David C.; TOWNSEND, Courtney M. Sabiston. **Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna**. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 2v.

SCHILDER, Paul. **A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

SILVA, Daniela Odnicki da et al. Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Maio 2013.

SILVA, Haroldo C. da; GONÇALVES, Raphael M. G. M. A consulta clínica pré-operatória. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2007;6(2):13-19. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/audiencia_pdf.asp?aid2=210&nomeArquivo=v6n2a02.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2013.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, pp. 98-105, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jan. 2013.

SILVA, Sílvio Éder Dias da et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 404-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a09v63n3.pdf>>. Acesso em: 29 Maio 2013.

SILVEIRA, Rosemary Silva da et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, pp. 442-446, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2012.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SPERANZINI, Manlio Basilio; DEUTSCH, Claudio Roberto. Indicações, Oportunidade e Conveniência na Cirurgia do Idoso. In: PETROIANU, Andy; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Clínica e Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, pp. 161-164.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – SOBECC. **Práticas recomendadas - SOBECC**. 3. ed., rev. e atual. São Paulo: SOBECC, 2005. 158 p.

SUMIYA, Alberto. Satisfação com a saúde e capacidade funcional de idosos amputados. **Neurobiologia**, 72 (2) abr./jun., 2009. Disponível em: <http://www.neurobiologia.org/ex_2009.2/Microsoft%20Word%20-%207_Idoso_Sumiya_OK_.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2013.

TURNER, Victor W. **O processo ritual**: estrutura e anti-estrutura. Petrópolis, RJ: Vozes, 1974. 245 p.

VENDITES, Soraya; ALMADA-FILHO, Clineo de Melo; MINOSSI, José Guilherme. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 23, n. 3, pp. 173-182, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Abr. 2013.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 190 p.

WELCH, Alice Z. Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. **Teorias de Enfermagem e a Sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). – (5. ed. em inglês). Loures: Lusociência, 2004. pp. 563-591.

ZAGO, Márcia Maria Fontão. **O Ritual de Orientação de Pacientes pelos Enfermeiros Cirúrgicos: um Estudo Etnográfico**. Ribeirão Preto: USP, 1994. 154 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

APENDICES

Apêndice A – Termo de Solicitação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE SOLICITAÇÃO

Centro de Educação Permanente (CEPER)

Coordenação do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento

Nós, Maria do Rosário de Menezes (pesquisadora-responsável) e Eduardo Nunes da Silva (pesquisador-colaborador), estamos desenvolvendo uma pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que tem como título “O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar o ritual do cuidado de idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora a partir da história oral temática de enfermeiros. E como objetivos específicos: identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros ao paciente idoso no período perioperatório de cirurgia mutiladora; verificar como se dá o acompanhamento dos idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora pelos enfermeiros; descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da cirurgia mutiladora em idosos.

O locus da pesquisa será a Clínica Cirúrgica, o Centro Cirúrgico, a unidade de Pronto Atendimento Masculino (PAM) e a unidade de Pronto Atendimento Feminino (PAF) desta Instituição. A coleta de dados está prevista para ocorrer até julho de 2012, tendo o relatório final da mesma previsto para ser entregue em dezembro de 2012. Sendo assim, solicito de V.S.^a a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso dos pesquisadores desta pesquisa às referidas clínicas a fim de iniciar o processo de coleta de dados, que será realizado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Salvador, Bahia, ____ de _____ de 2012.

Assinatura da pesquisadora-responsável

Assinatura do pesquisador-colaborador

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria do Rosário de Menezes (pesquisadora-responsável) e Eduardo Nunes da Silva (pesquisador-colaborador), estamos convidando você a contribuir por meio de sua participação como sujeito do estudo de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que tem como título “O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”. Esta pesquisa terá como objetivo geral: analisar o ritual do cuidado de idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora a partir da história oral temática de enfermeiros. E como objetivos específicos: identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros ao paciente idoso no período perioperatório de cirurgia mutiladora; verificar como se dá o acompanhamento dos idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora pelos enfermeiros; descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da cirurgia mutiladora em idosos.

Caso você concorde em participar, a coleta de dados ocorrerá por meio de uma entrevista, contando para a realização da mesma com o sigilo e privacidade entre o pesquisador e o entrevistado, ficando sob seu julgamento a escolha do local e horário mais apropriado. As perguntas realizadas e suas respostas serão gravadas através de um gravador digital, cuja gravação, você poderá ter acesso para retirar e/ou acrescentar informações. Posteriormente a gravação será arquivada em CD e permanecerá por um período de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, os quais serão armazenados no Núcleo de Estudos Para Valorização do Envelhecimento (NEVE), situado na própria universidade, tendo o entrevistado o direito de acesso à sua respectiva entrevista durante todo esse período. Passados os cinco anos, as informações poderão ser deletadas e a mídia reaproveitada.

Este estudo contribuirá para com as práticas dos graduandos, estagiários, residentes e enfermeiros, visto que os resultados desta pesquisa poderão fomentar discussões, reflexões e

aprendizado acerca dos cuidados aos idosos e suas famílias no período perioperatório de cirurgia mutiladora, além de contribuir com o aumento da produção científica na área de saúde do idoso, que cada vez mais merece atenção por parte dos pesquisadores e da sociedade em que estão inseridos. O risco oferecido pela pesquisa é baixo, considerando que o desconforto que o entrevistado poderá sentir é o de compartilhar um pouco das informações profissionais, pessoais ou confidenciais. Porém, não é do desejo dos pesquisadores que isto venha a acontecer. O entrevistado não precisa responder qualquer pergunta na entrevista ao sentir que a mesma é muito pessoal ou se sentir incômodo em falar.

Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural. Ninguém terá conhecimento de quem respondeu as perguntas, assim como será garantida a liberdade de recusar ou de retirar o consentimento a qualquer momento da entrevista sem sofrer nenhum dano.

Caso haja necessidade de contato para esclarecimento de qualquer dúvida quanto a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone (71) 3283-7631 ou FAX (71) 3332-4452, e também através do endereço: Rua Augusto Vianna, s/n, 7º andar, CEP: 40110-060, Canela, Salvador, Bahia.

Após ter sido informado sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, autorizando que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, elaboração de artigos, ou qualquer outra atividade somente para fins científicos, por sua livre vontade, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Salvador, Bahia, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador
(carimbo e assinatura legível)

Apêndice C – Roteiro de Entrevista – Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista Número: _____ Início: ____ h ____ min Término: ____ h ____ min

Data: ____/____/2012 Local: () Clínica Cirúrgica () Centro Cirúrgico
() PAM () PAF () Outro: _____

1. Caracterização Sócio-demográfica

- 1.1 Iniciais: _____ 1.2 Idade: _____ anos
- 1.3 Sexo: () Masculino () Feminino
- 1.4 Cor ou Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
- 1.5 Possui religião? () Não () Sim Qual? () Católica () Evangélica
() Espírita () Umbanda () Candomblé () Outras religiosidades _____
- 1.6 Qual o estado civil? () Casado(a) () Divorciado(a) () Desquitado(a) ou separado(a) Judicialmente () Viúvo(a) () Solteiro(a)
- 1.7 Qual é a natureza da união? () Casamento civil e religioso () Só casamento religioso () Só casamento civil () União consensual
- 1.8 Possui filho(s)? () Não () Sim Quantos? _____
- 1.9 Tempo de graduado(a): () mais de 6 meses () mais de 1 ano
() mais de 2 anos () mais de 3 anos () mais de 4 anos () mais de 5 anos
- 1.10 Tempo de serviço no *locus* da pesquisa: () mais de 6 meses () mais de 1 ano
() mais de 2 anos () mais de 3 anos () mais de 4 anos () mais de 5 anos
- 1.11 Possui Pós-graduação em Gerontologia/Geriatria? () Não () Sim
- 1.12 Possui outra Pós-graduação? () Não () Sim Qual(is): _____
- 1.13 Em que tipo de Instituição de Ensino Superior você cursou a graduação em Enfermagem? () Pública () Privada Qual? _____
- 1.14 Cursou disciplina referente à Saúde do Idoso? () Não () Sim

2. Conte sobre sua experiência com cirurgia mutiladora em pessoas idosas.

3. Fale como é o cuidado do enfermeiro a pessoas idosas no período perioperatório de cirurgia mutiladora.

4. Fale o que representa esse cuidado para você.

5. Fale sobre sua percepção acerca do impacto que uma cirurgia mutiladora tem para a pessoa idosa.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Autorização de Pesquisa



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE - HGCA

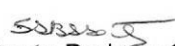
HGCA Ofício Nº. 0259/2012


Feira de Santana, 13 de fevereiro 2012.

Ilm^a.sr^a. MARIA DO ROSÁRIO DE MENEZES
PESQUISADORA DO CURSO DE ENFERMAGEM
Universidade Federal da Bahia.

Considerando a importância da pesquisa para o fortalecimento das práticas assistenciais e acadêmicas de todas as áreas da saúde, e ser de interesse desta instituição incentivar Estudos cujos objetos estão centrados na realidade declaramos: **AUTORIZADO** o estudo a ser realizado pelo enfermeiro Eduardo Nunes da Silva, **INTITULADO**: “**O RITUAL DO CUIDADO A PESSOA IDOSA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA MUTILADORA**”, sob a orientação do Prof^a. Maria do Rosário de Menezes. A pesquisa será realizada no setor de Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, PAM e PAF com previsão para encerramento em Dezembro de 2012. Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ocorrer mediante agendamento prévio com o Coordenador, de modo a evitar a sobrecarga de pessoas respeitando a rotina de cuidados na unidade. Solicitamos que se assegure o sigilo de informações que envolvam os usuários, profissionais e as práticas assistenciais desenvolvidas nesta Instituição e, que ao final de sua pesquisa o (a) autor (a) deposite cópia de **Relatório na Biblioteca local**.

Sem mais para o momento subscrevemo-nos.


Silvone Santa Bárbara S. Santos
Coordenação NUPED


Iraci Leite da Silva.
Diretoria Geral

Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

PROJETO DE PESQUISA

Título: O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora

Área Temática:

Pesquisador: EDUARDO NUNES DA SILVA

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal da Bahia - UFBA

CAAE: 02459012.9.0000.5531

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 36763

Data da Relatoria: 02/05/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de dissertação de Mestrado de Eduardo Nunes, sob a orientação da Professora Maria do Rosário de Menezes. Apresenta-se redigido de forma clara, lógica e consistente com a literatura utilizada justificando a escolha do tema. É uma pesquisa exploratória descritiva, com financiamento próprio. Tem como tema: "O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal- analisar o ritual do cuidado de idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora a partir da história oral temática de enfermeiros. E os objetivos específicos serão: identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros ao paciente idoso no período perioperatório de cirurgia mutiladora; verificar como se dá o acompanhamento dos idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora pelos enfermeiros; descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da cirurgia mutiladora em idosos. Os sujeitos serão enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são explicitados como segue: O risco oferecido pela pesquisa é descrito baixo, considerando que o desconforto que o entrevistado poderá sentir é o de compartilhar um pouco das informações profissionais, pessoais ou confidenciais.

Os benefícios estão explicitados para a população do estudo. Este estudo contribuirá com as práticas dos graduandos, estagiários, residentes e enfermeiros, visto que os resultados desta pesquisa poderão fomentar discussões, reflexões e aprendizado acerca dos cuidados aos idosos e suas famílias no período perioperatório de cirurgia mutiladora, além de contribuir com o aumento da produção científica na área de saúde do idoso, que cada vez mais merece atenção por parte dos pesquisadores e da sociedade em que estão inseridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é pertinente para a formação do enfermeiro, o referencial teórico é atualizado e possui coerência com currículo da orientadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto, TCLE adequado, conforme a resolução 196/96. Declaração de que só serão colhidos os dados após aprovação do CEPEEUFBA. Não apresenta critério de exclusão entretanto está implícito, uma vez que o critério de inclusão é: ter pelo menos 6 (seis) meses de experiência no lócus da pesquisa (Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento Masculino e Pronto Atendimento Feminino).

Recomendações:

Faltou colocar que um critério de inclusão seria aceitar participar do grupo e de exclusão não aceitar participar da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O fato de não estar colocado explicitamente o critério de exclusão observa-se que este aspecto encontra-se no TCLE, quando se refere: "caso o sujeito aceite participar". Desta forma consideramos que isto não seria impeditivo para aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

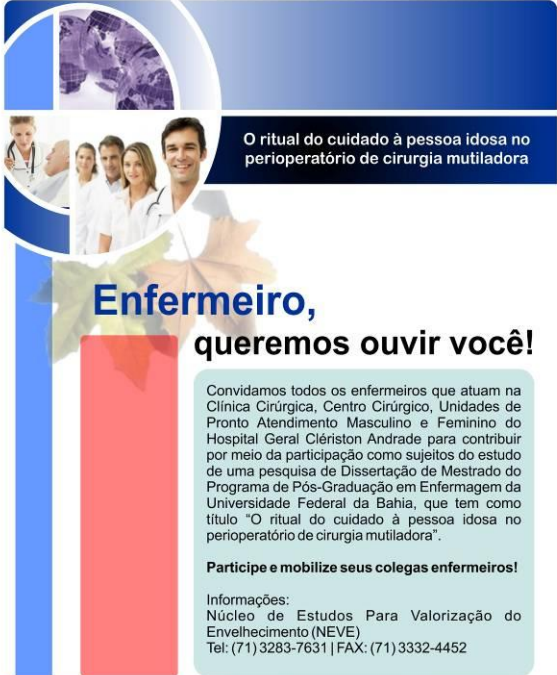
O Colegiado homologa o Parecer de Aprovação emitido pelo relator.

SALVADOR, 14 de Junho de 2012

Assinado por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA

Anexo C – Folder Informativo da Pesquisa



O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora

Enfermeiro, queremos ouvir você!

Convidamos todos os enfermeiros que atuam na Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino do Hospital Geral Clériston Andrade para contribuir por meio da participação como sujeitos do estudo de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que tem como título "O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora".

Participe e mobilize seus colegas enfermeiros!

Informações:
Núcleo de Estudos Para Valorização do Envelhecimento (NEVE)
Tel: (71) 3283-7631 | FAX: (71) 3332-4452

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDOS PARA VALORIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO - NEVE

O presente estudo terá como objeto o ritual do cuidado de idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora. O objetivo geral desta pesquisa será: analisar o ritual do cuidado de idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora a partir da história oral temática de enfermeiros. E os objetivos específicos serão: identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros ao paciente idoso no período perioperatório de cirurgia mutiladora; verificar como se dá o acompanhamento dos idosos no período perioperatório de cirurgia mutiladora pelos enfermeiros; descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da cirurgia mutiladora em idosos.

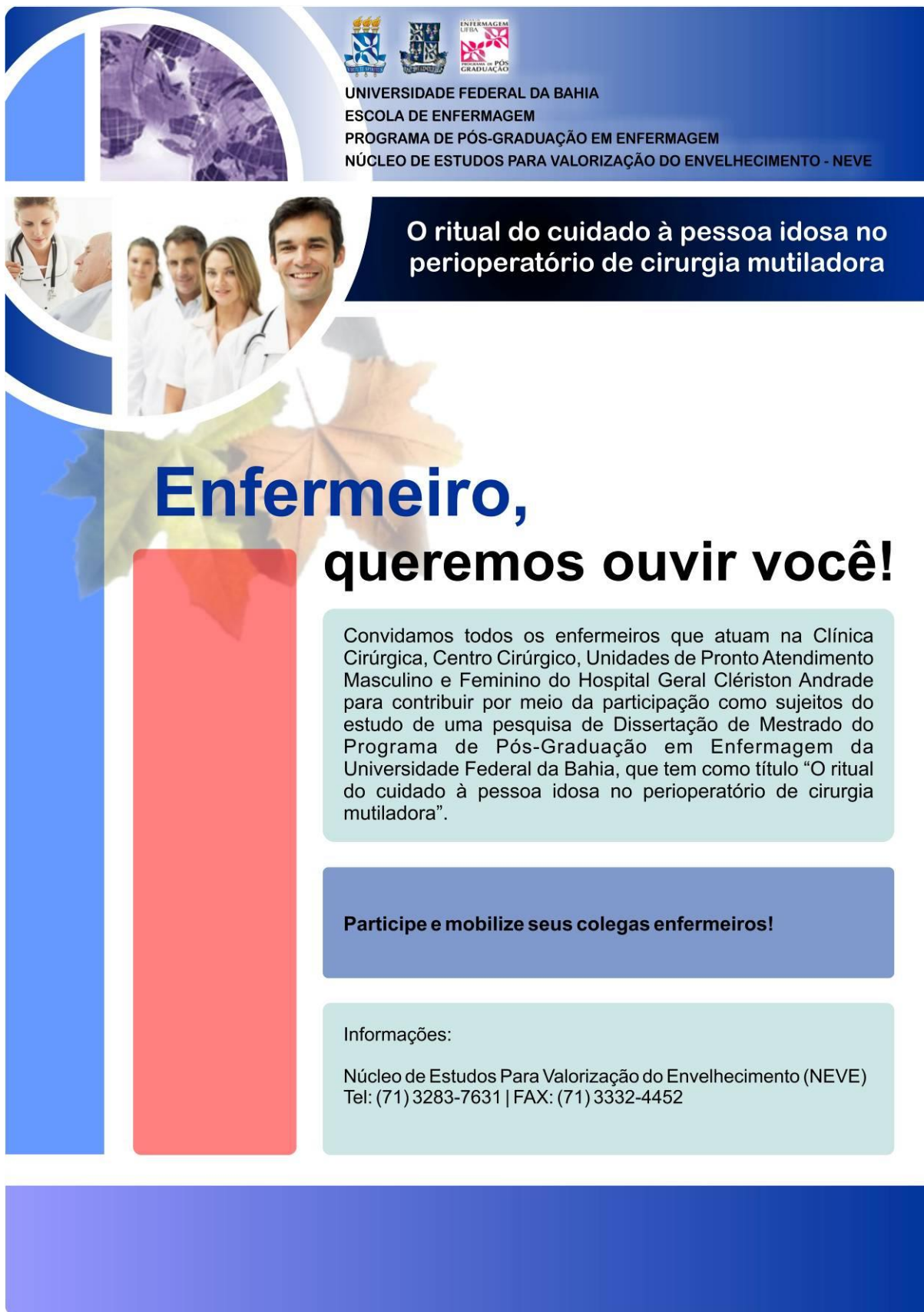
Como suporte teórico será utilizada a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger. Será um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que utilizará o método da História oral temática. O campo de investigação será o município de Feira de Santana, situado no Estado da Bahia, sendo o lócus da pesquisa, a Clínica Cirúrgica, o Centro Cirúrgico, a unidade de Pronto Atendimento Masculino (PAM) e a unidade de Pronto Atendimento Feminino (PAF) de um Hospital Público do Estado.

Os sujeitos desta pesquisa serão os enfermeiros lotados na Clínica Cirúrgica, no Centro Cirúrgico, na unidade de Pronto Atendimento Masculino (PAM) e na unidade de Pronto Atendimento Feminino (PAF) do hospital. Para a realização da coleta de dados, será utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. Serão obedecidos os preceitos éticos estabelecidos para a realização de pesquisas com seres humanos, conforme regulamentado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para analisar os materiais coletados nas entrevistas com os enfermeiros será utilizada a Análise de Conteúdo.


Pesquisadores:
Maria do Rosário de Menezes
Eduardo Nunes da Silva
Núcleo de Estudos Para Valorização do Envelhecimento (NEVE)
Tel: (71) 3283-7631 | FAX: (71) 3332-4452


(Anverso/Verso)

Anexo D – Cartaz Informativo da Pesquisa



The poster features a blue background with a white circular graphic on the left containing a globe and a group of healthcare professionals. The top right corner displays the logos of the University of Bahia and the School of Nursing, along with the program name. The main title is in large blue and black text. A central text box provides details about the research project. Below it, a blue box encourages participation, and a light blue box provides contact information. The bottom of the poster is a solid blue bar.


UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDOS PARA VALORIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO - NEVE


O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora

**Enfermeiro,
queremos ouvir você!**

Convidamos todos os enfermeiros que atuam na Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Unidades de Pronto Atendimento Masculino e Feminino do Hospital Geral Clériston Andrade para contribuir por meio da participação como sujeitos do estudo de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que tem como título “O ritual do cuidado à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora”.

Participe e mobilize seus colegas enfermeiros!

Informações:
Núcleo de Estudos Para Valorização do Envelhecimento (NEVE)
Tel: (71) 3283-7631 | FAX: (71) 3332-4452

Anexo E – Termo de Autorização para Cirurgia Mutiladora

HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE
Av. Eduardo Fróes da Mota, s/n (Contorno) - Feira de Santana - BA.
C.N.P.J.(M.F.) 13.937.131/0026-08 - Inscrição Estadual 70.745.597

**AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA MUTILADORA
OU ENUCLEAÇÃO**

EU, _____ RESPONSÁVEL
PELO PACIENTE _____
CIENTE DA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA MUTILADORA
NO MESMO, AUTORIZO A SUA REALIZAÇÃO.

DATA: _____

ASSINATURA: _____

DOCUMENTO: _____

Anexo F – Impresso para Admissão de Enfermagem no Centro Cirúrgico

SESAB -sus-	SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA				ARQH	ATAQ
	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO					

IDENTIFICAÇÃO						
NOME	IDADE			SEXO	REGISTRO	
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	CIRURGIÃO (ÕES)			AUX. CIRURGIÃO	ANESTESIOLOGISTA	
UNIDADE DE ORIGEM	PORTE		POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO		ELETIVA	URGENCIA
	P	M	G	L	PC	C I

Admissão por: () FAB () FAF () Queimadura () Corpo estranho () Espancamento () Queda de altura
() Acidente automobilístico () Patologias () Acidente por motocicleta () Por máquina
() Atropelamento () OUTROS _____

Se acidente por motocicleta: () Usava capacete () Não usava capacete () Usava botas () Usava sandália
() Não usava botas

Acompanhamento: () Sozinho () Familiares () Apenas maqueiro () Funcionários de setor de origem
() SAMU () Bombeiros () Plantonista

Condução: () Cadeira de rodas () Maca () Deambulando

Patologias: () DM () HAS () Cardiopatias () Neuropatias () Vasculopatias () AVC () HIV
() CA () IRC () Hepatopatia

Uso de Medicação: () SIM () Não Quais: _____

Alergias: () Sim () Não A que? _____

Pertences: () Só roupas () Roupas e calçados () Celular () Carteira com documentos () Dinheiro
() Objetos de valor Quais? _____

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Torporoso () Orientado () Desorientado () Sedado

Estado Emocional: () Calmo () Ansioso () Agitado () Deprimido () Choroso () Gemente

Estado Geral: () Limpo () Sujo () Sujo de Sangue

Pele: () Inteira () Hidratada () Desidratada () Ictérica () Fria () Palidez () Sudorese

Lesões: () Couro Cabeludo () Pescoço () Tórax () Abdome () MSE () MSD () MIE () MID
() Genitália () Bacia LOCAL: _____

Mucosas: () Normocrômicas () Hipocrômicas () Hiperocrômicas () Ictéricas

Tórax: () Simétrico () Assimétrico () Lesão () Dor () Dispnéia () Taquipnéia () DT à E () DT à D

Abdome: () Plano () Distendido () Flácido () Rígido () Globoso () Dor à palpação

MMSS/MMII: () Edema () Varizes () Deformidades () Amputação () FAV () Envolto em atadura

Extremidades: () Aquecidas () Oxigenadas () Frias () Cianóticas

Em Uso de: () Colar cervical () Cateter central () Cateter periférico () Com BI () Sem BI
() Ventilação Mecânica () O₂ c/ máscara de venturi () O₂ c/ cateter nasal () Traqueostomia
() Usa drogas vasoativas () SNG () SNE () Penso cirúrgico Local: _____
() Drenos tubular () Dreno de sucção () Dreno de penrose () Dreno de Tórax
() Colostomia () Jejunostomia () Ileostomia () Imobilização () Fixador externo
() Bolsa de Bogotá (peritoneostomia) () Sondagem vesical _____
() Transfusão sanguínea () Tala gessada local _____

Exames Complementares: () RX Quantos _____ () Tomografias () Laboratóriais () USG
() ECG () Biópsia

Queixas: _____

Sinais vitais: PA: X mmHg ; FC= bat/min ; T= °C ; SPO₂ = % ; R= inc/min.

Assinatura de quem admitiu: _____ **Coren:** _____ **Data** / / _____

(Anverso)

