



CURSO DE PSICOLOGIA

Karine Inês Westenhofen Felzmann

**FATORES PESSOAIS, FAMILIARES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PODEM
INTERFERIR NO MOMENTO PRÉ-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS ELETIVAS**

Santa Cruz do Sul

2017

Karine Inês Westenhofen Felzmann

**FATORES PESSOAIS, FAMILIARES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PODEM
INTERFERIR NO MOMENTO PRÉ-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS ELETIVAS**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Psicologia
da Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC.

Orientadora: Prof. Ms.Teresinha Eduardes Klafke

Santa Cruz do Sul

2017

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Erena e Wilson, pelo apoio e incentivo. Por me darem forças com palavras de incentivo nos momentos de cansaço e desânimo. Pela compreensão nos meus momentos de impaciência. Por acreditarem em mim. Grata.

À toda minha família, pelo apoio infindável no decorrer desta trajetória. Pelos momentos de amparo, confiança e encorajamento, e por compreenderem meus momentos de ausência.

Ao meu namorado, Joilson, pelo amor, carinho e companheirismo. Pelas alegrias proporcionadas em meio aos meus momentos de angústia. Obrigada pelo apoio.

À minha orientadora, professora Teresinha Klafke, pela dedicação, orientações e ensinamentos. Se colocando sempre à disposição, me amparando em momentos de aflição e tornando mais leve a conclusão desse percurso.

Ao hospital, que possibilitou a realização desta pesquisa em sua instituição. Muito obrigada.

A todos aqueles (amigos, colegas, professores) que, de algum modo, participaram desta trajetória. Sou grata pelos incentivos, pelas trocas realizadas, pelos ensinamentos e pelos momentos de afeto.

RESUMO

Submeter-se a um procedimento cirúrgico, independente do grau de complexidade da operação, é um momento receoso do processo terapêutico, pois envolve uma carga emocional peculiar e que desencadeia diferentes aspectos emocionais nos pacientes. Diante de tal realidade, buscou-se identificar os fatores que interferem no momento pré-operatório em cirurgias eletivas. Em específico, foram analisadas as questões que afetam o sujeito, de que modo a organização familiar e social podem afetar o paciente e a forma como a organização hospitalar exerce influência sobre o estado emocional dos pacientes. Para tanto, este estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, da qual participaram dez pacientes que se submeteram a um procedimento cirúrgico em traumatologia pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados coletados foram analisados através da análise de conteúdo de acordo com a proposta de Bardin (1977). A partir da análise dos dados obtidos, verificou-se que, o estado emocional dos pacientes, frente à realização de uma cirurgia eletiva, é influenciado por diferentes aspectos, sendo que, há aqueles que contribuem para um estado emocional favorável frente à cirurgia, deixando os pacientes calmos, confiantes; e outros que interferem para um estado emocional desfavorável, causando, por exemplo, ansiedade, estresse e medo. Constatou-se que a vivência desse momento é determinada por aspectos relacionados às circunstâncias que antecederam a cirurgia, temores e estratégias de enfrentamento utilizadas, a maneira como a família e o entorno social se organizaram e as interferências provocadas na rotina diária e no trabalho. Também se verificou a importância da organização hospitalar de promover sensação de segurança e confiança. Nesse sentido, foram apontados como aspectos positivos a relação estabelecida entre pacientes e equipe de saúde, aspectos da ambiência hospitalar e o curto período de internação. Dentre os fatores que se constituem como desfavoráveis ao estado emocional apontou-se a exposição do corpo. Explorar os fatores que podem interferir no momento pré-operatório em cirurgias eletivas se mostrou relevante na medida em que, a partir disso, podem ser pensadas estratégias de intervenção a fim de minimizar sentimentos negativos e os pacientes sentirem-se seguros para poderem reagir de modo eficiente frente aos aspectos estressores.

Palavras-chave: Pré-operatório. Estado emocional. Cirurgia eletiva. Traumatologia.

ABSTRACT

Submitting to a surgical procedure, independent of the grade of complexity, is an apprehensive moment of the therapeutic process, because it involves a peculiar emotional charge that triggers different emotional aspects in patients. Facing this reality, it was sought to identify the factors that interfere in the pre-operative moment in elective surgeries. In specific, it was analyzed the questions that affect the subject, the way that family and social organizations can affect the patients and how the hospital organization exercises influence in the emotional state of the patient. For that purpose, this research was accomplished through this qualitative survey, that ten patients participated and submitted to a traumatology surgical procedure realized by Sistema Único de Saúde (SUS). The data collected was analyzed through the content analysis with the Bardin's proposal (1997). By the analysis from the data collected, checking that, the emotional state of the patients. Facing the realization of an elective surgery, is influenced by different aspects, from which there are those who contribute to a favorable emotional state facing the surgery, leaving patients calm, positive; and others that interfere to an unfavorable emotional state, causing, for example, anxiety, stress and fear. It was found that experience from the moment is determined by aspects related to the circumstances that preceded the surgery, fears, confronting strategies used, the way how the Family and the social involved organized and interference caused in daily routine and work. Also verified the hospital organization importance to promote security and trust feeling. In this sense, were pointed out as positive aspects the relationships between patient and healthcare team aspects of the hospital environment and the short hospitalization time. Among the factors that contribute as unfavorable to emotional state was pointed out the body exposure. Exploring the factors that may interfere in the pre-operative period in elective surgeries proved relevant in that, intervention strategies can be devised to minimize negative feelings and the patients feel safe to react efficiently to stress aspects.

Keywords: Pre-operative. Emotional state. Elective surgery. Traumatology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 METODOLOGIA.....	7
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
3.1 O processo cirúrgico e as reações emocionais vivenciadas por pacientes	10
3.2 O processo de hospitalização.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	18
4.1 Questões que afetam o sujeito	18
4.1.1 Circunstâncias que antecedem a cirurgia.....	18
4.1.2 Medos e estratégias de enfrentamento.....	21
4.1.3 Auxílio de familiares e amigos e perda da autonomia	24
4.1.4 Rotina diária e trabalho.....	26
4.2 Organização hospitalar	27
4.2.1 Relação entre pacientes e profissionais	27
4.2.2 Ambiência hospitalar	30
4.2.3 Tempo de internação hospitalar.....	31
4.2.4 Exposição do corpo	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	38
ANEXO B - Roteiro entrevista semiestruturada.....	38

1 INTRODUÇÃO

A realização de procedimentos cirúrgicos têm sido contínua ao longo dos anos, sendo que, a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, aliadas ao avanço de fármacos e de agentes anestésicos, têm contribuído para esse crescimento. Seja para promover melhor qualidade de vida ou a cura de pacientes acometidos por alguma alteração biológica do seu estado de saúde, o ato cirúrgico, independente de grau de complexidade, consiste em um momento receoso do processo terapêutico, que envolve uma carga emocional peculiar e diferenciada.

Diversos estudos (CREPALDI; HACKBARTH, 2002; COSTA; SILVA; LIMA, 2010) ressaltam que, independente do tipo de cirurgia, elas implicam sobre o estado emocional, físico e social do paciente. O procedimento cirúrgico costuma gerar intenso mal-estar emocional, pois o indivíduo sente sua integridade física e psicológica ameaçada. Diante desse momento, cada pessoa irá responder de um modo, pois as circunstâncias que envolvem esse fato são multideterminadas, seja pelas variáveis biológicas, sociais, psicológicas e/ou culturais que interagem entre si, resultando em uma vivência única para cada indivíduo. Passar por esse evento que expõe o sujeito a estresse físico e emocional, com a presença de diferentes reações emocionais, variando em grau de intensidade e significado, desencadeia diferentes emoções, comportamentos e fantasias que possuem o potencial de interferir na prática médica.

Dentre as etapas de um procedimento cirúrgico, o momento pré-operatório tem sido descrito por distintos sentimentos e percepções, voltados, principalmente, ao temor com relação ao ato cirúrgico em si e as incertezas quanto ao prognóstico. É um período o qual envolve expectativas com relação ao que ocorrerá durante e após a operação.

Entende-se que, o fato de passar por uma operação, pode gerar uma possível desorganização na vida do sujeito, ocasionando alterações em sua subjetividade. Para tanto, torna-se importante que o profissional de psicologia, que compõe a equipe multidisciplinar de instituições hospitalares, atente para o processo de subjetivação desses sujeitos a partir da repercussão da internação, do adoecimento, do posicionamento da família e do manejo dos profissionais da instituição hospitalar. A partir da compreensão sobre seus sentimentos, emoções, fantasias, sonhos, lembranças e crenças é possível intervir de modo a auxiliar na elaboração simbólica dessa vivência.

Diante disso, este trabalho analisou os fatores que podem interferir no momento pré-operatório em cirurgias eletivas, em específico, as questões que afetam o sujeito, os aspectos

familiares e sociais e a forma como a organização hospitalar exerce influência sobre o estado emocional do paciente pré-cirúrgico.

Considerando a possibilidade de diferentes manifestações emocionais ocorrerem no período que antecede uma cirurgia, e que estas interferem tanto na realização do procedimento quanto no momento pós-operatório, este estudo justifica-se por favorecer o conhecimento acerca do estado emocional de pacientes pré-cirúrgicos, identificando aspectos que influenciam suas reações emocionais. É ouvindo esses pacientes, dando-lhes voz para que manifestem suas angústias diante de um momento de caráter invasivo, que podem ser pensadas e implementadas estratégias que visem à promoção de comportamentos adaptativos de enfrentamento.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, a qual se refere, de acordo com Creswell (2010), a um modo de investigar e compreender o significado atribuído por indivíduos frente aos aspectos sociais e humanos, a partir de questões que emergem no ambiente do participante, da análise dos dados coletados e da interpretação dos mesmos. Para tanto, se atenta para os fenômenos sociais holisticamente, o que resulta em pesquisas com visões amplas ao invés de microanálises.

A condução desse método de pesquisa ocorre no cenário natural do pesquisado. Assim, o pesquisador desloca-se até o local onde o participante se encontra. Isso permite a ampliação do nível de detalhes acerca dos participantes, uma vez que, o pesquisador estará envolvido nas experiências reais dos integrantes do estudo.

De tal modo, a execução desta pesquisa qualitativa resultou em uma pesquisa fundamentalmente interpretativa, pois executou-se a interpretação dos dados, seguida da análise dos mesmos, com o objetivo de identificar temas ou categorias e, posteriormente, foi realizada a interpretação e conclusões a respeito do seu significado.

Para a composição da amostra de participantes desse estudo, foram analisados os dados estatísticos com relação aos procedimentos eletivos realizados em um hospital de médio porte, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. A escolha por esse hospital ocorreu, principalmente, em decorrência da disponibilidade de acesso ao mesmo.

A gestão do hospital, no qual as entrevistas foram realizadas, foi contatada previamente, e a mesma autorizou a realização da pesquisa na instituição. O início da pesquisa ocorreu após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE número 71239517.9.0000.5343).

Inicialmente, foi realizado um levantamento de dados junto ao setor de estatística do hospital, relativo às especialidades de cirurgias eletivas realizadas, bem como, o quantitativo de cada especialidade. A partir da análise dos dados de Janeiro a Abril de 2017¹, constatou-se que, dentre as cirurgias realizadas, os procedimentos cirúrgicos em traumatologia, via Sistema Único de Saúde, apresentavam o maior volume. Os dados apontam em torno de 87% procedimentos, o que equivale a cerca de 20 cirurgias por mês.

Optou-se, então, em realizar a pesquisa com dez pacientes que se submeteram a um procedimento cirúrgico em traumatologia através do Sistema Único de Saúde (SUS). O

¹ Informações fornecidas pelo setor de estatística do referido hospital.

número de participantes se refere à, aproximadamente, metade dos procedimentos em traumatologia realizados mensalmente nesse hospital.

Foram considerados como critérios de inclusão, para a participação na pesquisa, pacientes maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que realizaram procedimento cirúrgico de traumatologia através do SUS e que autorizaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que, todos os participantes, bem como o hospital, tiveram suas identidades mantidas em sigilo, e receberam, ainda, a garantia de anonimato com relação às respostas fornecidas.

Participaram, então, dessa pesquisa, seis pacientes do sexo feminino e quatro pacientes do sexo masculino, com idades variando entre 28 e 65 anos. Destes, uma reside sozinha, uma reside somente com o filho maior de idade, cinco moram somente com o(a) companheiro(a), três residem com companheiro(a) e os filhos, sendo que, dois entrevistados possuem filhos menores de dezoito anos e um possui filhos maiores de idade. Quanto à sua escolaridade, cinco entrevistados possuem ensino fundamental incompleto, dois com ensino fundamental completo, dois têm o ensino médio e um o ensino técnico.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e ocorreu após a realização do procedimento cirúrgico, enquanto o paciente ainda encontrava-se internado na instituição hospitalar. Optou-se pela realização das entrevistas após o procedimento, pois a internação hospitalar, geralmente, é realizada horas antes da cirurgia, o que inviabiliza a disponibilidade de tempo suficiente para a realização das entrevistas, e, também, para evitar possíveis desconfortos desencadeados ao responder os questionamentos e que poderiam interferir no estado emocional dos pacientes. No momento da realização da entrevista, a equipe médica foi contatada a fim de autorizar o contato da pesquisadora com o paciente.

No contato inicial com os participantes, foi explicitado o processo de pesquisa, assim como os objetivos e o meio de coleta de dados. O participante teve a liberdade de optar pela sua participação e, aqueles que aceitaram, autorizaram sua participação mediante assinatura do TCLE (ANEXO A).

O método de coleta de dados utilizado consiste em um encontro entre o pesquisador e o participante da pesquisa, por meio de uma entrevista semiestruturada, que consiste em perguntas abertas, a fim de possibilitar ao entrevistado discorrer sobre o tema em evidência. (MINAYO, 2014). Para tanto, foi utilizado um roteiro (ANEXO B) com questões norteadoras que envolveram os seguintes eixos: aspectos da vida pessoal; aspectos relacionados ao hospital; aspectos com relação à organização do meio familiar.

Tal forma de entrevista possibilita tanto respostas diretas quanto respostas abertas e subjetivas. O participante tem autonomia para expor cada questionamento no sentido que considera adequado. Neste aspecto, ressalta-se a importância ética da neutralidade, na medida em que a pesquisadora não direcionou à respostas que gostaria de ouvir, uma vez que, trata-se de uma pesquisa que envolve a subjetividade dos participantes. A entrevista foi gravada em meio eletrônico e, posteriormente, transcrita.

Após a transcrição na íntegra das respostas dadas pelos participantes, realizou-se a análise dos dados por meio da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977), que corresponde a um conjunto de instrumentos metodológicos de investigação científica. Inicialmente, efetuou-se a categorização temática ou semântica, na qual temas semelhantes das falas dos participantes foram agrupados na mesma seção.

A categorização foi realizada por meio da fragmentação do texto em unidades segundo classificações analógicas. Tal procedimento ocorreu através da etapa do inventário, na qual se isolam os elementos para, em seguida, arranjar a classificação, fase em que se repartem os componentes a fim de organizar as informações coletadas. A partir disso, elencaram-se duas categorias principais. Na primeira categoria, denominada questões que afetam o sujeito, retrataram-se fatores de ordem pessoal, familiar e social que interferem no estado emocional. A segunda categoria, nomeada de organização hospitalar, expõe os aspectos relacionados à instituição hospitalar que influenciam no estado emocional. Os dados obtidos foram interpretados à luz do referencial teórico pertinente ao tema da pesquisa.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O processo cirúrgico e as reações emocionais vivenciadas por pacientes

Para o paciente cirúrgico, compreendido como “aquele cujo tratamento implica um ato cirúrgico” (PITREZ; PIONER, 2003, p. 19), a necessidade de passar por um procedimento cirúrgico pode representar uma agressão orgânica e psíquica, tendo em vista que, não se está totalmente preparado para o inesperado, como receber o diagnóstico da necessidade de uma intervenção cirúrgica.

O próprio adoecimento, em si, já é um evento que tende à provocar tensões psicológicas e desequilíbrios na vida de indivíduos que estão diante do temido e do desconhecido. Quando, então, o adoecimento resulta na necessidade de submeter-se à uma intervenção cirúrgica, isso implica em mudanças na vida pessoal, familiar, social e profissional, e os sentimentos daí decorrentes podem interferir na predisposição ao ato, bem como, prejudicar a recuperação e influenciar no processo de readaptação ao cotidiano. (BOM, et al., 2014; GONÇALVES et al., 2014).

De acordo com Fighera e Viero (2005), independente do tipo de procedimento a ser realizado, as cirurgias suscitam diversas reações emocionais nos pacientes. A classificação das mesmas varia de acordo com o grau de gravidade, tipo de urgência e o seu propósito. Com relação à classificação do tipo de urgências, elas são categorizadas em eletiva, urgente e de emergência.

As de perfil urgente são consideradas essenciais para a saúde do paciente e impedem o desenvolvimento de problemas adicionais; já as de emergência devem ser realizadas imediatamente, a fim de salvar ou preservar a função de uma determinada parte do corpo. (POTTER et al., 2013). Os procedimentos eletivos são definidos pela Portaria GM/MS nº 1.919 como:

Todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência. (BRASIL, 2010b, s/p).

A submissão a um procedimento cirúrgico envolve três fases principais: o período pré-operatório, o trans-operatório e o pós-operatório. A primeira etapa inicia quando o paciente recebe a indicação de cirurgia até o momento de entrada no bloco cirúrgico. Na sequência, o

trans-operatório é o momento do procedimento, seguido do pós-operatório, que inicia após o término da cirurgia estendendo-se até a recuperação do paciente. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Dentre essas fases, o momento pré-operatório é descrito como sendo de acentuado estresse para os indivíduos, em virtude das incertezas sobre os acontecimentos que irão se suceder. Para Morocini (2015), é visivelmente notável a quantidade de reações que são vividas na fase que antecede a cirurgia. Simonetti (2004) destaca que, os aspectos psicológicos implicados nesse processo, são compreendidos como manifestações da subjetividade humana, que incluem sentimentos, desejos, pensamentos, falas, comportamentos, lembranças, fantasias, crenças, sonhos, conflitos, estilo de vida e estilo do adoecer.

Uma das primeiras reações observadas diante da necessidade de realizar um procedimento cirúrgico é o desespero, com pensamentos do tipo “estou doente, vou para uma cirurgia e posso morrer!”. De acordo com Morocini (2015), no momento inicial, a cirurgia pode ser vista como “reconfortante”, pois poderá “acabar logo com isso”, ou seja, a pessoa compreende que, por meio dessa intervenção, será finalizado um “problema”. Porém, o “alívio” desta fase inicial do tratamento é de curta duração, pois logo o indivíduo toma consciência dos riscos iminentes ao procedimento.

Este impacto inicial é o marco dos processos psíquicos desenvolvidos por fantasias e onde se faz presente a percepção real de finitude da vida humana. Por meio da antecipação da possibilidade da morte, o paciente poderá entrar em um processo de luto. Esse luto se refere ao corpo que está alienado aos procedimentos invasivos e que provoca desamparo, angústia e, ainda, o luto de si mesmo, pela possibilidade, real ou imaginária, de sua morte na mesa de cirurgia. (MOROCINI, 2015).

Além disso, em estudo desenvolvido por Figuera e Viero (2005), constatou-se que, a angústia desencadeada pelo período anterior à cirurgia, costuma incitar sentimentos ambivalentes, do tipo: medo de que algo desagradável aconteça *versus* necessidade de realizar a cirurgia para uma melhor qualidade de vida. Essa ambiguidade gera uma desordem no paciente, que se vê diante da sua impotência, uma vez que, a vontade de não querer se submeter ao procedimento é vencida pela necessidade de realizá-lo.

Desse modo, compreende-se que, o paciente cirúrgico jamais irá se sentir totalmente seguro. Reações como medo e ansiedade são comumente apresentadas, além de manifestações de sentimentos de impotência, medo do desconhecido, da morte, da dor e de alterações na sua imagem corporal. No entanto, essas reações são esperadas e consideradas normais, mas, à

medida que se elevam, aliadas à tensão, estresse e demais condições adversas do estado emocional, tendem a gerar interferências no organismo do paciente que podem prejudicar o processo cirúrgico. (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Dentre os aspectos psicológicos comumente apresentados por pacientes pré-cirúrgicos, encontra-se o medo. Goidanich e Guzzo (2012) ressaltam que, mesmo o sujeito não evidenciando tal questão, há o medo de poder sentir dor, da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado. Não importa o grau de serenidade de sua aparência, implicitamente a ela pode estar escondido um pavor terrível, pois o medo da cirurgia, embora possa ser enriquecido pela imaginação, com fantasia quanto ao ato em si, tem, em partes, uma base concreta, uma vez que, nunca é totalmente imaginário.

O paciente sente medo da morte, da anestesia, de acordar no meio da cirurgia e de sentir dor durante o procedimento, teme o procedimento em si e, também, o processo de recuperação e reabilitação. (BOM et al., 2014). Morocini (2015) enfatiza que, o próprio termo "submeter-se" a um procedimento cirúrgico, indica a aceitação de um estado de dependência, elevando o medo e a fantasia de que algo de errado aconteça e de que ficará fora do seu controle. Aponta também que, do momento da internação até o procedimento cirúrgico no bloco,

ainda que haja dor física, na maioria das vezes vem acompanhada de processos psíquicos de sofrimento frente a esse novo contexto. Esta dor pode ser apenas física, mas também pode ser uma dor psíquica onde o indivíduo começa fantasiar sentimentos desconhecidos pelo fato de ter a sua saúde ameaçada. (MOROCINI, 2015, p.15).

Além do medo, outro aspecto psicológico implicado nesse processo é a ansiedade, entendida como uma reação de luta ou fuga de alguma situação vista como perigosa para o sujeito. No âmbito da cirurgia, Romano (1998), citado por Figuera e Viero (2005), salienta que as principais fontes de ansiedade referem-se ao distanciamento de casa, da família e do seu ambiente, bem como o temor com relação à vida em si e, ainda, assumir o papel de doente e defrontar-se com aspectos relacionados com o físico, tais como, o ato cirúrgico, a dor e a perda de controle sobre si mesmo.

À medida que o evento cirúrgico se aproxima, o nível de ansiedade costuma aumentar, caracterizando, assim, a ansiedade situacional. As variáveis determinantes dessa situação podem ser resultado da história clínica do paciente, características demográficas, variáveis de personalidade, tipo de funcionamento psicológico, cognitivo, afetivo e interacional, bem como a relação médico-paciente e a própria experiência de hospitalização. (GARCIA et al.,

2004 citado por JUAN, 2007, p. 53). Platas (1990), citado por Juan (2007, p. 53), afirma que a ansiedade nesse momento pré-operatório refere-se a uma desestruturação, onde se faz presente um desequilíbrio consequente da confusão, no qual o paciente fica indeciso, vacilante e descoordenado.

A ansiedade se alterna com a própria sensação de medo e, também, com o estresse. A ação funcional do estresse provoca alterações fisiológicas no organismo e pode se tornar um fator de risco diante um ato cirúrgico, interferindo e comprometendo a recuperação pós-operatória, configurando-se em um obstáculo na reabilitação do paciente. (LOPEZ-ROIG, et al., 1993 citado por JUAN, 2007, p. 54).

Já no pós-operatório imediato, e superado o evento crítico (a cirurgia), o paciente irá, gradativamente, voltando da anestesia e reencontra-se com a vida e consigo mesmo. Nesse momento, poderá deparar-se com a necessidade de dependência de terceiros, vivenciando, assim, a incapacidade imposta pelo procedimento que compromete a autonomia e independência em relação ao seu próprio cuidado. (LIMA; BARBOSA; MORITA, 2014).

Os autores mencionados acima, em estudo realizado com pacientes de um ambulatório especializado em ortopedia e traumatologia, identificaram que, dentre os sentimentos vivenciados, a necessidade de depender de outros para seus cuidados básicos causa extrema angústia. Constatou-se que, a dependência, entendida como a necessidade de assistência e cuidado de terceiros, causa sensação de vulnerabilidade, fragilidade e vergonha.

Quando demandam da disponibilidade de alguém para seu cuidado, comumente são os próprios familiares que auxiliam nas atividades referentes à higiene pessoal, movimentos, banho no leito, já que alguns encontram-se condicionados no leito sem ter a opção de ir ao banheiro, acesso à medicação e sua administração. Porém, mesmo o fato de ser alguém de convívio familiar, isso causa incômodo e vergonha para quem está passando por uma situação incapacitante. (LIMA; BARBOSA; MORITA, 2014).

De acordo com os autores acima referidos, o paciente também apresenta preocupação com a possibilidade de ficar incapacitado. Para que, então, o processo de recuperação ocorra sem maiores intercorrências, as orientações sobre os cuidados pós-operatórios, disponibilizadas de forma clara pela equipe multidisciplinar, se tornam determinantes, bem como, o cuidador também deve estar disposto a desempenhar as funções de cuidado, apresentando adequadas condições físicas e emocionais.

Superar e administrar os limites impostos pela cirurgia, portanto, se dará de modo mais difícil quanto maior tiver sido o estresse e tensão vivenciado pela pessoa. Se não for dada atenção aos aspectos psicológicos durante todas as fases do tratamento cirúrgico, poderão

ocorrer predisposições para complicações emocionais que tendem a prejudicar a recuperação, contribuindo, dessa forma, para complicações pós-cirúrgicas e, em algumas situações, para a morbidade no pós-operatório. (BOM, et al., 2014). Ou seja, estados de tensão e ansiedade no pré-operatório podem resultar em grau mais elevado de risco de depressão, baixa aderência ao programa de reabilitação e outras intercorrências na recuperação do procedimento. (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Diante disso, compreender os aspectos psicológicos, bem como os fatores que exercem influência no estado emocional dos pacientes cirúrgicos, é de vital importância para a oferta de um atendimento humanizado. Para tanto, deve-se considerar esse sujeito não somente como físico, mas como alguém que possui sentimentos e, como tal, apresenta emoções e angústias com individualidades próprias. (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

3.2 O processo de hospitalização

A instituição hospitalar é um local destinado a tratar indivíduos acometidos por algum agravo na sua saúde, e, enquanto instituição, é constituída de regras e normas de funcionamento. De acordo com Foucault (2007), o hospital intervém sobre a pessoa adoentada a fim de assegurar-lhe a vigilância e a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, assumindo, desse modo, os cuidados que não podem ser oferecidos em sua própria residência.

Apesar do hospital se constituir em um *locus* de tratamento e cura, há, muitas vezes, um enfoque apenas na doença, ou seja, o significado do adoecer não é considerado. (PINHEIRO, 2008). Tal constatação vai ao encontro da afirmação de Campos (1995), ao refletir sobre o cuidado que a medicina desempenha, com sua atenção voltada à doença em si, para o órgão prejudicado, dicotomizando corpo e mente, e não considerando a história pessoal, familiar e social do sujeito.

Essa visão é resultante da concepção dualista do modelo biomédico, na qual mente e corpo funcionam separadamente e de forma independente. Tal enfoque vem sofrendo críticas dos adeptos do modelo biopsicossocial, que valoriza a visão integral do indivíduo, compreendendo o binômio saúde-doença como resultante de uma manifestação multicausal e interdependente na e da relação indivíduo-mundo. A partir da visão integral da saúde é que a psicologia começa a ser solicitada a contribuir, pois as intervenções passam a ocorrer de modo interdisciplinar, inclusive dentro de instituições hospitalares, onde sua atuação volta-se para a relação doença-internação-tratamento. (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Dentro dessa relação a qual a psicologia atenta-se, é válido refletir sobre o processo de hospitalização e suas implicações no processo de subjetividade dos sujeitos, pois o hospital tende a anular a individualidade do indivíduo adoecido, que passa a ser o doente sobre o qual a ciência médica opera. (SIMONETTI, 2004).

Assim, ao ser hospitalizado, o sujeito passa por uma descontinuidade do seu ritmo de vida, e ele é afastado de suas relações familiares, de amigos e do trabalho. Passa, também, a ser manipulado por pessoas desconhecidas, em um ambiente desconhecido, tendo que acatar com o ritmo do hospital, modificando hábitos antigos de vida e passando a fazer parte de uma nova existência. (ALBERNAZ, 2003).

O estigma de doente o obriga a reformular seus valores, seu conceito de homem, de mundo e de suas relações interpessoais, deixando de ter significado próprio e passando a significar o diagnóstico sobre sua patologia. O sujeito passa a ser alguém portador de uma patologia, deixa de ter sua própria individualidade. (ANGERAMI- CAMON, 2004 citado por PINHEIRO, 2008, p.22).

Não obstante, o paciente tem

sua vontade (...) aplacada, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu trabalho proscrito, seu mundo de relações rompido. Ele deixa de ser sujeito. É apenas um objeto da prática médico-hospitalar, tem suspensa sua individualidade e se vê transformado em mais um caso a ser contabilizado. (RIBEIRO, 1983 citado por SIMONETTI, 2004, p.98).

De acordo com Angerami-Camon (1997), a hospitalização submete o sujeito a um processo denominado de despersonalização, entendido como uma perda da individualidade. Nesse sentido, a pessoa deixa de ter seus próprios bens, de ter seu nome e passa a ser identificada por um número, o do seu leito, e pela patologia que a acomete. Essa é uma característica comumente observada em hospitais e que coloca o paciente na condição de passivo, onde ele perde sua liberdade de escolha, ficando à disposição da equipe e inserido em uma lógica de tempo institucional, e, não mais, no seu tempo. (ALBERNAZ, 2003).

A despersonalização, muitas vezes, deriva de práticas desumanas por parte da equipe de saúde, o que ocasiona alterações no estado emocional dos pacientes, uma vez que, tal processo impacta o sujeito de modo diversificado. (ANGERAMI-CAMON, 1997). Essas reações emocionais decorrentes do período de hospitalização podem ser acentuadas quando há a necessidade de submeter-se a uma intervenção cirúrgica. Afinal,

Uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, [...] mas envolve mudança da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado e expondo-o ao estresse de uma hospitalização carregada de características e singularidades. Dentre estas características destacam-se a solidão, o medo, a ansiedade, a esperança, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com a diversidade de pessoas de princípios desconhecidas, entregando-se aos seus cuidados. (CARRARO, 1997, p.4).

As perturbações emocionais decorrentes do processo de despersonalização podem interferir no curso de realização do procedimento cirúrgico. Situações de constrangimento por exposição do seu corpo durante certos procedimentos são situações presenciadas tanto antes quanto durante o ato cirúrgico e, circunstâncias como essas, de invasão e exposição, podem interferir no estado emocional dos pacientes, influenciando de forma negativa o funcionamento do sistema imunológico e da condição física geral. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010; ANGERAMI-CAMON, 1997).

Além disso, alterações disfuncionais na reação emocional dos indivíduos podem comprometer o período pós-operatório imediato e tardio, pois, ao internar na instituição hospitalar, o sujeito torna-se paciente, e assim fica vulnerável aos procedimentos, os quais não costumam ser esclarecidos, e solicitada autorização e consentimento, resultando em consequências no processo de restabelecimento. (MOROCINI, 2015).

De acordo com Angerami-Camon (2004), citado por Pinheiro (2008,) a hospitalização possui práticas consideradas invasivas, nas quais imposições de tratamento são realizadas. Nesse sentido, as rotinas de tratamento são consideradas como invasão do espaço vital e tidas como aversivas e abusivas na medida em que o paciente sente-se agredido e invadido (invasão que ocorre, por exemplo, através de sondas, drenos, cateteres), resultando em sentimentos de dúvidas, medo, expectativas e sensações estranhas em sua corporeidade, atingindo e comprometendo sua identidade. (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Podemos compreender, desse modo, que o ato de “ser hospitalizado” requer uma readaptação do seu dia a dia, pois o paciente está em contato com suas limitações, vivenciando uma interrupção da sua produtividade, provocando experiências emocionais intensas e complexas. Tal processo é experienciado como sendo vergonhoso e limitante, pois o adoecer acaba por paralisar a vida normal do sujeito e, também, da sua família. (ALBERNAZ, 2003).

Nesse contexto, o processo de hospitalização e a necessidade de se submeter a um procedimento cirúrgico ativam diferentes manifestações psíquicas, tendo em vista que, o ambiente hospitalar, aliado à cirurgia, representa uma ameaça, sinalizando a realidade da morte, da incapacidade de cuidar-se de si mesmo, de revisar valores de vida, isolado do seu

ambiente e da sua família, dói e também amedronta. (ROMANO, 1999, citado por PINHEIRO, 2008).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir dos dados obtidos por meio das entrevistas realizadas, verificou-se que, o estado emocional dos pacientes, frente à realização de uma cirurgia eletiva, é influenciado por diferentes aspectos. Dentre esses aspectos, há aqueles que contribuem para um estado emocional favorável frente à cirurgia, que deixam os pacientes calmos, confiantes, e outros que interferem para um estado emocional desfavorável, causando, por exemplo, ansiedade, e medo.

Portanto, como exposto na metodologia, após a realização das entrevistas e transcrição das mesmas, foi realizada a análise de conteúdo e categorização dos dados, de modo a contemplar os objetivos dessa pesquisa. Desse modo, elencaram-se duas categorias principais. Na primeira categoria, denominada “questões que afetam o sujeito”, retrataram-se fatores de ordem pessoal, familiar e social, que interferem no estado emocional. A segunda categoria, nomeada de “organização hospitalar”, expõe os aspectos relacionados à instituição hospitalar, que influenciam no estado emocional.

4.1 Questões que afetam o sujeito

Constatou-se que, ao submeter-se a um procedimento cirúrgico, o sujeito é afetado por diversas condições que interferem no seu bem-estar físico, social e emocional. Em geral, a vivência desse momento é determinada por aspectos relacionados à circunstâncias que antecederam a cirurgia, temores e estratégias de enfrentamento utilizadas, a maneira como a família e o entorno social se organizaram, e as interferências provocadas na rotina diária e no trabalho.

4.1.1 Circunstâncias que antecedem a cirurgia

Dentre as questões que afetam o estado emocional dos pacientes, foram mencionadas circunstâncias que antecedem a cirurgia e que intervém, de modo positivo ou negativo, no bem-estar. Isso demonstra que os sentimentos dessa vivência já são influenciados por aspectos de quando o paciente ainda está em sua residência e começa a se preparar para a ida ao hospital, como afirmam Fighera e Viero (2005).

Um dos fatores apontados e que auxilia em um estado emocional favorável é o pouco tempo de espera entre a data do encaminhamento da cirurgia e a data de sua realização, pois,

assim, a rápida resolução do problema não prolonga o sofrimento dos pacientes, que se encontram, em alguns casos, com dor e ou com a autonomia limitada:

Ela foi marcada agora depois dos exames que eu fiz, dois meses [...] Mas aí foi marcado e eu logo fui, consegui fazer. Não via a hora de ser chamada [...] eu não podia fazer nada, né. Pra trocar uma roupa, pra pegar a cuia do chimarrão, assim, conforme eu mexia, eu perdia a força. (E1).

É que eu encaminhei no SUS mesmo faz uns...um mês. Foi bem ligeiro. [...] E que bom que consegui fazer logo porque eu deixava de forçar esse joelho daqui e eu forçava só na perna direita, talvez caminhava meio errado e isso podia tá machucando a coluna, né. (E3).

Na verdade eu encaminhei ela...até que foi ligeiro, semana passada [...] O médico falou logo que tinha que fazer cirurgia, quando eu caminhava o joelho falseava, daí doía. Tipo, ficava como se tu vem caminhando e ficasse sem ar debaixo dos teus pés, sabe, e é ruim se tem que ficar assim porque tinha o perigo de cair, dobrava o joelho, sabe? Bah, foi um alívio, assim, saber que ia conseguir fazer logo. (E6).

Também se ressaltou que a realização do procedimento via SUS foi ágil, o que, em alguns casos, era temido por acreditarem que o tempo de espera seria longo:

É, no começo eu achei muito difícil, né. Sabe, que vai pelo SUS, tu vai encaminhando as coisas, daí tu vai pensando: bah, vai ser demorado, vai ser ligeiro? Eu encaminhei isso...olha, demorou só quatorze dias. Eu encaminhei isso, daí logo me chamaram. Foi bem ligeiro. (E2).

A espera. O tempo de espera foi muito rápido. Depois que eu encaminhei até fazer a cirurgia, que foi hoje, né, durou menos que um mês. Que até eu ia fazer particular Pensei: não, vou ver no SUS primeiro. Porque não era um dinheiro que eu tinha, daí o pessoal da Secretaria de Saúde lá até comentou comigo que era bem ligeirinho e realmente, foi bem ligeiro. (E3).

Foi rápido, né. Uma das coisas que eu achei que ia demorar mais, que foi pelo SUS, mas não, demorou um mês e pouco depois que eu fui ali com ele (médico). (E9).

Apesar do tempo de espera pela cirurgia ser considerado curto, o fato de ter que aguardar sem poder fazer esforços físicos, em virtude da lesão, é descrito como desencadeante de ansiedade:

Eu tinha mais ansiedade em casa, ficar lá. Bah, tem que fazer, tem que fazer, entendeu? Tu não sabe quando tu vai fazer e aí tu fica naquela ansiedade. (E6).

Ah, eu fiquei um pouco ansiosa, assim, eu não tava nervosa por medo, é que eu queria que fizesse de uma vez, mas tem que esperar. É que tudo tem regras, tu tem que esperar, mas daí, eu acho que é, tu já tá nervosa daí tu quer que faça de uma vez. (E9).

Às vezes levantava, porque tu não aguenta ficar o dia todo sentado, deitado e do jeito que a gente é, da colônia, sempre se movimentando e tudo, sabe. Meu Deus, quase enlouqueço, só que tem que ter paciência. (E10).

Outro ponto destacado foi em relação às expectativas em torno do resultado da cirurgia. Percebe-se que, a busca de uma melhora na qualidade de vida, estimula o desejo de realizar o procedimento:

Eu espero que passe a dor, né?! Assim, não fiquei com medo porque eu queria melhorar, né. Minha preocupação era de poder me movimentar de novo. (E1).
 Meu Deus, eu sentia dor...de noite não conseguia dormir de tanta, assim, isso dava o braço, assim, dormência, né. Isso era uma dor que não tem como explicar. Eu espero que agora passe a dor. O médico falou que ia passar isso com a cirurgia. (E2).
 Quero poder voltar ao normal, né. Poder forçar a mesma quantidade nas duas pernas. (E3).
 Expectativa é de ficar bem. Que não desloque mais (o joelho). (E4).
 Quero ficar bom. Poder caminhar de novo. (E6).
 Eu espero ficar bom. Até eu queria fazer o quanto antes porque eu quase não conseguia caminhar, então eu queria resolver o problema. (E8).

Porém, nota-se, igualmente, a presença de sentimentos ambivalentes descritos por Figuera e Viero (2005, p.59), que podem ocasionar uma importante confusão no paciente, pois este se depara com sua impotência. O desejo de não fazer a cirurgia é vencido pela necessidade de realizá-la, como se percebe através da díade “medo de que alguma coisa aconteça X necessidade de se submeter à cirurgia em busca de melhor qualidade de vida”, como afirma o entrevistado: “sempre dá uma preocupação passar pela cirurgia, mas aí eu sempre penso que é pra tentar melhorar.” (E4).

Além disso, o processo de encaminhamento dos documentos relativos ao procedimento é considerado um período de transtornos, sendo exposto como um dos aspectos difíceis de ser vivenciado:

Ah, dá um pouco de correria, né. [...] traz documento pra cá, aí pega outro, leva pra lá pra assinar, aí volta pra cá de novo. É um transtorno. (E3).
 Essas coisas de encaminhar que deu muita correria pra mim. (E6).
 O que eu achava difícil era tipo assim: ah, tem que ir lá e lá, fazer isso e aquilo. Correria, né. Aí eu não conseguia caminhar, aí minha esposa tinha que fazer as coisas. (E8).

Portanto, anteriormente à realização da cirurgia, o paciente já sofre a influência de alguns fatores sobre seu estado emocional. Como mecanismo de enfrentamento, ele lança mão de estratégias para lidar com o momento pré-operatório.

4.1.2 Medos e estratégias de enfrentamento

Os temores existentes no pré-operatório referem-se, principalmente, à anestesia e aos procedimentos de enfermagem. O medo, em geral, é com relação à possibilidade de ocorrer alguma reação adversa ou da possibilidade de sentir dor durante a realização de algum procedimento. Essas situações foram relatadas como momentos de tensão:

O momento mais tenso pra mim, é o momento que chega, de procurar veia, de tirar sangue, esse é o momento mais tenso da cirurgia. Essa parte pra mim é a mais complicada. (E4).

O que me preocupou, né, foi quando eles colocaram o soro, né, a agulha, sabe, e minhas veias estouraram sempre, daí, só isso... isso era meu medo. (E2).

Eu tava mais preocupado neles botar a torneirinha (acesso venoso) em mim que a própria anestesia eu posso dizer. (E6).

O meu receio sempre era a anestesia. (E1).

Ah, cirurgia tu fica sempre preocupada com a anestesia. (E5).

Tu sempre fica preocupado que vai dar reação, alguma coisa. Mas, mais era por causa da anestesia, a gente não sabe como que é, todo mundo fala e fala. (E6).

Eu tenho mais medo de furar o braço que de fazer anestesia. (E4).

Toda vez que vai fazer cirurgia eles falam: é porque a anestesia é algo arriscado, pode dar erro. (E5).

Costa, Silva e Lima (2010) afirmam que, diante da espera do ato cirúrgico, o medo da anestesia gera angústia e inseguranças. Nesse sentido, Morocini (2015) sugere que, ao considerar a evolução das técnicas médicas, o medo que o paciente sente da anestesia e dos procedimentos deve ser entendido antes como resultado de suas construções e menos do risco propriamente dito. Desse modo, o medo é decorrente dos aspectos emocionais que o indivíduo está fantasiando na vivência do momento.

Nessa perspectiva, Medeiros e Peniche (2006) esclarecem que as fantasias comumente criadas podem ser determinadas por informações obtidas no pré-operatório, experiências prévias e a maneira do sujeito avaliar a situação. Essa alegação é respaldada pelos entrevistados ao apontarem que a obtenção de informações é positiva, pois diminui sentimentos negativos. As informações e esclarecimentos são obtidos por diferentes meios, através do médico, pesquisas na internet e experiências de amigos que passaram por isso, como exposto nas falas:

Primeiro eu tava com medo, né, que não ia dar certo, mas daí minha irmã fez e deu certo, daí eu pensei, vou fazer também. (E2).

Dei uma pesquisada na internet...tem amigos meus que também tinham feito a cirurgia daí conversei com eles também. (E3).

Meu enteado fez a cirurgia também, a mesma cirurgia que eu. Aí já vi como foi a dele... e até pegamos o mesmo doutor. (E6).

As informações repassadas, de acordo com Cunha (2011), possuem impacto significativo para a redução dos níveis de ansiedade. Esclarece ainda que, médicos que comunicam e explicam os aspectos envolventes da cirurgia, tendem a deixar o paciente com a percepção de estar participando do processo, além de proporcionar sensação de controle sobre si. Lima, Barbosa e Morita (2014) acrescentam que pacientes, após serem orientados quanto à cirurgia, demonstraram, pelo conhecimento da situação a ser vivenciada, sentimentos de medo e estresse diminuídos, pois o conhecimento torna a situação menos ameaçadora.

A comunicação efetiva na fase pré-operatória, para Goidanich e Guzzo (2012), se torna importante, uma vez que, as pessoas encontram-se fragilizadas, ansiosas, com medo, inseguras e preocupadas com os procedimentos. Nos relatos obtidos, é possível verificar que a entrevista pré-anestésica, realizada pela anestesista, auxiliou os pacientes a se sentirem mais tranquilos:

Não fiquei nervosa...eu tava bem tranquila, porque, principalmente, os profissionais que me atenderam, assim é... a começar pela anestesista, assim...passaram logo, assim, uma confiança e isso é importante, que deixa a gente tranquila, né?! Me senti muito confiante agora. Então, o meu receio sempre era a anestesia, porque outras vezes eu passava muito mal, eu sempre desmaiava, e dessa vez, foi bem tranquilo. (E1).

Diante disso, informações sobre a cirurgia, como o tempo de duração, extensão, tipo de anestesia e experiência da dor tornam-se relevantes nesse momento. Evita, desse modo, a criação de possíveis fantasias que, a depender do impacto que podem causar no paciente, possuem a capacidade de interferir no curso do processo cirúrgico e da recuperação. (GOIDANICH; GUZZO, 2012; COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Medeiros e Peniche (2006) esclarecem que, a maneira como o paciente enfrenta a situação, está relacionada com a sua subjetividade e seu estado emocional. Deve-se considerar, assim, que cada paciente apresenta recursos de enfrentamento, os quais possibilitam gerenciar a ansiedade de modo a interferir positivamente no reequilíbrio da homeostase. Para Fighera e Viero (2005), a utilização de estratégias de enfrentamento, como depositar confiança na equipe, religiosidade, desqualificação dos sentimentos, controlar o pensamento e ter sempre a companhia de alguém conhecido, se mostrou efetiva na obtenção de controle sobre a ansiedade e o medo.

A utilização de estratégias foi expressa pelos entrevistados como uma maneira de lidar com essa situação de forma menos apreensiva. Foram mencionados, como recurso de

enfrentamento, o pensamento positivo, chorar, conversar, utilizar aplicativo para troca de mensagens instantâneas e espiritualidade:

É, sempre fica ansioso...é respirar fundo, não adianta, enfrentar. Eu penso assim, pra ficar bom eu tenho que passar por isso, não adianta eu: ah, não vou ir por causa de medo e coisa assim, que eu não vou ficar bom. Tem que enfrentar, tem que confiar. (E6).

Eu tava tranquilo até... isso eu acho que é meio psicológico, né, tu tem que pensar, analisar a situação, não adianta, não vai mudar tu ficar nervoso, não resolve nada, né. É manter a calma. (E8).

É que eu tenho que chorar bastante, pra mim...sabe, pra aquilo sair. Chorar, chorar, chorar, chorar. Aí me acalma. (E10).

Eu sou bastante ansiosa, eu procuro, assim, conversar com alguém, né. Eu tenho confiança...mas eu sou ansiosa. (E1).

Eu peguei meu celular e comecei a conversar com minhas amigas [...] aí passa o tempo. (E5).

O que tiver que ser, será. Porque eu tenho fé em Deus. (E1).

A forma como o sujeito enfrenta a situação se mostra importante diante das respostas do organismo frente aos estressores ao proporcionar bem-estar físico e emocional. Medeiros e Peniche (2006) trazem como exemplo a utilização da fé religiosa, que independente da crença, traz conforto e é fonte de esperança através da qual o paciente busca ganhar força para enfrentar a intervenção cirúrgica. A estratégia de enfrentamento, portanto, é compreendida por Costa Júnior et al. (2012) como capaz de dominar, tolerar e/ou reduzir as demandas externas e internas e os conflitos provenientes delas.

Diante do exposto, entende-se que o medo está presente no período pré-operatório e relaciona-se, principalmente, aos procedimentos de enfermagem que são voltados, em geral, com a colocação do acesso venoso e punção venosa. Além disso, teme-se a anestesia e a ocorrência de reações adversas. Desse modo, a fim de evitar fantasias desencadeadas pelo medo, as informações que o paciente obtém acerca do procedimento ao qual será submetido, seja através do seu médico, de pesquisas realizadas na internet ou com pessoas próximas que passaram por isso, é vista como relevante para a diminuição do nível de ansiedade.

Utilizar estratégias de enfrentamento, portanto, se mostra eficiente para o controle sobre o medo e a ansiedade. A fim de tornar esse momento menos apreensivo, e conseguir lidar de forma menos assustadora com as limitações impostas pelo procedimento, também se ressalta o auxílio de familiares e amigos.

4.1.3 Auxílio de familiares e amigos e perda da autonomia

A presença da família e/ou de amigos é considerada de extrema importância para o paciente. Inicialmente, como afirmam Protas e Anton (2011) e Costa Júnior et al. (2012), a internação hospitalar leva o sujeito a separar-se da sua família por um período, o que constitui um fator estressor e desencadeante de ansiedade. Desse modo, a presença de algum acompanhante durante a internação hospitalar demonstra que os sentimentos de desamparo são amenizados. Tal constatação também é verificada nos relatos dos entrevistados:

Minha filha tá aqui. Tinha sempre alguém junto, isso deixa a gente mais seguro, né. (E1).

Eu pedi pro meu pai acompanhar [...] aí ele fica de companhia aqui comigo. (E3).

Meu guri tá aí, minha esposa também tava aqui [...] mas sempre tem alguém aqui pra não me deixar sozinho. É bom também, porque às vezes a gente precisa de ajuda, né, porque eles pedem pra gente não mexer muito. (E6.)

Minha esposa tá aqui comigo, direto.... a gente se sente melhor também quando não tá sozinho, tem alguém conhecido. (E8).

Tem a minha vizinha. Já veio hoje de manhã junto, aí eu não fico sozinha também, tem uma companhia. (E9).

Mesmo após a realização da cirurgia, permanece a percepção de abandono de seus afazeres e ocupações, pois o paciente não pode retomar imediatamente suas atividades diárias. Como a autonomia fica comprometida, a organização de familiares e amigos para prestar auxílio é descrita como sendo essencial:

Pois é... vou precisar da ajuda da família porque agora não consigo fazer nada, né...a princípio a filha vai ficar comigo uns dias, pelo menos agora no início que tem que ter mais cuidado, né. (E1).

Eu sempre conto com meu marido, que faz o serviço de casa, e também tem essa tia que tá lá cuidando das crianças. Meu Deus isso é uma ajuda e tanto, porque agora não tenho como fazer as coisas, o doutor pediu repouso total. (E4).

Ah, vou precisar de ajuda, porque assim não tem como...tem a minha filha que vai me ajudar, a vizinha também, mora bem pertinho. Tem a minha netinha que já tá grande, também me ajuda. (E9).

Tem apoio de familiares e amigos, eles vão me ajudar, aí fico mais tranquilo também. (E3).

Uma das entrevistadas lembra que não ter filhos pequenos, que requerem cuidados constantes, é algo positivo, pois o comprometimento da autonomia dificultaria os cuidados: “Ainda bem que aconteceu quando todo mundo é grande. Se eu tivesse filho pequeno ia ser bem complicado, não sei como que a gente ia se virar.” (E5).

A dependência funcional é vista como um fator que repercute negativamente no estado emocional dos pacientes. Dentre os entrevistados, alguns já vivenciavam a perda da autonomia antes da cirurgia em decorrência da lesão que apresentavam: “Mas isso de alguém

sempre fazer por ti, isso é uma coisa...isso foi o que mais me incomodou, eu depender dos outros pra tudo.” (E5).

Tal constatação é corroborada por pesquisas que descrevem a perda da independência, mesmo que temporária, como fator estressor e desencadeador de ansiedade vivenciada no momento que antecede a cirurgia. (JUAN, 2007; SANTOS et al.,2012; COSTA JÚNIOR et al., 2012). Em estudos desenvolvidos por Quintana e Kalil (2012) e Lima, Barbosa e Morita, (2014), evidenciou-se que a dependência pode acarretar em sintomas depressivos. Desse modo, entende-se que, interromper as atividades da vida diária, por conta de um procedimento cirúrgico, pode originar sentimentos negativos em relação à perda da autonomia, como raiva, ansiedade, depressão, irritabilidade, medo, dentre outros. Tal constatação é evidenciada na afirmação da entrevistada: “Fico um pouco ansiosa, porque eu tô acostumada a fazer, tenho esse problema, a pessoa faz, só que daí eu tenho ansiedade de querer que tivesse sido feito do meu jeito.” (E4).

De acordo com Lima, Barbosa e Morita (2014), o tratamento das doenças traumatológicas requer acessórios para imobilizar o membro, o que compromete a mobilidade ou função de locomoção dos indivíduos, afetando suas atividades diárias em variado grau e complexidade. Existe também a preocupação de ficar incapaz de exercer atividades rotineiras e necessárias, que, anteriormente à cirurgia e em condições normais de vida, eram realizadas sem a necessidade de interferência de terceiros. Percebe-se nos relatos, a angústia dos pacientes por encontrarem-se dependentes dos outros, vivenciando a incapacidade imposta pelo procedimento e o medo de ficar incapacitado:

Ficar só deitada é o que mais me mata, só deitada, só deitada, tem que pedir tudo pros outros fazerem... porque eu sempre fiz tudo, eu sempre trabalhei fora e cuidei da casa, criei filho, nunca adoeci e tive que ficar de cama. (E5).

(...) minha ansiedade é, como é no joelho, articulação, e eu sempre senti muita dor quando desloca, aí eu fico preocupada, sei lá, assim, vai que de repente eu não consigo mais caminhar como caminhava antes. (E4).

O comprometimento da autonomia e independência em relação à locomoção e aos cuidados de higiene demanda disponibilidade de cuidados ofertados por outras pessoas. Na maioria das vezes, são pessoas da própria família, o que, mesmo assim, gera incômodo e vergonha para quem vivencia esse problema, como nota-se na fala: “Até falei pra minha filha esses dias de noite: que vergonha, agora vocês vão ter que dar banho em mim. É que nem cuidar de uma criança pequena.” (E10).

Demir e Endil (2013), citados por Lima, Barbosa e Morita (2014), lembram ainda que, a perda de autonomia, pode interferir de modo adverso sobre a aquisição de estratégias de enfrentamento para o procedimento cirúrgico e sobre o processo de recuperação. Para tanto, é importante que as orientações quanto aos cuidados pós-operatórios sejam repassadas a fim de favorecer o processo de recuperação e, conseqüentemente, o desenvolvimento das atividades diárias e melhora na autonomia.

4.1.4 Rotina diária e trabalho

Através do relato de pacientes, se destaca a inquietação perante às mudanças do cotidiano, principalmente com relação à incapacidade para o trabalho.

Mas eu prefiro tá trabalhando, que, assim, o que mais me judiou foi eu tá em casa, eu tá machucado [...] aí tu é acostumado a todo dia trabalhar, trabalhar e ficar em casa olhando pras parede parece que tu fica meio fora às vezes. É ruim, né. Prefiro tá caminhando, inteiro, poder ir trabalhar, que pra mim sou acostumado com isso. (E6).

Considerando que as mudanças do cotidiano suscitam diversos níveis de adaptação por parte do indivíduo, Santos et al. (2009) afirmam que a interrupção do trabalho e da vida diária podem ser fatores propulsores do estresse e ansiedade, como percebe-se na fala do entrevistado: “Tu fica bem fora, e de uma carteira de cigarros, tu fuma duas, mas é ansiedade, tu fica bem ansioso assim.” (E6).

Também é ressaltado que a inatividade gera preocupações, as quais envolvem questões relativas ao trabalho. Alguns manifestam o medo com relação à perda do emprego, tendo em vista que, o processo de recuperação exige tempo:

Tu nunca espera que vai te machucar e não vai conseguir trabalhar, né. [...] a coisa não tá fácil. Não sei seu eu vou poder voltar. E ainda que leva muito tempo (a recuperação). (E5).

Meu Deus, quando o doutor deu a notícia, aí passou tudo que é coisa na frente, na cabeça, né. Assim, em questão que é uma época bem complicada pra nós, que nem nós plantamos fumo, sabe, aí o fumo tá lá na roça, tem que colher, depois tem brote pra tirar, então vai ser difícil, ajudar não tem como. (E10).

Só o complicado daí é a questão da empresa, né, que hoje em dia já tá meio difícil, daí... Lá na empresa também tão cortando bastante pessoas. (E3).

Para Goidanich e Guzzo (2012, p. 238), nesse momento de inatividade

Aflora a questão, muito difundida na sociedade capitalista, de que o indivíduo deve ser independente e produtivo, deve sempre estar disposto a realizar suas tarefas com

êxito e sem “perturbar” a vida alheia. O sujeito que adoece está vulnerável a ser considerado inútil e não ocupar um lugar social de reconhecimento.

Sendo assim, as pessoas se sentem na obrigação de não parar suas atividades e, também, não sobrecarregar os demais com os seus cuidados, como expressam os entrevistados:

Só a questão do emprego mesmo que eu não gosto de deixar o pessoal na mão. (E3).
O que me preocupa, né, que quando eu quero sair de carro, né, daí, sabe... eu sempre vou sozinha, né. Mas agora vou ter que ficar parada, daí eu sempre vou ter que ver alguém pra me levar, isso é ruim sempre atrapalhar os outros. (E2)

A inatividade, portanto, é vivenciada no momento pré-operatório como desencadeante de ansiedade. Assim como é evidenciado por Santos et al. (2009), quando esclarece que, ao se submeter a um processo cirúrgico, há uma quebra de rotina em responsabilidades profissionais, onde o cotidiano é alterado em virtude da necessidade de um tratamento que, por algum tempo, impede a realização de determinadas atividades. Logo, as pessoas tornam-se suscetíveis ao estresse e ansiedade.

4.2 Organização hospitalar

Nesta categoria, identificaram-se aspectos relacionados à organização hospitalar que influenciam o estado emocional dos pacientes cirúrgicos. Os entrevistados citaram amplamente sobre a importância da organização do hospital em os deixar com a sensação de segurança e confiança. Nesse sentido, foram apontados como aspectos positivos a relação estabelecida entre pacientes e equipe de saúde, a ambiência hospitalar e o curto período de internação. Dentre os fatores que se constituem como desfavoráveis ao estado emocional apontou-se a exposição do corpo.

4.2.1 Relação entre pacientes e profissionais

A relação entre pacientes e os profissionais da saúde envolvidos no processo cirúrgico se mostrou como fator influenciador do estado emocional, uma vez que, os entrevistados associaram que a boa relação estabelecida com a equipe (médico, anestesista, equipe de enfermagem) é capaz, principalmente, de proporcionar e/ou aumentar a sensação de segurança. Dentre os diferentes profissionais, a relação com o médico foi salientada como relevante para a obtenção de condições emocionais propícias, pois, através de uma

comunicação clara e efetiva, surge a confiança no profissional e, conseqüentemente, o paciente sente-se mais tranquilo, como mencionam os entrevistados:

Como o médico me passou isso: com a cirurgia vai melhorar, então eu confiei...confiei logo. E isso deixa a gente mais calma pra cirurgia, pra mim, pelo menos, muito mais. (E1).

É confiar no médico. Tu senta ali, conversa, explica, né, ele te aconselha. (E2).

Olha, fiquei até tranquila. Confiei no médico. (E10).

Portanto, de acordo com Ismael (2013), compreende-se que, as informações e esclarecimentos repassados de forma clara acerca do tratamento a ser realizado e dos procedimentos da intervenção cirúrgica, promovem o sentimento de segurança e auxiliam no desenvolvimento de estados menos ansiogênicos. Além dessa relação entre médico e paciente, o relacionamento com a equipe multiprofissional também foi mencionado como capaz de promover sensação de proteção, como elucidado nas falas a seguir:

Eu tava bem tranquila, porque, principalmente, os profissionais que me atenderam, assim é... a começar pela anestesista, assim... passaram logo, assim, uma confiança e isso é importante, que deixa a gente tranquila, né?! Me senti muito confiante agora. (E1).

Ela me chamou (anestesista) pra conversar um dia antes. E, aí, assim, eu logo, assim, confiei nela, né. Eu senti uma firmeza nela e isso me passou uma tranquilidade, né. (E1).

Eu, assim confio bastante nos profissionais. (E6).

Silva e Nakata (2005) esclarecem que o paciente necessita confiar em alguém, o qual considera e respeita os seus sentimentos. O modo como lhe é ofertado o cuidado reflete nos seus sentimentos. Para sentir-se seguro, ele procura encontrar segurança em alguém, e este alguém poderá ser qualquer membro da equipe e que deverá estar apto e disposto a oferecer um cuidado humanizado. Lima, Barbosa e Morita (2014) acrescentam que, assim como as orientações pré-operatórias são fundamentais para obter confiança no médico, a constituição de uma boa relação entre pacientes e a equipe multiprofissional constitui uma ação terapêutica primordial para o cuidado, mostrando-se efetiva na redução da ansiedade, proporcionando mais segurança e envolvimento do paciente, podendo ser determinante na realização dos procedimentos técnicos e do processo de recuperação.

A comunicação com pessoas conhecidas do paciente que atuam na equipe foi respaldada como fator positivo. Um dos entrevistados comenta

Eu não tenho nenhum conhecido aqui, porque eles já te explicam também, tu fica mais seguro quando tem alguém que tu conhece, né. [...] Quando a pessoa não te conhece parece que é diferente o negócio. (E5).

Uma das possíveis explicações pode ser pelo fato de ser uma transmissão de informações mais transparente, sem constrangimentos em pedir explicações de forma mais clara e esclarecimento de termos técnicos. Constatou-se, ainda, que os entrevistados, de modo geral, sentiram-se bem recebidos na instituição hospitalar, o que contribuiu para que se sentissem mais calmos. O atendimento prestado por todos os profissionais da instituição, não só aqueles diretamente ligados aos procedimentos cirúrgicos e de cuidado, foi enaltecido:

Aqui eu sempre fui bem atendida no hospital. [...] se eu tivesse que ficar aqui um mês, eu...pelo tratamento, pela convivência, ficava. (E1).

O mais importante é o profissional que atende, todos, médicos, profissionais aqui dentro, eles te atendem bem, recebem bem, então tu já se sente mais segura, né, porque isso é muito importante pra mim. (E1).

Eu fui muito bem recebida hoje de manhã. (E2).

Sabe quando tu vai pra um hospital e tu é bem recebida, bem atendida, isso vale muito, né...Se tu vem pro hospital e já tem cara feia, né, daí é complicado. Eu não vi isso, tava tudo muito tranquilo aqui. (E2).

Gostei do atendimento [...] o atendimento foi bem bom. Foi tranquilo. (E3).

O atendimento aqui foi muito bom. (E5).

Só tenho a elogiar, né, foi tudo muito bom. Bah, nota dez. O atendimento aí número um. (E8).

Sentir-se bem recebido na instituição hospitalar é um fator que proporciona sensação de bem-estar, contribuindo para que os pacientes sintam-se mais tranquilos no período entre a internação e a cirurgia. Essa percepção dos entrevistados frente ao trabalho desenvolvido pelos profissionais do hospital pode ser reflexo do trabalho de humanização desenvolvido dentro dessa instituição.

Humanizar é

garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes. (BRASIL, 2010a, p.4).

Desse modo, para que o cuidado ocorra de forma verdadeira e acolhedora, é primordial que a intenção daquele que cuida fique clara, e seja demonstrada por palavras e ações. Esta ação é repleta de sensibilidade, solidariedade e profissionalismo, e deve excluir preconceitos

de qualquer ordem e utilizar a relação interpessoal como base entre seres humanos. Quanto maior for o conhecimento da equipe no cuidado e na escuta do paciente, maior a confiança deste no tratamento proposto. (ISMAEL, 2013).

Portanto, o vínculo estabelecido entre o paciente e a equipe multiprofissional é fundamental para que o tratamento transcorra da melhor forma possível e para que ambos possam participar de forma colaborativa. Nota-se a importância da comunicação efetiva no pré-operatório, visto que, as pessoas encontram-se ansiosas, inseguras e preocupadas com a operação. Nesse sentido, a boa relação com a equipe, estabelecida através da comunicação verbal ou não verbal, é capaz de promover sensação de bem-estar, pois os pacientes sentem-se protegidos e cuidados. Lima, Barbosa e Morita (2014) relatam que, quando hospitalizados, os indivíduos prezam por tratamentos com afetividade, amizade, amor, dedicação e respeito. Assim, o atendimento humanizado é imprescindível, pois prioriza a postura de valorização do ser humano, no qual busca-se assistir o paciente como pessoa que sofre em suas diferentes dimensões, ou seja, o cuidado volta-se para a totalidade desse sujeito.

4.2.2 Ambiência hospitalar

A ambiência hospitalar foi retratada como um determinante colaborativo para um estado emocional satisfatório a partir da presença de elementos de arte na parede do bloco cirúrgico. Esse aspecto foi considerado positivo, pois trouxe vivacidade ao local, conforme relato: “é que é um espaço grande, é vazio, mas eu olhei, assim, pro lado, tem [...] uma parede no fundo. Uma parede muito bonita, assim, uma paisagem verde, parece água...isso é muito legal, sinal de vida, né.” (E1).

Através desses elementos que compõem a ambiência hospitalar, como, por exemplo, a tonalidade, luminosidade, ruídos e a temperatura do espaço, e que são capturados pelos órgãos de sentidos, é possível proporcionar confortabilidade aos pacientes. A ambiência funciona como estratégia de humanização e o tratamento do espaço físico, desse modo, assegura que os pacientes sintam-se acolhidos. (BRASIL, 2010b).

Apesar de ser inevitável a exposição às condições adversas inerentes ao contexto de centros cirúrgicos, os componentes estéticos, na concepção da ambiência, ao serem valorizados, permitem o equilíbrio entre os diferentes elementos que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, como a cor, o cheiro, o som e a iluminação. Contribuem, assim, na alteração de humor do paciente, bem como, na criação de um ambiente receptivo, e que auxiliam no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2010b).

Costa Júnior et al. (2012) enfatizam que, o ambiente hospitalar, relativo aos cuidados cirúrgicos, deve ser um espaço percebido psicologicamente como seguro, calmo, privado e fisicamente confortável. A ambiência e as características do bloco cirúrgico devem estar em harmonia para contribuir efetivamente na promoção do bem-estar e satisfação do paciente. Portanto, é válida a adoção de formas criativas, com temáticas harmônicas, na decoração do ambiente físico.

Deste modo, com o intuito de reduzir os níveis de ansiedade e melhorar o bem-estar do paciente, é de extrema importância humanizar os ambientes voltados aos cuidados cirúrgicos. Assim, os autores acima mencionados, enfatizam a respeito de intervenções necessárias a fim de promover modificações na estrutura física dos ambientes operatórios, tornando-os espaços acolhedores, privativos, calmos e relaxantes, auxiliando o paciente a tornar-se apto para enfrentar com maior eficiência o procedimento cirúrgico.

4.2.3 Tempo de internação hospitalar

O breve tempo de internação hospitalar foi frisado como positivo. O fato de a internação ocorrer no mesmo dia da operação é descrita pelos entrevistados como um fator que os deixa tranquilos:

Eu não internei antes, né. Eu vim de madrugada, no dia da cirurgia. Isso me deixou tranquila, assim... que daí parece que a gente não fica pensando tanto em coisas ruins, né, será que vai dar certo? Vai doer? (E1).

É que eu entrei às sete horas, já logo me prepararam, orientaram sobre a cirurgia. Assim foi tudo rápido... e já vou sair meio logo. [...] Vou poder ir logo pra casa, nem preciso dormir aqui, e é melhor assim também, poder dormir na tua cama é outra coisa, né. (E2)

Foi tranquilo, porque assim, vim hoje de manhã às 6 horas aí fui logo encaminhado já, 7 horas fiz a cirurgia.... bem tranquilo isso. [...] hospital é um lugar que eu não gosto de ficar... a casa da gente, com as coisinhas da gente, poder ficar com a família sempre é melhor, né. (E3).

É que cheguei e fui pra lá (bloco cirúrgico), aí é mais fácil, né, porque tu chega e faz de uma vez. (E5).

A curta permanência no hospital é frisada como algo que os deixa, principalmente, tranquilos. Ao ser hospitalizado, de acordo com Simonetti (2004), ocorre a interrupção do ritmo de vida, afastamento das relações familiares, a necessidade de permanecer em um ambiente diferente e sendo cuidado por pessoas desconhecidas. Nesse sentido, supõe-se que, quanto menos alterações ocorrerem na vida cotidiana do paciente, melhor o seu estado emocional. Mesmo que a hospitalização seja breve, situações como expor o corpo para a

realização dos procedimentos, são vistas como perda de individualidade e descritas como difíceis de vivenciar.

4.2.4 Exposição do corpo

Dentre as situações vivenciadas pelos pacientes antes do ato cirúrgico, constitui-se como condição negativa a exposição do corpo, como menciona um dos entrevistados: “Acho que o mais difícil foi botar o aventalzinho, ter que andar só de aventalzinho, o melhor seria poder deixar a roupa de baixo” (E8).

Tal constatação é, também, evidenciada por Morocini (2015), que destaca a exposição do corpo como uma situação causadora de constrangimento, na qual o paciente sente sua intimidade invadida. Costa, Silva e Lima (2010) acrescentam que a exposição da intimidade a estranhos provoca angústia e ansiedade no paciente, aspecto que acaba sendo vivenciado como ameaçador no hospital. Ismael (2002) descreve o momento no qual pacientes se descobrem “desindividualizados” como uma experiência terrível.

Portanto, despir-se de seus pertences pessoais e ter sua individualidade e intimidade expostas ocasiona um processo de despersonalização do indivíduo que resulta em alterações no seu estado emocional. Estas perturbações emocionais acarretam em complicações no período pré-operatório, pois tudo passa a ser invasivo e abusivo para o paciente, o que resulta no aumento da ansiedade e torna o processo de hospitalização penoso e difícil de ser vivido, inclusive, com prejuízos para o reequilíbrio orgânico. (ANGERAMI-CAMON, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo qualitativo propôs analisar quais são os fatores que podem interferir no momento pré-operatório em cirurgias eletivas, realizando reflexões acerca de como os diferentes aspectos afetam as reações emocionais dos pacientes. Investigou-se, especificamente, através dos relatos obtidos dos entrevistados, quais são as questões que afetam o sujeito, os aspectos familiares e sociais e a forma como a organização hospitalar exerce influência sobre o estado emocional do paciente cirúrgico.

A pesquisa evidenciou que diferentes aspectos interferem no estado emocional dos pacientes. Esses aspectos determinam a configuração de um estado emocional favorável ou desfavorável diante da realização de uma cirurgia eletiva.

Dentre as condições que afetam o sujeito na vivência desse momento, constatou-se a existência de circunstâncias que antecedem a cirurgia, favoráveis ao desenvolvimento de reações emocionais positivas, como o pouco tempo de espera entre o encaminhamento da cirurgia e a sua realização e as expectativas em torno do resultado da cirurgia, que estimula o desejo de realizá-la, principalmente, para cessar a dor. Porém, também se constatou que há aspectos que interferem de modo negativo, como o período de espera sem poder realizar esforços físicos em decorrência da lesão e o processo de encaminhamento dos documentos.

É comum, ao mesmo tempo, que o paciente sinta medo, principalmente em relação à anestesia e aos procedimentos de enfermagem. O medo é intrínseco à possibilidade de ocorrer alguma reação adversa ou de sentir dor durante os procedimentos. Para lidar com essa situação, utilizam-se estratégias de enfrentamento, como pensamento positivo, chorar, conversar, utilizar aplicativo de troca de mensagens instantâneas e a espiritualidade, que demonstram ser eficientes para o controle do medo, tornando o momento menos apreensivo.

O paciente também vivencia a perda da autonomia, na qual sua mobilidade é comprometida e acarreta na interrupção dos afazeres e ocupações, desencadeando sentimentos como ansiedade e irritabilidade. Nesse sentido, o auxílio de familiares e amigos é essencial para amenizar sentimentos de desamparo. Constatou-se, ainda, que a interrupção das atividades cotidianas e incapacidade para o trabalho tornam os indivíduos suscetíveis à ansiedade.

Com relação à organização hospitalar, identificaram-se como aspectos positivos para um estado emocional favorável, a relação estabelecida entre pacientes e equipe de saúde, a ambiência hospitalar e o curto período de internação. Os entrevistados associaram que a boa relação com a equipe é capaz de proporcionar sensação de segurança e cuidado, e, ainda, ao

ser bem recebido na instituição hospitalar, o indivíduo sente um bem-estar capaz de contribuir na diminuição da ansiedade. A presença de elementos de arte na parede do bloco cirúrgico, que compõem a ambiência hospitalar, também é capaz de promover um ambiente calmo, confortável e seguro.

Salienta-se que, como fator constituinte de um estado emocional desfavorável, a exposição do corpo é uma situação que causa constrangimento, na qual a intimidade é invadida. Essa exposição provoca angústia e ansiedade além de ser vivenciada como um momento ameaçador.

Embora a questão inicial norteadora desta pesquisa fosse conhecer o estado emocional de pacientes no momento que antecede a cirurgia, os elementos que foram obtidos por meio das entrevistas não caracterizam o estado emocional, mas sim apontam fatores que geram influência. Como optou-se, por questão ética, pela realização das entrevistas após o paciente já ter passado pelo procedimento cirúrgico, fica o questionamento se, caso fosse empregado outra metodologia, se obteriam os mesmos dados, pois a entrevista semiestruturada após o procedimento forneceu dados de como os próprios pacientes se perceberam nesse processo.

Enquanto acadêmica de Psicologia, em articulação com a ênfase do curso em Processos Clínicos, o desenvolvimento deste trabalho proporcionou um olhar voltado ao sujeito como constituído a partir de diferentes instâncias. Frente às experiências oriundas da necessidade de submeter-se a um procedimento cirúrgico, retratadas nesta pesquisa, o profissional de psicologia pode inserir-se nas equipes interdisciplinares, na medida em que seu olhar volta-se para além da condição física do paciente, podendo atuar com o paciente, familiares e equipe de saúde.

Os pacientes entrevistados não tiveram acompanhamento psicológico, mas destaca-se que, o papel do psicólogo, torna-se importante ao questionar e interferir sobre os processos e modos de organização do trabalho os quais visem evitar consequências emocionais futuras ao pacientes, mesmo que a permanência no hospital seja breve e a cirurgia simples. Explorar os fatores que podem interferir no momento pré-operatório em cirurgias eletivas se mostrou relevante na medida em que, a partir disso, podem ser pensadas estratégias de intervenção a fim de minimizar sentimentos negativos e os pacientes sentirem-se seguros, de modo que consigam reagir de modo eficiente frente aos aspectos estressores.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, Marcela Louly. *Os processos de subjetivação no espaço hospitalar: uma reflexão sobre a necessidade de humanização*. 2003. 57 f. Monografia - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2003.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Trad. Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOM, J. et al. Vivências dos sujeitos no momento pré-operatório: uma abordagem fenomenológica. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, v.5, n. 1, p. 105 – 112, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/index/index.php/gestoesaude>>. Acesso em: 28 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010(a). Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza.../Manual_%20Politica_Humanizacao.doc>. Acesso em: 30 nov. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.919, de 15 de julho de 2010(b). Redefine, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3668/legislacao>. Acesso em: 03 abr. 2017.
- CAMPOS, Terezinha Campos Padis. *Psicologia Hospitalar, a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.
- CARRARO, Telma Elisa. *Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale*. 2.ed. Goiânia: AB, 1997.
- CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 abr. 2017.
- COSTA JUNIOR, Á. L. et al. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de psicologia*, Campinas, v. 29, n. 2, p. 271-284, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 nov. 2017.
- COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2017.

CREPALDI, M. A.; HACKBARTH, I. D. Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 99-111, ago. 2002. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2002000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2017.

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CUNHA, Ana Maria Macedo de Figueiredo Falcão e. *Avaliação de expectativas e grau de ansiedade pré e pós-operatórias em cirurgia de ambulatório: estudo de doentes de cirurgia geral e cirurgia vascular*. 2011.32 f. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal, 2011. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62237>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2017.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

GOIDANICH, M; GUZZO, F. Concepção de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de hospitalização: o paciente cirúrgico. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 233-348, jan./jun.. 2012.

GONÇALVES, A. N. et al. Memórias sobre cirurgias eletivas: o que expressam as crianças. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 05-25, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 abr. 2017.

ISMAEL, S. M. C.; SANTOS, J. X. A. (Coord.). *Psicologia hospitalar: sobre o adoecimento: articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Atheneu, 2013.

JUAN, Kelly de. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 48-59, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2017.

LIMA, A. B; BARBOSA, P.M.K; MORITA, I. Pacientes com artroplastia total primária do quadril: sentimentos vivenciados. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v 18, n.4,p.789 – 794, out./dez. 2014.

MEDEIROS, V. C. C; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* [on line], São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86 – 92, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033285012>>. Acesso em: 30 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOROCINI, Valeria Bitencourt. *Processos psíquicos característicos do período pré-operatório e o papel do psicólogo hospitalar*. 2015. 33f. Monografia – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2015.

PINHEIRO, Raphaella Pizani Castor. *Sujeito e a Hospitalização*. 2008. 37 f. Monografia. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2008.

PITREZ, F; PIONER, S. *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. 2.ed. Porto Alegre: Artemed, 2003.

POTTER, P. A. et al. *Fundamentos de enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013.

PROTAS, J.S; ANTON, M. Sentimentos despertados em pais de crianças transplantadas de fígado frente à re-internação hospitalar. *Psico*, Porto Alegre, v. 42, n.4, p. 481-486, out/dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7369/7453>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

QUINTANA, J. F.; KALIL, R. A. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia hospitalar*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 17-32, jul. 2012 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 nov. 2017.

SILVA, W. V. da; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-676, Dez. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2017.

SANTOS, André Faro et al . Estresse pré-operatório: comparação entre pacientes do SUS e conveniados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 269-276, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2017.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abr. 2017.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESTADO EMOCIONAL DO PACIENTE FRENTE À CIRURGIA ELETIVA

Esta pesquisa de trabalho de conclusão de curso de graduação tem como objetivo geral conhecer o estado emocional de pacientes no momento que antecede uma cirurgia. Justifica-se esse estudo, pela necessidade em favorecer o conhecimento acerca do estado emocional de pacientes pré-cirúrgicos, identificando, assim, aspectos que influenciam suas reações emocionais.

Sua participação se dará através de entrevista individual semiestruturada, na qual serão realizadas perguntas sobre características pessoais, aspectos relacionados ao hospital e aspectos com relação à organização do meio familiar. A entrevista será gravada em meio eletrônico e posteriormente transcrita na íntegra para a realização da análise de dados.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas as quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Estou ciente e esclarecido que a pesquisa tem riscos indiretos aos participantes, como por exemplo, desconforto ao falar sobre as questões propostas;
- Fui informado que a pesquisa não apresenta nenhum benefício direto ao pesquisado, porém, os dados provenientes da pesquisa poderão ser utilizados somente para fins acadêmicos e científicos.
- Compreendo que o Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul manterá em sigilo a minha identidade e que os dados coletados serão arquivados, ficando disponíveis para posteriores análises, sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora do projeto Prof. Teresinha Eduardes Klafke, que pode ser contatada pelo telefone (51) 998282081 e da pesquisadora Karine Inês Westenhofen Felzmann que pode ser contatada pelo telefone (51) 997499393.

Os dados serão incinerados após cinco anos.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa e outra com a pesquisadora responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (51) 3717 7680 e e-mail: cep@unisc.br.

Data:

Assinatura do participante

Karine Inês Westenhofen Felzmann
Pesquisadora

Teresinha Eduardes Klafke
Pesquisadora Orientadora

ANEXO B – Roteiro entrevista semiestruturada

Eixo A: Aspectos da vida pessoal

Você já realizou alguma cirurgia antes dessa? Se sim, como foi passar por essa cirurgia, foi diferente dessa de agora? Como você lida com situações difíceis e/ou que causam ansiedade? Especificamente, como foi passar por essa cirurgia de agora? O que foi difícil? E o que você achou tranquilo? Tem algo de sua vida que trouxe preocupação para a hora da cirurgia?

Eixo B: Aspectos relacionados ao hospital

No que se refere ao hospital, a maneira como foi recebido, ajudou ou teve algo que dificultou? E o que poderia ter sido diferente? A maneira como foram realizados os procedimentos da rotina hospitalar o deixou tranquilo ou gerou ansiedade?

Eixo C: Aspectos com relação à organização do meio familiar

Como a família/amigos se organizou para a cirurgia? Você está sendo acompanhado por algum familiar e/ou amigo? Tem alguma preocupação com relação a isso?