

CAPÍTULO I - Considerações Iniciais

1.1) Do tema e do problema

Envelhecer saudável como orienta as políticas públicas de saúde através do Sistema Único de Saúde – SUS; a organização Pan Americana de Saúde – OPAS e a Organização Mundial de Saúde – OMS é uma situação difícil e que demanda cuidados específicos, imagine envelhecer e ter que enfrentar adoecimentos normais da idade e que podem levar a procedimentos cirúrgicos como tratamento.

Envelhecer é um sinal normal que é entendido assim, pois existe sempre uma reação não somente dos idosos, mas de todos que enfrentam um corpo que se modifica. É um grande erro considerar que todas as alterações que ocorrem com pessoas idosas sejam provenientes do seu envelhecimento natural. As preocupações para nós e não apenas nós, e de como ele envelhece e nesse processo como adoece, como enfrenta a doença e como nós enfermeiros (as) podemos “intervir” por que essa intervenção não trata simplesmente do cuidado que, aparentemente, pensamos saber fazer.

1.2) Objeto do Estudo

Delimitamos como OBJETO do ESTUDO: **o idoso submetido à intervenção cirúrgica – antes, durante e depois – e a construção de indicadores de cuidados de enfermagem para sua segurança.**

Ao nos preocupar com ele como profissionais de saúde, enfermagem em especial, podemos considerar todas as dificuldades que o idoso enfrenta como acesso aos serviços e qualidades de cuidados que de acordo com o tipo de oferta pode repercutir na **qualidade de vida (QV)**. Essa preocupação não é só com o adoecimento do momento, mas é de que ao cuidar dele, nossa prática deve considerar que ele vem envelhecendo e de quando se deu conta disso foi sobressaltado muitas vezes ao perceber a revelação em seu corpo, de rugas, dores, limitações físicas, sinais que aparecem de pré-adoecimentos, sintomas na pressão arterial, o que provoca muitas resistências e sofrimento que nem sempre conseguem eles expressar e nós em perceber.

No ato de adoecer, provavelmente eles já estão doentes, de uma “alma” ou “espírito” que não encontra motivo e nem apoio no convívio com o outro, no trabalho, na família, e que muitas vezes acaba em um espaço delimitado.

Além disso, como enfermeiros (as) interessados na ampliação de indicadores de cuidados, precisamos ter um olhar ampliado para envelhecer nos tempos atuais, que se constitui num pensar que o envelhecimento é coletivo, individualmente está nos hospitais, ambulatorios. Hoje tem um significativo numero de idosos internados ou que transitam no hospital exigindo um atendimento especifico – separado – adequado, orientado legal e de segurança.

Também ao acreditar que os idosos merecem ser atendidos adequadamente, é importante ter em mente que somos o oitavo país em número de idosos com cerca de 22,9 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 11,34% da população, de um Brasil que está em desenvolvimento e o seu sistema de saúde ainda tem problemas imensos a serem desenvolvidos, numa cultura que tem dificuldade de privilegiar o idoso e não tem o habito de cuidar deles. Talvez, se um dos grandes desafios, e de obrigar a todos da equipe de saúde, indiscriminadamente, a mudar modos de pensar e de saber cuidar deles (CASAROLI, 2007).

No tempo de agora, século XXI o desafio de cuidar do idoso repercute em todos os setores sociais, e a saúde é um deles. E sua relevância está em entender que, o envelhecimento traz naturalmente o aumento de doenças crônicas, destacando-se as crônicas degenerativas e osteoporose o que nos encaminha para o crescente problema da Saúde Pública. Neste contexto, está o idoso que chega para ser operado e a enfermagem tem como principal função acolher e aliviar o seu sofrimento, pois provavelmente na condição de ser operado ele traz para dentro do Hospital o medo, a insegurança, a solidão e a necessidade urgente de ser cuidado e confortado para manter sua QV ou iniciar ações que invistam nesta QV.

Segundo a OMS, a QV do idoso é importante para manter sua capacidade de se mobilizar, de se autocuidar, de resolver suas necessidades físicas, emocional e econômica. Em sua definição, a OMS diz que QV “é a percepção do indivíduo de sua posição de vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O que exige um saber e uma ação qualificada e científica, para que essa percepção não seja, tão imediata, apenas no ato de se encontrar com ele, mas de captar o passado e as

possibilidades do futuro. A posição de estar na vida envolve o idoso só, sua família e a sociedade.

Percepção – nossa posição é assegurada em Merleau-Ponty (1984) que trata a percepção como um fenômeno que diz respeito à essência e todos os problemas que se resumem em definir essência na existência, na compreensão do mundo e na essência da percepção. Ele centra toda sua atenção no “ser vivo”, no “homem” ou mesmo numa consciência. Um ser que tem seu ambiente físico e social, ele é a fonte absoluta, que escolhe, decide, caminha, que faz por ele mesmo.

Para o autor PERCEPÇÃO não é uma ciência do mundo, não é nenhum ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles; ela é a consciência do mundo; é também uma noção de sensação: eu sinto o vermelho, o azul, o quente, o frio. É a maneira pela qual sou afetada; é a experiência de um estado de mim mesmo, é sentir em um estado de coisas; e distinguir o que significa (alguma coisa) para mim; são experiências perceptivas que ele chama de “impressões”. A percepção / sensação é da dimensão sensível da qualidade do objeto que percebemos. Por exemplo: a mancha vermelha que vejo no tapete, ela só é vermelha levando em conta uma sombra que a repassa, sua qualidade só aparece em relação com os jogos da luz, e, portanto como elemento de uma configuração espacial. Aliás, a cor só é determinada se, se estende em certa superfície; uma superfície muito pequena seria inqualificável. Enfim, esse vermelho não seria literalmente o mesmo se não fosse o “vermelho lanoso” de um tapete. É entender que apesar de nossas ações, as percepções que temos sobre os idosos podem ser fundamentais para uma prática qualificada.

Com essas considerações, as QUESTÕES NORTEADORAS desse estudo são:

1. Como idoso em processo de cirurgia pode nos indicar contribuições de seu processo de viver, envelhecer e adoecer para ampliar indicadores de cuidado sobre sua segurança?
2. Essas contribuições identificadas antes, durante e depois da cirurgia podem ajudar com a construção de indicadores de cuidados de enfermagem?

1.3) Objetivos

- Realizar um pré-diagnóstico nos registros sobre elementos indicadores de segurança.
- Identificar no idoso durante o processo de cirurgia, a partir das informações de sua condição – físico, social, emocional - INDICADORES de segurança.
- Caracterizar nesses INDICADORES de segurança sinalizados por eles quais são aqueles específicos de cuidados de enfermagem.
- Propor um instrumento de segurança para ser testado com base nos cuidados de enfermagem para idosos em processo de cirurgia.

1.4) Justificativa e relevância do estudo

Ao propor este estudo três motivos nos colocam a prova: o primeiro por estarmos em pleno processo de exigências externas a nós e a Instituição na qual trabalhamos como apelo legal que é sobre SEGURANÇA do PACIENTE; o segundo que é de apelo mundial que é o exercício de pensar / fazer cuidados com relação dos idosos e terceiro é pessoal / institucional HUGG que além de ter um grupo/núcleo de atenção para o idoso, atende em suas clínicas cirúrgicas clientes idosos e nós não temos produzido conhecimento sobre isso, o que nos orienta pensar num estudo de caso.

Com isso acreditamos que as considerações colocadas a seguir possam justificar o estudo, como:

- a) Tendo em vista o aumento da expectativa de vida do brasileiro, há a necessidade de estudos voltados a esse indivíduo não só em situações de desvios de saúde, mas aqueles submetidos às intervenções cirúrgicas. Esse aumento projeta-se para o futuro, muito próximo, com uma parcela significativa do aumento de idosos. Com o aumento do processo de envelhecimento, segundo estimativa do IBGE (2004), teremos 68,6% que ultrapassará 72 anos em 2020 seremos o 6º País do mundo em número de idosos. Por isso a importância de desenvolvimento de estudos que dizem

respeito a cuidados de enfermagem para clientes na 3ª idade, e, neste caso que se submetem à cirurgia;

- b) Justifica-se porque existe, ainda, uma lacuna entre ações de cuidar de um modo geral para todos e das ações de cuidar específicas para os idosos. Isto porque à medida que a enfermagem se organiza para o registro e acompanhamento do que faz quando cuida de áreas já instituídas como saber e prática para crianças, adolescentes e adultos, são precárias ou inexistentes uma posição sobre o que é cuidado para os idosos e se existe o que é, e o que é feito, que propostas temos como orientadoras de cuidado;
- c) Justifica-se porque pretendemos encontrar a partir de informações produzidas pelos idosos, quando chegam ao hospital para submeter-se intervenção cirúrgica, elementos que contribuam com indicadores de cuidados de enfermagem;
- d) Justifica-se porque é urgente encontrar formas de cuidar de uma clientela que se multiplica no aumento dos anos de vida, num país que apesar de estabelecer Políticas Públicas para eles pouco é operacionalizado como de qualidade;
- e) Justifica-se porque ao criar um instrumento de cuidados de enfermagem para orientar sua segurança, estaremos propondo a enfermagem caminhos para a sistematização adequada e para manutenção de uma prática segura, isenta de riscos;
- f) Justifica-se porque estamos atrasados em proposta de intervenção de cuidados para os idosos que circulam no Hospital, carregando com eles expectativas, medos e possibilidades que ainda não conseguimos identificar e mensurar. Falta-nos uma sistematização.

Finalmente temos a crença de que podemos contribuir para a compreensão do idoso no processo de cirurgia, tentando operacionalizar o que entendemos como viver e ser finito na terceira idade. Pode ser que nos encaminhemos para entender a 3ª idade nessa situação específica como acontecimento que provoca não só neles, mas em nós também, ansiedade, angústias, alegria e prazer em cuidar deles.

Também devemos ampliar o que pensamos sobre eles e nós numa sociedade que pensa sobre algo que nos afeta muito próxima – a terceira idade – e que traz com ela questões a serem pensadas e resolvidas como saúde, previdência, seguridade social, cidadania, legislação, estética no cuidar deles, violência,

economia, além de lidar com fenômenos de geriatria, gerontologia, odonto-geriatria, cirurgias, condições físicas, e segurança e felicidade deles – que envolve lazer / cultura / aparência e materiais de embelezamento, como roupas, cremes, etc.

Pois a velhice é associada com a morte, com declínio irreversível e com a doença, que perspectiva existe para os idosos se não a morte, silenciosa, escondida pacificamente.

CAPÍTULO II – Fundamentação Teórica

2.1) Fundamentação do Estudo

FUNDAMENTOS que sustentam a escolha IDOSO em processo de cirurgia.

Acreditamos ser fundamental compreender o idoso que chega para a cirurgia com uma compreensão voltada para seu estado emocional.

A Velhice é tão ruim que enfrentá-la é uma arte que exige orientação de especialista. Exige investimento em cuidados. Considerando-se que muito da literatura do pré-operatório do idoso é inserido sobre dados de pessoas mais jovens, havendo necessidade de se conhecer melhor as particularidades desta faixa etária. Os cuidados se tornam mais delicados com a idade, pela gravidade da afecção cirúrgica, pelas comorbidades e pelas alterações do status funcional do idoso.

Nesse contexto insere-se o tratamento cirúrgico do paciente idoso, tendo o desafio de resolver ou minimizar situações patológicas, e devolvendo ao indivíduo o mais breve possível para sua rotina habitual sob pena de subtrair-lhe a funcionalidade. Assim chamamos a atenção para:

a) ESPAÇO LÁ FORA, ele aparentemente adquiriu alguns direitos, que não estão assegurados de fato quando procuram o Hospital, por exemplo:

- assento destinado nos ônibus;
- meia passagem para atividades de lazer;
- caixas especiais em bancos e lojas;
- ginástica nas praças;
- espaços para jogar cartas, xadrez;
- caminhadas coletivas e no Brasil tem até lei para assegurar os seus direitos;

b) ESPAÇO dentro do HOSPITAL, ainda se prepara para ele, como prioridade para ser atendido, de fato, no ambulatório, no laboratório, nas salas cirúrgicas, ninguém o espera, nem lhe dá a mão ou espera para que faça travessias dentro e fora do Hospital; não há sinalização específica para ele se comunicar quando anda dentro do Hospital. E principalmente, entender não

se faz isso por que são velhos, idosos, mas por que são PESSOAS / CLIENTES / SUJEITOS que estão num estado de viver que lhe dá uma condição de maior fragilidade, de necessidade cuidado especiais. Não adianta, assumir que ele é “velho experiente” essa é uma expressão que o desvaloriza, é humilhar desqualificá-lo. Precisamos encontrar referenciais que nos ajude a compreender o que de fato ele é como condição de ser humano.

c) ESPAÇO dentro de NÓS para ele – Esse é o desafio entre discurso e prática, porque essa, ainda, não é a nossa cultura de considerá-lo tão importante quanto nós; de compreendê-lo em suas dificuldades, teimosias e ranzinguissas, ou de aceitar suas posições de dóceis, humildes e educados para conosco. Nós somos uma sociedade diversificada e que ignoramos ou não queremos saber quais são os direitos dos outros, para que exijamos seu cumprimento. Continuamos (escondidamente) com preconceitos marcados em nós, sobre muitas situações inclusive com idosos.

Nesse sentido, temos a clareza da importância da enfermagem na educação e no cuidado para com eles, já que temos marcado em nós princípios de alívio do sofrimento e de segurança para aqueles que cuidamos. O estudo repousa numa responsabilidade da relação com eles, com o HUGG, com as políticas, pois eles estão “no meio de nós”, no discurso de acolhimento, de solidariedade e de inclusão.

Ao destacar que o idoso como cliente de nossos cuidados tem especificidades e variáveis que devem contribuir para o saber fazer como atenção a eles e que isso pode nos conduzir ao que tanto se fala como qualidade de vida (QV) fomos buscar em WHOQOL (1998) domínios que ele chamou:

- a) Físico – que envolve dor e desconforto, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho;
- b) Psicológico – que diz respeito aos sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos;
- c) Espiritualidade – com apoio em religião e crenças pessoais;

d) Meio ambiente – que integra aspectos de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação como oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, clima e transporte.

Além de estar atentos à:

a) Características socioeconômicas e demográficas – como sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, arranjo domiciliar, renda individual, procedência de recursos financeiros, atividade profissional atual, razão de aposentadoria;

b) E todas as variáveis que são do sujeito subjetivo que vive e convive dentro de uma racionalidade sensível, como solidão, tristeza, abandono, necessidade de amor e pertencimento, de lazer, de segurança física e emocional;

Construir um saber-fazer sobre a terceira idade ou para o envelhecimento implica em compartilhar saberes e curiosidades sobre eles como uma forma de falar sobre o cotidiano até porque é preciso saber logo de início, que apesar de todos os esforços e de qualquer visão, o envelhecimento é real e impossível de ser evitado.

Para FIGUEIREDO e TONINI (2012, p. 2) o processo de envelhecimento delimita mudanças expressivas de ordem individual, familiar e social, cada um com seus significados e relevâncias. Ao envelhecer o idoso e sua família mudam, adequando determinados direitos legais e perdendo outros pelas dificuldades orgânicas e mentais trazidas pelo envelhecimento. Dizem ainda, envelhecer é o ritual de passagem da vida para a morte natural, porque ela é a única certeza do ser humano. O tempo que se arrasta a partir de 60, 70, 80 anos tem um único lugar, a morte que nos faz pensar em perda e luto.

Pensar em envelhecimento é saber que existem conceitos necessários para compreensão do que é ser idoso como: GERIATRIA e GERONTOLOGIA. Geriatria é um ramo das ciências da saúde que trata das doenças de pessoas em idade avançada e é mais frequentemente relacionada à especialidade médica; Gerontologia, mesmo da abrangência das ciências da saúde, define-se como o

estudo científico dos diferentes aspectos (o fisiológico, patológico, psicossociocultural) do envelhecimento que causam, acelera, concorrem, integram, interferem e permeiam esse processo (FREITAS, 2003).

Para BERGER E MAILLOUX-POIRE (1995, p.395), a velhice “é um processo irrefutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, específicos de cada indivíduo. Assim, certos idosos estão mais envelhecidos, outros mais jovens e há ainda os que sentem não ter qualquer utilidade, afirmando a complexa heterogeneidade da velhice”.

O autor NETTO (2002) diz que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptações do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte.

2.2) Sobre idoso e cirurgia

Os aspectos teórico-práticos deste item devem ou deveriam indicar se no ambulatório de cirurgia que é a porta de entrada do idoso que chega para o diagnóstico e tratamento clínico ou cirúrgico (como é o caso deste estudo), que existem modos ou maneiras de como cuidar deles, uma vez que existem orientações, no plano legal e política de saúde, como ambiente adequado, como a instituição de abordagens adequadas e se em suas relações / comunicação com os profissionais existem estratégias para discutir a vida, sem muita preocupação com a morte, mesmo considerando que ela é uma possibilidade real.

O ambulatório é o lugar do encontro onde devemos ofertar a eles ajuda e a promoção não só de saúde, mas de prevenção de risco; é o lugar de atenção básica e as ações objetivam segundo FIGUEIREDO E TONINI (p. 158) a:

- Promoção de saúde
- Prevenção da doença
- Detecção de incapacidades

- Observação de desvios de saúde para antecipar intervenções e medidas terapêuticas
- Visitas no domicílio
- Oferecer ajuda quando o idoso não pode se cuidar, inclusive em casa.
- Programar atividades de educação e de lazer em saúde para o idoso, sua família e seus cuidadores.

São ações fundamentais para atender o idoso, independente de suas situações clínicas ou cirúrgicas; físicas ou espirituais, sociais e familiares.

Para o cliente idoso específico que vai submeter-se a intervenção cirúrgica, cuja ação deve orientá-lo para o pré-operatório, recuperação e pós-operatório deve ser como afirma HUDAK E GALL (1997, p.43) apud CORDEIRO (2006, p.1) a utilização da “atenção, a confiança e o apoio desenvolvidos entre enfermeiro e o paciente, além de constituir o fundamento do vínculo, e, trata neste caso, de oportunidades vividas que consiste em frequentes formas de interagir entre eles (Enfermeira e idoso)... (...)...”.

Encontrar-se com o idoso antes da intervenção cirúrgica, documentar esse encontro, identificar problemas é uma ação fundamental, pois é preciso considerar que nesse momento ele precise saber, com mais detalhe, o que vai operar, o que é a cirurgia, como deve comporta-se.

Esse encontrar com o idoso antes da cirurgia é o momento em que a(o) enfermeira(o) ajuda o idoso a compreender o seu problema de saúde. Como orientam BERG e CORDEIRO (2006 pag.15):

preparar o paciente para que possa ficar emocionalmente confortável, é explicar como ele poderá participar efetivamente do seu tratamento. Nesse momento a (o) enfermeira (o) orienta de forma clara e objetiva, compatível com seu grau de escolaridade e compreensão do idoso, o ambulatório, a enfermaria, a cirurgia, a anestesia, a ventilação, o uso de oxigênio, a presença de tubos, sondas, cateteres, monitorização, exercícios respiratórios, ocorrência de dor, administração de drogas e soluções... e cuidados com seu corpo.

Ao fazer essas orientações num encontro com o cliente em processo operatório a (o) enfermeira (o) sabe que é preciso considerar algumas situações que estão na CIRURGIA, orientado no esquema de CASAROLI⁷ (2007 p.40) como estar atento a/as:

1. Considerações fisiológicas
2. Resposta à agressão cirúrgica
3. Avaliação pré-operatória
 - a. Risco operatório
 - b. Índice multifatorial de risco – classificação de Goldman
 - c. Risco na cirurgia não cardíaca
 - d. Sistema de pontuação para fatores de risco
 - e. Classificação da American Society of Anesthesiologists
4. Considerações pré-operatórias: complicações

Ao pensar na cirurgia do idoso é estar atento ao que ocorre como uma diminuição geral da elasticidade dos vasos arteriais, o que determina o aumento da impedância à ejeção ventricular e altera a distribuição do débito cardíaco para os órgãos. Além disso, diz o autor, sobre os efeitos da idade que determinam modificações que favorecem o aparecimento da insuficiência cardíaca. Mesmo que a/o enfermeira/o não intervenha na resolução de possíveis complicações desta ordem, ele/ela devem estar em constante observação e aferição de sinais vitais e sintomas e/ou traçados nos monitores indicadores do aparecimento destas complicações.

Também é possível lembrar que os “idosos saudáveis apresentam estado imunológico semelhantes do jovem, porém são menos resistentes ao estresse cirúrgico, apresentando alguns aspectos da resposta imune mais deprimido por causa da cirurgia (CASAROLI, 2007, p.41)”. O mesmo autor (p.46) afirma que o cirurgião tem papel crucial no prognóstico dos pacientes idosos. É ele que avalia o risco cirúrgico do idoso, atentando não somente para a doença cirúrgica, mas também para a existência de outras afecções sistêmicas. Em idosos, é muito importante conhecer os reais benefícios da indicação cirúrgica. O procedimento de se considerar o pré-operatório, o perioperatório e o pós-operatório, é o que dá ênfase no desempenho funcional do paciente.

CAPÍTULO III - Metodologia

3.1) O método e a metodologia

O método escolhido para produzir os dados é o qualitativo tipo Estudo de Caso, com etapas de observação e registro de falas nos vários momentos que o idoso passa desde sua internação, até sua alta após a cirurgia.

Sobre a opção pelo método qualitativo é porque ele se adéqua a objeto desse estudo que trata da dimensão de envelhecer e ser operado por desvios de saúde, ao mesmo tempo em que o envelhecimento é um tema de interesse não só de saúde pública, mas dos espaços Hospitalares, por merecerem abordagens e conduta de cuidar que podem se diferenciar das demais pela natureza – pessoas em processo de envelhecimento, significados das experiências, expectativas das vivências e sentimentos sobre elas.

Um dos motivos pelo método apoia-se em Minayo & Deslandes (pag. 197) quando nos diz que é que o método qualitativo tem a pretensão de trabalhar com os significados atribuídos pelos sujeitos (enfermeiras (os) e/ou idosos) aos fatos, relações praticas (de cuidar) e fenômenos sociais: interpretar tantos as interpretações e práticas e quando às interpretações das práticas. Esses são temas/núcleo básico de um trabalho qualitativo.

Os cuidados ou atenção das autoras é de como construir resultados e análise produzidos em estudo qualitativo sem perder de vista o rigor metodológico, destacando os cuidados que um estudo qualitativo merece, nos chamando a atenção para: atentar para a produção e análise dos dados com as respostas subjetivas (sentimentos, emoções, inseguranças); que não podem ser baseadas em evidências imediatas das falas ou práticas que se pretende analisar; estar atenta, para não acreditar que os dados “falam” por si e que basta repetir longamente os trechos das entrevistas feitas, ou dos diários de observação; como se eles fossem responsáveis pelo rigor que se pretende.

Mesmo com esses cuidados que devemos ter é importante saber que as pesquisas qualitativas são “um conjunto de práticas interpretativas” e partilhadas à premissa epistêmica de que o conhecimento (o idoso internado para submeter-se a

cirurgia), considerando que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos – idosos e enfermeiras (os).

Vale destacar ainda apoiada no que as autoras nos dizem (p. 199), que a pesquisa qualitativa ocorre num espaço “natural” (não construído artificialmente pelo pesquisador), envolvendo a observação de situações cotidianas; trabalho com a construção não estruturada dos dados (sem hipóteses feitas previamente) e busca o significado da ação social (diríamos da ação de enfermagem) segundo a ótica/olhar dos sujeitos pesquisadores (SILVERMAN, 1995, apud Minayo & Deslandes).

Sobre a opção pelo ESTUDO de CASO entendido por LAVILLE e DIONNE (1999 p. 155), como uma opção do pesquisador e evidentemente, essa escolha refere-se a um estudo de caso, de uma pessoa, mas também de um grupo, de uma comunidade, de um meio; referencia a um acontecimento especial, uma mudança política, um conflito... A vantagem dessa escolha (p. 156), repousa, é claro, na possibilidade de aprofundamento que oferece, pois os recursos se veem centrados no caso visado não estando o estudo submetido às restrições ligadas à comparação do caso com outros casos.

Ao longo da pesquisa as autoras dizem que o pesquisador pode, pois, mostrar-se mais criativo, mais imaginativo; tem mais tempo de adaptar seus instrumentos, modificar sua abordagem para explorar elementos imprevistos, precisar alguns detalhes e construir uma compreensão que leve em conta tudo isso... (...)

Sobre a opção pela OBSERVAÇÃO, está assentada na afirmação de LAVILLE E DIONNE (p. 124), de que ela é um privilégio modo de contato com o real: é observado que nos situamos, orientamos nossos deslocamentos, reconhecemos as pessoas, emitimos juízos sobre elas. A observação participa também de uma ampla variedade de descobertas e aprendizagens realizadas pelos Homens. No entanto, as observações, segundo as orientadoras, devem respeitar certos critérios, satisfazer certas exigências; não deve ser uma busca ocasional, mas ser posta a serviço de um objeto de pesquisa, questões ou hipóteses, claramente explicitado.

3.2) Cenário da Pesquisa

É um Hospital Universitário que funciona dentro da filosofia do SUS (Sistema Único de Saúde); têm objetivos específicos para preparar estudantes de graduação e de pós-graduação as diversas áreas: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, etc., além daqueles que são da ordem do diagnóstico e tratamento.

O estudo se desenvolveu nos três espaços por onde passa o idoso (em processo operatório): 1) no Ambulatório de cirurgia do HUGG, que atende em média 28,5%/ mês a pacientes idosos que irão submeter-se a processo cirúrgico. Neste momento, estes dados serão produzidos para situar não só o idoso, mas para construção de dados sócio demográficos e mostrar os fluxos de sua caminhada e tratamento; 2) na Enfermaria, momento de produção de dados sobre experiências, expectativas e sentimentos e o 3) quando vive a experiência no centro cirúrgico e volta para a enfermaria.

3.3) Participantes do Estudo

A população do estudo foi composta por pacientes de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos que foram submetidos ato cirúrgico e que quiseram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Eles deveriam estar orientados no tempo, no espaço Hospitalar e familiar, de modo que pudessem responder as questões do estudo.

Foram excluídos aqueles que não puderam responder por eles mesmos, que estivessem em situações de saúde de alta complexidade (com problema de compreensão, desorientado).

3.4) Aspectos Éticos e Legais

Em atenção aos aspectos éticos e legais ligados a pesquisa com os seres humanos, para eliminar as questões consideradas abusivas para com as pessoas (os idosos) envolvidas no estudo. E ao submeter o comitê atendemos a legislação

específica do CONEP (Conselho Nacional de Pesquisa). A Resolução 196/96 tem como característica fundamental o fato de não poder ser considerada como código moral, mas sim “uma peça de natureza bioética” assumindo antes um papel de direcionamento para análise e juízo sobre valores, que prioriza o pluralismo e o respeito pela diversidade e proteção a venerabilidade. Outra orientação sobre os aspectos éticos, considerando a eticidade das pesquisas, envolvendo seres humanos.

O projeto foi submetido à avaliação pelo comitê de ética em pesquisa foi aprovado sob o número 36859414.400005258.

O acesso ao andamento o resultado da pesquisa, o tempo de participação, bem como outros direitos foram garantidos ao sujeito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelo os mesmos pela pesquisadora. Além disso, ficou esclarecido aos sujeitos que os dados coletados nas entrevistas serão utilizados somente para pesquisa sem nunca tornar possível a identificação. Cabe ressaltar que para o desenvolvimento do estudo a pesquisadora foi responsável pela coleta e análise dos dados, não havendo nenhum ônus financeiro para a instituição e para os participantes da pesquisa e que quaisquer custos adicionais ficam por encargo da pesquisadora.

3.5) Coleta e produção de dados

Neste momento decidimos por duas estratégias: a primeira: fizemos um pré-diagnóstico sobre os registros de enfermagem para captar elementos indicadores de cuidados para a terceira idade; a segunda criamos um instrumento com três itens, I, II, III, cada um deles com perguntas específicas como:

I- No ambulatório: dados demográficos suas expectativas, esperanças e desejos acerca da cirurgia;

II- Internados o que ele informa sobre sua saúde e experiências anteriores e as atuais;

III- Observação e ação para o diagnóstico de enfermagem.

Foram rastreados 10 idosos que quiseram participar respondendo as questões, no momento em que lhe era informado sobre o estado e seus objetivos.

Organização dos dados produzidos no instrumento foram apoiados na análise de conteúdo de Bardin (2010, p. 121 a 133). Quando nos orienta que: este trabalho de “organização acontece em torno de” três polos cronológicos: pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação nesse momento, ela corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, um plano de análise...

Iniciado a categorização que é a operação de classificação dos elementos constitutivos por diferenciação. Segundo Bardin (p. 145) e seguidamente um trabalho de reagrupamento por analogia, com os critérios previamente definidos. As CATEGORIAS são grupos ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. Aqui, provavelmente encontraremos nesses elementos os indicadores de cuidados de enfermagem para a segurança do idoso em processo operatório.

CAPÍTULO IV – Análise dos dados

Análise e discussão dos dados produzidos e a apresentação de um instrumento a partir dos resultados da organização, categorização e análise, seguida de conclusões finais são a seguir especificadas.

PRIMEIRO MOMENTO: ORGANIZAÇÃO e ANÁLISE

Sobre os Registros

Foram Sorteados 10 prontuários para identificação de registros sobre os clientes que estão em processo de espera da cirurgia e neste rastrear buscamos elementos de cuidados propostos para o idoso, isto é, INDICADORES E REGISTROS específicos para eles quando é admitir o idoso na enfermaria e que se apresentam no quadro nº 1.

REGISTRO sobre IDOSO/ INDICADORES de cuidados.

Quadro nº1 – Síntese dos registros dos prontuários dos clientes. Rio de Janeiro/ 2014 (continua na página seguinte)

Ordem	Elementos	Numero de evocação	Reagrupamento
1	Lúcido	10	Consciência
2	Orientado	09	Consciência
3	Diurese Espontânea	03	Sintoma
4	Interagindo	08	Comunicação
5	Sinais Vitais	10	Sinais e sintomas
6	Emagrecido	04	Sinais e sintomas
7	Hipocorado	04	Sinais e sintomas
8	Respirando em ar ambiente	05	Sintoma
9	Diarreia Permanente	01	Sintoma
10	Acompanhado	04	Social
11	Veio da residência	06	Social
12	Hidratado	02	Sintoma
13	Desidratado	01	Sintoma

14	De ambulando	06	Condição relativa a cuidar/ mobilização
15	Nega alergia	05	Sintoma
16	Sem queixa	04	Sintoma
17	Em observação	01	Cuidado
18	Repouso	02	Cuidado
19	Aceitou dieta	03	Cuidado
20	Acianótico	05	Sintoma
21	Afebril	05	Sintoma
22	Sono Lento	02	Sintoma
23	Eliminação	07	Sintoma
24	Orientado Sobre Rotinas	03	Cuidado de enfermagem
25	Relatam doença	05	Diagnóstico
26	Refere dor	04	Sintoma
27	Não respondidos	01	Comunicação
28	Não coopera	01	Comunicação
Total		121	

Nessas Organizações encontramos classes temáticas que estão indicando o que interessa registrar, como indicadores de cuidados:

- 1) Nível de consciência, Lúcido, dia, local, ano, onde está;
- 2) Comunicação, sinalização;
- 3) Sinais e sintomas que envolvem fisiologia do corpo, audição, visão;
- 4) Condição relativa a cuidar/ mobilização;
- 5) Queixas informadas, necessidades e desejos;
- 6) Observação sobre dieta, repouso, tipo de comida, presença ou não dos dentes;
- 7) Orientação sobre rotina, por isso os registros foram fundamentais para a continuação do estudo.

As considerações que fazemos sobre as 121 unidades de registro deste estudo são de que os registros encontrados indicam interesses ligados a clínica do idoso, onde se destaca a doença, os sinais e sintomas, nível de consciências, informação sobre alergia. Se considerarmos que o idoso, em pré- operatório pouco sabemos, uma vez que não existe exame físico na admissão e não se investiga questões fundamentais que envolvem o que eu VEJO, MEÇO como sinais objetivos, e aquilo

que não VEJO que ele pode me dizer se eu perguntar (o subjetivo) as “ausências” de registros sobre o idosos que espera a cirurgia, por pior que pareça, são indicadores fundamentais para o que me proponho na dissertação de Mestrado Profissional que é a criação de indicadores de cuidados para idosos que se submetem a cirurgia na dimensão antes-durante-depois. Os dados produzidos neste pré-diagnóstico, nos induz assumir que o primeiro INDICADOR é de COMUNICAÇÃO nos registros em prontuários de idosos.

A produção de dados advindo do instrumento, parte I, II, III, estão nos quadros que se seguem com considerações do final de cada para identificação de elementos indicadores de segurança.

Quadro 2 – Caracterização riodemográfica dos clientes. Rio de Janeiro/2014

Dados demográficos da parte I – Resultado

Clientes	Idade	Sexo	Onde mora	Tempo gasto para chegar ao HUGG	Transporte utilizado
1	76	M	Cordovil	01h30min	Trem
2	60	M	Campo Grande	01h30min	Carro particular
3	70	F	Andaraí	30 min	Ônibus
4	73	F	Andaraí	2hs	Ônibus
5	85	F	Nova Iguaçu	02h30 min	Taxi
6	78	F	Bonsucesso	15min	Carro particular
7	70	M	Santa Cruz	03h	Carro particular
8	70	F	Santa Teresa	01h	Ônibus
9	74	F	Andaraí	40min	Ônibus
10	68	M	Catumbi	30 min	Trem

O mais novo dos idosos tem 60 anos, sendo 04 mulheres e 06 homens que moram relativamente distante do hospital, sendo que 03 deles gastaram entre 01 a

03 horas para chegar até a instituição, 04 vieram de ônibus, 02 de trem, 01 de taxi e 03 de carro particular.

Quadro 3 -

Dados demográficos de parte I- resultado B

Clientes	Estado Civil	Com quem mora	Salário	Dependente ou não	Profissão	Qualificação
1	Solteiro	Só	790,00	Independente		1º G
2	Casado	Com a família	1.800,00	Independente		2º G
3	Solteiro	Com a família	Salário Mínimo	Dependente aposentado		1º G
4	Viúva	Com a família	Salário Mínimo	Dependente aposentado	Do lar	1º G
5	Casado	Com a família	Ajuda do filho	outros	Do lar	2º G
6	Outros	Com a família	Salário Mínimo	Dependente	Do lar	1º G
7	Casado	Com companheiro e neto	Sem Renda	Dependente	Do lar	1º G
8	Casado	Com a família	900,00	Dependente	Costureira	1º G
9	Casado	Com a família	Salário Mínimo	Independente	Pedreiro	1º G
10	Casado	Com a família	Salário Mínimo	Independente	Pedreiro	1º G

Dos 10 idosos, 02 são solteiros, 05 são casados, 01 viúvo e 01 outro, todos moram com a família, filhos, noras, netos o que confirma informações de que os idosos continuam ajudando no sustento da família. 08 deles trabalham [05 recebem salário mínimo, (03 recebem 790,00, 1.800,00 e 900,00 reais) e 02 (01 sem salário e

o outro recebe ajuda de ISAC)], mesmo assim apenas 04 se sustentam independentemente da família e 06 são dependentes. Quanto à profissão 04 são do lar, 02 pedreiros, 01 eletricista, 01 metalúrgico, o mais graduado (2º grau) os 05 tem o 1º grau.

Quadro 4

Aspectos pessoais e sociais de parte I, resultado c *(continua na página seguinte)*

Clientes	Lazer	Religião	Condições do local onde mora	Se gosta do lugar onde vive
1	Nada	Católica	Agradável tem TV, micro	Sim, vive a muito anos.
2	Passear	Católica	Agradável, tem TV, geladeira, micro-ondas.	Sim, tem tudo perto de casa.
3	Crochê, tricô e palavras cruzadas	Católica	Agradável tem geladeira, TV, micro-ondas e rádio.	Sim, o bairro e tranquilo e facilidade de condução.
4	Passear na rua	Protestante	Agradável radio, geladeira, TV, micro-ondas e radio	Sim, porque criou os filhos e pode pagar o aluguel.
5	Leitura	Protestante	Agradável radio, geladeira, TV, micro-ondas e radio	Não, gosta, não tem nada, praça, banco.
6		Católica	Agradável radio, geladeira, TV, micro-ondas e radio	Sim, tem seus netos para se distrair a casa dela o que, que pode fazer o que quiser.

7	Passeio na rua	Protestante	Agradável radio, geladeira, TV, micro-ondas e radio	Sim, o lugar é calmo.
8	Nada	Protestante	Agradável radio, geladeira, TV, micro-ondas e radio	Sim, gosta porque é próprio.
9	Outros	Católico	Agradável radio, geladeira, TV, micro-ondas e radio	Sim, gosta muito mora há mais de 30 anos.
10	Nada	Católico	Agradável radio, geladeira, TV, micro-ondas e radio	Sim, porque é perto de tudo.

Dos 10 idosos, apenas 03 não fazem nada em relação ao lazer, 01 diz que faz outras atividades e 06 restantes gostam de passear na rua, na praça, leem, fazem palavra cruzada, 06 são católicos e 04 protestantes, consideram as condições do local onde mora(10) como agradável e distante como motivo (10) por terem: rádio, TV, micro-ondas, e geladeira e porque gostam de onde moram, 01 porque é próprio, 01 porque mora no local a mais de 3 anos, 01 porque não paga aluguel e é o lugar onde criou os filhos, 01 porque tem netos para se distrair; os restantes (04) dizem que tem tudo perto, o bairro é tranquilo, facilidade condução, o lugar é calmo e apenas 01 não gosta, por não ter praça e nem banco por perto.

Quadro 05

Aspectos específicos quanto às experiências na saúde, doença da parte III resultado D. Questões de 1 a 3.

Clientes	Já internaram	Motivo	Gostou ou não da internação	Tem alguma doença	Tem Alergia
1	Sim	Hérnia umbilical-colostomia	Gostou, mas ficou pouco tempo.	N/S	N/ S
2	Não	S/R	S/R	Diabetes Hipertensão	N/ S
3	Não	S/R	S/R	Diabetes Hipertensão	N/ S
4	Não	S/R	S/R	Períneo baixo e hipertensão	S/R
5	Sim	S/R	Gostou Todos são delicados	N/S	N/ S
6	Sim	Bolha na perna que estourou	Gostou porque foi bem tratado	Diabetes	Não
7	Sim	4 partos	S/R	Não	N/ S
8	Sim	Vesícula	Não as pessoas são grosseiras	Problema de Útero	N/ S
9	Não	Não	S/R	N/S	Não
10	Sim	Erisipela	Não falavam sobre minha doença	Diabetes	S/R

Dos 10, 06 já viveram experiência de internar 04 não; 03 deles não sabem o motivo da internação e os restantes “sabem” da doença anterior. Quanto gostar da

experiência de internar; 04 afirmam ter gostado porque foram bem atendidos e os profissionais eram delicados, enquanto que os outros 02 não gostaram (01 profissional foi grosseiro e o outro não falou sobre sua doença); 04 deles são diabéticos e hipertensos. Os 06 restantes tem várias doenças associadas, 03 deles afirmam não ter alergia e 07 não sabem se tem.

Quadro 6

Experiência do pré- operatório da parte II resultado E – questão de 1 a 9

(continua na página seguinte)

Clientes	O que quer saber sabe sua situação	Como agiu quando soube que ia operar	Já usou sonda	Sabe sobre o pré-operatório	Como gosta de Dormir		
					Luz	Ruído	Temperatura
1	Não	Alegria pela cirurgia	Sim	Sim	Claro	Sem Música	Frio +
2	Quando vai ser-sobre a cirurgia	Com esperança	Não	Sim	Escuro	Sem Música	Frio +
3	Sim- mais explicação porque vão me operar novamente, saber o que vai acontecer.	Com ansiedade	Não	Sim	Indiferente	Indiferente	Indiferente
4	Não– para não se preocupar	Com esperança	Sim	Não	+ penumbra	Sem Música	Calor-janelas abertas

5	Sim sobre o que vai acontecer	Com medo	Não	Sim	Escuro	Sem Música	+ frio
6	Sim, sobre a cirurgia, a doença e o que vai acontecer, motivo.	Som segurança	Não	Sim	Escuro	Sem Música	Ameno - Janelas fechada
7	Sim, sobre o que vai acontecer.	Com alegria	Sim	Não	No claro	Indiferente	Amena 0
8	Sim, saber tudo-sobre a cirurgia, sobre o que vai acontecer	Com alegria	Sim	Sim	+ penumbra	Indiferente	Amena 0
9	Sim sobre a cirurgia, sobre o que vai acontecer	Com Segurança da Cirurgia	Sim	Sim	Escuro	Sem Música	Amena 0
10		Com ansiedade Equipe	Não		No claro	Sem Música	Indiferente

Sobre saber suas situações 08 responderam que sim e 02 que não. Destaca-se aqui um indicador importante que envolve comunicação quando querem saber sobre: a cirurgia, mais explicado sobre o porquê ser operado novamente, saber o que vai acontecer, não querem ser enganado, o que vai acontecer (5) com a doença, qual é a rotina (05) um deles prefere não saber o que vai acontecer, como agiu ao saber que ia ser operado: 07 deles com pensamentos positivos e 03 com ansiedade (02) medo (01). Se já usaram sonda 04 afirmam que sim acompanhado de muito desconforto; se sabem como é o pré-operatório 07 sabem, questionados sobre o ambiente que gostariam de ficar após a cirurgia, responderam: sobre iluminação 04 no escuro, 02 penumbra, 03 claro, 01 indiferente; sobre ruídos, 09 afirmam que de sem música e 01 é indiferente, sobre temperatura: 03 gostam de

amena; 04 de frio; 02 indiferente e 01 de calor e pediram as janelas ora fechadas ora abertas.

Quadro 07

O que se sente e o que fazer durante internação da parte II resultado F.
questões de 09 a 12 (continua na página seguinte)

Cliente	Sentimento Sobre o Uso de Roupas Do Hospital	Gostaria de ter acompanhante na internação	Saber o que deve Fazer depois da cirurgia	Como sente no Pré- Operatório	Expectativa
1	Indiferente Tem que usar	Sim, filho e filho	Sim, os profissionais orientam	Um pouco nervoso, mas depois ficou tranquilo	Recuperar logo Tranquila
2	Confortável, roupa estava limpa	Sim, Com esposa	Sim, ficar tranquilo e repouso +	contente	Boa tranquilo
3	Incomodado, acho que deveria ser mais composta	Sim	Não, recomendaram apenas que não pegasse sol	Escutei pessoas que me disseram q era tranquilo	Medo que corresse tudo bom ficou preocupado com sinal de câncer, morte
4	Indiferente, tem q botar mesmo	Sim, estava com a neta, mas prefere a filha, o neto só dorme	Sim, sabia mais que estava com tampão e que a urina sai pela sonda	Foi comentar com os filhos e se sentiu encorajada	la ficar recuperada porque tem fé em Deus

5	Incomodado e não da camisola, mas sim do bumbum ficar de fora	Sim com o neto	Não, sei que vai pro CTI	S/R	S/R
6	Indiferente acho comum	Sim, o filho e neto	Não, acho que vou ter soro e sonda, vou evacuar por sonda	Sentiu que ficaria aliviada do problema	Inutilizado não vou ficar, nem sei o que dizer
7	Indiferente pano grosso-sentiu calor	Sim, netas	Não	Preocupada ansiosa	Quero ficar curada, medo da anestesia
8	Incomodado e muito grande	Sim, filha	Não, eu urino quando faço qualquer esforço	Sempre cheirando xixi	Ficar boa
9	Incomodo nos cobre o corpo direto	Sim, minha filha	Não, O membro/ pernas estão com ataduras.	Muito Peso nas pernas	Quero fica boa
10	Incomodado Muito grande	Sim, minha filha	Não, tenho medo de ficar internado	Muito enjoo e não poder comer nada	Poder comer de tudo como sempre fez e tenho medo de não ficar boa

Os resultados desse quadro tratam de sentimentos do uso das roupas do hospital, quando 05 deles disseram ficar bastante incomodado 04 indiferentes, afinal tinham que usar e 01 deles se sentiu confortável (a roupa estava limpa) as queixas dos demais elas não são pouco composta expondo seus corpos, pano muito grosso

(quente) tamanhos muito grandes para uns e certo para outros, todos querem ter acompanhantes durante a internação e apenas um deles prefere a esposa, os demais querem filhos e netos.

Sobre o que fazer depois da cirurgia 07 deles não sabem o que fazer e os 03 sabem isto porque foram orientados. Sobre o não saber está ligado a dizer: recomendaram que não tomasse sol, que lhe disseram que ia para o CTI; que deveria usar soro e sonda; para não fazer força; as pernas vão ficar tapadas com ataduras e podem ficar amarrados, indicando-nos que as informações não são claras e ao invés de aliviar criam tensões; como se sentiram no pós-operatório, apenas 01 estava contente enquanto que os outros 09 informaram preocupação, ansiedade, nervoso, enjoado, peso nas pernas, cheirando a xixi, quanto às expectativas 09 deles só querem ficar bom, resolver o problema, ficar curado e 02 deles estão preocupados com: um sinal de câncer surgido, se pode comer tudo e 01 não respondeu.

Quadro n 8

Nota conferida por eles para o ambiente profissional e cuidados da parte II, questão 13, resultado G

Clientes	Temas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notas	Ambientes	10	10	10	10	10	10	10	9	8	10
	Profissionais	10	10	10	10	10	8	10	9	9	10
	Cuidado	10	10	10	10	10	9	10	9	8	10

Apesar das respostas pontuarem notas muito altas para o que lhe foi perguntado, é imprescindível refletir sobre uma vez que os dados anteriores e posteriores apontam muitas falhas no nos registros sobre cuidados, no que não é registrado sobre cuidado; nos desejos deles sobre ambiente que não são atendidos e nas constantes afirmativas de que ninguém fala com eles.

A inferência que fazemos está na satisfação de estarem operados, conseguiram não importa ou que por não saberem seus direitos a cuidados e comunicação tudo está muito bom, quando sabemos que não é assim.

Quadro 9

Diagnóstico de enfermagem da parte III resultado H

Clientes	Exame Físico	
	Sinais Vitais	Sinais de Higiene
1 a 10	Todos os sinais foram verificados sem alteração “normal” nenhum hipertenso	- Identificado que o corpo em seu aspecto anatômico estava limpo unhas dos pés das mãos e o odor era agradável ou natural - Roupa de cama limpa

Como de costume nas experiências da enfermagem sobre cuidados o que tem sido feito (inadequadamente) é apenas o básico mais o simples que nos indica uma fragilidade nas ações de registro de cuidados quase sempre, centrados nos sinais vitais e sem exame físico. Sem perguntas fundamentais que dizem respeito a sinais, sentidos, cognição, mobilidade e necessidades e desejos dos idosos de interna-se. Para melhor mostrar os dados do quadro 9, decodificamos no quadro a seguir o que encontramos como registros feitos pelas enfermarias na admissão dos idosos na enfermaria.

Quadro 9 (A)

1	T 36 P 82 R24 PA 13X8	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, odor natural, roupa limpa
2	36 86 20 126x80	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, exceto odor natural, roupa limpa
3	35 71 18 100x6	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, odor natural, roupa limpa
4	36 64 20 110x6	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, odor natural, roupa limpa
5	36 83 20 13x8	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral sem dentes, limpos, odor natural, roupa limpa
6	36,4 58 20 13x8	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, odor natural, roupa limpa
7	SSV X	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, odor natural, roupa limpa
8	35 68 20 11x6	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, exceto odor natural, roupa limpa
9	36 76 20 11x7	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, dentes incompletos, limpos, odor natural, roupa limpa.
10	36 82 24 130x8	Corpo limpo- unhas mãos e pés, cabelos, oral dentes incompletos, limpos, exceto odor natural, roupa limpa

Quadro nº 10

Expressão corporal percebida pela enfermagem e respostas dos clientes de como costumam viver da parte III, resultado.

Clientes	Expressão Corporal	Costume de viver como vive
1	Tranquilo, falante, mão em constante movimento	Feliz
2	Sem Registro	Sem Registro
3	Tranquilo	Acordo cedo, vou a missa, converso com amigos, faço almoço se quiser, saio e não gosto de novela.
4	Tranquilo, falante, mãos em movimento.	Cantar louvor
5	Tranquilo Falante	Manhã toma café, arruma a casa, compra comida sanduiche, lasanha, não pode pegar peso (doe a bacia) Passa o dia todo lendo
6	Sem Registro	Conversa com vizinhos
7	Tranquilo, falante, mãos em movimento.	Ler, ouvir rádio. Cuidar da casa, faz comida
8	Tranquilo	Quero voltar aos lugares e não me preocupar em ficar mijando
9	Tranquilo	Vive bem. Cuida dos netos e ajudo meus filhos.
10	Falante e mãos em movimento	Medo de se sentir preso, a anestesia pode desorientá-lo e as pessoas o amarrarem.

Dos 10 idosos. 06 deles expressam através do corpo falando ou se expressam ao afirmar com tranquilidade; 02 não responderam e 02 falante e

fazendo movimento constante nas mãos. Quanto ao modo de viver 07 deles se sentem felizes fazem o que gostam de fazer, missa, assistir novela, faz almoço, ler, faz compras, ouve rádio, conversa com amigos e vizinhos, vivem bem com os filhos; 02 o modo de viver está centrado no momento da cirurgia não urinar, medo da anestesia, de se sentir preso, desorientar-se.

Quadro 11

Como os idosos se expressam diante da vida - parte III Resultado J.

Clientes	Como se expressa diante da vida
1	Tranquilo, relata, já ter vivido muito, afinal são 76 anos de vida e muitas alegrias.
2	Sem Resposta
3	Gosta de agradar as pessoas
4	Com muita fé
5	Acha a vida maravilhosa
6	Com alegria, mas preocupada com os netos
7	Tem uma vida boa, mesmo com problemas perdeu uma filha aos 50 anos com câncer.
8	Acha a vida boa, sempre falo um salmo quando tenho que enfrentar alguma coisa.
9	Não quero ser um peso
10	Tenho boas expectativas em relação aos filhos, porque gostam de estudar.

Dos 10 idosos, 07 estão satisfeitos com a vida e essa satisfação envolve família, filhos, netos, alegrias, a vida é maravilhosa, destes 01 diz apesar da alegria se preocupa com netos; 01 não responde e 02 se preocupam com sua condição atual.

Quadro 12

Sobre o desejo dos idosos em relação ao cuidado, parte III, resultado K.

Cientes	Como foi o atendimento no ambulatório	Como gostaria de ser atendido antes da cirurgia	Ser cuidado na enfermaria antes de Cirurgia
1	Os médicos me tranquilizaram mesmo sendo C.A	Com boa vontade dos profissionais.	Do mesmo jeito
2	Bem atendido	Atendimento a contento	Estou sendo bem atendido.
3	Achei normal, conheço muita gente que já operou tireoide.	Com mais esclarecimento	Só quero que me expliquem as coisas.
4	Com muita fé	Mais explicações sobre a cirurgia	Que me falasse mais da cirurgia
5	Sem registro	Sem registro	Quer que tudo de certo
6	Fiquei com medo, porque conheço uma pessoa que sofreu com essa doença.	Quero que fale tudo sobre como eu vou ficar	Quero saber se vou fazer coco, pela sonda.
7	Refere bem atendimento medico.	Querem que me falem tudo sobre como eu ficar.	Bem
8	Demorei conseguir a consulta depois foi tudo rápido marcou logo a operação.	Igual	Eu quero falar de Jesus para as pessoas mas ninguém tem tempo.
9	Eu gostei do médico me mandaram para esse hospital que eu nem conhecia.	Eu gostei	Não gosto de muito barulho e eles muito alto
10	Deram-me pouca atenção	Com mais explicação	Me explicassem tudo que vão fazer comigo

Quanto ao atendimento 05 se sentiram bem atendidos, porque os médicos tranquilizaram, foi muito rápido, fazer a operação mas demorou se consultar 01 não gostou do hospital, reclamou da pouca atenção dada a ele ; 01 não respondeu; 01

ficou com medo. Como gostariam de ser atendidos, eles desdizem em resposta as respostas anteriores 07 destacam problemas de comunicação falta de boa vontade, um atendimento a contento, com mais esclarecimento que falem tudo e digam com eles vão ficar e com mais explicação como gostariam de ser cuidados na enfermaria, 08 deles querem que expliquem o que vai acontecer, quer saber de tudo, que falem da cirurgia, não gostam do barulho (alto) e expliquem o que vão fazer com ele. Indicando que apesar de dizer que forma bem atendido a comunicação com eles não é a melhor.

Quadro 13

Desejos e sentimentos dos Idosos, depois da cirurgia, parte III. Resultado L (continua na página seguinte)

Clientes	Antes da Cirurgia	Depois da cirurgia	Chegada no Centro Cirúrgico	Volta a Enfermaria
1	Como fui tratada com boa vontade dos profissionais que me atenderam	Que me explique bem como deve ser a minha cirurgia	Fui bem atendido, o anestesista disse que ia me dar uma espetadinha, depois não lembro mais nada.	Do mesmo jeito que foi tratado.
2	Já estou sendo bem atendida	S/R	S/R	S/R
3	Só querem que me expliquem as coisas	O que não posso fazer porque estou operada	Estava com muito sono, gostei, estava com muito sono.	Foi bom na outra vez, agora já sei como é.
4	Me falassem mais da cirurgia	Quero saber o que posso comer e se posso pegar peso	Só via o posto azul pra lá e para cá.	Gostei do atendimento
5	Que tudo desse certo	Queria ficar bem	Dor e sonolência	Da mesma forma da ultima internação.

6	Quero saber se vou fazer coco pela sonda	Quero saber se minha doença tem cura.	Foi bom, mas o sono não deixava ver as pessoas.	S/R
7	Bem	Bem	Fui atendido bem	Da mesma forma.
8	Quero falar de Jesus para as pessoas mas ninguém tem tempo	Só quero agradecer primeiro a Deus e a todos que cuidaram de mim.	Fé e muito frio. Que Enfermeira perguntou meu nome e falou que eu estava aguardando a fiquei muito feliz.	Só quero que não façam nada errado comigo.
9	Não gosto de barulho e falou muito alto	Não quero sentir dor, quero silêncio.	Só perguntaram meu nome	Estou me sentindo bem e pensei que ficasse mais tempo
10	Que me expliquem tudo que vão fazer comigo	Quero ficar bem e voltar a comer de tudo	Ninguém falava senti muito medo	Graças a Deus deu tudo certo queria que as pessoas falassem mais como é ficar operando.

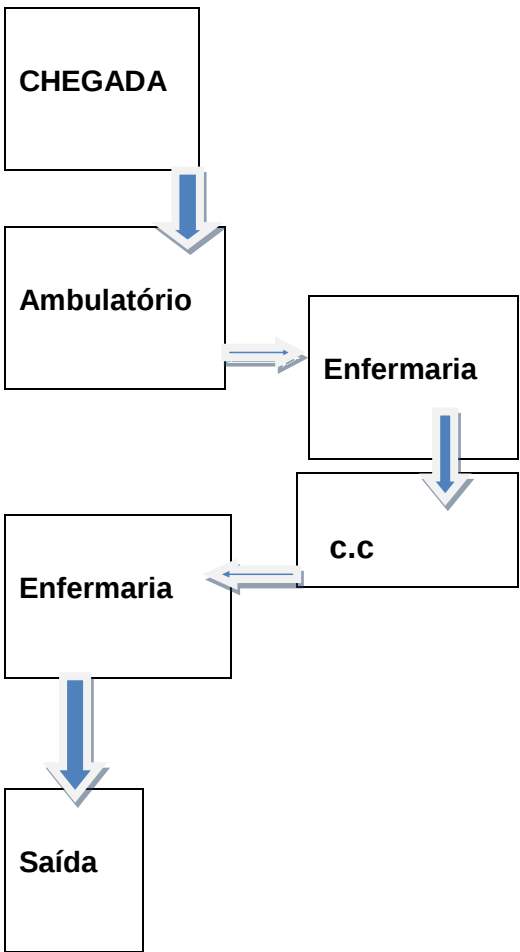
Antes da cirurgia, novamente, 06 deles informam problemas de cuidado e de comunicação como: querer explicação sobre as coisas, que falassem mais sobre a cirurgia, saber se vai evacuar pela sonda, não gostam do barulho e que expliquem o que vai ser feito com ele, enquanto que 04 deles estão bem atendidos. Depois da cirurgia seus desejos são quase os mesmos e tudo se resume quer saber do que vai acontecer com eles o que pode fazer, comer e que ninguém falava fazia sentir medo. De volta à enfermaria nada foi acrescentado que mudasse ou modificasse o que disseram antes.

Após a organização e análise dos 13 quadros produzidos passamos ao Segundo Momento – A Categorização

A organização dos dados produzidos sobre os REGISTROS e consequente do INSTRUMENTO parte I, II, III, e após diversas leituras e varias organizações confirmamos que o INDICADOR principal é COMUNICAÇÃO cujos elementos encontrados nos textos apontam uma singularidade sobre os idosos que merece ser

discutido. Quando decodificamos os resultados contidos nos 13 quadros produzidos identificamos que a comunicação surgia como NECESSIDADE e DESEJO as quais foram identificadas como: a) saber tudo o que vai acontecer com ele no pré- trans.- pós-operatório; b) saber tudo sobre o ambiente da enfermaria e do Centro Cirúrgico considerando anestesia, materiais usados e atenção dos profissionais; c) ser ORIENTADO e de suas condições de SER e ESTAR no processo antes e após a cirurgia. Com isso identificamos uma CATEGORIA e suas subcategorias como se apresentam no quadro 14.

Quadro 14 - RESULTADOS /CATEGORIA

CATEGORIA	ORDEM	SUBCATEGORIAS
INDICADORES da comunicação nos REGISTROS e nas AÇÕES de CUIDAR de Idosos O fluxo  <pre> graph TD A[CHEGADA] --> B[Ambulatório] B --> C[Enfermaria] C --> D[c.c] D --> E[Enfermaria] E --> F[Saída] </pre>	1	COMUNICAÇÃO E REGISTRO no AMBULATÓRIO: Identificação das ações de cuidar quando o idoso chega e tem a notícia da cirurgia.
	2	COMUNICAÇÃO e REGISTRO na ENFERMARIA: diagnostico de Enfermagem, expectativas, necessidades e desejos do cliente no PRÉ-OPERATÓRIO.
	3	COMUNICAÇÃO e REGISTROS no CENTRO CIRÚRGICO: experiências e vivemos no TRANS-OPERATÓRIO.
	4	COMUNICAÇÃO E REGISTRO na ENFERMARIA: experiência e vivencias no PÓS- OPERATÓRIO

Discussão dos RESULTADOS e os indicadores de cuidados para o Idoso em situações cirúrgicas.

Categoria:

INDICADORES de COMUNICAÇÃO nos REGISTROS nas AÇÕES de CUIDAR

Considerações introdutórias à discussão

Diferentemente do que queríamos acerca do N- Total de idosos rastreados – conseguimos apenas 10 num processo que envolveu a situação do hospital, com a diminuição de leitos e de cirurgias e da disponibilidade deles para participar do estudo. No entanto como trata um estudo de interesse do HUGG, este se somará a outros diagnósticos sobre clientes e cirurgia que estão sendo realizados em outras dissertações de mestrado. Outra questão a ser considerada é de que entendemos que a ausência de registros de cuidados sobre idosos que identificamos sugerem que ali tinha indicadores escondidos que mereciam ser destacados para inclusão de uma intervenção – ação adequadamente apropriada a ser implantada. Com estas considerações, iniciamos a discussão da CATEGORIA, de indicadores de comunicação nos REGISTROS nas AÇÕES de CUIDAR: memória do Cliente e da Enfermagem.

A discussão nesta categoria é introdutória uma vez que se aprofundará nas subcategorias. É conveniente ressaltar que a COMUNICAÇÃO é um padrão instituído por NANDA “além de conversar inclui o ato de transmitir pensamentos, sensações ou informações” que se decodifica como funcionamento das expressões verbais e não- verbais do corpo com o outro corpo, isto é, do idoso com aqueles que cuidam dele. Na Enfermagem fundamental, segundo Figueiredo e cols (2012, cap7, pag 104) comunicação é um dos instrumentos básicos da enfermagem fundamental e imprescindível para os registros as interações e encontro com seus clientes – os idosos.

E também teoria e instrumento essencial nas intenções de um com o outro comunicar para esses autores envolve todos os sentidos dos corpos envolvidos nas ações de cuidar, como principais canais de comunicação – visão, audição, fala,

olfato, tato, cinesia a captar no encontro com outras imagens sons, cores, sentir os sentidos nas texturas e expressões que são emitidas pelos envolvidos no encontro. Se comunicar e saber é captar linguagens, sinais, sintomas e expressões Corporais e deve registrar o que encontrar seja de ordem objetiva ou subjetiva e em qualquer destas ordens e possível captar necessidades e desejo.

Estamos falando de comunicação verbal, que no plano do cuidado deve ser sempre registrado independentemente se ela verbal não verbal ou expressiva-signos emitidos pelo corpo e que nos devemos perceber, identifica, intervir e registrar. Para os autores acima citados (p.108) no dia a dia a comunicação é importante para a realização das atividades cotidianas – que, “quando não aconteceu da forma como deveriam, tem na comunicação a justificativa da não conformidade e não concordância. Quando acontecer falhas na comunicação, potencializa-se a possibilidade de erros nas realizações das tarefas segundo Eltz (1994,98) temos o mal habito de encarar a comunicação como conflito. Na verdade, o conflito poderá surgir quando não houver um adequado processo de comunicação.

A comunicação para ANVISA é um indicador de qualidade em todas as ações que podem colocar em risco a vida de pessoas. A segurança da assistência depende de uma comunicação entre os profissionais, ela precisa ser completa sem ambiguidade e compreendida por todos. A efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente.

As informações do paciente devem ser registradas no prontuário, que é um documento legal e contém todas as informações do processo assistencial, desde a admissão até a alta.

Os Indicadores de REGISTRO AÇÕES de CUIDAR foram:

SUBCATEGORIA 1 - Comunicação e Registro no Ambulatório

Notícia da cirurgia: Identificação das Ações de cuidar quando o Idoso chega e tem notícia da cirurgia.

Esta categoria trata da ação das enfermeiras no ambulatório. No caso deste estudo apesar da existência de 04 ambulatórios de cirurgia – 3ª, 5ª, 4ª e 6ª unidades que atendem e tratam clientes em processo de cirurgia pré – trans – pós operatório,

não existe enfermeiros escalados nestes setores, o que trás implicações para os clientes neles atendidos.

Na produção dos dados veicularam na fala dos clientes desejos quando passam pelo ambulatório com o de:

- Gostaria de orientação sobre o que tenho/ doença;
- Gostaria de saber sobre a cirurgia;
- Gostaria de saber sobre o pós- operatório;
- Gostaria que conversasse comigo;
- Gostaria de saber, sobre o dia da cirurgia.

O que vem acompanhado de um desejo de saber que deveria ser realizado por aqueles que se encontram com ele pela primeira vez o que nos autoriza dizer que é um indicador que emerge QUERER SABER, sobre sua situação através dos profissionais que cuidam deles, isto é COMUNICAÇÃO para saber. Esta comunicação é dos profissionais pra eles que voltam para casa com a notícia da cirurgia, sem nenhuma informação sobre o porquê dela.

No ambulatório de cirurgia, quando o idoso chega, a enfermagem deve estar atenta à demanda de cuidados que ele indica e deveria seguir um protocolo específico para ele. Aliás, deveríamos ter um programa para que eles fossem incluídos e acompanhados nos diversos níveis como: em casa, ambulatório, enfermaria, centro cirúrgico e recuperação, enfermaria e alta.

Normalmente o ambulatório é a porta de entrada do idoso para procurar saber o que tem, e, conseqüentemente para se tratar. É no ambulatório que é possível iniciar tratamentos para retardar o envelhecimento e onde ele aprende que envelhecer é um processo natural, com características peculiares que Figueiredo, Tonini & Silva (p.182-184) dizem ser de orientação de um saber o que identifica o que fazer em que investir o que pode ser orientado na construção de um protocolo de cuidados para com eles, quando se encontram com ele para cuidar que se inicia no Ambulatório e é reforçado na Enfermaria, quando se utilizam dos exames laboratoriais dos idosos como cuidados que pode orientar o processo de educação sobre o envelhecimento e de como cuidar para manter a saúde; além disso, deveriam saber para informar a eles que:

- A perda de água celular leva a desidratação progressiva do organismo;

- O envelhecimento é precipitado pelas doenças, pelo cigarro, pelo álcool;
- O sedentarismo prejudica a hemodinâmica e o metabolismo do organismo;
- O funcionamento do organismo está relacionado às condições genéticas e metabólicas (menopausa, neurônios, nutrição inadequada).

Esse saber é fundamental para que a (o) enfermeira (o) faça orientações adequadas e fique atenta para detectar sinais e sintomas inesperados.

Segundo Figueiredo & Tonini (2012) é no ambulatório que um diagnóstico de enfermagem deve ser iniciado para que a equipe que o recebe o idoso, na enfermaria saiba "diante mão" quem é aquele idoso que vai cuidar, continuando diagnóstico para novas intervenções e para isso é necessário considerar que existem necessidades, naturais do envelhecimento que exige ação e intervenções dos diversos profissionais que cuidam de como:

- ✓ Reforço nutricional;
- ✓ Controle de doenças e acompanhamento de pressão arterial, diabetes, níveis de colesterol, tabagismo e álcool;
- ✓ Controle de depressão;
- ✓ Controle de osteoporose;
- ✓ Diagnóstico do estilo e da qualidade de vida;
- ✓ Criação de estratégias que incluam os idosos no fluxo de vida;
- ✓ Cuidado e atenção aos aspectos que envolvem a sexualidade;
- ✓ Exercício de cidadania, controle de sua vida, economia e liberdade para tomar decisões;
- ✓ Respeito as suas opiniões e experiências;
- ✓ Supervisão e detecção de problemas circulatórios;
- ✓ Preocupação para evitar o estresse, mesmo que isso aparentemente seja impossível, visto que a vida moderna cria armadilhas e lutas, estimulando medos, inseguranças, solidão e frustração que fazem adoecer o coração.

Essas necessidades nos aparecem no ambulatório por que não existem registros de Enfermagem e se fortalecem na subcategoria 2.

Essa é ausência de uma prática científica que ao ser identificada, não é orientada e nem registrada nos documentos dos clientes. Além disso, é no ambulatório que os idosos devem aprender a ser orientados sobre o que deve fazer ou se comportar enquanto espera a cirurgia e de seus direitos, como:

- Viver em ambientes saudáveis, em que iluminação, aeração, ruídos e relações humanas devem desencadear bem estar;
- Aprender a conviver na família, principalmente com os jovens. As conversas com a enfermagem devem ser com a família e os jovens presentes, ou seja, em conjunto;
- Ter direito ao repouso e a cuidados de proteção, fortalecendo seus papéis político, religioso e de líder familiar;
- Ter direitos assegurados por lei, ao alimento, à propriedade, à aposentadoria, ao transporte gratuito e ao voto.

Por fim, é preciso acreditar que o ambulatório para o idoso saudável, é um espaço não só de diagnóstico e tratamento, mas também do exercício da cidadania, da solidariedade, da liberdade e da pesquisa que ajuda a entender e produzir conhecimentos sobre envelhecer, adoecer, ter saúde, operar, etc.

SUBCATEGORIA 2 - Comunicação e registros na Enfermaria: Diagnóstico de Enfermagem expectativas e necessidade e desejos no PRÉ- OPERATÓRIO

Essa subcategoria traz dados de um pré- diagnóstico dos registros de enfermagem nos prontuários de clientes já internados e deu origem ao primeiro “paper” encaminhado para publicação; e, dos dados produzidos no INSTRUMENTO que darão origem ao segundo “paper” do estudo.

Neste momento estamos localizando indicadores na Enfermaria quando o idoso chega e permanece esperando a cirurgia - está no PRÉ – OPERATÓRIO. É o momento de adaptação a um novo espaço e o tempo de conhecer as pessoas que cuidarão dele.

Passado o momento de atos no ambulatório em pré-operatório, o processo seguinte é o da internação no espaço da ENFERMARIA o local, muito próximo da espera. Neste espaço há de nos preocupar com a nova experiência que o idoso

vive, o lugar de dormir, de se alimentar, de esperar longe da família. Deveria ser permanente o processo de comunicação e de registro de achados novos para manutenção de saúde e detecção de novos sinais e sintomas de agravo da doença. Isto é, se os dados mostram que eles estão alegres, tranquilos, o que fazer para mantê-los assim. O que ofertar como cuidados.

Na enfermaria como o lugar de se encontrar com novos companheiros da mesma caminhada, que aguardam a cirurgia ou que já passaram por ela, eles acabam contando para ele o que é o que sentem e o que aconteceu. Criando provavelmente muitas expectativas, muitas preocupações ou medos; encontrar com novos profissionais da área de saúde, com seus procedimentos e intervenções cotidianas às vezes invasivas e com roupas que expõem parte de seu corpo, que incomoda por ser de pano grosso e quente.

Preparado ou não, chega o dia da cirurgia e ele vive novas experiências, preparo (invasivo) do corpo; dependendo de sua condição e do ato cirúrgico essas invasões também são introdução de sondas, puncionamentos venosos e do mais grave (legal) a violência contra o seu corpo que é “cortado e costurado” que não reage por estar sob efeito da anestesia e dos atos dos cirurgiões.

Nessa subcategoria apresentamos dois quadros que sugerem os indicadores dos REGISTROS e dos dados do INSTRUMENTO.

Quadro nº 15

REGISTROS realizados pelo (a) enfermeiro (a)

Registro da admissão realizada pela EFERMAGEM		Não REGISTRADO questões LEVANTADAS
1	ORIENTADO/ LUCIDO	Trate do Nível de Consciência nos explicitado se ele sabe onde está; que dia, mês e ano: em que local e por que.
2	COMUNICAÇÃO	Nada identificado, nada sobre orientação a cerca da cirurgia do espaço e de rotina.
3	SINAIS E SINTOMAS	Apenas registro de sinais vitais que não dão conta de um processo para o diagnóstico de Enfermagem e nem dão conta da

4	MOBILIZAÇÃO	Sobre deambulando ou cadeira de rodas
5	QUEIXAS INFORMADAS	Nenhum registro detalhado do que vem e do que lhes foi informado. Ausência de exame físico.
6	OBSERVAÇÃO SOBRE DIETA	Modo registrado sobre o que gosta de comer, se pode mastigar (ausência dos dentes); se gosta de que temperatura para o alimento, hábitos alimentares. Sobre repouso nenhum registro sobre quais são seus hábitos que horas dorme e questões ligadas ao ambiente – luz, temperatura e ruídos disfagia
7	ORIENTAÇÕES SOBRE ROTINAS	Nenhum registro de informação

Como já orientado em quadros anteriores os registros de enfermagem são limitados não dando conta de um diagnóstico de enfermagem como é orientado pela profissão e lei do exercício. As palavras são isentas de consequências que nos indicam intervenção para o estabelecimento de cuidados pra os idosos que todas as etapas que passam no tempo de esperar a cirurgia. O não registrado como deveria é que norteou os indicadores, sempre tendo como central a questão da comunicação. Também não existe nada realtivo as expectativas e necessidades e desejos dos idosos no pré operatório identificados pelos enfermeiros durante este tempo de espera.

Alguns estudos, principalmente o de “Aragão & Figueiredo sobre REGISTROS” (2009, p.111) tem avaliado a qualidade e a quantidade de temas Registrados em referência, apenas a enfermagem, encontraram dados que indicaram conclusões surpreendentes ou, ao menos, não esperados. Além de serem muito limitados eram indicadores da “ausência” de informações importantes sobre o cliente e que implicariam ou influenciaram na memória escrita: “a enfermagem, caminhando para uma morte anunciada, isto é, a enfermagem não registra o que exerce como cuidado”.

No processo de cuidar do idoso, parece fundamental identificar aquilo que nos orienta e que é necessário inovar nosso olhar quanto a muito de nossas práticas e aspectos da vida, como a organização cidade, “lazer, aposentadoria, reintegração no mercado de trabalho, consumo, moda” (TURA e SILVA, 2012). Estes aspectos se

refletem também nos espaços das instituições de saúde e nas práticas dos profissionais de Enfermagem (ALMEIDA, LOPES E DAMASCENO, 2005; SMU-RJ, 2008)

Precisamos investigar mais sobre o que fazemos e registramos sobre eles e como afirmam TURA e SILVA pensar “para além de nossa relação conosco mesmos com os próximos, os outros, as instituições, as políticas, as autoridades e a produção dos meios de comunicação em geral”. Na verdade buscar, de fato, o que fazemos e pensamos quando estamos diante de um idoso que vai enfrentar uma cirurgia num corpo em processo de envelhecimento. É um desafio que por si só envolve respostas fiscais e emocionais, as quais podem ser indutoras de adoecimento ou restauradas da saúde (PY ET AL. 2006) A própria cirurgia pode criar em cada um deles um significado que não é para a vida, mas de aproximação com a morte.

Nós, que cuidamos deles, não temos conseguido mergulhar nos espaços subjetivos de “ser idoso” porque os contatos com eles tem se tornado, pela própria natureza de cuidar e das condições de trabalho, mais distantes apesar do permanente discurso de acolher, de confortar, de ajudar. (GEORGE, 1993; COSTA, 1996) Às vezes, precisamos pensar em que tipo de bem-estar falamos que é qualidade de vida para eles, o que estamos fazendo como ação prática e de que registro essa ação trata. (SEID e ZANNON, 2004; VECCHIA, 2005)

Parece que temos pensado apenas gerontologicamente, e o que tem sido conceituado como atenção para o idoso, por que estamos ainda nos fortalecendo para ter outras compreensões sobre eles (NERI, 2007) Por exemplo, TURA E SILVA citam Cautley-1992 para dizer que a Gerontologia envolve mais o tratamento das doenças, entre elas a dental nas pessoas de mais de 65 anos. (...) Para eles, uma definição muito mais ampla seria mais apropriada para incluir aqueles que devido à idade são prejudicadas de alguma forma quanto ao acesso dentário.

Quadro nº16

Da Síntese geral do INSTRUMENTO I - contidos nos quadros 5, 6, 7 e 8.

QUADRO 5	Já internou		Motivo		Gostou		Tem alguma doença		Tem alergia	
	S	N			S	N	S	N	S	N
				6						
			dois NÃO	1						
			SABEM							
QUADRO 6	Desejo de saber da Cirurgia		Como agiu quando soube da cirurgia		Já usou sonda		Sabe sobre o pré operatório		Como gosta de dormir	
	S	N			S	N	S	N		
				3					No escuro sem ruídos, falas, temperatura entre frio e ameno	
				2						
				2						
				3						
Quadro 7	Sentimentos sobre o uso da roupa do hospital		Desejo de ter acompanhante		Se sabe o que deve fazer depois da cirurgia		Como se sente no pré- operatório.		Expectativas com relação à cirurgia	
	S	N			S	N	S	N		

	5 sentem-se Incomodado, 4 indiferente e 1 confortável.	Todos desejam ter acompanhantes	7 não sabem 3 sim	1 não S/R 9 diversos sintomas de desconforto	9 querem ficar bom, mesmo com medo 1 S/R								
Quadro 8	Notas sobre: de 0 a 10	1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		Ambiente	10	10	10	10	10	10	10	10	9	8	10
		Profissionais	10	10	10	10	10	8	10	10	9	9	10
		Cuidados	10	10	10	10	10	9	10	10	9	8	8

*S = igual à resposta positivas de cada questão (35) e acerca deles mesmos

N = igual a respostas negativas ou que não sabe da questão ou não viveu a experiência e evolve comunicação no exercício da enfermagem

Os resultados produzidos, nesta subcategoria 2, pelos idosos indicam que existe um DESEJO de SABER sobre tudo que vai acontecer e que tem que nós assumimos como um indicador de qualidade no cuidado como também refere à ausência de INFORMAÇÃO, que para eles parecem não ser uma preocupação dos profissionais quando se encontraram com eles. Saber sobre o que vai acontecer com eles deveria ser uma Ação Básica o que nos faz pensar que os profissionais não estão segundo FIGUEREDO E Cols (2003, p 108):

“considerando a comunicação como instrumento essencial para sua prática e nem consideram o cliente como um ser que age e reage em um meio/ espaço, que é capaz de afetar e ser afetado quando eles se encontram em situações de cuidado, principalmente quando trata de idosos com limitações pelo envelhecimento, - de audição, cognição, de visão, de locomoção, etc...

Esse não saber é do desejo de 09 idosos com mais de 70 anos e com nível de conhecimento de ensino fundamental, o que podemos estimular a pensar que eles clamam por um processo de cirurgia “seguro” e dar consequências de como vão viver depois de operados. Há de se pensar também que envelhecer é um processo de morrer lentamente mesmo feliz, tranquilo com a vida que eles dizem ter. O que se espera de uma enfermagem que cuida de idosos no pré-operatório é que deve seguir uma rotina que em muito deve contribuir para redução de algumas complicações no pós-operatório, a qual por muitas vezes tem sua base no medo do

desconhecido e na ansiedade ocasionada possivelmente, pela falta de informações e orientações.

Eles também informaram que não sabem se são alérgicos e nada está registrado, nos indicando novamente a ausência de comunicação que segundo Eltz (1994 p98):

toda comunicação existe com sentido de aumentar a compreensão e promover o entendimento entre os homens. O conteúdo de um processo de comunicação é exatamente aquilo que queremos transmitir. É a mensagem que temos para passar. Não existe comunicação sem conteúdo. Por mais apurado que seja ela não se sustentará se não houver algo para comunicar

Se no encontro com eles com a intenção de detectar problemas objetivos ou subjetivos, provavelmente não conseguimos perceber que há um desejo de saber e se não perguntamos o que eles querem saber a partir do que sabemos sobre cuidado e comunicação é preciso dá atenção ao Silva (2003 pag.13) nos diz “somente pela comunicação efetiva é o profissional poderá ajudar a o paciente a conceituar seus problemas, enfrenta-los” visualizar sua participação na experiência da alternativa de solução dos mesmos”

É possível considerar nos estamos nos comunicando adequadamente quando nos encontro com estes idosos que estejamos dispostos ouvir e escutar, olhar e vê o que eles nos dizem mesmo quando calados. Aprender a ler sua linguagem corporal, expressão facial, movimentos do corpo. Também afirmam não saber o que devem fazer depois da cirurgia, indicando mais uma vez que não houve comunicação; como também não há intervenções de cuidados acerca do que eles sentem e do que sentiram no pré-operatório.

SUBCATEGORIA 3 – Comunicação e Registro no Centro Cirúrgico: experiências e vivências no trans operatório

O estudo revela que pouco sabemos e o que estamos fazendo como uma enfermagem segura e legal que para os idosos que chegam ao centro cirúrgico. A palavra de ordem deles é de QUERER SABER O que vai acontecer e que conversem com eles em qualquer situação, principalmente quando estão no corredor esperando ir para a sala de cirurgia. Neste momento eles estão de passagem entre pré e pós-operatório, mais um ritual que é diferente, que causa medo e ansiedade.

Neste ponto nos recordamos de Berg e Cordeiro (2006, pag.62) que nos orientam que neste momento deviam ser minimizados, visando diminuir o estresse e clinico e emocional se provermos a:

a) Criação de uma cultura de visitar o cliente no pré- operatório que devem ser para todos, mas especificamente para o idoso que se submete a maiores riscos, quando agredidos pelo ato cirúrgico;

b) O acolhimento adequado e especifico é o caminho para torná-lo mais tranquilo e com consequências positivas no pós operatório.

A exploração de quem é ele, de como está, extrapola teorias especificas porque sozinhos não explicam o processo de envelhecimento no que diz respeito às complexidades, por isso a exploração deve ser biológica, psicológica e social; que todos possuem uma dimensão existencial, que nós estamos sem dar muita atenção a essa dimensão, que pode ser indicadora de cuidados confortantes para os idosos a comunicação é parte da vida, não existe criar momento para comunicação, até ficar em silêncio estamos nos comunicando.

Alias “querer saber” aparece em todas as respostas dos idosos, que pode ser indicadores: Vontade de saber “o que continuo afirmando que o problema é de ausência ou inadequada comunicação e esta comunicação envolve observação e informações especificas para a pessoa que envelhece que deve ser a base de uma prevenção de “desaceleração” do envelhecimento de se manter saudável o mais rápido possível, provavelmente um modelo de cuidar interdisciplinar que não vise apenas combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde - doença.

“Querer saber” é uma vontade de comunicação expressada por eles neste processo de ser operado de esperar a cirurgia e de como ficara depois dela. A comunicação é um instrumento essencial na prática Enfermagem e é preciso explorar os seus processos de cuidar para poder cuidar e neste estudo não esquecer que os idosos entendem, age e reagem ao que fazem com ele.

Tanto nós como o espaço podemos afeta lós se a comunicação não for adequada, clara, alegre.

O tempo no Centro cirúrgico é rápido marcado pela presença de pessoas desconhecidas e seria interessante para a enfermagem científica de segurança, deveria considerar o envelhecimento biológico, quando ocorrem modificações importantes nos só cardiorrespiratório, músculo esquelético, mas de sentidos e emoções que se afloram no cotidiano – audição, visão, paladar e necessidade de comunicação específicas.

Que sentimentos devem ou não passar pela cabeça do idoso quando alguém lhe diz: Agora o senhor vai dormir, quando naturalmente ele tem medo da anestesia. Por isso permanece o desejo de saber. Ele também não sabe que vai passar pela RPA (recuperação pós-anestésica) ele confunde depois como se fosse para o CTI, porque seu colega que já operou lhe informou assim. Ele ouve histórias que nem sempre são acolhedoras e acaba criando representações indevidas sobre o centro cirúrgico, as pessoas e o pós- operatório.

Não aparece em NANDA o padrão SABER e muito menos vontade de saber, querer saber o que provavelmente pode aparecer no padrão COMUNICAR, Como forma de expressão, às vezes não verbal, mas que podemos identificar por meios de sinais ou gestos uma linguagem a nos indicar que eles estão desejando algo (FIGUEIREDO, 2004, p.24).

É imprescindível atentar para os desvios de comunicação que dizem respeito às dificuldades de expressão da fala ou de compreensão da fala do outro por diversos problemas de saúde. Não é difícil perceber que os padrões estão ligados as necessidades de muitas outras dimensões do desejo”.

Quando eles dizem a enfermeira perguntou meu nome quando estava na maca no corredor, se ele for alguém que está atento aos problemas que ocorrem nas cirurgias, divulgados, constantemente, pela mídia eles podem entender esta questão de dois modos: me pergunta por que não me conhece ou quer confirmar meu nome para que nada aconteça de errado? É natural pensar como alguém vai lhe operar sem saber o meu nome, sem lhe conhecer, isto remete a comunicação algo fundamental no seu processo de esperar sem que nenhuma dúvida nas diversas que ele vem tendo.

A enfermagem tem direito, dever, obrigação de conhecer seus clientes, do que ele causa tensões que são da ordem de 6 dimensões:

- Fisiológicas - Afetando todo sistema do corpo dentro do corpo
- Físio biológica – Que se processa fora do corpo
- Bio – psico biológica – Envolve consciência e inconsciência, sofrimentos reais e subjetivos
- Ambiental – Mundo externo- corpo individual e coletivo
- Mundo do trabalho – política, família e economia, onde todos convivem
- Mundo social e público – vivem e convivem

Essas dimensões são também de idosos e é assim que eles entram para dentro do centro cirúrgico rico em necessidades Humanas Básicas - respiram, alimenta-se, eliminam, sentem, movem-se, comunicam-se, são e pertencem à família, a sociedade, estão em algum lugar e querem ser desejados (que não envolve sexualidade apenas) respeitados, ouvidos, acolhidos, confortados, etc.

SUBCATEGORIA 4 – Comunicação e Registros na Enfermaria: experiência e vivência no PÓS-OPERATÓRIO

O desejo de saber continua a nas respostas dos clientes, sempre acompanhado da frase “gostaria que falassem comigo”. O que nos autoriza inferir que a comunicação em todo o processo porque passa é inadequada. Isso se confirma quando eles, depois da cirurgia se descobrem vivos, o medo da anestesia passou é uma alegria para eles, mas permanecem muitas dúvidas sobre a cirurgia e se vão ficar bons, eles continuam desejando informação.

DESEJAR, também não faz parte do padrão NANDA, colocado por FIGUEIREDO (2004) que entenderam como DIAGNOSTICO de enfermagem interesse no cuidado com o corpo, desejo que se situa no lugar da vivência das representações (por exemplo, de como será sua vida depois da cirurgia) do imaginário (sobre a doença e a cirurgia e da dimensão inconsciente).

Desejo como PADRÃO, que é distinto da necessidade. Desejo que tende a uma multiplicidade de reinvenção de experiências que extrapolam o mundo real, os fenômenos reais, que são especificadamente de cada um diante se sua própria vivência de esperar e for operado.

Por isso é preciso está atento a necessidade de saber deles e do que fazer quando de volta para casa o que inclui a presença da família e de atenção ao Estatuto do Idoso durante todo processo: diagnóstico – esperar a cirurgia – internar-operar e voltar para casa.

A saúde e bem estar deles deve ser para os profissionais que vão acompanhá-lo no ambulatório, prioritária para manter o corpo operado o mais saudável possível, que deve estar num espaço organizado e saudável (também quando estiver internado) que segundo Nightingale (1989) o ambiente deve ser limpo, arejado, temperatura suave e fresca e boas relações interpessoais.

Para a enfermagem está no pós operatório é o tempo de passar em ações fora da Enfermaria, de ser articular com a equipe de saúde do ambulatório, com o renascer (um projeto do ambulatório q eu atende aproximadamente trezentos idosos inscritos com várias atividades. Teatro, encontros de memória, aula de informática, dentre outros) é à hora da instituição de uma política do “bem viver” e a família, segundo Caponi (2000 p.84) passa a ser pesado como núcleo essencial da sociedade, passa a ser hipervalorizada, tornando-se a estrutura privilegiada a partir da qual podem ser garantidas a assistência, a segurança e a felicidade de cada um dos sujeitos que comprove a sociedade ou o corpo social”, e Idoso é sujeito dessa família.

Segundo Silva (2004) somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos além de auxiliá-los a encontrar novos padrões de comportamento.

Mas tudo isso envolve COMUNICAR-SE, antes, durante e depois da cirurgia para que algo possa acontecer no campo do cuidado; precisamos conhecer as pessoas que cuidamos – Os Idosos e suas famílias -; conhecer o estatuto do Idoso, como está nas disposições preliminares.

artigo 1 – destinados A regular os direitos assegurados as pessoas com idade igual ou superior a 60(sessenta) anos;

artigo 2 – o Idoso fora de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, seu prejuízo da proteção Integral de que trata a Lei 1074/de 1ºutubro/2003, assegurando – se- lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação

de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual social, em condições de liberdade e dignidade.

artigo 3 – É obrigação da família da comunidade e do poder Público, (NOS também) assegurar do Idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida à saúde, a alimentação, a educação, a cultura do esporte, ao lazer, ao trabalho, a cidadania, a liberdade, a dignidade e a convivência familiar e comunitária.

E, em especial dentre os itens do parágrafo único, o item nº1 que diz:

Atendimento preferencial imediato e individualizado junto dos órgãos públicos e privados prestadores de serviço.

Os idosos têm o direito de saber, de ser informado, de ser compreendido, e de ser acompanhado se ele é um cliente do Hospital onde trabalhamos.

- **CONSIDERAÇÕES E INDICADORES de possibilidades**

É fundamental acreditar que essa é uma experiência primeira que exige replicação não só para ampliar o N ou para aprofundar e encontrar maior rigor. Nos dados produzidos a serem decodificados mais, no entanto, o que encontramos nas respostas dos IDOSOS é que existe muita COMUNICAÇÃO INEFICAZ (em alguns momentos suas experiências vivencias) Mesmo assim, a valorização de todos eles sobre os profissionais, o ambiente e o cuidado é “muito boa” e o que aparece para eles e o “ALIVIO” de ter conseguido operar. Suas falas confirmam a vontade de:

SABER sobre sua situação

TER a família com eles

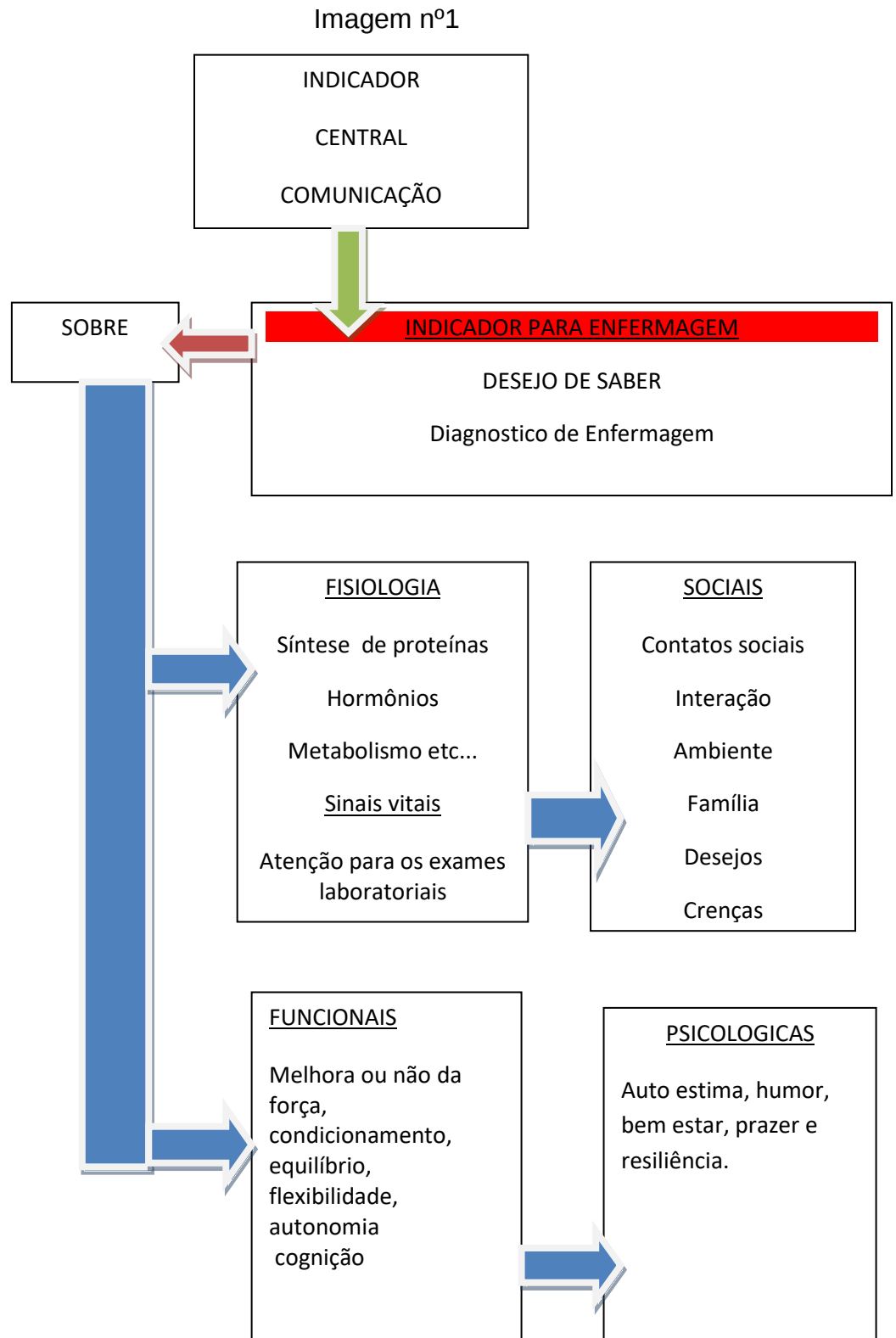
PODER descansar sem musica, sem barulho, sem calor e claridade.

E o que não sabemos deles por que não perguntamos já que no encontro com eles só fazemos o que é básico: verificações de sinais vitais, se tem alergias, como é seu espaço de morar, se chegou andando ou de cadeira de rodas e se veio só ou acompanhado. Existem lacunas na produção do “SABER” sobre os idosos que são fundamentais saber se:

- Enxergam bem ou usam óculos lentes, etc (visão);
- Presença de dentes e facilidades ou dificuldade de se alimentar e consistência do alimento (paladar);
- Como esta a percepção de cheiros de comida, do ambiente, da roupa de cama (olfato);
- Locomoção, levantar, sentar ir à noite ao banheiro;
- Ausência de exame físico e emocional.

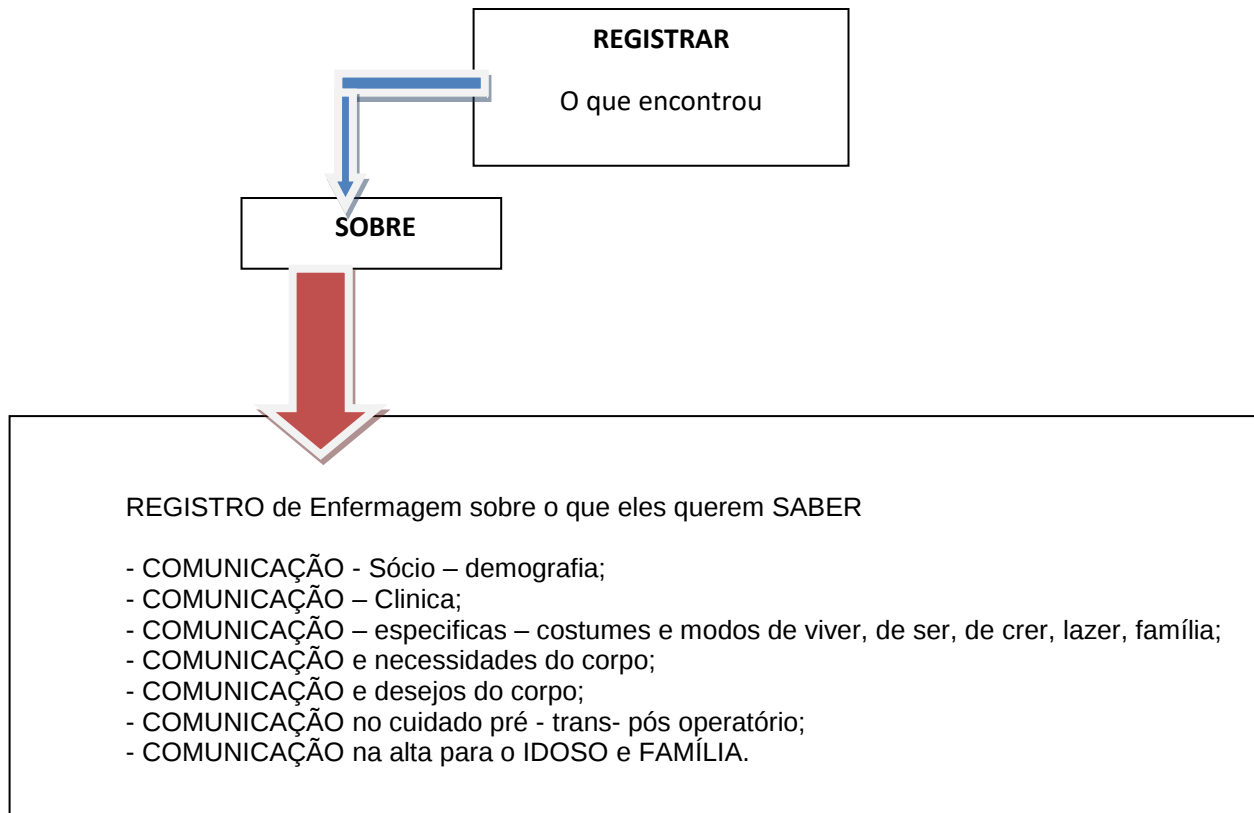
Decodificando melhor com vista à criação de um INSTRUMENTO destacamos:

- aspectos fisiológicos e o envelhecimento
- força muscular
- alterações neuro musculares relacionadas do processo de envelhecer
- os sentidos do envelhecimento que podem estar diminuindo ou ausentes como: ouvir, sentir odores, visão, tato e locomoção
- Envelhecimento e seus medos, necessidades e desejos. Para sintetizar estas considerações possíveis criamos algumas imagens norteadoras do Instrumento.



O que encontramos nos dados sugere também, que o que estamos deixando de fazer, de não REGISTRAR são indicadores de cuidados já mostrados na

imagem nº1. Assim DESEJAR saber exige REGISTRAR como mostramos na imagem 2.



No geral e por enquanto esses indicadores aqui relacionados são à base de um protocolo que deverá ser testado.

Finalmente, criamos um esquema orientador do PROTOCOLO/ Instrumento a partir dos resultados:

-Esquema sobre o DITO IDOSOS

COMUNICACAO como QUERER SABER TUDO

AMBULATORIO	Sobre	Enfermaria	Centro Cirúrgico
Espaço		PRÉ TRANS PÓS	
Diagnostico			
O que vai acontecer			

Ao testar esses indicadores como ampliação de uma prática que esta fazendo uma prática inadequada de COMUNICAÇÃO, acreditamos nas POSSIBILIDADES

de indicadores de cuidados para idosos que serão operados para identificação daquilo que não perguntamos e não registramos que identificamos na imagem 3.

Esquema sobre **NÃO DITO E NÃO REGISTRADO**

AMBULATORIO	ENFERMARIA Trans de esperar	CENTRO CIRURGICO
Ausência de Enfermeiras e consequentemente de registros e de encontro com os IDOSOS para estabelecer um DIAGNOSTICO da situação dos IDOSOS	Admissão onde se vê sinais Vitais se tem alergia, com deambula e se veio acompanhado.	Ausência de encontro, de informação do que ele vai fazer e do porque ficou na maca, no corredor esperando

Finalmente o que é possível arriscar dizer é de que existe um “processo que se quebra” no que estamos chamando de comunicação nas relações humanas que tem sido justificado de diversas maneiras e por vários motivos embora, para a enfermagem nada justifica a falta de comunicação, de informação para com aqueles que “juramos confortar/ aliviar seus sofrimentos. Se nos conforta podemos acreditar naquilo que Vicente Van Gogh apud Paes diz: A conduta humana se parece muito com o desenho. A perspectiva se altera quando o olho muda de posição. Não depende do objeto e sim de quem está olhando. Isto é não depende dos idosos e de como cuidamos dele, olhamos para eles, perguntamos a eles.

PRODUTO DE DISSERTAÇÃO

Uma cartilha para o IDOSO

INSTRUMENTO de REGISTRO para e sobre o IDOSO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora saibamos serem as doenças crônicas e degenerativas as que mais acometem essa considerável parcela da população, casos cirúrgicos são bem freqüentes vide que 28,2% dos idosos que são atendidos no ambulatório são das clínicas cirúrgicas. Intervenções tardias em muito agravam ou mesmo descompensam o frágil estado de saúde do idoso. Para esse tipo de atendimento necessita-se de profissionais devidamente capacitados.

Finalmente o que é possível arriscar dizer é de que existe um “processo que se quebra” no que estamos chamando de comunicação nas relações humanas que tem sido justificado de diversas maneiras e por vários motivos embora, para a enfermagem nada justifica a falta de comunicação, de informação para com aqueles que “juramos confortar/ aliviar seus sofrimentos. Se nos conforta podemos acreditar naquilo que Vicente Van Gogh in Paes diz: A conduta humana se parece muito com o desenho. A perspectiva se altera quando o olho muda de posição. Não depende do objeto e sim de quem está olhando. Isto é não depende dos idosos e de como cuidamos dele, olhamos para eles, perguntamos a eles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, V.C.F, LOPES, M.V.O, DAMASCENO, M.M.C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2005; 39(2): 202-10.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70; 2010.

BERG, Mara Rosane Rabel; CORDEIRO, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira. Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 20, n. 1/2/3, p. 57-67, jan/dez, 2006.

BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, D. M. – **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa : Lusodidata, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Bioética, Brasília, v. 4, n. 2 – Suplemento, p. 15-25, 1996.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2000.

CASAROLI, Armando Ângelo. **Cirurgia no Doente Idoso**. In: Programa de Atualização em Cirurgia. Ciclo 3. vol 2. 2007. p. 39-57.

CORDEIRO, R. F. **Segurança e saúde do trabalhador no setor de quimioterapia**. 2006. 65 f. Monografia (Curso de Formação Técnica em Gestão em Serviços de Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Diagnostico De Enfermagem** - Adaptando A Taxonomia. Yendis: São Paulo. 2004.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **Gerontologia: Atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento**. 2.ed. 2012.

FIGUEIREDO, Nébia Maria de Almeida e cols. **Cuidado de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. Yendis: São Paulo. 2003.

FREITAS,E. V. et al.(org.)**Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2003.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem**: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1980-2050**, Revisão 2004.

_____. _____. Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1>. Acesso em: 09 dez. 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Rio de Janeiro: Martins Editores, 1994. p. 500-589.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

NANDA International. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011**. Indianapolis: Wiley-Blackwell; 2009.

NERI, A. L. (org.) **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. 1. reimpr. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, 288 p.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PY, L.; PACHECO, J. L.; SÁ, J. L. M.; GOLDMAN, S. N. **Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais**. 2. ed. Holambra, SP: Setembro, 2006, 340 p.

SEIDL, F, M, E.; ZANNON C, L, M, C. Qualidade de vida e saúde, aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 20(2), p 580-588, mar/abr. 2004.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 2003.

The WHOQOL Group. **World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties**. Soc Sci Med. 1998;46(12):1569-85.

TURA, L.F.R, SILVA, A.O. **Envelhecimento e representações Sociais**. Rio de Janeiro: Quartet, 2012.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

APÊNDICES

A) INSTRUMENTO BASE PARA PRODUÇÃO DE DADOS



Parte I

1. Identificação: Idade _____ Sexo _____
 Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () outros _____
2. Mora onde? _____
3. Quanto tempo gasta para vir ao hospital? _____
4. Vem de quê? () ônibus () trem () carro particular () taxi () a pé
 () outros
5. Com quem mora? () família () filhos () com esposa
 () com companheiro () sozinho () em abrigo
6. Quanto aos recursos financeiros: () na ativa () aposentado
 Quanto ganha? _____
- É: () independente () dependente de filhos
 () dependente do companheiro () outros
7. Qual a sua profissão? _____
8. Qual a sua qualificação? () 1º grau () 2º grau () graduação
9. Que costuma fazer como lazer?
 () nada () passeio na rua () passeio na praça () shopping

() cinema () futebol () teatro () outros

10. Qual a sua religião?

() católico () protestante () judeu () mulçumano

() outra. Qual? _____

11. O lugar onde você mora é:

() agradável – tem que tipo de eletrodoméstico? () geladeira () TV

() microondas () rádio

() desagradável – () porque é pequeno () tem muito ruído

() iluminação ruim () temperatura ruim () inseguro

12. Você gosta do lugar onde mora? () sim () não.

Porquê? _____

Parte II

1. Já internou outras vezes? () sim () não

Em caso de sim, por qual motivo? _____

Se já internou, você gostou do ambiente hospitalar? () sim () não

Explique: _____

2. Tem alguma doença? _____ Qual? _____

3. Tem alergia a algum () alimento () medicamento () cheiro () roupa

Se algum medicamento, qual? _____

4. Você quer saber mais sobre a situação de estar em pré-operatório?

() sim () não

Se sim, o que quer saber:

() sobre a doença () sobre a cirurgia

() sobre o que vai acontecer com você

() sobre o espaço do Centro Cirúrgico

() sobre a rotina do pré-operatório.

O que especificamente? _____

5. Quando soube que ia ser operado, como reagiu?

() com alegria () com ansiedade () com esperança () indiferente

() com segurança () com medo – de que? () da equipe

() da anestesia

() da cirurgia

6. Já usou algum tipo de sonda? () sim () não

Em caso de sim, como se sentiu?

() desconfortável () dor () indiferente () não sabe explicar

7. Você sabe como é o preparo para a cirurgia? () sim () não

8. Como você gostaria de dormir:

Iluminação:

() no claro () no escuro () na penumbra () indiferente

Ruídos:

() com música () sem música () indiferente

Ventilação:

() calor () frio () ameno () indiferente

() janelas abertas () janelas fechadas

9. Como se sente usando a roupa do Hospital?

() confortável () incomodado () indiferente () com medo

Explique sua resposta: _____

10. Durante a internação gostaria de ter um acompanhante?

() sim () não. Em caso de sim, quem? _____

11. Você sabe o que deve fazer depois da cirurgia quando estiver acordado?

() sim () não

Explique sua resposta:

12. Comentário geral sobre a condição de pré-operatório

Como se sentiu _____

Que expectativas tinha

Tinha medo ou estava tranquilo

14) Responda o que foi ficar na enfermaria, com uma palavra só, podendo encontrar várias palavras, que você deve ir, colocando no círculo abaixo que pode estar próximo ou distante do centro.

Dê uma nota de 0 a 10:

para o ambiente da enfermaria _____

para a comunicação com os profissionais _____

para os cuidados que recebeu _____

Diagnóstico de Enfermagem

Parte III

- Sinais vitais

T _____ P _____ R _____ PA _____

- Higiene do corpo:

() limpo () sujo () com lesões

() roupa limpa () roupa suja

() unhas das mãos limpas () unhas das mãos sujas

() unhas dos pés limpas () unhas dos pés sujas

() cabelos limpos () cabelos sujos

() higiene oral limpa () higiene oral suja

() dentes completos () dentes incompletos

() dentes limpos () dentes sujos

Odor: () agradável () desagradável () natural

- Expressão corporal – aspectos subjetivos

() tranquilo () ansioso () apático () tenso

() falante () calado

() mãos em constante movimento

() pés em constante movimento

- O que foi ser identificado como ser único

- Como costuma viver

- Como se expressa diante da vida

- Diante do diagnóstico de que seria operado, como se sentiu ao ser atendido no Ambulatório:

Como gostaria de ser atendido:

Como você gostaria de ser cuidado na enfermaria antes da cirurgia:

Depois da cirurgia:

Como foi chegar ao centro cirúrgico, pode nos dizer como gostaria de ser atendido naquele momento:

Agora de volta à enfermaria como se sente e se gostaria de ser atendido de forma diferente

B)TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: IDOSO E CIRURGIA: Um estudo sobre construção de indicadores de cuidados de enfermagem para a SEGURANÇA no processo operatório.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é a construção de indicadores de cuidados para segurança do paciente idoso no processo operatório.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações sobre Segurança do Paciente Idoso no processo cirúrgico. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 (uma) hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a reduzir a exposição dos clientes idosos a riscos da assistência no período trans e pós-operatório, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional sendo a aluna Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes no telefone (21) 992762392, e-mail luzia50@gmail.com; ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

C) TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes, portador (a) do RG nº 03.281.279-4, mestranda pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, a realizar a pesquisa sob o título de: **“Idoso e a Cirurgia: um estudo sobre construção de indicadores de cuidados de enfermagem para a Segurança no processo operatório”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento acerca da assistência prestada pelos profissionais que atuam na instituição do referido estudo.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino.

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2014.

Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes

Pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

D) PARECER CONSUBSTANCIADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDOSO e a CIRURGIA: um estudo sobre construção de indicadores de cuidados de enfermagem para SEGURANÇA no processo operatório

Pesquisador: Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36859414.4.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 851.008

Data da Relatoria: 22/10/2014

Apresentação do Projeto:

Clientes a partir de 60 anos, orientados no tempo e no espaço hospitalar e familiar, que no ambulatório de cirurgia estão em pré - operatório, serão convidados a participar do estudo qualitativo observacional sobre o IDOSO e a CIRURGIA para uma construção de indicadores de cuidados de enfermagem para SEGURANÇA no processo operatório.

Estes responderão verbalmente a questões sobre aspectos sócio- demográficos, expectativas, esperanças e desejos a cerca da cirurgia e avaliação da estadia, relacionamento com os cuidadores e conforto.

O pesquisador também responderá a um questionário do que pode observar durante sua estadia no que se refere ao cuidado com a aparência, higiene, expressão corporal, sociabilidade e bem viver.

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar no idoso durante o processo de cirurgia, a partir das informações de sua condição – físico, social, emocional - INDICADORES de segurança.
- Caracterizar nesses INDICADORES de segurança sinalizados por eles quais são aqueles específicos de cuidados de enfermagem.
- Propor um Protocolo de segurança com base nos cuidados de enfermagem para idosos em

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

UF: RJ

Telefone: (21)1264-5317

Município: RIO DE JANEIRO

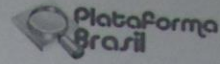
Fax: (21)1264-5177

CEP: 22.270-004

E-mail: cephugg@gmail.com

Página 01 de 02

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 851.008

processo de cirurgia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos relevantes e com benefícios ao sujeito, a classe acadêmica e a instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto qualitativo, observacional em uma etapa e com uso de relatos de um grupo da população usuária do HUGG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendendo a 466/2012.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 30 de Outubro de 2014

Assinado por:
Pedro Eder Portari Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775 CEP: 22.270-004
Bairro: Tijuca
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO E-mail: cephugg@gmail.com
Telefone: (21)1264-5317 Fax: (21)1264-5177

Página 02 de 02

E) ARTIGO I

CUIDAR de IDOSOS no Pré-Operatório: os REGISTROS de enfermagem

Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes¹

Maria Inês Klôh²

Antonio Carlos Iglesias³

Nébia Maria Almeida de Figueiredo⁴

¹Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Superintendente de enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rua Mariz e Barros, 775, Tijuca, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 20270-330 (21) 22644267 luzia50@googlemail.com

²Enfermeira. Chefe do Serviço de Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro, Brasil.

³Doutorado em Medicina. Professor titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Doutorado em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Resumo :

Objetivos: Identificar indicadores de cuidados nos registros sobre idosos em situação de pré-operatório; e, analisar os dados produzidos, considerando ou não a presença de indicadores de cuidados, apontando elementos que possam contribuir

com a Elaboração de um Protocolo. **Metodologia:** qualitativa e documental com abordagem na análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** decorrentes da análise de conteúdo indicam que o interesse dos profissionais é pelos aspectos físicos, sinais vitais, queixa de dor, alergia, nível de consciência, identificados em 28 itens decodificados em 121 evocações, que novamente decodificados, 14 são relativas a sinais e sintomas; 02 níveis de consciência; 03 a comunicação; 05 a cuidados, 02 a questões sociais e 02 a doenças (28 temas). **Conclusão:** é de que há “ausência” de registros específicos para o idoso que faz cirurgia, pois nos parece que se tornam indicadores na ampliação de protocolos para cuidados para estes clientes.

Descritores: cirurgia; serviços de saúde para idosos; enfermagem.

1. Introdução

Este estudo que tem como objeto de investigação os registros dos enfermeiros sobre o cliente idoso no pré-operatório, é parte da Dissertação de Mestrado Profissional intitulada de: O idoso e a cirurgia: um estudo sobre a construção de indicadores de cuidados de enfermagem para segurança no processo operatório do Programa de pós-graduação- Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da UNIRIO. Desenvolver este estudo é pré-requisito obrigatório do processo de Qualificação e tem a intenção de contribuir com o avanço da Dissertação. A opção pelo objeto acima destacado nasce de minha constatação de ausência de registros de cuidados, de um modo geral ,e, em especial quando se trata de cliente idoso em situação de pré-operatório. Folcando prontuários, evoluções de diversos profissionais e da enfermagem em particular, entendi que é fundamental para o trabalho final da dissertação saber o que estamos registrando sobre eles e suas situações de saúde-doença.

Essa produção paralela de dados pode contribuir para melhorar questionários e ampliar indicadores que preciso encontrar para dá conta de um protocolo que pretendemos produzir ao final da dissertação. A questão norteadora: o que a enfermagem (ou profissionais de saúde) registram sobre, idosos em pré-operatório e se esses registros podem indicar elementos para a construção de um protocolo?

Como referencial teórico apropriou-se do internacionalismo simbólico, utilizado para observarmos o comportamento humano, permite que a pesquisa qualitativa cumpra o objetivo de desvelar o ato, o significado que a pessoa atribui a uma situação. Com base no conceito da autointeração que é quando a pessoa se vê pelo lado de fora, na posição do outro. A ação humana é resultado desse conceito. Nesse sentido a ação consiste em levar em consideração as várias coisas que ele observa, relacionando o significado a luz da interpretação.¹

A escolha pelo registro diz respeito aquilo que está instituído como um dos indicadores de cuidado e segurança . Não há como pensar o cuidado aos idosos, seja em que situação estiverem, sem pensar em ações de proteção e ambientes seguros; não dá para pensar em uma enfermagem segura sem que se aproxime do cliente no momento que ele é admitido, diagnosticado e com indicações de intervenções . Sobre segurança e proteção, sabe-se que são necessidades humanas básicas.² A segurança é uma preocupação predominante que é enfatizada em todo o cuidado de enfermagem. É fundamental que o idoso seja admitido pela Enfermagem ao internar-se, que deve registrar tudo sobre ele e nesse ato a enfermagem identifica problemas de segurança, de conforto e de condições ambientais, nos quais elas podem ampliar ou complicar sua situação.

Diante da enfermagem (ou dos profissionais de saúde) está o idoso, que ainda se acostuma com o processo de envelhecer e de encarar esse fenômeno como algo positivo o que pode tornar-se difícil, num momento em que eles iniciam o processo de compreender e incorporar essa positividade e, ao mesmo tempo, de internar-se para a cirurgia.

No processo de cuidar deles parece fundamental identificar aquilo que nos orienta que é necessário inovar nosso olhar quanto a muito de nossas práticas e aspectos da vida, como a organização da cidade: “(acrescentados espaços das Instituições de Saúde): (também no Hospital e nas práticas), lazer, aposentadoria, reintegração no mercado de trabalho, consumo, moda”.³

Precisamos investigar mais sobre o que fazemos e registramos sobre eles e como pensar “para além de nossa relação conosco mesmos, com os próximos, os outros, as instituições, as políticas, as autoridades e a produção dos meios de comunicação em geral”.³

Na verdade buscar, de fato, o que fazemos e pensamos quando estamos diante de um idoso que vai enfrentar uma cirurgia num corpo em processo de envelhecimento. É um desafio que por si só envolve repostas físicas e emocionais as quais podem ser indutoras de adoecimento ou restauradas da saúde. A própria cirurgia pode criar em cada um deles um significado que não é para a vida, mas de aproximação com a morte.

Nós que cuidamos deles, não temos conseguido mergulhar no espaço subjetivo de “ser idoso” por que os contatos com eles tem se tornado, pela própria natureza de cuidar e das condições de trabalho, mais distantes a pesar do permanente discurso de acolher, de confortar, de ajudar. Às vezes precisamos

pensar de que bem-estar falamos, o que é qualidade de vida para eles e o que estamos fazendo como ação prática e de que registros essa ação trata.

Parece que temos pensado apenas gerontologicamente, o que tem sido conceituando como atenção para o idoso, por que estamos ainda nos fortalecendo para ter outros compreensões sobre eles. A Gerontologia envolve mais o tratamento das doenças entre elas a dental nas pessoas de mais de 65anos, uma definição muito mais ampla fosse, mas apropriado para incluir aqueles que devido à idade são prejudicados de alguma forma quanto do acesso dentário.³

Por outro lado, essa posição é contestada pelos mesmos autores por que esses grupos de pacientes podem torna-se vítimas de uma maneira de cuidar para os idosos que recebem uma gama completa de tratamento que ele necessita e não apenas para uma questão isolada...

É natural pensar que atendimento a saúde é evidente e eles podem e devem esperar de nós um atendimento amplo, não só para a doença, não só para os dentes, mas de um tipo de dedicação que envolve aspectos técnicos e de expressão no cuidado para com eles. É preciso se deter nesses aspectos expressivos e não apenas na doença, e não, como na maioria das vezes, acreditar que, pode ser um desperdício cuidar deles de um modo especial, de qualidade. É preciso apreender a olhar nas perspectivas deles e na nossa.

Quando a enfermagem perioperatória, neste caso do idoso está lidando não apenas com o pré-operatório como a primeira das 3 fases,mas para pensar que ela “começa com a decisão do cirurgião, da necessidade da cirurgia e de sua realização”. Neste tempo nossa preocupação é saber como estamos agindo, nos encontrando, o que dizemos a ele: o idoso que vai operar.² Sabemos que o nosso

fazer ainda é “frágil” ele se constrói sobre o que é cuidar deles. Provavelmente essa é uma fase que exige de nós muita habilidade para que o encontro com ele possibilite espaços de verbalização de seus medos e preocupações; saber escutar é fundamental e um desafio para os apressados. Nesse encontro é preciso ser ágil para em pouco tempo detectar necessidade de intervenção, saber tocar física e subjetivamente, demonstrar empatia, está preparado para responder sobre a cirurgia , o que será feitos, o que esperar durante e depois dela e o que deveremos fazer para aliviar dor e sofrimentos.

É imprescindível fazer avaliação no pré-operatório, que é uma avaliação de saúde inicial, completa, feita após a internação Hospitalar.² Ela pode começar em vários lugares como no consultório do cirurgião ou em uma unidade para pacientes internados. Neste momento deve-se detectar informações sobre alergias, emoções, questões socioeconômicos, cultural, espiritual que possa influenciar seu tratamento.

Além disso, é preciso estar atenta (o) a outras questões de visão, locomoção, deglutição (ausência de dentes ou de próteses e engasgos), iluminação dos espaços, aerações e ruídos.

Essa é uma situação rica de possibilidades de eventos adversos: de riscos de se engasgar com o alimento, quedas do leito, quando vai ao banheiro, durante o banho, desconfortos que podem levar a pressões no corpo (pregas, farelos, restos de alimentos), que ficam nos lençóis; erros de administração de medicamentos, abandonando leito, entre outros. Finalmente está atenta a importância da família e de amigos que ele deseja que esteja com ele.

2. Objetivos

Os objetivos foram: Identificar indicadores de cuidados nos registros sobre idosos em situação de pré-operatório.

Analisar os dados produzidos considerando ou não a presença de indicadores de cuidados, apontando elementos que possam contribuir com a elaboração de protocolo no pré-operatório para o cuidado de idosos.

Esse estudo se justifica, primeiramente pela obrigatoriedade proposta no programa, mas, também é importante para a área de cuidado a pessoa idosa; para a prática que necessita ser fortalecida através de ações de cuidar, ampliar o que deve ser sabido e feito para assegurar cuidados adequados, principalmente antes da cirurgia; ampliar intervenções que dê conta não só dos aspectos cirúrgicos, mas de outro que envolve segurança e conforto; ampliar discussões para pensar os registros sobre os clientes e o que fazemos com e para eles; criar diretrizes a partir de pesquisas de como cuidar dos idosos, principalmente antes da cirurgia. Podemos contribuir não só com o que já é sugerido para cuidar deles, em Programas de Governo, pesquisas e livros publicados, como para os registros do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle que dizem respeito a: tratamento, propostas de intervenções, condições e cuidados.

3. Método

É um estudo qualitativo, exploratório que trata dos registros do idoso durante o pré-operatório como o fim de saber como se registra ações de cuidados desde sua admissão até sua entrada no centro cirúrgico. Neste momento é um estudo pré-requisito à qualificação do mestrado profissional cujo tema/objeto deve ser referente ao que está estabelecido para dissertação. A análise dos resultados é de conteúdo, fundamentado em BARDIN, que após a leitura do texto (registros)

foram detectados palavras ou frases que indiquem cuidados para o cliente no momento da internação.⁴

Sobre a opção pelo método qualitativo é porque ele se adequa ao objeto desse estudo que trata da dimensão do envelhecer. Um dos motivos pelo método, apoia-se em quando nos diz que o método qualitativo tem a pretensão de trabalhar com os significados atribuídos pelos sujeitos (enfermeiras (os) e/ou idosos) aos fatos, relações práticas (de cuidar) e fenômenos sociais: interpretar tantos as interpretações e práticas e quando às interpretações das práticas. Esses são temas / núcleo básico de um trabalho qualitativo. Os cuidados ou atenção das autoras e de como construir resultados e análise produzidos em estudo qualitativo sem perder de vista o rigor metodológico, destacando os cuidados que um estudo qualitativo merece, nos chamando a atenção para atentar para a produção e análise dos dados com as respostas subjetivas (sentimentos, emoções, inseguranças); que não podem ser baseadas em evidências imediatas das falas ou práticas que se pretende analisar; estar atenta, para não acreditar que os dados “falam” por si.⁵

Como é parte da dissertação de Mestrado Profissional , está sendo submetido ao Comitê de Ética do Hospital, recebeu nº. 36859414.4.00005258. O local de produção de dados do Hospital que atende 1.464 clientes idosos por mês, totalizando 17.568 por ano.

O estudo é documental, onde foram escolhidos 48 prontuários para a análise dos registros realizados pela enfermagem no pré-operatório de clientes idosos. Como se trata de registros, não estabeleceram-se critérios de exclusão, mas, apenas de idosos a serem submetidos à cirurgia.

Após fazer a xerox de oito prontuários, destacando os registros de enfermagem, sem identificar o local, os clientes e profissionais, destacaram-se dos conteúdos brutos, em cada prontuário, os registros de enfermagem com um lápis marcador de frases ou palavras que indicassem diagnósticos e intervenções propostas para o cuidado no pré-operatório.

Em seguida organizamos os destaques para encontrar o censo comum ou nos sobre o que registram para a organização da análise. Nesse momento criou-se um instrumento para alocar o que se encontrou:

INSTRUMENTO nº. 1

O que é registrado conforme orientação de enfermagem.

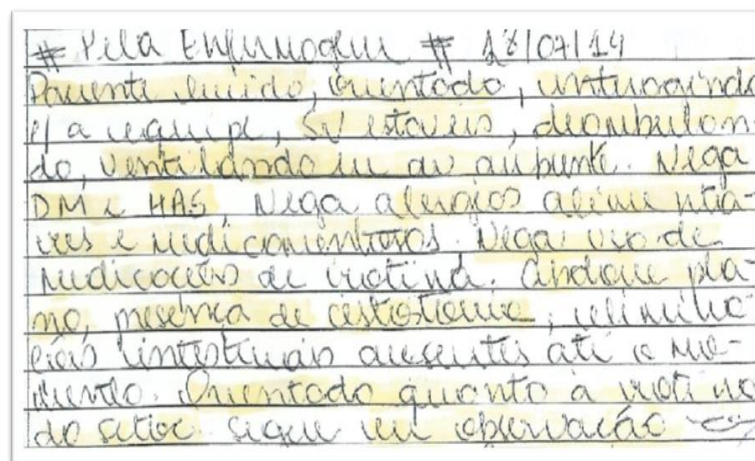
Ordem	Elementos Fundamentais	
	Dados VISÍVEIS sobre o que VEJO encontro no IDOSO	Dados invisíveis - sobre o que não vejo mas é informado pelo cliente
1	Fez admissão Sim/Não	O que responde sobre
2	Fez exame físico Sim /Não	a) Internação 1vez 2 vezes
3	Anotam diagnóstico de necessidades de cuidados Sim/Não	b) O que sentem, a saber, que ia ser operado?
4	Estado de Higiene Sim/Não	c) que expectativas têm?
5	Situação de Chegada Sim/Não Deambule n/deambule uso prótese	d) o que espera de nós quando estiver operado?

6	Sinais Vitais Sim/Não	e) que necessidades e desejos expressou ao chegar?
7	Sobre tipo de alimentação	f) que necessidades e desejos expressou ao chegar?
8	Eliminação	

Com esse documento (ainda em texto) destacamos nos registros com lápis marcador e que nos interessa saber sobre os registros que são feitos para os idosos, fazendo uma síntese em seguida de cada um para depois saber o senso comum do que tratam os registros.

4. Resultados

A EXPLORAÇÃO Conteúdo Bruto - cliente nº. 1 (705816)



No registro n.1 destacam-se informações relativas ao paciente tais como: lúcido, orientado, interagindo, deambulando, sinais vitais, ventilado em ar ambiente, nega alergias, segue em observação, eliminações ausentes, orientado sobre rotina, cestostomia/diagnóstico.

Percebeu-se falhas na admissão e exame físico, mas nota-se se esteve atenta a questões gerais para qualquer tipo de cliente que está ou não consciente. As necessidades identificadas parecem decorrentes apenas de ver que está deambulando, que verificou os sinais vitais; sobre eliminações e que orientou sobre rotina; que não tem problema respiratório e que seguem em observação.

04:00 Cliente admitido nessa enfermagem, proveniente da residência, acompanhado de familiares, deambulando, respondendo as solicitações verbais, afebril, eupneico, diurese presente (Bic). Segue em obs. +

21h - Paciente pré-operatório, lucido e orientado, deambulando, aceita dieta, eliminações fisiológicas presentes (S.C.), no momento sem queixas. Tolerar Fêmeis.

No registro n. 2, a evolução desta que o paciente está: deambulando, aceitou dieta, anictérico, acianótico, afebril, sinais vitais.

FC: 90bpm RR: 21icpm PA: 100x72 mmHg

Paciente consciente, não cooperativo, não respondendo com queixa de dor em MMSS e Abdome (região pélvica). Emagrecido. Paciente desorientado (2+/4+), anictérico, acianótico, eupneico em ar ambiente, hipocoroso (2+/4+), cistostomia CI diversa de 220 ml.

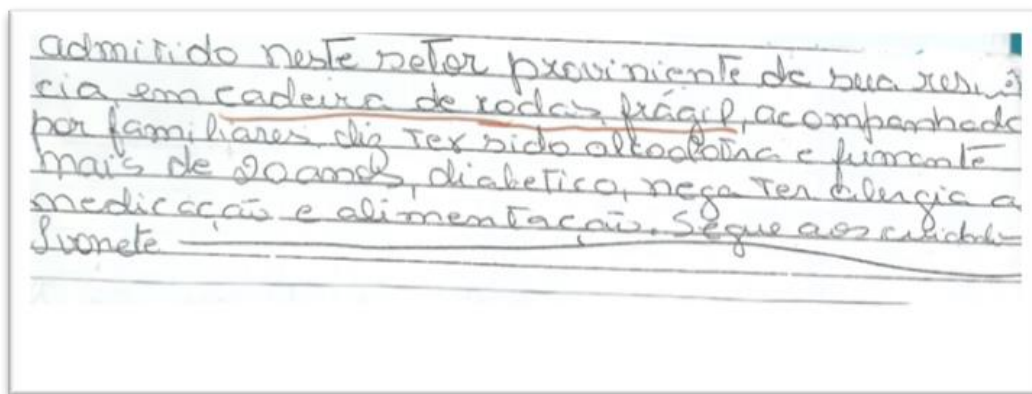
AG: MMVA SI RD

ACV: RCR CI Sopro B4 mais audível em 2º e 3º intercostal.

AO: Escudo, peristaltismo abdominal diminuído, doloso à palpação superficial difusamente.

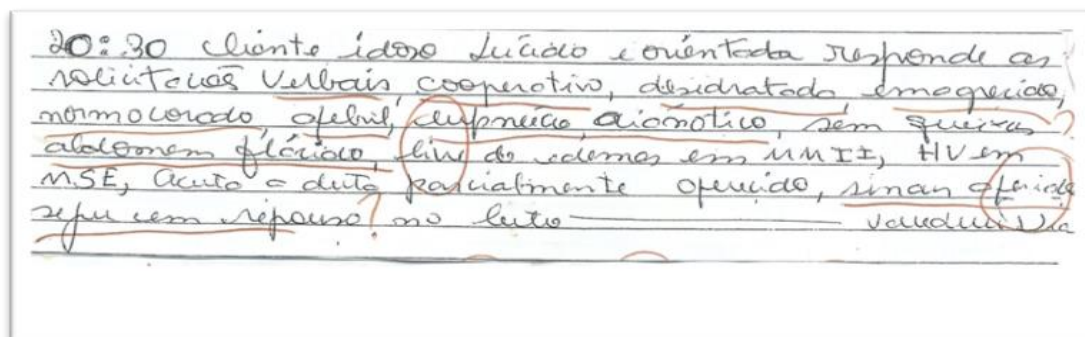
MMII: Ponturículas livres, sem edema, pulsos palpáveis. *medida?*

Neste registro, n.3, as informações quanto ao estado do paciente referem-no como: sonolento, não coopera, não responde, cistostomia, dor a palpação, com dor, emagrecido, hipocorado, responde as solicitações.



admitido neste setor proveniente de sua residência em cadeira de rodas, frágil, acompanhado por familiares, diz ter sido alcoólatra e fumante mais de 20 anos, diabético, nega ter alergia a medicação e alimentação. Segue aos cuidados.

O registro n.4 descreve que: o paciente veio da residência, em cadeira de rodas, acompanhado de familiar. Foi alcoólatra e fumante há mais de dois anos. É diabético. Nega alergia a medicação e alimentos e segue aos cuidados.



20:30 cliente idoso lúcido e orientado responde as solicitações verbais cooperativo, desidratado, emagrecido, normotenso, afebril, eupneico, acianótico, sem sinais abdominais flácido, livre de edemas em MMII, HVE em MSE, aceita e dita parcialmente opeido, sinar afecção repouso no leito.

A evolução n.5 registra o paciente como: lúcido, orientado, respondendo às solicitações, cooperativo, desidratado, emagrecido, afebril. Em repouso no leito, aceitando parcialmente a dieta, eupneico, acianótico, com abdômen flácido, sem edema nos membros inferiores e HVE em MSE.

13.00h Paciente idoso, lúcido, orientado respon-
dendo a solicitações venha acompanhado, oriundo de
de sua residência na conformar de sua espo
sa, nega et al ismo, tabagismo, alergia de
medicamento, diabete, relata ser hipertenso, com
lesões em MSE (tumor), funções fisiológicas presentes
conforme informações do paciente do fixe.

A evolução n.6 apresenta o paciente como: idoso lúcido, orientado, respondendo as solicitações. Veio de sua residência acompanhado da esposa, nega alcoolismo, tabagismo, alergia e medicamento. É diabético, hipertenso, tem lesões em MSE (fêmur), e tem funções fisiológicas presentes.

Proch: lúcido, orientado, eupneico.
com queixa ALGIA em MSE marrom
curativo compressivo. limpo e seco.
deambula com auxílio. ACETIAMO?
ALGIA diurese espontânea evolução
ausente at o momento ?

O registro n. 7 descreve o paciente como: lúcido, orientado, eupneico, deambulando com auxílio, com diurese espontânea. Com queixa de dor em MSE, apresentando curativo compressivo, limpo e seco.

Cliente nº. 2

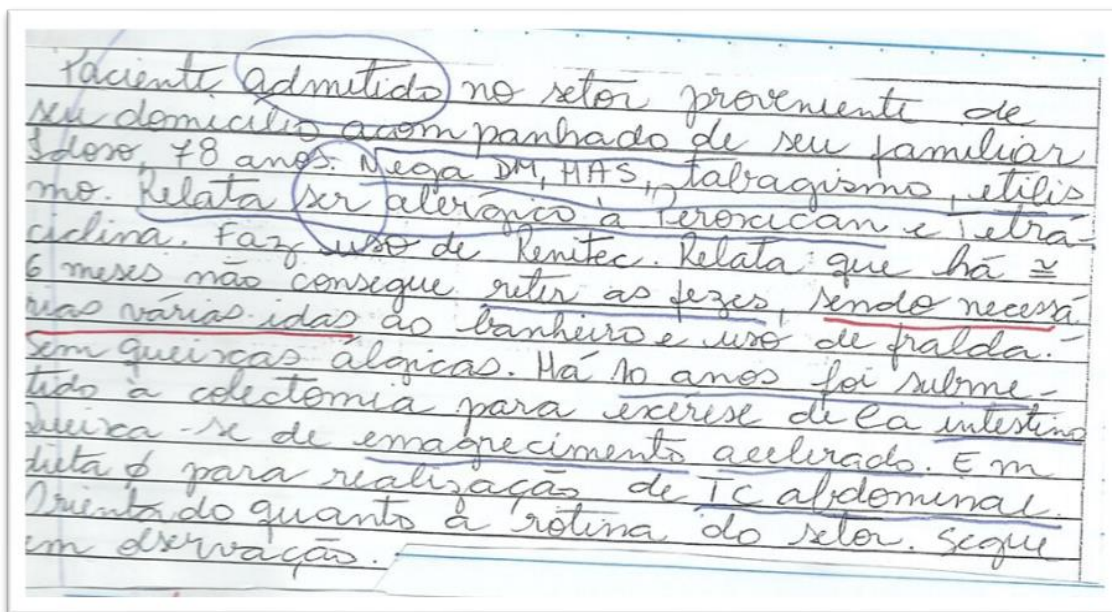
Relato Enfermeira #
 Paciente idosa 78 anos, lúcida, orientada, responde
 às solicitações verbais. Admitida no
 hospital proveniente de sua residência acompa-
 nhada de seu familiar. Portadora de
 HAS fazendo uso de Diovan[®], aldomet[®], Idpen[®]
olcadil[®]; bronquite fazendo uso de Spiriva[®],
uent, Fostair inhalatório. Nega DM, taba-
 gismo e alcoolismo. Relata que há 2 meses
 ao palpar a mama le constatou um nódulo;
 após biópsia resultado de tumor (nódulo circo-
 scóptico da mama e) BI - RADS III. Alérgica à
Inalapril e Captopril. Sem queixas algas
 no momento. Diurese presente e espontânea.

Registro n.8 apresenta em seu relato: idosa lúcida, orientada, responde às solicitações verbais, e veio de sua casa acompanhada de seu familiar. É portadora de HAS. Faz uso dos medicamentos diovan, aldomet, idpen e olcadil. Tem bronquite. Nega DM, tabagismo e alcoolismo. Há dois meses ao palpar a mama encontrou um nódulo. Após biópsia o resultado foi de tumor. Informa alergia a Inalapril e Captopril, sem queixa de algia, diurese espontânea.

Paciente lúcida e orientada, deambulando, eupeptica,
 sem amblyopia, amictica, acianótica, anamniótica,
hidratação. R.P. satisfeita. Sem queixas no momento.
 Sinais vitais: PA = 120 x 60 mmHg EC = 88 bpm
 FR = 13 rpm
 AR: MVUA, w/ RA
 ACV: RCR, w/ 2T, BNF, w/ sopros.
 ABD: peristáltico, globoso, hípico; unidade à
 palpção superficial e profunda; um palpo massa
um edema (2+/4+), pulsos pedúnculos palpáveis,
amblyopia versus.

O registro n.9 declara a cliente como: lúcido, orientado, deambulando, eupneica, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, PCP satisfatória, sem queixa, sinais vitais (mensurados).

Cliente nº. 3



Paciente admitido no setor proveniente de seu domicílio acompanhado de seu familiar. Idoso, 78 anos. Nega DM, HAS, tabagismo, etilismo. Relata ser alérgico a Peroxican e Tetraciclina. Faz uso de Renitec. Relata que há 6 meses não consegue reter as fezes, sendo necessárias várias idas ao banheiro e uso de fralda. Sem queixas algicas. Há 10 anos foi submetido a colectomia para exereses de Ca intestinal. Dieta 0 para realização de TC abdominal. Orientado quanto à rotina do setor. Segue em observação.

O registro n.10 aponta que: o cliente veio acompanhado de seu domicílio. Nega DM, HAS, tabagismo e alcoolismo. É alérgico a Peroxican e Tetraciclina. Faz uso de Renitec. Há seis meses não consegue reter fezes. Usa fraldas. Apresenta várias evacuações. Sem queixas algicas. Há seis meses fez colectomia (Ca intestinal). Dieta zero para realização de TC abdominal. Orientado quanto à rotina e segue em observação.

Paciente lúcida, orientada, cooperativa, regular estado geral, hipocorado (1+/4+), PCP alentejada?, hidrotato, anictérico, acianótico, eupneico em ar ambiente. Sem queixas algicas. Eliminações fisiológicas presentes sem queixa ou continência fecal (8 evacuações no 21/07/2014).

Registro n. 11 descreve o cliente: lúcido, orientado, cooperativo, com estado geral regular. Hipocorado, anictérico, acianótico, PCP, eupneico, sem queixa algica. Com eliminações fisiológicas presentes, seguem em continência fecal.

12:00 Paciente admitida no setor, proveniente de sua residência, acompanhada por familiar. Lúcida, orientada, deambulando, alergizando. Sic nega diabetes, hipertensão e alergia medicamentosa. Aguardando cirurgia.

Registro n.12 indica que o cliente veio de sua residência, acompanhado, lúcido, orientado, deambulando. Nega diabetes, hipertensão e alergia a medicamentos e está aguardando cirurgia.

Paciente lúcida e orientada, afetiva, eupneica e hipocorada, acianótica. Bom a dieta oferecida.

Registro n. 13 denota que a cliente está lúcida, afebril, eupneica, hipocorada e que aceitou bem a dieta oferecida.

5. Discussão

A organização da análise se faz em torno de 3 polos cronológicos.⁴

1. A pré-análise;
2. A exploração do material;
3. O testamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Nos documentos escolhidos, registros em prontuário de clientes idosos em situação de pré-operatório, na busca de indicadores de registros adequados para a criação do protocolo seguiram critérios instituídos numa anamnese do modo mais simples: o que fazem os enfermeiros no ato da admissão. Quando fizemos a leitura inicial (flutuante) fomos invadidas por impressões não esperadas. Diante dos registros que destacamos, acreditávamos que ao admitir um cliente idoso encontraríamos nos registros uma profunda e detalhada busca sobre suas condições físicas e emocionais desde o que se ver concretamente (olhando para ele), fazendo um exame físico e captando não só nos sinais e sintomas, mas os signos que o corpo expressa numa linguagem corporal. A regra utilizada foi a da Homogeneidade apenas prontuários de clientes idosos e situação de pré-operatório e os registros de enfermagem sobre eles. Olhamos os textos registrados através de um quadro teórico sobre REGISTROS e formas de registrar sobre os clientes. Os procedimentos de exploração desse texto corresponde a uma sistemática, que permitem a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis (o que eu vejo no cliente (objetivo) e o que eu pergunto ele responde (subjetivo) e assim transformar o texto num processo

dedutivo para facilitar a construção de novas hipóteses. Dito isto ao organizar as informações contidas nos registros, identificamos a manutenção de uma “assustadora realidade” (já confirmada em outros estudos), ou seja, os REGISTROS estão ausente sobre o que deve ser e , quando existem pouco dão conta de que de fato é necessário registrar.

O que se mantém, de um modo coerente em todos os textos são sobre ASPECTOS FÍSICOS, CLÍNICOS do doente sobre COR, TEMPERATURA, RESPIRAÇÃO, ELIMINAÇÕES (sem informar cor, odor, consistência) DOR (muitas vezes sem informar tipo e local) ORIENTAÇÕES (para que, por que e como). Quanto aos aspectos emocionais, sensoriais e de cognição sobre os idosos nada existe e se lhe é perguntado não está registrado. Também não identificamos nada sobre o cuidado com o ambiente, luz, ruídos, ventilação, roupa de cama e de vestir; sobre família e necessidade de ser acompanhado; cuidados com os medicamentos.

Os resultados BRUTOS - os registros foram operados com estatística simples e optamos pela evocação de temas que foram registrados. Para isso achamos pertinente apresentar o que classifica os elementos constitutivos nos registros e agrupamos como aparece a seguir:⁴

REGISTROS sobre idosos/ indicadores de cuidados

Ordem	Elementos	Nº de evocações	Reagrupamento
1	Lúcido	10	Consciência
2	Orientado	09	Consciência
3	Diurese Espontânea	03	Sintoma

4	Interagindo	08	Comunicação
5	Sinais Vitais	10	Sinais e sintomas
6	Emagrecido	4	Sinais e sintomas
7	Hipocorado	04	Sinais e sintomas
8	Respirando em ar anto	05	Sintoma
9	Diarreia Permanente	01	Sintoma
10	Acompanhado	04	Social
Ordem	Elementos	Nº de evocações	Reagrupamento
11	Veio da residência	06	Social
12	Hidratado	02	Sintoma
13	Desidratado	01	Sintoma
14	De ambulando	06	Condição relativa a cuidar/mobilização
15	Nega Alergia	05	Sintoma
16	Sem Queixa	04	Sintoma
17	Em observação	01	Cuidado
18	Repouso	02	Cuidado
19	Aceitou a Dieta	03	Cuidado
20	Acianótico	05	Sintoma
21	Afebril	05	Sintoma
22	Sono lento	02	Sintoma
23	Eliminação	07	Sintoma

24	Orientado sobre Rot	03	Cuidado de Enfermagem
25	Relatam Doença	05	Diagnóstico
26	Refere Dor	04	Sintoma
27	Não respondidos	01	Comunicação
28	Não coopera	01	Comunicação
	Total	121	

Nessas organizações encontramos classes temáticas que estão indicando o que interessa registrar, como:

SEMANTICA

- 1) Nível de consciência
- 2) Comunicação
- 3) Sinais e sintomas que envolvem fisiologia do corpo
- 4) Condição relativa a cuidar/mobilização
- 5) Queixas informadas
- 6) Observação sobre dieta, repouso.
- 7) Orientação sobre rotina

Olhando os dados destacados nos registros podemos afirmar que a ausência de um olhar técnico-científico quando recebemos os clientes idosos em situação de pré-operatório estão “longe” de serem registros que deveriam ser feito o que nos indicam que é urgente criar um sistema ou processo de recebê-los na Unidade para que possamos cuidar deles corretamente e exige de profissionais um saber iniciando pela epidemiologia do envelhecimento pensado por FIGUEIREDO e MACHADO (2012 cap.175) “pelo contingente elevado de idosos que necessitam de

lugares adequados para o acompanhamento de seu envelhecimento, abordagem de diagnóstico e tratamento interdisciplinar de determinadas doença, resgate do vínculo familiar e ajuda” no processo de envelhecer e estabelecer condutas de intervenção que envolvam todos os profissionais.” Em se tratando de idosos no pré-operatório e acreditando que é legal e seguro fazer uma admissão e manter prescrições de enfermagem e não o que encontramos como “SEGUE os CUIDADOS” sem que saibamos quais são. A “avaliação de enfermagem no pré-operatório inclui uma avaliação de saúde inicial completa, feito após a internação Hospitalar. É preciso considerar a história médica e emergência, alergias e quaisquer fatos emocionais, sócio econômico, cultural e espiritual que posso influenciar seu atendimento nesse momento pergunta-se sobre tudo de seu tratamento de sua vida, de sua família, etc.”³

É nesse momento que precisamos fazer o exame físico completo, desde inspeções objetiva do corpo físico até os aspectos mais subjetivos, o que não foi ou está considerado nos registros analisados. Ao pensar em um protocolo, como resultado final de minha dissertação de mestrado profissional, precisamos considerar o diagnóstico de enfermagem para estes idosos que esperam a cirurgia, que um diagnóstico apropriado pode incluir: ansiedade, pesar antecipado, risco de angustia, espiritual, medo, conhecimento deficiente, risco de infecção, de imobilidade física (queda), de desequilíbrio hídrico, de náusea, de espasmo, hipotermia, alergia, etc.³

Quando se trata de idoso o diagnóstico pode ficar ampliado que inicia com identificação e de aspectos pessoais e particulares sobre como quer ser chamado, como quer ser cuidado (Higiene e outros cuidados); se usa óculos, dentadura, como

está a audição, quais são suas limitações físicas e emocionais. É fundamental pensar no ambiente (iluminação e pisos principalmente no banheiro).

No exame físico é preciso verificar presença ou não de doenças bucais, identificar perguntando a ele alterações fisiológicas; perdas ou nos estados sensorial/cognição, e sobre as funções gastrointestinal, renal, cardiovascular, neurológica, imunidade, institucional, presença de doenças (diabetes, hipertensão, hipercolesterolêmica) uso de medicamentos; disfagia, possibilidades de desenvolvimento de úlcera por pressão.

Tudo isso depende de instrumentos e de escalas de avaliação, como do sono, neurológica, de depressão, funcional (atividades de vida prática), cognitivas e sensoriais.

6. Conclusão

As considerações que fazemos sobre os resultados deste estudo são de que os registros encontrados indicam interesses ligados à clínica do idoso, onde se destaca a doença, os sinais e sintomas, nível de consciência, informação sobre alergia. Se considerarmos o idoso em pré-operatório pouco se sabe, uma vez que não existe exame físico na admissão e não se investiga questões fundamentais que envolvem o que eu vejo, meço, como sinais objetivos, e aquilo que não vejo que ele pode me dizer se eu perguntar (o subjetivo). As “ausências” de registros sobre o idoso que espera a cirurgia, por pior que pareça, são indicadores fundamentais para o que me proponho na Dissertação de Mestrado Profissional que é a criação de um protocolo para idosos que se submetem a cirurgia na dimensão antes-durante-depois.

7. Referências

1. Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionalismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. Rev Esc Enferm. 2005; 39(1):103-8.
2. Lynn P. Habilidades de Enfermagem clínica de TAYLOR numa abordagem do Processo de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Tura LFR, Silva AO. Envelhecimento e representações Sociais. Rio de Janeiro: Quartet; 2012.
4. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Ed. Edições 70; 2010.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
6. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Zahar; 1992.
7. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. Psicologia Teoria e Pesquisa. 2004; 20: 153-64.
8. Almeida VCF, Lopes MVO, Dmasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Revista Escola de Enfermagem USP. 2005; 39(2): 202-10.
9. Borges MR. A História da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revinter; 2008.

F) ARTIGO II

IDOSO e a CIRURGIA: um estudo sobre construção de indicadores de cuidados de enfermagem para SEGURANÇA no processo operatório.

Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes¹

Maria Inês Klôh²

Antonio Carlos Iglesias³

Nébia Maria Almeida de Figueiredo⁴

¹Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Assessora da Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rua Mariz e Barros, 775, Tijuca, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 20270-330 (21) 22644267 luzia50@googlemail.com

²Enfermeira. Chefe do Serviço de Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro, Brasil.

³Doutorado em Medicina. Professor titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Doutorado em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Resumo :

Objetivos: Identificar no idoso durante o processo de cirurgia, a partir das informações de sua condição - físico, social, emocional - INDICADORES de segurança; caracterizar nesses INDICADORES de segurança sinalizados por eles quais são aqueles específicos de cuidados de enfermagem e propor um instrumento de segurança para ser testado com base nos cuidados de enfermagem para idosos em

processo de cirurgia. **Metodologia:** qualitativo do tipo estudo de caso. **Resultados:** o que encontramos nas respostas dos IDOSOS é que existe uma COMUNICAÇÃO INEFICAZ na maioria de suas experiências vivenciadas e em alguns momentos ausente. **Conclusão:** Finalmente o que é possível arriscar dizer é de que existe um “processo que se quebra” no que estamos chamando de comunicação nas relações humanas.

Descritores: cirurgia; serviços de saúde para idosos; enfermagem.

1. Introdução

Envelhecer é um sinal normal que é entendido assim, pois existe sempre uma reação não somente dos idosos, mas de todos que enfrentam um corpo que se modifica. É um grande erro considerar que todas as alterações que ocorrem com pessoas idosas sejam provenientes do seu envelhecimento natural. As preocupações para nós e não apenas nós, e de como ele envelhece e nesse processo como adoece, como enfrenta a doença e como nós enfermeiros(as) podemos “intervir” por que essa intervenção não trata simplesmente do cuidado que, aparentemente, pensamos saber fazer. Delimitamos como OBJETO do ESTUDO: **o idoso submetido a intervenção cirúrgica - antes, durante e depois - e a construção de indicadores de cuidados de enfermagem para sua segurança.**

Ao nos preocupar com ele como profissional de saúde, enfermagem em especial, podemos considerar todas as dificuldades que o idoso enfrenta como acesso aos serviços e qualidades de cuidados que de acordo com o tipo de oferta pode repercutir na **qualidade de vida (QV)**. Essa preocupação não é só com o adoecimento do momento, mas é de que ao cuidar dele, nossa prática deve considerar que ele vem envelhecendo e de quando se deu conta disso foi sobressaltado muitas vezes ao perceber a revelação em seu corpo, de rugas, dores, limitações físicas, sinais que aparecem de pré-adoecimentos, sintomas na pressão

arterial, o que provoca muitas resistências e sofrimento que nem sempre conseguem eles expressar e nós em perceber. Ao acreditar que os idosos merecem ser atendidos adequadamente, é importante ter em mente que somos o oitavo país em número de idosos com cerca de 22,9 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 11,34% da população, de um Brasil que está em desenvolvimento e o seu sistema de saúde ainda tem problemas imensos a serem desenvolvidos, numa cultura que tem dificuldade de privilegiar o idoso e não tem o hábito de cuidar deles. Talvez, seja um dos grandes desafios, o de obrigar a todos da equipe de saúde, indiscriminadamente, a mudar modos de pensar e de saber cuidar deles. Segundo a OMS, a QV do idoso é importante para manter sua capacidade de se mobilizar, de se autocuidar, de resolver suas necessidades físicas, emocional e econômica. A posição de estar na vida envolve o idoso só, sua família e a sociedade. Percepção - nossa posição é assegurada em Merleau-Ponty (pag.23) que trata a percepção como um fenômeno que diz respeito à essência e todos os problemas que resumem-se em definir essência na existência, na compreensão do mundo e na essência da percepção. Ele centra toda sua atenção no “ser vivo”, no “homem” ou mesmo numa consciência. Um ser que tem seu ambiente físico e social, ele é a fonte absoluta, que escolhe, decide, caminha, que faz por ele mesmo. Para o autor PERCEPÇÃO não é uma ciência do mundo, não é nenhum ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles; ela é a consciência do mundo; é também uma noção de sensação: eu sinto o vermelho, o azul, o quente, o frio. É a maneira pela qual sou afetada; é a experiência de um estado de mim mesmo, é sentir em um estado de coisas; e distinguir o que significa (alguma coisa) para mim; são experiências perceptivas que ele chama de “impressões”. A percepção / sensação

é da dimensão sensível da qualidade do objeto que percebemos. Por exemplo: a mancha vermelha que vejo no tapete, ela só é vermelha levando em conta uma sombra que a repassa, sua qualidade só aparece em relação com os jogos da luz, e, portanto como elemento de uma configuração espacial. Aliás, a cor só é determinada se, se estende em certa superfície; uma superfície muito pequena seria inqualificável. Enfim, esse vermelho não seria literalmente o mesmo se não fosse o “vermelho lanoso” de um tapete”. É entender que apesar de nossas ações, as percepções que temos sobre os idosos podem ser fundamentais para uma prática qualificada. Com essas considerações, as QUESTÕES NORTEADORAS desse estudo são: como idoso em processo de cirurgia pode nos indicar contribuições de seu processo de viver, envelhecer e adoecer para ampliar indicadores de cuidado sobre sua segurança e se essas contribuições identificadas antes, durante e depois da cirurgia podem ajudar com a construção de indicadores de cuidados de enfermagem. Os objetivos foram realizar um pré-diagnóstico nos registros sobre elementos indicadores de segurança; identificar no idoso durante o processo de cirurgia, a partir das informações de sua condição - físico, social, emocional - INDICADORES de segurança; caracterizar nesses INDICADORES de segurança sinalizados por eles quais são aqueles específicos de cuidados de enfermagem e propor um instrumento de segurança para ser testado com base nos cuidados de enfermagem para idosos em processo de cirurgia. O estudo se justifica pelo aumento da expectativa de vida do brasileiro, há a necessidade de estudos voltados a esse indivíduo não só em situações de desvios de saúde, mas aqueles submetidos à intervenções cirúrgicas; existe, ainda, uma lacuna entre ações de cuidar de um modo geral para todos e das ações de cuidar específicas para os idosos; pretendemos encontrar a partir de informações produzidas pelos idosos, quando

chegam ao hospital para submeter-se intervenção cirúrgica, elementos que contribuam com indicadores de cuidados de enfermagem; e ao criar um instrumento de cuidados de enfermagem para orientar sua segurança, estaremos propondo a enfermagem caminhos para uma prática segura, isenta de riscos. Acreditamos ser fundamental compreender o idoso que chega para a cirurgia com uma compreensão voltada para seu estado emocional. A Velhice é tão ruim que enfrentá-la é uma arte que exige orientação de especialista. Exige investimento em cuidados. Considerando-se que muito da literatura do pré-operatório do idoso é inserido sobre dados de pessoas mais jovens, a havendo necessidade de se conhecer melhor as particularidades desta faixa etária. Os cuidados se tornam mais delicados com a idade, pela gravidade da afecção cirúrgica, pelas comorbidades e pelas alterações do status funcional do idoso. Nesse contexto insere-se o tratamento cirúrgico do paciente idoso, tendo o desafio de resolver ou minimizar situações patológicas, e devolvendo ao indivíduo o mais breve possível para sua rotina habitual sob pena de subtrair-lhe a funcionalidade.

2. Objetivos

Os objetivos foram realizar um pré-diagnóstico nos registros sobre elementos indicadores de segurança; identificar no idoso durante o processo de cirurgia, a partir das informações de sua condição - físico, social, emocional - INDICADORES de segurança; caracterizar nesses INDICADORES de segurança sinalizados por eles quais são aqueles específicos de cuidados de enfermagem e propor um instrumento de segurança para ser testado com base nos cuidados de enfermagem para idosos em processo de cirurgia.

3. Método

O método escolhido para produzir os dados é o qualitativo tipo Estudo de Caso, com etapas de observação e registro de falas nos vários momentos que o idoso passa desde sua internação, até sua alta após a cirurgia. Sobre a opção pelo método qualitativo é porque ele se adéqua a objeto desse estudo que trata da dimensão de envelhecer e ser operado por desvios de saúde, ao mesmo tempo em que o envelhecimento é um tema de interesse não só de saúde pública, mas dos espaços Hospitalares, por merecerem abordagens e conduta de cuidar que podem se diferenciar das demais pela natureza - pessoas em processo de envelhecimento, significados das experiências, expectativas das vivências e sentimentos sobre elas. Um dos motivos pelo método apoia-se em MINAYO E DESLANDES (pag. 197) quando nos diz que é que o método qualitativo tem a pretensão de trabalhar com os significados atribuídos pelos sujeitos (enfermeiras (os) e/ou idosos) aos fatos, relações praticas (de cuidar) e fenômenos sociais: interpretar tantos as interpretações e práticas e quando às interpretações das práticas. Esses são temas/núcleo básico de um trabalho qualitativo. Os cuidados ou atenção das autoras e de como construir resultados e análise produzidos em estudo qualitativo sem perder de vista o rigor metodológico, destacando os cuidados que um estudo qualitativo merece, nos chamando a atenção para: atentar para a produção e análise dos dados com as respostas subjetivas (sentimentos, emoções, inseguranças); que não podem ser baseadas em evidências imediatas das falas ou práticas que se pretende analisar; estar atenta, para não acreditar que os dados “falam” por si e que basta repetir longamente os trechos das entrevistas feitas, ou dos diários de observação; como se eles fossem responsáveis pelo rigor que se pretende. Sobre a opção pelo ESTUDO de CASO entendido por LAVILLE e DIONNE

(1999 p. 155), como uma opção do pesquisador e evidentemente, essa escolha refere-se a um estudo de caso, de uma pessoa, mas também de um grupo, de uma comunidade, de um meio; referencia a um acontecimento especial, uma mudança política, um conflito... A vantagem dessa escolha (p. 156), repousa, é claro, na possibilidade de aprofundamento que oferece, pois os recursos se veem centrados no caso visado não estando o estudo submetido às restrições ligadas à comparação do caso com outros casos. Sobre a opção pela OBSERVAÇÃO, está assentada na afirmação de LAVILLE E DIONNE (p. 124), de que ela é um privilégio modo de contato com o real: é observado que nos situamos, orientamos nossos deslocamentos, reconhecemos as pessoas, emitimos juízos sobre elas. A observação participa também de uma ampla variedade de descobertas e aprendizagens realizadas pelos Homens. No entanto, as observações, segundo as orientadoras, deve respeitar certos critérios, satisfazer certas exigências; não deve ser uma busca ocasional, mas ser posta a serviço de um objeto de pesquisa, questões ou hipóteses, claramente explicitado.

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário que funciona dentro da filosofia do SUS (Sistema Único de Saúde); tem objetivos específicos para preparar estudantes de graduação e de pós-graduação das diversas áreas: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, etc. O estudo se desenvolveu nos três espaços por onde passa o idoso (em processo operatório): 1) no Ambulatório de cirurgia do HUGG, que atende em média 28,5%/ mês a pacientes idosos que irão submeter-se a processo cirúrgico . Neste momento, estes dados serão produzidos para situar não só o idoso, mas para construção de dados sócio demográficos e mostrar os fluxos de sua caminhada e tratamento; 2) na Enfermaria, momento de produção de dados sobre experiências, expectativas e

sentimentos e o 3) quando vive a experiência no centro cirúrgico e volta para a enfermaria.

A população do estudo foi composta por pacientes de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos que foram submetidos a cirurgia e que quiseram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Eles deveriam estar orientados no tempo, no espaço Hospitalar e familiar, de modo que pudessem responder as questões do estudo.

Foram excluídos aqueles que não puderam responder por eles mesmos, que estejam em situações de saúde de alta complexidade (com problema de compreensão, desorientado).

O projeto foi submetido a avaliação pelo comitê de ética em pesquisa foi aprovado sob o número 36859414.400005258.

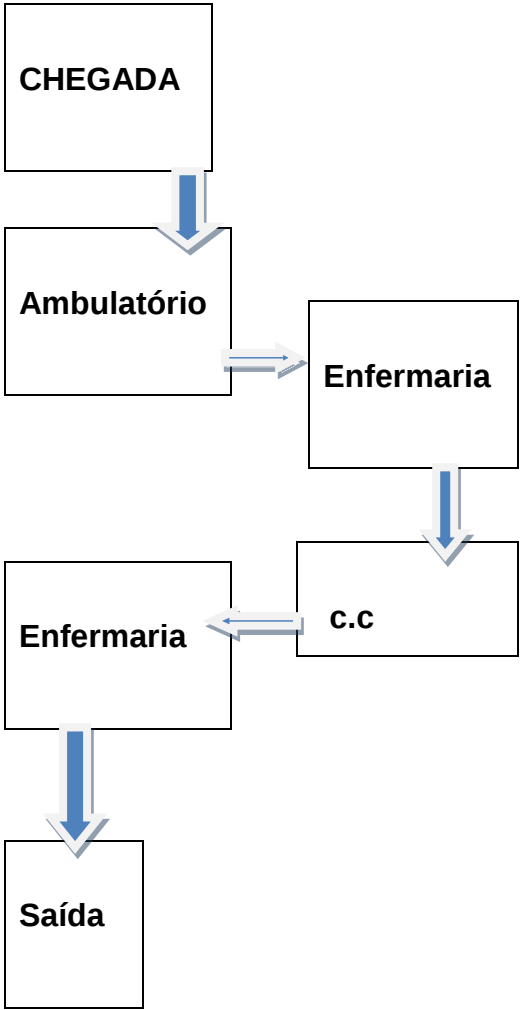
Na coleta e produção de dados fizemos um pré-diagnóstico sobre os registros de enfermagem para captar elementos indicadores de cuidados para a terceira idade e criamos um instrumento com perguntas específicas: dados demográficos suas expectativas, esperanças e desejos a cerca da cirurgia; informações sobre sua saúde e experiências anteriores e as atuais. Foram rastreados 10 idosos que quiseram participar respondendo as questões, no momento em que lhe era informado sobre o estado e seus objetivos.

Organização dos dados produzidos no instrumento foram apoiados na análise de conteúdo de BARDIN (2010, p. 121 a 133). Quando nos orienta que: este trabalho de “organização acontece em torno de” três polos cronológicos: pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação nesse momento, ela corresponde a um período de intuições, mas tem

por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, um plano de análise...

Iniciado a categorização que é a operação de classificação dos elementos constitutivos por diferenciação. Segundo BARDIN (p. 145) e seguidamente um trabalho de reagrupamento por analogia, com os critérios previamente definidos. As CATEGORIAS são grupos ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. Aqui, provavelmente encontraremos nesses elementos os indicadores de cuidados de enfermagem para a segurança do idoso em processo operatório.

RESULTADOS /CATEGORIA

CATEGORIA	ORDEM	SUBCATEGORIAS
INDICADORES da comunicação nos REGISTROS e nas AÇÕES de CUIDAR de Idosos	1	COMUNICAÇÃO E REGISTRO no ABULATÓRIO: Identificação das ações de cuidar quando o idoso chega e tem a notícia da cirurgia.
O fluxo  <pre> graph TD A[CHEGADA] --> B[Ambulatório] B --> C[Enfermaria] C --> D[c.c] D --> E[Enfermaria] E --> F[Saída] </pre>	2	COMUNICAÇÃO e REGISTRO na ENFERMARIA: diagnostico de Enfermagem, expectativas, necessidades e desejos do cliente no PRÉ-OPERATÓRIO.
	3	COMUNICAÇÃO e REGISTROS no CENTRO CIRÚRGICO: experiências e vivemos no TRANS-OPERATÓRIO.
	4	COMUNICAÇÃO E REGISTRO na ENFERMARIA : experiência e vivencias no PÓS- OPERATÓRIO

4. Discussão dos RESULTADOS e os indicadores de cuidados para o Idoso em situações cirúrgica.

Diferentemente do que queríamos acerca do N- Total de idosos rastreados - conseguimos apenas 10 num processo que envolveu a situação do hospital, com a

diminuição de leitos e de cirurgias e da disponibilidade deles para participar do estudo. No entanto como trata um estudo de interesse do HUGG, este se somará a outros diagnósticos sobre clientes e cirurgia que estão sendo realizados em outras dissertações de mestrado. Uma outra questão a ser considerada é de que entendemos que a ausência de registros de cuidados sobre idosos que identificamos sugerem que ali tinha indicadores escondidos que mereciam ser destacados para inclusão de uma intervenção - ação adequadamente apropriada a ser implantada. Com estas considerações, iniciamos a discussão da CATEGORIA, de indicadores de comunicação nos REGISTROS nas AÇÕES de CUIDAR: memória do Cliente e da Enfermagem.

A discussão nesta categoria é introdutória uma vez que se aprofundará nas subcategorias. É conveniente ressaltar que a COMUNICAÇÃO é um padrão instituído por NANDA “além de conversar inclui o ato de transmitir pensamentos, sensações ou informações” que decodifica-se como funcionamento das expressões verbais e não- verbais do corpo com o outro corpo, isto é, do idoso com aqueles que cuidam dele. Na Enfermagem fundamental, segundo Figueiredo e cols (2012,cap7, pag 104) comunicação é um dos instrumentos básicos da enfermagem fundamental e imprescindível para os registros as interações e encontro com seus clientes - os idosos.

E também teoria e instrumento essencial nas intenções de um com o outro comunicar para esses autores envolve todos os sentidos dos corpos envolvidos nas ações de cuidar, como principais canais de comunicação - visão, audição, fala, olfato, tato, cinesia a captar no encontro com outras imagens sons, cores, sentir os sentidos nas texturas e expressões que são emitidas pelos envolvidos no encontro. Se comunicar e saber é captar linguagens, sinais, sintomas e expressões Corporais

e deve registrar o que encontrar seja de ordem objetiva ou subjetiva e em qualquer destas ordem e possível captar necessidades e desejo.

A comunicação para ANVISA é um indicador de qualidade em todas as ações que podem colocar em risco a vida de pessoas. A segurança da assistência depende de uma comunicação entre os profissionais, ela precisa ser completa sem ambiguidade e compreendida por todos. A efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente.

REGISTROS realizados pelo (a) enfermeiro(a)

Registro da admissão realizada pela EFERMAGEM		Não REGISTRADO questões LEVANTADAS
1	ORIENTADO/ LUCIDO	Trate do Nível de Consciência nos explicitado se ele sabe onde está ; que dia, mês e ano: em que local e porque.
2	COMUNICAÇÃO	Nada identificado, nada sobre orientação a cerca da cirurgia do espaço e de rotina.
3	SINAIS E SINTOMAS	Apenas registro de sinais vitais (PATR) que não dão conta de um processo para o diagnóstico de Enfermagem e nem dão conta da
4	MOBILIZAÇÃO	Sobre deambulando ou cadeira de rodas
5	QUEIXAS INFORMADAS	Nenhum registro detalhado do que vem e do que lhes foi informado. Ausência de exame físico.
6	OBSERVAÇÃO SOBRE DIETA	Modo registrado sobre o que gosta de comer, se pode mastigar(ausência dos dentes); se gosta de que temperatura para o alimento, hábitos alimentares. Sobre repouso nenhum registro sobre quais são seus hábitos que horas dorme e questões ligadas ao ambiente – luz, temperatura e ruídos desfogia
7	ORIENTAÇÕES SOBRE ROTINAS	Nenhum registro de informação

Como já orientado em quadros anteriores os registros de enfermagem são limitados não dando conta de um diagnóstico de enfermagem como é orientado pela profissão e lei do exercício. As palavras são isentas de consequências que nos indicam intervenção para o estabelecimento de cuidados pra os idosos que todas as etapas que passam no tempo de esperar a cirurgia. O não registrado como deveria é que norteou os indicadores, sempre tendo como central a questão da comunicação. Também não existe nada relativo as expectativas e necessidades e desejos dos idosos no pré operatório identificados pelos enfermeiros durante este tempo de espera.

Os idosos indicam que existe um DESEJO de SABER sobre tudo que vai acontecer e que tem, que nós assumimos como um indicador de qualidade no cuidado, como também referem a ausência de INFORMAÇÃO, que para eles parecem não ser uma preocupação dos profissionais quando se encontraram com eles. Saber sobre o que vai acontecer com eles deveria ser uma Ação Básica o que nos faz pensar que os profissionais não estão segundo FIGUEREDO E Cols (p 108), “considerando a comunicação como instrumento essencial para sua prática e nem consideram o cliente como um ser que age e reage em um meio/ espaço, que é capaz de afetar e ser afetado quando eles se encontram em situações de cuidado, principalmente quando trata de idosos com limitações pelo envelhecimento, - de audição, cognição, de visão, de locomoção, etc....

No Centro Cirúrgico o estudo revela que pouco sabemos e o que estamos fazendo como uma enfermagem segura e legal que para os idosos que chegam ao centro cirúrgico. A palavra de ordem deles é de QUERER SABER O que vai acontecer e que conversem com eles em qualquer situação, principalmente quando estão no corredor esperando ir para a sala de cirurgia. Neste momento eles estão de

passagem entre pré e pós-operatório, mais um ritual que é diferente, que causa medo e ansiedade.

A exploração de quem é ele, de como está, extrapola teorias específicas porque sozinhos não explicam o processo de envelhecimento no que diz respeito às complexidades, por isso a exploração deve ser biológica, psicológica e social; que todos possuem uma dimensão existencial, que nós estamos sem dar muita atenção a essa dimensão, que pode ser indicadora de cuidado confortantes para os idosos a comunicação é parte da vida, não existe criar momento para comunicação, até ficar em silêncio estamos nos comunicando

Alias “querer saber” aparece em todas as respostas dos idosos, que pode ser indicadores: Vontade de saber “o que continuo afirmando que o problema é de ausência ou inadequada comunicação e esta comunicação envolve observação e informações específicas para à pessoa que envelhece que deve ser a base de uma prevenção de “desaceleração” do envelhecimento de se manter saudável o mais rápido possível.

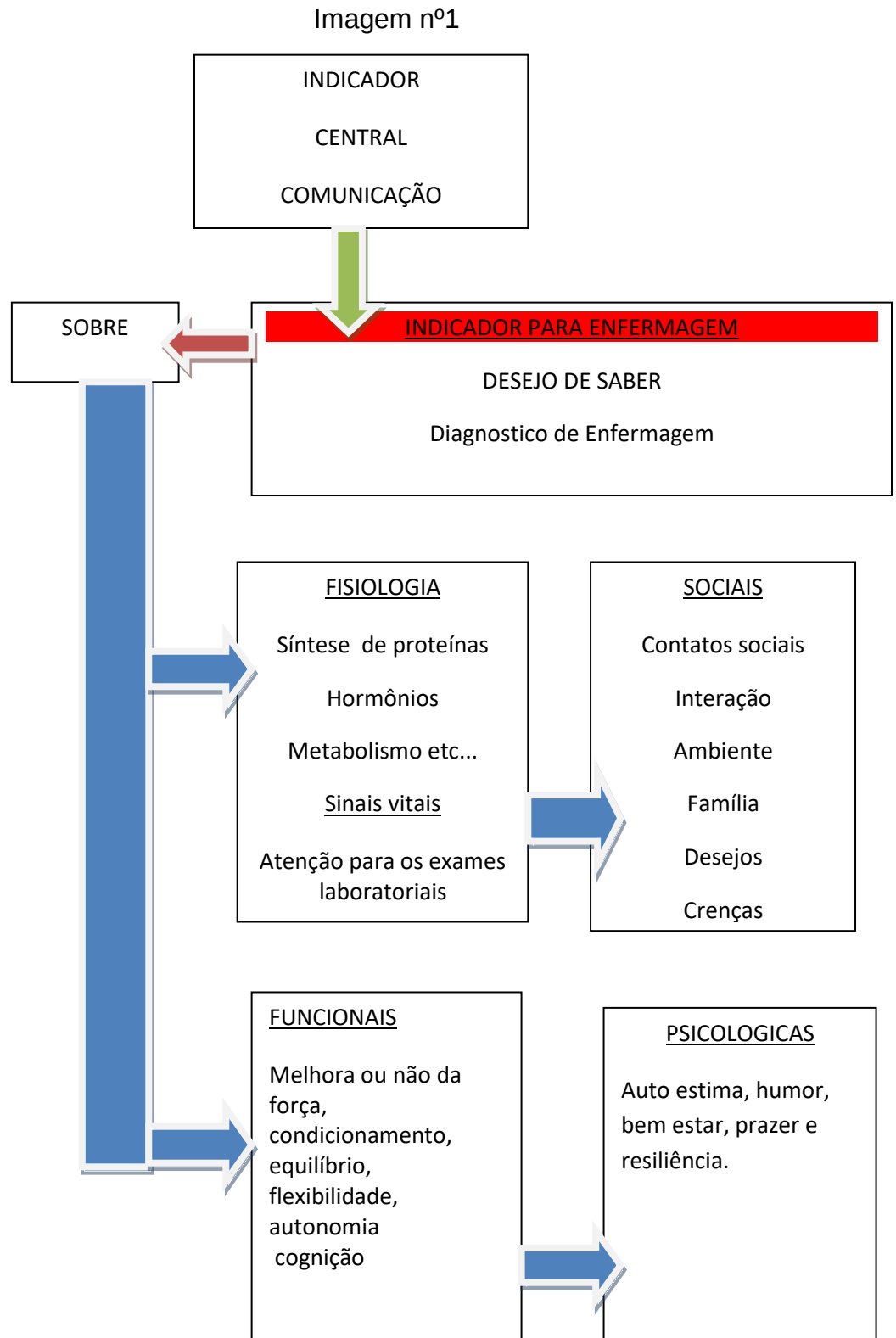
De volta a enfermaria (no pós-operatório) o desejo de saber continua a nas respostas dos clientes, sempre acompanhado da frase “gostaria que falassem comigo”. O que nos autoriza inferir que a comunicação em todo o processo porque passa é inadequada. Isso se confirma quando eles, depois da cirurgia se descobrem vivos, o medo da anestesia passou é uma alegria para eles, mas permanecem muitas dúvidas sobre a cirurgia e se vão ficar bons, eles continuam desejando informação.

DESEJAR, também não faz parte do padrão NANDA, colocado por TEIXEIRA e FIGUEIREDO (2004.25) que entenderam como DIAGNÓSTICO de enfermagem

interesse no cuidado com o corpo, desejo que se situa no lugar da vivência das representações (por exemplo de como será sua vida depois da cirurgia) do imaginário (sobre a doença e a cirurgia e da dimensão inconsciente).

Desejo como PADRÃO, que é distinto da necessidade. Desejo que tende a uma multiplicidade de reinvenção de experiências que extrapolam o mundo real, os fenômenos reais, que são especificadamente de cada um diante de sua própria vivência de esperar e ser operado.

Para sintetizar estas considerações possíveis criamos algumas imagens norteadoras do Protocolo.



5. Conclusão

O que é possível arriscar dizer é de que existe um “processo que se quebra” no que estamos chamando de comunicação nas relações humanas que tem sido justificado de diversas maneiras e por vários motivos embora, para a enfermagem nada justifica a falta de comunicação, de informação para com aqueles que “juramos confortar/ aliviar seus sofrimentos. Se nos conforta podemos acreditar naquilo que Vicente Van Gogh in Paes diz: A conduta humana se parece muito com o desenho. A perspectiva se altera quando o olho muda de posição. Não depende do objeto e sim de quem está olhando. Isto é não depende do idosos e de como cuidamos dele, olhamos para eles, perguntamos a eles.

6. Referências

1. Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionalismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. Rev Esc Enferm. 2005; 39(1):103-8.
2. Lynn P. Habilidades de Enfermagem clínica de TAYLOR numa abordagem do Processo de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Tura LFR, Silva AO. Envelhecimento e representações Sociais. Rio de Janeiro: Quartet; 2012.
4. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Ed. Edições 70; 2011.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
6. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Zahar; 1992.
7. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. Psicologia Teoria e Pesquisa. 2004; 20: 153-64.

8.Almeida VCF, Lopes MVO, Dmasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Revista Escola de Enfermagem USP. 2005; 39(2): 202-10.

9.Borges MR. A História da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revinter; 2008.