

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO (IE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (DEPSI)

VITOR SIQUEIRA DE MORAES MESQUITA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM SOBRE OS ASPECTOS
PSICOLÓGICOS DO PACIENTE CIRÚRGICO**

SEROPÉDICA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VITOR SIQUEIRA DE MORAES MESQUITA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM SOBRE OS
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE CIRÚRGICO**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez

SEROPÉDICA

2021

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”

“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Finance Code 001”

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S578p

Siqueira de Moraes Mesquita, Vitor, 1985-
Percepção de profissionais da enfermagem sobre os
aspectos psicológicos do paciente cirúrgico / Vitor
Siqueira de Moraes Mesquita. - Bom Jardim, 2021.
95 f.

Orientadora: Lillian Maria Borges Gonzalez.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Psicologia, 2021.

1. Enfermagem. 2. Psicologia Hospitalar. 3.
Aspectos Psicológicos. 4. Centro Cirúrgico. I. Maria
Borges Gonzalez, Lillian, 1971-, orient. II
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
Psicologia III. Título.



Anexo 1

Folha de Aprovação

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO Nº 891 / 2021 - PPGPSI (12.28.01.00.00.00.21)

Nº do Protocolo: 23083.059125/2021-10

Seropédica-RJ, 18 de agosto de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VITOR SIQUEIRA DE MORAES MESQUITA

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

APROVADA EM: 30/07/2021

Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges Gonzalez - UFRRJ

(Orientadora, Presidente da Banca)

Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza - UFRRJ

(Membro interno)

Prof.^a Dr.^a Lucia Emmanoel Novaes Malagris - UFRJ

(Membro externo)

Prof.^a Dr.^a Virgínia Nunes Turra - UCB

(Membro externo)

(Assinado digitalmente em 18/08/2021 00:34)

LILIAN MARIA BORGES GONZALEZ
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: 2077610

(Assinado digitalmente em 18/08/2021 01:02)

WANDERSON FERNANDES DE SOUZA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: 1868924

(Assinado digitalmente em 18/08/2021 09:16)

LUCIA EMMANOEL NOVAES MALAGRIS
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 528.979.587-15

(Assinado digitalmente em 18/08/2021 09:18)

VIRGINIA NUNES TURRA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 287.717.701-78

Para verificar a autenticidade deste documento entre em

<https://sipac.ufrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **891**, ano:

2021, tipo: **TERMO**, data de emissão: **18/08/2021** e o código de verificação: **3fe0d5648c**

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VITOR SIQUEIRA DE MORAES MESQUITA

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

APROVADA EM:30/07/2021

Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges Gonzalez - UFRRJ
(Orientadora, Presidente da Banca)

Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza – UFRRJ
(Membro interno)

Prof.^a Dr.^a Lucia Emmanoel Novaes Malagris – UFRJ
(Membro externo)

Prof.^a Dr.^a Virgínia Nunes Turra – UCB
(Membro externo)

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, que sempre esteve presente nos momentos de alegria e tristeza durante toda esta caminhada; aos meus amigos, que estão sempre ao meu lado; e aos pacientes, familiares e profissionais de saúde que são o meu combustível pela busca incessante de conhecimento.

Agradecimentos

Ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, sem o qual o presente trabalho não teria sido realizado.

A Deus, por me dar forças e me capacitar para seguir essa tão esperada e gratificante realização.

À minha orientadora Lilian Maria Borges Gonzalez, por acreditar em minha caminhada, por ter me apoiado durante todo o processo de pesquisa, pela paciência com que lidou com minha ansiedade e dificuldades, e por me mostrar o valor e a real importância da pesquisa para o crescimento pessoal e profissional.

À Prof.^a Dr.^a Lucia Emmanoel Novaes Malagris, Prof.^a Dr.^a Virgínia Nunes Turra e Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza pelas ricas sugestões no meu Exame de Qualificação e agora participando da banca avaliadora na defesa da Dissertação.

Aos meus pais, Rosemeri Siqueira e Gerson de Moraes Mesquita Filho, por terem me educado para ser um ser humano ético e determinado na minha vida acadêmica e profissional.

Ao meu padrasto, Luiz Fernando Vicente Sampaio por toda educação e conhecimento ao longo desses anos.

Aos meus irmãos, Bruno Siqueira de Moraes Mesquita, Gerson de Moraes Mesquita Netto, Matheus Rodrigues Mesquita e Suellen Rodrigues Truninger pela ajuda e incentivo nos desafios.

À minha sobrinha, Luiza Monteiro Mesquita, que é luz na minha vida e fonte de todo meu amor, carinho e cuidado.

À minha avó, Nair da Silva Siqueira, por mostrar que educação e sabedoria não se aprendem somente na escola.

Aos meus amigos do Jornalismo e da Psicologia que sempre estão comigo nos momentos alegres e tristes.

À Presidência, Direção, Gerência Assistencial e Supervisão do Serviço de Reabilitação Hospitalar do Hospital Unimed Volta Redonda por terem permitido que eu coletasse os dados no local e me liberado para as aulas presenciais na UFRRJ.

Aos enfermeiros e técnicos de enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital Unimed Volta Redonda. Sem a participação de vocês nada disso teria sido possível.

Aos pacientes e familiares que já cruzaram meu caminho nessa linda aventura que é a Psicologia da Saúde/Hospitalar.

Epígrafe

“Não considere nenhuma prática como imutável.
Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não
aceite verdade eterna. Experimente.”

(Frederic Skinner)

Resumo

Mesquita, V. S. M. **Percepção de profissionais da enfermagem sobre os aspectos psicológicos do paciente cirúrgico**. 2021. 95p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ, Seropédica, RJ, Brasil.2021.

A inserção de psicólogos em equipes assistenciais multiprofissionais em diferentes setores do hospital tem se expandindo ao longo das últimas décadas. Intervir com pacientes cirúrgicos constitui uma das possibilidades de atuação desse profissional e visa contribuir para um manejo mais eficiente de reações emocionais e comportamentais observadas na rotina do centro cirúrgico. O objetivo da pesquisa foi investigar aspectos psicossociais apresentados por pacientes cirúrgicos e seus familiares na percepção de profissionais de enfermagem e verificar como essas necessidades tem sido foco de intervenção da equipe multiprofissional. O estudo, de caráter descritivo e de natureza quanti-qualitativa, ocorreu junto a 50 enfermeiros e técnicos de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital privado localizado em Volta Redonda, Rio de Janeiro. A estes foi solicitado preenchimento online de um questionário autoadministrado. Para as questões fechadas, foram utilizadas análises estatísticas descritivas, enquanto as abertas foram categorizadas conforme Análise de Conteúdo de Bardin. A maior parte dos profissionais participantes era do sexo feminino (88%), exercia a função de técnicos de enfermagem (80%), tinha mais de dez anos de formação na área (56%) e atuava em salas cirúrgicas (80%) em uma escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso (62%). Os aspectos psicológicos dos pacientes cirúrgicos adultos e dos acompanhantes de crianças submetidas a cirurgia mais apontados foram ansiedade (98% e 83,7%), medo (83,7% e 65,3%) e insegurança (81,6% e 44,9%). Em relação aos pacientes pediátricos, predominaram referências a choro (93,9%), medo (75,5%) e agitação psicomotora (63,3%). A maioria dos respondentes teve contato com conteúdo de psicologia durante o curso técnico (66%) ou de graduação (34%). Porém, parte deles disseram lhes faltar conhecimentos teóricos (42,9%) ou habilidades técnicas (36,7%) para avaliar ou intervir em aspectos psicológicos dos pacientes e seus familiares. Ao identificar situações dessa natureza, cerca de 80% declararam tentar resolver a situação com base em seus conhecimentos e habilidades, sendo estes construídos sobretudo ao longo da formação como pessoa (69,4%), das suas características pessoais (67,3%) ou das experiências profissionais (61,2%). A participação do psicólogo na assistência a pacientes cirúrgicos foi vista como de bastante (59,2%) ou muita (38,8%) colaboração, devendo esse profissional atuar principalmente diante de alterações emocionais e comportamentais (68%). A pesquisa contribuiu para um melhor entendimento do apoio a ser oferecido pela equipe multiprofissional frente a necessidades e demandas psicossociais de pacientes (adultos e pediátricos) em centro cirúrgico, o que é importante para um cuidado cada vez mais integral e humanizado às pessoas que necessitam se submeter a procedimentos cirúrgicos.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Enfermagem; Psicologia Hospitalar; Aspectos Psicológicos.

Abstract

Mesquita, V. S. M. **Perception of nursing professionals about the psychological aspects of the surgical patient.** 2021. 95p. Thesis (Master in Psychology). Institute of Education. Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. Brasil. 2021.

The insertion of psychologists in multidisciplinary care teams in different sectors of the hospital has expanded over the last decades. Intervening with surgical patients is one of the possibilities for this professional to act and aims to contribute to a more efficient management of emotional and behavioral reactions observed in the routine of the surgical center. The objective of the research was to investigate psychosocial aspects presented by surgical patients and their families in the perception of nursing professionals and to verify how these needs have been the focus of intervention by the multidisciplinary team. The study, which is descriptive and quanti-qualitative in nature, took place with 50 nurses and nursing technicians from the Surgical Center of a private hospital located in Volta Redonda, Rio de Janeiro, who were asked to fill out a questionnaire online self-administered. For the closed questions, descriptive statistical analyzes were used, while the open ones were categorized according to Bardin's Content Analysis. Most of the participating professionals were female (88%), worked as nursing technicians (80%), had more than ten years of training in the area (56%) and worked in operating rooms (80%) in a scale of 12 hours of work for 36 hours of rest (62%). The most mentioned psychological aspects of adult surgical patients and companions of children undergoing surgery were anxiety (98% and 83.7%), fear (83.7% and 65.3%) and insecurity (81.6% and 44.9%). Regarding pediatric patients, references to crying (93.9%), fear (75.5%) and psychomotor agitation (63.3%) predominated. Most respondents had contact with psychology content during the technical course (66%) or undergraduate (34%). However, some of them said they lack theoretical knowledge (42.9%) or technical skills (36.7%) to assess or intervene in the psychological aspects of patients and their families. When identifying situations of this nature, about 80% declared trying to solve the situation based on their knowledge and skills, which were built mainly during training as a person (69.4%), of their personal characteristics (67.3%) or professional experiences (61.2%). The participation of the psychologist in the care of surgical patients was seen as a lot (59.2%) or a lot (38.8%) collaboration, and this professional should act mainly in the face of emotional and behavioral changes (68%). The research contributed to a better understanding of the support to be offered by the multidisciplinary team in view of the psychosocial needs and demands of patients (adults and pediatrics) in the operating room, which is important for an increasingly comprehensive and humanized care for people who need to be submit to surgical procedures.

Keywords: Surgical Center; Nursing; Hospital Psychology; Psychological Aspects.

Lista de figuras

Figura 1 - Descrição das categorias de aspectos psicológicos dos pacientes cirúrgicos infantis.....	51
Figura 2 - Principais alterações emocionais de adultos e crianças.....	52
Figura 3 – Colaboração dos profissionais da psicologia na assistência ao paciente/familiar.....	56

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional.....	48
Tabela 2 - Caracterização da atuação profissional em centro cirúrgico.....	48
Tabela3 - Aspectos psicológicos dos pacientes cirúrgicos adultos e dos familiares.....	50
Tabela 4 - Aspectos psicológicos dos pacientes cirúrgicos pediátricos.....	51
Tabela 5 - Contatos dos participantes com conteúdo de psicologia na formação profissional.....	53
Tabela 6 - Dificuldades dos participantes para lidarem com aspectos psicológicos de pacientes cirúrgicos e seus familiares.....	54
Tabela 7 - Ações dos participantes ao identificarem aspectos psicológicos em pacientes cirúrgicos e seus familiares.....	54
Tabela 8 - Fonte de conhecimento e habilidades dos participantes para lidarem com aspectos psicológicos.....	55
Tabela 9 - Categorias sobre motivos de solicitação de ajuda a um profissional da psicologia.....	56

Lista de abreviaturas

AORN	Association of Peri Operative Registered Nurses
CFP	Conselho Federal de Psicologia
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HUVR	Hospital Unimed Volta Redonda
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1	Introdução	17
2	Fundamentação teórica.....	21
2.1	Centro Cirúrgico: rotinas e especificidades	21
2.2	A profissão de enfermagem e sua prática em centro cirúrgico	25
2.3	Aspectos psicológicos do paciente cirúrgico	28
2.4	Psicologia Hospitalar no Brasil.....	32
2.5	Intervenção do psicólogo com pacientes cirúrgicos	333
3	Questões e objetivos da pesquisa.....	39
3.1	Objetivo Geral.....	40
3.2	Objetivos específicos	40
3.3	Hipóteses	40
4	Método	41
4.1	Desenho do Estudo.....	41
4.2	Participantes.....	41
4.3	Local do Estudo.....	42
4.4	Instrumentos.....	43
4.5	Procedimentos	44
4.6	Análise de Dados	45
5	Resultados.....	47
5.1	Perfil sociodemográfico e profissional	47
5.2	Necessidades psicossociais de pacientes cirúrgicos e seus familiares	49
5.3	Formação de profissionais de enfermagem para manejo de aspectos psicológicos.....	53
5.4	Atuação dos profissionais de enfermagem diante de necessidades psicológicas em centro cirúrgico	54
5.5	Avaliação do potencial de colaboração de psicólogos em centro cirúrgico	55
6	Discussão	57
6.1	Perfil sociodemográfico e profissional	57
6.2	Necessidades psicossociais de pacientes cirúrgicos e seus familiares	60
6.3	Formação e atuação de profissionais de enfermagem frente a demandas psicológicas	64
6.4	Avaliação do potencial de colaboração de psicólogos em centro cirúrgico	68
7	Considerações finais.....	72
	Referências bibliográficas.....	74

Apêndices.....	86
Apêndice A	86
Apêndice B	88
Apêndice C	93

1 Introdução

Em âmbito mundial, os procedimentos cirúrgicos têm sido essenciais para os cuidados de saúde há mais de um século, como salientam Guerreiro et al. (2019). Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), dados mostram que 11% da carga global de doenças podem ser tratadas com cirurgias. O número de cirurgias realizadas tem crescido 38% em menos de 10 anos. Ainda de acordo com a OMS, atualmente, estima-se que são realizadas mais de 230 milhões de operações cirúrgicas por ano ao redor do mundo, com uma média anual de 4.016 por 100.000 habitantes.

Segundo informações do Ministério da Saúde (MS), por meio do Sistema de Informações Hospitalares fornecido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, em 2020 foram realizadas, nos hospitais do sistema público de saúde brasileiro, 3.994.460 cirurgias (de pequena a alta complexidade) - sendo 1.000.284 a menos que no ano anterior. Somente no estado do Rio de Janeiro, no mesmo ano, foram realizadas 242.195 cirurgias, sendo 59.771 a menos que em 2019 (Brasil, 2021).

Essa diminuição dos números de procedimentos cirúrgicos pode ser explicada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela pandemia de COVID-19 que provocou a suspensão dos procedimentos eletivos em todo o país. Entidades da Saúde, em nível mundial, aconselharam a redução de uso desnecessário de serviços de saúde para acomodar casos urgentes diante do crescimento diário de pacientes com COVID-19. Cirurgias eletivas foram reduzidas ao estritamente necessário. As cirurgias de urgência/emergência e trauma, entretanto, continuaram sendo encaminhadas, requerendo intervenção imediata e coordenada (Sá et al., 2021).

O centro cirúrgico envolve alta tecnologia e, nesse ambiente, a presença de médicos e profissionais de enfermagem costuma ser soberana. São esses profissionais que estarão em contato direto com o paciente nos diferentes momentos que envolvem o processo da cirurgia: no pré-anestésico, durante o ato cirúrgico e no pós-anestésico. Como ressaltam Silva e Galvão (2007), o centro cirúrgico é um ambiente repleto de situações e expectativas diversificadas que podem ou não serem bem-sucedidas, o que deixa clara a importância da atuação do enfermeiro. Esse profissional busca utilizar instrumentos de trabalho que favoreçam uma maior segurança e rapidez no atendimento ao paciente cirúrgico (Santos & Beresin, 2009). Para tanto, implementa-se ações baseadas em um processo de trabalho planejado com uma série de passos integrados, oferecendo, assim, uma assistência adequada ao paciente, ao atendimento da equipe cirúrgica e às necessidades da equipe de enfermagem.

Turra, Junior, Almeida e Doca (2011) afirmam que o ato cirúrgico constitui, por definição, um ato invasivo que ganha significados e sentimentos variáveis de acordo com a subjetividade do paciente. Nesse sentido, o tipo de cirurgia a ser realizada, sua duração estimada e as consequências possíveis precisam ser justificadas e explicadas ao paciente, visto que se trata de ato invasivo capaz de deixar sequelas (Borges, 2018). Da mesma forma, cabe ao anestesista a explicação do tipo de anestesia a ser utilizada, abordando seus riscos e efeitos.

Nessa perspectiva, Turra et al. (2011) defendem uma mudança paradigmática na assistência aos pacientes no centro cirúrgico, suplantando o modelo biomédico em direção a uma visão integral dos sujeitos atendidos. Conforme proposto por Engel (1977), o modelo biopsicossocial de atenção e promoção à saúde considera que tanto o corpo como a história de vida pessoal e o momento histórico social do indivíduo interferem na patogenicidade do adoecimento e na interpretação de seus sintomas. De modo similar, Shorter (1996) preconiza, em um contexto de saúde mais contemporâneo, que lesões teciduais reais, experiências de vida e o momento social atual influenciam conjuntamente a experiência do adoecimento e o que o profissional de saúde vai encontrar em sua avaliação.

Por estarem na linha de frente dos atendimentos aos pacientes cirúrgicos, os profissionais de enfermagem observam com maior frequência os aspectos psicológicos presentes na rotina do centro cirúrgico e, muitas vezes, apresentam dificuldades em manejar essas situações, o que pode levá-los a solicitar apoio de psicólogos. O trabalho do psicólogo no âmbito hospitalar vem se expandindo e aperfeiçoando ao longo das últimas décadas, ganhando destaque cada vez mais. Sua inserção em equipes multiprofissionais responsáveis por realizar cuidados assistenciais a pacientes e seus familiares em diferentes setores das instituições médicas tem os incluído principalmente em ambulatórios, enfermarias, emergências e Unidades de Tratamento Intensivo. Embora de modo menos frequente, intervir em aspectos psicológicos de pacientes na rotina dos centros cirúrgicos constitui também uma das atribuições do psicólogo hospitalar, com potencial para contribuir com os profissionais que atuam nesse contexto e auxiliá-los a identificar e manejar diferentes reações emocionais e comportamentais.

De fato, a ação do psicólogo no ambiente hospitalar se mostra fundamental também para o bem-estar do paciente cirúrgico, como afirma Borges (2018). Além dos desconfortos inerentes ao acometimento pela doença ou trauma, estar hospitalizado e longe de seus afazeres e de sua família pode levar o paciente a exibir respostas emocionais diante da ameaça do desconhecido e da incerteza dos resultados da cirurgia, como medo dos riscos e efeitos

colaterais da anestesia. Em situações como essa, assim como em todas as outras áreas de atenção a pacientes hospitalizados, a informação adequada, em momento oportuno e na dose certa, é elemento vital para reduzir sinais e sintomas de ansiedade e depressão. Gorayeb (2001) afirma que informação e apoio psicológico tendem a reduzir também as complicações e necessidades analgésicas no pós-operatório, além de diminuir os dias de internação.

O psicólogo deve atuar como catalisador face aos profissionais responsáveis pela cirurgia, de modo a contribuir para que o paciente seja suficientemente esclarecido acerca dos motivos e características dos procedimentos correspondentes. Abreu, Amendola e Trovo (2016) apontam que as relações interpessoais em contextos de saúde-doença, quando impessoais, distantes e conflitantes, podem interferir diretamente na qualidade do cuidado. Portanto, é necessário que habilidades sociais como a comunicação, resolução de problemas, cooperação, empatia e assertividade embasem o processo de interação entre profissionais e pacientes/famílias, de modo a atuarem como facilitadoras no ambiente hospitalar, auxiliando o trabalho colaborativo, além de promover a satisfação do trabalhador na realização das tarefas em equipe e no tratamento dos usuários (Araújo, Medeiros, & Quental, 2016).

Nesse sentido, compete ao psicólogo dar suporte e estimular os membros da equipe multiprofissional a se mostrarem disponíveis frente às necessidades do paciente, com adoção de uma postura educativa e acolhedora. Feito isso, é preciso disponibilizar apoio ao paciente, o que implica, por exemplo, em esclarecer dúvidas e ouvir angústias, buscando procedimentos específicos para reduzi-las se necessário. Gorayeb (2001) ressalta ser essencial que o psicólogo inicie o atendimento ao paciente cirúrgico na etapa anterior à cirurgia e que dê continuidade ao apoio mesmo no pós-cirúrgico. Para isso, é primordial munir-se de informações adequadas sobre os aspectos da cirurgia em questão.

Diante desse cenário, cabe perguntar quais são as principais demandas e necessidades desses pacientes do ponto de vista psicossocial e que tipo de apoio psicológico os enfermeiros e técnicos de enfermagem avaliam como importantes para um melhor funcionamento deste setor da assistência hospitalar. Tais questionamentos se baseiam em observações do autor do presente estudo a partir de sua atuação direta junto às equipes de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital privado de média e alta complexidade, localizado em um município da região sul fluminense.

Em agosto de 2019, a presença de um psicólogo no setor foi solicitada pela Gerência Assistencial do referido hospital em atenção a pedidos da equipe do centro cirúrgico, com vistas a auxiliar no manejo de aspectos psicológicos dos pacientes. Mediante observação

inicial do pesquisador como este profissional, foram verificadas dificuldades dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em lidarem com os pacientes que apresentavam alterações psicológicas, o que gerava desconfortos na equipe em certas situações. Levantar quais são esses aspectos psicológicos e como eles costumam ser manejados constituiu uma das motivações para a proposição do presente estudo.

Logo, o objetivo da pesquisa foi identificar as principais necessidades psicossociais presentes na rotina de um centro cirúrgico, conforme a percepção de profissionais de enfermagem, e investigar como essas necessidades implicam em demandas para intervenção psicológica junto aos pacientes/familiares, assim como para apoio à equipe multiprofissional. O estudo tem caráter descritivo, desenho transversal e é de natureza tanto qualitativa como quantitativa, na medida em que prevê a análise do autorrelato de profissionais da enfermagem obtidos por meio de suas respostas a questões abertas e fechadas de um instrumento elaborado em formato autoadministrado para aplicação online.

Com estudos acerca da temática investigada, espera-se contribuir para gerar conhecimentos com potencial para subsidiar ações nas quais os profissionais da equipe de saúde possam melhor identificar demandas psicológicas de pacientes cirúrgicos, além de destacar a importância da atuação do psicólogo em centro cirúrgico, fortalecendo seu papel nesse setor do hospital.

2 Fundamentação teórica

Quando uma pessoa necessita da realização de algum processo cirúrgico, pode manifestar diversas reações psicológicas tanto no momento que adentra ao centro cirúrgico, como nos períodos que antecedem ou sucedem o procedimento. As alterações emocionais desencadeadas, por sua vez, podem se refletir na sua interação e comunicação com membros da equipe de saúde, em especial com aqueles que compõem o serviço de enfermagem, constituído por profissionais que lidam de modo mais direto e por mais tempo com os pacientes.

Para melhor entendimento desse contexto e de resultados de pesquisas na área, realizar-se-á uma apresentação breve das características e particularidades desse setor do hospital. Da mesma forma, serão descritos aspectos psicológicos referidos na literatura como comumente presentes em pacientes cirúrgicos, além de destacar a atuação da equipe multiprofissional no centro cirúrgico, com maior atenção para o papel de enfermeiros e técnicos de enfermagem e para as potencialidades das intervenções psicológicas no que se refere a assistência direta de psicólogos aos pacientes e a seus familiares e ao apoio técnico por eles fornecido a outros agentes de saúde.

2.1 Centro Cirúrgico: rotinas e especificidades

A cirurgia é um procedimento médico voltado para a cura de doenças, com atuação direta no local atingido, unindo, cortando ou retirando o que está prejudicado. Sabe-se de sua utilização desde o início da civilização, com aperfeiçoamento constante a partir dos progressos da tecnologia ao longo dos séculos. De fato, desde a Antiguidade, o homem realiza práticas cirúrgicas. O termo cirurgia advém do termo grego *kheirourgia*, que significa “trabalho manual”, e pode ser definido como a especialidade que se destina ao tratamento de doenças e traumatismos por meio de processos operativos manuais e instrumentais (Houaiss, 2011). Na Idade Média, as cirurgias eram realizadas nos campos de batalha, nas casas dos cirurgiões ou sob o convés dos navios de guerra. Os procedimentos restringiam-se a amputações de membros, drenagem de abscessos e retirada de tumores; eram realizadas no corpo humano apenas com o uso das mãos ou com o auxílio de instrumentos (Possari, 2009; Silva, Rodrigues, & Cesaretti, 1997). Os pacientes submetidos a tratamentos cirúrgicos tinham de superar a dor, a hemorragia e a infecção geradas por procedimentos sem anestesia.

Fernandes (2000) esclarece que a cirurgia teve importante evolução a partir de 1846, quando se descobre a anestesia. A narcose passou a ser realizada pela inalação de éter, o que tornou real a possibilidade de realizar um procedimento cirúrgico indolor. Somente no século XX, com o desenvolvimento científico, houve a evolução das técnicas cirúrgicas e da ligadura vascular, a criação de instrumentos próprios para melhor acesso às áreas operadas e a introdução da anestesia geral e de técnicas assépticas para a realização de intervenções cirúrgicas. Esses procedimentos passaram a ser realizados em hospitais, porém ainda em recintos não específicos, segundo Possari (2009).

Apenas na Era Moderna houve a centralização das salas de cirurgia e de áreas comuns do centro cirúrgico, como lavabos, vestiários e laboratórios. Com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e a crescente demanda de materiais, houve a necessidade de centralizar as atividades de preparo, esterilização, armazenamento e distribuição em um único local. Surgiu, então, a unidade de centro de material ou o Centro de Material e Esterilização (AORN, 2012; Botelho & Zioni, 2008).

Atualmente, o centro cirúrgico é caracterizado como um sistema sociotécnico estruturado, administrativo e psicossocial, que fica localizado dentro de uma estrutura hospitalar. Smeltzer et al. (2012) consideram o local como uma das unidades mais complexas do hospital, pela sua especificidade, pela presença de estressores diversos e pelos riscos à saúde inerentes a essa modalidade terapêutica. O MS define o centro cirúrgico como um “conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação anestésica”, considerando-o também como “uma organização complexa em virtude de suas características e da assistência especializada” (Brasil, 1994).

O centro cirúrgico é, portanto, um setor hospitalar que denota conduta imediata, tanto em procedimentos terapêuticos, de tratamento e correção, quanto também de análises diagnósticas. O setor é constituído por um conjunto de dependências interligadas e instalações em determinada área do hospital que permitem a efetuação de procedimentos anestésico-cirúrgicos sob condições assépticas ideais, a fim de promover segurança e conforto para o paciente e equipe que o assiste (Possari, 2009; Silva & Alvim, 2010). A meta do centro cirúrgico é fazer com que o paciente, dentro de um ambiente terapêutico, conte com todos os recursos humanos e materiais necessários para minimizar intercorrências que possam colocar em risco sua integridade física e psicológica (Avelar & Jouclas, 1989).

Quanto a sua estrutura física, o centro cirúrgico busca impor barreiras capazes de evitar ou amenizar a entrada de microrganismos, além de possibilitar o fácil acesso a outros setores

do hospital, primando pela proximidade da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), da unidade de internação cirúrgica e do Pronto Socorro (PS). Por ser um local crítico, com maior risco de transmissão de infecções em virtude dos procedimentos ali realizados, o centro cirúrgico é dividido em áreas específicas. O setor costuma ser composto por vários ambientes, incluindo sala de espera, sala de recuperação pós-anestésica, salas cirúrgicas, farmácia, expurgo, lavabo, arsenal, corredor, vestiário para pacientes, vestiários masculino e feminino para funcionários, copa para lanches, rouparia e sala de guarda de equipamentos.

Carvalho e Bianchi (2016) exemplificam os locais do centro cirúrgico como áreas irrestritas, semirrestritas e restritas. As áreas irrestritas ou não restritas são aquelas cuja circulação de pessoas é livre, de modo que não exigem cuidados especiais nem uso de uniforme privativo, como elevadores, corredores externos, vestiários e local de transferência de macas. Já as áreas semirrestritas permitem a circulação de pessoal e de equipamentos, desde que não interfira no controle e na manutenção da assepsia cirúrgica. Inclui secretaria, copa, salas de conforto e de guarda de equipamentos. Nesses locais, é necessário o uso de uniforme privativo e de propés ou calçados adequados. As áreas restritas são as que têm limites definidos para a circulação de pessoal e de equipamentos, onde se devem empregar rotinas próprias para controlar e manter a assepsia local. Abarca, por exemplo, salas cirúrgicas, antessalas, lavabos e corredores internos. Além do uniforme privativo, nessas áreas é necessário o uso de máscaras que cubram a boca e o nariz.

O centro cirúrgico requer um espaço humanizado, no qual o foco não esteja somente no conforto do paciente, mas também dos profissionais da área da saúde. Sendo assim, se faz necessário que o hospital ofereça um local que corresponda às necessidades tanto do cliente, quanto dos profissionais, proporcionando um vínculo entre ambos, de modo a contribuir para o desenvolvimento apropriado das funções em prol de um cuidado integral (Araújo et al., 2005).

A determinação do momento propício à realização da cirurgia depende da evolução do quadro clínico e da avaliação das vantagens e desvantagens da espera em relação às condições do paciente. Nesse sentido, as cirurgias são classificadas como de emergência, de urgência e eletivas. As cirurgias de emergência são aquelas que, em virtude da gravidade do quadro clínico do paciente, exigem intervenção imediata, enquanto as de urgência necessitam de intervenção mediata, podendo aguardar algumas horas nas quais o paciente é mantido sob avaliação e observação clínica e laboratorial. Já as eletivas compreendem os procedimentos cirúrgicos que, mesmo sendo indicados para tratar a condição clínica diagnosticada, podem

ser realizados em data pré-agendada (Carvalho & Bianchi, 2016). Em todas elas, o paciente vai vivenciar as etapas que envolvem um processo dessa natureza.

O processo cirúrgico compreende o chamado perioperatório, entendido como a fase da indicação do procedimento cirúrgico e vai até quando o paciente recebe a alta hospitalar, abarcando ainda o retorno do paciente as suas atividades cotidianas. Nesse sentido, o perioperatório engloba três fases principais: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório (Madeira & Oliveira, 2011). A fase pré-operatória está relacionada à avaliação inicial e diagnóstica na qual são analisados os riscos de complicações do procedimento cirúrgico em relação ao estado de saúde do paciente. Podem incluir a consulta, o jejum, o uso de medicamentos pré-anestésicos, o preparo intestinal, a tricotomia, ou seja, todas as ações realizadas no período anterior à cirurgia que visam facilitar o procedimento. O mesmo é dividido em duas fases: o pré-operatório imediato que ocorre em até 24 horas antes do procedimento cirúrgico e o pré-operatório mediato que antecede o imediato, ou seja, diz respeito aos dias que precedem às 24 horas prévias à experiência cirúrgica.

A fase transoperatória consiste na intervenção realizada dentro do centro cirúrgico, estando nela compreendida a fase intraoperatória, que vai desde o procedimento anestésico até a saída do paciente da sala de cirurgia. Nesse período, a equipe de enfermagem é responsável pelo preparo, estabelecendo e desenvolvendo as ações necessárias aos cuidados, de acordo com a especificidade de cada cirurgia e em conformidade com as atribuições da profissão. Existe necessidade de assistência individualizada e sistematizada, com planejamentos realizados em consonância com as necessidades identificadas na fase pré-operatória (Miranda, Fogaça, Rizzetto, & Lopes, 2016).

O pós-operatório compreende a saída do paciente da sala cirúrgica até o retorno às suas atividades diárias. Esse período engloba três fases: o pós-operatório imediato, fase que se inicia quando termina a cirurgia e tem duração de 24 horas; o pós-operatório mediato, que começa 24 horas após o encerramento da cirurgia, podendo se estender por 7 dias; e por último, o pós-operatório tardio, que começa após o recebimento da alta hospitalar.

As equipes atuantes no centro cirúrgico são as cirúrgicas, de anestesia, de enfermagem, de higiene e administrativa, responsáveis por diferentes funções que visam contribuir com o cuidado aos pacientes. Em relação especificamente às equipes de enfermagem, é preciso sinalizar que, em todas as fases descritas, os profissionais se mostram importantes na condução da terapêutica, constituindo uma das principais categorias a atuar no contexto cirúrgico (Timby, 2014). O enfermeiro e o técnico de enfermagem, profissionais em

maior número dentro do setor, variam suas responsabilidades técnicas e operacionais de acordo com a gravidade e complexidade da cirurgia e de aspectos individuais dos sujeitos (Silva & Alvim, 2010).

2.2 A profissão de enfermagem e sua prática em centro cirúrgico

A enfermagem é uma profissão da área da saúde, reconhecida como tal pelo Conselho Nacional de Saúde, que deve estar representada, no ambiente hospitalar, nos 365 dias do ano e nas 24 horas do dia. Seu exercício profissional requer como atributos fundamentais a aquisição de conhecimentos em um processo específico de formação, o oferecimento de serviços especializados, atendendo a um código de ética profissional e a regras elaboradas por entidades representativas, além do desenvolvimento de atividades em tempo integral para garantia de autonomia (Machado, 1995; Pires, 2009).

Na década de 1980, a enfermagem renovou sua legislação profissional com a aprovação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 25 de junho de 1987. Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) mostram que, até maio de 2021, a enfermagem brasileira era composta por 2.503.834 profissionais entre enfermeiros, enfermeiros-obstetizes, técnicos e auxiliares de enfermagem. No estado do Rio de Janeiro, havia 59.832 enfermeiros, 198.261 técnicos e 48.171 auxiliares de enfermagem com o registro profissional ativo (COFEN, 2021).

A enfermagem, como profissão e disciplina, surge nos manuscritos de Florence Nightingale em meados do século XIX. Florence era uma jovem inglesa rica e de família aristocrata, que possuía domínio de assuntos como ciências, matemática e filosofia. Durante sua juventude, ela e a família realizavam trabalhos voluntários com pessoas pobres e doentes, ações que, aos poucos, despertaram a necessidade de aprimorar seus conhecimentos e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Para adquirir novos conhecimentos, Nightingale realizou uma viagem pela França, onde conheceu o trabalho das Irmãs Francesas (religiosas católicas) e registrou o método de cuidado que essas desenvolviam com os doentes. Após essa viagem, Florence assumiu a superintendência de um pequeno hospital na Inglaterra, responsável pelo tratamento de senhoras de serviços domésticos, quando teve a oportunidade de aplicar suas teorias de cuidado (Padilha, Borestein, & Santos, 2020). Porém, foi durante a guerra da Criméia, no período que se estendeu de 1853 a 1856, em um ambiente negligenciado e abandonado, que seu trabalho ganhou destaque e fama, elevando-a ao patamar de heroína nacional e a reduzir a

mortalidade em 72% no tempo de oito meses (Petry, Filho, Mazera, Schneider, & Martini, 2019).

Nightingale (1989) afirmava que a enfermagem não deveria se limitar à ministração de medicamentos e a conceituou como o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento e limpeza, bem como a seleção adequada da dieta com o objetivo de preservar a capacidade vital do paciente e permitir que a natureza agisse sobre seu corpo, restaurando-o de sua doença. Por meio de seus estudos e práticas, ela definiu o campo de atuação das enfermeiras e identificou variáveis a serem trabalhadas por essas profissionais com vistas a melhoria da saúde de seus pacientes. Nesse sentido, defendeu que a enfermeira é uma agente de promoção da homeostasia do ser humano, fenômeno descrito por Claude Bernard, em 1859, como a tentativa de manter a constância dos elementos químicos e físicos de organismos por meio de mecanismos reguladores (Hall & Guyton, 2017).

No ano supracitado, Nightingale publicou a primeira versão do livro “Notas sobre a enfermagem” e criou uma escola para a formação de novas profissionais da área, colaborando para tornar a enfermagem não mais uma atividade empírica desassociada do saber especializado, mas uma prática social institucionalizada e específica, capaz de atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais. Nesse contexto, a enfermagem torna-se responsável pela constante avaliação do doente e pela aplicação de medidas necessárias ao seu bem-estar (Petry et al., 2019).

No Brasil, a enfermagem se constituiu mediante a criação do Hospício de Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, quando as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo vieram da França para administrar, prestar cuidados assistenciais, costurar e cozinhar para as pessoas denominadas “doentes mentais ou alienados” (terminologia da época). O trabalho autônomo das irmãs começou a causar conflitos de poder na medida em que colocou o trabalho médico em segundo plano, de modo que, após serem pressionadas pela classe médica, foram excluídas dos trabalhos referentes ao Hospício Nacional de Alienados. Em decorrência, foi negociada a vinda para o país de enfermeiras leigas da França, visando suprir a falta de mão de obra (Padilha, Borenstein & Santos, 2015).

Em 1890, foi criada a primeira escola de enfermagem no Brasil, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospício. Nas primeiras décadas do século seguinte, o ensino da enfermagem através do saber médico passou a ocorrer também em outras escolas, como a escola da Cruz Vermelha Brasileira, iniciada em 1914, e a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, fundada em 1923, que é hoje denominada Escola

de Enfermagem Anna Nery (EEAN), vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (Peres, 2013). Desde então, a EEAN constitui-se em um símbolo da enfermagem brasileira, por onde tem passado mulheres e homens que se dedicam à enfermagem como disciplina de estudo e como profissão, colaborando para garantir e defender o atendimento às necessidades de saúde da população do país, conforme Petry et al. (2019).

Ao longo dos anos, a atuação dos profissionais de enfermagem vem se expandindo por diversas áreas e setores do ambiente hospitalar, incluindo o centro cirúrgico. Para Campos, Costa, Dessotte e Silveira (2015), com o avanço do conhecimento e necessidade de acompanhar o desenvolvimento científico relativo a esse setor específico, tornou-se necessária uma maior preparação do enfermeiro, com engajamento em cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado, além de maior envolvimento em pesquisas voltadas para essa área.

Assim, os enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em centro cirúrgico vêm transformando suas práticas e sendo reconhecidos pelas comunidades internas (equipe de enfermagem, médicos e outros profissionais de saúde) e externas como uma liderança, tendo por base seus conhecimentos, atitude ética, compromisso com uma assistência de qualidade e acompanhamento das inovações científicas e tecnológicas do mundo moderno (Cruz & Soares, 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização (SOBECC), a equipe de enfermagem que atua em centro cirúrgico deve apresentar competência técnica, relacionamento interpessoal adequado e recursos materiais na interação com o paciente e sua família. Deve garantir aos pacientes apoio psicológico no momento da admissão hospitalar, promover conforto dentro de um ambiente seguro e zelar pela assepsia durante todos os procedimentos invasivos, garantindo um atendimento de qualidade (SOBECC, 2013).

As atividades do enfermeiro de centro cirúrgico foram profundamente influenciadas a partir da década de 1970, em função da definição de assistência de enfermagem perioperatória pela *Association of Peri Operative Registered Nurses* (AORN), em 1978, decorrente da preocupação constante dos enfermeiros americanos em melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes cirúrgicos. Os enfermeiros, entendidos como profissionais graduados na área, são responsáveis por planejar as ações de enfermagem desenvolvidas durante o ato cirúrgico, além de gerenciarem materiais e equipamentos. Devem permanecer no setor em tempo integral, buscando estabelecer estreita ligação com as equipes profissionais

e não profissionais, os pacientes e seus familiares, de modo a constituírem um elo entre os diferentes níveis organizacionais, como apontam Carvalho e Bianchi (2016).

Silva (2005), em estudos sobre as atividades realizadas pelo enfermeiro de centro cirúrgico em hospitais do Rio de Janeiro, constatou maiores frequências nas atividades relacionadas ao ambiente, à equipe e aos insumos nos períodos de preparo, realização e após o ato anestésico-cirúrgico. As atividades ligadas ao paciente obtiveram alta frequência somente nos hospitais especializados. A pesquisa evidenciou que o enfermeiro de centro cirúrgico ainda está com a atenção voltada para a realização e o sucesso do ato anestésico-cirúrgico. Há necessidade de enfatizar que a atuação do enfermeiro, centrada na assistência ao paciente é essencial e importante para a realização do ato anestésico-cirúrgico.

O técnico de enfermagem, com sua formação de nível médio, é o auxiliar direto do enfermeiro, com atribuições relativas à verificação do funcionamento, conservação e manutenção dos equipamentos fundamentais ao funcionamento preciso do centro cirúrgico. É responsável também pelo controle do material esterilizado, assim como pelo encaminhamento das peças cirúrgicas aos laboratórios especializados (Silva & Alvim, 2010). Jouclas, Tencatti e Oliveira (2012) fazem referências a outros profissionais atuantes no setor, como o circulante de sala, posição designada ao técnico de enfermagem que tem como atribuições o atendimento direto das solicitações da equipe médica durante a cirurgia, além da manutenção da posição adequada do paciente e do controle de todos os equipamentos necessários.

É válido ressaltar que as ações de todos esses profissionais têm como finalidade a prevenção de complicações físicas e psicossociais, promovendo uma reabilitação e recuperação completa dos pacientes cirúrgicos (Jorgetto, Noronha, & Araújo, 2005). Dentre as possíveis complicações, podem ocorrer alterações psicológicas, sendo os profissionais do serviço de psicologia os principais responsáveis pela avaliação e manejo de reações emocionais e comportamentais observadas no ambiente hospitalar. As intervenções realizadas por psicólogos junto a pacientes cirúrgicos são observadas em enfermarias de clínicas cirúrgicas há décadas, como parte das demandas a eles atribuídas. Por outro lado, pouco se tem registro a respeito da atuação desse profissional no próprio centro cirúrgico, como parte das rotinas de cuidado, enfoque do presente trabalho.

2.3 Aspectos psicológicos do paciente cirúrgico

A experiência de uma intervenção médica, como o procedimento anestésico-cirúrgico, pode levar o ser humano a mobilizar os seus mecanismos protetores. Essa mobilização não

depende só de processos somáticos, mas também de processos psicológicos, decorrentes dos estímulos vivenciados, ou seja, está relacionada não só com características objetivas do contexto, mas também com a interpretação subjetiva da experiência. Além disso, esse é um processo que, para muitos, representa aproximar-se da morte, principalmente quando relacionado à anestesia geral, pois a inconsciência causada pelos fármacos costuma ser fonte de temor. Nesse sentido, vivenciar a hospitalização com a espera de uma intervenção cirúrgica pode levar o paciente a conflitos internos que envolvem sentimentos de medo e ansiedade (Antonio, Munari, & Costa, 2002).

O cuidado com o paciente cirúrgico, portanto, deve ir além das ações técnicas. Nesse sentido, a assistência da equipe de saúde precisa oferecer ao paciente uma compreensão completa sobre a cirurgia e oportunizar o preparo físico e psicológico para a intervenção cirúrgica. Segundo Santana e Oliveira (2015), para que o paciente se sinta seguro, este deve estabelecer um bom relacionamento com a equipe, sendo de extrema importância a atenção integrada às suas demandas físicas, emocionais e sociais para o alcance de sucesso.

Sebastiani e Maia (2005) afirmam que, apesar dos avanços tecnológicos das cirurgias e anestésias, o paciente cirúrgico nunca se sente totalmente seguro, pois este procedimento pode gerar intenso desconforto emocional. Quando o indivíduo vê o seu futuro como incerto, manifesta sentimentos de impotência e isolamento, além de medo da morte, da dor, da mutilação, de ficar incapacitado, das mudanças na sua imagem corporal, entre outros aspectos psicológicos. Assim, diante da necessidade de realizar uma cirurgia, o paciente sente a sua integridade física e psicológica ameaçada. A isso, soma-se o fato de que a cirurgia, em si, pode alterar a imagem corporal do paciente, levando-o a desenvolver dificuldades de adaptação.

A despeito dessas constatações, os pacientes admitidos em instituições hospitalares com vistas a intervenções cirúrgicas carecem, muitas vezes, de informações e orientações necessárias ou suficientes sobre os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a que são submetidos (Medeiros & Peniche, 2006). Ademais, momentos de escuta são cruciais para possibilitar ao paciente expressar seus sentimentos e vivências referentes à doença e ao tratamento, o que pode favorecer a manifestação de seus medos, temores e angústias, como afirmam Frizon, Nascimento, Bertencello e Martins (2011).

Um dos sentimentos mais frequentes é o de medo, caracterizado por uma preocupação com a ideia de um perigo real ou aparente. Essa reação emocional é provocada pela presença de algo avaliado pelo indivíduo como perigoso ou estranho, mesmo que esse perigo não seja real ou seja menor que o percebido. Vale ressaltar ainda que o ambiente hospitalar modifica

costumes e hábitos do paciente cirúrgico, impondo certa dependência dos profissionais para o desenvolvimento de suas atividades. Essa situação pode gerar sentimento de insegurança, de não saber como agir - além de solidão, medo e nervosismo - fazendo com que busquem nos profissionais da equipe de saúde não apenas a recuperação física, mas também segurança e afeto (Barreto, Deon, & Gregoleti, 2012).

Os profissionais de psicologia, por sua formação, são os mais capacitados a manejarem as reações emocionais supracitadas. No entanto, outros profissionais da equipe de saúde também podem contribuir na identificação dessas necessidades e no acolhimento aos pacientes, sobretudo os profissionais da enfermagem, considerando a maior proximidade que têm com os pacientes. Assim, durante seus cuidados podem ser os primeiros a observarem tais reações e envidar esforços para tornar a assistência mais integral.

Passos, Silva e Carvalho (2010) acrescentam que reações como nervosismo, medo, estresse e ansiedade são comumente identificadas em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, alertando que esse estado emocional negativo pode afetar os resultados da intervenção cirúrgica. Por conseguinte, o acolhimento e as orientações dadas por enfermeiros aos pacientes e familiares podem colaborar para minimizar as repercussões dessa experiência na qualidade de vida após a cirurgia.

A equipe de enfermagem tende a estar em contato direto com o paciente durante todo o perioperatório, necessitando estar atenta aos sofrimentos e aflições dos sujeitos, sejam elas reveladas a partir da comunicação verbal ou gestual. O diálogo e as explicações referentes à conduta cirúrgica deverão estar presentes na rotina destes profissionais e a comunicação neste setor deverá ser contínua, na busca por compreender as reais necessidades do usuário. Assim, através das falas, percebe-se a troca de informações para manter o indivíduo ciente da sua situação e sobre o ambiente que o rodeia, conforme Juan (2005).

Razera e Braga (2011) apontam que indivíduos que se encontram sob cuidados cirúrgicos necessitam de um olhar humanizado que abarque aspectos físicos, mentais e espirituais. Olhar integralmente os sujeitos é perceber aspectos referentes, inclusive, ao contexto sociocultural, configurando a comunicação em saúde um aspecto singular entre o profissional e o usuário. Para os autores, muitas vezes, a dificuldade de entendimento do conteúdo científico expresso pela equipe de enfermagem compromete a vivência cirúrgica.

Uma experiência cirúrgica de qualidade é reflexo da execução do conhecimento técnico-científico e de uma prática humanizada, a ser desenvolvida pela equipe de saúde do centro cirúrgico. A equipe multiprofissional tem o dever de resgatar valores humanos no seu

processo de trabalho, de forma a desconstruir o cuidado mecanizado e feito rotineiramente. Assim, pode-se proporcionar uma práxis transformadora da relação entre profissional e paciente, promovendo um atendimento holístico (Nascimento et al., 2014).

É preciso ter em vista que, quando um paciente recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, tende a ficar focalizado nas implicações deste evento em sua vida. A doença, o diagnóstico e a necessidade da cirurgia como forma de tratamento significam que sua saúde está debilitada. Portanto, quando o paciente percebe a cirurgia como uma ameaça, o significado que atribui a ela pode se tornar mais importante do que a própria cirurgia. A partir dessa percepção, o paciente costuma apresentar comportamentos de ajuste, os quais têm como objetivo enfrentar o estresse e reduzir a ansiedade desencadeada ou acentuada por este momento (Peniche, Jouclas, & Chaves, 1999). Fiorentino (2005) destaca que a possibilidade de intervenção cirúrgica requer que o indivíduo se reacomode e se adapte a uma nova situação. Esse processo é complexo, sendo, pois, um evento multideterminado, com diversas variáveis combinadas que interagem constantemente entre si.

Toda e qualquer intervenção cirúrgica é uma situação crítica que expõe o indivíduo a um estresse físico e emocional, podendo despertar componentes pessoais complexos que se manifestam em emoções, fantasias, atitudes e comportamentos que prejudicam o desenvolvimento da prática médica (Ferraro, 2000; Tercero, Hernandez, Luque, & Morales, 2005). Os estressores mais significativos na situação cirúrgica, de acordo com Méndez, Ortigosa e Pedroche (1996) são: o diagnóstico, a doença, a dor, a internação hospitalar, os procedimentos médicos, o temor de não despertar da anestesia, as consequências da cirurgia, a perda da autonomia e o risco de morte.

Juan (2005) aponta que o caráter estressante do acontecimento cirúrgico depende diretamente de como as características da doença são percebidas, tais como sua duração, intensidade e gravidade, os sintomas que produz, a incapacidade que gera e a possibilidade de cura por outros meios. Ao impor dores e mudanças nas funções corporais, podem gerar também sentimento de impotência, insegurança e alterações na qualidade de vida.

Carvalho e Biachi (2016) lembram a necessidade de considerar que os pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica diferem entre si quanto às características individuais, como situação socioeconômica, cultural, faixa etária, nível de desenvolvimento cognitivo, sexo, religião e até necessidades assistenciais. Schmitz, Piccoli e Vieira (2003) ressaltam, por exemplo, que quando os pacientes são crianças, os fatores de risco gerados pela hospitalização e cirurgia são potencializados por se tratar de pacientes em estágios do desenvolvimento

caracterizados por habilidades motoras, adaptativas, crescimento cognitivo, aspectos socioemocionais e desenvolvimento da linguagem ainda em formação. A criança internada para realização de procedimento cirúrgico, ao ter sua rotina interrompida e ser inserida em um ambiente estranho e imprevisível, pode evidenciar medo do desconhecido e, dependendo do nível de estresse envolvido, pode manifestar desconforto, ansiedade e alterações do sensorio, tais como turvação da consciência, alucinações, ilusões e desorientação.

Cabe aos enfermeiros do centro cirúrgico e a outros profissionais que nele exercem suas funções, a responsabilidade de colaborar para o atendimento das demandas em suas especificidades, além de favorecer a segurança física, psicológica e emocional dos pacientes e seus familiares, apresentando ainda conduta ética e profissional. Nesse contexto, compreende-se como de fundamental importância conhecer a percepção do paciente sobre os cuidados recebidos, como também os fatores que podem implicar na sua satisfação ou insatisfação. O paciente satisfeito e bem informado colabora com a assistência prestada, o que se reflete no sucesso do tratamento (Vaitsman & Andrade, 2005).

Ao abordarmos a experiência cirúrgica de qualidade e humanizada, o papel da psicologia é de fundamental importância no atendimento a esse paciente específico. O psicólogo hospitalar dentro do centro cirúrgico pode ser o elo entre o paciente, seu acompanhante e os demais membros da equipe de saúde, manejando aspectos psicológicos alterados durante o processo cirúrgico.

2.4 Psicologia Hospitalar no Brasil

A psicologia hospitalar, de acordo com Simonetti (2004), tem como objetivo principal auxiliar o paciente em relação à elaboração simbólica do adoecimento. Isso significa que o psicólogo valerá de seus conhecimentos técnicos para ajudar o paciente a abarcar as experiências do seu adoecimento em conformidade com a subjetividade de cada um. É objetivo do psicólogo hospitalar minimizar as angústias e os sofrimentos para que o paciente passe pela sua hospitalização da melhor maneira possível, favorecendo o seu bem-estar (Assis & Figueiredo, 2020).

As primeiras atividades diretamente voltadas a aspectos psicológicos em instituições hospitalares no Brasil tiveram início no ano de 1954, em São Paulo. Nessa época, Mathilde Neder deu início a um trabalho pioneiro no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, partindo de uma demanda de atendimento psicológico recebida da equipe médica (Dittrich & Zendron,

2001). Os médicos solicitavam à psicologia uma ajuda em relação a melhora da adesão terapêutica por parte das crianças ali atendidas. Assim, as primeiras atividades de Neder consistiram em prestar consultas psicológicas a crianças submetidas a cirurgias de coluna, bem como a seus familiares. Ela realizava o atendimento psicológico no pré e no pós-operatório, desenvolvendo, as primeiras atividades psicológicas formalmente reconhecidas em hospitais no país (Silva, 2006).

Desde então, o percurso da psicologia nos hospitais tem acontecido de modo crescente e consistente. No ano de 1983, ocorreu o I Encontro de Psicólogos na Área Hospitalar, com a criação, por meio do Conselho Regional de Psicologia do estado de São Paulo, de uma subcomissão para a discussão e a sistematização de temas relacionados ao referido campo, como suas peculiaridades, convergências e divergências em relação a outras áreas da psicologia (Silva, 2006).

Diante desse processo histórico de inserção da psicologia no campo hospitalar, o termo Psicologia Hospitalar tem sido usado para designar o trabalho de psicólogos em hospitais, porém faz-se importante ressaltar que essa denominação tem recebido críticas e é reconhecida apenas no Brasil (Castro & Bornholdt, 2004). Alguns autores, como Enumo (2016) e Gorayeb (2010), propõem uma mudança de denominação para “psicologia no contexto hospitalar”, de modo a caracterizar a área não diretamente pelo local de atuação, mas sim pela natureza dos objetivos e atividades ali desenvolvidas.

A partir de 2010, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), mediante a Resolução de nº013, legitimou essa prática com a concessão de título de especialista em Psicologia Hospitalar (CFP, 2010). De acordo com a referida Resolução, o psicólogo no ambiente hospitalar desenvolve multitarefas, tendo como principal atividade a avaliação e o acompanhamento de pessoas assistidas em instituições de saúde, incluindo aquelas que serão submetidas a cirurgias.

2.5 Intervenção do psicólogo com pacientes cirúrgicos

Sebastiani e Maia (2005) ressaltam que os pacientes, em geral, não estão efetivamente preparados para se submeterem a uma cirurgia. Nesse sentido, a intervenção psicológica pode ser de grande colaboração nessa situação. Entretanto, a atuação desse profissional em contexto cirúrgico, conforme visão biopsicossocial, requer a construção de procedimentos apoiados em evidências empíricas e revisão da literatura. Gorayeb e Guerrelhas (2001) enfatizam que a inserção do psicólogo na área da saúde deve primar pela interdisciplinaridade e exige uma

atitude científica, o que implica na fundamentação do trabalho em ações objetivas e precisas, passíveis de serem compreendidas pelos outros profissionais de saúde. Sebastiani e Maia (2005) e Gorayeb e Guerrelhas (2001) apontam que, nesse sentido, torna-se desejável a elaboração de protocolos de assistência que tenham como eixos práticos o estabelecimento de focos de manejo, o uso de avaliações específicas, a realização de intervenções resolutivas, a atuação educativa em sentido amplo e a integração com equipes de saúde.

Silva (2010) esclarece que o acolhimento cirúrgico é indispensável devido as ações desse momento proporcionarem conforto e confiança ao paciente atenuando o possível medo do procedimento e da hospitalização. A comunicação é um fator essencial nesse processo, o qual inclui recepção desde o acesso à enfermagem, escuta, diálogo, apoio e estabelecimento de vínculo. No acesso, o cliente é recebido e obtém esclarecimentos acerca de normas e rotinas. Em seguida, é priorizada a escuta, que tem como função incentivar o paciente e o familiar a exporem suas dúvidas, realizando a educação em saúde desde o início da internação.

Desse modo, torna-se possível estabelecer uma relação de confiança, na qual o paciente e seus familiares se sintam seguros e possam expressar suas dúvidas, medos e angústias. Posteriormente, o foco recai no fornecimento de orientações, fazendo uso de palavras de fácil compreensão. A ênfase é centrada no apoio e conforto ao paciente e familiar e inclui ações como orientações acerca de visitas, identificação de necessidades e oferta de amparo. O acolhimento propriamente dito busca o estabelecimento dos vínculos e se apóia na flexibilidade das ações quando necessário (Vieira, 2010).

Em termos gerais, o psicólogo atua com o objetivo de minimizar a angústia e a ansiedade dos pacientes cirúrgicos, favorecendo a expressão de sentimentos e auxiliando na compreensão da situação vivenciada. Proporciona ainda um clima de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, de modo a facilitar a verbalização de fantasias, medos, inseguranças e incertezas oriundas do processo cirúrgico. De fato, o recebimento de suporte psicológico e social é fundamental para o enfrentamento da cirurgia, pois facilita a adaptação emocional e interpessoal (Chamberlain, Tulman, Coleman, Stewart, & Samarel, 2006).

Como alternativas de intervenção frente aos aspectos psicológicos alterados, temos o suporte pré-operatório e intervenções complementares durante a reabilitação que visam maximizar a qualidade de vida do indivíduo nos casos cirúrgicos (Mathisen et al., 2007). Para que aspectos psicológicos alterados sejam reduzidos, o método mais conhecido e mais utilizado é a preparação psicológica, também chamada de psicoprofilaxia cirúrgica, em que são fornecidas ao paciente e informações claras e precisas sobre o procedimento e sobre o

comportamento a ser adotado, evitando que a circunstância da doença e da cirurgia traga prejuízos emocionais, o que tende a diminuir a probabilidade de complicações posteriores, quer sejam orgânicas ou psicológicas (Garcia et al., 2004). Considerando que o paciente se encontra em uma posição vulnerável, como aponta Spalding (2003), essa preparação com base na disponibilização de informações atua na promoção de bem-estar na medida em que favorece o enfrentamento de estressores relacionados à cirurgia.

Rankinen et al. (2007) apontam seis dimensões que devem compor as informações disponibilizadas aos pacientes que são submetidos à cirurgia: biofisiológico (doença, sintomas, formas de tratamento e possíveis complicações); funcionais (necessidades individuais, mobilidade, descanso, nutrição e higiene corporal); empírico (vivência de emoções e experiências no hospital); éticas (direitos, deveres, participação na tomada de decisão, privacidade e confidencialidade); social (papel da família, relação com outros pacientes e grupos de apoio) e financeiro (custos monetários e benefícios).

Turra, Junior, Almeida e Doca (2011) ressaltam que o ambiente hospitalar, por mais humanizado que seja, possui normas, regras, rotinas e funcionamentos que não fazem parte do cotidiano de pacientes e familiares. Logo, o papel das ações educativas pode ser concebido em termos amplos, com alta aplicabilidade em grande variedade de situações de internação hospitalar, desde educação para a saúde até questões específicas que incentivem a adesão ao tratamento.

A preparação psicológica se estende às crianças e seus familiares. Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006) indicam que tanto a preparação psicológica pré-cirúrgica da criança quanto a dos familiares são igualmente importantes, pois lhes possibilitam certo grau de controle sobre o desconhecido que é a situação cirúrgica. A preparação psicológica antes de uma cirurgia permite à criança e a seus pais diminuir ou prevenir o aparecimento de transtornos psicológicos no pós-operatório. Dessa forma, o preparo da criança para a cirurgia é uma estratégia útil para minimizar seus medos e níveis de ansiedade não somente no período pré-cirúrgico, mas também no pós-operatório, quando os familiares são orientados a respeito de como cuidar e lidar com a criança operada no hospital e no retorno para casa.

Pfeifer e Quintana (2015) ressaltam como particularidade da cirurgia infantil o fato de que, comumente, a criança não participa da tomada de decisão a respeito dos procedimentos médicos. Esse fato decorre, geralmente, de duas causas. A primeira está relacionada à crença culturalmente difundida de que as crianças nem sempre são capazes de entender os motivos reais e a complexidade de um processo cirúrgico. Já a outra causa está associada à dificuldade

dos pais em falar com ela sobre a necessidade do procedimento, por vezes lhe omitindo informações. Porém, contrariando a primeira crença culturalmente difundida, a criança tem grande capacidade de observação e percebe que algo diferente ocorre, bem como pode sentir a dificuldade da família para lidar com o processo (Finkel & Espíndola, 2008; Garanhani & Valle, 2012; Lepri, 2008; Mikowski, 2008).

Roudinesco e Plon (1998) apontam que o ato de fantasiar está presente no desenvolvimento infantil e, nesse sentido, criar fantasias sobre o procedimento cirúrgico pode ser tido como natural, fazendo parte do processo de elaboração psicológica desencadeado pela cirurgia. Contudo, quando a criança percebe que os adultos omitem informações a respeito do processo, as fantasias podem assumir um caráter persecutório e atemorizante. A situação pode despertar na criança uma sensação de que os pais e a equipe estão premeditando algo contra ela (Finkel & Espíndola, 2008; Garanhani & Valle, 2012; Mikowski, 2008).

As ações desenvolvidas na preparação cirúrgica incluem: disponibilizar um nível adequado de informação às necessidades do paciente, que devem ser identificadas previamente pelos profissionais de saúde (Bellani, 2008; Gilmartin & Wright, 2007; Juan, 2005; Rankinen et al., 2007; Shelley & Pakenham, 2007); promover adaptações na estrutura física dos ambientes pré e pós-operatório, de modo a torná-los espaços acolhedores, privativos, calmos e relaxantes (Gilmartin & Wright, 2007), além de promover visitas ao local no período pré-operatório; utilizar técnicas de relaxamento muscular progressivo ou relaxamento induzido, por meio de visualização ativa no pré e no pós-operatório (Ribeiro et al., 2002; Rosendahl et al., 2009); e atender às necessidades psicossociais dos pacientes, viabilizando estratégias de enfrentamento cognitivo, baseadas no problema a ser enfrentado (Patenaude et al., 2009; Rosendahl et al., 2009).

A psicoeducação tem apresentado resultados satisfatórios nesse processo, visto que tem uma importante função de orientar o paciente em diversos aspectos, como a respeito das consequências de um comportamento, favorecer a compreensão de crenças, valores, sentimentos e suas repercussões em sua vida e na dos outros, bem como nortear o paciente e sua família quanto à prevalência, prevenção ou tratamento de certa doença (Nogueira, Crisostomo, Souza, & Prado, 2017).

Essa é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os familiares/cuidadores sobre a doença física e/ou psíquica e seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde (Lemes & Ondere Neto, 2017). Iniciada a partir dos anos 1970,

como complemento aos fármacos; ressaltou-se a não necessidade do tratamento medicamentoso isolado, defendendo uma orientação aos pacientes sobre os diversos fatores que envolvem uma doença ou transtorno (Menezes, Melo, & Souza, 2011).

Enquanto técnica freqüente na Terapia Cognitivo-Comportamental, a psicoeducação é uma forma de promover aprendizagem capaz de levar o indivíduo a desenvolver pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo e sobre como comportar-se diante de algumas situações. Através de atividades que podem colaborar na reflexão e obtenção de valores, tanto nas intervenções individuais como nas coletivas (Beck, 2013; Wright, Basco, & Thase, 2008), a técnica pode contribuir em pontos considerados mais críticos pelos pacientes no período pós-operatório, tais como a internação em UTI, a distância da família, o uso de drenos, a dor, a sede, entre outras manifestações orgânicas e psicológicas comuns nessa etapa (Gomes & Pergher, 2010).

Carvalho, Malagris e Rangé (2019) apontam a necessidade de que o profissional saiba o momento adequado de usar a psicoeducação e tenha conhecimentos teóricos e práticos para sua implementação. Logo, intervenções psicológicas e educacionais se mostram cada vez mais importantes, fazendo parte do enfrentamento da situação cirúrgica (Mitchell, 2007). É de fundamental importância pontuar que as informações a serem transmitidas dependem do tipo de cirurgia que será realizada, do grau de conhecimento que o paciente já dispõe, bem como de sua condição em termos de bem-estar psicológico e de seu desejo de receber tais informações (Marchand et al., 2007).

Em termos da preparação psicológica, Mitchell (1997) propõe um modelo psicoeducacional dividido em três níveis de suporte. O primeiro deles diz respeito a explicações específicas e detalhadas acerca da conduta médica e de estratégias de enfrentamento. De modo intermediário, o segundo nível abarca explicações médicas simples e informações comportamentais e sensoriais relacionadas ao que é previsto ser vivenciado durante a cirurgia. O terceiro nível inclui o uso de técnicas que visam promover o conforto psicológico, como dicas de estratégias para manejo cognitivo, reafirmação e instruções para relaxamento.

Rawl et al. (2002) afirmam que intervenções psicológicas pré-operatórias proporcionam melhora na qualidade de vida do paciente, já que diminuem riscos de depressão e grau de ansiedade, além de aumentarem o sentimento de bem-estar mental do indivíduo. É uma maneira que o paciente tem para lidar melhor com a situação em que se encontra. Rinaldi (2001) destaca que a exploração dos fatores desencadeantes de depressão e ansiedade, diante

da iminência da cirurgia, é relevante para que a pessoa reaja de modo favorável ao estressor. Allard (2007) concluiu que o uso de técnicas de relaxamento é eficiente na redução de aspectos psicológicos alterados. As diferenças são significativas já que melhoram o estado emocional geral do paciente. Isso acontece porque o paciente passa a ter controle de seus sentimentos e, por consequência, da situação em que se encontra. O autor sugere que o profissional transmita o conteúdo da informação ao paciente começando do mais simples e esquemático até o mais completo e detalhado, subdividindo cada segmento de informação em sessões diferentes e progressivas. Além dos aspectos levantados, Allard (2007) destaca a importância de avaliar a vulnerabilidade do sujeito através da observação da maneira com que recebe a notícia da necessidade da cirurgia e da localização anatômica da mesma.

O profissional com a consciência de abordar o paciente como um todo tem mais probabilidade de atingir a eficácia em sua intervenção. A eficácia da prática preparatória tem sido observada em diversos estudos, como o de Juan (2005), realizado na cidade de São Paulo/Brasil. A pesquisadora desenvolveu um trabalho de psicoprofilaxia cirúrgica em urologia com vistas à humanização do procedimento cirúrgico e a diminuição do impacto do procedimento, de modo a potencializar a recuperação do paciente mediante o uso da informação. Foi desenvolvido um protocolo de acompanhamento pré e pós-cirúrgico. Oitenta por cento dos pacientes apresentaram alguma reação emocional disfuncional antes da cirurgia, sendo que os pacientes que receberam acompanhamento pré e pós-cirúrgico manifestaram melhor recuperação física e emocional. Quanto ao período pós-cirúrgico, o grupo que não teve o acompanhamento (65%) manifestou mais dor, além de ter apresentado ansiedade e estresse por conta da hospitalização (40%), característica esta que não apareceu no grupo acompanhado no pré-operatório.

Já o estudo de Prebianchi e Ferracini (2019) teve por objetivo conhecer as percepções de médicos cirurgiões de um hospital-escola do interior paulista sobre a psicoprofilaxia cirúrgica de pacientes infantis e adolescentes. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com seis cirurgiões pediátricos. Conforme os resultados, os participantes julgaram necessária a preparação psicológica dos pacientes e familiares para diminuir aspectos psicológicos disfuncionais. Eles não a faziam, porém. O estudo concluiu que é necessário aumentar a compreensão dos médicos sobre como as práticas de psicoprofilaxia cirúrgica podem satisfazer as necessidades da população atendida e dos profissionais envolvidos.

Cabe ressaltar que os estudos, em sua maioria, têm como foco o paciente cirúrgico, não considerando os familiares no processo, como foi verificado por Rosendahl et al.

(2009)em pesquisa com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em dois hospitais alemães. Esses autores não encontraram intervenções preparatórias direcionadas aos familiares e esclareceram que estes também vivenciam ansiedade e medos característicos da situação pré-operatória, que tendem a interferir no estado emocional dos pacientes que acompanham. Os autores supracitados ressaltaram que uma vez que o familiar é fonte de suporte ao paciente durante o período de internação e recuperação, deveria também ser alvo de atenção e cuidado.

Os familiares devem ter conhecimentos qualificados acerca de seu papel quanto aos cuidados a serem disponibilizados ao paciente cirúrgico dentro e fora do hospital, bem como devem estar inteirados quanto à previsão de duração do tratamento como um todo, da cirurgia em específico e das possíveis sequelas da doença (ou do procedimento executado), dentre outras informações pertinentes a cada caso.

Enfim, o panorama apresentado destaca a relevância de novas pesquisas com foco em pacientes cirúrgicos e seus familiares, de modo a clarear os aspectos psicológicos manifestados por ambos no contexto desse tipo de tratamento. Desse modo, espera-se encontrar subsídios para o manejo mais adequado e oportuno de tais aspectos, seja diretamente por psicólogos ou por outros profissionais de saúde relacionados. Em especial, destaca-se o potencial do grupo de profissionais da enfermagem em ajudar a identificar aspectos emocionais e comportamentais de pacientes hospitalizados e seus familiares. Acreditando que devam ser alvo de intervenção apropriada, pode-se contribuir para um trabalho cada vez mais integrado e humanizado por parte das equipes multiprofissionais de saúde.

3 Questões, objetivos e hipóteses da pesquisa

A pesquisa se orientou por questões voltadas à identificação e manejo de aspectos psicológicos por profissionais da área de enfermagem diante do atendimento a usuários de centros cirúrgicos e a seus familiares, como elencado a seguir:

- Quais alterações emocionais e comportamentais de pacientes cirúrgicos são mais comumente identificadas por profissionais de enfermagem como demandas para a equipe de saúde?
- Quais dificuldades os profissionais de enfermagem avaliam ter para lidar com os aspectos psicológicos de pacientes cirúrgicos?

- Qual o potencial de contribuição de psicólogos na rotina da assistência de centros cirúrgicos e quais devem ser seus focos de intervenção junto aos pacientes em integração com o trabalho da equipe multiprofissional?

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi identificar as principais necessidades psicossociais presentes na rotina de um centro cirúrgico, conforme a percepção de profissionais de enfermagem, e investigar como essas necessidades implicam em demandas para intervenção psicológica junto aos pacientes/familiares, assim como para apoio à equipe multiprofissional.

3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos foram os seguintes:

- Identificar, segundo relato de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em centro cirúrgico, alterações emocionais e comportamentais apresentadas por pacientes cirúrgicos adultos e pediátricos e seus familiares.
- Compreender, na perspectiva dos participantes, se e como o apoio de profissionais psicólogos pode colaborar para melhor assistência ao paciente no centro cirúrgico.
- Verificar como os profissionais de enfermagem compreendem e manejam aspectos psicossociais manifestados por pacientes em internação cirúrgica e o quanto se consideram capazes de lidar com esses casos.

3.2 Hipóteses

Este estudo apresentou as seguintes hipóteses:

- Os profissionais de enfermagem identificam variados aspectos emocionais e comportamentais em pacientes cirúrgicos que podem ser alvo de intervenção psicológica.
- Os profissionais de enfermagem têm dificuldades em manejar os aspectos psicológicos do paciente cirúrgico e seus familiares.
- A integração com o serviço de psicologia possibilita aos profissionais de enfermagem potencializarem suas habilidades de manejo dos aspectos psicológicos.

4 Método

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de desenho transversal. Nunes, Nascimento e Alencar (2016) ressaltam que a grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida. As pesquisas desse tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno e/ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (Gil, 1994). São transversais quando a coleta é realizada somente uma vez.

Ademais, o presente estudo foi quantitativo e qualitativo. Minayo e Sanches (1993) são categóricas ao afirmarem que é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirmam a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenam o social. Já Souza e Kerbauy (2017) salientam que a abordagem quantitativa se pauta em pressupostos positivistas, na objetivação e generalização dos resultados, no distanciamento entre sujeito e objeto e na neutralidade do pesquisador como elementos que asseguram e legitimam a cientificidade de uma pesquisa.

É importante salientar que ambas as abordagens são necessárias, mas, quando segmentadas, podem ser insuficientes para compreender toda a realidade investigada. Por isso, é útil que sejam utilizadas de modo complementar. Logo, a literatura aponta claramente que a pesquisa quanti-qualitativa/quali-quantitativa e/ou mista consistem em uma tendência que indica o surgimento de uma nova abordagem metodológica, possibilitando mais elementos para descortinar as múltiplas facetas do fenômeno investigado. Caracteriza-se como um movimento científico de oposição a histórica dicotomia quantitativa-qualitativa (Souza & Kerbauy, 2017).

4.2 Participantes

Participaram do estudo 50 profissionais de enfermagem - enfermeiros e técnicos - que atuavam em centro cirúrgico de um hospital da rede privada do município de Volta Redonda – RJ. Estimou-se, inicialmente, um número de 90 possíveis participantes, correspondente ao tamanho da equipe de enfermagem atuante no setor. Entretanto, essa equipe estava reduzida a

80 profissionais no período em que foi efetivada a coleta de dados, devido à diminuição do número de cirurgias eletivas em decorrência das medidas adotadas para enfrentamento da pandemia da COVID-19. É preciso salientar também que 10 profissionais não atenderam aos critérios de inclusão na amostra e outros 20 não se manifestaram diante do convite para participar da pesquisa, sem que os motivos da recusa fossem informados. Desse modo, após uma segunda solicitação para colaboração no estudo sem novas respostas, optou-se por encerrar a coleta de dados.

Foram critérios de inclusão a atuação há pelo menos seis meses no setor, que tivessem concluído curso superior ou técnico na área de enfermagem, que não estivessem de licença de qualquer tipo durante a coleta de dados ou que não tivessem estado de licença de qualquer tipo nos três meses anteriores, além da concordância voluntária para integrar a pesquisa. Foram critérios de exclusão a atuação há menos de seis meses no setor; não ter a formação superior ou técnica para o cargo; estar de licença de qualquer tipo durante a coleta de dados ou ter estado de licença de qualquer tipo nos três meses anteriores, além de não se prontificar a participar da pesquisa.

4.3 Local do Estudo

O estudo foi realizado no centro cirúrgico do Hospital Unimed Volta Redonda (HUVR), em Volta Redonda, município localizado na região sul fluminense. O setor possuía dez salas cirúrgicas, sendo realizadas em média 50 cirurgias diárias, de baixa a alta complexidade, pediátricas ou adultas. O setor contava com 100 médicos cirurgiões de dezenas de especialidades que realizavam cirurgias eletivas, já que as de emergências eram realizadas pelo cirurgião de plantão do Pronto Atendimento. Havia ainda 20 médicos anestesiólogos para cirurgias eletivas; dois destes faziam plantão de 12 horas/dia e o outro de 12 horas/noite, estando a disposição para cirurgias de emergência. Sete enfermeiros e 76 técnicos de enfermagem cumpriam carga horária de 40 horas semanais, distribuídas em escalas de plantões 12 horas trabalhadas por 36 horas de descanso ou 24 horas de trabalho por 72 horas de descanso. Havia ainda os diaristas (segunda a sexta, em diversos horários como: 7h às 16h, 8h às 17h e 13h às 22h).

O hospital possuía 265 leitos, sendo 20 leitos de UTI Neonatal e Pediátrica, 51 leitos de UTI Adulto, 10 leitos de Hematologia e Oncologia e 184 leitos de internação. Em outubro de 2020, a unidade hospitalar foi ampliada com mais 120 novos leitos, além da ampliação do Centro de Oncologia, da UTI Adulto e Neonatal/Pediátrica e do Centro Cuidar (Unidade de

Atenção à Saúde). Houve ainda a criação de áreas de apoio, solários, novas recepções e um heliponto. Ao todo, o prédio tinha oito andares, ocupando 30,6 mil metros quadrados de área construída.

A organização, como um todo, contava com 1.900 colaboradores diretos e 1.000 indiretos, além de 466 médicos cooperados. Em termos da equipe de psicologia, o hospital contava com onze profissionais alocados em setores específicos, sendo seis diaristas, que atuavam de segunda a sexta-feira, quatro plantonistas na escala de 12 horas trabalhadas por 36 horas de descanso e um que cobria o período de férias de cada um deles. Os psicólogos atuavam nos seguintes setores: um na UTI Neonatal, um no Centro de Oncologia, quatro na UTI Adulto, três na Unidade de Internação e um na liderança da equipe. Os pedidos para atendimento de pacientes e familiares podiam ser solicitados por qualquer profissional de saúde, sendo que, por meio de parecer via sistema, somente médicos podiam requerer. Nos finais de semana, os plantonistas da UTI Adulto tornavam-se referência para atendimento de emergência nos outros setores.

4.4 Instrumentos

Para coleta de dados, foram aplicados dois questionários destinados a gerar análises tanto qualitativas como quantitativas: “Questionário Sociodemográfico e Profissional” (Apêndice A) e “Questionário Percepção de Aspectos Psicológicos do Paciente Cirúrgico” (Apêndice B). Trata-se de instrumentos elaborados para as finalidades da pesquisa, com vistas a obter informações, de modo autoadministrado, sobre aspectos pessoais e profissionais dos participantes, bem como para favorecer a obtenção de suas percepções acerca de aspectos psicológicos presentes no cotidiano do centro cirúrgico e modos de manejá-los.

No questionário sociodemográfico constam nove questões direcionadas para o levantamento de dados de caracterização da amostra (enfermeiros e técnicos de enfermagem): idade, gênero, profissão, tempo de formado, nível de escolaridade, tempo de atuação no setor, local de atuação no setor, jornada de trabalho e contatos prévios com conteúdo de psicologia.

No questionário sobre a percepção de aspectos psicológicos do paciente cirúrgico, constam 10 questões, sendo sete de múltipla escolha (com possibilidade de complementação da resposta) e três de redação livre, relacionadas às alterações emocionais e comportamentais do paciente e o manejo e preparo dos profissionais da enfermagem ao lidarem com essas situações.

Os questionários foram aplicados por meio do Formulário *Google*, um recurso digital para coleta de dados, que é armazenado em nuvem e, portanto, pode ser acessado de qualquer lugar e a qualquer tempo, através de um link específico. Trata-se de uma ferramenta de criação de questionários, que permite elaborar questões em vários formatos e com recursos de personalização. Assim, possibilita a criação de instrumentos avaliativos flexíveis e automatiza a coleta e a manipulação dos dados (Bard, Matuzawa, & Mulbert, 2017).

4.5 Procedimentos

A pesquisa foi submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, em atendimento a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012), tendo sido aprovada sob parecer consubstanciado do CEP da Universidade Federal Fluminense, pólo Nova Friburgo, de número 4.744.976, CAAE: 40852720.2.0000.5626.

Após a autorização da Gerência Assistencial e da Supervisão de Enfermagem do centro cirúrgico HUVR e do parecer de aprovação do CEP, os enfermeiros e técnicos de enfermagem selecionados a partir dos critérios pretendidos para a amostra foram acessados individualmente ou em pequenos grupos no próprio hospital, quando foi formulado o convite para participação na pesquisa, sendo clareados seus objetivos e procedimentos. Aqueles que se prontificaram a colaborar receberam, via *WhatsApp*, o *link* do Formulário *Google* para acesso aos questionários. O pesquisador esclareceu a cada profissional que, caso ele tivesse alguma dúvida quanto à pesquisa ou ao preenchimento dos instrumentos, poderia acioná-lo presencialmente ou virtualmente para os esclarecimentos necessários.

É importante destacar que um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) foi fornecido no início do Formulário *Google* para que a pessoa convidada a integrar a pesquisa tivesse acesso a informações importantes sobre seus objetivos, processos e cuidados éticos. Dessa forma, poderia decidir se desejaria ou não colaborar na coleta de dados. Em caso de concordância, ela foi orientada a clicar no termo “próxima”, dando o aval para sua inclusão no estudo, sendo, nesse caso, imediatamente direcionada para o conteúdo do primeiro questionário, e, após completá-lo, para o segundo. O envio do questionário só era possível após resposta a cada questão apresentada e quando o participante acionasse o termo “enviar”. O tempo estimado para respostas aos instrumentos foi de 20 minutos.

É válido ressaltar que a coleta de dados foi realizada em meio a pandemia de COVID-19, o que provocou alterações nas rotinas de trabalho de diversos setores hospitalares, dentre

eles, o centro cirúrgico, impactando no remanejamento dos profissionais dentro do hospital. Ao final da coleta e análise dos dados, planejou-se a apresentação dos resultados da pesquisa à direção do HUVR, bem como, posteriormente, aos enfermeiros e técnicos de enfermagem do centro cirúrgico da instituição quando a pandemia acabar.

4.6 Análise de Dados

Os dados quantitativos referentes às questões de múltipla escolha foram tabulados em uma planilha do Microsoft *Excel* e analisados mediante estatística descritiva, com cálculos de frequência, média e porcentagem.

Para análise das perguntas abertas, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2006), sendo esse um método que permite analisar os relatos coletados em entrevistas com vista a classificar o conteúdo em temas ou categorias; uma compreensão que vai além do discurso. A autora ressalta que a análise de conteúdo é

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2006, p.38).

O método da análise de conteúdo envolve as fases de pré-exploração, de seleção e de categorização, que devem seguir as seguintes regras: a obtenção dos dados (homogeneidade); o esgotamento da totalidade do texto, sem omissões (exaustividade); a não classificação do mesmo elemento em mais de uma categoria aleatoriamente (exclusividade); a igualdade dos resultados mesmo quando os codificadores forem diferentes (objetividade); e a adaptação dos documentos ao objetivo e ao conteúdo (pertinência) (Mozzato & Grzybovski, 2011).

Silva e Fossá (2015) ressaltam que, na primeira fase, são sistematizadas as ideias iniciais colocadas pelo referencial teórico e são estabelecidos indicadores para a interpretação das informações coletadas. Deve-se realizar uma leitura flutuante do material, para ver do que se trata; escolher os documentos que serão analisados (inicialmente) ou selecionar os documentos que foram coletados para a análise (posteriormente); constituir o *corpus* com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formular hipóteses e objetivos e preparar o material. A fase de seleção consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou

temáticas. Já na última fase, é realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, captando os conteúdos contidos em todo o material coletado, seja ele proveniente de entrevistas, documentos ou registro de observações.

5. Resultados

Os dados obtidos no estudo serão apresentados e discutidos a partir das informações sociodemográficas e ocupacionais dos seus participantes, de modo a possibilitar uma caracterização inicial dos profissionais que integraram a amostra. Tais informações são importantes para uma melhor leitura dos resultados da pesquisa. Em seguida, serão abordadas as necessidades psicossociais de pacientes cirúrgicos adultos e pediátricos e dos familiares acompanhantes desses últimos conforme a percepção dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. O propósito é destacar aspectos emocionais e comportamentais identificados pelos participantes em seus cotidianos no centro cirúrgico e considerados por eles como desafios e demandas para a atuação da equipe de saúde, exigindo-lhes preparação profissional e apoio do serviço de psicologia. Na sequência, entrará em pauta a compreensão dos profissionais acerca do manejo desses aspectos psicológicos, com uma avaliação dos mesmos acerca de suas habilidades e dificuldades frente a situações em que os pacientes e familiares evidenciam respostas de natureza psicológica, bem como acerca do potencial de contribuição de psicólogos em centros cirúrgicos. Além dos dados provenientes de questões apresentadas com alternativas de respostas, também serão incluídas respostas a questões abertas do questionário, que foram agrupadas e geraram categorias específicas.

5.1 Perfil sociodemográfico e profissional

Um levantamento do perfil dos 50 profissionais de enfermagem participantes da pesquisa mostrou, conforme detalhado na Tabela 1, que a maioria deles era do sexo feminino (88%) e que a metade (50%) tinha idades entre 31 e 40 anos. Mais da metade (56%) possuíam tempo de formação na área superior a dez anos, seja como enfermeiro ou como técnico em enfermagem, sendo que esses últimos formavam 80% da amostra. Quanto ao nível de escolaridade, 52% tinham cursado até o ensino médio, enquanto o restante estava cursando a graduação (10%), havia concluído o ensino superior (18%) ou possuía título de especialista (20%).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e profissional

Variáveis	Categorias	N	%
Gênero	Feminino	44	88
	Masculino	6	12
Profissão	Enfermeiro	10	20
	Técnico de enfermagem	40	80
Faixa etária	21 a 30 anos	12	24
	31 a 40 anos	25	50
	41 a 50 anos	13	26
Tempo de formado	1 e 5 anos	9	18
	5 e 10 anos	13	26
	Mais de 10 anos	28	56
Escolaridade	Ensino Médio	26	52
	Graduação (cursando)	5	10
	Graduação (concluído)	9	18
	Especialização	10	20

No que diz respeito à atuação em centro cirúrgico, como mostra a Tabela 2, entre os participantes predominou um tempo de trabalho no setor superior a cinco anos (64%) e uma atuação majoritária em salas cirúrgicas (80%). A escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso correspondia ao esquema vivenciado pela maioria dos profissionais (62%).

Tabela 2

Caracterização da atuação profissional em centro cirúrgico

Variáveis	Categorias	N	%
Tempo de atuação	6 meses e 1 ano	1	2
	1 e 5 anos	17	34
	5 e 10 anos	19	38
	Mais de 10 anos	13	26
Local de atuação	Estar Pré-cirúrgico	4	8
	Sala Cirúrgica	40	80
	Estar Pós-anestésico	6	12
Jornada de trabalho	12x36	31	62
	24x72	14	28
	Diarista	5	10

5.2 Necessidades psicossociais de pacientes cirúrgicos e seus familiares

No contato com pacientes adultos, os profissionais relataram identificar mais frequentemente os seguintes aspectos psicológicos na rotina do centro cirúrgico: sinais ou sintomas de ansiedade (98%), expressões de medo (83,7%), indícios de insegurança (81,6%) e reações de choro (53,1%). Nos relatos escritos dos participantes, em resposta a uma questão aberta, igualmente predominaram menções a medo, sobretudo em relação à anestesia, a intercorrências e ao desconhecido. Em suas palavras: *“Medo da anestesia e de não voltar”* (P1); *“Medo e insegurança, medo do processo cirúrgico em si, medo da anestesia, insegurança quanto ao resultado positivo do processo cirúrgico”* (P2); *“Medo de dar algum problema na anestesia”* (P3); *“O desconhecido oferece medo”* (P5).

Além disso, foram destacadas respostas denotativas de ansiedade e insegurança, relacionadas à incerteza quanto aos acontecimentos na sala de cirurgia e às falhas na comunicação com a equipe de saúde. Nesse cenário, os pacientes evidenciavam o desejo de apoio e de diálogo, como mostram as seguintes falas: *“Uma pergunta que me marca sempre: Você vai estar do meu lado quando eu acordar? Outra similar: Você vai ficar até o final comigo?”* (P4); *“A falta de diálogo frente ao problema dita a insegurança e ansiedade”* (P5).

Em relação aos adultos que acompanhavam pacientes pediátricos, os aspectos mencionados pelos profissionais como os mais frequentes no setor foram semelhantes aos dos pacientes adultos, a saber: ansiedade (83,7%), medo (65,3%), insegurança (44,9%) e tristeza (42,9%). No conjunto das respostas dos participantes, houve destaque para frases alusivas a ansiedade como reação característica dos familiares. Sem conhecimento do que acontece na sala de cirurgia, esses se mostram inquietos e incomodados com a falta de notícias e alimentam a expectativa de que o procedimento termine logo e seja exitoso. Por exemplo: *“Ansiedade de saber se seu familiar está bem, querendo uma notícia”* (P14); *“Ansiedade quanto ao retorno dos resultados referentes à cirurgia dados pela equipe cirúrgica”* (P15); *“Ficam muito ansiosas esperando o paciente chegar da cirurgia e às vezes passam mal”* (P16); *“(…) dá ansiedade para que cheguem notícias logo e que termine pra que fique tudo bem, e traga a paz de que ocorreu tudo bem durante a cirurgia”* (P18).

Ademais, também houve muitas referências a medo, tais como medo de intercorrências e do resultado do procedimento cirúrgico. Em suas palavras: *“Medo de ocorrer algo errado durante a cirurgia”* (P17); *“Medo faz parte quando se está esperando, sem poder estar junto e saber de fato o que está acontecendo, sem a certeza de saber se vai dar tudo certo”* (P18); *“Medo de ver seu ente querido entrar e às vezes a possibilidade de*

retornar com um diagnóstico de malignidade ou óbito” (P19); “Açam que não vão ver o filho de novo, que pode dar algum problema na cirurgia”(P20). Segundo um dos participantes, o medo se acentua mediante acesso online de informações inadequadas: “Hoje em dia com a internet existem muitas informações infundadas acarretando irrealidades” (P21).

A Tabela 3 apresenta o conjunto de reações emocionais e comportamentais dos adultos - pacientes e familiares de crianças/adolescentes - que apareceram nas respostas dos participantes ao preencherem o questionário.

Tabela 3

Aspectos psicológicos dos pacientes cirúrgicos adultos e dos familiares

Aspectos psicológicos	Pacientes Adultos		Familiares de Crianças	
	N	%	N	%
Ansiedade	48	98	41	83,7
Medo	41	83,7	32	65,3
Insegurança	40	81,6	22	44,9
Choro	26	53,1	19	38,8
Desconfiança	18	36,7	13	26,5
Pensamentos negativos sobre a cirurgia	14	28,6	4	8,2
Agitação psicomotora	10	20,4	1	2
Tristeza	8	16,3	21	42,9
Crenças irrealistas sobre a cirurgia	5	10,2	4	8,2
Agressividade dirigida a equipe	4	8,2	4	8,2
Baixa autoestima	4	8,2	1	2
Pavor	3	6,1	5	10,2
Recusa de procedimentos	3	6,1	1	2
Fantasia	2	4,1	0	0
Revolta	1	2	2	4,1
Culpa	1	2	6	12,2
Dúvidas sobre o tipo de cirurgia	1	2	0	0
Negação	0	0	4	8,2

Quando os pacientes cirúrgicos atendidos eram crianças, as respostas de natureza psicológica mais observadas pelos participantes foram: choro (93,9%), medo (75,5%), agitação psicomotora (63,3%) e desconfiança (36,7%). Conforme P13, uma mistura de sentimentos e emoções costuma ser expressa pela criança, requerendo estratégias para deixá-las mais seguras: “Choro, medo, insegurança. As crianças não nos conhecem e estão com fome, sede, não sabem o que vai acontecer, tudo isso é muito comum. A Unimed tem, no Jeito Unimed de Cuidar, um protocolo para um responsável entrar com o paciente pediátrico até a sala cirúrgica. Isso é muito bom, pois eles ficam mais confiantes”. A Tabela 4 apresenta essas

e outras reações psicológicas dos pacientes pediátricos identificadas pelos profissionais da enfermagem.

Tabela 4

Aspectos psicológicos dos pacientes cirúrgicos pediátricos

Aspectos Psicológicos	N	%
Choro	46	93,9
Medo	37	75,5
Agitação psicomotora	31	63,3
Desconfiança	18	36,7
Pavor	15	30,6
Ansiedade	10	20,4
Insegurança	9	18,4
Agressividade dirigida a equipe	7	14,3
Recusa de procedimentos	7	14,3
Negação	6	12,2
Fantasias	4	8,2
Tristeza	3	6,1
Agressividade dirigida a família	3	6,1
Revolta	2	4,1

A Figura 1 apresenta a descrição das categorias relativas às reações psicológicas dos pacientes pediátricos no centro cirúrgico, bem como frases ilustrativas apresentadas pelos profissionais participantes em cada uma delas.

Figura 1**Descrição das categorias de aspectos psicológicos dos pacientes cirúrgicos infantis**

Categorias	Descrição	Exemplos de Respostas
Choro	A criança apresenta reações de choro, podendo isso ocorrer desde a aproximação dos profissionais para levá-la ao centro cirúrgico e se intensificar por ocasião dos procedimentos anestésicos	<p>“Chora muito por causa do efeito do anestésico” (P6).</p> <p>“Choro ao ver a equipe se aproximando pra fazer o check-list e quando vamos buscá-los para entrar pro centro cirúrgico” (P8).</p> <p>“Criança com choro muito frequente, dificuldade para puncionar acesso ou iniciar a anestesia” (P9).</p> <p>“Chegam sem saber nada sobre a cirurgia e choram muito” (P12).</p>
Medo	A criança evidencia sinais de medo diante do ambiente estranho do centro cirúrgico.	<p>“(…) criança entra com muito medo no centro cirúrgico, pois não sabe o que irá acontecer lá e na Recuperação Pós-Anestésica” (P6).</p> <p>“(…) medo tanto no pré quanto no pós-anestésico onde se depara com um ambiente novo mesmo estando acompanhado dos responsáveis” (P7).</p>

Ansiedade	A criança mostra sinais de ansiedade diante da expectativa do que será realizado com ela e pelo receio dos resultados do procedimento.	“Ficam ansiosas para entrarem logo, não gostam de ficar esperando, curiosos para saber o que de fato vai ser feito” (P10).
Desconfiança	A criança manifesta receio diante de pessoas estranhas (os profissionais), só se mostrando mais segura a presença de figuras familiares.	“Algo comum entre as crianças. Percebo isso ao levá-las para sala de cirurgia, se atentam o tempo todo e só se sentem seguras com o responsável ao lado” (P12).

Em síntese, a Figura 2 apresenta as principais alterações emocionais dos adultos e das crianças no centro cirúrgico a partir dos dados obtidos junto aos enfermeiros e técnicos de enfermagem ouvidos na pesquisa.

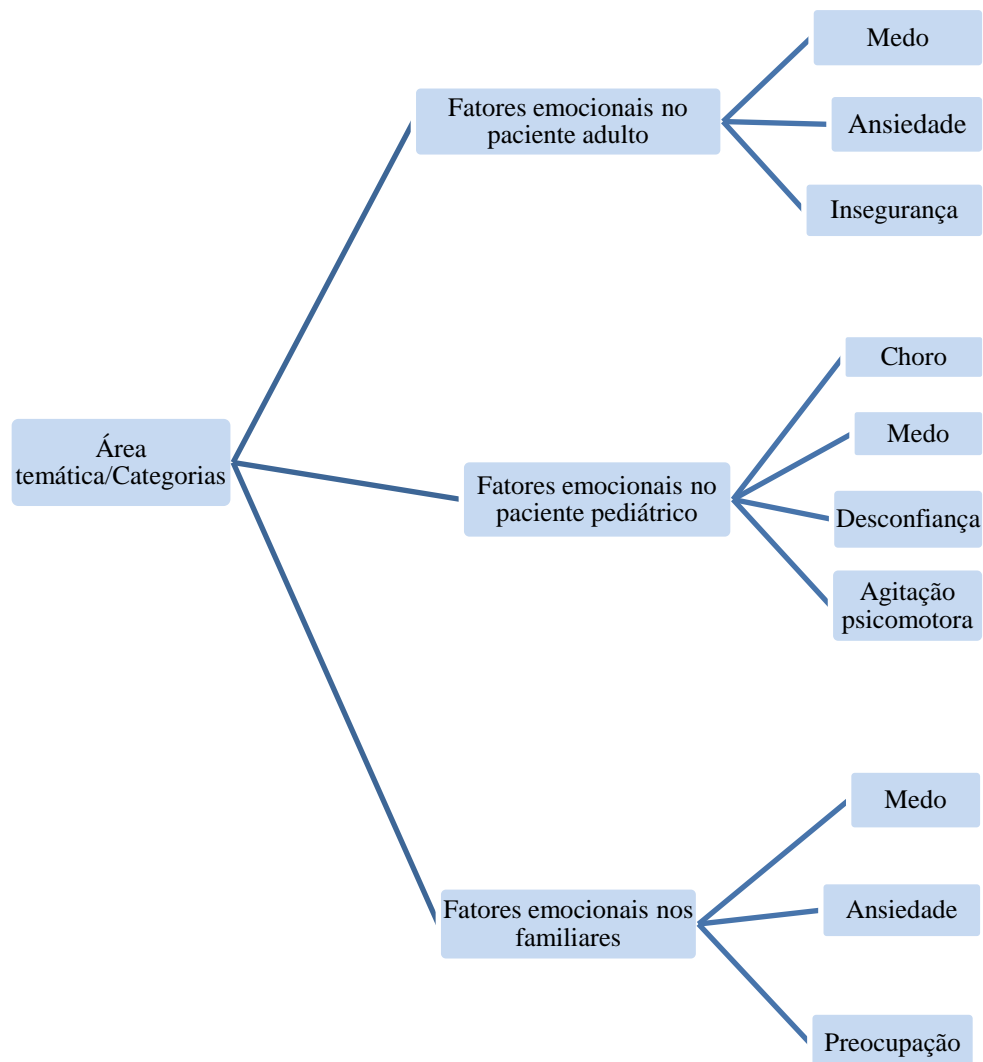


Figura 2. Principais alterações emocionais de pacientes cirúrgicos adultos e crianças

5.3 Formação dos profissionais de enfermagem para manejo de aspectos psicológicos

O contato prévio dos participantes com conteúdos relacionados à ciência psicológica ao longo da formação profissional se deu predominantemente durante disciplinas ofertadas em curso técnico (66%) ou de graduação (34%), conforme mostra a Tabela 5. Ademais, essa aproximação com a psicologia também se deu mediante participação em cursos de aprimoramento profissional (18%) ou de especialização (6%) ou mesmo em eventos acadêmicos (18%). Entretanto, 14% dos profissionais ouvidos na pesquisa afirmaram não terem tido nenhum embasamento acadêmico em psicologia ou, por outro lado, terem um conhecimento a respeito construído por iniciativa própria, a partir de leituras específicas na área.

Tabela 5

Contatos dos participantes com conteúdo de psicologia na formação profissional

Variáveis	N	%
Em disciplinas de curso técnico	33	66
Em disciplinas da graduação	17	34
Em cursos de aprimoramento profissional	9	18
Em eventos acadêmicos	9	18
Nenhum	7	14
Leituras na área, de modo autodidata	5	10
Em cursos de especialização	3	6
Atendimento pessoal	1	2

Nesse contexto, como pode ser observado na Tabela 6, parte expressiva dos profissionais que colaboraram na pesquisa reconheceram que suas dificuldades em lidar com questões psicológicas apresentadas pelos pacientes cirúrgicos ou seus familiares advinham do fato de que lhes faltavam conhecimentos teóricos (42,9%) ou habilidades técnicas (36,7%) fundamentados na psicologia para avaliarem ou interferirem nesse âmbito no cotidiano dos atendimentos. Vários profissionais indicaram ter receio de não saberem oferecer suporte de natureza psicológica (32,7%) e/ou avaliaram que outros profissionais estariam mais bem preparados que eles para realizarem esse tipo de assistência (26,5%). Contudo, apenas um dos participantes afirmou considerar não ser uma atribuição profissional sua lidar com aspectos psicológicos, mostrando que as dificuldades dos respondentes se situavam basicamente na percepção de pouco conhecimento, escassas habilidades ou falta de segurança para agirem diante de demandas de cunho emocional ou comportamental (Castro et al., 2019).

Tabela 6

Dificuldades dos participantes para lidarem com aspectos psicológicos de pacientes cirúrgicos e seus familiares

Dificuldades	N	%
Falta de conhecimento teórico para lidar com aspectos psicológicos	21	42,9
Falta de habilidades técnicas capazes de ajudar o paciente em termos psicológicos	18	36,7
Receio de não saber ajudar o paciente e familiar	16	32,7
Achar que tem profissionais mais preparados que você para lidar com aspectos psicológicos	13	26,5
Receio de se envolver emocionalmente com o paciente/familiar	10	20,4
Achar que não é sua atribuição lidar com aspectos psicológicos	1	2

5.4Atuação dos profissionais de enfermagem diante de necessidades psicológicas em centrocirúrgico

Ao identificarem alterações psicológicas nos pacientes e/ou em seus familiares, a maior parte dos profissionais da enfermagem afirmaram que tentavam resolver a situação com base nos conhecimentos e habilidades que dispunham (79,6%), ainda que tenham avaliado seus embasamentos teóricos e práticos na área como limitados ou insuficientes. Nessas circunstâncias, também foram reveladas as iniciativas de discutir a situação com outros profissionais da área de enfermagem (34,7%) ou de solicitar o apoio técnico de profissionais de psicologia, sendo que, neste último caso, eles poderiam atuar conjuntamente nas intervenções necessárias (32,7%) ou delegar somente ao psicólogo a responsabilidade pela resolução da situação (16,3%).

Tabela 7

Ações dos participantes ao identificarem aspectos psicológicos em pacientes cirúrgicos e seus familiares

Ações	N	%
Tenta resolver a situação com base em seus conhecimentos e habilidades	39	79,6
Discute a situação com outros profissionais da sua área	17	34,7
Faz encaminhamento ou pede ajuda a um profissional de psicologia e participa com ele das intervenções	16	32,7
Faz encaminhamento ou pede ajuda a um profissional de psicologia e espera que ele resolva a situação	8	16,3
Espera que a situação se resolva	3	6,1
Tento trazer conforto ao paciente	3	6,1

Quando perguntados se acreditavam que um profissional da área de enfermagem poderia ajudar pacientes e familiares com alterações emocionais e/ou comportamentais, a maioria dos participantes da pesquisa respondeu que sim (87,8%). Para a maior parte deles, essa ajuda era possível devido às habilidades que tinham adquirido ao longo da formação como pessoa (69,4%), da experiência profissional (61,2%) ou por consequência de suas características pessoais favoráveis a esse tipo de assistência (67,3%).

Essas habilidades também foram formadas, segundo 44,9% dos respondentes, com base nas aprendizagens adquiridas durante a atuação conjunta com psicólogos, o que sugere que a interação com profissionais da saúde mental potencializa modelos de manejo dos aspectos psicológicos baseados em técnicas reconhecidas e validadas do campo da psicologia. Apenas 16,3% alegaram que seus conhecimentos e habilidades eram decorrentes de cursos acadêmicos.

Tabela 8

Fonte de conhecimento e habilidades dos participantes para lidarem com aspectos psicológicos

Variáveis	N	%
Habilidades adquiridas ao longo da formação como pessoa	34	69,4
Características pessoais	33	67,3
Prática profissional	30	61,2
Atuação conjunta com profissionais de psicologia	22	44,9
Conhecimentos e habilidades adquiridos em cursos	8	16,3
Conhecimentos adquiridos de modo autodidata	6	12,2
Interação com outros profissionais da equipe multiprofissional	1	2

5.5 Avaliação do potencial de colaboração de psicólogos em centro cirúrgico

Os participantes foram solicitados a opinar sobre o quanto acreditavam que profissionais da área de psicologia poderiam contribuir na assistência ao paciente/familiar em centro cirúrgico. Suas respostas, conforme a Figura 2, mostraram uma percepção elevada de ajuda do psicólogo na realidade do setor, com indicação de bastante (59,2%) ou muita (38,8%) colaboração.

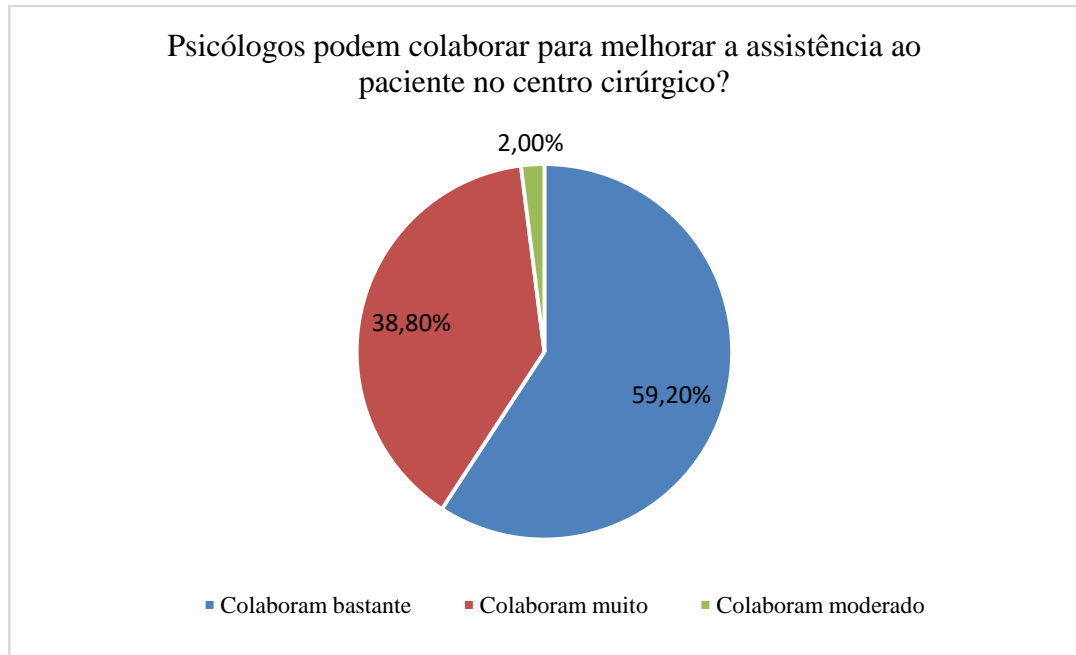


Figura 3. Colaboração dos profissionais da psicologia na assistência ao paciente/familiar

Diante do questionamento sobre quando e como acreditavam que deveriam solicitar a presença de um profissional da equipe de psicologia para intervir junto ao paciente cirúrgico ou a um familiar deste, as respostas obtidas foram agrupadas por semelhança e resultaram, como ilustrado na Tabela 9, nas seguintes categorias: Alterações emocionais e comportamentais (68%), Impotência dos profissionais da enfermagem diante da dificuldade em encontrar recursos e soluções para as demandas apresentadas (27%) e Colaboração em comunicação de más notícias, relativa sobretudo a notícias de óbito e de mau prognóstico pós-cirúrgico (5%).

Tabela 9

Categorias sobre motivos de solicitação de ajuda a um profissional da psicologia

Categoria	Falas dos Participantes
Alterações emocionais e comportamentais	<p>“A qualquer apresentação de alterações emocionais/comportamentais, já que são capacitados para o mesmo” (P.22).</p> <p>“Quando estão muito abalados emocionalmente com uma determinada situação (às vezes nem está ligado à doença/cirurgia)” (P.23).</p> <p>“Quando o paciente ou familiar está muito fragilizado, cirurgias pediátricas e oncológicas” (P.25).</p>
Impotência dos profissionais da enfermagem	<p>“Quando você percebe que a situação é grave e que só o seu auxílio não adiantou” (P.26).</p> <p>“Quando não temos condições de ajudar” (P.27).</p>

	<p>“Quando a situação já não está mais no nosso alcance como profissional” (P.28).</p> <p>“Primeiro exercemos o papel de esclarecer todas as dúvidas do paciente, acalmando e proporcionando conforto e tranquilidade e, se mesmo assim, o paciente estiver fora de controle solicitamos ajuda. Tudo é questão de avaliarmos a situação como um todo” (P.29).</p>
Colaboração na comunicação de más notícias	<p>“Momento de notícia negativa” (P.30).</p> <p>“Caso de óbito, certos tipos de cirurgia que irão mudar a vida da pessoa, entre outras” (P.31).</p>

6 Discussão

Os resultados serão retomados na presente seção, com adoção da mesma estrutura já apresentada, tendo agora por finalidade analisá-los e discuti-los à luz da literatura na área, além de realizar uma melhor articulação entre os dados alcançados.

6.1 Perfil sociodemográfico e profissional

A pesquisa contou com a colaboração voluntária de 50 profissionais da enfermagem, todos atuantes em um mesmo centro cirúrgico, pertencentes a um hospital geral, de grande porte, da rede privada de um município fluminense. Quanto aos dados sociodemográficos, no que se refere ao sexo dos participantes, observou-se uma prevalência de profissionais mulheres (88%). Tal resultado é coerente com uma pesquisa do COFEN e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) publicada em 2017. O estudo mostrou que 86% dos trabalhadores na área de enfermagem eram do sexo feminino, sendo esse traço presente desde o surgimento dessa área profissional. Lombardi e Campos (2018) ressaltam que a enfermagem é um dos raros casos no mundo do trabalho em que o arcabouço de conhecimentos abstratos e práticos que forneceu as bases da profissão foi majoritariamente desenvolvido por mulheres, reconhecidas como pioneiras e responsáveis pela sua criação e sistematização.

A enfermagem é definida como uma profissão do cuidado, sendo que suas práticas assistenciais clínicas se tornam promotoras potenciais de uma face importante do cuidado integral diante das inúmeras necessidades de saúde de um indivíduo (Santos et al., 2017; Souza et al., 2017). Nesse sentido, Amorim (2009) resalta que o cuidado é culturalmente visto como responsabilidade predominantemente feminina, o que ocasiona a construção, no imaginário social, de que o manejo direto dos pacientes no ambiente hospitalar devam ser destinado às mulheres, por essas terem esse papel social de cuidadoras de si e de outros.

Por outro lado, Machado (2004) aponta que essa cultura está mudando aos poucos, na medida em que crescem os questionamentos, desde os espaços acadêmicos, dos estereótipos e crenças que colocam o cuidado humano como competência natural e quase exclusiva das mulheres. Busca-se, nesta nova ótica, rever essa prática social num contexto que envolva e valorize a atuação de todos os gêneros, agindo em harmonia para desenvolverem as atribuições pertinentes à área, a fim de proporcionar ao paciente bem-estar, segurança e conforto.

Em termos etários, a maior parte dos profissionais tinha entre 21 e 40 anos (74%), percentual semelhante ao encontrado na pesquisa do COFEN/FIOCRUZ (2021), que foi de 79%. Esses dados sinalizam que a maior parte dos profissionais da enfermagem é composta por pessoas jovens. Quanto à titulação profissional, 80% dos profissionais que integraram a pesquisa eram técnicos de enfermagem e somente 20% eram enfermeiros, ou seja, possuíam nível superior na área. Esses dados, também encontram consonância com informações disponibilizadas pelo COFEN tendo em vista dados compilados até maio de 2021. O levantamento do conselho de classe mostra que 25% dos profissionais da categoria são enfermeiros e o restante (75%) são técnicos e auxiliares. É importante salientar que o enfermeiro deve atuar como o líder da equipe de técnicos e, por exercer a coordenação da equipe de enfermagem e a gerência do processo de trabalho, em geral é visualizado como o profissional de referência para os diferentes trabalhadores da equipe de saúde. Assim, segundo Bastos de Souza et al. (2013), deve ter postura e visibilidade de líder e não de chefe, ou seja, deve possuir habilidades para lidar com os aspectos psicológicos e compreender as singularidades e diferenças de cada paciente.

É importante destacar que, na presente pesquisa, 10% dos técnicos de enfermagem afirmaram estar cursando alguma graduação. Frota et al. (2019) ressaltam que possivelmente a profissionalização técnica em enfermagem anterior à graduação tende a sinalizar o imperativo desse profissional adentrar ao mercado de trabalho no setor saúde, considerado ser este um importante empregador. Por outro lado, no decorrer das dinâmicas de trabalho, o técnico ou auxiliar costuma identificar urgentes demandas para ampliar sua qualificação e tornar-se um profissional mais competitivo naquele contexto, além de haver um provável desejo de ascender socialmente mediante a conclusão do ensino superior.

Ao analisarmos o tempo de formado dos profissionais, os dados mostraram que a maioria deles (56%) havia concluído a formação inicial há mais de 10 anos, o que é uma tendência observada no estudo de Machado et al. (2016), que foi de 43%. Ter um tempo

maior deexperiência prática na profissão pode colaborar para diminuir temores e inseguranças, favorecendo uma maior maturidade para tomada de decisões, o que se revelou uma análise possível neste estudo, tendo em vista que grande parte dos profissionais declararam se basear na própria experiência para lidarem com as necessidades psicológicas identificadas nos pacientes cirúrgicos. A insegurança na prática profissional costuma ser uma das dificuldades enfrentadas por enfermeiros e técnicos em início de carreira, independentemente da área por eles escolhida após o término do curso (Erzinger & Trentini, 2003).

Dentro do centro cirúrgico, a maior parte dos profissionais (80%) tinha como local de atuação a sala cirúrgica, área destinada à realização de intervenções cirúrgicas e endoscópicas. Segundo a Resolução RDC 50 de 21 de janeiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as salas de cirurgia podem ser de três tipos, de acordo com o grau de complexidade do procedimento: sala de pequena, média e grande cirurgia. Entretanto, o tamanho da sala depende não do tipo de cirurgia a ser realizada, mas sim dos equipamentos necessários para a execução dos procedimentos cirúrgicos previstos. Cada sala é de uso restrito e deve possuir um sistema de sinalização luminosa que indique quando a mesma está em utilização (Medeiros & Filho, 2017).

No que tange a jornada de trabalho, 62% dos profissionais atuavam em regime de escala de 12 horas trabalhadas por 36 de descanso. Na prática, isso significa estar dia-sim, dia-não dentro do centro cirúrgico, além de precisar, muitas vezes, ficar além do horário devido ao atraso na realização de cirurgias ou ao surgimento de cirurgias de emergência. A duração da jornada de trabalho é um dos fatores que resulta na sobrecarga de trabalho. Jornadas superiores a 12 horas por dia diminuem a vigilância e expõem o trabalhador ao aumento de riscos de erros assistenciais ao paciente e acidentes ocupacionais, conforme ressaltam Tostes, Silva Garçon, Marane e Teston (2017). O excesso de carga horária está ligado às necessidades das instituições, principalmente das que sofrem com um quadro funcional defasado, de reter o funcionário para cobertura em turnos inversos, bem como ao fato de muitos trabalhadores da enfermagem trabalharem em dois empregos a fim de aumentar sua renda mensal (Battie, Rall, & Khorsand, 2017; Goldberg, Marshalkowski, & Nissen, 2008; Schimidt, Dantas, & Marziale, 2011).

Glanzner e Hoffmann (2019), em uma revisão integrativa que analisou 42 artigos de 11 países, entre eles Brasil, Estados Unidos, Canadá e Japão, verificaram que a sobrecarga de trabalho foi citada por autores de 10 artigos (23,80%) como o principal fator ligado ao

adoecimento físico e psicológico de profissionais de centro cirúrgico. A sobrecarga de trabalho é gerada por um conjunto de questões que envolvem o processo de trabalho. Uma delas é a falta de um quadro funcional que atenda às necessidades do setor. A grande demanda de tarefas e a escassez de tempo para realizá-las faz o trabalhador desempenhar as atividades em ritmo acelerado, o que lhe exige maior esforço físico e o predispõe a acidentes ocupacionais e a erros assistenciais (Lima, Oliveira & Rodrigues, 2011; Maya, 2011; Monahan, 2012; Ouriques & Machado, 2013).

6.2 Necessidades psicossociais de pacientes cirúrgicos e seus familiares

As principais manifestações psicológicas de pacientes adultos e de familiares de crianças submetidas à cirurgia na percepção dos profissionais da enfermagem ouvidos na pesquisa foram, em ordem de frequência, a ansiedade, o medo e a insegurança. Costa, Silva e Lima (2010) defendem que o paciente que se encontra no centro cirúrgico passa por intensas emoções, incluindo insegurança, medo do desconhecido, ansiedade, preocupação com o retorno à rotina e um medo profundo da morte. Dentre os estressores mais significativos na situação cirúrgica, de acordo com Méndez, Ortigosa e Pedroche (1996), estão a dor, a hospitalização, os procedimentos médicos, o temor de não despertar da anestesia, as sequelas da cirurgia, a perda da autonomia e a morte.

A ansiedade é uma reação emocional desagradável relacionada a medo, apreensão, nervosismo e preocupação, a qual é caracterizada por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, sobretudo diante de algo desconhecido ou estranho (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000). Ainda, somam-se alterações na frequência cardíaca, no padrão respiratório, na pressão arterial e no trato gastrointestinal, além de ocorrerem inquietação, tremores e aumento de sudorese (Sampaio et al., 2013; Yilmaz, Sezer, Gürler, & Bekar, 2012).

Em termos pré-operatório, a ansiedade pode estar relacionada a um conjunto de fatores como a mudança de papéis familiares e sociais, a incerteza do prognóstico, medos relacionados ao procedimento cirúrgico, de incapacidades e da perda da independência (Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, & Mathias, 2007; Renouf, Leary, & Wiseman, 2014). Além do sofrimento psicológico, a ansiedade pré-operatória pode promover alterações fisiológicas como rigidez da mandíbula durante a indução da anestesia, flutuações autonômicas e hemodinâmicas e necessidade de maiores doses de anestésicos e outros fármacos (Santos et al., 2012).

A ansiedade está, na maioria das vezes, associada ao medo (Suriano, 2005; Suriano, Lopes, Macedo, Michel, & Barros, 2009). Muitos pacientes com altos escores de medo também apresentam altos escores de ansiedade. Segundo Penna (1999), parte desses medos estão relacionados com algo presente e real (medo da cirurgia, da anestesia, de ser abandonado), enquanto outra parte relaciona-se com fatos futuros (medo de complicações, da morte). Essas emoções são reconhecidas como patológicas quando são exageradas, mostrando desproporcionalidade em relação ao estímulo.

As falas dos profissionais participantes evidenciaram principalmente o medo da anestesia pelos pacientes. Estudo realizado por Persch, Fronza, Martins e Motter (2020) em dois hospitais na cidade de Cascavel, no Paraná, com 80 participantes, revelou que a anestesia (59%) foi mais temida do que a própria cirurgia (41%) pela maioria dos participantes. Quanto a essa preocupação, os sintomas mais temidos pelos pacientes foram dor (50%), medo de não acordar (30%), náuseas (41%), acordar durante a cirurgia (18%), ficar incapacitado (16%), entre outros, como falha anestésica, cefaléia, alergias e medo de morrer (19%). Em outro estudo, Ruhaiyem (2016) mostrou que a maioria dos pacientes relatou medo de falha anestésica e de acordar durante o procedimento.

Quanto à insegurança, vale considerar que o centro cirúrgico é um setor fechado e restrito, o que o torna assustador e misterioso para muitas pessoas, refletindo no aumento da ansiedade e da insegurança (Nunes, 2021). Tais reações, quando exacerbadas, podem provocar choro nos pacientes diante da impotência vivenciada nesse espaço. Romano (1998) relata que uma das principais fontes de ansiedade dos pacientes cirúrgicos no período pré-operatório relaciona-se diretamente com a separação de casa, da família, de seus objetos. A pessoa que adoece e é hospitalizada sofre uma mudança, o que se configura como um elemento concreto de desconforto e insegurança. Essa mudança é determinada pela troca da situação de indivíduo sadio para aquele que depende da atuação de outros (profissionais) na resolução de seus problemas (Carmo, 1996).

Em relação aos fatores emocionais dos familiares, a categoria ansiedade foi a que teve o maior número de respostas. A família da criança, independentemente da idade dessa, costuma ter sua segurança emocional sensivelmente afetada. Arnhold, Lohmann, Pissaia, da Costa e Moreschi (2017) ressaltam que aguardar na sala de espera do centro cirúrgico por um familiar é uma situação geradora de sentimentos como ansiedade, medo e inquietações. Logo, a atenção da enfermagem não deve estar voltada apenas para o cuidado do paciente, mas deve incluir ainda a atenção aos familiares. Considerar as necessidades das famílias que passam por

situação em que um ente querido esteja em sofrimento é de suma importância para um bom planejamento da assistência, pois assim o profissional estará mais instrumentalizado para o cuidado. Ademais, a presença de familiares reduz a intensidade de sentimentos desagradáveis, ajuda na melhoria do tratamento e no bem-estar do paciente. A equipe de enfermagem ao manter uma comunicação adequada torna esse momento menos sofrido para os familiares (Salimena, Andrade, & Melo, 2011).

Rosendahl et al. (2009) ressaltam que os acompanhantes devem ter conhecimento mínimo e qualificado sobre seu papel quanto aos cuidados com o paciente, à previsão de duração do tratamento e da cirurgia, às prováveis sequelas da doença (ou do procedimento executado) e às informações pertinentes a cada caso. Marchand et al. (2007) destacam que as informações a serem transmitidas dependem do tipo de cirurgia que será realizada, do grau de conhecimento e de organização de que o paciente já dispõe, bem como de sua condição em termos de bem-estar psicológico e de sua desejabilidade em termos de informações. É importante analisar o impacto provocado por estas informações, planejando-se antecipadamente o conteúdo a ser disponibilizado, o momento mais adequado para apresentá-lo e os efeitos psicossociais da transmissão, considerando-se ainda as diferenças culturais entre os pacientes (Bellani, 2008; Henderson & Chien, 2004; Marchand et al., 2007; Patenaude et al., 2009).

Na pediatria, é fundamental que o preparo psicológico seja estendido aos familiares, já que a atenção e instruções que os pais recebem são importantes para ajudar a criança no enfrentamento das condições adversas do hospital (Crepaldi & Hackbarth (2002); Schmitz, Piccoli & Viera, 2008). Mello e Rodrigues (2008) observaram sentimentos negativos dos acompanhantes ao verem suas crianças adentrarem no centro cirúrgico, inseguros sobre o que poderia acontecer lá dentro, permanecendo com muito medo na sala de espera. Os autores ressaltam que quando os familiares se apresentam ansiosos no pré-operatório, muitas vezes ocorrem dificuldades na separação pais/filhos, podendo gerar grande nível de estresse para ambos. Estudo de Jacob e Bousso (2006) constatou que o dia da cirurgia é muito aguardado pelos familiares. A família teme complicações que possam ocorrer na cirurgia, principalmente a morte da criança. Outra evidência do mesmo estudo, realizado com seis pais de crianças portadoras de cardiopatia congênita, foi relativa ao desespero que sentem ao entregarem seus filhos no centro cirúrgico. Vale ressaltar que quando a criança fica doente, o estresse envolve todos da família, gerando um período de medo e insegurança (Zamo, 1997).

No caso dos pacientes cirúrgicos pediátricos, o choro foi a reação predominantemente identificada pelos participantes da pesquisa, sendo seguido pelo medo e pela agitação psicomotora. De fato, o choro e o medo são alterações emocionais frequentes em pacientes pediátricos cirúrgicos. Broering (2019) afirma que os momentos anteriores a cirurgia são vivenciados pelo paciente pediátrico com medo frente ao desconhecido, que é a principal causa da sua insegurança e ansiedade.

Alves (2020) destaca que o medo do desconhecido, que filogeneticamente está atrelado à preservação da espécie, possibilita a evolução e a regulação do mecanismo de sobrevivência do ser. Para Broering e Crepaldi (2008, p.63), o medo é a "[...] principal causa de insegurança e ansiedade do paciente pré-cirúrgico. Ele teme a morte, a anestesia, o procedimento, a recuperação [...]". Tal emoção pode desencadear no paciente dificuldades para a aceitação de procedimentos, além de quadros de agitação psicomotora.

Huerta (1996) aponta que para qualquer pessoa, de qualquer faixa etária, a intervenção cirúrgica representa uma circunstância crítica que pode gerar uma crise, entendida como um episódio de alteração psicológica de caráter agudo e de duração limitada, que se apresenta como um obstáculo que o indivíduo não pode evitar nem resolver com seus recursos habituais. A população infantil é a mais sensível a esta crise. Isto porque, devido a seu desenvolvimento imaturo, a criança comumente não tem recursos suficientes para enfrentar situações desconhecidas e/ou dolorosas. Sua capacidade para raciocinar logicamente e considerar as razões para a experiência é limitada.

O medo da morte, da dor, da separação, dos aparelhos e de todo um aparato médico desconhecido pode aterrorizar e provocar intenso sofrimento. Muitas vezes essas operações são desmarcadas em virtude da reação de pânico apresentada pelas crianças que se recusam a colaborar com a equipe, agitam-se, choram e pedem para que a cirurgia não seja realizada (Finkel & Espíndola, 2008). Elas temem a separação dos pais, o abandono e ter que lidar com pessoas estranhas, sendo que a separação e a intervenção cirúrgica podem ser percebidas como uma forma de punição. Para superar o medo, a frustração e a dor, elas geralmente recorrem à fantasias.

Por conseguinte, a criança que está hospitalizada em função de uma cirurgia deve ser compreendida em conformidade com suas características desenvolvimentais e deve contar com um cuidado diferenciado em comparação à assistência dada aos adultos (Pinheiro & Lopes, 1993). Nesse sentido, Harkins et al. (1997) apontam que uma comunicação apropriada à idade é importante na implementação do plano pediátrico de cuidados de enfermagem, que

começa com o levantamento do histórico perioperatório e continua até a alta da sala de recuperação pós-anestésica.

Três participantes pontuaram o quanto a falta de informações sobre a cirurgia e procedimentos realizados no centro cirúrgico podem provocar alterações emocionais e comportamentais nos pacientes cirúrgicos pediátricos. A informação é uma intervenção que atenua a ansiedade e o estresse permitindo ao paciente e ao familiar esclarecimento sobre os procedimentos, o que possibilita maior controle sobre a situação estressora (Magalhães, Gusmam, & Grecca, 2010; Ribeiro & Pinto, 2009). Tesser e Prebianchi (2013) realizaram um levantamento bibliográfico específico sobre preparação psicológica pré-cirúrgica, focalizado no período dos últimos cinco anos. O levantamento identificou e organizou 150 artigos. Os resultados evidenciaram que as técnicas e instrumentos utilizados na preparação psicológica dos pacientes eram derivadas do método clínico, sendo elas: entrevistas, uso de escalas, grupos de apoio, dinâmica de grupo, psicoterapia breve, recursos lúdicos, visita ao centro cirúrgico e contato com instrumentos cirúrgicos.

Watson e Visram (2003) ressaltam que os programas de preparação pré-operatórios podem ser representados por informação narrada, escrita, visita hospitalar, vídeos informativos, *role-play* com bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização com a participação das crianças simulando o médico ou o paciente. Protocolos que promovam a humanização no cuidado como citado por P13 contribuem para melhor preparo e segurança do paciente cirúrgico pediátrico.

6.3 Formação e atuação dos profissionais de enfermagem frente a demandas psicológicas

Sendo a equipe de enfermagem aquela que está em maior contato com os pacientes no cotidiano da assistência, é esperado que ela esteja preparada para lidar com todas as manifestações no processo de cuidado. É preciso destacar, como lembra Possari (2007), que o cuidado de enfermagem inclui o preparo físico e emocional dos pacientes mediante orientação, avaliação e encaminhamento ao centro cirúrgico, com a finalidade de diminuir os riscos cirúrgicos e ainda promover a recuperação e evitar as complicações no pós-operatório. A assistência na área consiste em acompanhar o paciente desde sua internação até a alta pós-cirúrgica, pelo motivo que essa equipe pode estar atenta a todas as alterações que poderão surgir durante esse período, tornando a recuperação segura e eficaz (Fonseca & Peniche, 2009).

Nesse sentido, os participantes da pesquisa foram questionados sobre quais conhecimentos, práticos e/ou teóricos, tomam como base para suas ações quando se deparam com dificuldades de pacientes cirúrgicos que remetem a aspectos psicológicos. Nesse ponto, predominaram respostas que evidenciaram falhas na formação acadêmica, refletidas na falta tanto de conhecimentos teóricos pertinentes quanto de habilidades técnicas suficientes para capacitá-los a intervir diante de demandas dessa natureza.

Aliado a essas faltas, também foi frequente a declaração de receio de não saberem como ajudar o paciente e o familiar. As respostas assinaladas fazem supor que a quantidade e a qualidade de conteúdos relacionados ao saber psicológico que são ensinados nos cursos técnicos e na graduação em enfermagem não têm sido suficientes para melhor instrumentalizá-los a lidar com problemas de natureza comportamental ou emocional no trato com os pacientes. O estudante de enfermagem, seja da graduação ou de curso técnico, precisa estar amadurecido em seu processo de formação profissional e ser capaz de mobilizar conhecimentos teórico-práticos adquiridos nas diversas disciplinas que integram o currículo, a fim de contribuir para o desenvolvimento da própria qualificação profissional (Esteves, Cunha, Bohomol, & Negri, 2020).

A maioria dos participantes afirmou ter tido contato com conteúdos oriundos da ciência psicológica em disciplinas de cursos técnicos ou de graduação. No entanto, estima-se que esses conteúdos são comumente ministrados de modo predominantemente teórico, desvinculado de considerações ou experiências práticas, muitas vezes ainda no início do curso, quando os alunos não têm uma maior vivência do campo de trabalho. Nesse sentido, é válido pensar em oportunidades de, na formação inicial, proporcionar aos estudantes de enfermagem a abordagem, discussão e orientação com relação a fenômenos de natureza psicológica em períodos mais avançados do curso, incluindo nos estágios profissionais. Também a oferta de mais cursos de capacitação que contemplem esses conteúdos e a formação em serviço tem potencial para proporcionar um maior embasamento e gerar maior segurança nesses profissionais com vistas a oferecerem um cuidado mais integral aos pacientes atendidos. Estima-se ainda que uma presença mais constante de psicólogos no centro cirúrgico possa trazer benefícios na formação dos profissionais da área de enfermagem mediante ações de interconsulta e do fornecimento de modelos de atuação (Esteves, Cunha, Bohomol, & Negri, 2020).

Carvalho e Camargo (2001) salientam que o trabalho em enfermagem envolve uma assistência global, focalizando tanto aspectos físicos quanto emocionais e comportamentais

das pessoas assistidas. É na assistência ao paciente ou a seus familiares que emerge a necessidade de se abordar diferentes aspectos psicológicos. Em um levantamento feito em sete periódicos de enfermagem, essas autoras selecionaram 317 artigos científicos que mostraram a relação entre enfermagem e psicologia. Elas averiguaram que 26% dos artigos tratavam de questões psicológicas. Foram verificados trabalhos relacionados às reações emocionais dos pacientes e seus familiares, incluindo aqueles que focalizavam a interação enfermeiro-paciente. Estudos como esse podem servir de material a ser utilizado em cursos de formação, colaborando para diminuir sentimento de insegurança dos profissionais ao se depararem com pacientes cirúrgicos que apresentam alterações psicológicas.

No entanto, conforme resultados apresentados na presente investigação, cerca de 80% dos profissionais ao se depararem com pacientes e familiares com alterações psicológicas no centro cirúrgico tentavam resolver a situação com base em seus próprios conhecimentos e habilidades, sobretudo aqueles adquiridos a partir da própria prática profissional e de experiências pessoais. Ou seja, é no próprio fazer cotidiano, com base em seus erros e acertos, que eles buscavam os recursos para fazer frente aos desafios apresentados. Somente uma parcela menor dos respondentes afirmou discutir essas situações com outros profissionais da área (34,7%) ou buscar ajuda junto a um profissional de psicologia e participar com ele das intervenções necessárias (32,7%).

O excesso de burocracia no processo de trabalho, as exigências sobre o preenchimento de papéis, a falta de tempo, o ambiente estressante, a estrutura do setor inadequada, a carência de funcionários e a falta de engajamento da equipe podem contribuir para que optem por não buscar ajuda (Luz & Souza, 2020). Outro fator que ganha destaque é a falha na comunicação. Para Manzo, Brito e Alves (2013), a comunicação é uma ferramenta de gestão que, sendo efetiva, atua para a condução segura dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, porém quando deficiente, tanto na forma oral quanto escrita, pode induzir a erros e convergir em resultados adversos para o usuário e para os profissionais. Deste modo, o processo de comunicação requer discussão e reflexão de todos os trabalhadores frente a um cenário de constante (re)organização e (re)planejamento das práticas características do centro cirúrgico. Tais informações fazem refletir sobre o risco dos profissionais, ao usarem experiências pessoais no trabalho, respaldarem suas ações pelo senso comum.

Franco e Merhy (2012) ressaltam que a formação e a educação permanente em enfermagem necessitam acompanhar as modificações, as singularidades e as pluralidades dos cenários onde o enfermeiro atua, demandando planos capazes de atender às constantes tensões

e evoluções no campo da saúde e, particularmente, no centro cirúrgico. É preciso zelar por uma ética do cuidado, expresso no manejo das tecnologias de trabalho junto às subjetividades, compondo a complexidade dos cenários de saúde.

Na assistência no período perioperatório, o foco dos profissionais da enfermagem é o paciente cirúrgico, tendo como dever ampará-los para que esses se sintam preparados para o procedimento anestésico/cirúrgico que será realizado. É importante ressaltar que a visita pré-operatória do enfermeiro permite ao profissional identificar as emoções do usuário, que pode envolver, por exemplo, ansiedade, medo e preocupação. Nesse momento, essas emoções devem ser trabalhadas. Outro benefício da visita é que o profissional pode conhecer, interagir e estabelecer vínculo com o paciente, facilitando o cuidado em cada fase da cirurgia, como apontam Stumm et al. (2009). Os autores também defendem que cabe aos profissionais da enfermagem acolher parentes do paciente, estabelecendo um elo com a família, o que inclui tranquilizá-los quanto aos procedimentos que serão realizados e oferecer respostas as suas dúvidas e questionamentos, dando informações necessárias antes, durante e depois da cirurgia.

Prá e Picolli (2006) ressaltam que uma das estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para minimizar alterações psicológicas é o fornecimento de informações sobre as condições de saúde, procedimento cirúrgico e a participação do paciente e família no autocuidado para a recuperação pós-operatória. Nesse sentido, o profissional deve utilizar como ferramenta a orientação pré-operatória, a ser oferecida ao paciente em linguagem clara, respeitando seus conhecimentos e sua cultura, de modo a auxiliar na redução do medo e no esclarecimento de dúvidas.

Durante a visita pré-operatória, a equipe multidisciplinar deve fornecer informações técnicas específicas nas distintas modalidades cirúrgicas, considerando suas peculiaridades e os inúmeros fatores que diferenciam os protocolos e procedimentos (Zigmond & Snaith, 1983). Logo, durante a visita pré-operatória é importante que os profissionais forneçam informações que contemplem todas as ações a serem desenvolvidas nesse período, reduzindo o nível de ansiedade do paciente por meio da abordagem de emoções e sentimentos como o medo, a apreensão e a preocupação, que podem estar relacionados à falta de informações e de cuidados adequados (Santos et al., 2012).

Silva e Nakata (2005) afirmam que a comunicação é uma parte essencial no processo terapêutico que envolve escutar cuidadosamente e interpretar inteligentemente. O enfermeiro deve considerar a comunicação com o paciente como um processo recíproco. O paciente

internado em um hospital para realização de uma cirurgia de qualquer espécie precisa confiar em alguém que o considere e respeite seus sentimentos. O modo como ele é cuidado é de grande importância. Ele precisa de segurança e procura encontrá-la em alguém. Este alguém poderá ser qualquer membro da equipe de saúde que esteja preparado e disposto a empregar todo seu esforço em dar-lhe uma resposta positiva. É válido ressaltar que a comunicação interpessoal como método terapêutico deve ser cumprida com precisão e para isso é necessário autodisciplina, pois é um meio de intercâmbio entre quem ajuda e quem é ajudado. A disciplina exigida leva tempo para tornar-se integrada dentro de qualquer comunicação, a fim de que esta seja efetivada e contribua para o bem-estar do paciente, o que deve ser ampliado a todos os profissionais de saúde, e não somente a enfermagem.

6.4 Avaliação do potencial de colaboração de psicólogos em centro cirúrgico

Mais da metade dos participantes da pesquisa afirmaram que psicólogos podem colaborar bastante (59,2%) ou muito (38,8%) para melhorar a assistência ao paciente no centro cirúrgico. Somente 2% deles avaliaram que esse potencial de ajuda é apenas moderado. Essas respostas evidenciam o quanto a psicologia no ambiente hospitalar vem ganhando destaque e reconhecimento nas últimas décadas como parte do trabalho multidisciplinar. Sebastiani e Maia (2005) afirmam que a presença de novos profissionais na equipe, particularmente o psicólogo, soma importante ajuda aos profissionais da enfermagem, pois a identificação dos medos, dúvidas e expectativas do paciente, assim como a facilitação de uma interlocução mais eficiente entre equipe de saúde e pacientes fazem parte da formação e atuação técnica do profissional de psicologia.

Uma das modalidades de atendimento psicológico hospitalar concerne à preparação psicológica de pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, podendo esse intervir tanto no pré-operatório quanto na recuperação pós-cirúrgica. É importante lembrar que essa vertente da prática foi o próprio berço da Psicologia Hospitalar no Brasil, a partir de 1954, quando Mathilde Neder foi convidada pelo Dr. Eurico de Toledo Carvalho, então responsável pela Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, para realizar o acompanhamento psicológico de pacientes pediátricos submetidos à cirurgia de coluna (Angerami-Camon, Chiattonne, & Nicoletti, 2004).

Costa Junior et al. (2012) ressaltam que o acompanhamento psicológico para o paciente cirúrgico pode trazer inúmeros benefícios, entre eles reduzir ansiedade, promover

estabilidade emocional e aumentar o grau de adesão ao tratamento, além de favorecer o enfrentamento aos estressores da cirurgia. Os autores, a partir de uma revisão de 32 artigos, concluíram que os procedimentos preparatórios para a intervenção cirúrgica mais frequentes são: disponibilização de informações, incentivo à autonomia, apoio social, relaxamento, mudanças no ambiente físico, uso da música e suporte espiritual. Todos os artigos selecionados no referido estudo de revisão tratavam de paciente em condição pré-cirúrgica, em período que antecedia o transporte ao centro cirúrgico ou no aguardo do início do procedimento. Porém, foi encontrada maior concentração de procedimentos de caráter médico e de enfermagem cuja finalidade era facilitar o enfrentamento da intervenção cirúrgica pelo paciente. Não foram encontrados relatos acerca da atuação do psicólogo efetivamente dentro do centro cirúrgico, presente durante o procedimento cirúrgico até o início da recuperação anestésica. Essa não é a realidade do centro cirúrgico integrado pelos participantes desta pesquisa, o qual conta com a colaboração de um psicólogo (o pesquisador) dentro do setor, realizando ali as suas intervenções.

Magalhães e Carvalho (2015) afirmam que o trauma psíquico ganha força quando o paciente, de forma singular, não consegue ressignificar a experiência traumática, sendo que nos casos de trauma físico o temor advém dos pensamentos de morte e do sentimento de impotência diante da ameaça de aniquilamento. Quando esses pensamentos não podem ser reestruturados, dada a intensidade com que a experiência emocional é vivenciada, podem advir os sintomas que dão origem a um quadro crônico de desequilíbrio psicológico, com graves prejuízos para o processo adaptativo do paciente.

A presença do psicólogo também é fundamental em cirurgias pediátricas, seja para atendimento ao paciente ou a outros do seu grupo familiar. A preparação para a hospitalização e cirurgia é um direito da criança, cabendo aos profissionais envolvidos uma postura afetiva e disponível, atendendo as suas necessidades e direitos, especialmente no que diz respeito à informação antecipada sobre todos os procedimentos a serem realizados. Nesse sentido, a psicologia pediátrica tem contribuído substancialmente com estudos sobre adaptação à doença, procedimentos médicos invasivos e hospitalização, promoção da saúde e o trabalho com os pais (Barros, 1999; Carvalho, 2012; Grilo & Pedro, 2005).

Santos et al. (2011) ressaltam que o psicólogo, junto à equipe multiprofissional, busca atender às solicitações dos profissionais relacionadas a aspectos psicológicos envolvidos na internação do paciente, assim como precisa incentivar e, às vezes, mediar o contato entre paciente-equipe e familiares-equipe. O intuito é promover a adesão e uma melhor

compreensão do tratamento por parte dos envolvidos no processo de hospitalização. Nesse contexto, o psicólogo se enquadra como “conscientizador”, além de suas funções básicas de apoio ao paciente. Ele tem a consciência de que precisa tornar a equipe mais integrada para otimizar a experiência do paciente nos hospitais ou clínicas (Castro et al., 2019).

As respostas de oito participantes denotaram a importância do trabalho em equipe com a união dos saberes para oferecer ao paciente e seus familiares um cuidado integral. Segundo Medeiros e Peniche (2006), uma avaliação psicológica do paciente que fará uma cirurgia pode ser mais uma oportunidade para a expressão de sentimentos e pensamentos que vão auxiliar a equipe de saúde que presta os cuidados ao indivíduo respeitando sua singularidade, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de estratégias mais eficientes de enfrentamento do procedimento cirúrgico. Maior colaboração com a equipe médica, facilitação do processo de comunicação, redução dos níveis de *stress* e ansiedade e, conseqüentemente, otimização do tempo de recuperação cirúrgica e alta hospitalar são apontados pelos autores como resultados esperados após a intervenção psicológica.

Juan (2005) afirma que a eficácia do acompanhamento psicológico de pacientes cirúrgicos se sustenta pela instrumentalização desses para lidar adequadamente com as circunstâncias adversas da internação e da cirurgia. O indivíduo adquire recursos de enfrentamento, inicialmente através de técnicas disponibilizadas de acordo com suas demandas, já identificadas pela avaliação psicológica, no período anterior à cirurgia. Posteriormente, pode desenvolver seus próprios recursos, de acordo com suas necessidades e potencialidades. Outros profissionais da equipe, não psicólogos, podem atuar como agentes multiplicadores de estratégias positivas de enfrentamento, coerente com filosofias multidisciplinares de cuidados com a saúde.

A presença do psicólogo na comunicação de más notícias também apareceu nas respostas dos profissionais da equipe de enfermagem. Pereira (2005) descreve o que é uma má notícia como “Qualquer informação que de forma adversa, afeta gravemente a visão de um indivíduo sobre o seu futuro”. Gobbi (2020) em seu estudo aponta que a atuação da psicologia na comunicação de más notícias no contexto hospitalar pode acontecer em três momentos distintos: a priori, a posteriori ou ainda durante o processo da comunicação da má notícia realizada pelo médico. Se o atendimento psicológico for realizado antes da comunicação de más notícias, pode-se investigar quais são os sentimentos do paciente em relação ao seu quadro de saúde, bem como realizar discussão do caso com a equipe de saúde visando compartilhar as impressões do paciente em relação ao seu adoecimento. Entretanto, mesmo

que a comunicação de más notícias ocorra de maneira adequada, a informação pode produzir dano psicológico ao paciente e agravar sua condição e dificultar o tratamento (Angerami-Camon et al., 2006).

Diante de uma má notícia recebida, Medeiros e Lustosa (2011) ressaltam que além do paciente se sentir ainda mais fragilizado, a família é incluída nesse processo e necessita de atendimento especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, pois todos se sentem desamparados e angustiados quando se deparam com essa situação que atingiu um de seus membros. Sendo assim, em muitas circunstâncias, há a necessidade de um acolhimento psicológico. As reações emocionais provocadas na família podem ser um dos aspectos de mais difícil manejo durante o atendimento, portanto faz-se necessário o acompanhamento do profissional da psicologia, juntamente com a equipe médica principalmente quando há necessidade de comunicar um diagnóstico ou prognóstico desfavorável. Enfim, compreendendo o paciente nas suas dimensões biopsicossociais, os profissionais de saúde têm a preocupação em realizar um atendimento mais humanizado, considerando os aspectos emocionais do adoecimento, atuando, dessa maneira, o psicólogo, nas dimensões psicológicas e sociais (Almeida & Malagris, 2011).

7 Considerações finais

A partir dos resultados alcançados no presente trabalho foi possível verificar que profissionais de enfermagem frequentemente identificam no cotidiano do trabalho em centros cirúrgicos variadas necessidades psicossociais nos indivíduos que ali adentram para realizar diferentes tipos de intervenções cirúrgicas, sejam eles adultos ou crianças, o que se aplica também a seus familiares. Essa realidade mostra a necessidade da colaboração de profissionais de psicologia não só em apoio eventual, mas compondo de modo efetivo as equipes multiprofissionais que respondem pela assistência nesse setor do hospital. Ainda, mostra a importância de enfermeiros e técnicos de enfermagem contarem com maior embasamento psicológico em suas formações iniciais e continuada, com aporte teórico-metodológico mais consistente desta área do saber em cursos técnicos ou de graduação, além de terem possibilidades de aprofundamento em cursos de aperfeiçoamento e de capacitação profissional.

As alterações psicológicas predominantemente citadas no caso dos pacientes adultos e nos familiares foram medo, ansiedade e preocupação. Já nos pacientes pediátricos, a expressão emocional de medo evidenciada, sobretudo por comportamentos de choro e de agitação psicomotora, foram respostas destacadas pelos profissionais de enfermagem. Esses dados indicam o quanto fatores emocionais se acentuam em momentos de maior vulnerabilidade dos pacientes, com risco até mesmo de agravar seus quadros clínicos e comprometer os procedimentos cirúrgicos a serem realizados.

Apesar desse panorama, alterações psicológicas de pacientes cirúrgicos e seus familiares podem não receber o devido cuidado, considerando que a formação dos profissionais que atuam no centro cirúrgico comumente se restringe a aspectos técnicos de cada especialidade, tornando o manejo de aspectos psicossociais desafiadores ou mesmo ameaçadores para eles. Os dados da pesquisa mostram que os currículos dos cursos de técnico de enfermagem e da graduação em enfermagem precisam contemplar mais oportunidades de embasamento em psicologia e de fazer maior articulação desses conteúdos com situações práticas. Sendo a enfermagem uma profissão que possui ligação direta com o cuidado em sua integralidade, a percepção e manejo de diversos aspectos psicológicos devem estar presentes na formação dos profissionais desde os períodos iniciais até cursos de pós-graduação, contribuindo para uma assistência que contemple o ser humano como biopsicossocial.

É válido ressaltar que os participantes da pesquisa afirmaram valorizar a colaboração de profissionais de psicologia no centro cirúrgico, mas que, na maior parte das vezes, tentam

lidar com necessidades e demandas psicossociais a partir de suas próprias habilidades e recursos, construídos ao longo da formação pessoal e profissional. Somente quando se sentem incapazes de conduzir situações dessa natureza é que solicitam o apoio de profissionais da saúde mental. Nesse aspecto, cabe o esforço por evidenciar o potencial de contribuição do trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar, cuja atuação ganha destaque não somente pela atuação direta junto aos usuários, mas também pelo seu papel como interconsultor, auxiliando outros membros da equipe de saúde no manejo de demandas psicológicas presentes. Nesse sentido, a atuação do psicólogo no centro cirúrgico, ainda incomum nos hospitais brasileiros, pode contribuir para melhor assistência ao paciente cirúrgico e seus familiares.

Logo, pesquisas como esta ajudam a evidenciar como o conhecimento psicológico pode contribuir para uma melhor assistência nos centros cirúrgicos, abrindo novos espaços de contribuição do psicólogo dentro dos hospitais na atuação conjunta com outros profissionais, em especial com membros da equipe de enfermagem. Entretanto, é preciso considerar que as respostas aqui analisadas foram obtidas junto a um grupo restrito de profissionais que trabalham em um centro cirúrgico de um hospital privado. Sendo assim, novas pesquisas são necessárias para ampliar a compreensão do tema e, conseqüentemente, reforçar as possibilidades do trabalho interdisciplinar na área.

Referências bibliográficas

- Abreu, T. F. K. D., Amendola, F., & Trovo, M. M. (2017). Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 981-987.
- Allard, N. C. (2007). Day surgery for breast cancer: effects of a psychoeducational telephone intervention on functional status and emotional distress. *OncolNursForum*, 34(1), 133-141.
- Almeida, R. A. D., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202.
- Alves, Alexandre Marques. (2020). Atuação do psicólogo na unidade pediátrica em iminência de cirurgia cardíaca. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(3), 1-18.
- Amorim, R. C. (2009). A questão do gênero no ensinar em enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, 17 (1), 64-8.
- Angerami-Camon, V.A. (org). (2006). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. Pioneira: São Paulo
- Angerami-Camon, V. A., Nicoletti, E. A., & Chiattoni, H. B. D. C. (2004). O doente, a psicologia e o hospital. In: *O doente, a psicologia e o hospital* (pp. 108-108).
- Antônio, P. D. S., Munari, D. B., & Costa, H. K. (2002). Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4(1), 33-39.
- Araújo, M.P.S., Medeiros S. M., & Quental L.L.C. (2016). Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), 1-5.
- Araújo, S. T. C., Silva, M. V. G., Santoro, D. C., & Porto, I. S. S. (2005). Intervenções de enfermagem em perioperatório. Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Cupello AJ, Souza SROS, Machado WCA. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo: Atheneu, 209-26.
- Arnhold, D. T., Lohmann, P. M., Pissaia, L. P., Da Costa, A. L. K. & Moreschi, C. (2017). A espera no centro cirúrgico: percepção do familiar. *Destaques Acadêmicos*, Lajeado, v. 9, n. 3, p. 44-58.
- Assis, F., & Figueiredo, S. (2020). A Atuação da Psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicologia Argumento*, 37(98), 501-512.
- Association of perioperative Registered Nurses (AORN) (2012). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver: Aorn.
- Avelar, M. C. Q., Jouclas, V. M. G. (1989). Centro cirúrgico: sistema sócio-técnico estruturado. *RevHospAdm Saúde*;13(4):152-5.
- Bard, R. D., Mülbart, A. L., & Matuzawa, F. L. (2017). Uso de Tecnologia Educacional em uma Escola Pública Municipal . In: *Anais do Simpósio Ibero-Americano de Tecnologias Educacionais*, 226-234.

- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições.
- Barreto, J. B. M., Deon, T. M. P., Gregoleti, V. (2012). Percepção de familiares dos pacientes oncológicos que frequentam o Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba-SC sobre a psico-oncologia. *Unesco & Ciência*, 3(1), 75-84.
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Battie R.N., Rall H., Khorsand L., Hill J. (2017) Addressing Perioperative Staff Member Fatigue. *AORN Journal*;105(3):285-91.
- Beck, J.S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bellani, M. L. (2008). Psychological aspects in day-case surgery. *International Journal of Surgery*, 6(1), 44-S46.
- Borges, A. (2018). A relevância da atuação do psicólogo face ao paciente crítico/cirúrgico e família. *Psicologia PT*, 1-15. Recuperado em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1260.pdf>
- Botelho, A. C. M. A., & Zioni E.C. (2008). Visão arquitetônica do centro cirúrgico para enfermagem. In: Malagutti W, Bonfim IM. *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martinari, p. 31-54.
- Brasil (1986). [Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986](#). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.
- Brasil (1987). [Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987](#). Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.
- Brasil (1994). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Série Saúde & Tecnologia. Brasília; 1994. 136p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf. Acessado em: 13 dez 2020.
- Brasil (2002). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Departamento de Normas Técnicas. Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, e laboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. (2012). Resolução 466/2012. *Aprovação das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Brasil (2021). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. (2020). *Quantidade de cirurgias realizadas no Brasil entre 2019 e 2020*. Recuperado em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>

- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em Pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61-72.
- Broering, C.V. (2019). Preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças submetidas a cirurgias eletivas. In C.V. Broering (Org.). *Psicologia Hospitalar: pesquisa e formas de atuação*. (p. 43-58). Curitiba: Juruá Editora.
- Campos, J., Costa, A., Dessotte, C., & Silveira, R. (2015). Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. *Revista SOBECC*, 20(2), 81-95.
- Carmo, M.L.C. (1996). *Ansiedade no Pré-Operatório: aspectos importantes da visita de enfermagem*. Santa Maria: FAFRA. Monografia (Especialização em Pesquisa), Curso de Pós-Graduação em Pesquisa, Faculdades Franciscanas.
- Carvalho, A. P., & Camargo, G. V. A. (2001). A psicologia na produção científica nacional de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 61-66.
- Carvalho, M. D. R. (2012). *Efeitos de um programa de preparação psicológica para o internamento na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes hospitalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Carvalho, M.R., Malagris, L.E.N, & Rangé, B. (Orgs). (2019). *Psicoeducação em Terapia Cognitivo Comportamental*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Castillo, A.RG.L., Recondo R., Asbahr F.R., & Manfro G.G. (2000). Transtornos de ansiedade. *RevBrasPsiquiater*, 22(3), 20-33.
- Castro et al. (2019). O impacto emocional da cirurgia cardíaca. *Revista Científica Fagoc Multidisciplinar - Volume IV – 2019*. p.43-53
- Castro, E.K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Chamberlain W. M., Tulman L., Coleman E. A., Stewart C. B., Samarel N. (2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncol. Nurs. Forum*, 33(1), 138-144.
- COFEN (2020). *Enfermagem em números*. Recuperado em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
- COFEN (2021). *Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - FIOCRUZ/COFEN*, Rio de Janeiro, 28 volumes. Recuperado em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>.
- CFP (2010). *Resolução 13/07. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Recuperado em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf
- Costa, V. A. D. S. F., Silva, S. C. F. D., & Lima, V. C. P. D. (2010). O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*, 13(2), 282-298.

- Costa Junior, Á. L., Doca, F. N. P., Araújo, I., Martins, L., Mundim, L. Penatti, T., Sidrim, A.C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 271-284.
- Crepaldi, M.A., & Hackbarth, I.D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas de Psicologia*, 10(2),99-112.
- Crepaldi, M.A., Rabuske, M.M. & Gabarra, L.M. (2006), Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: M.A. Crepaldi; B.M. Linhares & G.B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica*, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cruz, E. A., & Soares, E. (2004). A tecnologia em Centro Cirúrgico e o processo de trabalho do enfermeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(1), 109-115.
- Dittrich A., Oliveira, L. A. & Zendron R. C. (2011). *Franco Seminário Paulo Rosas Mathilde Neder*. Rio de Janeiro: Imago.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge to biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Enumo, S. R. F. (2016). Seção temática: Psicologia no contexto hospitalar. *Estudos de Psicologia(Campinas)*, 33(4), 565-567.
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E. & Negri, E. C. (2020). Relevância do estágio curricular em Hospital Universitário sob a perspectiva de estudantes de enfermagem do interior do Amazonas.*Braz. J. Hea. Rev.*, 3(1), 916-924.
- Erzinger, A. R., & Trentini, M. (2003). Enfermeiras e Enfermeiros frente aos desafios no início da carreira profissional. *Rev. Téc-cient. Enfermagem*, 1(5), 332-39.
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1740-1750.
- Fernandes, A.T. (2000). O desafio das infecções hospitalares: visão histórica, a atualidade e perspectivas. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.Parte I*. São Paulo: Atheneu.
- Ferraro, A. (2000). Psicoprofilaxisquirurgica. *Revista Crescimento Interior* 66(7), s-p.
- Finkel, L. A., & Espíndola, V.B.P. (2008). Cirurgia cardíaca pediátrica: o papel do psicólogo na equipe de saúde. *Psicol. Am. Lat.*, 13, 7.
- Fiorentino, S. (2005). Psicoproflaxisquirurgica: como dominar El miedo a operarse. *Diário de Cuyo*. Estilo.
- Fonseca, R. M. P. & Peniche, A. C. G. (2009). Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paul. Enfermagem*, 22(4), 428-433.
- Franco T.B., Merhy, E.E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2): 151-63.

- Frizon, G., Nascimento, E. R. P. D., Bertoncello, K. C. G., & Martins, J. D. J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 72-78.
- Frota, Mirna Albuquerque, et al. (2020). Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 25-35. Epub December 20, 2019
- Garanhani, M.L., & Valle, E.R.M. (2012). O significado da experiência cirúrgica para a criança. *CiencCuidSaude*, 11(suplem), 259-266.
- Garcia, S. B., Lado, M. C., Makler, C., Besada, M., Mucci, M.C., & Covaro, J.A. (2004). *Estratégias de intervención “psi” em situaciones médicas: psicoproficiaquirurgica*. Trabalho apresentado no Congresso de Salus Mental de La Ciudad de Buenos Aires.
- Gil, A. C. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4.ed São Paulo: Atlas.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review*, 54 (2), 183-190.
- Glanzner, C., & Hoffmann, D. (2019). Fatores que interferem na saúde do trabalhador de enfermagem do centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista Cubana De Enfermería*, 35(4)
- Gobbi, M.B. (2020). Comunicação de más notícias: um olhar da Psicologia. *Diaphora. Porto Alegre*, 9(1), 66-69.
- Goldberg J.U., Marshalkowski P.L., Nissen R.B. (2008). The Importance of Mandatory Rest Periods in OR Environments. *Aorn Journal*, 88(5):790-7.
- Gomes, J.A.L. & Pergher, G.K. (2010). A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 173-194.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. *UEL-Granada: APICSA*. 263-278. Recuperado em: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Gorayeb/publication/242745738_A_pratica_da_psicologia_hospitalar/links/54edd8410cf25238f9391a26.pdf
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da Saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (suplem.), 115-122.
- Gorayeb, R., Guerrelhas, F. (2001). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 11-19.
- Grilo, A. M. & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 69-89.
- Guerreiro, M. P. P., et al (2019). Estresse percebido em familiares de pacientes em sala de espera de um centro cirúrgico. *Enfermagem em Foco*, 10(4) p. 22-27.
- Hall J.E., Guyton A.C. (2017). *Tratado de fisiologia médica*. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Harkins et al. (1997). Cirurgia pediátrica. In: Alexander, S. *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10. ed.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- Henderson, A., & Chien, W. T. (2004). Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (8), 960-966.
- Huerta, E. D. P. N. (1996). Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(2), 340-353.
- Jacob, Y., & Bousso, R. S. (2006). Validação de um modelo teórico usado no cuidado com a família que tem um filho com cardiopatia. *Ver. Esc. Enfermagem USP*, 40(3), 374-380.
- Jorgetto, G.V., Noronha, R., & Araújo, I. E. M. (2005). Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 07(03): 273-277.
- Juan, K. (2005). Psicoprofilaxia cirúrgica em urologia. *Psicologia Hospitalar* (São Paulo), 3(2), 1-10.
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicaciones de la psicoeducación em el contexto de la salud. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.
- Lepri, P. M. F. (2008). A criança e a doença: Da fantasia à realidade. *Revista SBPH*, 11(2), 15-26.
- Lima L.M., Oliveira C.C., & Rodrigues K.M.R. (2011). Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. *Esc Anna Nery*, 15(1):96-102.
- Lombardi, M. R., & Campos, V. P. (2018). A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Revista da ABET*, 17(1), 28-46.
- Luz, B., & Souza, J. (2020). Humanização no centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Expressão Católica Saúde*, 5(2), 56-63.
- Machado, M. H. (Ed.). (1995). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Machado, M., Wermelinger, M., Vieira, M., de Oliveira, E., Lemos, W., Filho, W., de Lacerda, W., dos Santos, M., Junior, P., Justino, E., & Barbosa, C. (2016). Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. *Enfermagem em Foco*, 7(ESP), 15-34.
- Machado, W. C. A. (2004). Gênero, saúde e enfermagem: a inserção do masculino no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3 (2), 1-9.
- Madeira, M. Z. A. & Oliveira, E. F. V. (2011). A assistência de enfermagem perioperatória e a satisfação do paciente. *Revista Interdisciplinar*, 4(2), 9-15.
- Magalhães, A. M., & Carvalho, A. M. S. (2015). Trauma e toxicomania: quando a imobilidade do corpo físico mobiliza o psíquico. *Psicologia saúde e hospital: contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, Cap, 8*, 151-164.
- Magalhães, F.M., Gusmam, D.P.P., & Grecca, K.R.R. (2010). Preparo psicológico em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 6(2), 144-166.

- Manzo, B. F., Brito, M. J. M., & Alves, M. (2013). Influence of communication in the hospital accreditation process. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(1), 46-51.
- Marchand, C., Poitou, C., Pinosa, C., Dehaye, B., Basdevant, A., & d'Ivernois, J. F. (2007). Cognitive structures of obese patients undergoing bariatric surgery: a concept mapping analysis. *Obesity Surgery*, 17 (10), 1350-1356.
- Marcolino, J., Suzuki, F., Alli, L.A.C., Gozzani J. & Mathias, L. (2007). Medida de ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: Estudo comparativo. *Rev Bras Anestesiologia*, 57(2):157-66.
- Mathisen, L., Andersen, M. H., Veenstra, M.; Wahl A. K., Hanestad, B. R., & Fosse E. (2007). Quality of life can both influence and be an outcome of general health perceptions after heart surgery. *Health Qual Life Outcomes*, 5(27).
- Maya A.M.S. (2011). Cirurgia: un contexto diferente de cuidado. *Avances em Enfermeria*, 29(1):11-12.
- Medeiros, A. C., & Araújo-Filho, I. (2017). Centro cirúrgico e cirurgia segura. *Journal of surgical and clinical research*, 8(1), 77-105.
- Medeiros, L. A., & Lustosa, M. A. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da SBPH*, 14(2), 203-227.
- Medeiros, V.C.C. & Peniche, A.C.G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 40(1):86-92
- Melchior, L. M. R., Barreto, R. A. dos S. S., Alencar, L. K. B. de, Nunes, D. S., Silva, T. M., & Oliveira, I. F. R. de. (2018). Avaliação do estado de ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos hospitalizados. *Revista De Enfermagem Da UFJF*, 4(2).
- Mello, D.C., & Rodrigues, B.M.R.D. (2008). O acompanhante de criança submetida à cirurgia cardíaca: contribuição para a enfermagem. *Escola Anna Nery*, 12(2), 517-525.
- Mendez, F., Ortigosa, J., & Pedroche, S. (1996). Preparación la Hospitalización Infantil: Afrontamiento del Estrés. *Revista de Psicología Conductual*, 4(2), 191-224.
- Menezes, S.L., & Mello e Souza, M.C.B. (2011). Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 996-1001.
- Mikowski, E. M. P. (2008). *Intervenção psicológica em crianças a serem submetidas à cirurgia através do brinquedo terapêutico diretivo*. Monografia (Bacharel em Psicologia) Universidade Federal de Sergipe: São Cristóvão.
- Minayo, M. C. S., Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, (9)3, 239-262.
- Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Lopes, L. C. C. (2016). Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. *Revista SOBECC*, 21(1), 52-58.

- Mitchell, M. (2007). Psychological care of patients undergoing elective surgery. *Nurs Stand.* 21(30), 48-60.
- Monahan J.J. (2012). Safe Work Hours in the OR. *AornJournal*, 95(1):149-54.
- Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista De Administração Contemporânea*, 15(4), 731-747.
- Nascimento, K. T. S., da Fonsêca, L. D. C. T., da Costa Andrade, S. S., Leite, K. N. S., Zaccara, A. A. L., & da Costa, S. F. G. (2014). Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(3), 435-440.
- Nightingale F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez.
- Nogueira, C.A., Crisostomo, K.N., Souza, R., & Prado, J.M. (2017). A importância da psicoeducação na Terapia Cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano– Higia*, 2(1), 108-120.
- Nunes Santos, S., Lima Santos, L. S. R., Ungaretti Rossi, A. S., Araújo Lélis, J. D., & Vasconcellos, S. C. (2011). Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. *Revista da SBPH*, 14(2), 50-66.
- Nunes, G. C., Nascimento, M. C. D., & de Alencar, M. A. C. (2016). Pesquisa científica: conceitos básicos. *Id onLine Revista de Psicologia*, 10(29), 144-151.
- Nunes, N. A. H. (2021). Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes cirúrgicos frente ao período perioperatório. *Revista Ciência e Saúde On-line*, 6(1).
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Patient safety; Safe Surgery*. Recuperado em: <<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>>.
- Organização Mundial da Saúde (2018b). *Emergency and essential surgical care; Surgery: the neglected component of primary care*. Recuperado em: <http://www.who.int/surgery/esc_component/en/>.
- Ouriques, C. D. M., & Machado, M. É. (2013). Enfermagem no processo de esterilização de materiais. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(3), 695-703.
- Padilha, M. I., Kuhnen, A. E., Ferreira, A. C., Maia, A. R. C. R., Koerich, A. M. E., de Almeida Filho, A. J., ... & dos Santos, I. (2020). *Enfermagem: história de uma profissão*. Difusão Editora.
- Passos, J. B., da Silva, E. L., & de Carvalho Carvalho, M. M. C. (2010). Estresse nocento cirúrgico: uma realidade dos profissionais de enfermagem. *Revista Pesquisa Saúde*, 11(2), 35-38.
- Patenaude, A. F., Orozco, S., Li, X., Kaelin, C. M., Gadd, M., Matory, Y., et al. (2009). Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: attitudes of 108 women who had under gone or were considering prophylactic mastectomy. *Psycho-Oncology*, 17 (8), 831-843.

- Patenaude, A. F., Orozco, S., Li, X., Kaelin, C. M., Gadd, M., Matory, Y., & Garber, J. E. (2008). Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: attitudes of 108 women who had undergone or were considering prophylactic mastectomy. *Psycho-Oncology*, *17*(8), 831-843.
- Peniche, A. C. G., Jouclas, V. M. G., & Chaves, E. C. (1999). A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. *Ver. Esc. Enf. USP*, *33*(4), 391-403.
- Penna, R.B. (1999). *Representações Sociais dos Pacientes Cirúrgicos - Uma Reflexão Sobre o Medo da Cirurgia*. Florianópolis: UFSC. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *14*(1), 33-37.
- Peres, M.A.A. (2013) Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 90 anos de sua criação. *Escola Anna Nery*, *17*(1), 7-9.
- Persch, G. S., Fronza, D., dos Santos Martins, C. E., & Motter, F. H. (2020). Prevalência do medo e ansiedade em pacientes na avaliação pré-anestésica na cidade de Cascavel/PR. *Revista Thêma et Scientia*, *10*(1), 179-186.
- Petry, S., Teixeira Filho, C. A., Mazera, M., Schneider, D. G., & Martini, J. G. (2019). Autonomia da Enfermagem e sua Trajetória na Construção de uma Profissão. *HistEnfermRev Eletrônica*, *10*(1), 66-75.
- Pfeifer, P.M. & Quintana, A.M. (2015). O ato cirúrgico e as fantasias infantis: uma revisão da literatura. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, *23* (2), 9-16.
- Pinheiro, M. C. D., & Lopes, G. T. (1993). A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. *Revista brasileira de enfermagem*, *46*(2), 117-131.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *62*(5), 739-744.
- Prá, L. A. & Picolli, M. (2006). Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *6*(2), 234-253.
- Possari J.F. (2009). *Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão*. 4.ed. São Paulo: Iátria.
- Prebianchi, E.B. & Ferracini, A. (2019). Psicoprofilaxia cirúrgica de pacientes infantis e adolescentes: percepção dos médicos. *Psicologia em Revista*(Belo Horizonte), *25*(2), 476-491.
- Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., & Virtanen, H. (2007). Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(2), 113-119.

- Rawl, S. M., Given, B. A., Given C. W., Champion V.L., Kozachik S.L., Kozachik S.L., Barton, D., Emsley, C. L., & Williams, S. D. (2002). Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. *OncolNursForum*, 29(6), 967-975.
- Razera, A.P.R., Braga, E.M. (2011). A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(3), 632-637.
- Renouf T, Leary A, Wiseman T. Do psychological interventions reduce preoperative anxiety? *JNurs* 2014; 23(22): 1208-12.
- Ribeiro, C.R., & Pinto Junio, A.A. (2009). A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(1), 31-56.
- Ribeiro, R. M., Tavano, L. D. A., & Neme, C. M. B. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos à cirurgia de enxerto ósseo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(3), 67-76.
- Rinaldi, G. (2001). *Prevención Psicosomática del paciente quirurgico*. Padós. Buenos Aires.
- Romano, B.W. (1998) Aspectos Psicológicos e sua Importância na Cirurgia Cardíaca das Coronárias. In: N.A.G. Stolf & A.D. Jatene. (Orgs.). *Tratamento Cirúrgico da Insuficiência Coronária*. São Paulo: Atheneu.
- Rosendahl, J., Tigges-Limmer, K., Gummert, J., Dziewas, R., Albes, J. M., & Strauss, B. (2009). By pass surgery with psychological and spiritual support: study design and research methods. *American Heart Journal*, 158(1), 8-14.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ruhaiyem, M. E., Alshehri, A. A., Saade, M., Shoabi, T. A., Zahoor, H., & Tawfeeq, N. A. (2016). Fear of god in under general anesthesia: A cross-sectional study. *Saudi journal of anaesthesia*, 10(3), 317.
- Sá, A. F., Lourenço, S. F., da Silva Teixeira, R., Barros, F., Costa, A., & Lemos, P. (2021). Cirurgia de urgência/emergência durante o estado de emergência COVID-19 em Portugal: estudo retrospectivo e observacional. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71(5), 5-10.
- Salimena, A. M., de Andrade, M. P., & de Melo, M. C. S. C. (2011). Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 773-780.
- Sampaio, C. E. P., Ribeiro, D. D. A., Marta, C. B., Junior, H. C. S., Rose, E., & Francisco, M. T. R. (2013). Determinant factors of the anxiety and mechanisms of coping on general surgical procedures. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(4), 547-555.
- Santana, C. A. & Oliveira, C. G. E. (2015). Assistência de enfermagem na prevenção de infecções de sítio cirúrgico: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde*, Salvador, 1(1), 76-88.
- Santos, M. A., Rossi, L. A., Paiva, L., Dantas, R. A. S., Pompeo, D. A., & Machado, E. C. B. (2012). Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(4), 922-7.

- Santos, R. M. A. Beresin, R. (2009). A qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico. *Einstein*, 7(2), 152-158.
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., & Marziale, M. H. P. (2011). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 487-493.
- Schmitz, M.S. Piccoli, M., & Vieira, C.S. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: Uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, 2(1), 67-73.
- Schmitz, S. M., Piccoli, M., & Vieria, C. S. (2008). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 2(1), 067-074.
- Sebastiani, R. W. & Maia, E.M.C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(suplem), 50-55.
- Shelley, M., & Pakenham, K.(2007). The effects of preoperative preparation on postoperative outcomes: the model rating role of control appraisals. *Health Psychology*, 26 (2), 183-191.
- Shorter, E. (1996). Primary Care. In: *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. (Porter R. org.) New York: Cambridge University Press.
- Silva, M.A. & Galvão, C.M. (2007). Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico. *RevEscEnfermUSP*, 41(1), 104-12.
- Silva, M.A., Rodrigues A.L., & Cesaretti I.U.R. (1997). *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico*. 2.ed. São Paulo: EPU.
- Silva, M.V.G. (2005). *As atividades dos enfermeiros de centro cirúrgico: análise em instituições públicas e privadas* [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1). 1-14.
- Silva, D. C.; Alvim, N.A.T. (2010). Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *RevBrasEnferm*, 63(3), 427-34.
- Silva, L. P. P. (2006). *O percurso histórico do serviço de psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grandedo Sul. Porto Alegre.
- Silva, M. A. D. R. D. (2011). Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico-Acolhimento de Enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade de Porto, Portugal.
- Silva, W. V. D., & Nakata, S. (2005). Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 673-676.
- Simonetti A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. B. (2012). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12.ed.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (2013). *Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas: Centro Cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização.* 6ª edição. São Paulo: SOBECC.
- Sousa, S. M. D., Bernardino, E., Crozeta, K., Peres, A. M., & Lacerda, M. R. (2017). Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 504-510.
- Souza, K. R., & Kerbauy, M. T. M. (2017). Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *Educação e Filosofia*, 31(61), 21-44.
- Spalding, N. J. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293.
- Stumm, E. M. F., Zimmermann, M. B., Girardon-Perlini, N. M. O., & Kirchner, R. M. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 99-106.
- Suriano, M. L. F., Lopes, D. C. D. F., Macedo, G. P. D. O. S., Michel, J. L. M., & Barros, A. L. B. L. D. (2009). Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(SPE), 928-934.
- Suriano, M. F. (2005). *Comportamento das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem medo e ansiedade identificados no pré-operatório imediato de pacientes submetidos a cirurgias eletivas* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.
- Tercero, Q.G., Hernandez, R.A., Luque, C.M., & Morales, G.P. (2005). Psicoprofilaxisquirurgica (PPQ). *Departamiento de Psiquiatria y Medicina del Adolescente* 1(1).
- Tesser, N.L. & Prebianchi, H.B. (2013). *Preparação psicológica de pacientes adultos e infantis para cirurgia: uma revisão.* Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica. Campinas, SP, Brasil, 18.
- Timby, B.K. (2014). *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.* 10.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Tostes, M. F., da Silva, A. Q., Garçon, T. L., Maran, E., & Teston, E. F. (2017). Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista SOBECC*, 22(1), 3-9.
- Turra, V., Junior, A., Almeida, F. & Doca, F. (2011). Contribuições da Psicologia na atenção ao paciente cirúrgico: uma análise da literatura. *Ciências Saúde*, 22 (4), 353-366.

- Vaitsman, J., & Andrade, G.R.B. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 599-613.
- Vieira, M. C. (2010). Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo*, 8(6), 513-519.
- Watson, A.T. & Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behavior. *Paediatric Anaesthesia*, 13, 188-204.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical in patients. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 956-964.
- Zamo, C. G. S. (1997). O cuidado: terapia de Enfermagem na Pediatria. In R. B. Ceccim & P. R. A. Carvalho (Org.). *Criança hospitalizada: Atenção integral como escuta a vida*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Apêndices

Apêndice A

Questionário Sociodemográfico e Profissional

1. Idade:

- 18 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- Mais de 50 anos

2. Gênero:

- Feminino
- Masculino
- Outro

3. Profissão:

- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem

4. Tempo de formado em enfermagem e/ou técnico de enfermagem:

- Entre 6 meses e 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos

5. Nível de escolaridade:

- Ensino médio
- Graduação (cursando)
- Graduação (concluído)
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

6. Tempo de atuação no Centro Cirúrgico do HUVR:

- Entre 6 meses e 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos

7. Local de atuação no Centro Cirúrgico do HUVR:

- Estar Pré-cirúrgico
- Estar Pré-anestésico
- Sala cirúrgica
- Estar Pós-anestésico

8. Jornada de trabalho no Centro Cirúrgico do HUVR:

- 12x36
- 24x72
- Diarista

9. Contatos prévios com conteúdo de psicologia:

- Em disciplina(s) de curso técnico
- Em disciplina(s) da graduação
- Em curso(s) de especialização
- Em curso(s) de aprimoramento profissional
- Em eventos acadêmicos
- Leituras na área, de modo autodidata
- Em programa de mestrado ou doutorado
- Nenhum
- Outro(s) _____

Apêndice B

Questionário Percepção de Aspectos Psicológicos do Paciente Cirúrgico

1. Na sua atuação no Centro Cirúrgico do HUVR, qual alteração de natureza emocional/comportamental você observa mais frequentemente em **pacientes cirúrgicos adultos**?

Considere as alternativas abaixo e acrescente outra(s) que porventura não tenha(m) sido apresentada(s). Sinta-se a vontade para marcar mais de uma opção.

- choro
- tristeza
- agitação psicomotora
- medo
- ansiedade
- agressividade dirigida à equipe
- agressividade dirigida à família
- insegurança
- pavor
- revolta
- negação
- recusa de procedimentos
- culpa
- desconfiança
- fantasias (pensamentos irrealistas com base na imaginação)
- crenças não-realistas sobre a cirurgia
- pensamentos negativos sobre a cirurgia
- nenhuma alteração
- estresse
- Outras alterações. Quais? _____

2. Dentre as respostas que você assinalou acima, identifique pelo menos duas alterações emocionais/comportamentais que são mais frequentes na sua rotina profissional no Centro Cirúrgico do HUVR e explique como isso ocorre. Você pode dar exemplo(s).

3. Na sua atuação no Centro Cirúrgico do HUVR, qual alteração de natureza emocional/comportamental você observa mais frequentemente em **pacientes cirúrgicos pediátricos**?

Considere as alternativas abaixo e acrescente outra(s) que porventura não tenha(m) sido apresentada(s). Sinta-se a vontade para marcar mais de uma opção.

- choro
- tristeza
- agitação psicomotora
- medo
- ansiedade
- agressividade dirigida a equipe
- agressividade dirigida a família

- insegurança
- pavor
- revolta
- negação
- recusa de procedimentos
- culpa
- desconfiança
- fantasias (pensamentos irrealis com base na imaginação)
- crenças não-realistas sobre a cirurgia
- pensamentos negativos sobre a cirurgia
- estresse
- nenhuma alteração
- Outras alterações. Quais? _____

4. Dentre as respostas que você assinalou acima, identifique uma ou duas alterações emocionais/comportamentais de pacientes pediátricos que são mais comuns na sua rotina profissional no Centro Cirúrgico do HUVR e explique como isso ocorre. Se preferir, você pode optar por dar exemplo(s).

5. Na sua atuação no Centro Cirúrgico do HUVR, qual alteração de natureza emocional/comportamental você observa mais frequentemente em **familiares dos pacientes cirúrgicos pediátricos**?

Considere as alternativas abaixo e acrescente outra(s) que porventura não tenha(m) sido apresentada(s). Sinta-se a vontade para marcar mais de uma opção.

- choro
- tristeza
- agitação psicomotora
- medo
- ansiedade
- agressividade dirigida a equipe
- agressividade dirigida ao paciente
- insegurança
- pavor
- revolta
- negação
- recusa de procedimentos
- culpa
- desconfiança
- fantasias (pensamentos irrealis com base na imaginação)
- crenças não-realistas sobre a cirurgia
- pensamentos negativos sobre a cirurgia
- estresse
- nenhuma alteração
- Outras alterações. Quais? _____

6. Dentre as respostas que você assinalou acima, identifique uma ou duas alterações emocionais/comportamentais em familiares dos pacientes cirúrgicos pediátricos que são mais comuns na sua rotina profissional no Centro Cirúrgico do HUVR e explique como isso ocorre. Se preferir, você pode optar por dar exemplo(s).

7. Em termos de sua atuação, quando você observa essas alterações psicológicas no Centro Cirúrgico do HUVR o que você faz mais comumente? Sinta-se a vontade para marcar mais de uma opção.

- Tenta resolver a situação com base em seus conhecimentos e habilidades
- Discute a situação com outros profissionais da sua área
- Faz encaminhamento ou pede ajuda a um profissional de psicologia e espera que ele resolva a situação
- Faz encaminhamento ou pede ajuda a um profissional de psicologia e participa com ele das intervenções necessárias
- Outro. Explique: _____

8. Que aspectos você acredita que dificulta para um profissional de enfermagem lidar com alterações psicológicas dos pacientes ou de seus familiares no centro cirúrgico? Sinta-se a vontade para marcar mais de uma opção.

- Falta de conhecimento teórico para avaliar ou lidar com aspectos psicológicos
- Falta de habilidades técnicas capazes de ajudar o paciente em termos psicológicos
- Receio de se envolver emocionalmente com o paciente/familiar
- Receio de não saber o que fazer para ajudar o paciente/familiar
- Achar que não é sua atribuição profissional lidar diretamente com aspectos psicológicos
- Achar que tem outros profissionais mais preparados para lidar com aspectos psicológicos
- Outros. Explique: _____

9) O quanto, na sua opinião, os psicólogos podem colaborar para melhorar a assistência ao paciente em Centro Cirúrgico?

- Não podem colaborar
- Colaboram pouco
- Colaboram moderadamente
- Colaboram muito
- Colaboram bastante

10) O que você acha que ajuda os profissionais de enfermagem a lidarem com os aspectos psicológicos dos pacientes em Centro Cirúrgico? Sinta-se a vontade para marcar mais de uma opção.

- Conhecimentos e habilidades adquiridos em cursos acadêmicos
-

- Conhecimentos adquiridos de modo autodidata
 - Habilidades adquiridas ao longo da formação como pessoa
 - Características pessoais (modo de ser)
 - Prática profissional, ou seja, o que aprendeu a partir de sua prática no dia a dia de trabalho
 - A atuação conjunta com profissionais de psicologia
 - Nenhuma situação te ajudou
 - Outro _____
-

Apêndice C



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - UFRRJ
SEROPÉDICA - RJ – BRASIL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Percepção de profissionais da enfermagem sobre os aspectos psicológicos do paciente cirúrgico”, desenvolvida por Vitor Siqueira de Moraes Mesquita, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sob orientação da Professora Dra. Lilian Maria Borges.

Os objetivos deste estudo são: levantar necessidades psicossociais presentes na rotina de um centro cirúrgico, conforme a percepção de profissionais de enfermagem, e investigar como essas necessidades implicam em demanda para intervenção psicológica junto aos pacientes/familiares, assim como para apoio à equipe multiprofissional; identificar, segundo relato de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em centro cirúrgico, alterações emocionais e comportamentais apresentadas por pacientes cirúrgicos adultos e pediátricos e seus familiares; compreender, na perspectiva dos participantes, como o apoio de profissionais psicólogos pode colaborar para melhor assistência ao paciente no centro cirúrgico e maior eficácia do trabalho em equipe; verificar como os profissionais de enfermagem compreendem e manejam aspectos psicossociais manifestados por pacientes em internação cirúrgica, o quanto se consideram capazes de lidar com esses casos e o apoio esperado do serviço de psicologia.

Sua participação, caso aceite, será realizada ao responder dois questionários, um para levantamento de informações pessoais e profissionais e outro para verificar suas percepções sobre aspectos psicológicos que observa em pacientes e familiares durante sua rotina de trabalho em contexto cirúrgico. Esses instrumentos deverão ser respondidos de modo individual e online no link disponibilizado. Caso concorde em participar, para preservar sua identidade e anonimato, você não precisará informar seu nome ao preencher os questionários.

Os riscos da pesquisa são considerados mínimos para os participantes e dizem respeito a alguma alteração psicológica, tais como: ansiedade, estresse e desconforto emocional no preenchimento de questões dos questionários e pelas perguntas que tem relação com o ambiente de trabalho. Os benefícios estimados da pesquisa consistem na possibilidade de seus resultados gerarem conhecimentos com potencial para embasar ações de atenção psicossocial a pacientes assistidos em centros cirúrgicos, auxiliar os profissionais de saúde na identificação de demandas psicológicas neste setor do hospital, favorecer o aprimoramento de habilidades de comunicação dessas demandas por profissionais de enfermagem e promover uma melhor sistematização da atuação da equipe de psicologia no centro cirúrgico, esclarecendo o papel do psicólogo nesse setor do hospital.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõe o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução N510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação na pesquisa é voluntária e você poderá se recusar a participar diante do convite para colaborar na coleta de dados. Mesmo tendo aceito inicialmente, você poderá ainda retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete quaisquer penalidades ou prejuízos. Você é livre para interromper sua participação se assim o desejar ou se recusar a responder as perguntas que porventura lhe tragam algum constrangimento. Sua participação não implicará em custos financeiros, ou seja, você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos do estudo e, por outro lado, também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua contribuição. Após o recebimento do link do formulário da pesquisa, o mesmo ficará aberto para respostas durante o período de 15 dias e nesse tempo você poderá refletir e decidir se e quando participará da mesma.

É assegurado o sigilo de sua identidade e dados pessoais, incluindo a possível apresentação dos resultados em congressos e periódicos científicos. Os dados coletados ficarão sob a guarda do pesquisador envolvido no projeto e não será permitido acesso a terceiros, garantindo sua proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ou crítica. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466 de 2012. Para qualquer outra informação ou dúvida, você pode entrar em contato com o pesquisador Vitor Siqueira de Moraes Mesquita no telefone (022) 98101-3534 ou pelo endereço de e-mail: vitor.smm@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde de Nova Friburgo da Universidade Federal Fluminense – Rua Doutor Silvio Henrique Braune, 22, Centro, Nova Friburgo/RJ – pelo telefone (22) 2528-7166 ou 7168 – Ramal: 207, de segunda a sexta-feira, das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas, ou por meio do e-mail: cep.isnf.comite@id.uff.br. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é o órgão que tem como objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa no Brasil, além de contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Espera-se que este estudo ofereça uma melhor compreensão sobre os aspectos psicológicos que pacientes podem apresentar ao se depararem com a necessidade de uma intervenção cirúrgica e, conseqüentemente, possa contribuir para uma melhor preparação das equipes de saúde para intervir sobre os mesmos. Em especial para os psicólogos hospitalares, a pesquisa poderá ajudar a clarear suas potenciais contribuições em centros cirúrgicos.

Ao clicar no botão “Próxima” automaticamente concordarei em participar da pesquisa e terei acesso aos questionários.

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Contatos:

Vitor Siqueira de Moraes Mesquita – (22) 98101-3534 - vitor.smm@gmail.com

Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges – (Orientadora)