



ORIGINAL ARTICLE

DEFICITS AND COMPETENCES OF THE CLIENT WITH INFECTIONS IN SURGICAL SITE

DÉFICITS E COMPETÊNCIAS DO CLIENTE PORTADOR DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO
DÉFICITS Y COMPETENCIAS DEL CLIENTE CON INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO

Vanessa Cristina Mauricio¹, Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza², Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves³, Gabriela Fontes Pessanha Leite⁴

ABSTRACT

Objective: to detect the deficits and the competences of the client with surgical wound infection for the preparation of surgical dressing. **Method:** this is a qualitative research whose aim was the client with surgical wound infection and the preparation for self care in order to develop the dressing. The setting was a university hospital in the city of Rio de Janeiro and the subjects were eight clients with surgical site infection; the research was submitted to the Ethics Committee of Hospital Universitario Pedro Ernesto (CEP-HUPE), obtaining a favorable opinion for publication, under the Protocol 1978/2008, according to Resolution 196/96 from the Ministry of Health, which concerns research involving human subjects. The collection was carried out within the period from April to June 2008, through a structured interview. The content analysis method was used for data processing. **Results:** the data showed self care deficits in the preparation of the dressing, concerning cognitive, physical ability, and economic conditions for the purchase of the equipment needed to the procedure, besides emotional weaknesses, to develop the technique. **Conclusion:** it was found that some of the deficits identified could be changed through a process of systematized guidance and performed by the nurse. **Descriptors:** perioperative nursing; self care; surgical wound infection.

RESUMO

Objetivo: detectar os déficits e as competências do cliente com infecção de ferida operatória para execução do curativo cirúrgico. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa cujo objeto de estudo foi o cliente com infecção de ferida operatória e o preparo para o autocuidado com vistas ao desenvolvimento do curativo. O cenário foi um hospital universitário do município do Rio de Janeiro e os sujeitos foram oito clientes portadores de infecção de sítio cirúrgico; submeteu-se a pesquisa ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP-HUPE), recebendo parecer favorável para sua publicação, sob o Protocolo n. 1978/2008, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta ocorreu no período de abril a junho de 2008, por meio de entrevista estruturada. Aplicou-se o método de análise de conteúdo para tratamento dos dados. **Resultados:** os dados evidenciaram déficits de autocuidado na realização do curativo, envolvendo aspectos cognitivos, de habilidade física e de condições econômicas para aquisição do material necessário ao procedimento, além de fragilidades emocionais, para desenvolver a técnica. **Conclusão:** verificou-se que alguns dos déficits identificados poderiam ser transformados a partir de um processo de orientação sistematizado e efetuado pelo enfermeiro. **Descritores:** enfermagem perioperatória; autocuidado; infecção da ferida operatória.

RESUMEN

Objetivo: detectar los déficits y las competencias del cliente con infección de herida quirúrgica para ejecución del vendaje quirúrgico. **Método:** esta es una investigación cualitativa cuyo objeto de estudio fue el cliente con infección de herida quirúrgica y la preparación para el autocuidado para desarrollar el vendaje. El escenario fue un hospital universitario de la ciudad de Rio de Janeiro y los sujetos fueron ocho clientes con infección del sitio quirúrgico; se sometió la investigación al Comité de Ética del Hospital Universitario Pedro Ernesto (CEP-HUPE), recibiendo opinión favorable para su publicación bajo el Protocolo 1978/2008, según la Resolución 196/96 del Ministerio de la Salud, que trata de investigaciones con seres humanos. La recogida ocurrió entre abril y junio de 2008, por medio de entrevista estructurada. Se aplicó el método de análisis de contenido para procesamiento de datos. **Resultados:** los datos mostraron déficits de autocuidado en la realización del vendaje, envolviendo aspectos cognitivos, de habilidad física y de condiciones económicas para la adquisición del material necesario al procedimiento, así como fragilidades emocionales, para desarrollar la técnica. **Conclusión:** se verificó que algunos de los déficits identificados podrían ser transformados desde un proceso de orientación sistematizado y realizado por el enfermero. **Descriptores:** enfermería perioperatoria; autocuidado; infección de herida quirúrgica.

¹Enfermeira. Intensivista do Hospital Geral de Guarus e do Instituto Nacional de Traumatismo-Ortopedia. Especialista em Clínica Médica e Cirúrgica e em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: vanessacmauricio@gmail.com; ²Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Coordenadora de Ensino da Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: norval_souza@yahoo.com.br; ³Acadêmico de Enfermagem do 8º período de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Voluntário de Extensão: Orientando o Cliente em Situação Cirúrgica para Diferenciar Cuidado. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: gleidy_fran@hotmail.com; ⁴Acadêmica de Enfermagem do 8º período de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista de Extensão: Orientando o Cliente em Situação Cirúrgica para Diferenciar Cuidado. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: gabrifpl@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Este estudo representa um recorte da pesquisa “Ações do Enfermeiro Para o Autocuidado: orientando o cliente com infecção de sítio cirúrgico para alta hospitalar”, apresentada ao final da Residência de Enfermagem em Clínica Cirúrgica, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2008. Tem como objeto o cliente com infecção de ferida operatória e o preparo para o autocuidado com vista ao desenvolvimento do curativo.

O interesse em abordar a temática deu-se a partir de nossa experiência como enfermeiros em clínica cirúrgica, pois observamos que muitos clientes desenvolviam infecção de ferida operatória e que esta condição inesperada era angustiante, trazendo-lhes sofrimento, principalmente no momento da alta hospitalar.

Além disso, este estudo se fortaleceu a partir da análise dos dados encontrados na literatura, os quais indicavam que as infecções de sítio cirúrgico correspondiam a 25% das infecções hospitalares e representavam riscos significativos à saúde dos clientes devido à sua incidência e letalidade.¹ Além disso, essas infecções são as de maior incidência nos pacientes submetidos a cirurgias.²

Quando a infecção é diagnosticada ainda em ambiente hospitalar, aumenta-se o período de hospitalização, a fim de que se submeta o indivíduo à antibioticoterapia e à realização do curativo. A elevação do tempo de hospitalização traz danos ao cliente, pois o afasta do convívio familiar, das atividades profissionais e sociais, gerando, por conseguinte, possíveis prejuízos econômicos.^{3,4}

Vale destacar que a presença de uma complicação na ferida operatória alimenta sentimentos de angústia, insegurança, medo no cliente, uma vez que tal evento, inesperado, afeta tanto a imagem corporal do cliente como a sua dinâmica de vida.⁵ Além de acarretar efeitos adversos importantes como o aumento da morbimortalidade pós-operatória, da permanência hospitalar e, consequentemente, dos custos da internação.⁴

Ressalta-se que os indivíduos com infecção de ferida operatória, depois de estabilizados, receberão alta, muitas vezes com a ferida não cicatrizada, e terão que executar o curativo em domicílio. Neste momento, muitos destes clientes angustiam-se e amedrontam-se, pois

não se sentem capazes de realizar o procedimento em casa.

Para que eles exerçam o autocuidado em relação ao curativo cirúrgico no domicílio, os enfermeiros, ainda em ambiente hospitalar, devem planejar a assistência de enfermagem, identificando quais as principais dificuldades e facilidades dos clientes em relação à execução do curativo. A partir desse levantamento, é possível trabalhar os déficits e reforçar suas competências, preparando o cliente para que ele realize o curativo, sem tensões e improvisos, o que favorecerá uma recuperação adequada. Por conseguinte, o plano de cuidados, individualizado e voltado para as reais necessidades de cada cliente, além de elaborado com a possível ajuda de todos os envolvidos no processo de cuidar, deverá envolver o próprio cliente e familiares.

Infelizmente, na maior parte das vezes, os profissionais de enfermagem realizam os cuidados de forma isolada e dificilmente incentivam a participação do indivíduo em seu próprio cuidado, excluindo-o e negando sua participação ativa e relevante no processo de cura ou de melhor adaptação à sua condição de saúde.

Acredita-se que estudos como este poderão contribuir com a prática de enfermeiros que trabalham com clientes em situação cirúrgica e portadores de infecção de ferida operatória, auxiliando no preparo para alta de forma sistematizada e coerente com a realidade da clientela assistida.

Portanto, este estudo tem como objetivo detectar os déficits e as competências do cliente com infecção de ferida operatória para a execução do curativo cirúrgico.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

O Ministério da Saúde define infecção hospitalar como aquela que ocorre após a internação do indivíduo, podendo manifestar-se durante a hospitalização, ou até mesmo após a alta, quando relacionada a algum procedimento hospitalar.⁶

A maioria das infecções hospitalares se manifesta como complicações em clientes gravemente enfermos, devido à hospitalização e à realização de procedimentos invasivos. Algumas são evitáveis, cessando quando se interrompe a cadeia de transmissão de microorganismos através de medidas simples e eficazes como a lavagem das mãos.⁷

Os clientes cirúrgicos são considerados vulneráveis às infecções, por sofrerem procedimentos invasivos, algumas vezes muito extensos, e, dentre as principais infecções hospitalares que acometem esses indivíduos,

destaca-se a infecção de sítio cirúrgico, que como já referido, é a principal infecção decorrente de cirurgias.²

A infecção de ferida cirúrgica ou infecção de sítio cirúrgico, ou ainda, de ferida operatória ocorre na incisão cirúrgica ou em tecidos manipulados durante a cirurgia, podendo ser diagnosticada até 30 dias após o ato operatório, e, no caso de implante de próteses, até um ano após o procedimento.²

É uma complicação inerente ao ato cirúrgico, e para mantê-la sob controle e em níveis aceitáveis, faz-se necessário grande esforço. Essa redução em sua incidência produz benefícios tanto em conforto para os clientes quanto em economia de recursos para as instituições de saúde.^{8,9}

A presença de infecção na ferida operatória produz sentimentos de vulnerabilidade e insegurança nos clientes, os quais remetem a sensação de medo, de angústia, de ansiedade, de irritabilidade, que prejudicam sua saúde.⁹ Nesse sentido, o enfermeiro deve estar atento ao cliente, para conseguir avaliar suas necessidades, de diferentes ordens (físicas, mentais, sociais, econômicas e espirituais) e, então, poder identificar e priorizar as ações de cuidado, de modo a agir ativamente em sua reabilitação.

O profissional de enfermagem deve lançar mão de referenciais teóricos que auxiliem e fundamentem suas ações de cuidado, como é o caso das teorias de enfermagem, que constituem uma forma sistemática de olhar o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo.¹⁰

A teoria de enfermagem que mais se articula com o objeto deste estudo é a de Dorothea Orem, cujo conceito central encontra-se ancorado no autocuidado. Ela desenvolve conceitos de autocuidado em enfermagem como práticas executadas pelos próprios indivíduos, para manutenção da vida, saúde e bem estar. Para Orem, o autocuidado só pode ser realizado quando o indivíduo possui requisitos fisiológicos, de desenvolvimento ou comportamentais. Caso exista uma deficiência de autocuidado, a ação de enfermagem deve estar presente, optando por maneiras de ajudar o cliente a conquistar o autocuidado.¹¹

Sua teoria é sustentada por outras três teorias interrelacionadas, a do Autocuidado, a da Deficiência do Autocuidado e a de Sistemas de Enfermagem.

A Teoria do Autocuidado é centrada na concepção de promover a saúde de uma pessoa portadora de necessidades a partir dos

cuidados realizados pela mesma visando o próprio benefício.¹²⁻⁴

Na Teoria da Deficiência do Autocuidado está na essência da Teoria de Orem, o déficit de autocuidado que evidencia a diferença entre a necessidade e a capacidade de se auto cuidar. Isto é, um indivíduo pode necessitar de um cuidado, mas não ser capaz de realizá-lo por não possuir habilidades e competências necessárias para a execução de seu autocuidado, apresentando um déficit que poderá ser sanado através da assistência e ou ajuda da enfermagem.¹²⁻⁵

A Teoria de Sistemas de Enfermagem descreve como a enfermagem se baseia nas capacidades e necessidades dos clientes para a execução do autocuidado, podendo atuar junto a esse indivíduo incapacitado da realização de autocuidado, determinando ou não a intervenção dos profissionais de enfermagem.¹²⁻¹⁵

Para efetuar a definição dos papéis dos atores no processo de cuidar, Orem identifica e sugere cinco métodos de ajuda: I) agir ou fazer para o outro; II) guiar para o outro; III) apoiar o outro; IV) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e V) ensinar o outro.¹⁶

Vale destacar também que Orem confere destaque ao suporte educativo, o qual a assistência de enfermagem esta voltada para ensinar conhecimentos e habilidades ao cliente voltado para a realização do autocuidado.¹⁷

A relação de ajuda da enfermagem envolve não só o cliente como também a sua família, criando-se a expectativa de que ao término do processo educativo o binômio cliente-familiares estejam apto para se tornarem responsáveis pelo autocuidado sob a supervisão de enfermagem.¹⁷

O enfermeiro utiliza-se do processo de enfermagem para identificar os déficits dos indivíduos, levantando quais as ações que deverão executar, como também orientando em função de o indivíduo não ter condições para o desempenho por si só de tais ações, tornando-o não só independente da assistência de enfermagem como capaz de assumir, gradativamente, o seu autocuidado.¹⁸

A partir do exposto, compreende-se que a Teoria do Autocuidado de Orem se aplica ao cliente em situação cirúrgica e com infecção da ferida operatória, tendo em vista que em muitos momentos, eles receberão alta com a lesão sem cicatrizar e terão que realizar o curativo em domicílio. Logo, a identificação de seus déficits e competências em relação à realização do curativo é o primeiro passo para

o planejamento das ações educativas, preparando-o para alta hospitalar.

O enfermeiro, como educador por excelência e participante ativo em todo processo de hospitalização, deve incentivar a prática do autocuidado nos clientes, num contexto em que também é indispensável a presença da família, já que o indivíduo precisará de apoio e autoconfiança. Daí a importância do enfermeiro, pois será ele que, criando um elo com o educando e atuando junto a seus familiares e/ou cuidadores, prepará-los-á para, após a alta hospitalar, se tornarem agentes e parceiros do cuidado no domicílio.

MÉTODO

O estudo teve uma abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, desenvolvido em duas enfermarias de Cirurgia Geral de um Hospital Universitário, na cidade do Rio de Janeiro. Estas enfermarias apresentavam em média 48 leitos, sendo 24 destinados ao cuidado cirúrgico às mulheres e 24 ao sexo masculino.

Os participantes da pesquisa foram oito clientes hospitalizados com diagnóstico confirmado de infecção de sítio cirúrgico. Os critérios para escolha destes participantes foram: serem maiores de 18 anos; estarem lúcidos e orientados e com capacidade para realização do autocuidado; possuírem infecção de sítio cirúrgico diagnosticada pela equipe cirúrgica e pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); hospitalizados e em tratamento na Instituição. Além desses critérios, considerou-se também o desejo dos clientes de participar do estudo.

Antes de iniciar a coleta de dados, submeteu-se a pesquisa no Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP-HUPE), tendo parecer favorável para o desenvolvimento sob o registro de número 1978/2008, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

O período de coleta de dados foi de abril a junho de 2008. Para a captação dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista estruturada, realizada a partir da construção de um instrumento embasado no referencial de Orem.¹⁶ Esse instrumento investigava as habilidades físicas, emocionais, intelectuais e econômico-sociais para realização do autocuidado.

Primeiramente, levantaram-se dados referentes à caracterização dos sujeitos, posteriormente realizavam-se perguntas cujas temáticas, discriminada a seguir, referiam-se

às habilidades necessárias para que o cliente conseguisse exercer o autocuidado com êxito: I) habilidades intelectuais e de compreensão, associadas à condição de saúde; II) habilidades físicas necessárias para a realização do curativo; III) habilidades emocionais para o enfrentamento da situação da adversidade; e IV) habilidades econômico-sociais, abrangendo questionamentos a respeito da aquisição de materiais e apoio dos familiares e equipe de saúde.

Para a análise dos dados, optou-se pelo método de análise temática de conteúdo.¹⁹ adotando-se os seguintes procedimentos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretações. Após a aplicação desse método, emergiram quatro categorias: I) Conhecimento do cliente a respeito da ferida operatória e da realização do curativo; II) Requisitos de autocuidado para a realização do curativo em relação à habilidade psicomotora; III) Sentimentos e emoções do cliente em relação ao processo de autocuidado; e IV) Infecção de sítio cirúrgico e problemática econômico-social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre os dados referentes à caracterização dos participantes do estudo, quatro eram homens e quatro eram mulheres. A faixa etária dos participantes variou entre 30 e 77 anos, mostrando heterogeneidade em relação à experiência de vida e ao grau de compreensão das orientações.

Acerca do nível de escolaridade, três participantes tinham concluído o ensino médio, três apresentavam nível superior incompleto e dois possuíam o nível fundamental completo, refletindo bom nível de escolaridade e, supostamente, capacidade maior de compreensão das orientações a veicular.

Em relação ao levantamento efetuado acerca de morar sozinho ou acompanhado, seis participantes moravam com mais de um indivíduo, confirmando a presença de pelo menos um familiar em domicílio, apoiando e auxiliando-os quando necessário. Os dois clientes que residiam sozinhos informaram contar com a ajuda dos familiares e amigos, caso fosse necessário.

A renda familiar variou de 1-5 salários mínimos (índice-referência R\$ 450,00), fator de extrema importância na aquisição dos materiais e produtos utilizados na realização do curativo.

• **Categoria 1: Conhecimento do cliente a respeito da ferida operatória e da realização do curativo**

Nessa categoria analisa-se o conhecimento dos participantes acerca do processo que estavam vivenciando, ou seja, seus conhecimentos sobre seu estado de saúde, sobre os sinais de infecção na incisão, sobre a importância do curativo. Analisa-se também o conhecimento a respeito dos materiais utilizados na realização do curativo e a identificação das necessidades de manutenção da higiene.

Ao serem indagados a respeito do conhecimento de seu estado de saúde atual, sete participantes definiram adequadamente sua atual condição, e apenas um referiu não saber o que estava ocorrendo. Ressalta-se que saber o que ocorre com seu próprio corpo é um indicador de uma assistência de enfermagem de qualidade, pois é obrigação do enfermeiro orientar o cliente sobre o que está se passando no processo saúde-doença.¹⁴ Logo, a presença de um participante que não conseguia definir o momento pelo qual está passando leva-nos a refletir sobre a importância e a qualidade das orientações fornecidas à clientela.

Em relação ao reconhecimento das características das lesões e presença de infecção da ferida cirúrgica, cinco sujeitos relataram corretamente o aspecto da ferida, dentre eles, dois preocupavam-se com a questão da profundidade. Três participantes, porém, não souberam responder a essa pergunta. A detecção e descrição do aspecto das lesões tornam-se importante para reconhecimento adequado do processo cicatricial. Reconhecemos que esse déficit em relação à definição da ferida deve ser valorizado, pois os sujeitos que irão para casa com a lesão ainda não cicatrizada deverão identificar a presença de qualquer complicação para que possam procurar o serviço de saúde, e atingir o sucesso do tratamento.

Em relação ao reconhecimento da importância da realização do curativo, todos os participantes referiram sua relevância, mesmo quando não sabiam identificar corretamente as características das lesões. Eles evidenciaram que fazer o curativo diariamente era um fator essencial para cicatrização da ferida, como apresentado no relato: *“Ah, é importante porque agente sabendo que vai fazer o curativo, está procurando um jeito de cicatrizar.”* (Participante 7).

Ao serem indagados em relação ao reconhecimento dos materiais que deverão utilizar no curativo, destacamos que um dos clientes não fez referência à gaze; três não referiram o soro fisiológico (SF) a 0,9%; quatro

não citaram o álcool 70%; e três não referiram a necessidade de fita adesiva.

Destacamos que o curativo na instituição é realizado diariamente pela equipe médica ou de enfermagem, utilizando como materiais o SF 0,9%, a gaze, o álcool 70%, e, quando necessário, micropore ou esparadrapo. Em alguns momentos, outros produtos podem ser utilizados nas lesões, de acordo com a disponibilidade do Serviço e a avaliação dos profissionais. Desta forma, um dos clientes referiu o uso da papaína em sua lesão: *“Gaze, soro, esparadrapo, também estão colocando papaína...”*. (Participante 4).

O reconhecimento do material a ser utilizado é um fator extremamente importante para a continuidade do cuidado em domicílio. O cliente precisa saber identificar o que será utilizado, para dar continuidade ao seu tratamento.

Investigaram-se a importância de cuidados de higiene e de limpeza durante a realização do curativo e os cuidados que seriam necessários durante o procedimento. Apreendeu-se que todos os participantes consideravam importante o rigor nesses cuidados, assim, seis deles julgaram importante a lavagem das mãos antes da realização do curativo; quatro citaram a desinfecção do local com álcool 70%, e quatro referiram o uso individualizado do material como fator importante de higiene: *“São muito importantes para não aumentar a infecção como lavar as mãos, usar luva estéril e limpa e não mexer em outras coisas antes de fazer o curativo”*. (Participante 6).

Destacamos o encontro de algumas deficiências importantes, que deveriam ser trabalhadas, no momento da elaboração do plano de cuidados, tais como: o desconhecimento acerca do que está ocorrendo com seu próprio corpo ou a inconsistência em descrever o aspecto da lesão e suas complicações. Vale destacar também que as competências encontradas devem sempre ser reforçadas para incentivarem os clientes na sua manutenção.

• Categoria 2: Requisitos de autocuidado para a realização do curativo em relação à habilidade psicomotora.

Nessa categoria analisaram-se as condições físicas necessárias para os participantes realizarem o curativo e manusearem o material. Agrupamos aspectos referentes às dificuldades visuais e motoras apresentadas, alcance do local da ferida, e em relação à descrição da técnica e manuseio dos materiais disponíveis.

Ao serem indagados sobre dificuldades visuais, dos oito participantes do estudo, apenas dois referiram dificuldades e cinco referiram utilizar lentes corretivas como óculos para melhor visualização desses aspectos. É intrigante que os dois participantes que referiram dificuldade em enxergar não faziam uso de lentes corretivas, o que levou à identificação da necessidade de avaliação médica oftalmológica para detecção de alguma complicação e de prescrição do uso de lentes corretivas caso necessário. Exemplificamos com o seguinte relato: *“Sim, eu tenho dificuldade para enxergar, pois tenho três aberturas no curativo, mas eu também faço uso de óculos”*. (Participante 4).

Ressalta-se que todas as lesões tinham localização abdominal, e mesmo aqueles clientes com dificuldades visuais referiam enxergar e alcançar o local da ferida operatória.

Ao serem questionados a respeito da mobilidade, um dos participantes referiu não andar corretamente, por dificuldades motoras anteriores à cirurgia, e cinco clientes relataram movimentar-se com dificuldade por terem realizado cirurgias extensas e dolorosas. A fala apresentada a seguir exemplifica esta análise: *“Não tenho dificuldades para me movimentar, só as dificuldades inerentes das condições em que eu estou, mas dá pra levantar, ficar de pé, eu ando normalmente, as dificuldades são pelas circunstâncias”*. (Participante 1).

A mobilidade mostra-se essencial para a realização do curativo em domicílio, pois os clientes terão que adquirir o material, manipulá-lo, mudá-lo de posição, embora algumas estratégias pudessem ser adotadas para minimizar o déficit de mobilidade, as quais dependerão das condições de saúde do cliente e de sua realidade. O enfermeiro deve detectar esse déficit para, em conjunto com o cliente e família, pensarem estratégias que viabilizem o autocuidado.

Indagamos aos clientes como eles realizariam o curativo em domicílio, solicitando que descrevessem passo a passo essa realização. Seguem-se dois relatos: *Da forma que faz aqui no hospital, lava a mão, abre os materiais, usa a luva, depois pega o soro para lavar e vai esfregando assim dos lados, seca e coloca a gaze e fecha com esparadrapo ou atadura* (Participante 2). *“Limpar com gaze, com álcool e limpar, apertar onde tinha pus e deixar sair, limpar de novo com gaze, dobrar e cobrir com esparadrapo”*. (Participante 5).

Destacamos que, durante a entrevista, seis clientes demonstraram, através de seguidas indagações a respeito da técnica, sua insegurança quanto aos procedimentos de

realização do curativo. Fica, então, evidente a importância do papel do enfermeiro como educador, uma vez que a realização do curativo pode ser um momento em que cliente e enfermeiro interagem a fim de que se consolidem os conhecimentos sobre os passos da realização do curativo.

• Categoria 3: Sentimentos e emoções do cliente em relação ao processo de autocuidado.

Esta categoria trata das habilidades e déficits emocionais que poderiam interferir na adesão ao autocuidado. Os aspectos encontrados fazem referência às dificuldades que os clientes teriam em casa para realizar o curativo; o significado da realização desse procedimento; as mudanças inesperadas e radicais em sua vida depois do diagnóstico da infecção; e o levantamento de suas motivações para realização do autocuidado.

Ao serem questionados a respeito das dificuldades que seriam encontradas por eles para realizarem o curativo em domicílio, os participantes referiram que: *“Penso que teria dificuldade sobre como fazer o curativo, fazer certinho como aqui, usando todos estes produtos...”*. (Participante 7). *“A dificuldade maior seria eu mesmo, pois não tenho coragem de fazer sozinho...”*. (Participante 4).

As dificuldades referidas pelos participantes são fatores muitas vezes relacionados ao emocional, como a falta de coragem para realizar o curativo, associado ao medo do desconhecido e à insegurança em relação à realização do procedimento. Esses sentimentos podem ser trabalhados com os clientes no dia a dia, o enfermeiro, atuando na educação para a saúde e mostrando a melhoria do cliente, incentiva-o ao autocuidado, externando seu potencial para desenvolver ações que interfiram para melhora da saúde.¹⁴

Ao serem questionados sobre o significado de realizar o curativo todos os dias, três participantes do estudo referiram medo, cinco insegurança, dois tristeza, três ansiedade, dois aceitação em relação à situação, quatro evidenciaram motivação para fazer o procedimento, um participante revelou dor e cinco mencionaram que era uma necessidade. Todos os clientes citaram em sua entrevista mais de um sentimento, o medo referido por alguns diz respeito ao desconhecido, aos questionamentos em relação à melhora da ferida: *“[...] é uma sensação de angústia, ansiedade e medo, medo de complicar ainda mais a cirurgia e medo de não fechar...”*. (Participante 6).

O sentimento de insegurança foi um dos mais citados pelos sujeitos do estudo, pois não

há como prever o tempo de recuperação dos clientes e nem as seqüelas físicas e emocionais do acometimento.³

Ainda nessa categoria, indagou-se aos participantes sobre as mudanças ocorridas em sua vida após o aparecimento da complicação cirúrgica, e três deles referiram mudanças importantes como a fragilidade emocional, o aumento no período de hospitalização e o afastamento do trabalho. Evidenciou-se que o sentimento de fragilidade emocional era ocasionado pelo medo e incertezas sobre a cicatrização da ferida operatória. Também se apreendeu o aumento do período de hospitalização como uma mudança importante referida por quatro participantes. Segue um relato para exemplificar esta análise: *“Mudou tudo, primeiro acho que afetou meu emocional, eu estava pronta para levar uma vida normal e, de repente, eu me vi com tudo estacionado, sendo provocado pelos outros, eu fiquei arrasada, chorei muito...”*. (Participante 2).

O prolongamento da hospitalização acaba por interferir em vários aspectos na vida das pessoas, com o seu afastamento da família e dos amigos, das atividades de lazer e do trabalho, fatores essenciais para qualidade de vida do ser humano.⁴ O afastamento do trabalho foi referido por dois participantes que dependiam de sua força de trabalho para obtenção de dinheiro: *“Mudou muitas coisas, tive que parar de trabalhar, fiquei debilitada, atrapalhou tudo...”*. (Participante 5). *“Sim, muita coisa, medo, insegurança, medo de complicar mais e de não fechar e também vou ter que ficar mais tempo em casa sem trabalhar...”*. (Participante 6).

Em relação à motivação para realização do curativo em casa (autocuidado), todos os participantes do estudo estavam motivados em efetuá-lo. Enfatiza-se que esse fator é resultante do entendimento dos participantes acerca da importância da realização do curativo, mesmo aqueles que referiram não ter coragem de realizá-lo evidenciavam motivação, pois apontavam que poderia ser realizado por outra pessoa.

• Categoria 4: a infecção de sítio cirúrgico e a problemática econômico-social.

Nessa última categoria foram abordadas questões a respeito de como cada participante iria adquirir o material utilizado na realização do curativo; sobre a presença de saneamento em suas residências; acerca da presença do apoio familiar; e questões relacionadas às orientações dos profissionais sobre a realização do curativo.

Investigou-se se os participantes tinham condições de comprar o material utilizado no

curativo e apenas dois participantes referiram ter condições financeiras para adquiri-lo. Alguns dos participantes mostraram-se muito apreensivos em relação ao lugar em que conseguiriam os materiais e muitos contavam com a ajuda do próprio hospital: *“Olha, eu pretendo pegar aqui no hospital mesmo, o pessoal da nefrologia ficou de me ajudar com luva, gaze, soro...”*. (Participante 3). *“Esse é um sério problema, eu quero saber como vou ter este material...”*. (Participante 2).

Em relação às condições de moradia, todos os participantes do estudo referiram residir em casa com água encanada e esgoto, fator de extrema importância para manutenção da higiene e limpeza do ambiente. Essa condição de limpeza é essencial para manutenção de um ambiente seguro e limpo para realização adequada curativo.¹⁹

Quando indagados sobre a participação da família no cuidado, todos referiram ter apoio familiar, mesmo aqueles que residiam sozinhos diziam ter sempre algum membro da família por perto para ajudar. A presença do familiar é importante na recuperação dos indivíduos, uma vez que transmite segurança e apoio psicológico, físico, social e até financeiro neste momento delicado e de fragilidade.²⁰ *“Tenho muito apoio, pois eles sempre ficam do meu lado...”*. (Participante 6).

Ao serem questionados a respeito de possíveis orientações fornecidas por profissionais da saúde, todos os participantes referiram não as terem recebido. Ressalta-se que a maioria deles estava em processo de alta hospitalar e o conhecimento adquirido a respeito da realização do curativo foi obtido pela observação das atividades de profissionais que realizavam o curativo, ou seja, nada tinha sido sistematizado para esses participantes em termos de educação para saúde e de autocuidado no domicílio.

Vale enfatizar que, ao término da entrevista, os clientes sempre demonstravam dúvidas, perguntavam e pediam esclarecimentos a respeito da realização do procedimento e demonstravam interesse e atenção, sinalizando que havia déficit no processo de orientação para o autocuidado.

CONCLUSÃO

Ao final do estudo, detectaram-se alguns déficits para realização do autocuidado com foco na execução do curativo:

I) Ausência de um processo sistematizado de orientação para que o cliente executasse seu curativo com segurança e confiança, assim como escassez de esclarecimentos para que os participantes compreendessem a situação que estavam vivendo; II) Dificuldades econômicas

dos participantes para aquisição dos materiais utilizados no curativo, sinalizando necessidade de uma rede de apoio social a fim de garantir a aquisição dos mesmos; III) Impacto emocional negativo, envolvendo a complicação cirúrgica (infecção da ferida operatória), o que conduzia à dificuldade de enfrentamento da situação; IV) Déficits de habilidade física para realização do procedimento, como dificuldade de visualização da área operada por baixa acuidade visual, limitações de mobilidade impostas pelo próprio procedimento cirúrgico ou pela condição de saúde dos clientes.

Verificaram-se também algumas competências que poderiam ser fortalecidas para alavancar o autocuidado na realização do curativo:

I) Apoio dos familiares frente à problemática de saúde vivida pelos participantes do estudo; II) Percepção dos participantes de que a realização do curativo é essencial para atingir a cicatrização da ferida operatória; III) Identificação de que a limpeza e a higiene são relevantes para a cura da infecção; IV) Certeza de que eles precisavam executar este procedimento no domicílio a fim de favorecer o processo de recuperação da saúde.

Considera-se que, ao identificar os déficits e as competências que a clientela apresenta para a execução do seu autocuidado, o enfermeiro pode elaborar e implementar um plano de cuidados que busque atingir essa meta através de ações individualizadas voltadas para o perfil da clientela assistida, abrangendo sua especificidade de saúde, social, econômica, emocional, dentre outros aspectos essenciais para garantir o sucesso de sua recuperação.

Outro ponto a considerar é que, dentre as competências do enfermeiro no contexto cirúrgico, a orientação é um cuidado de enfermagem imprescindível, pois assegura o bem-estar e a adaptação do cliente à sua condição de saúde, seja ela temporária e caracterizada pelas alterações orgânicas que compreendem os períodos pré, trans e pós-operatório, seja permanente, representada pelas limitações que o procedimento cirúrgico impôs. Através dos resultados deste estudo depreende-se que os enfermeiros não orientam como deveriam os seus clientes, caso se considere a qualidade e a quantidade das informações sobre o autocuidado. Assim, recomendam-se o incentivo constante e a capacitação permanente dos enfermeiros com o objetivo de oferecer cuidado adequado aos clientes em situação cirúrgica.

Por meio desta pesquisa foi possível avançar no sentido de elaborar e implantar um plano de cuidados individualizado para cada um dos clientes e, assim, garantir um processo sistematizado e científico cuja meta era assegurar o autocuidado com foco na realização do curativo. Este plano caracterizou-se na principal contribuição do estudo para o serviço em que se desenvolveu a pesquisa.

Sugere-se a elaboração de novos estudos que busquem, por exemplo, a avaliação do autocuidado executado pelos clientes, após passarem por todo este processo de levantamento dos déficits e competências no domicílio, e a efetivação de um plano de orientação para o autocuidado no lar. A realização destes estudos poderá evidenciar a superação das dificuldades dos clientes e destacar a relevância desse processo para o bem-estar da clientela assistida.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AC, Lima BAG. Vigilância pós-alta dos pacientes cirúrgicos: métodos recomendados e a experiência de um hospital universitário. *Rev Min Enf.* 2004; 8(3):409-413.
2. Oliveira AC, Soares JL, Garcia CA, Scatena PV, D'osvald L, Ciosak, SI. Seguimento pós-alta do paciente cirúrgico: uma análise da importância da subnotificação da incidência da infecção do sítio cirúrgico. *Rev Min Enf.* 2003;7(1):48-51.
3. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):717-22.
4. Nichols R. Preventing surgical site infections: a surgeon's perspective. *Emerg Infect Dis.* 2001;7(2):220-4.
5. Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enferm [periódico na Internet].* 2006[acesso em 2009 dez 10];8(1):9-16. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/ori_ginal_01.htm.
6. Ministério da Saúde. Portaria n° 2616/1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1998.
7. Pereira MS, Souza ACS, Tipplez AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2005;14(2):250-7.
8. Ferraz EM, Ferraz AAB, Bacelar TS, D'Albuquerque HST, Vasconcelos MDMM, Leão

CS. Controle de infecção em cirurgia geral: resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. *Rev Col Bras Cir*. 2000;28(1):17-26.

9. Medeiros AC, Neto TA, Filho AMD, Junior FELP, Uchoa RAC, Carvalho MR. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 2003; 18(2 Suppl 1):15-18.

10. Hickman JS. Introdução à Teoria da Enfermagem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 11-20.

11. Fialho AVM, Pagliuca LMF, Soares E. Adequação da teoria do déficit do autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(5):715-20

12. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 3rd ed. New York: McGrawHill Company; 1980.

13. Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas da enfermagem brasileira. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16(3):313-8.

14. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2006;15(Spe):152-7.

15. Felix LG, Nóbrega MML da, Fontes WD de, Soares MJGO. Análise da Teoria do Autocuidado de Orem de Acordo com os Critérios de Fawcett. *Rev Enferm UFPE on line* [periódico na internet]. 2009[acesso em 2011 jun 10];3(2):173-78. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/307/303>.

16. Foster PG, Bennett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 83-101.

17. Dupas G, Pinto, IC, Mendes MD, Beneditini Z. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. *Acta Paul Enf*. 1994;7(1):19-26.

18. Tashiro MTO, Souza MF, Oliveira SD. Auto cuidado no tratamento pelo método Ilizarov - um estudo de caso. *Rev Bras Enferm*. 1995;48(1):46-50.

19. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa(PO): Edições 70; 2010.

20. Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. *Cogitare Enferm*. 200;12(3):353-7.

21. Santos JA. Instrumentalizando a enfermagem para o diagnóstico da competência e do déficit do cliente para o autocuidado, relacionado ao curativo [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2002.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/07/31

Last received: 2011/11/06

Accepted: 2011/11/07

Publishing: 2011/12/01

Corresponding Address

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/
Centro Biomédico/Faculdade de Enfermagem
Av. Boulevard 28 de Setembro, 154 – Vila Isabel
CEP: 20551-030 – Rio de Janeiro (RJ), Brazil