

# CIRURGIAS GINECOLÓGICAS: PROBLEMAS PÓS-ALTA

Olga Maimoni Aguillar \*  
Branca Maria de Oliveira Santos \*  
Marli Villela Mamede \*\*

---

**RESUMO** – Este trabalho objetivou estudar os problemas pós alta apresentados por pacientes submetidas a cirurgias eletivas ginecológicas de médio porte e conhecer o processo de atendimento a estas pacientes no contexto do sistema de saúde. Através de visitas domiciliares, foram recolhidos dados de 27 pacientes, cuja análise foi realizada de forma discursiva e tendo como base o referencial teórico Lalonde, que vê a saúde como um processo dinâmico do indivíduo com o seu meio ambiente. Os resultados evidenciaram o despreparo das pacientes e suas famílias para a assistência, os problemas enfrentados e as soluções a eles apresentados.

**ABSTRACT** – The objective of this paper has been to study the problems of gynecological surgical patients after discharged from the hospital, and, to know the attending process of health system. Twenty-seven patients have been interviewed at home, and the data have been analysed in a descriptive way. The LALONDE theoretical framework has been used, which focus health as dynamic process between the individual and environment. The findings have shown that the patients and their families are not prepared to take care, and to cope with the problems and to solve them.

---

## 1 INTRODUÇÃO

A alta hospitalar tem sido objeto de recentes estudos realizados por enfermeiros, na tentativa de se encontrar respostas aos questionamentos relativos ao tema, que vêm emergindo de sua prática profissional.

Considerando que, a assistência à saúde na área hospitalar vem assimilando os inúmeros avanços tecnológicos ocorridos no sistema de saúde como um todo, o mesmo não se pode dizer da assistência extra-hospitalar, tendo em vista os problemas de saúde que enfrentam os pacientes no domicílio, após a alta hospitalar, problemas esses que carecem de estudo e avaliação.

Neste sentido, o trabalho realizado anteriormente por nós, abordando a alta do paciente cirúrgico no contexto do sistema de saúde, discute algumas questões como: quem assume a responsabilidade da assistência ao paciente que saindo de alta ainda necessita de cuidados? Que problemas são vivenciados pelos pacientes ou por quem assume os cuidados? De que sistema de apoio à saúde dispõe o paciente para a sua recuperação? Como ocorre a recuperação pós-operatória do paciente em seu domicílio<sup>1</sup>.

No referido estudo, chamou-nos a atenção, o significativo número (54%) de pacientes submetidos a cirurgias ginecológicas.

SILVA<sup>8</sup> em trabalho realizado abordando a necessidade de orientação para a alta de pacientes cirúrgicas ginecológicas, coloca que estas, geralmente apresentam uma série de problemas específicos, que necessitam de atenção especial do enfermeiro. Refere ainda que, para o atendimento dessa necessidade, é importante um plano de orientação sistematizada.

WHITE, HOLLOWAY<sup>10</sup> afirmam que o papel da enfermeira no processo de alta é de proporcionar assistência desde a internação, ensinando o paciente e a família.

Neste sentido, é importante considerar que um plano de alta se constitui em uma série de eventos, que se desenvolvem visando preparar o paciente para a transição do ambiente hospitalar para o domiciliar. Atenção recente tem sido dada à assistência domiciliar e vários fatores têm estimulado essa forma de trabalho.

BLANK e cols<sup>2</sup> lembram que o próprio envelhecimento da população tem levado à exigência de tais serviços, como também, à per-

\* Professor Doutor – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

\*\* Professor Doutor – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

cepção de que o cuidado domiciliar pode reduzir o custo da assistência e o número de dias de internação. Afirmam ainda que, há um forte incentivo hoje em se retornar os pacientes para as suas próprias casas, a fim que de possam recuperar-se ou morrer em família, circundando de maior conforto.

Diante desse contexto, com o crescimento da responsabilidade da família para com o cuidado do paciente, torna-se evidente o importante papel do enfermeiro, durante o processo de internação do paciente, na transmissão de conhecimento necessário ao enfrentamento efetivo dos problemas que advêm do processo de recuperação.

Todas essas considerações nos levaram a ponderar sobre a oportunidade em estudarmos os problemas específicos do grupo de pacientes submetidas à cirurgia ginecológica, levantados quando de nosso trabalho anterior, e dessa maneira obtermos subsídios para uma melhor orientação na prevenção de problemas pós-operatórios, dando condições para a assistência de enfermagem com vistas à qualidade.

## 2 METODOLOGIA

Participaram do estudo 27 (vinte e sete) mulheres, que foram submetidas à cirurgias ginecológicas eletivas de médio porte em um hospital-escola do Estado de São Paulo, no primeiro semestre de 1989, maiores de 18 anos, auto e alo-psiquicamente orientadas e que concordaram em participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, elaboramos um roteiro (Anexo 1) adaptado do instrumento utilizado pela Organização Mundial de Saúde, em trabalho, realizado na Europa, onde analisou-se a necessidade de cuidados de enfermagem de um grupo de pacientes cirúrgicos<sup>9</sup>.

A coleta de dados foi realizada em duas fases: a primeira que constou de visitas às pacientes na unidade de internação e onde foram abordados a finalidade da pesquisa e o convite para a participação da mesma. A segunda, constou de visitas pós-operatórias, nos domicílios,

realizadas entre o 5º e 10º dias após a alta hospitalar. Nessa ocasião fizemos uma entrevista semi-estruturada e um exame físico das pacientes para a avaliação das condições de cicatrização da incisão cirúrgica e complementação das informações referentes aos dados funcionais de saúde, cujo roteiro encontra-se ao Anexo 1.

Para a análise dos dados, fundamentamos nas colocações de LALONDE<sup>3, 4, 7</sup> que vê a saúde como resultante de um processo dinâmico de integração do indivíduo com seu meio ambiente, sob quatro dimensões: 1) o indivíduo como ser biológico, com um potencial genético e um grau de atualização deste potencial, consequência de suas vivências anteriores; 2) o meio ambiente em que vive, visto em sua mais ampla dimensão ecológica e social; 3) o seu modo particular de interagir com seu meio ambiente, isto é, seu estilo de vida; e 4) o grau de apoio à saúde que ele recebe de um sistema estruturado para proteção e recuperação da saúde.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados e a sua análise estão apresentados considerando-se o referencial teórico, que extrapola as questões estritamente do setor-saúde, apontando caminhos também na área social, econômica e cultural.

A partir dos dados obtidos pudemos traçar o perfil geral do grupo estudado que se caracterizou predominantemente por mulheres na faixa etária de 30 a 40 anos, (11%) e casadas (21%) (Tabela 1).

Em relação à faixa etária podemos observar que, quase metade do grupo (48,2%), se concentrou na década de 30 anos. Esse é um fenômeno esperado visto que é nesse período de vida que as mulheres, em nossa sociedade, estão consolidando os seus papéis na constituição da prole e, em consequência dos eventos obstétricos, surgem problemas tanto de ordem biológica como social.

**Tabela 1 – Distribuição das pacientes segundo faixa etária e estado conjugal Hospital Escola. São Paulo. 1989**

Estado civil	S	C	V	D	SE	A	Total	%
Faixa Etária								
30 - 40	1	11	1	-	-	-	13	48,2
40 - 50	-	7	-	-	1	1	9	33,3
50 - 60	-	3	-	1	-	-	4	14,8
60 - 70	1	-	-	-	-	-	1	3,7
TOTAL	2	21	1	1	1	1	27	100%

### LEGENDA:

S - Solteira  
 C - Casada  
 V - Viúva  
 D - Desquitada  
 SE - Separada  
 A - Amasiada

Através da Tabela 2, verifica-se que 55,6% das mulheres, se submeteram à cirurgia perineal como única abordagem cirúrgica ou associada à cirurgia abdominal, sendo que todas elas fizeram correção de incontinência urinária.

Chama-nos a atenção que apenas 14,8% das mulheres realizaram cirurgia com finalidade de contracepção (laqueadura), porém associada à correções ginecológicas (Burch e colpoperineo-

plastias). Acreditamos que este dado seja discrepante do encontrado na rede privada; visto que não é política dos hospitais universitários realizar tais intervenções de rotina.

Dentre as cirurgias realizadas, 22,2% das pacientes, realizaram histerectomia, dado este coerente com a idade média dessa amostra que foi de 41 anos, idade em que os problemas relacionados à matriz começou a surgir.

Tabela 2 – Distribuição das pacientes segundo o tipo de cirurgia.

TIPO DE CIRURGIA	Nº	%
COLPORERINEOPLASTIA	4	14,8
HISTERECTOMIA (ABDOMINAL)	5	18,5
OOFORRECTOMIA	1	3,7
BURCH + COLPORERINEOPLASTIA	6	22,3
BURCH + COLPORERINEOPLASTIA + LAQUEADURA	4	14,8
MASTECTOMIA	5	18,5
MASTOPLASTIA	1	3,7
HISTERECTOMIA + BURCH + COLPORERINEOPLASTIA	1	3,7
TOTAL	27	100%

Por outro lado, das 6 (seis) pacientes submetidas à cirurgia de mama, 5 (cinco) delas foram mastectomizadas e ao observarmos suas idades, constatamos uma média de 47 anos, o que vêm corroborar a tese de maior incidência de câncer de mama após os 45 anos.

Ao verificarmos a forma de acesso ao Serviço de Saúde onde as pacientes foram submetidas à cirurgia pudemos observar que, apesar de existirem serviços de atenção primária próximos à residências das mesmas, a maioria, 59,3%, dirigiu-se diretamente ao serviço de atenção terciária. Essa inversão do fluxograma proposto para a assistência à saúde, foi justificada pelas pacientes com os seguintes argumentos: desconhecimento da dinâmica de atendimentos do setor, experiências negativas anteriores com relação ao atendimento da rede de atenção primária, ser registrada no serviço de atenção terciária em que foi operada e ser parente ou amiga de pessoas que trabalham no referido Serviço e que portanto facilitaram o seu atendimento. Este dado, foi também encontrado por FÁVERO<sup>8</sup> quando afirma, que essa constatação denota a ausência de articulação entre os serviços de saúde o que vem gerando uma grande demanda reprimida no setor. Os serviços de atenção terciária, pela sobrecarga de atendimento, têm deixado de atender grande número de pacientes ou retardando o seu atendimento, fato confirmado pelos longos períodos de espera referidos para o atendimento, especialmente para os casos considerados de menor urgência,

como os de cirurgias para correção de "celes" e incontinência urinária. Neste sentido uma das pacientes relatou ter aguardado 18 meses para a realização de sua colpoperineoplastia; entretanto para as mastectomizadas não houve período de espera.

Aliado a isto, surgem as questões relacionadas às condições econômicas e de trabalho. As atividades de trabalho desempenhadas pelo grupo, estão entendidas aqui como uma ocupação que preenche parte do tempo da pessoa, podendo ser remunerada ou não e ser realizada dentro ou fora do domicílio<sup>9</sup>.

Como podemos constatar (Tabela 3), todas as mulheres estavam afastadas das suas atividades de trabalho, por ocasião de nossa visita, sendo que a grande maioria delas não estava recebendo nenhum tipo de remuneração. Este é um retrato típico da força de trabalho feminino no Brasil, pois cerca de 66,7% das mulheres de nosso estudo, realizavam trabalho relacionado a afazeres domésticos, tanto dentro como fora de casa. Junta-se a este dado o fato de que, por medo de perder o emprego ou para evitar os inconvenientes decorrentes de uma licença-saúde, utilizaram-se de períodos de férias ou afastamento sem remuneração para a realização da intervenção cirúrgica e seu restabelecimento.

Todavia, correram o risco de não estarem completamente restabelecidas ao final do período e, desta forma, terem que retornar às atividades para as quais não estivessem em condições.

**Tabela 3 – Distribuição das pacientes segundo atividades de trabalho e forma de afastamento.**

Forma de Afastamento Atividades de Trabalho	Remunerado	Não Remunerado	Total	%
Do lar	-	10	10	37,1
Pequeno comerciante	-	3	10	11,1
Servente	4	-	4	14,8
Doméstica	-	3	3	11,1
Escriturária	1	-	1	3,7
Aux. de Enfermagem	1	-	1	3,7
Cozinheira	1	-	1	3,7
Artesã	-	1	1	3,7
Manicure	-	1	1	3,7
Operária	-	1	1	3,7
Aposentada	1	-	-	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>8 (29,6%)</b>	<b>19 (70,4%)</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Com relação a este período, as mulheres verbalizaram a ocorrência de uma reestruturação nas funções familiares, onde o marido ou outro familiar próximo passou a assumir o cuidado da casa e dos filhos.

Com relação ao tempo de internação do grupo estudado, este variou de 4 (quatro) a 15 (quinze) dias, sendo que 77,8% foi de 4 (quatro) a 6 (seis) dias, tempo este considerado esperado para cirurgias eletivas de médio porte, em um hospital-escola.

Por outro lado, é importante considerar que 22,2% das pacientes permaneceram por mais de 7 (sete) dias hospitalizadas, contribuindo para a diminuição da rotatividade dos leitos cirúrgicos e para o aumento da demanda reprimida. No entanto, é também oportuno considerar que, o adiamento da alta hospitalar deveu-se, em grande parte, à complicações pós-operatórias como infecções, deiscências e outras intercorrências cirúrgicas ou à realização de cirurgias mutilantes para a mulher, como a histerectomia e mastectomia, que trazem repercussões físicas, sociais e emocionais.

Essas considerações nos levaram a questionar: o período de internação, mesmo que au-

mentado, não se torna insuficiente para o enfermeiro desempenhar seu papel de apoio social no processo de recuperação da mulher? Esse questionamento advém do fato de que, após a alta hospitalar, a paciente normalmente se encontra despreparada para enfrentar a sua nova condição, considerando que toda intervenção cirúrgica representa uma situação de crise.

Nesse sentido, é importante considerar que o ambiente hospitalar dispõe de todo um aparato de recursos humanos e materiais, que possibilita a detecção precoce de sinais e sintomas de complicações pós-operatórias e a intervenção necessária para o seu controle.

Por outro lado, quando de volta para casa, após a alta hospitalar, a paciente e a sua família passam a assumir a responsabilidade dos cuidados e podem deparar com alterações funcionais de saúde decorrentes da intervenção cirúrgica, sem entretanto disporem de recursos institucionais para apoiá-las. Na tentativa de identificar as alterações vivenciadas no período pós-alta, para melhor estruturar a assistência de enfermagem no planejamento da alta hospitalar, pudemos destacar a frequência com que elas se manifestaram (Tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição das pacientes segundo às alterações funcionais de saúde.**

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	Nº	%
Movimentação/deambulação	25	92,6
Sexualidade	22	81,5
Sensibilidade/regulação	20	74,1
Eliminação	20	74,1
Emocional	19	70,4
Sono/repouso	17	63,0
Pele	16	59,2
Ingestão/digestão	9	33,3
Respiração	5	18,5
Comunicação	2	7,4
Circulação	1	3,7

As alterações relacionadas à movimentação e deambulação, foram relatadas por quase todas as pacientes: 92,6%, as relacionadas à sexualidade, 81,5%, as relacionadas à sensibilidade/regulação, e eliminação 74,1% e emocional 70,4%, foram verbalizadas pela maioria e de alguma forma estavam interrelacionadas.

Essas alterações se constituíram em problemas na medida em que, as pacientes e suas famílias manifestaram despreparo para o cuidado em relação a elas.

Como já era de se esperar, os problemas encontrados pelas pacientes que realizaram cirurgias perineais foram numericamente menores

e se relacionaram principalmente à constipação intestinal, sangramento vaginal (eliminação), dor (sensibilidade/regulação) e sexualidade.

No entanto, nas cirurgias abdominais associadas ou não a perineais, os problemas no processo de recuperação apresentaram-se em maior número. Foi interessante observar que os emocionais se manifestaram de diversas formas: depressão, pesadelos, insônia, choro, medo do prognóstico, etc, bastante significativas para o planejamento das ações de enfermagem no processo de alta hospitalar.

Os problemas respiratórios estiveram presentes entre as pacientes mastectomizadas do estudo e provavelmente se relacionaram à ausência dos músculos peitorais, visto que os mesmos têm papel importante na respiração.

O diagnóstico dos problemas desta forma relatados, veio subsidiar a identificação de uma série de dificuldades que foram agrupadas conforme mostra a Tabela 5. A necessidade de orientação, foi manifestada pela maioria das pacientes (59,2%) e, a nosso ver, está relacionada com as demais dificuldades apontadas com maior frequência como: mudança no estilo de vida, dependência dos outros, habilidade para o auto-cuidado e situação de trabalho.

Alguns autores têm se preocupado com as questões ligadas ao preparo para alta, como forma de diminuir o número de pacientes que retornam ao hospital com problemas que poderiam ser prevenidos ou controlados, através de orientação adequada<sup>1, 8</sup>.

**Tabela 5** – Distribuição das pacientes segundo às dificuldades manifestadas.

DIFICULDADES	Nº	%
Orientações	16	59,2
Dependência de outros	15	55,5
Mudança no estilo de vida	15	55,5
Habilidade para auto-cuidado	12	44,4
Situação de trabalho	12	44,4
Retornos hospitalares	8	29,6
Imagem corporal	7	25,9
Situação econômica	6	22,2
Compreensão sobre orientações recebidas	5	18,5
Acomodações da casa	2	7,4
Relacionamento familiar	1	3,7

Da mesma forma, CLAUSEN<sup>5</sup> também argumenta que o planejamento para a alta encoraja a paciente e a família a enfrentar os problemas advindos da cirurgia e promove o crescimento para a independência dentro das condições possíveis.

Nesse sentido, ressaltamos que ficou evidente o fato de a equipe de saúde não ter conseguido atender à necessidade de orientação como um todo, e mais especificamente às questões relacionadas à sexualidade, levando-se em consideração as peculiaridades referentes ao tipo de cirurgia. Várias pacientes não sabiam quando reiniciar suas atividades sexuais, referindo não terem recebido orientações claras sobre este aspecto.

As dificuldades relacionadas ao retorno à insituação, foram também apontadas e dizem respeito à grande distância entre a instituição e domicílio, ao transporte, à demora no atendimento, assim como à necessidade de retornos frequentes determinados por complicações pós-operatórias.

No entanto, ao se procurar conhecer a percepção do grupo em relação à qualidade do atendimento, apesar de todas as dificuldades manifestadas, 81,5% das pacientes, consideraram o atendimento, em todo o seu processo de

boa qualidade, demonstrando assim um baixo envolvimento nas questões relacionadas ao cuidado à sua saúde. Isto nos leva a crer que essas pessoas desconhecem seu direito à saúde, previsto na Constituição e dessa forma nem esperam e nem reivindicam por melhor qualidade de assistência.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que este trabalho apresenta uma síntese dos problemas pós-alta enfrentados por um grupo de pacientes submetidas à cirurgia ginecológica, a partir de nossa percepção enquanto enfermeiras e pesquisadoras. Entretanto, acreditamos que outros trabalhos devam sucedê-lo, a fim de aprofundar aspectos relevantes da assistência, assim como apresentar óticas diversas dentro dessa temática.

Esperamos ter contribuído de alguma forma para o avanço do conhecimento na área da saúde, embora entendamos que a real avaliação da qualidade da assistência prestada, só será possível quando diminuirmos as distâncias entre o planejador de saúde e o usuário dos serviços e quando existirem canais efetivos entre quem administra e quem recebe os cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AGUILLAR, O.M. *A alta do paciente cirúrgico no contexto do sistema de saúde*. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 1990.
- 2 BLANK, J.J., CLARK, L., LONGMAN, A.I. & ATWOOD, J.R. Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers *Cancer Nursing*, 12 (2): 78-84, 1989.
- 3 BUCK, C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. *Boletín Epidemiológico. OPS.*, 6 (1): 10-15, 1986.
- 4 CHAVES, M.M. *Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência*. Trabalho apresentado no "Seminário sobre hospitais de ensino". Rio de Janeiro, 1975.
- 5 CLAUSEN, C., STAFF, R.N. A discharge planner for every patient. *Nurs. Management*. Chicago 15 (11): 58-61, nov. 1984.
- 6 FÁVERO, N. *Estudo do processo de referência a um hospital universitário*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986.
- 7 OPS. El concepto del "campo de salud" - una perspectiva canadiense. Venezuela. *Boletín Epidemiológico*, 4 (5): 13-15, 1983.
- 8 SILVA, R.M. Necessidade de orientação para a alta de paciente com problema cirúrgico ginecológico. *Rev. Esc. Enf. Universidade de São Paulo; São Paulo: 22 (nº especial): 68-82, 1988.*
- 9 WHO. Regional Office for Europe. *Copenhagen. People's needs for nursing care: a European Study. Copenhagen*, 1987.
- 10 WHITE, M.J., HOLLOWAY, M. Patient concerns after discharge from Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 15 (6): 316-18, 1990.

### ANEXO 1

#### INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS DO PACIENTE CIRÚRGICO

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data da visita: \_\_\_\_\_

#### I – DADOS SOCIAL/AMBIENTAL

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Estado civil: \_\_\_\_\_

3. sexo: Masc. ( ) Fem. ( )

4. Religião: \_\_\_\_\_

5. Escolaridade:

1º grau incompleto	( )	3º grau incompleto	( )
1º grau completo	( )	3º grau completo	( )
2º grau incompleto	( )	nenhuma	( )
2º grau completo	( )		

6. A comunicação é facilmente estabelecida entre a enfermeira e a pessoa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sim ( )

Não ( )

7. Pessoas que participaram da entrevista no domicílio:

_____	Cônjuge	( )
_____	Pais	( )
_____	Filhos	( )
_____	Outros	( )
_____	Ninguém	( )

8. Caracterização da residência enquanto acomodação apropriada ao bem estar e saúde:

_____	Adequada *	( )
_____	Parcialmente adequada	( )
_____	Inadequada	( )
_____		

\* residência adequada: que atende a requisitos de higiene, saneamento, iluminação, aeração.

9. A intervenção cirúrgica determinou mudanças nas atividades:

_____	Sociais	( )
_____	Econômicas	( )
_____	Domésticas	( )
_____	Cuidados pessoais	( )
_____	Outros	( )
_____	Nenhum	( )

10. Conta com a ajuda de alguém no pós-operatório.

_____	Cônjuge	( )
_____	Pais	( )
_____	Filhos	( )
_____	Outros	( )
_____	Nenhum	( )

11. A pessoa trabalha:

_____	Não ( )	
_____	Sim ( ) e encontra-se	
_____	afastado com remuneração	( )
_____	afastado sem remuneração	( )
_____	Outros	( )
_____		
_____		

## II. HISTÓRIA DE SAÚDE

### 1. Dados da internação.

Data da admissão: \_\_\_\_\_

Data da alta: \_\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_\_\_

### 2. Forma de admissão.

\_\_\_\_\_ Urgência ( )

\_\_\_\_\_ Não urgência ( )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Como se deu o acesso ao serviço:

\_\_\_\_\_ Encaminhamento pela rede ( )  
básica de saúde

\_\_\_\_\_ Direto ao Hospital das ( )  
Clínicas

\_\_\_\_\_ Outros ( )

### 4. Razões pela qual a pessoa procurou o serviço de saúde:

\_\_\_\_\_ Diagnóstico ( )

\_\_\_\_\_ Tratamento ( )

\_\_\_\_\_ Ações preventivas ( )

\_\_\_\_\_ Reabilitação ( )

\_\_\_\_\_ Outros ( )

5. Diagnóstico cirúrgico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Percepção da pessoa frente à experiência com o serviço de saúde:

\_\_\_\_\_ Positiva \* ( )

\_\_\_\_\_ Aceitável \*\* ( )

\_\_\_\_\_ Negativa \*\*\* ( )

\_\_\_\_\_ Outros ( )

\* A pessoa considera ter sido bem atendida, não manifesta nenhuma queixa quanto ao atendimento.

\*\* Considera ter sido bem atendida, mas manifesta alguma queixa.

\*\*\* Considera não ter sido bem atendida e manifesta queixas.

**7. Dificuldades encontrados após a alta hospitalar:**

_____	Habilidade para o auto-cuidado	( )
_____	Acomodações da casa	( )
_____	Morar sozinho	( )
_____	Depender dos outros	( )
_____	Relacionamento familiar	( )
_____	Situação de trabalho	( )
_____	Situação financeira	( )
_____	Mudança no estilo de vida	( )
_____	Mudança na imagem corporal	( )
_____	Compreensão sobre orientações	( )
_____	Retornos ao serviço de saúde	( )
_____	Necessidade de Orientações	( )

**8. Faz uso de medicação em decorrência da cirurgia realizada:**

_____	Não	( )
_____	Sim	( )
_____	prescrita	( )
_____	não prescrita	( )

**III. DADOS FUNCIONAIS DE SAÚDE**

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>1. Respiração</b>	<b>1.1. Respiração</b>	<b>1.2. Respiração</b>
Padrão visual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>2. Circulação</b>	<b>2.1. Circulação</b>	<b>2.2. Circulação</b>
Padrão usual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	
	_____	

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>3. Ingestão/Digestão</b>	<b>3.1. Ingestão/Digestão</b>	<b>3.2. Ingestão/Digestão</b>
Padrão usual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>4. Eliminação</b>	<b>4.1. Eliminação</b>	<b>4.2. Eliminação</b>
Padrão usual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>11. Movimentação/</b>		
<b>11.1. Movimentação/</b>		
<b>11.2. Movimentação/</b>		
<b>Deambulação</b>	<b>Deambulação</b>	<b>Deambulação</b>
Padrão usual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>12. Comunicação</b>	<b>12.1. Comunicação</b>	<b>12.2. Comunicação</b>
Padrão usual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>13. Sexualidade</b>	<b>13.1. Sexualidade</b>	<b>13.2. Sexualidade</b>
Padrão usual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

<b>FUNÇÃO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>SOLUÇÃO</b>
<b>14. Emocional</b>	<b>14.1. Emocional</b>	<b>14.2. Emocional</b>
Padrão usual	_____	Nutricional ( )
Mantido ( )	_____	Farmacológica ( )
Alterado ( )	_____	Técnica ( )
	_____	Outros ( )
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____