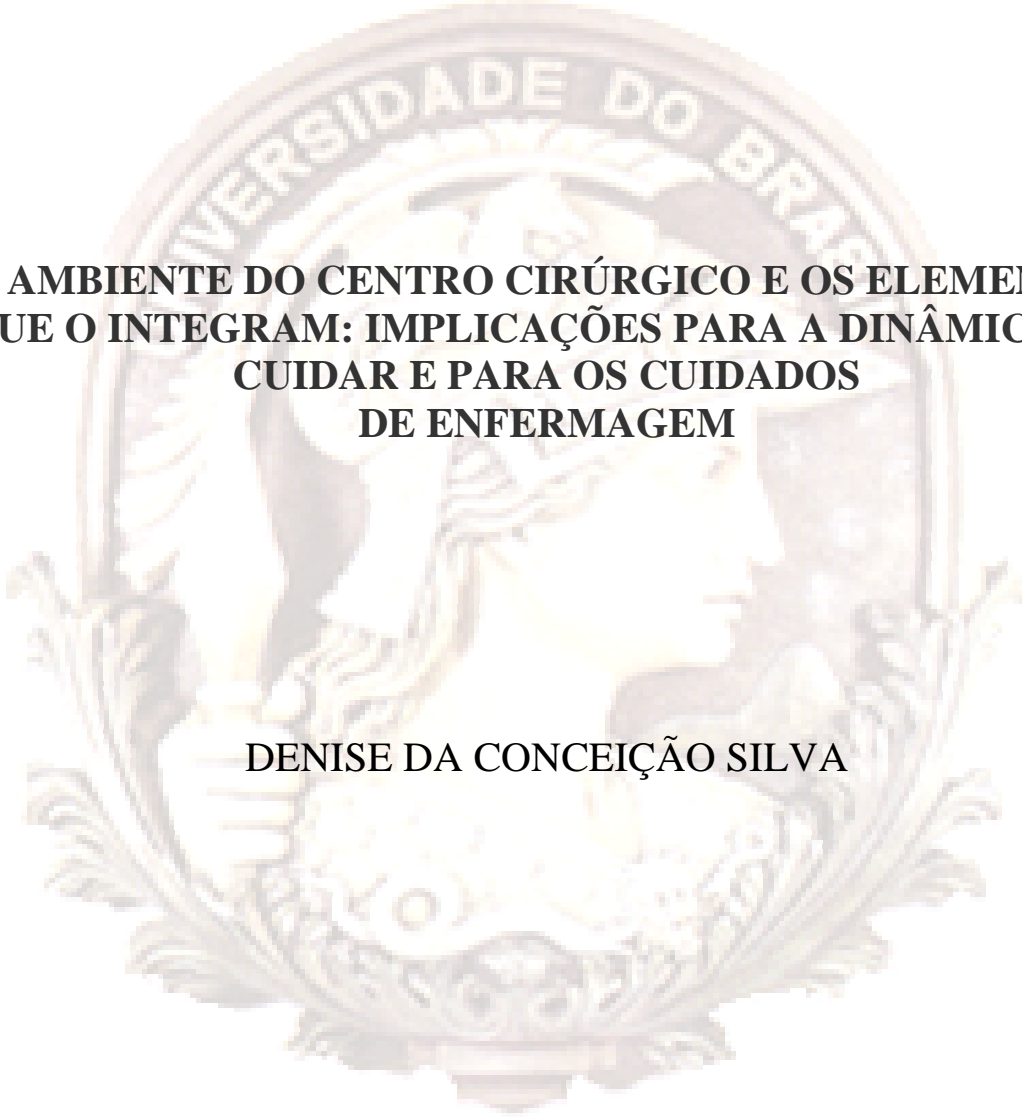


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL  
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM (NUCLEARTE)



**O AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO E OS ELEMENTOS  
QUE O INTEGRAM: IMPLICAÇÕES PARA A DINÂMICA DE  
CUIDAR E PARA OS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM**

**DENISE DA CONCEIÇÃO SILVA**

RIO DE JANEIRO  
JULHO / 2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**O AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO E OS ELEMENTOS  
QUE O INTEGRAM: IMPLICAÇÕES PARA A DINÂMICA DE  
CUIDAR E PARA OS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM**

**DENISE DA CONCEIÇÃO SILVA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Neide Aparecida Titonelli Alvim

RIO DE JANEIRO  
JULHO / 2009

Silva, Denise da Conceição.

O ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram:  
implicações para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem /  
Denise da Conceição Silva. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2009.

xiii, 119f.: il

Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem, 2009.

Referências Bibliográficas: f. 100-107

1. Ambiente. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Enfermagem de Centro  
Cirúrgico

I. Alvim, Neide Aparecida Titonelli. II. Universidade Federal do Rio de  
Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Título.

CDD 610.73

**O AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO E OS ELEMENTOS QUE O INTEGRAM:  
IMPLICAÇÕES PARA A DINÂMICA DE CUIDAR E PARA OS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

Denise da Conceição Silva

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Aparecida Titonelli Alvim

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neide Aparecida Titonelli Alvim – Orientadora  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iraci dos Santos  
1<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gláucia Valente Valadares  
2<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Márcia Miguéis Berardinelli  
Suplente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia de Assunção Ferreira  
Suplente

RIO DE JANEIRO  
JULHO DE 2009

## RESUMO

### **O AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO E OS ELEMENTOS QUE O INTEGRAM: IMPLICAÇÕES PARA A DINÂMICA DE CUIDAR E PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Denise da Conceição Silva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Neide Aparecida Titonelli Alvim

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

O estudo discutiu os elementos que integram o ambiente do centro cirúrgico e suas implicações para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem. Questões norteadoras: Como se caracteriza o ambiente do Centro Cirúrgico? Quais as implicações deste ambiente para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem? Como intervir nesse ambiente de modo a torná-lo promotor de cuidados? Objetivos: caracterizar os elementos que integram o ambiente do Centro Cirúrgico; analisar as implicações deste ambiente para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem nele desenvolvidos; discutir estratégias de intervenção neste ambiente de modo a torná-lo promotor de cuidados. O estudo se ancora nos princípios de Florence Nightingale sobre o ambiente. Pesquisa do tipo qualitativo, descritivo-exploratório. O cenário foi o Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 12 enfermeiros que atuam nesta unidade. Para produção de dados foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação participante, conjugadas à técnica de criatividade e sensibilidade “Mapa-Falante”; os dados foram analisados com base na análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram que as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nesta unidade voltam-se tanto aos cuidados relativos aos clientes, quanto ao ambiente que estes ocorrem, estando relacionados aos elementos físicos, psicológicos e sociais que integram esse ambiente. Foram ainda apontados fatores que interferem neste cenário, trazendo implicações para o processo de cuidado. Estratégias para intervir neste ambiente foram discutidas com o intuito de proporcionar condições favoráveis ao desenvolvimento do cuidado, de modo a torná-lo promotor de cuidados.

**Palavras-chave:** Ambiente. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem de Centro Cirúrgico.

## ABSTRACT

### **THE SURGICAL CENTER'S ENVIRONMENT AND THE ELEMENTS THAT THE INTEGRATE: IMPLICATIONS FOR THE DYNAMIC OF THE CARE AND FOR THE NURSING CARE**

Denise da Conceição Silva

Instructor: M. D. Neide Aparecida Titonelli Alvim.

Abstract of the Master's Dissertation submitted to the Post Graduate Program in Nursing of the Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro – UFRJ, that is required to earn the M.A. degree in Nursing

The study discussed on elements of the Surgical Center's environment and its implications for the dynamic of the care and for the nursing care. Guiding questions: How the Surgical Center's environment is characterized? What are the implications of this environment for the dynamic of the care and for the nursing care? How would one intervene in this environment to promote a higher standard of care? Objectives: to characterize the elements that constitute the environment of the surgical center; to analyze the implications of this environment for the dynamic of the care and for the nursing care; discuss intervention strategies for this environment to promote higher standards of care. The study is based on Florence Nightingale's environmental principals. Qualitative research, descriptive exploratory. The scenario of the study was the Surgical Center of a College Hospital in Rio de Janeiro. The subjects were twelve nurses who work in this unit. The data were gathered through semi-structured interviews and participant observation, combined the creativity and sensitivity technique "Map-speaker"; the data were analyzed based on the thematic content analysis. The results showed that the activities developed by the nurses in this unit are customized for the clients care as well as the environment where occur, and they are related to physical, psychological and social elements that are part of this environment. Factors that interfere in this scenario were also pointed, bringing implications to the care process. Strategies to intervene in this environment were discussed to provide favorable conditions to the development of care, so that it can promote a higher standard of care.

**Keywords:** Environment. Nursing Care. Nursing of the Surgical Center

**DEDICATÓRIA**

A Deus, amigo, companheiro, acolhedor, que me deu força,  
conforto e segurança em cada etapa de minha vida.



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pela educação e formação, pelo apoio, respeito, dedicação e compreensão em todas as etapas de minha vida.

À minha irmã Danielle, pelo carinho e apoio em todos os momentos.

A todos os meus amigos, em especial, Aline Fonte, Iracema Hidd, Juliana Manhães, Monique Slama, Sara Barroso e Viviane Lambert, pelo carinho, paciência, respeito, parceria e compreensão em todas as horas.

Aos colegas e professores da Escola de Enfermagem Anna Nery, que tanto contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos os membros do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE), em especial, as amigas Flávia Pacheco, Paula Figueiredo e Leila Bergold, pelas contribuições e incentivo para a realização deste estudo.

À Bibliotecária Lúcia, pela ajuda nos questionamentos bibliográficos.

Às secretárias Cristina e Sônia, pelo apoio nos momentos solicitados.

Aos Membros da Banca Examinadora, pelas relevantes contribuições que enriqueceram a construção desta pesquisa.

Em especial, à minha orientadora, Professora Doutora Neide Aparecida Titonelli Alvim, pelo respeito, atenção, compreensão, apoio, dedicação e estímulo em todas as etapas desta pesquisa, de suma importância para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste estudo.

*“Não importa onde você parou, em que momento da vida você cansou.  
O que importa é que sempre é possível e necessário "recomeçar".  
Recomeçar é dar uma nova chance a si mesmo.  
É renovar as esperanças na vida e, o mais importante...  
Acreditar em você de novo.  
Sofreu muito neste período? Foi aprendizado...  
Chorou muito? Foi limpeza de alma...  
Ficou com raiva das pessoas? Foi para perdoá-las um dia...  
Sentiu-se só por diversas vezes? É porque fechaste a porta até para os anjos...  
Acreditou em tudo que estava perdido? Era o início de tua melhora...  
Onde você quer chegar? Ir alto? Sonhe alto...  
Queira o melhor do melhor... Se pensarmos pequeno,  
Coisas pequenas teremos. Mas se desejarmos fortemente o melhor e  
Principalmente lutarmos pelo melhor,  
O melhor vai se instalar em nossa vida  
Porque somos do tamanho daquilo que vemos,  
E as oportunidades buscamos no infinito”.*

*Carlos Drummond de Andrade*

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>14</b>
1- A Construção do Objeto e a Problemática do Estudo.....	14
2- Questões Norteadoras e Objetivos.....	19
3- Justificativas e Contribuições do Estudo.....	20
4- Conceitos utilizados.....	23
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
- Tipo do Estudo.....	26
- Cenário e os Sujeitos do Estudo.....	26
- Técnicas de Produção de Dados da Pesquisa.....	30
- Princípios éticos da pesquisa.....	33
- Análise dos Dados.....	34
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS INTRÍNSECAS AO AMBIENTE HOSPITALAR E AO CENTRO CIRÚRGICO COMO UNIDADE ESPECIALIZADA: A ENFERMAGEM NESSE CONTEXTO.....</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>O AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO: CARACTERÍSTICAS DOS ELEMENTOS QUE O INTEGRAM .....</b>	<b>43</b>
→ Elementos que integram o ambiente físico.....	43
• Características físico-estruturais e de funcionalidade da unidade.....	43
• A presença de ruídos e outros elementos físicos.....	51
• Dificuldades materiais e de recursos humanos.....	53

→ Elementos que implicam na construção das relações entre os sujeitos e no cuidado em si.....	56
• Relações entre clientes e enfermeiras.....	56
• Relações entre os profissionais de saúde.....	60

#### **CAPÍTULO IV**

<b>A DINÂMICA DE CUIDAR E DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO DO HUCFF: NEXOS COM OS ELEMENTOS QUE INTEGRAM ESTE AMBIENTE .....</b>	<b>69</b>
---	-----------

→ Cuidados de enfermagem na sala de operação.....	69
• Aspectos implicados na segurança física e no conforto do cliente: estratégias de intervenção de enfermagem.....	74
→ Cuidados de Enfermagem na Recepção Pré-Operatória.....	81
→ Cuidados de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica.....	89

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>96</b>
-----------------------------------	-----------

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>107</b>
-------------------------	------------

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>114</b>
-----------------------	------------

I - Entrevista Semi-estruturada.....	115
II - Roteiro de Observação.....	116
III - Carta de Autorização Institucional.....	117
IV - Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa.....	118
V - Carta de Autorização à Divisão de Enfermagem.....	119
VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	120

<b>ANEXOS.....</b>	<b>122</b>
--------------------	------------

I – Planta Física do Centro Cirúrgico, Cenário da Pesquisa.....	123
II – Carta de Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	124
III–Declaração de Autorização para Realização da Pesquisa – Divisão de Enfermagem.....	125

**LISTA DAS PRODUÇÕES ARTÍSTICAS****PRODUÇÃO ARTÍSTICA 1.**

Mapa falante de E-4 ..... 45

**PRODUÇÃO ARTÍSTICA 2.**

Mapa falante de E-9 ..... 47

**PRODUÇÃO ARTÍSTICA 3.**

Mapa falante de E-8 ..... 48

**PRODUÇÃO ARTÍSTICA 4.**

Mapa falante de E-2 ..... 49

**PRODUÇÃO ARTÍSTICA 5.**

Mapa falante de E-3 ..... 50

**PRODUÇÃO ARTÍSTICA 6.**

Mapa falante de E-7 ..... 62

**PRODUÇÃO ARTÍSTICA 7.**

Mapa falante de E-12 ..... 72

**PRODUÇÃO ARTÍSTICA 8.**

Mapa falante de E-11 ..... 76

## LISTA DAS FIGURAS

### **FIGURA 1.**

Concepção de ambiente, segundo Nightingale (1989), e elementos que o integram ..... **25**

### **FIGURA 2.**

Elementos que integram o ambiente do Centro Cirúrgico ..... **68**

### **FIGURA 3.**

A espiral que conforma o ambiente do Centro Cirúrgico: implicações na energia vital do cliente ..... **95**

### **FIGURA 4.**

Elementos implicados e as condições de efetividade do cuidado no Centro Cirúrgico ..... **106**

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1- Construção do Objeto e a Problemática do Estudo

Na condição de acadêmica de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem<sup>1</sup>, tive a oportunidade de desenvolver atividades práticas curriculares no âmbito de um hospital geral público universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro. Dentre os setores nos quais vivenciei essas experiências, um deles chamou-me especial atenção – o centro cirúrgico. Nele, pude observar que a prática do cuidado de enfermagem de maior visibilidade relacionava-se à assistência medicamentosa e a outros procedimentos técnicos inerentes ao processo cirúrgico em si, como cateterismo vesical, punção venosa, monitoração cardíaca, entre outros, próprios dos períodos pré-operatório imediato, trans-operatório e pós-operatório imediato.

No que concerne à ação específica da enfermeira, esta, quase sempre, está centrada na gerência administrativa e nas atividades de supervisão, como chefiar a unidade, fazer escalas de plantões, remanejar a equipe de enfermagem, elaborar mapa cirúrgico e plano diário de atividades, encaminhar paciente para a sala de cirurgia, realizar visitas pré-operatórias, dentre outras.

Vale ressaltar que o gerenciamento de enfermagem é uma das dimensões do cuidado. Através dele busca-se o aprimoramento da qualidade da assistência e do desenvolvimento da equipe de enfermagem, conciliando os objetivos organizacionais com os da equipe de saúde (PROCHNOW et al, 2003). A enfermeira é o elemento-chave para viabilizar e facilitar a relação tanto entre profissionais de saúde e a direção, quanto entre esses profissionais e os usuários, através do gerenciamento da unidade onde essa relação ocorre.

Desse modo, essas atividades gerenciais integram o processo de cuidar da enfermagem e, no Centro Cirúrgico, são essenciais para o êxito da cirurgia. Mas o que me causou certa perplexidade foi o fato de que, neste setor, o cuidado da enfermeira de maior visibilidade relacionava-se quase exclusivamente a essas ações.

A questão que se coloca é o fato de que, na especificidade do centro cirúrgico, a dinâmica do trabalho e das relações nele construídas são muito voltadas à objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, visando à recuperação do cliente. Em se

---

<sup>1</sup> Graduei-me em 2007-1 pela Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro.



tratando dos cuidados técnico-procedimentais, grande parte deles não é realizada pela enfermeira. Do mesmo modo, no que diz respeito à emergência do cuidado expressivo (a exemplo da atenção, da expressão do afeto e da comunicação) e a qualidade das relações humanas que dele resulta, pode ocorrer um distanciamento entre a enfermeira e o cliente. Isto acontece, por vezes, não no sentido de desmerecer ou desvalorizar os aspectos do cuidar que são da ordem da subjetividade, mas porque, neste setor, a atenção ao órgão físico como central é necessária.

Para Waldow (1999), o cuidado considerado expressivo é aquele que deixa de ser um procedimento para ser uma ação que proporcione crescimento tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Logo, o técnico e o expressivo não devem ser excludentes, mas complementares. Quando desenvolvidos de forma dicotomizada podem interferir tanto na relação entre os sujeitos do cuidado, quanto no cuidado em si, trazendo impessoalidade, formalidade, frieza e desvalorização do cliente.

Ocorre que, dadas as características do setor, a interação social muitas vezes é restrita. A presença da enfermeira junto ao leito, a demonstração de afeto, o toque, a conversa também são restritos face às atividades outras do setor, o que não quer dizer que não haja expressividade no cuidado. O pouco tempo de convivência com o cliente no centro cirúrgico, embora não seja o determinante, pode também interferir na construção da relação entre ele e a enfermeira.

Uma situação frequente na estrutura organizacional da instituição hospitalar em geral é o quantitativo dos profissionais de enfermagem, geralmente em número insuficiente em relação à demanda das necessidades de um processo de cuidar holístico e humanizado. Por um lado, este aspecto pode resultar em uma priorização das atividades gerenciais e dos cuidados instrumentais em relação aos do tipo expressivo, determinante para a construção de uma base sustentadora no cuidado junto ao cliente. Por outro lado, acaba também por afetar o ambiente das relações estabelecidas entre os profissionais, que se sentem pressionados e assoberbados com suas inúmeras atribuições, prejudicando o diálogo, a troca de informações e experiências e o desenvolvimento de um trabalho harmônico e solidário.

Em se tratando especialmente do centro cirúrgico, algumas instituições hospitalares, principalmente privadas, possui apenas um enfermeiro, o que requer que este profissional priorize atividades administrativas para atender às exigências legais e institucionais. No entanto, há que se ressaltar que, a despeito do relativo distanciamento do

cliente dados os diferentes aspectos que interferem no ambiente onde o cuidado é desenvolvido, a enfermeira centraliza suas ações visando à assistência ao cliente, procurando compreender e conhecer as suas necessidades específicas. Este conhecimento da enfermeira orienta suas ações de modo a focá-las nas necessidades do cliente (LOURENÇO; TREVIZAN, 2001).

Em estudo realizado por Lima et al (2000), com enfermeiros que atuam em unidades hospitalares, incluindo a unidade cirúrgica, observou-se uma predominância de atividades administrativas em relação às assistenciais, estas caracterizadas pela realização do processo de enfermagem e pela execução de procedimentos exclusivos do enfermeiro. No entanto, mesmo não estando presente no cuidado direto ao cliente, ela lhe presta cuidados indiretos, ou seja, no planejamento, na delegação de ações, na previsão e provisão de recursos, na capacitação de sua equipe, na integração com outros profissionais, visando sempre à concretização e melhorias no cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

Portanto, a enfermeira deve tomar as devidas providências para que os profissionais possam exercer suas funções do modo mais eficiente possível, criando um ambiente favorável ao desenvolvimento de seu trabalho, propiciando, assim, a qualidade da assistência que os clientes necessitam. Desta forma, a enfermeira congrega uma série de ações que no seu conjunto visam proporcionar a restauração plena do cliente.

No contexto da enfermagem moderna, a preocupação com o ambiente relacionado ao bem-estar do cliente inicia-se com Florence Nightingale. Na obra seminal da teórica, editada em português em 1989, pode-se verificar a importância atribuída ao ambiente físico no cuidado, com destaque para a influência da iluminação, ventilação, aquecimento, silêncio e higiene na recuperação física do cliente. Segundo Nightingale, esses aspectos propiciam um ambiente agradável e favorecem a natureza agir sobre o cliente, ajudando-o na sua recuperação. O ambiente social e o das relações interpessoais também comungam das preocupações da teórica, sempre com o objetivo fim de proporcionar condições de conforto e bem-estar ao cliente.

A enfermagem, desta feita, direciona sua prática para o atendimento do ser humano em suas necessidades, no âmbito da saúde e da doença, o que implica na concepção e realização de cuidados de enfermagem, conforme assinala Ferreira (1999). O cuidado com o ser humano deve ser direcionado como um todo – biológico, social, psicológico e espiritual – enfatizando a necessidade de comunicação e atenção, valorizando as

experiências individuais, os valores sociais e humanos, emoções, desejos, e todo o contexto necessário para o entendimento do sujeito.

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem visa à promoção da saúde, preservação e proteção da vida, promoção do conforto e bem-estar do homem. É um cuidado que objetiva a restauração e reabilitação do corpo, buscando a recuperação da saúde física e mental do cliente (FERREIRA, 1999). Esse caráter holístico do cuidado envolve o ser humano como um todo. Implica conceber o cuidado tanto como aquele prestado de forma direta ao cliente, quanto às ações que são desenvolvidas em prol de sua plena restauração, incluindo o ambiente que o integra, de modo a manter-se harmônico e equilibrado.

Compartilho dessa concepção de cuidado imbuído da interação com o meio ambiente entendido como orgânico. Ademais, vale dizer que o cuidado nessa visão inclui, também, a relação entre os profissionais e destes com os clientes. Assim, penso que somente a partir de uma experiência de cuidado construída através de uma relação que se considere além dos aspectos ligados ao corpo biológico; e interativos, com o ambiente físico e social maior, aquele que se evidencia no intrapessoal, valorizando a expectativa e o desejo do outro no processo de cuidar é que estamos estabelecendo uma relação verdadeiramente de cuidado (BARCELOS; ALVIM; 2003).

Na pesquisa que desenvolvi como bolsista de Iniciação Científica (2005-2007) com enfermeiros que atuam em unidades de internação (Clínicas Médica, Cirúrgica e Ortopédica) e em unidades de cuidados básicos, os resultados apontaram condições fundamentais inerentes à relação construída entre a enfermeira e o cliente no cuidado. Esta pesquisa teve como objeto a incorporação de tecnologias leves<sup>2</sup> no cuidado de enfermagem hospitalar, na ótica de enfermeiras. Ao caracterizarem essas tecnologias, as enfermeiras as conceberam como elementos qualificadores do cuidado em si, a exemplo da conversa, da expressão do afeto, do acolhimento, da interação/comunicação.

O acolhimento foi considerado pelas enfermeiras participantes da pesquisa para além da influência do contexto físico onde o cuidado se dá, uma vez que um ambiente acolhedor se objetiva em um conjunto de ações, dentre elas, na construção da relação com o outro. Nesse sentido, as enfermeiras reforçaram a necessidade de preparo de um ambiente que proporcione prazer, conforto e bem-estar ao cliente, a despeito das

---

<sup>2</sup> As tecnologias em saúde são classificadas por Merhy (1997) em três categorias: tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização.

características intrínsecas do hospital, via de regra, concebido como ambiente frio e impessoal. Ou seja, ele também pode gerar uma relação de confiança, na medida em que o cliente, uma vez se sentindo acolhido tende a facilitar o processo de interação entre ele e a enfermeira, outro elemento qualificador do cuidado destacado pelas enfermeiras.

Na concepção dos sujeitos daquela pesquisa, por meio da interação enfermeira-cliente é possível minimizar os efeitos negativos do ambiente hospitalar. Quando presente, ela transmite um sentimento de confiança, de tranquilidade, que se desenvolve através do diálogo e da escuta sensível, capazes de transformar a posição de insegurança e medo do cliente em um estado de equilíbrio. Através desses elementos cria-se um vínculo de comunicação, necessário para interagir melhor com o cliente, facilitando a negociação do cuidado.

As enfermeiras também ressaltaram a expressão do afeto como essencial na interação estabelecida no cuidado. O toque e o sorriso promovem bem-estar tanto físico quanto emocional, diminuindo o medo, a sensação de insegurança e de isolamento por parte do cliente. Assim, os resultados da pesquisa de iniciação científica apontaram que a integração desses elementos qualificadores do cuidado torna-se essencial para o processo de cuidar.

Na condição de sujeito possuidor de crenças, valores e modos próprios de viver, o cliente sente, age e reage às experiências que se lhes apresentam de acordo com esses princípios. No caso do presente estudo, o cliente tem o direito de expressar suas emoções, questionamentos, dúvidas e expectativas sobre diversas situações relacionadas tanto ao processo de hospitalização quanto à cirurgia em si e seus desdobramentos. Daí a importância de a equipe de enfermagem estabelecer uma relação no cuidado com o cliente que favoreça esta condição, desde a unidade de internação, possibilitando, assim, o conhecimento prévio do cliente pela enfermeira, promovendo uma interação entre eles.

Durante a hospitalização, é de extrema importância o preparo emocional do cliente dialogando acerca de diferentes questões, transmitindo-lhe confiança, favorecendo uma interação efetiva e verdadeiramente humana. Esse cuidado, teorizado por Watson (1996) como cuidado humano, resgata valores, cultiva a sensibilidade, a comunicação, a solicitude e outros aspectos da concepção holística de cuidar.

Ocorre que, dada a dinâmica e a finalidade mesma do setor que ora me ocupo em discutir muito centrada na intervenção corretiva; além de a natureza rotativa da clientela neste setor associada à dificuldade da presença efetiva da enfermeira junto ao cliente neste

espaço, os cuidados de enfermagem que não se expressam no procedimento técnico e no emprego de tecnologias de ponta<sup>3</sup> acabam não tendo, por vezes, a devida visibilidade, ainda que todas as ações realizadas pela enfermeira tenham como foco de interesse e preocupação, o cuidado ao cliente no intento de sua restauração plena.

Essas ações se voltam ao ambiente em que o cuidado ocorre. No seu bojo estão situados, além dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, fatores que permeiam e/ou interferem em todo esse processo. Desta feita, a enfermeira deve preocupar-se com a organização das ações, do tempo que dispõe para o desenvolvimento de tais ações, da provisão e previsão do material instrumental e humano, além das relações interpessoais, tendo como foco principal o atendimento e o cuidado ao cliente.

Se, por um lado, é essencial o cuidado que se constrói no encontro entre sujeitos, no caso, da enfermeira com o cliente; por outro lado, ainda que nem sempre o cuidado por ela desenvolvido se construa na relação face a face com o cliente, há uma série de ações realizadas pela enfermeira que caracterizam sua pré-ocupação com o cliente, logo, com o cuidado a este, garantindo-lhe conforto e bem-estar. Daí a importância de dissertar sobre **os elementos que integram o ambiente do centro cirúrgico e suas implicações para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem**, sendo este o objeto do presente estudo.

## 2- Questões norteadoras e os objetivos

### → *Questões Norteadoras*

- Como se caracteriza o ambiente do Centro Cirúrgico?
- Quais as implicações deste ambiente para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem?
- Como intervir nesse ambiente de modo a torná-lo promotor de cuidados?

---

<sup>3</sup> “Tecnologia de ponta” é usualmente utilizada para designar as últimas tecnologias existentes no mercado para a área hospitalar – equipamentos modernos e sofisticados. Costuma ser sinônimo de tecnologia avançada ou alta tecnologia. Inclui o desenvolvimento de projetos, novos produtos ou processos, tendo como base conhecimentos científicos e tecnológicos (OLIVEIRA, 2002).

→ *Objetivos*

- Caracterizar os elementos que integram o ambiente do Centro Cirúrgico.
- Analisar as implicações deste ambiente para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem nele desenvolvidos.
- Discutir estratégias de intervenção neste ambiente de modo a torná-lo promotor de cuidados.

### **3- Justificativa e Contribuições do Estudo**

Este estudo traz uma discussão importante acerca da caracterização do ambiente do Centro Cirúrgico, considerando os elementos que o integram, a dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem nesta unidade especializada.

Por ser uma unidade na qual o objetivo é a intervenção cirúrgica, seja para fins exploratórios, curativos ou paliativos, tal característica contribui, por vezes, com que os cuidados fiquem reduzidos aos procedimentos diretamente articulados ao êxito desse objetivo. Ademais, a permanência do cliente neste setor, em geral, é muito rápida. Esses aspectos podem interferir, embora não determinem, na construção das relações com o cliente e no cuidado de enfermagem em si.

Por um lado, há demandas de cuidados diretos situados tanto na vertente instrumental, quanto na expressiva. Por outro lado, há que considerar que outras atividades desenvolvidas pela enfermeira em prol de um ambiente que favoreça a recuperação da saúde do cliente colaboram na conformação e sustentação do cuidado direto ao cliente (NIGHTINGALE, 1989).

Carvalho (2003, p. 664) compreende a Enfermagem em uma dimensão de totalidade complexa, da qual se pode apreender o que seja Enfermagem Fundamental “uma abstração teórica que subsiste, na dimensão da prática, enquanto componente essencial da enfermagem entendida como totalidade”, assegurando-lhe um caráter indispensável necessário à natureza da enfermagem.

No que tange especialmente à Enfermagem Fundamental, Carvalho (op.cit, 667) destaca que ela “permeia a enfermagem em sua inteireza”, estando presente em todos os possíveis campos de atuação e da totalidade profissional, integrando elementos relacionados às ações de assistir pessoas, seja na saúde ou na enfermidade. Para tanto, utiliza conhecimentos mais gerais (situados em diferentes campos de atuação) e mais simples de enfermagem, como as conversas espontâneas com os clientes e seus familiares,

e a atenção em proporcionar um ambiente seguro e confortável; ambos presentes na dimensão da complexidade do conhecimento e da prática de enfermagem.

Portanto, a Enfermagem Fundamental não tem um campo de atuação específico. Destina-se à prestação de cuidados considerados básicos a qualquer indivíduo, em qualquer área ou setor. A diferença está na especificidade de cada área da enfermagem, nos elementos que foram acrescidos a ele (CARVALHO; CASTRO, 1985). O cliente requer cuidados fundamentais de modo a lhe promover bem-estar e conforto, independente da situação ou espaço em que se encontre, no caso do presente estudo, cuidados esses situados no centro cirúrgico.

É oportuno ressaltar que quando se pensa no ambiente nessa perspectiva, considera-se aquele cuja concepção de cuidado vise não somente o que se objetiva no cliente, mas também o que permeia o ambiente físico e suas condições materiais, bem como, a interação dos profissionais nele atuantes, de modo a promover um ambiente agradável, mantenedor ou restaurador da energia vital humana.

Essa discussão vem ao encontro da Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>4</sup>, instituída pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003), cujos princípios buscam resgatar a dimensão humana na assistência à saúde contribuindo para uma assistência de qualidade, humanizada e integral.

Observa-se que, na implementação desta Política, um dos principais objetivos é a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores, gestores e outros. Promover uma assistência humanizada requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, compreende o desenvolvimento das relações interpessoais pautadas no respeito à dignidade humana e à vida, na solidariedade e na sensibilidade de percepção das necessidades do sujeito (COLLET; ROZENDO, 2003).

Outro aspecto considerado fundamental para a Política Nacional de Humanização e que se articula a este estudo é a promoção de um ambiente acolhedor e confortável em função das necessidades tanto dos clientes quanto dos profissionais de saúde que nele

---

<sup>4</sup> A Política Nacional de Humanização (PNH) foi implementada em 2003. A Humanização deixa de ser vista como um programa e passa à Política Transversal, que atravessa as diversas ações e instâncias do SUS, caracterizando uma construção coletiva. Seus princípios norteadores são: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede dos SUS; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

atuam, valorizando elementos efetivos e afetivos para a prática humanizada de saúde, aí incluídos os relativos ao ambiente em que o cuidado ocorre, tendo em conta as ações desenvolvidas pela enfermeira de modo a conformá-lo.

Ao acessar as bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO e BDNF, sem levar em consideração a delimitação do tempo para escolha dos artigos, e correlacionando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criados pela BIREME, “ambiente” e “cuidados de enfermagem”, foram encontrados 283 artigos. Ao selecionar somente aqueles relacionados com a “enfermagem cirúrgica”, “enfermagem perioperatória” ou “enfermagem de centro cirúrgico”, foram encontrados 67 artigos. Após leitura dos resumos, 34 foram selecionados, pois se referiam ao tema em questão.

No entanto, após esta busca ativa sobre o ambiente do Centro Cirúrgico e sua articulação à dinâmica de cuidar e aos cuidados de enfermagem neste contexto, observa-se uma lacuna existente, sobretudo no sentido de uma reflexão circunstanciada acerca de como intervir nesse ambiente de modo a torná-lo um ambiente que efetivamente possa promover conforto e bem-estar ao cliente, contribuindo, assim, com a restauração de sua saúde, haja vista a problemática físico-estrutural, de recursos materiais e humanos e das relações interpessoais que o envolve. Essas lacunas também justificam a relevância desta pesquisa, possibilitando a ampliação do conhecimento na área.

Para a prática profissional da enfermeira contribuirá no sentido de ampliar a visão sobre as dimensões do cuidado de enfermagem, desconstruindo o discurso de que se o enfermeiro não atua diretamente com/no o cliente, ele “não está cuidando”. Isso porque, as diferentes dimensões desse cuidado possuem como foco de atenção, a assistência prestada ao cliente.

Especialmente, no que se refere aos cuidados fundamentais de enfermagem e as bases que os sustentam, vale dizer que o estudo se reveste de grande importância uma vez que a intenção é dar visibilidade a esses cuidados, tanto os relativos ao ambiente em que o cuidado ocorre, quanto os cuidados em si junto ao cliente - os técnico-procedimentais e os expressivos, embora estes, presentes e essenciais, tendo em vista o caráter intervencionista do processo cirúrgico, acaba, por vezes, por mascará-los.

Diante das considerações ora feitas, esta pesquisa contribuirá com as questões teórico-conceituais que vêm sendo discutidas no âmbito da linha de pesquisa “Cuidados Fundamentais e Tecnologias de Enfermagem”, desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte), do Departamento de Enfermagem



Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro.

#### **4- Conceitos utilizados**

O estudo se ancora nos princípios que norteiam o pensamento de Florence Nightingale (1989) acerca do cuidado de enfermagem, sobretudo a importância por ela atribuída à inter-relação do ser humano com o meio ambiente.

Nightingale (op. cit.) concebe o ambiente em todos os seus aspectos - físico, psicológico e social, uma vez que estes interferem diretamente no conforto e bem-estar das pessoas, influenciando a manutenção ou restauração de sua energia vital.

As concepções teóricas nightingalianas foram desenvolvidas com base em observações sistemáticas, reflexões constantes do cuidado à beira do leito do cliente e em modos de promover a saúde dos sujeitos. Embora decorridas décadas após suas formulações, o saber nightingaliano continua a contemplar a enfermagem contemporânea, norteando as reflexões sobre as práticas de alguns profissionais que desenvolvem suas ações pautadas em seus princípios (SILVA, 1998).

O trabalho de Nightingale foi voltado em grande parte para a educação, das enfermeiras e da população em geral, com destaque à prevenção dos desequilíbrios no poder vital dos seres humanos através do “conhecimento e respeito às leis da vida, as quais, segundo Nightingale, influenciavam a vida do ser humano e sua relação com o meio ambiente”. Assim, o meio ambiente segundo o seu sistema conceitual, “refere-se a todos os elementos externos ao ser humano sadio ou doente que influenciam a sua saúde ou o seu processo restaurador<sup>5</sup>” (SILVA, 1998, p.47).

Por assim pensar as intervenções no cuidado vão além dos aspectos físicos, englobam o ambiente das relações e o contexto sócio-político. Embora haja uma ênfase sobre o ambiente físico, na atenção à ventilação, iluminação, calor, boas condições sanitárias, silêncio, dentre outros aspectos que, quando adequados, são capazes de manter o organismo em condições favoráveis para o restabelecimento da saúde do cliente, suas preocupações também incluem os aspectos psicológicos, referentes aos relacionamentos estabelecidos entre profissionais e clientes, além dos profissionais entre si. Nightingale reconhece que um ambiente de relações interpessoais negativo pode resultar em estresse físico, afetando emocionalmente o cliente.

---

<sup>5</sup> Processo “que a natureza instituiu, ao qual chamamos doença” (NIGHTINGALE, 1989, p. 14).

Além do físico e do psicológico, o aspecto social relacionado ao ambiente total do cliente, ou seja, aquele que envolve preocupações situadas para além do espaço hospitalar, também integra o ambiente. Inclui, por assim dizer, as condições de vida e de visão de mundo do cliente que interferem no seu processo restaurador.

Segundo Nightingale (1989) o ambiente é pleno de vitalidade, por sua vez, estimula a capacidade vital do cliente. Quando um ou mais aspectos do ambiente se encontra desequilibrado, o cliente precisa usar maior energia para contrabalançar o estresse ambiental, o que retira de si a energia necessária para a cura. Portanto, para o indivíduo se manter saudável é necessário um equilíbrio entre as influências do ambiente, o estilo de vida e os componentes da natureza humana.

Para Nightingale (op. cit.) o papel da enfermeira consiste em colocar o cliente na melhor posição para que a natureza possa agir sobre ele. Seguindo este pensamento, as observações e intervenções desta profissional devem se assentar no equilíbrio do ambiente para que o cliente canalize todas as suas energias a favor de sua recuperação.

Nesse sentido, a ação da Enfermagem é considerada fundamental na organização e manutenção do ambiente, cabendo aos seus profissionais oferecer fatores como ar puro, silêncio, calor, “tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do paciente”. Dessa forma, o cliente não usa sua energia disponível para adaptar-se ao ambiente e, assim, utiliza-a para sua recuperação (NIGHTINGALE, 1989, p. 14).

As concepções nightingalianas vêm sendo resgatadas e analisadas em estudos cujas bases se assentem no cuidado de enfermagem ao cliente e sua interrelação com o ambiente, considerando a influência deste na saúde do sujeito. Deste modo, os princípios nightingalianos apóiam o presente estudo para sustentar a discussão sobre os elementos que integram o ambiente do centro cirúrgico – físico, social e o de relações interpessoais, e suas implicações para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem. Ademais, colabora na reflexão sobre as possibilidades de intervenção neste ambiente, de modo a alcançar o equilíbrio necessário deste em prol da preservação ou restauração da energia vital humana indispensável à cura (Figura 1).



Figura 1 - Conceção de ambiente, segundo Nightingale (1989), e os elementos que o integram

## CAPÍTULO I METODOLOGIA

### *Tipo da Pesquisa*

Esta pesquisa é qualitativa, descritivo-exploratória.

A opção pela abordagem qualitativa deve-se ao fato de considerá-la a mais adequada para a compreensão da problemática, uma vez que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, sendo o contexto indispensável para análise do fenômeno, “sem que seja necessária a comprovação formal quantitativa” (MINAYO, 2004, p.96).

Estudar o fenômeno a partir das relações pessoa-pessoa significa considerar as vertentes sociais, históricas e culturais dos sujeitos envolvidos no contexto em que estão inseridos. Pensar no cenário hospitalar como *lócus* do cuidado de enfermagem, implica em conhecer a realidade concreta desse ambiente – seus conflitos, contradições e as diferentes relações que se manifestam e se perpetuam neste espaço hierarquizado de saberes e práticas de cuidar. Evidentemente, não no sentido de esgotar a discussão sobre essa realidade, mas de refletir sobre ela e posicionar-se frente à sua dinâmica, problemática e suas implicações para o cuidado de enfermagem.

É descritivo-exploratória, porque é capaz de descrever a complexidade do problema estudado, estabelecendo relações através da descrição da experiência humana, da forma como é vivida e definida por seus sujeitos. Além disso, “(...) busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais se relaciona” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p.14).

### **Cenário e Sujeitos da Pesquisa**

#### ● *O Cenário*

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), público, de grande porte, localizado na cidade do Rio de Janeiro, no período de abril a junho de 2008. O cenário do estudo é a Unidade de Centro Cirúrgico. Esta opção se deu por ter vivenciado, na condição de acadêmica de enfermagem neste setor, a problemática destacada na pesquisa.

O cenário é constituído por três unidades: recepção pré-operatória (RPO); sala de operação (SO); e recuperação pós-anestésica (RPA) (Anexo I).

Na equipe médica não há um número fixo de profissionais por dia, devido ao número variado de equipes. O quantitativo ora apresentado diz respeito apenas à sala de operação: um ou dois cirurgiões e um ou mais assistentes (residentes); um anestesista e um ou mais assistentes (residentes).

A equipe de enfermagem é formada por, em média, cinquenta e um profissionais em serviço diário diurno: oito enfermeiras e quarenta e três técnicos/ auxiliares de enfermagem; onze em serviço noturno (SN): um enfermeiro e dez técnicos/ auxiliares de enfermagem; além de onze profissionais nos finais de semana, em serviço diurno (SD): um enfermeiro e dez técnicos/ auxiliares de enfermagem. Estes profissionais compõem regimes e turnos de plantão variados, próprios da instituição, a saber:

\* Plantonista – 12 x 36 e 12x 60;

\* M1 – 7 às 13horas;

\* M2 – 7 às 17horas;

\* M3 – 14 às 20horas

\* Cooperativa – 7 às 16horas

\* Tardista – 13 às 19horas

A equipe de enfermagem em serviço diurno é composta por: um enfermeiro chefe de serviço (M1) e um enfermeiro chefe de seção (M1). Nas salas de RPO e RPA: um enfermeiro, chefe de setor (M1); dois enfermeiros, líder de equipe (Plantonista, M2 e M3); e quatro técnicos/auxiliares de enfermagem (M2 e cooperativa). Nas SO: um enfermeiro, chefe de setor (M1); dois enfermeiros, líder de equipe (Plantonista e M2); dois ou três técnicos/auxiliares de enfermagem por sala (M1 e tardista); e um instrumentador (que pode ou não fazer parte do corpo de enfermagem). Em serviço noturno, a equipe de enfermagem é composta por: um enfermeiro líder de equipe (Plantonista), seis técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem (12 X 36) e um auxiliar de enfermagem (12 X 60).

A escala do pessoal de enfermagem é do tipo mensal, cuja distribuição dos elementos da equipe nos setores é feita durante todos os dias do mês, segundo os turnos de trabalho, folgas e licenças. A escala deve considerar as necessidades do quantitativo de pacientes que são atendidos na unidade. A relação numérica é de uma enfermeira para cada sete SO.

Em média, o HUCFF realiza 500 cirurgias mensais, segundo levantamento do movimento cirúrgico do ano de 2007 (relatório mensal/anual do Centro Cirúrgico). Até o mês de novembro de 2008, a média foi de 315 cirurgias mensais. As cirurgias mais freqüentes realizadas são: ortopédicas (artroplastias, artroscopias), cardíacas (pontes de safena, revascularização do miocárdio, colocação de Stent) e gastrintestinais (ostomias).

- Os *Sujeitos*

Enfermeiras que atuam no Centro Cirúrgico do HUCFF. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ser enfermeira lotada neste Centro Cirúrgico, nos horários diurno e noturno, além de seu aceite formal em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram da pesquisa 12 enfermeiras, de acordo com a caracterização apresentada no quadro I, desenvolvido a partir das características individuais e profissionais dos sujeitos, obtidas por meio da entrevista semi-estruturada (Apêndice I).

**Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa, segundo faixa etária e informações laborais**

<b>CARACTERÍSTICAS IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS</b>	<b>IDADE (em anos)</b>	<b>TURNO DE TRABALHO</b>	<b>SETOR</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO (em anos)</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO (em anos)</b>	<b>OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>
<b>E1</b>	44	12X 60 (SD)	SO	19	19	SIM
<b>E2</b>	55	12X 36 (SD)	SO	24	4	NÃO
<b>E3</b>	50	12 X 36 (SD)	RPO/RPA	25	25	NÃO
<b>E4</b>	46	12 X 36 (M2)	SO	25	15	NÃO
<b>E5</b>	52	7h às 13h(M1)	Chefe de Serviço	27	2	NÃO
<b>E6</b>	55	Tardista	RPO/	25	2	SIM
<b>E7</b>	46	12 X 36	RPO/ RPA	22	10	NÃO
<b>E8</b>	45	12 X 36	RPO/	20	14	SIM
<b>E9</b>	42	12 X 36	SO	20	20	NÃO
<b>E10</b>	43	7h às 13h(M1)	Chefe de Seção	7	5	SIM
<b>E11</b>	52	12 X 60 (SN)	RPO/RPA e SO	25	25	SIM
<b>E12</b>	41	12 X 36 (SD)	SO	19	7	NÃO

Como se observa no quadro I, a faixa etária das doze participantes da pesquisa variou entre 41 e 55 anos. Cinco tinham idade entre 41 e 45 anos; três entre 46 e 50 anos; e, quatro entre 51 e 55 anos.

Das doze participantes da pesquisa, cinco possuem outro vínculo empregatício. Quanto ao tempo de atuação na instituição, uma atua há menos de 10 anos, quatro entre 10 e 20 anos e sete atuam há mais de 20 anos.

No que concerne o turno de trabalho, seis enfermeiras trabalham em SD – 12X36, uma em SD – 12X60, uma em SN – 12X60, duas enfermeiras M1 (7 às 13h, de segunda à sexta-feira), uma M2 (7 às 17h, 3 vezes por semana) e uma enfermeira tardista (13 às 19h).

Destas doze enfermeiras, cinco desenvolvem suas atividades na SO, cinco na RPO e RPA, uma atua como chefe de serviço e uma como chefe de seção.

### **Técnicas de Produção de Dados da Pesquisa**

Foi utilizada a triangulação de técnicas na produção de dados da pesquisa que, segundo Minayo (2004, p.130), é a forma através da qual “[...] o pesquisador constrói possibilidades de informações que lhes indicam se o seu caminho está correto [...]”. Assim, nesta pesquisa foi realizada a técnica de criatividade e sensibilidade “Mapa-Falante” conjugada à entrevista semi-estruturada e à observação participante.

#### **→ *Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS)***

A matriz teórica do uso da criatividade e da sensibilidade no processo de pesquisa tem sua origem na psicologia social ao ressaltar que aquilo que o sujeito diz e pensa é reflexo de suas ações internalizadas ao longo do processo de desenvolvimento humano, sendo ele o somatório da sua razão e emoção; um ser pessoal e social ao mesmo tempo. Mergulhar no sentimento do outro significa ouvir e refletir junto com ele, considerando o sensível diante do real. A emoção que está no corpo participa como uma ação indireta sobre o outro na comunicação. Logo, o que o sujeito faz traz inteiramente um conjunto de afetos que não devem ser ignorados no universo educativo e no processo da pesquisa (BARBIER, 1993).

A TCS apresenta-se como forma alternativa de produzir dados para a pesquisa em enfermagem e permite a conjugação com outras técnicas, como neste caso, a entrevista semi-estruturada. Ela aguça a subjetividade dos sujeitos da pesquisa e colabora na



interação do pesquisador com o entrevistado e na imersão à temática. Quando se trabalha com TCS faz-se necessário que todos os órgãos dos sentidos, bem como o próprio diálogo, sejam apreendidos pelo pesquisador. Este, por sua vez, agrega sua capacidade de ouvir, sentir e perceber. Assim, é necessário que o pesquisador esteja alerta às suas funções sensoriais de modo a não comprometer fenômenos observáveis (BARBIER, op. cit.).

Autores que utilizam a criatividade e a sensibilidade na produção de dados da pesquisa destacam a importância de se apreender o mundo imaginário dos sujeitos, transcendendo, assim, a racionalidade e a diversidade das experiências e vivências que emergem da expressão criativa e sensível (ALVIM; CABRAL, 2001; CUNHA, 2001).

No desenvolvimento das TCS, os sujeitos realizam “produções artísticas” norteadas pela temática central e a questão geradora de debate. Através destas, abre-se o diálogo entre o sujeito e a pesquisadora criando um clima favorável para, além da interação entre ambos e da imersão no tema, construir uma reflexão crítica acerca do mesmo.

#### • *Operacionalização da TCS “Mapa-Falante”*

A TCS “Mapa-Falante”, realizada individualmente com cada enfermeira, participante da pesquisa, consistiu na construção de um mapa geográfico do Centro Cirúrgico, destacando os referenciais mais presentes para cada uma dessas participantes (MONTEIRO, 1999).

A temática central versou sobre a atuação da enfermeira no centro cirúrgico. A idéia era que as enfermeiras, participantes do estudo, situassem geograficamente no mapa construído por cada uma delas seus diferentes tipos de atuação no centro cirúrgico. Daí a eleição por uma temática suficientemente ampla que pudesse abarcar as diferentes formas de atuação da enfermeira nesta unidade.

A TCS “Mapa-Falante” foi desenvolvida em cinco momentos, descritos a seguir:

O primeiro momento correspondeu à apresentação pela pesquisadora dos objetivos da pesquisa, da temática central, da atividade que seria desenvolvida no encontro e do respeito aos princípios éticos previstos para a realização da pesquisa.

O segundo momento compreendeu a explicação sobre a atividade a ser desenvolvida, sendo disponibilizado todo o material necessário à sua realização: folhas de cartolina, canetas do tipo hidrocor e esferográfica, cola, tesoura, dentre outros. A seguir, apresentada a temática geradora de debate a partir da qual a atividade foi conduzida, a saber: “Fale sobre a sua atuação no Centro Cirúrgico”. Os sujeitos desenharam em forma

de mapa (estrutura geográfica) o caminho que percorrem em sua atuação no centro cirúrgico.

No terceiro momento foi apresentada a produção artística realizada por cada enfermeira participante, quando dissertou sobre o quê a conduziu a representar de uma determinada maneira a sua atuação no centro cirúrgico, seguida de discussão com a pesquisadora acerca dos temas gerados a partir da apresentação da produção.

As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, seguidas de conferência pela própria pesquisadora em período próximo ao desenvolvimento das técnicas de produção de dados aplicadas na pesquisa, de modo a manter a fidedignidade dos registros. Além do registro das falas, fiquei atenta ao clima mesmo da relação que se estabeleceu entre mim e cada entrevistada, tentando apreender gestos e expressões dos sujeitos naquele momento, considerando que todo o movimento do corpo colabora nos aspectos nem sempre captáveis através das palavras.

#### → *Entrevista semi-estruturada*

A escolha pela entrevista semi-estruturada foi devido à sua flexibilidade como técnica de coleta de dados. Ela oferece um amplo campo de interrogativas, permitindo que o entrevistador faça as adaptações necessárias na medida em que recebe as respostas dos entrevistados. Ao entrevistado, permite liberdade de seguir espontaneamente a sua linha de pensamento e de suas experiências dentro do foco principal, atendendo ao que está sendo investigado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

As entrevistas, realizadas individualmente, seguiram um roteiro previamente elaborado composto por perguntas abertas (Apêndice I). Ocorreram concomitantemente ao desenvolvimento da técnica de criatividade e sensibilidade, durante a apresentação e discussão do “Mapa-Falante” produzido pelas enfermeiras, de modo a que os dados que emergiram das entrevistas puderam complementar aqueles que se derivaram da TCS. Essas entrevistas foram no âmbito do próprio Centro Cirúrgico, em local reservado, o que facilitou a participação das enfermeiras, sujeitos do estudo, em dias e horários previamente agendados com cada uma delas.

#### → *Observação Participante*

A observação participante foi imprescindível à produção dos dados da pesquisa, uma vez que me possibilitou um contato pessoal e estreito com o fenômeno pesquisado.

Desta forma, os fatos puderam ser percebidos tal qual se apresentavam na realidade concreta dos sujeitos e do ambiente observados, contrabalançando a valorização da fala “com a que avalia a ação, as relações e os evasivos da vida cotidiana, na medida do possível, participando mais ou menos do contexto da investigação” (MINAYO et al, 2005).

Para a descrição dos fenômenos observados, utilizei um diário de campo, orientado por um roteiro (Apêndice II). Nele foram registradas as observações inerentes ao ambiente físico, material e de relações interpessoais, além das ações desenvolvidas pela enfermeira, relacionadas à dinâmica de cuidar. Foram também registradas as observações relacionadas aos cuidados diretos prestados pelas enfermeiras e outros membros da equipe de enfermagem em diferentes circunstâncias, nos diversos cenários do Centro Cirúrgico. Constituíram-se também em objeto de observação as atitudes e comportamentos das enfermeiras diante das situações vivenciadas por elas.

### **Princípios Éticos da Pesquisa**

Esta pesquisa atende ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / MS, que rege sobre a pesquisa com a participação de seres humanos. Deste modo, o projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUCFF (Protocolo nº 209/08), instituição cenário do estudo, local onde solicitei e obtive autorização para o seu desenvolvimento (Apêndices III, IV, V; Anexos II e III).

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas cópias, ficando uma sob a guarda dos sujeitos do estudo após serem informados sobre os objetivos e rumos da pesquisa; e, a outra cópia de posse da pesquisadora (Apêndice VI).

Os sujeitos foram informados ainda sobre os benefícios da pesquisa, bem como o fato de que esta não previa riscos (beneficência e não maleficência), inclusive financeiros; e sobre o fato de que sua participação seria voluntária e contribuiria para a linha de pesquisa que discute os fundamentos do cuidado de enfermagem; que sua identidade seria mantida em sigilo e que apenas as informações por eles fornecidas seriam utilizadas e divulgadas para fins de pesquisas e outros estudos.

Na sequência, tomaram ciência quanto à possibilidade de interromperem sua participação em qualquer momento, caso desejassem. As gravações contendo o registro das falas foram autorizadas pelos sujeitos da pesquisa e ficarão sob guarda da pesquisadora por

cinco anos, ao término dos quais deverão ser destruídas. As participantes deste estudo foram identificadas pela letra “E” seguida de números ordinais: E-1 a E-12.

### **Análise dos Dados**

Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo temática de Bardin (2004), a partir das entrevistas e produções artísticas realizadas nos encontros com os sujeitos da pesquisa. A autora (op.cit., p.42) considera esse tipo de análise como um instrumento de diagnóstico, onde o objetivo é descrever o conteúdo das mensagens - as interpretações causais do conteúdo das falas dos sujeitos, definindo-a como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visam obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

Acrescenta ainda a autora que a análise de conteúdo “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Deste modo, após a transcrição das entrevistas, as unidades de registro foram codificadas de modo a transformar os resultados brutos, tornando-os significativos e agregando-os em unidades de análise, permitindo assim uma descrição exata das características do conteúdo e a identificação de conceitos. Para organização dessa análise utilizei o processo de categorização, cujo objetivo principal é fornecer uma representação simplificada dos dados brutos obtidos pela entrevista (BARDIN, op.cit., p. 44).

Para alcançar esses propósitos, seguindo a orientação da autora (op.cit.), primeiramente apliquei a técnica de leitura flutuante. A partir dela, foram apreendidos os discursos dos sujeitos. Trata-se de uma leitura “intuitiva, muito aberta a todas as idéias, reflexões, hipóteses, numa espécie de ‘brain storming’ individual” (BARDIN, 2004, p. 75). Busquei as idéias principais que caracterizavam cada trecho dos depoimentos, assinalando elementos do vocabulário dos sujeitos que fossem fundamentais à compreensão semântica, isto é, deram significado aos conjuntos das palavras (OLIVEIRA, 2002).

Foi utilizado o critério de categorização temático, onde um grupo de elementos é reunido sob título/ tema, elaborado em razão das características comuns destes elementos. Cada transcrição foi lida com o propósito maior de apreensão do conteúdo da mensagem, por meio da análise temática. Após categorização do conteúdo das falas, a discussão foi complementada com os dados obtidos do diário de campo.

Deste modo, o estudo constitui-se nos seguintes capítulos de análise, categorias e subcategorias temáticas:

**Capítulo III:** O ambiente do centro cirúrgico do Hospital Universitário Clementino Fraga

Filho: características dos elementos que o integram.

→ Elementos que integram o ambiente físico

- *Características físico-estruturais e de funcionalidade da unidade*

- *A presença de ruídos e outros elementos físicos*

- *Dificuldades materiais e de recursos humanos*

→ Elementos que implicam na construção das relações entre os sujeitos e no cuidado em si

- *Relações entre clientes e enfermeiras*

- *Relações entre os profissionais de saúde*

**Capítulo IV:** A dinâmica de cuidar e de cuidados de enfermagem no Centro Cirúrgico do

HUCFF: nexos com os elementos que integram este ambiente

→ Cuidados de enfermagem na Sala de Operação

- *Aspectos implicados na segurança física e no conforto do cliente: estratégias de intervenção de enfermagem*

→ Cuidados de Enfermagem na Recepção Pré-Operatória

→ Cuidados de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica

## **CAPÍTULO II**

### **CARACTERÍSTICAS INTRÍNSECAS AO AMBIENTE HOSPITALAR E AO CENTRO CIRÚRGICO COMO UNIDADE ESPECIALIZADA: A ENFERMAGEM NESSE CONTEXTO**

Para melhor entendimento da atuação da Enfermagem no cenário hospitalar e dos cuidados que lhes são próprios, é importante remeter a dados históricos que determinam suas características atuais.

Ao longo da Idade Média, o hospital não era uma instituição médica, e a medicina, era uma prática não hospitalar. Os cuidados aos doentes e feridos concentravam-se no sacerdócio, nas mãos das monjas e das mulheres, em geral. Já se estabelecia, desde então, a diferença social e de conhecimento entre medicina e enfermagem em que pese o conhecimento especializado da primeira, herdado dos líderes religiosos e políticos – antes dos feiticeiros e posteriormente, dos sacerdotes; e as características domésticas da segunda, que teve como precursor primeiramente o trabalho exercido por mulheres, no ambiente doméstico, cujo conhecimento era apreendido no cotidiano familiar, e, a seguir, também por monjas e escravos, que não detinham nenhum saber especializado, por conseguinte, desprovido de prestígio e poder sociais (SILVA, 1986).

Até meados do século XVIII, o hospital não tinha função terapêutica, nem era concebido como espaço de cura, mas local de reclusão, de separação de indivíduos psiquiátricos; de miseráveis ‘para morrer’; de remissão de pecados e passagem para Deus. Ou seja, uma instituição na qual se mesclavam finalidades de exclusão social, assistência e transformação ou remissão espiritual, cuja prática médica ainda não se fazia presente. Esta, por sua vez, era marcada por características profundamente individualistas, focada na crise manifestada pelo doente. Os médicos observavam o doente e a doença até o momento em que a crise se instalava. Esta crise era a interface entre o indivíduo sadio e a doença: Portanto, “a cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico” (FOUCAULT, 1992, p.102).

A transformação para o modelo médico-hospitalar estabeleceu-se por meio da disciplina, da transformação do saber e da prática médicas, enquanto a enfermagem permaneceu destituída de um saber especializado até meados do século XIX. A doença passou a ser compreendida como um fenômeno natural; uma ação do ambiente sobre o

indivíduo sadio. A cura da doença foi então dirigida por uma intervenção médica sobre o meio no qual o indivíduo estava inserido.

As profundas mudanças conseqüentes do modo de produção industrial-capitalista, cujo objetivo principal era o lucro e o homem, trouxeram modificações na estrutura espacial do hospital, pois este é um meio que interfere no doente; um instrumento terapêutico. A partir daí, uma nova prática foi constituída: visitas aos hospitais já existentes para através da observação sistemática, definir um programa de reforma e reconstrução desses hospitais. Eles passam a fazer parte de um complexo médico-hospitalar voltado para a cura de enfermidades, como cenário de pesquisas e tratamento. A finalidade que lhe era inerente, como local de exclusão/reclusão social foi desfeita e a responsabilidade dessa nova organização hospitalar passou a ser exercida pelo médico (FOUCAULT, op.cit.).

Conseqüentemente, ocorreu a institucionalização da Enfermagem, denominada Moderna, não mais para ser executada por leigos e religiosos, mas como uma atividade que exigia um saber especializado, e cujo espaço passa a ser o hospital. Esta Enfermagem se instalou na Inglaterra a partir de 1860 sob liderança de Florence Nightingale quando se evidenciou o nascimento do trabalho assalariado da Enfermagem, sob o modo de produção capitalista (SILVA, 1986).

A partir do século XX, com o avanço de técnicas e tecnologias hospitalares, os procedimentos técnicos de enfermagem passam a ser desempenhados pelo pessoal de enfermagem auxiliar, não com a finalidade de oferecer uma assistência de enfermagem, mas sim para dar conta da grande demanda de cuidados oriundos do aumento de pacientes nos hospitais. Os enfermeiros passam, então, a realizar ações de supervisão e controle do trabalho de enfermagem, inerentes aos objetivos da medicina capitalista.

No Brasil, a institucionalização da Enfermagem Moderna surge na década de 20/XX, sessenta anos após seu surgimento na Inglaterra e quase um século depois da organização do ensino médico brasileiro (SILVA, op.cit.). Esta Enfermagem institucionalizada já apresentava um modelo de cuidado centrado na divisão técnica do trabalho, uma dicotomia entre cuidado direto e cuidado indireto, exercidos por diferentes profissionais, dissimulando, assim, a divisão social do trabalho de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

As décadas de 40 e 50/XX marcaram a consolidação da enfermagem profissional brasileira, impulsionada pela urbanização e pelo processo de modernização dos hospitais. As enfermeiras formadas a partir do final da década de 40/XX destinavam-se

principalmente à rede hospitalar, em processo de expansão com o surgimento de hospitais públicos com fins educacionais.

Antes desse período, a maioria das enfermeiras era absorvida pela Saúde Pública no Brasil. Para atender à complexidade dos hospitais modernos à época, enfermeiras realizavam cursos de especialização nos Estados Unidos e Canadá. Assim, a enfermagem teria pessoal habilitado para assumir cargos de chefia nas instituições hospitalares (ARZUZA, 1995).

A ideologia que perpassava o contexto hospitalar à época estava baseada no modelo biomédico, na abordagem reducionista e mecanicista da prática médica, cuja influência ainda permanece hegemônica. Este modelo de assistência à saúde centrado na prática medicamentosa e em procedimentos técnicos e tecnológicos, atende a visão fragmentada do ser humano, e não as necessidades da totalidade deste ser (CAPRA, 1982).

A ênfase excessiva na abordagem reducionista, reforçada pela propensão médica e uma gama de especializações chegou a tal ponto que, na maioria das vezes, “[...] não se considera os aspectos psicológicos e sociais do paciente” (CAPRA, op.cit. p.149). Vale dizer que, apesar de a abordagem biomédica (reducionista) ser importante na assistência à saúde, ela não é suficiente para compreender a condição humana. Esta abordagem precisa estar integrada a uma visão mais ampla do ser humano. Isto implica em entender e desenvolver o cuidado a partir de uma perspectiva holística.

Nessa concepção, o ser humano está em interação contínua com o meio ambiente e o contexto social, sendo constantemente afetado por eles (CAPRA, op.cit.). Nesse contexto, consideram-se os aspectos biológico, psicológico, social e espiritual do sujeito, pois estes são interdependentes e complementares, necessários para compreender o outro em sua dimensão humana.

No bojo dos avanços tecnológicos introduzidos nos hospitais, estava a organização dos Centros Cirúrgicos atendendo aos padrões internacionais. A partir da década de 50/XX, esta unidade passa a ser considerada um subsistema do complexo hospitalar, devendo estar sob a direção de uma enfermeira com habilidade ou especialidade na área. Ressalta-se a importância do Posto de Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico, voltado para a administração do setor (ARZUZA, 1995).

Segundo Potter e Perry (2002), o papel do enfermeiro nas primeiras cirurgias limitava-se à limpeza das salas e dos equipamentos, à coleta de materiais dos clientes e ao acompanhamento destes até a sala de cirurgia. Nas décadas de 50 e 60/XX, a enfermeira



passou a organizar o ambiente, cuidar do cliente e fiscalizar o serviço da equipe de enfermagem.

A década de 60/XX foi marcada pelo desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, dos procedimentos anestésicos e pela incorporação das idéias tayloristas no serviço de enfermagem. Esses eventos fizeram com que a enfermeira se distanciasse do cliente, perdendo espaço no desenvolvimento da assistência. Ao inserir tais idéias, a enfermeira do centro cirúrgico cumpria as tarefas exigidas pela organização hospitalar – as atividades técnicas, “[...] causando um desequilíbrio acentuado no dualismo: tecnologia / humanismo” (ARZUZA, 1995, p.68).

Assim, no final da década de 70 e 80/XX, iniciaram-se estudos com o objetivo de redimensionar as atividades da enfermeira do centro cirúrgico para o cuidado total ao cliente, refletindo a preocupação que profissionais e pesquisadores tinham frente à verdadeira função da enfermeira nesta unidade. A especialização na área surge como uma necessidade da enfermeira em organizar esse cenário (ARZUZA, op. cit.).

A Unidade de Centro Cirúrgico é uma área destinada às intervenções cirúrgicas, classificadas em: eletiva, quando há necessidade de intervenção cirúrgica, porém com uma programação prévia; urgência, quando precisa ocorrer em um prazo de 24 a 30 horas; e emergência, quando precisa ser realizada imediatamente por comportar risco de morte.

O mapa cirúrgico é configurado seguindo a classificação de cirurgias eletivas. As cirurgias possuem três finalidades: curativas, quando objetiva debelar a doença e devolver a saúde do paciente; paliativa, que visa atenuar ou buscar uma alternativa para aliviar a doença, mas não há cura; e plástica, realizada com objetivos estéticos ou reparadores (ARAÚJO; SILVA; SANTORO; PORTO, 2005).

Esta unidade assistencial possui um espaço físico especializado, com acesso restrito, salas individualizadas para a realização de cirurgias, devendo atender à legislação sanitária vigente (SILVA; CARVALHO, 2005).

Trata-se de ambiente peculiar dentro do complexo hospitalar, não só por sua especificidade, mas também por ser um espaço isolado, fechado. Absorve o profissional essencialmente nas atividades administrativas e, muitas vezes, separa-o do papel assistencial (SMELTZER; BARE, 2005).

Três equipes prestam assistência ao cliente no centro cirúrgico, visando à segurança deste e a eficiência do processo anestésico-cirúrgico: 1) Anestesia - composta pelos médicos-anestesiologistas; 2) Cirurgia - cirurgiões, assistentes e instrumentador (que pode ou

não ser médico); 3) Enfermagem - enfermeiros, em seus diferentes cargos, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A previsão de pessoal depende do tipo de hospital, número de leitos cirúrgicos, período de funcionalidade e rotatividade de leitos. A chefia e supervisão da Unidade devem estar sob o encargo da enfermeira. As atividades médicas são coordenadas pelo chefe da equipe médica (CEZARETTI; RODRIGUES; SILVA, 2001).

A Unidade deve ser composta pela Recepção Pré-Operatória (RPO), Sala de Operação (SO) e Recuperação Pós-Anestésica (RPA). A RPO é a área de recepção dos clientes. Nela, são prestados os cuidados ao cliente pela equipe de enfermagem que avalia suas necessidades física, emocional e de segurança, local onde o cliente permanece até ser transportado para a SO. Na sala de operação atuam as equipes de anestesia, de cirurgia e de enfermagem, oferecendo e assegurando condições técnicas e seguras para que a intervenção cirúrgica aconteça.

A RPA é uma área destinada à recuperação do cliente após o término do ato cirúrgico. Neste setor, a equipe de saúde que cuida do cliente é composta por anestesistas e profissionais de enfermagem, que verificam seus reflexos e sinais vitais até que voltem aos padrões normais e seja recuperada a consciência. Além disso, atende às necessidades de segurança e de saúde do cliente, sendo provida de recursos materiais, ambientais e humanos. Esses profissionais possuem treinamento específico para assistência perioperatória, devido à incidência de complicações anestésicas ou pós-anestésicas imediatas (ARAÚJO; SANTORO; PINTO; OLIVEIRA, 2005).

Segundo Roza<sup>6</sup> (1989), as atividades inerentes à atuação do enfermeiro no Centro Cirúrgico podem ser distribuídas em quatro papéis, que, a rigor, não diferem daquelas desenvolvidas em outros setores ou unidades de saúde: administrativo, assistencial, ensino e pesquisa.

O papel administrativo diz respeito ao planejamento (integrante de todas as fases), organização (previsão, provisão, distribuição dos recursos humanos e materiais), liderança (dirigir atividades da equipe de enfermagem; colaborar nas atividades interdepartamentais; e delegar atividades) e controle (avaliação e controle sistemático de materiais, procedimentos cirúrgicos e pessoais).

---

<sup>6</sup> Nos estudos encontrados mais recentes (BIANCHI; CARVALHO, 2007; GUIDO et al, 2008), a classificação de Roza (1989) ainda é utilizada, pois é a que engloba as diferentes áreas de atuação do enfermeiro no Centro Cirúrgico.

Seu papel no ensino refere-se ao aperfeiçoamento e atualização do profissional (orientação da equipe cirúrgica; programas de educação e treinamento para a equipe de enfermagem e serviços de apoio). Já na pesquisa, o enfermeiro participa em investigações de enfermagem e/ou multidisciplinar.

A assistência de enfermagem perioperatória é desenvolvida através da aplicação do processo científico, tendo como objeto o cuidado ao indivíduo que será submetido ao ato cirúrgico. Cabe à enfermeira manter estreitas relações com pacientes, familiares e outros profissionais, como o cirurgião, o anestesiológico, a nutricionista, a psicóloga e o fisioterapeuta, por meio de uma assistência humanizada, qualificada e individualizada.

Essa assistência engloba a experiência cirúrgica do cliente em três fases: pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. Deve primar pelo relacionamento enfermeira-cliente, a fim de “[...] valorizar e humanizar a qualidade da assistência prestada” (ARAÚJO; SANTORO; PINTO; OLIVEIRA, 2005, p.248). O cliente cirúrgico apresenta necessidades que diagnosticadas pela enfermeira sofrerão intervenções, possibilitando, assim, uma assistência baseada nas necessidades básicas do indivíduo.

Tal assistência está baseada nos princípios de holismo, individualidade, participação, continuidade, documentação e avaliação (ARAÚJO; SILVA; SANTORO; PORTO, 2005, p.209). O holismo está relacionado à necessidade de cada cliente ser visto como um todo e não somente como um indivíduo a ser submetido a um procedimento anestésico cirúrgico. A individualidade relaciona-se ao fato de que indivíduos podem reagir de forma diferente ao mesmo procedimento cirúrgico. Desse modo, não deve ocorrer generalização por parte da equipe de enfermagem.

O princípio da participação refere-se ao fato de o cliente estar ciente do procedimento ao qual será submetido, podendo, dessa forma, cooperar com os cuidados a serem desenvolvidos. A continuidade são ações desenvolvidas em um setor que interferem positiva ou negativamente nos demais setores que compõem a assistência perioperatória.

Uma assistência continuada é necessária para que bons resultados sejam alcançados. A documentação é essencial em qualquer cenário de cuidado, tendo uma “[...] importância ética, legal, de custos e de avaliação dos cuidados prestados”. O princípio da avaliação visa à redução de erros; são ações desenvolvidas para melhor qualidade da assistência (op.cit., p.210).

As atividades desenvolvidas pela enfermeira podem se dar tanto no centro cirúrgico quanto na clínica cirúrgica. Após 36 ou 48 horas do ato cirúrgico é realizada a visita pós-

operatória no setor de internação cuja finalidade é a avaliação da assistência prestada no Centro Cirúrgico. Esta atividade prossegue até o domicílio e focaliza a promoção da recuperação do cliente, monitoração da resposta física e psicológica deste.

No próximo capítulo será apresentado o ambiente do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, lócus deste estudo, e os elementos que o integram, à luz da análise da produção de dados junto às enfermeiras, participantes da pesquisa.

### CAPÍTULO III

## O AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO: CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS QUE O INTEGRAM

#### → Elementos que Integram o Ambiente Físico

##### • *Características físico-estruturais e de funcionalidade da unidade*

O Centro Cirúrgico do HUCFF, lócus deste estudo, foi inaugurado em 1978. O planejamento, organização e implantação do Serviço de Enfermagem neste setor tiveram a participação ativa de enfermeiras, a fim de assegurar condições favoráveis de trabalho para prestação dos cuidados à clientela. A enfermeira assumiu a direção técnica do setor, uma posição de destaque, pioneira no Brasil, função mantida pelo enfermeiro até os dias atuais (ARZUZA, 1995).

As primeiras enfermeiras do grupo de implantação foram treinadas no Hospital dos Servidores do Estado, localizado na região do centro da cidade do Rio de Janeiro que realizava, em média, 100 cirurgias por dia. O treinamento visava o desenvolvimento de atividades de planejamento e organização para o bloco operatório, adquirir conhecimentos acerca da dinâmica de trabalho desta unidade, os equipamentos necessários para o seu funcionamento, dentre outros. Este treinamento teve duração aproximada de 5 meses (op.cit.).

A estrutura do HUCFF à época de sua inauguração atendia ao modelo norte-americano, adaptado às condições do país. A planta física do centro cirúrgico estava dotada de 22 salas de operação, obedecendo aos requisitos mínimos modernos (FRAGA, 1990).

Atualmente, no que tange à sua dimensão física, esta unidade está dotada de 21 salas de operação, atendendo à legislação que trata de sua funcionalidade (Resolução da Diretoria Colegiada – RDC – 50/2002; BRASIL, 2002). Seu formato retangular é o recomendado uma vez que proporciona uma funcionalidade das áreas que compõem a unidade, permitindo a observação constante dos clientes.

Existem três zonas que compõem o centro cirúrgico; são assim divididas de modo a diminuir a movimentação de profissionais e de materiais. Essas áreas são classificadas pela Associação Americana de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (Association of Operative

Registered Nurses – AORN, 2004) em: irrestrita (proteção), semi-restrita (limpa) e restrita (estéril).

Na *zona de proteção* localizam-se os vestiários, onde os funcionários trocam o vestuário pessoal pelo uniforme privativo do Centro Cirúrgico, composto por túnica em tamanho adequado para movimentação. A *zona limpa* é composta por áreas como RPO/RPA e corredores, onde o uso de uniforme é indispensável para se obter uma barreira à movimentação do pessoal. Na *zona estéril* é necessário, além da túnica, o uso de máscara de proteção pelos profissionais, paramentação cirúrgica para o cirurgião responsável e instrumentador e material esterilizado (BIANCHI; TURRINI, 2007).

Na área denominada “Recepção”, há um sistema de comunicação entre o meio interno e externo à unidade. Este local é equipado com interfone para rápida comunicação entre os profissionais atuantes nos diferentes setores assim como para informar aos funcionários responsáveis a necessidade de limpeza nas SO, RPO e RPA. Este sistema de comunicação é de vital importância para a dinâmica de atividades no Centro Cirúrgico.

Na área denominada “Secretaria” (Sala da Chefia de Enfermagem) há computadores para elaboração de relatórios, estatísticas, controles e agendamento de cirurgia. Nesta área, segundo a RDC 50/2002 (BRASIL, 2002), os familiares dos clientes cirúrgicos deveriam ter acesso direto às equipes, médica e de enfermagem, com a finalidade de obter informações sobre as cirurgias. No entanto, no HUCFF não ocorre desta forma, haja vista que a mencionada área não dá acesso ao meio externo.

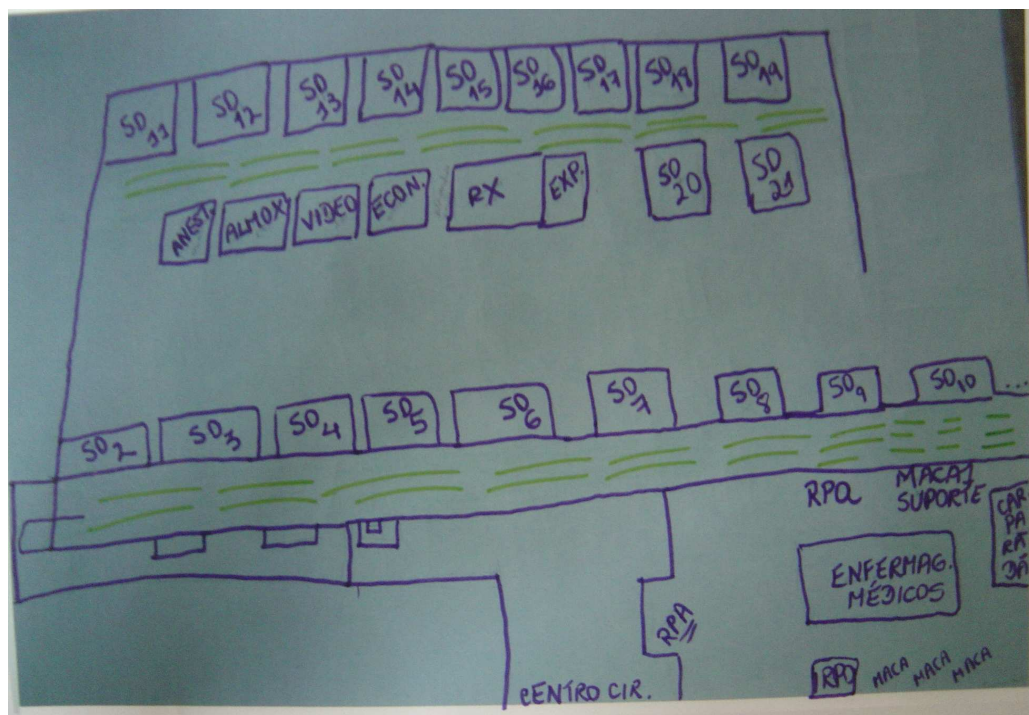
A área destinada à “Sala de espera dos acompanhantes” é utilizada pelos funcionários responsáveis pelo transporte dos clientes da unidade de origem para o centro cirúrgico ao qual são denominados de *maqueiros* ou *mensageiros*. Estes, por sua vez, também levam informações pertinentes ao procedimento cirúrgico aos demais setores, quando a comunicação por telefone não é possível, auxiliam na requisição de medicamentos à Farmácia, transporte de hemoderivados e exames laboratoriais. Sendo assim, não há um local específico para que familiares e acompanhantes aguardem o término da cirurgia.

A entrada no centro cirúrgico só é permitida a pessoas devidamente identificadas e a circulação em seu interior é feita mediante o uso de roupas específicas para esta unidade, mencionadas anteriormente.

Existem algumas normas que devem ser cumpridas como, por exemplo, lavagem das mãos para a prevenção de infecções hospitalares, devendo ser realizada antes e após o

contato direto com o cliente. A unidade possui uma dinâmica física e de funcionamento bem peculiar...

*“Ao chegar, né? Aí, vai adentrando ao centro cirúrgico. É... Pegamos a roupa pra entrar. Percorremos um corredor. Vamos até o vestiário... No caso, onde a gente troca de roupa. Do vestiário a gente sai e entra direto no corredor do Centro Cirúrgico onde estão todas as salas. Nós temos 21 salas em todo corredor. E, nesse corredor, nós temos... Nós encontramos é... A sala de Anatomia Patológica, a sala da Chefia de Enfermagem, o expurgo, é... A sala onde ficam a... No caso, a limpeza, né?! Temos, também, a RPA nesse corredor. Temos a sala do Econômico, o almoxarifado central do Centro Cirúrgico, a sala de Raio-X. A sala da anestesia. O almoxarife da anestesia. A sala de vídeo, expurgo... Nesse corredor. Mais... As salas também. E, cada sala é acompanhada do seu apoio, né?! O seu apoio e seu lavabo “(mapa falante E4 – produção artística nº 01).*



**Diagrama do Mapa Falante de E-4 (produção artística nº 1)**

O posto de enfermagem do HUCFF segue as recomendações da RDC 50/2002 (BRASIL, 2002) no que tange à sua dimensão física. Segundo a mesma, este deve ter o tamanho mínimo de 6m<sup>2</sup>, paredes e pisos revestidos de material lavável, portas largas para a passagem de macas, camas e equipamentos, iluminação, temperatura ambiente e ventilação com regulação independente.

Localiza-se no centro da unidade, entre os setores de RPO e RPA, destinando-se ao controle administrativo (planta física em anexo). Possui disposição em “U”, com acesso, tanto à parte externa, quanto interna do centro cirúrgico, o que permite que a enfermeira veja o quê ocorre em ambos os setores. E7 utiliza uma metáfora para caracterizar a RPA:

*“É o coração do centro cirúrgico! Porque é onde a gente recebe os pacientes do andar<sup>7</sup> e, de lá, depois da recuperação pós-anestésica, a gente o devolve pro andar ou pro CTI, dependendo do tipo de intervenção que foi feita”.*

Possui uma pia para a lavagem das mãos, uma bancada destinada ao preparo de medicamentos, um carrinho para atendimento em caso de parada cardíaco-respiratória e dois computadores. Nele encontra-se ainda o estoque de materiais e medicamentos de uso da RPO e RPA. A RPO é composta por cerca de sete macas (na dependência do número de cirurgias por dia) e cadeiras para acompanhantes (crianças e idosos); e a RPA por dez leitos. Macas e leitos encontram-se agrupados, um ao lado do outro. Via de regra, as enfermeiras que atuam no posto de enfermagem são as mesmas que recebem o cliente tanto na RPO, quanto na RPA.

Na verdade, conforme pude verificar, à época da observação de campo quando tive a oportunidade de estreitar os laços com as enfermeiras do Centro Cirúrgico, elas identificam tanto o posto de enfermagem, quanto a RPO e a RPA como um único grande setor.

A RPA contém aparatos tecnológicos necessários ao cuidado de um paciente pós-operatório. Para cada leito recomenda-se: 01 monitor multiparamétrico; 01 ambu com máscara; 01 sistema de aspiração de fluidos e secreções; 01 saída de oxigênio; 01 para ar comprimido e 01 para vácuo. É fundamental que a sala de RPA esteja próxima a SO. Isso facilita quando ocorre alguma intercorrência no pós-operatório imediato e o cliente precisa ser transferido da RPA para a SO, assim como evita alterações hemodinâmicas no transporte desse sujeito (BRASIL, 2002).

Vale dizer que, durante as visitas exploratórias que realizei em vários centros cirúrgicos da cidade do Rio de Janeiro de modo a aproximar-me da realidade desta unidade, somente identifiquei RPA nos hospitais universitários. Nas demais instituições, embora existente o espaço físico a ela destinado, não há funcionamento enquanto setor assistencial. Nestes hospitais, as atividades assistenciais pertinentes à recuperação pós-

---

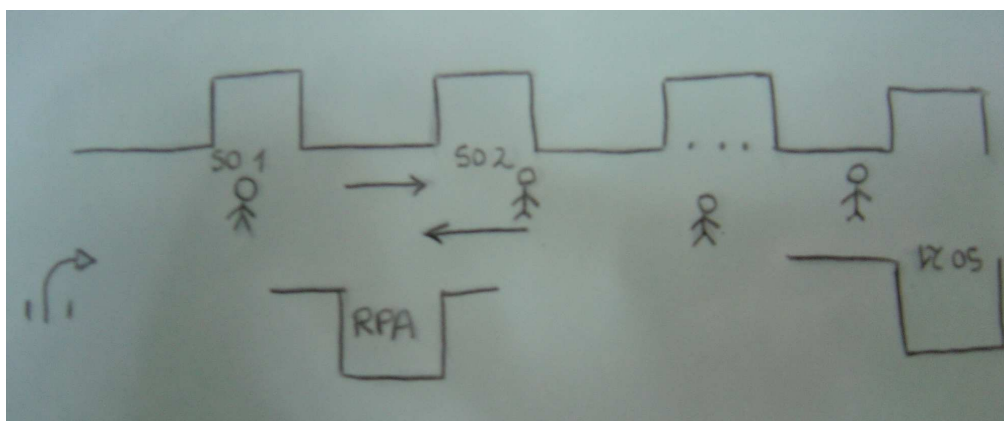
<sup>7</sup> A expressão “andar” é usualmente utilizada para designar os setores de internação hospitalar.



anestésica dos clientes são desenvolvidas ainda na SO pelo anestesista responsável pela cirurgia.

Ao apresentar o seu mapa falante, E9 (produção artística nº 02) também fez menção a RPA como local central do centro cirúrgico, onde circulam as informações de diferentes naturezas, pertinentes às características da unidade:

*“Botei um monte de bonequinhos aqui circulando pra lá e pra cá. Porque a gente trabalha com muita gente, entendeu? Um fluxo bastante grande de pessoal. É óbvio que numa situação normal, não é a situação que a gente está vivendo agora, de crise do hospital, mas, numa situação normal é um corredor cheio, com muito movimento. Horários de pique. Horários mais tranqüilos. Mas sempre bastante movimentado. E, mostrei a RPA também, que é um lugar que eu frequento muito, apesar do meu setor não ser diretamente a RPA, mas é um ponto central do Centro Cirúrgico. Ele fica mais ou menos no centro do corredor. Até a planta física dele, que tem um... 2 degraus, né? Ele fica mais alto, elevado. É um posto mais elevado. Você tem uma visão melhor dos pacientes. É um lugar que a gente fica sabendo, assim, de todas, quase todas as informações. É um lugar onde tá perto da porta. Que quem chega dá informação, pede informação. E, ali é onde a gente solicita uma série de coisas. Onde as pessoas sabem que podem encontrar a gente e pedir alguma coisa. É um lugar central. É isso”.*



**Diagrama do Mapa Falante de E-9 (produção artística nº 02)**

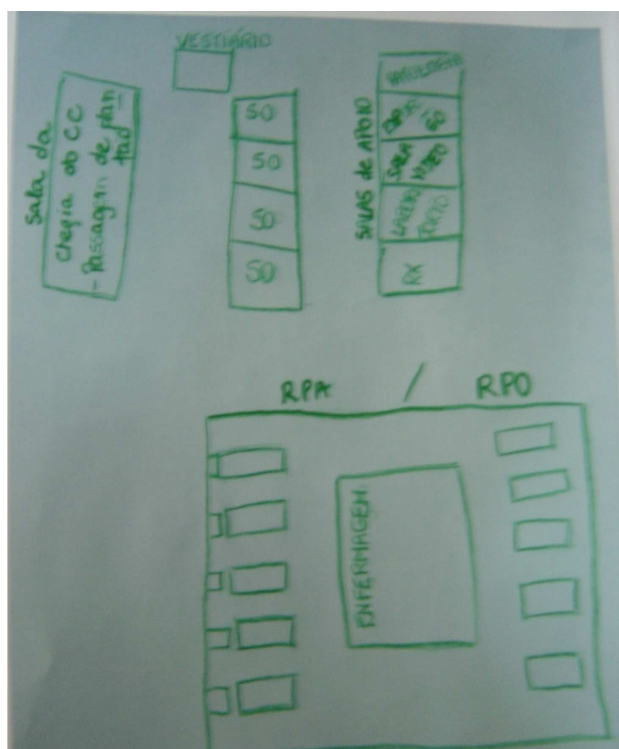
Sobre as SO, a RDC 50/2002 (BRASIL, 2002) recomenda duas salas para cada 50 leitos não especializados ou para cada 15 leitos cirúrgicos. Os tamanhos variam de acordo com a especialidade cirúrgica, de 20m<sup>2</sup> (cirurgias oftalmológicas; otorrinológicas) a 36m<sup>2</sup> (cirurgias de ortopedia, neurologia e cardiologia). Todas as SO devem ter altura mínima de 2,7m do chão ao teto.

Das 21 SO existentes no HUCFF, quatro delas não estão em funcionamento: duas pelo fato de não haver, no momento, cirurgias oftalmológicas e duas por problemas de ventilação artificial, segundo informações da equipe de enfermagem. Possuem espaço suficiente para abrigar os recursos materiais necessários à realização da cirurgia, possibilitando a mobilidade dos funcionários e da equipe durante a intervenção cirúrgica:

*“São 21 salas de cirurgia aqui no Centro Cirúrgico. Mas eu coloquei 4 [em alusão ao seu mapa falante – produção artística nº 03] só pra indicar que as salas de cirurgia ficam quase que todas - aliás todas - de um mesmo lado do Centro Cirúrgico. Se você entrou, percebeu?...” (E8)*

E8 prossegue a apresentação de seu mapa falante justificando a disposição das SO:

*“A importância dessas salas de ficarem ali é porque do outro lado, a gente vai ter as salas de apoio, que são salas que ajudam em determinadas situações de que a gente precisa pra resolver dentro do centro cirúrgico. Essas salas de apoio, eu botei como exemplo, o raio-X, o laboratório, a sala de vídeo, o expurgo, a patologia, e tem outras, ta?! Mas, fiz um exemplo assim [referindo-se ao seu mapa falante] pra você entender o porquê essas salas são importantes também - as salas de apoio”.*



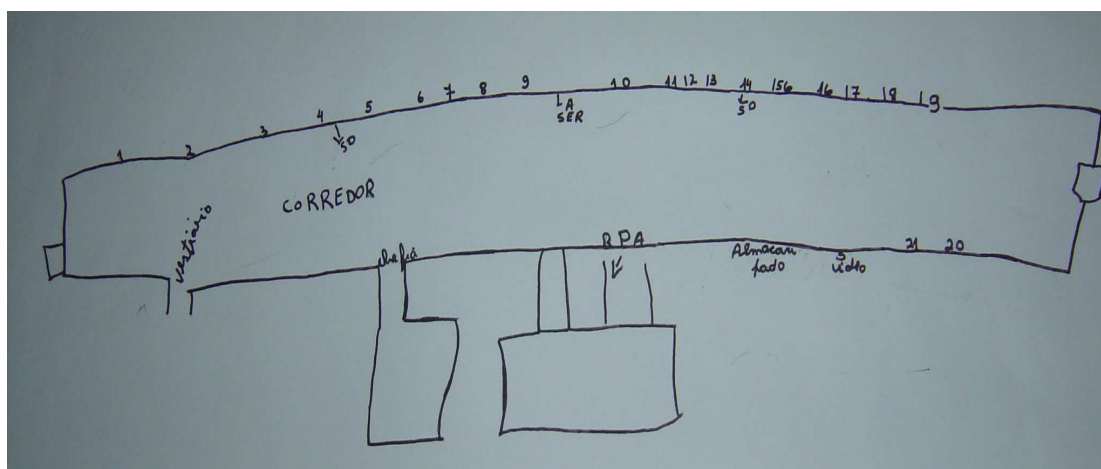
**Diagrama do Mapa Falante de E8 (produção artística nº 03)**

Além dos setores de apoio mencionados por E8, tem-se também o vestiário, o almoxarifado e a central de material e esterilização, localizados no corredor central; e os lavabos e a copa, localizados no corredor transversal.

Segundo a legislação brasileira (BRASIL, 2002), os corredores do centro cirúrgico devem ter espaço de 0,5m de vão livre e largura suficiente para duas macas. No entanto, como o centro cirúrgico do HUCFF foi construído atendendo aos padrões internacionais preconizados pela AORN (2004), ele possui dois corredores: um limpo (central), onde transitam cliente, equipe e material esterilizado; e, um sujo (transversal), para o fluxo de materiais, roupas e lixos retirados das salas de operação. Ao final deste corredor encontra-se o serviço de esterilização e uma área de lazer para funcionários, composta por mesa, algumas cadeiras e uma televisão.

A disposição física do corredor central e das SO do centro cirúrgico foi apontada por E2 e E3 como um dos fatores que dificultam a sua atuação, incluindo a prestação do cuidado junto ao cliente nesta unidade, principalmente para as enfermeiras responsáveis pelas SO, que precisam se locomover de uma sala para outra durante o seu plantão. As enfermeiras chamaram atenção ainda aos prejuízos à sua saúde física:

*“(...) Eu acho que a distribuição de sala deles aqui é péssima. Eu acho isso aqui péssimo [aponta as distâncias entre as salas desenhadas em seu mapa falante – produção artística nº 04]. (...) Isso aqui eu acho que tem quase 50 anos, que acredito terem feito nessa estrutura. Eles poderiam ter feito uma [sala] de frente pra outra. Né?! (...) Se o corredor fosse mais centralizado, o serviço seria bem melhor. Até pra questão de saúde da gente também. Está muito trabalhoso. (...) A distância entre as salas é muito difícil” (E2).*

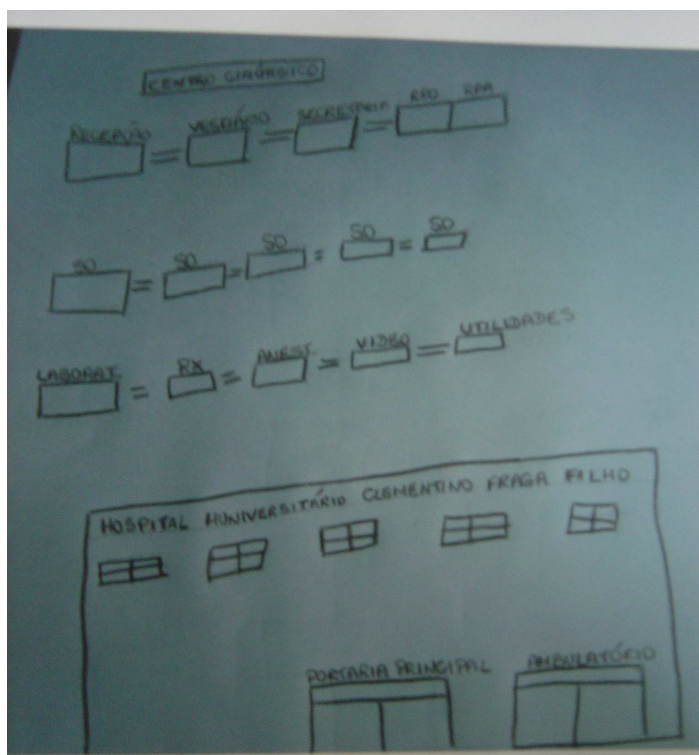


**Diagrama do Mapa Falante de E2 (produção artística nº 04)**

*“O fator que prejudica muito a gente aqui é o espaço físico. Eu quando estou no corredor [SO]... As pernas se acabam. (...) O espaço físico aqui arreventa muito com a gente” (E3).*

O corredor da unidade, na opinião de E2 e E3, inadequado ou insatisfatório, resulta em desgaste do profissional. Para melhor ilustrar sua fala, E3 utilizou uma metáfora estabelecendo relações entre os setores em que atua e as respostas do seu corpo físico à sobrecarga sentida:

*“Quando eu estou na RPA a cabeça se acaba. Aqui [referindo-se a SO ilustrada em seu mapa falante – produção artística nº 05] você tem pernas. Aqui [RPA], cabeça” (E3).*



**Diagrama do Mapa Falante de E3 (produção artística nº 05)**

Denota-se de sua fala que, na RPA, a enfermeira tem um desgaste psicológico, pois é um setor que necessita de um profissional que consiga atender às diferentes demandas de cuidados. Já na SO há um desgaste físico, devido ao distanciamento geográfico entre as salas. Ressalta-se que ambos os tipos de desgaste sofrido pela enfermeira podem interferir ou influenciar na qualidade do cuidado prestado.

- ***A presença de ruídos e outros elementos físicos***

Sobre a influência do ambiente físico, na promoção de bem-estar e conforto do cliente, várias situações me chamaram a atenção durante a observação participante. A que mais me causou espanto e até um certo constrangimento foi o excesso de ruídos a que constantemente os clientes são submetidos, como o toque contundente e em alto som do celular dos profissionais que ali atuam e do telefone fixo do posto de enfermagem. Além disso, também se ressaltam frequentes conversas de diferentes conteúdos entre os profissionais, muitas vezes, não referentes à situação mesma que envolve o cliente.

No que concerne à presença de ruídos, Nightingale (1989, p.66) chamava atenção quanto à necessidade de assegurar um ambiente livre de sons desagradáveis, conversas paralelas, em alto tom, “pois nem o melhor arejamento possível, nenhuma assistência, por mais cuidadosa, poderá fazer bem a esses pacientes sem o necessário silêncio”.

A atenção quanto a se evitar os ruídos desagradáveis denota a preocupação da enfermeira com o conforto do cliente. Sussurros à beira do leito do cliente ou no corredor podem criar expectativas no sujeito, aumentando sua ansiedade, insegurança frente ao ambiente desconhecido para ele. Como dizia Nightingale (op. cit., p.55), “Ruídos desnecessários, de fato, é a mais cruel falta de cuidado que pode ser imposta a um doente ou mesmo a uma pessoa sadia”.

O ambiente deve, então, ser mantido o mais tranquilo possível, a fim de promover ao cliente condições favoráveis ao seu processo de recuperação da saúde. Isso é necessário, principalmente, após a cirurgia, pois neste momento a percepção auditiva do cliente pode estar aumentada (COSTA; COUTINHO, 2007).

Além de promover conforto, a manutenção do silêncio, sempre quando possível, contribui com a observação acurada da enfermeira no sentido de manter-se atenta a qualquer som proveniente do cliente ou de aparelhos a ele conectados que lhe permita identificar possíveis alterações no seu estado de saúde.

Durante as observações de campo, pude constatar que o ambiente barulhento, principalmente na RPO e RPA, é constante no centro cirúrgico. Em algumas situações, como no caso da admissão do cliente na RPO a enfermeira necessita pedir silêncio aos demais profissionais de saúde, a fim de estabelecer um diálogo com o cliente; tal situação se estende por outros momentos do período perioperatório. Vale salientar que o excesso de ruídos pode trazer interferências na relação que precisa ser estabelecida entre enfermeira-cliente no centro cirúrgico (MATTOS; PICCOLI; SCHNEIDER, 2004).

A iluminação é um outro componente importante na caracterização do ambiente físico do Centro Cirúrgico. A existente no corredor central é do tipo artificial, com lâmpadas fluorescentes e incandescentes a fim de permitir uma observação mais precisa da presença de palidez e cianose nos clientes; enquanto que a do corredor transversal possui também iluminação do tipo natural, proveniente das janelas existentes ao longo dessa área que devem permanecer fechadas para a garantia de esterilização (FRAGA, 1990). Estas janelas possibilitam o contato visual da equipe multiprofissional com o exterior da unidade.

Destaca-se, ainda, a constante submissão às baixas temperaturas advindas da ventilação artificial necessária à manutenção do ambiente asséptico. O sistema de refrigeração através de ar condicionado visa remover gases anestésicos e partículas em suspensão, controlar a temperatura e a umidade, promover troca de ar adequada e evitar a entrada de partículas de áreas subjacentes (SOBECC, 2007).

O controle da temperatura e umidade do ar deve ser feito somente pelo serviço de manutenção do centro cirúrgico. A atenção à temperatura confortável deve estar voltada tanto para as equipes multiprofissionais, quanto para o cliente (FORTUNATO apud BIANCHI; TURRINI, 2007).

Para Nightingale (1989), um dos princípios sobre os quais a enfermeira deve estar atenta ao prestar assistência ao cliente é a temperatura do ambiente, que deve ser moderada de modo a não causar danos à saúde do sujeito. No caso do centro cirúrgico, devido à necessidade da permanência do ambiente em baixa temperatura, deve-se manter o cliente sempre aquecido. Isto porque, a sensação de frio intenso pode tornar-se extremamente desconfortável para o cliente interferindo no seu bem-estar.

Quanto às cores neutras, suaves e foscas das paredes do centro cirúrgico, estas são para evitar a emissão de reflexos luminosos, a fadiga visual, o cansaço e os estímulos nervosos (BRASIL, 2002).

Além dos cuidados relativos à ventilação, ao controle dos excessos de ruídos, à manutenção da temperatura corporal do cliente, e às cores adequadas das paredes do setor, destaca-se também a manutenção do espaço físico livre de sujidades e de odores desagradáveis, quesitos estes atendidos pelo centro cirúrgico do HUCFF.

• *Dificuldades materiais e de recursos humanos*

A precariedade de recursos materiais foi apontada pelas enfermeiras como um fator que dificulta sua atuação no Centro Cirúrgico e que resulta por vezes, em suspensão do ato cirúrgico quando não há material necessário e/ou em quantidade suficiente para a realização de um determinado procedimento, podendo também, em alguns momentos, trazer prejuízos para a qualidade do cuidado:

*“Tenho tantas cirurgias suspensas porque não tem... Está faltando... Não tem material” (E3).*

*“A gente não consegue desenvolver um bom trabalho, porque falta material. Falta equipamento” (E9).*

Waldow (1999) considera que a enfermagem precisa garantir um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado, envolvendo, dentre outros, o meio ambiente físico e social. Sobre o ambiente físico destaca além das instalações adequadas, a necessidade de equipamentos e materiais suficientes para o desenvolvimento do cuidado:

*“Tudo é em prol do paciente. É em prol da cirurgia. Em prol do controle do material. É da rapidez desse material ali, pra poder servir a esse paciente” (E1).*

*“Então, ter o material... A aparelhagem bem preparada pra cuidar dele. Ter o material esterilizado a contento” (E5).*

No entanto, apesar de a enfermeira preocupar-se com a manutenção desses recursos de modo a manter o ambiente seguro e de qualidade na promoção do cuidado ao cliente, o seu desempenho em prover a unidade com esses insumos não é o suficiente para mantê-la em pleno funcionamento. A precariedade de recursos materiais faz com que a enfermeira utilize sua habilidade criativa no cuidado ao cliente e, por vezes, da arte do improvisado:

*“Por mais que a gente queira que o Centro Cirúrgico funcione com a capacidade que ele tem pra funcionar, a gente não está conseguindo isso, justamente porque falta material. (...) Então, isso acaba dificultando o nosso trabalho. (...) Na RPA a gente tem poucos monitores, poucos oxímetros. Mas a gente sempre tenta fazer um revezamento dos pacientes que estão chegando, pra gente poder ter uma monitorização mais eficiente, né? Então, a gente vai tentando, dentro das dificuldades, se mobilizar pra isso. Pra atingir esses objetivos, para que o paciente saia daqui com pelo menos o seu propósito alcançado: que é se submeter a uma cirurgia, com um mínimo de intercorrências, com uma certa segurança e com o conforto nesse momento de pós-operatório” (E1).*

*“A falta de material é muito ruim. Você quer trabalhar... E não tem. Tem que improvisar” (E5).*

Corroborando com a discussão Olário (2004, p.43) ressalta que:

A equipe de enfermagem, muitas vezes, enfrenta momentos de dificuldade e carências, gerando conflitos internos entre o improvisado e a resolutividade na prestação de cuidados, atendendo, assim, à necessidade imperiosa de prestação de assistência de enfermagem. Assistência esta que visa o bem-estar do cliente, promovendo satisfação para o profissional que terá o seu dever cumprido.

À época da observação de campo, foi possível constatar que, por vezes, os clientes aguardam seu procedimento cirúrgico tendo seu corpo coberto somente por um lençol. Quando questionados, dizem que o lençol não é suficiente para mantê-los aquecidos.

Em uma das situações observadas, um técnico de enfermagem se aproximou do cliente e retirou seu cobertor assim que este recebeu alta da RPA, sob a justificativa de que aquele era *“o único cobertor disponível no setor”*. Ou seja, atender as demandas de cuidado do cliente, por vezes, esbarra nas condições institucionais oferecidas, neste caso, na falta de recursos materiais interferindo na manutenção do conforto do cliente.

Estudo realizado por Spíndola, Santiago e Martins (2003), ao identificar como os enfermeiros avaliam a sua prática profissional, constatou que esses profissionais ressaltam as condições de trabalho oferecidas pelas instituições hospitalares como um fator que interfere diretamente na qualidade da assistência prestada.

A enfermeira E4 traz a questão macro-política para justificar as deficiências do hospital:

*“(...) O que dificulta muito é a infra-estrutura. Ela depende do hospital... E o hospital depende do governo. Então, se o governo não dá um respaldo pro hospital, o hospital também não vai dar o que a gente realmente necessita. E a gente trabalha com dificuldade por conta disso”.*

O agravamento da crise financeira por que passa o HUCFF vem resultando em aumento do déficit de verbas para recursos materiais e humanos. Devido ao déficit desses recursos necessários para o andamento das cirurgias, à época da produção de dados da presente pesquisa, estas haviam sido suspensas, à exceção de cirurgias de emergência ou aquelas que poderiam ser feitas com os recursos materiais disponíveis. Posteriormente, estas foram retomadas com uma redução de cerca de 50% de sua capacidade.



No momento, embora o centro cirúrgico do HUCFF esteja funcionando dentro de sua normalidade, ainda é possível verificar algumas dificuldades desses recursos, o que revela a situação de crise mais globalizada que há décadas assola o setor saúde no país.

Alguns autores vêm apontando a precariedade de recursos materiais e humanos por que passam os hospitais públicos no desenvolvimento de suas atividades (SQUASSANTE; ALVIM, 2009; STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006; SPÍNDOLA; SANTIAGO; MARTINS, 2003). Há uma dificuldade na captação de verbas por estes hospitais, incluindo os universitários. Este fator foge do encaixo da enfermeira, pois está relacionado ao contexto político-econômico do país, podendo comprometer a qualidade da assistência de saúde desenvolvida nessas instituições.

Destaque se dá ao fato de que ter condições favoráveis de trabalho para os profissionais de saúde na prestação de seus serviços, são aspectos que precisam ser considerados para que se tenha uma assistência humanizada de saúde, segundo a própria Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse intento, é necessário que o profissional seja respeitado em sua condição humana e tenha reconhecido o seu trabalho para que possa exercer a profissão com responsabilidade e dignidade, e, assim, respeitar e compreender o outro. Tal reconhecimento passa pelas condições que lhe são oferecidas no desenvolvimento de seu trabalho, proporcionando condições físicas, tecnológicas, humanas e administrativas, garantindo o desenvolvimento de uma assistência com qualidade (BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2007).

Como se pode evidenciar, a atenção ao ambiente físico não está ligada somente aos aspectos que implicam no sucesso do ato cirúrgico em si, nele envolvida, a atuação dos profissionais que participam do evento, mas também dizem respeito a vários outros aspectos que devem ser considerados pela enfermeira.

Sobre o ambiente físico, cabe a ela conhecer os requisitos mínimos para manter este ambiente adequado tanto para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico em si, tornando viável a atuação da equipe cirúrgica nessa unidade, quanto para os cuidados necessários à promoção do conforto e bem-estar do cliente.

Para tanto, além das habilidades e atributos próprios da enfermeira voltados às ações de cuidar, ela precisa ter ciência da legislação específica vigente a fim de implementar uma assistência adequada ao cliente, promovendo um ambiente seguro para este e para os profissionais atuantes no setor (BIANCHI; TURRINI, 2007).

→ **Elementos que implicam na construção das relações entre os sujeitos e no cuidado em si**

Estudos atuais (AQUINO; CAREGNATO, 2005; ARAÚJO; SILVA; SANTORO; PORTO, 2005) vêm apontando a importância de um ambiente humanizado nas instituições de saúde que inclui uma assistência também humanizada, em que se busque não somente o bem-estar do cliente, mas também dos profissionais de saúde nela atuantes, conforme o preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003).

Portanto, o hospital precisa promover um ambiente que satisfaça tanto às demandas de cuidado do cliente, quanto às ações dos profissionais, favorecendo o relacionamento entre estes, contribuindo, assim, com o desempenho adequado de suas funções tendo em vista o cuidado integral ao cliente (MOURA, 2005).

• ***Relações entre clientes e enfermeiras***

O desenvolvimento do cuidado requer o encontro entre os sujeitos partícipes do mesmo. Como teorizado por Watson (TALENTO, 2000, p. 254), “o cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas interpessoalmente”. No caso de o cuidado desenvolvido no centro cirúrgico a enfermeira deve considerar os diferentes aspectos que permeiam este ambiente e aqueles próprios do cliente submetido a um ato cirúrgico, procurando meios de atender suas necessidades e desejos diante de tais aspectos.

As especificidades inerentes à situação vivenciada pelo cliente no período perioperatório podem lhe gerar além de sentimentos como medo, angústia e insegurança, preocupações adicionais de diferentes ordens que podem advir do processo cirúrgico mesmo quando não previstas, a exemplo de possíveis incapacidades, tanto do ponto de vista físico quanto do plano financeiro, ou social. Esses aspectos guardam estreita relação com as condições e circunstâncias nas quais o processo cirúrgico se dá; se fruto de uma emergência clínica; ou se planejado com o devido tempo.

*“(...) Então, os pacientes da oftalmologia, são os pacientes que vêm preocupados com os acompanhantes que estão lá embaixo” (E3).*

A entrada do cliente na RPO lhe causa grande impacto e ele pode sentir-se vulnerável, pois deixa “o local conhecido e entra em um local desconhecido”, sendo, portanto, essencial a presença efetiva da enfermeira nesse momento (BIANCHI; TURRINI, 2007, p.27).

As expectativas do cliente relacionadas à competência do profissional no que tange à realização dos cuidados, inerentes a cada fase perioperatória, via de regra, se situam para além do atendimento às suas necessidades físicas. Ou seja, corresponde também à capacidade da enfermeira de lidar com aspectos que são da esfera subjetiva do cliente e que podem interferir no cuidado:

*“Às vezes, você chega na sala [de operação] o paciente... tá, assim, ansioso. Aí, você chega perto. Pergunta... Às vezes, o paciente pergunta pela anestesia. Tem paciente que... Tem mulher que deixa filho. Essas coisas. Fica preocupada” (E-2).*

Em se tratando de um ambiente estranho para o cliente, como é o caso do centro cirúrgico, este pode tornar-se ameaçador, por vezes, hostil, quando o cliente se depara com uma série de aparatos tecnológicos que lhes são desconhecidos e distantes de sua realidade de vida.

Ademais, vale dizer que as vestimentas dos profissionais, próprias deste ambiente - gorros, máscaras, toucas - também dificultam a efetividade da relação face a face, e podem contribuir para o distanciamento entre cliente e enfermeira. Esses aspectos merecem destaque quando pensamos em um cuidado congruente e empático, fruto da veracidade das interações e da sintonia necessárias para a valorização e o respeito aos sentimentos do outro e ao seu modo de pensar, agir e se movimentar na vida (WATSON in TALENTO, 2000). Para tanto, é importante encontrar meios facilitadores que promovam a aproximação desses sujeitos.

É oportuno ressaltar que o aspecto psicológico do cliente deve ser foco de atenção da enfermeira antes mesmo de sua chegada no centro cirúrgico, através da visita pré-operatória (VPO)<sup>8</sup>. Esta consiste na avaliação do cliente pela enfermeira do centro cirúrgico no período que precede a sua admissão nesta unidade.

Durante a VPO é feita avaliação basal do paciente (avaliação emocional, história anestésica prévia, identificação de alergias, entre outros). Tem ainda a finalidade de estabelecer um encontro prévio com o cliente, momento em que também se promove a educação em saúde com vistas à preparação do cliente para o ato cirúrgico e recuperação anestésica:

---

<sup>8</sup> A Visita Pré-operatória (VPO) é uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), elaborado por Castellanos, em 1984, a partir da proposta de Sistematização do Processo de Enfermagem com base na Teoria das Necessidades Humanas de Wanda Horta (FEU; MACIEL, 2008). No entanto, o centro cirúrgico do HUCFF não a contempla em todas as suas etapas

*“A visita pré-operatória tem um objetivo importante pro paciente: orientar sobre o ato cirúrgico anestésico... A importância daquele procedimento para a recuperação. A gente acredita que com essa orientação, a gente reduz, também, o estresse do paciente e a ansiedade. (...) Então, a finalidade principal da visita pré-operatória é orientar. É informar ao cliente e reduzir, com isso, o estresse, a ansiedade. (...) Quando a pessoa está muito ansiosa... Eu percebo que está um pouco ansiosa, eu falo: \_Amanhã a gente se encontra. Amanhã eu estou lá e tal. Não sei o quê... Eu, às vezes, sei até que não estarei presente, mas eu já a deixo mais tranqüila. Né” (E6).*

Estas visitas devem ter a intenção de além de fornecer as devidas informações e orientações, promover apoio e segurança aos clientes, caracterizando-se como forma de acolhimento e de comunicação entre a enfermeira e o cliente, favorecendo a interação entre esses sujeitos e uma assistência de enfermagem mais individualizada. No entanto, para que essa interação se efetive, é necessária que haja autenticidade na relação estabelecida entre enfermeira e cliente.

A fala de E6 deixa clara que nem sempre ela está presente na recepção do cliente por ocasião de sua entrada no centro cirúrgico. Tal fato pode resultar em desgaste emocional ainda maior ao cliente. Por isso, sejam quais forem as circunstâncias e espaços do cuidar, é fundamental que a enfermeira informe “sempre ao doente antes de deixá-lo, a hora em que vai sair e quando vai voltar, quer sua ausência seja por um dia, uma hora, ou dez minutos” (NIGHTINGALE, 1989, p.47). Isto porque, ainda que a enfermeira imagine ser a melhor conduta não informar ao cliente sobre sua ausência, o retratado no depoimento de E6 demonstra situação de caráter ético, uma vez que não se caracteriza como uma falta de informação (estar ou não presente), mas de ter faltado com o compromisso anteriormente assumido com o cliente. Situações como esta faz com que o cliente não se sinta seguro na relação com esta profissional, fragilizando-a.

Outras vezes, inclusive, a VPO nem ocorre:

*“Porque ele chega aqui em cima sem saber, às vezes, até o que vai acontecer com ele. Ele sabe que é uma cirurgia, mas ele não imagina as etapas que ele vai passar aqui por cima” (E8).*

Ao apontar o desconhecimento por parte do cliente sobre o ato cirúrgico-anestésico ao qual será submetido, E8 evidencia que a VPO ou não é realizada pela enfermeira do Centro Cirúrgico, ou, pelo menos não ocorre de maneira que o cliente se sinta devidamente

esclarecido sobre os seus questionamentos. Ressalta-se que, no HUCFF há apenas um enfermeiro responsável por realizar a VPO.

Destaca-se que a falta de contato anterior da enfermeira com o cliente pode impedir o acesso às suas expectativas e necessidades e à percepção sobre o seu estado emocional, dificultando o planejamento adequado dos cuidados de enfermagem na RPO, no trans e no pós-operatório imediato.

Apesar de haver vários estudos que apontam a necessidade da VPO (BIANCHI; CASTELLANOS, 1984; PELLIZZETTI; BIANCHI, 1999; FEU; MACIEL, 2008), como foi possível verificar durante a observação participante e ratificada em algumas falas das enfermeiras (E6, E7), sujeitos da pesquisa, esta visita não vem sendo uma prática sistematizada nem extensiva a todos os clientes, o que dificulta uma abordagem mais totalizadora junto a estes.

Os referidos estudos vêm destacando o número reduzido de enfermeiras no centro cirúrgico e a sobrecarga de trabalho imposta a essas profissionais como prováveis justificativas para a ausência das VPO. Mas o fato é que, muitas vezes, o cliente é encaminhado ao centro cirúrgico sem ter recebido de forma plena os cuidados requeridos para o momento. Ressalta-se que ter conhecimento sobre o procedimento ao qual será submetido e o porquê dele ser feito pode contribuir com a redução da ansiedade, insegurança e medo do cliente em relação ao ambiente cirúrgico (CAMPOS et al, 2000; FEU; MACIEL, op. cit.).

Nightingale (1989, p.46) abordava em seus estudos “a influência dos pensamentos, sentimentos e emoções no processo de recuperação do doente”, afirmando por meio de suas observações que “a apreensão, incerteza, espera, expectativa e o medo de surpresas prejudicam o doente mais do que qualquer esforço físico”.

Deste modo, as intervenções da enfermeira junto ao cliente no centro cirúrgico deve considerar os sentimentos manifestos por ele como um dos elementos que permeiam as relações estabelecidas entre ele e a enfermeira, levando em conta que essas relações estão situadas para além do desenvolvimento de uma intervenção técnica, ou seja, requerem também atenção a aspectos que são de ordem subjetiva. Ferreira (2006) corrobora com esta reflexão sobre o cuidado desenvolvido pelas enfermeiras ao afirmar que:

Cuidar do outro envolve sentir o seu espírito, o seu olhar, a sua impaciência, a sua dor, a sua revolta, as suas tristezas e também as suas alegrias. E tudo isso, lidando com as suas próprias emoções, já que as enfermeiras também são seres humanos imersos neste contexto da

solidão, das tristezas, das alegrias, das insatisfações, da não valorização social e institucional do trabalho.

Assim, a enfermeira precisa pensar em alternativas no cuidado, capazes de promover ao cliente pensamentos agradáveis e positivos através do diálogo, não no sentido de negar a ele o direito de expor suas dúvidas e expressar seus sentimentos mais conflituosos, mas, uma vez a enfermeira propiciando-lhe um espaço interativo e dialógico o cliente possa pronunciar-se livremente e, assim, estimular a alegria e encontrar meios de restaurar sua energia vital.

#### • *Relações entre os profissionais de saúde*

A relação interpessoal é um fator que interfere psicologicamente no profissional. Divergências e discussões entre os profissionais de saúde podem acarretar desajustes que tendem a afetar a dinâmica de funcionamento da unidade, interferindo diretamente no cuidado ao cliente (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006). Este aspecto deve ser foco de preocupação da enfermeira no sentido de dirimir seus possíveis efeitos (NIGHTINGALE, 1989).

A interação entre os membros da equipe profissional foi apontada por E1 e E7 como um fator que favorece a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico:

*“O ambiente com o pessoal de enfermagem, com a equipe, eu acho que é um ambiente bom. (...) Eu não encontro problemas de relacionamento com as equipes, nem com a equipe de enfermagem” (E1).*

*“A interação cirurgião-enfermeiro. E, até mesmo do enfermeiro do andar para conosco...” (E7).*

Vindo na contra-mão das experiências positivas de interação presentes nas falas de E1 e E7, apesar de pontuar como ideal o bom relacionamento entre profissionais, E9 revela que este *“nem sempre é possível”*:

*“Quando você tem um bom relacionamento com a chefia, com os colegas... Pra mim é o ideal... Você ter um bom relacionamento. Que nem sempre é possível. Mas seria o ideal... Que as pessoas pudessem se relacionar bem”.*

Algumas intercorrências, como a falta de material e a sobrecarga de trabalho, podem trazer implicações para o relacionamento entre os profissionais de saúde. Isto

porque a enfermeira responsável pela SO tem como uma de suas atribuições prever e prover recursos materiais para a realização da cirurgia. Quando um determinado material não tem no setor ou o tem em quantidade insuficiente, esta profissional informa a situação detectada à equipe responsável pelo procedimento cirúrgico.

Ocorre que, algumas vezes, o cirurgião responsável mesmo ciente da indisponibilidade do material suficiente no setor embute na enfermeira a responsabilidade pela falta do material na unidade. Estas situações podem implicar em ruídos na comunicação e desajustes no relacionamento interprofissional, afetando a dinâmica de cuidar e de cuidados na unidade:

*“Se você (médico) botou na sala e sabe que não tem, porque vai exigir depois? (...) Aí, depois: \_ Chama o enfermeiro. \_Como se você fosse poder resolver aquele problema, que ele estava ciente no início. (...) Isso é uma função sua que você acaba se aborrecendo” (E3).*

Devido a disposição da enfermeira da RPO e RPA, presença constante na maior parte do tempo no posto de enfermagem, as atribuições que são da enfermeira da SO, muitas vezes passam para a enfermeira da RPO/RPA. Quando o cirurgião necessita de algo para a cirurgia e a enfermeira responsável pela SO não está presente em uma determinada sala, em razão de suas atribuições também em outras salas, o cirurgião se encaminha até o posto de enfermagem e faz a solicitação à enfermeira presente neste setor. Porém, diante da frequente sobrecarga de trabalho, ela informa ao cirurgião que a função compete à enfermeira da SO, acarretando, por vezes, prejuízo no estabelecimento das relações:

*“(...) Então, tem dia que a pessoa tá sobrecarregada e fala: ”\_Olha, isso não é comigo. Procura a enfermeira do corredor”. \_Aí, eles (médicos) não querem. Acham que é má vontade da colega que não quer fazer” (E2).*

Para Stumm, Maçalai, e Kirchner (2006, p.467):

[...] O conflito instala-se entre médicos e enfermeiros quando os médicos desvalorizam a atitude do enfermeiro, reduzindo a natureza específica da enfermagem a uma mera execução de ordens e que o enfermeiro deve dar conta.

Esta análise remete a realidade historicamente determinada de hegemonia médica sob as demais profissões de saúde.

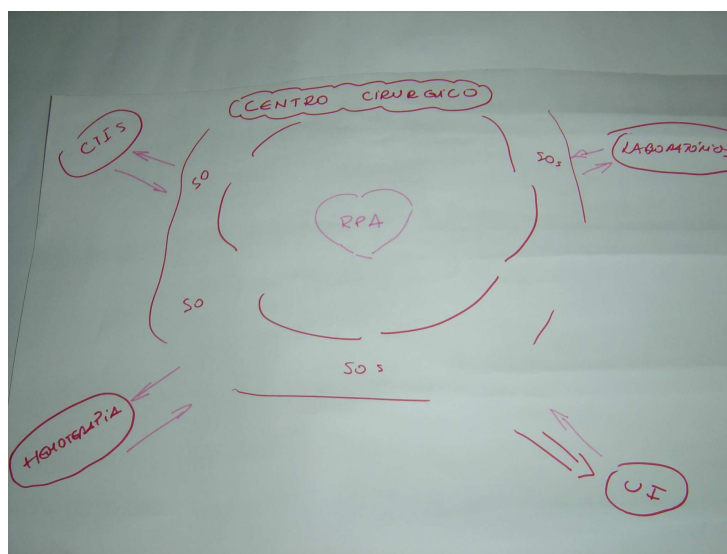
Não obstante a presença desses conflitos vale refletir sobre a necessidade de se investir em estratégias que possam amenizá-los. Afinal, um relacionamento favorável entre

os profissionais atuantes no centro cirúrgico, além de essencial para o bom andamento da cirurgia, também é promotor de um ambiente de cuidado que implica diretamente tanto no equilíbrio e bem-estar dos profissionais, quanto dos clientes cuidados.

De modo semelhante, é de suma importância a comunicação com o profissional da unidade de internação e de outros setores para que sejam colhidas informações sobre o cliente: se ele internou ou não, se há alguma intercorrência clínica que pode acarretar na suspensão da cirurgia, como sinais vitais instáveis, dentre outras. Essas informações colaboram na orientação dos cuidados de enfermagem a serem prestados no centro cirúrgico, proporcionando a continuidade da assistência ao cliente:

*“Na RPA, a gente se comunica também com os CTI, que são vários, com a unidade de internação, com o banco de sangue, com os laboratórios”* (mapa falante de E7 – produção artística nº 06).

*“Às vezes, você tem que saber se o paciente foi suspenso (a cirurgia). Paciente que sobe, paciente que desce (do centro cirúrgico). CTI; se tem ou se não tem”* (E3).



**Diagrama do Mapa Falante de E7 (produção artística nº 06)**

Como se pode verificar, o bom andamento das atividades na unidade mantém estreita relação com a sua interação com outras unidades/setores do hospital que estão relacionados ao procedimento cirúrgico, como a unidade de internação (UI), Centro de Terapia Intensiva (CTI), o banco de sangue. E5 também evidencia essa questão:

*“(...) A interação da chefia de serviço com todas as salas de cirurgia, com a RPA, com a chefia de setor e de seção, com a patologia, com o laboratório, com a sala de enfermeiros. (...) Tem*



*que ter uma interação com tudo isso. (...) É uma interação total”.*  
(E5).

Conforme ratificada em algumas falas das enfermeiras e explorada na subcategoria anterior, a especificidade da clientela que chega no centro cirúrgico é marcada pela grande demanda emocional. Em parte, essa demanda pode ser fruto do déficit de informações/orientações fornecidas ao cliente na unidade de internação, como vimos, ou no ambulatório quando do seu preparo à cirurgia.

Denota-se daí que o desenvolvimento do processo de cuidado requer que a enfermeira interaja com outros setores, a exemplos dos ora citados, pois a comunicação entre eles é imprescindível para o andamento da cirurgia, a fim de proporcionar uma assistência segura e efetiva ao cliente.

Enquanto responsável pelo ambiente do Centro Cirúrgico a enfermeira precisa estabelecer um sistema de comunicação mútuo entre as pessoas que atuam neste espaço, fortalecendo o desempenho e desenvolvimento destes profissionais baseado na cooperação de um trabalho em equipe. Assim, cabe à enfermeira, não somente zelar pelos recursos materiais, mas também pelas relações interpessoais neste ambiente, de modo a que estas interfiram positivamente na prestação dos cuidados de enfermagem ao cliente.

As enfermeiras E2 e E4 ressaltam a importância do trabalho em conjunto:

*“Elas (enfermeiras) têm que trabalhar em conjunto. Eu tenho as minhas salas, mas eu tenho que estar inteirada nas salas da colega. (...) Você tem que ter noção do que está se passando em todas as salas. Independente das suas salas”* (E2).

*“Quando um enfermeiro ou outro necessitam... Então, a gente ajuda. (...) os enfermeiros da RPA, às vezes, estão na sala também ajudando. (...) A chefia pede também um apoio. E, a gente também apóia alguma coisa. (...) A nossa escala é muito assim... Movimentada. Muito ativa. Mas, todo mundo colabora”* (E4).

O desenvolvimento do trabalho da enfermeira, incluindo o cuidado direto ao cliente, ocorre de forma mais efetiva se os profissionais atuarem em conjunto, com respeito, solidariedade e cooperação. Durante a observação de campo foi possível evidenciar o trabalho cooperativo desenvolvido pela equipe, conforme situação registrada no diário de campo:

*“Dois enfermeiros (enfermeiros D e F) estão na RPA. No momento tem um cliente no setor. Enfermeiro F liga para o setor responsável para chamar o técnico do eletrocardiograma (ECG).*

*Enfermeira D auxilia os médicos e anestesistas junto à cliente para rodarem o ECG. Uma técnica de enfermagem se aproxima e fecha o coletor de urina da cliente. Dois médicos, um anestesista e dois enfermeiros (D e F) tentam colocar a bobina do aparelho de ECG. Os médicos saem do setor e vão chamar um médico da cardiologia. Dois minutos depois esse médico chega, ajusta os eletrodos na cliente. Um enfermeiro (D), dois médicos e um técnico o auxiliam. Durante 15 (quinze) minutos eles tentam, em conjunto, realizar um exame na cliente que estava na RPA”.*

Nessa descrição, podemos identificar o trabalho desenvolvido por diversos profissionais de saúde, visando à realização de um exame necessário para o andamento do processo anestésico-cirúrgico. A dinâmica de cuidar e os cuidados ao cliente pela equipe multiprofissional, com movimentos seguros e harmoniosos afetaram positivamente o ambiente, por sua vez, os sujeitos que nele interagiam, promovendo conforto ao cliente que demonstrou tranquilidade durante todo o procedimento.

Para Stumm, Maçalai e Kirchner (2006), esse clima de interação e cooperação entre os profissionais de saúde favorece a sua atuação frente às condições estruturais, nem sempre satisfatórias, impostas pelo ambiente de trabalho, resultando em bem-estar e segurança ao cliente cirúrgico. É oportuno ressaltar que este ambiente de cooperação mútua relaciona-se, muitas vezes, à satisfação profissional. Algumas enfermeiras participantes deste estudo apontaram este aspecto como favorecedor à sua atuação no centro cirúrgico, incluindo o cuidado direto ao cliente:

*“(...) A vontade de trabalhar. Você gostar do que você faz... Então, a gente faz com amor, carinho... Com vontade de acertar. Então, tudo isso é um fator que favorece muito” (E5).*

*“Há algum tempo eu tenho trabalhado no corredor (SO), que, na verdade, é o que eu gosto. Uma coisa bem agitada. Mas é o que eu gosto” (E9).*

As unidades de registro de E5 e E9 denotam que as enfermeiras gostam do trabalho que realizam nesta unidade e imprimem qualidades humanas no desenvolvimento do cuidado prestado. Conforme assinalam Backes, Koerich e Erdmann (2007, p.3), quando as pessoas gostam das atividades que executam, “as práticas humanizadoras e humanizadas fluem natural e espontaneamente”.

*“O lado bom, positivo, é você estar fazendo o que você gosta. Porque se você é enfermeiro porque você gosta, você vai fazer com maior carinho e maior vontade. (...) Eu faço como muito carinho. (...) A gente está trabalhando feliz, porque eu faço porque eu sou*

*enfermeira por vocação. De coração. Eu gosto muito do que eu faço” (E8).*

A satisfação profissional interfere positivamente nos cuidados de enfermagem, uma vez que esta auxilia na manutenção do equilíbrio emocional e no desenvolvimento das funções profissionais. Embora a qualidade do cuidado não seja restrita à satisfação e às condições físico-estruturais no trabalho, é fato que qualquer situação que desequilibre o ambiente em que o cuidado se desenvolve pode nele interferir.

Assim, a instituição deve conhecer o grau de satisfação e insatisfação, pessoal e do trabalho, de seus profissionais, criando espaços para expressão da subjetividade e desenvolvimento humano, pois problemas, tanto de uma ordem quanto de outra, interferem na realização do trabalho. Em contrapartida, a satisfação reforça o comprometimento do profissional no desenvolvimento de suas funções laborais, a fim de garantir uma assistência com qualidade ao cliente (BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2007).

A título ilustrativo acerca desta assertiva, à época da crise financeira do HUCFF os profissionais tiveram suas rotinas alteradas, o que culminou com sentimentos de descontentamento por parte de alguns profissionais. A unidade de registro selecionada a seguir mostra a indignação de E8 frente à situação do hospital:

*“A gente está fazendo escala pra vir aqui trabalhar, sabe? É desagradável. Agora tem os cooperativados, sabe. São profissionais bons. (...) Então, quer dizer, supre parte da falta do servidor mesmo” (E8).*

Com a inserção das cooperativas de profissionais de saúde no HUCFF, o centro cirúrgico passou a contar com dois tipos de pessoal, sob condições diferenciadas de vínculo com o trabalho. Apesar do reduzido quantitativo de recursos humanos implicar na qualidade de atendimento, e de cuidados aos clientes, a crise financeira dos hospitais, especialmente os universitários, como é o caso do hospital que serviu de cenário para o desenvolvimento desta pesquisa, resultou na dispensa de alguns cooperativados, reduzindo, ainda mais, o quantitativo de pessoal. Os que se mantiveram no emprego ficaram sujeitos a incerteza de sua permanência no trabalho, afetando-os psicologicamente e interferindo no ambiente de cuidar:

*“(...) Então, você trabalha com pessoas inseguras, que, de repente, não conseguem nem se concentrar ali no trabalho que ele tem que desenvolver aqui dentro. (...) Esses fatores negativos que a gente tá*

*vivendo, afetam muito no emocional do pessoal. A gente fica inseguro” (E9).*

Conforme discussão anterior, um ambiente de cuidado instável do ponto de vista social e psicológico pode interferir negativamente no emocional da equipe de saúde, por conseguinte, a promoção do bem-estar, conforto e segurança do cliente, também poderá ser afetada, pois se deve considerar o contexto harmônico do ambiente total (físico, social e psicológico) onde este sujeito se encontra, de modo a oferecer condições favoráveis à manutenção ou restauração plena de sua saúde:

*“Às vezes, falta pessoal porque não podem pagar esse pessoal terceirizado. E isso atrapalha. Isso dificulta o nosso trabalho” (E9).*

Contudo, apesar de o número insuficiente de recursos humanos interferir na dinâmica de funcionamento das unidades hospitalares (FONSECA, 2007; SILVA; BIANCHI, 2007; SILVA et al, 2006; STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006) e no cuidado em si desenvolvido junto aos clientes, a dedicação e a satisfação do profissional conforme ressaltado em algumas unidades de registro (E3, E4, E5, E8 e E9), são elementos que devem ser considerados como atenuantes ao problema:

*“Isso é meu tudo. Porque isso é minha vida (olhos lacrimejados)” (E3).*

*“Boa vontade a gente tem” (E4).*

A satisfação profissional no desenvolvimento de suas funções também reforça o comprometimento pessoal e profissional. Assim, ele busca aprimorar seus conhecimentos, a fim de garantir uma assistência com qualidade ao cliente (BACKES; KOERICH; ERDMAN, 2007).

A satisfação, portanto, possibilita o desenvolvimento de novas competências pelos profissionais de saúde. Segundo Alarcão e Rua (2005, p. 376), “competência é a capacidade de agir em uma situação, o que implica em manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê”. Consiste em utilizar os seus conhecimentos para determinadas ações, sendo necessário ter conhecimento do que se sabe para evitar atuações errôneas no trabalho; e o que não se sabe, torna-se uma condição para sua aprendizagem contínua. Os conhecimentos vão sendo adquiridos, construídos e armazenados ao longo da formação e atuação profissional, estando relacionados tanto à experiência profissional do sujeito quanto aos seus valores humanos.

É oportuno considerar, no entanto que, para cuidar e respeitar o outro é necessário que possamos amar, respeitar e cuidar de nós mesmos (WATSON, 2002). São características humanas que contribuem para o desenvolvimento do cuidado. Assim, as experiências pelas quais os sujeitos passam, são primordiais para a sua formação, e vão resultar na expressão de seu cuidado de enfermagem.

Nesse sentido, conhecer e respeitar o sistema de valores de cada um, demonstrando interesse pelo outro e manifestando afeto são atitudes que devem ser consideradas pela enfermeira no processo de interação, tanto com outros profissionais, quanto com os clientes cuidados, revelando sua pré-ocupação com estes.

É, portanto, necessário imprimir amor no que se faz, entendendo que este sentimento abarca compromisso e responsabilidade para com o próximo e para com o ambiente onde o cuidado ocorre, condutas estas que conformam o trabalho competente, sobretudo, humano. Já dizia Nightingale (1989) que se a enfermeira não fizer o seu trabalho para a sua própria satisfação, por melhor que ela o execute, não agirá no interesse do paciente.

Como vimos discutindo, os elementos que integram o ambiente em que o cuidado é desenvolvido interferem diretamente nele, embora não o determine. Desse modo, há de se encontrar estratégias, algumas das quais destacadas ao longo deste capítulo, para que o cuidado seja efetivamente desenvolvido, a despeito do fato de que esses elementos nem sempre se apresentem favoráveis ao atendimento das expectativas de clientes e profissionais (Figura 2).

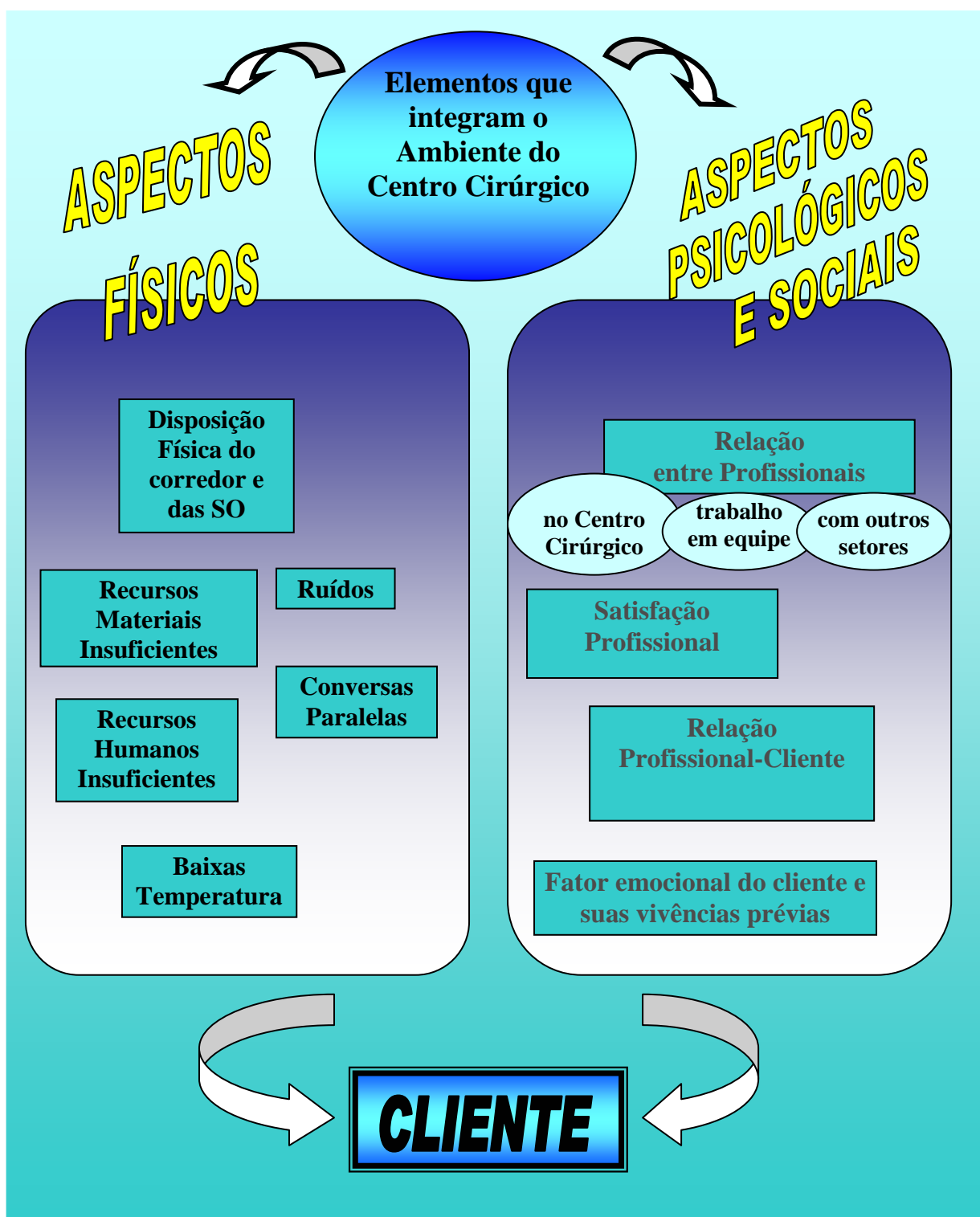


Figura 2 - Elementos que integram o ambiente do Centro Cirúrgico

## **CAPÍTULO IV**

### **A DINÂMICA DE CUIDAR E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO DO HUCFF: NEXOS COM OS ELEMENTOS QUE INTEGRAM ESTE AMBIENTE**

O cuidado de enfermagem concebido à luz da integralidade considera aspectos objetivos e subjetivos que sustentam a prática humanizada de saúde. Isso requer, por um lado, valorizar tanto o ambiente em que o cuidado ocorre, quanto os sujeitos nele implicados; e, por outro lado, refletir sobre a dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem – diretos ou indiretos - foco de discussão neste capítulo, tendo em vista os elementos que integram o ambiente do centro cirúrgico.

Conforme já destacado, o centro cirúrgico possui uma dinâmica bastante diferenciada daquela encontrada em outras unidades hospitalares. Apesar da especificidade das atribuições da equipe de enfermagem nos diferentes setores que o compõe, muitas vezes, os cuidados são desenvolvidos pelo mesmo profissional em um e outro setor. No entanto, para efeito de melhor sistematização da discussão ora anunciada, os cuidados de enfermagem desenvolvidos por esta equipe serão apresentados por setor (Recepção pré-operatória, Sala de operação e Recuperação pós-anestésica). Contudo, por vezes, esta discussão poderá emergir de forma articulada, dada à característica mencionada.

Ocorre também que os cuidados, salvos aqueles privativos da enfermeira, são desenvolvidos, tanto pela enfermeira, quanto pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. No tocante às ações próprias da enfermeira, destaca-se que ela é responsável pela gestão do ambiente e do cuidado, assim como, por procedimentos de maior complexidade técnica, como o cateterismo vesical; e outros cuidados diretos a pacientes graves com risco de morte (BRASIL, 1986). Vale dizer que a exclusividade da enfermeira na execução de determinadas ações e cuidados não a exime da responsabilidade quanto aos demais cuidados prestados ao cliente e, mesmo, da possibilidade de realizá-los.

#### **→ Cuidados de Enfermagem na Sala de Operação**

Na fase intra-operatória ou trans-operatória as responsabilidades da enfermeira no HUCFF incluem: coordenar a assistência de enfermagem; avaliar o bem-estar físico e emocional do cliente, preparando-o para a cirurgia; promover a segurança do cliente, verificando o funcionamento seguro de equipamentos e suprimentos para o cuidado

individual do cliente e a manutenção do ambiente cirúrgico asséptico; conferir previamente o nome do cliente que se submeterá à cirurgia, a programação cirúrgica e da montagem das SO; gerenciar os recursos humanos e materiais na sua previsão e provisão para cada SO; realizar as atividades específicas da enfermeira instrumentadora; registrar os cuidados realizados na sala de cirurgia; acompanhar, por vezes, o cliente da RPO até a SO; e encaminhar o cliente para a RPA após o término da cirurgia (SMELTZER; BARE, 2005).

Sobre o cuidado direto ao cliente, cabe exclusivamente à enfermeira realizar cateterismo vesical quando solicitada pela equipe cirúrgica, embora algumas instituições que tive a oportunidade de visitar na fase exploratória desta pesquisa só permitam que médicos e anestesistas desenvolvam tal procedimento:

*“Cateterismo também é por nossa conta. Feito na sala também” (E2).*

*“Recebemos paciente na sala. Né? Fazemos, então, cateterismo vesical... É... Nas salas que... Nas cirurgias que são necessárias” (E4).*

*“É claro que têm procedimentos que são específicos do enfermeiro. Inclusive pelas rotinas da instituição. Né? Cateterismo vesical é o procedimento do enfermeiro dentro do Centro Cirúrgico. Se numa sala precisar fazer cateterismo, é chamado o enfermeiro da sala e ele faz” (E6).*

*“(...) Depois que o paciente é anestesiado, têm algumas cirurgias que são necessárias o cateterismo vesical. Nós, enfermeiros, é que fazemos esse procedimento. Aqui nem o auxiliar nem o técnico fazem” (E9).*

No HUCFF assim como na maioria das outras instituições hospitalares a enfermeira coordena a equipe quanto aos cuidados específicos na SO, não estando, pois, presente durante todo o procedimento cirúrgico.

A atuação efetiva da enfermeira na cirurgia é observada em centros cirúrgicos especializados. Neles, esta profissional atua durante toda a realização do ato cirúrgico, monitorando o cliente, administrando medicamentos e outros procedimentos específicos durante a operação (SILVA; BIANCHI, 2007).

Afora essa especificidade, a permanência da enfermeira na SO durante o procedimento cirúrgico é verificada com maior frequência na presença de alguma intercorrência, a exemplo de cirurgias de emergência:



*“Só quando a sala [de operação] é uma sala de intercorrência. Né? Sala que a cirurgia é corrida. Emergência. Um aneurisma. É uma sala que você tem que ficar dentro...” (E12).*

Em alguns hospitais públicos, a enfermeira é responsável por, no mínimo, sete SO, o que dificulta a permanência efetiva da enfermeira durante todo o ato cirúrgico registrando os cuidados com o cliente e desenvolvendo atividades específicas junto a ele. Esta relação “quantitativo de enfermeira por sala” é apontada em geral como justificativa para que a atividade desta profissional muitas vezes esteja mais voltada ao gerenciamento do cuidado e dos recursos material e humano necessários para prover as SO e as demandas da equipe profissional e do próprio cliente:

*“(...) Então, nas salas, a primeira coisa que a gente vai checar é olhar sala por sala. Pra ver se a sala está montada. Se tem o material que foi pedido. Se o mobiliário está ok. Conferir a escala, que é feita pela chefia e é feita por nós também. À medida que você vai entrando em sala por sala, você vai vendo o funcionário que chegou, quem não chegou. Entendeu? (...) É isso. É mais provisão de material. Então a gente além de checar mobiliário, frequência de pessoal, a gente vai ver alguns materiais que são solicitados pra cada tipo de cirurgia...” (E9).*

Essas e outras atividades denotam a pré-ocupação da enfermeira em prover os recursos necessários ao bom atendimento do ato cirúrgico. Ou seja, ela faz a gestão tanto do cuidado, quanto do ambiente, evitando causar riscos ou danos ao cliente:

*“Você é quem prepara a sala. O bisturi. Você tem que checar tudo. O aspirador. Se as luzes estão acendendo. Isso tudo é função da enfermeira. Então, a gente vai ver se o local onde vai acontecer a cirurgia está apropriado para a cirurgia, pra saber se esse local tem condições pra receber o paciente” (E8).*

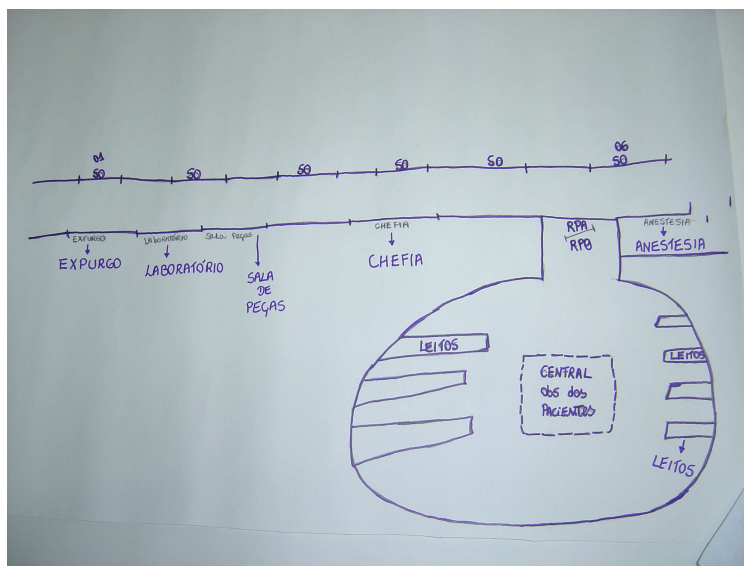
*“(...) A gente recebe o pedido de cirurgia, a gente já contacta o cirurgião. A gente já informa pra ele o que a gente tem. A gente já informa o que a gente não tem. (...) São coisas que você tem que observar antes. Estar muito atenta, porque um deslize seu, às vezes, é fatal para o paciente. (...) Você tem que ter, realmente, uma atenção muito grande voltada pra todos os aspectos de um ato cirúrgico” (E11).*

Segundo a Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico (SOBECC, 2007), para que a enfermeira tenha condições de prestar assistência ao cliente na SO é necessário que haja pelo menos uma enfermeira assistencial para cada quatro SO, além da

enfermeira gerente (coordenadora) que é responsável pelas ações administrativas do centro cirúrgico.

Esse quantitativo deve levar em consideração as diferentes atribuições da enfermeira na SO. Para E12, a relação entre o quantitativo de pessoal e de SO sob sua supervisão no centro cirúrgico do HUCFF não corresponde às suas expectativas sobre um atendimento de qualidade:

*“Não tem como estar em 6 salas ao mesmo tempo. Então, é um ‘olhado’ [Risos]. Não é uma observação contínua. Porque eu acho que pra ser contínua, no máximo, seriam duas salas que você tinha que ficar, né? Uma do lado da outra dava pra cuidar. (...) Às vezes, a sala 1 é uma cirurgia pequena. Aí, eu nem preciso ir nessa sala. Está tudo ok. Antes de o paciente entrar eu já passei por lá. Eu sei que na [sala] 5 [apontando para o seu mapa falante – produção artística nº 07] tem uma cirurgia grande. Entendeu?” (E12).*



**Diagrama do Mapa Falante de E12 (produção artística nº 07)**

Para E12 o fato de a enfermeira ser responsável por várias SO a impossibilita de promover uma assistência presencial contínua em todas as salas. Segundo ela, caso houvesse um quantitativo menor de SO para cada profissional, o cuidado de enfermagem poderia ser desenvolvido de forma a propiciar um encontro direto com o cliente com maior frequência neste ambiente.

Já o discurso de E9, apesar de considerar o quantitativo de enfermeiras suficiente para desempenhar tanto as funções gerenciais, quanto às relativas ao cuidado direto ao cliente ratifica que, ainda assim, a enfermeira não permanece no setor:

*“Normalmente é assim: duas [enfermeiras] no corredor, duas na RPA. Esse é o número mínimo ideal pra funcionar. Menos do que isso fica muito apertado. (...) Ficar o tempo inteiro na sala [de operação], não. A gente vai atender às solicitações. Vai de vez em quando. Em vários momentos, pra ver o percurso da cirurgia, se está precisando de alguma coisa, se o pessoal está ok. Vai lá dar umas observadas de vez em quando. E, pra fazer algum procedimento que é nosso. Mas não o tempo inteiro dentro da sala de cirurgia. É mais um trabalho de supervisão” (E9).*

A despeito da importância da observação clínica pelo enfermeiro na SO e na RPA, as unidades de registro de E12 (*é um ‘olhado’; não é uma observação contínua*) e E9 (*Vai lá dar umas ‘observadas’ de vez em quando*) reiteram que esta observação não ocorre de maneira sistemática e contínua.

Nightingale (1989) ao destacar em seus princípios a responsabilidade da enfermeira na manutenção e supervisão das condições do ambiente e do cliente, é enfática quanto à necessidade de observação e assistência contínuas, incluindo presença e implementação de medidas no intento de proporcionar bem estar e conforto ao cliente.

Ainda que em alguns momentos a presença da enfermeira na SO seja imprescindível, como: na chegada do cliente à sala; na transferência da maca para a mesa de cirurgia; no período que antecede a anestesia, quando o cliente ainda se encontra consciente; no posicionamento do cliente para a cirurgia; na colocação da placa de bisturi; dentre outros específicos de cada cirurgia (ARAÚJO; SILVA; SANTORO; PORTO, 2005), sua presença nem sempre ocorre efetivamente, dada a rotatividade de clientes na unidade:

*“Um paciente está chegando na sala 5. Aí, outro paciente está chegando na sala 1 ou na sala 6. Eu não vou ter condições de acompanhar os dois ao mesmo tempo. Mas eu gosto, como enfermeira, de acompanhar a chegada do paciente na sala e a saída dele da sala. Então, se eu não conseguir acompanhar na [sala] 6, eu acompanho essa chegada na [sala] 5. Ajudo o paciente a passar pra mesa cirúrgica” (E1).*

Isso ocorre devido ao quantitativo reduzido de enfermeiras existentes responsáveis pelas SO se comparado ao número de clientes e os cuidados dispensados a estes. Deste modo, não há possibilidade de a enfermeira estar sempre presente quando da chegada do cliente à SO, prestando os cuidados aí requeridos. Assim, ela acaba atuando por eleição, tanto de clientes, quanto de cuidados a eles prestados, conforme o depoimento de E1.

• *Aspectos implicados na segurança física e no conforto do cliente: estratégias de intervenção de enfermagem*

Vale dizer que há vários cuidados que revelam a importância da presença da enfermeira nesse contexto. E4 ilustra com exemplos pontuais alguns cuidados que visam à segurança física e o conforto do cliente:

*“Na colocação, por exemplo, da maca para a mesa... A gente toma muito cuidado na posição do paciente nessa mesa. Ou seja, a gente... Há proteção. A gente procura proteger esse paciente. Por exemplo, o manuseio pelo anestesiista, né?... A gente tá sempre ali... Perto, né?! Na hora da indução anestésica. Principalmente quando é raqui, quando é peridural, porque tem toda a forma de você segurar o paciente. Você tem que estar ali do lado. Até mais do que o próprio anestesiista. É... Nesse cuidado. No cuidado de você colocar uma placa de bisturi. Onde você vai colocar essa placa? Então, o cuidado de você não colocar em partes ósseas. Em não deixar... É... No caso, que haja contato da pele com a parte metálica da mesa ou com... Até durante uma degermação, por exemplo, que fica muito sobrecarregado de solução. Esse paciente podendo ter contato com a placa e ocorrer, de repente, uma queimadura... Então, tá muito... Assim, esse cuidado tem que ser muito visto aqui...” (E4).*

Esses cuidados fundamentais referidos por E4 visam à promoção de uma assistência livre de riscos à integridade física do paciente. Na continuidade de sua fala, ela apresenta resultados que denotam a efetividade desses cuidados:

*“(...) E, isso melhorou muito, né? A gente não tem queimadura... No centro cirúrgico. Né? Já há anos que a gente não tem queimadura, lesão de pele no centro cirúrgico. (...) Na hora que o anestesiista solicita pra aspiração, a gente ter todo o material já ali, junto, para que ocorra uma boa assistência ventilatória pra esse paciente. É... O próprio cateterismo vesical, né? A técnica. O uso da técnica. Nós não temos contaminação. Não temos aqui é... No caso... Não retorna pra gente assim... Pacientes infectados no centro cirúrgico por passagem de sonda vesical” (E4).*

O posicionamento do cliente para a raquianestesia, um dos exemplos de cuidados preventivos na SO apontados por E4, influi sobre o deslocamento do anestésico ao longo da medula. Caso ocorra a subida do nível da anestesia, pode causar riscos potenciais à saúde do cliente como, hipotensão arterial ou paralisia respiratória (POTTER; PERRY, 2002).

Assim, o enfermeiro da SO ao ter conhecimento dos riscos da anestesia deve desenvolver o cuidado preventivo a fim de evitar danos ao cliente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico, como o posicionamento correto deste na mesa cirúrgica de acordo com cada tipo de anestesia. É oportuno lembrar que são considerados riscos da assistência de enfermagem a possibilidade de ocorrer danos ou prejuízos no processo de saúde-doença do cliente (CARPENITO, 2003).

Ao ter conhecimento do que pode causar o risco, o enfermeiro precisa adotar medidas preventivas e de controle dos danos, necessários ao desenvolvimento desse cuidado. Conforme assinalava Nightingale (1989, p.41):

A verdadeira Enfermagem ignora a infecção, exceto para preveni-la. A limpeza, o ar puro vindo das janelas abertas e uma assistência contínua ao enfermo constituem a única defesa que a verdadeira enfermeira pede e da qual necessita. A assistência criteriosa e humana ao doente é a melhor salvaguarda contra a infecção.

Trazendo tais princípios para a discussão do momento, se faz necessária ter uma visão global e sistematizada do centro cirúrgico. Essa visão engloba tanto a assistência direta, quanto os fatores externos ao cliente, importantes para a compreensão do que ocorre com o sujeito.

Assim, mesmo quando não atua no cuidado direto a preocupação com a promoção de um ambiente seguro, livre de riscos de qualquer natureza ao cliente e também à equipe de saúde, é, segundo E1, E4 e E11, foco de atenção das enfermeiras desde sua chegada ao setor. As ações desenvolvidas nesse intento são fundamentais para a manutenção do ambiente em prol do cuidado ao cliente. Deste modo, elas devem se preocupar tanto com os aspectos diretamente relacionados ao cliente, quanto com aqueles que estão no seu entorno e contorno:

*“Aqui, eu já solicito a roupa [apontando para o Mapa Falante – produção artística nº 08]. Na entrada. E, daqui eu venho já entrando aqui [apontando para o Mapa Falante]. (...) Passando pela área externa do Centro Cirúrgico, né? Já com olhar crítico da área externa. Observando alguma anormalidade. Algo que venha trazer risco humano para a equipe ou pra algum paciente que venha ter alguma intervenção cirúrgica. (...) Observo as condições de higiene desses recintos. Venho. Entro pro vestiário aqui, onde eu troco de roupa, né? Geralmente, eu vou ao banheiro, lavo a mão. Também observo as condições; e entro pro Centro Cirúrgico. Aqui eu entro, já vou observando o corredor, higiene, aspectos gerais da área” (E11).*



**Diagrama do Mapa Falante de E11 (produção artística nº 08)**

Afora a observação inerente ao ambiente físico, as unidades de registro de E1 e E11 ressaltam a importância da observação clínica pelo enfermeiro na SO e na RPA de modo a promover segurança física e emocional ao cliente, proporcionando-lhe o devido conforto:

*“Assistir o paciente nesse momento de pós-cirurgia é importante. É um momento que ele pode estar irritado, né? Pode estar sentindo uma série de sintomas, que não estejam deixando-o confortável. É importante a enfermagem estar atenta, pra observar essas alterações” (E1).*

*“(…) É também um momento crítico quando ela vai encaminhar esse paciente [da SO para RPA]. Em que ela vai ver os acessos. Se estão todos protegidos. Né? Esse momento também é muito importante. Então, ela tem um olhar bem amplo. Bem geral” (E11).*

Nightingale (1989, p. 126) ressaltava que a verdadeira experiência só se adquire pela prática da observação acurada, precisa e completa, sendo esta qualidade “essencial a uma enfermeira”. Ela possibilita ao profissional perceber tanto as manifestações ocorridas no cliente, quanto às relativas ao ambiente, percepção esta necessária ao desenvolvimento do processo de cuidado de enfermagem, identificando, desse modo, as necessidades do

cliente, bem como, as situações que podem interferir na assistência a ele prestada. Assim é, pois, relevante ressaltar que:

Ao tratar da vital importância da observação minuciosa, nunca se pode perder de vista o seu valor intrínseco. Não é para coletar uma pilha de informações variadas ou de fatos curiosos, mas para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto (NIGHTINGALE, 1989, p.137).

Wanda Horta (1979) descreve a observação como um dos instrumentos básicos do cuidado de enfermagem, desenvolvida de forma sistematizada na assistência prestada ao cliente. Consiste no primeiro passo para o levantamento dos dados do cliente, de modo a identificar os problemas e estabelecer o diagnóstico de enfermagem para, a partir deste, planejar a assistência e implementar os cuidados pertinentes. Para tanto, ao longo da experiência profissional, a enfermeira vai adquirindo habilidade na observação, durante o desenvolvimento do processo do cuidado de enfermagem.

Via de regra, a experiência profissional da enfermeira traz o aprimoramento do serviço e do desempenho prático, o que, a princípio, pode contribuir tanto com a qualidade das relações com o outro, quanto com o desenvolvimento do cuidado em si.

No campo das especialidades, como é o caso do centro cirúrgico, segundo Benner (1984), as enfermeiras precisam passar por estágios ao longo de seu desenvolvimento profissional, a fim de adquirirem habilidades em uma determinada especialidade. A autora (op. cit.) denomina “*enfermeira especialista*” a profissional que apresenta cinco anos ou mais de atuação com um mesmo tipo de clientela, pois, para ela, essa enfermeira possui experiência profissional em um campo específico de atuação. Este aspecto faz com que utilize o seu conhecimento teórico de acordo com as reais necessidades do cliente, “por meio da intuição, raciocínio e experiência” (VALADARES, 2001, p. 32).

Na unidade de registro a seguir é possível identificar a relação por ela atribuída entre a experiência profissional e a qualidade do cuidado prestado pela equipe:

*“O que favorece é que a gente tem uma equipe muito boa. Todo mundo aqui é especialista no que faz. Tanto médicos quanto os enfermeiros. (...) Pelo tempo aqui de serviço, não tem um enfermeiro com menos de quatro anos aqui. Não tem. É... Como a equipe de enfermagem. Nossa equipe é muito boa. Muito boa” (E4).*

No cenário estudado, das doze enfermeiras participantes da pesquisa nove possuem mais de cinco anos de prática profissional na unidade do centro cirúrgico. Tal aspecto

colabora com o desenvolvimento do seu olhar clínico na intervenção junto ao cliente e ao ambiente como um todo.

A experiência profissional facilita a tomada de decisão a partir de seus conhecimentos clínicos, adquiridos gradativamente ao longo do tempo de atuação na unidade (VALADARES, 2001). Diante das diversas situações que lhes vão sendo apresentadas, as enfermeiras vão obtendo o conhecimento prático que lhe proporciona o melhor desenvolvimento de suas ações, com segurança e habilidade requeridas.

Vale dizer que além do conhecimento advindo com a prática, é necessária a atualização do profissional de maneira que sua aprendizagem ocorra de forma permanente. O profissional competente se apóia em conhecimentos científicos e técnicos associados à experiência profissional, com valores e habilidades, resultantes de seu desenvolvimento contínuo e constante, necessário para que as atividades sejam realizadas com eficiência e eficácia (BACKES; KOERICH; ERDMAN, 2007).

Desta feita, é importante sua participação em cursos, seminários e outros eventos da categoria, para que assim possa entrar em contato com novos procedimentos, tecnologias a serem empregadas e/ou aprimoradas no processo de cuidado com vistas ao aprimoramento da assistência e, conseqüentemente, à melhoria dos cuidados desenvolvidos.

*“O que favorece é a atualização contínua. É participar de eventos, de cursos” (E6).*

*“A gente está sempre buscando a reciclagem com aperfeiçoamento” (E7).*

Mais uma vez se aponta o necessário investimento institucional, a exemplo da discussão havida no capítulo anterior, desta vez, relacionada à qualificação do profissional, vindo ao encontro da Política Nacional de Humanização (2003) e do Comitê de Recomendações Práticas da AORN (BIANCHI, 2002).

*“O enfermeiro tem que ser liberado aqui pra participar de congressos, de seminários. Pra ver o que está sendo feito. (...) Trazer coisas novas pra gente não ficar parado no tempo” (E6).*

Na sequência, E6 sinaliza o que, segundo ela, dificulta a educação permanente do profissional:

*“O que dificulta é exatamente a não participação [do profissional em congressos, eventos], por dificuldade da instituição, ou por falta de interesse do servidor”.*



É mister o entendimento de que aprimorar o conhecimento é um dever do profissional de saúde de modo a promover um ambiente de cuidado seguro e favorável à recuperação da saúde do cliente.

Retomando a discussão sobre a prevenção de riscos da assistência como um cuidado de enfermagem de grande importância para manter o paciente livre de danos, apesar de reconhecer que a relação do quantitativo de enfermeiras por SO nem sempre favoreça sua presença efetiva no setor, E1 e E11 assinalam:

*“Eu entendo que cuidado é precaução. É você prevenir riscos. É prevenir conseqüências não favoráveis a esse paciente. Então, eu acho que o cuidado está muito relacionado com a precaução. É você prevenir determinadas situações que podem vir ou poderão resultar de determinada ação. (...) Eu procuro dar um pouco de conforto ao paciente na hora dele se posicionar pra cirurgia. Em relação ao conforto mesmo de travesseiro, acomodação, coxim. Eu me envolvo com essa parte também, porque eu acho que é uma parte muito importante, essa permanência desse paciente em uma posição cirúrgica, porque isso depois pode acarretar algumas conseqüências pro paciente” (E1).*

*“(...) A assistência envolve não somente estar ali na sala, mexendo com o paciente ou cateterizando, ou puncionando. Mas, ficar atenta a todos os detalhes. Deste a posição em que o doente fica colocado na mesa... Ficar atenta a esse momento em que o paciente é colocado na mesa. A posição. A placa de bisturi. Observar se não ficou uma parte do doente em contato com a parte metálica da mesa. Ver se não ficou um membro do paciente exposto, caído. Você tem que ficar sempre com um olhar voltado pra isso, porque a enfermagem tem, realmente, um olhar bem mais profundo pra esses detalhes. (...) Essa hora a enfermeira tem que trabalhar na sala” (E11).*

No entanto, não obstante as enfermeiras (E1, E4, E11) sugerirem o seu reconhecimento quanto à importância atribuída aos cuidados capazes de prevenirem possíveis riscos da assistência ao cliente, efetivamente falando, muitas vezes esses cuidados não são por elas, realizados. Os mesmos são delegados aos técnicos e auxiliares de enfermagem, sob a supervisão da enfermeira da SO, que avalia a complexidade da cirurgia e a competência profissional do circulante para definir a SO onde este deverá atuar.

No HUCFF, a monitoração do cliente (alterações nos sinais vitais, efeitos do ganho ou perda de líquidos e medidas para promover a normotermia) e a atividade de instrumentação são feitas pelo técnico de enfermagem. Este profissional paramenta-se e

realiza a assepsia cirúrgica, prepara suprimentos e manuseia instrumentos para o cirurgião durante o procedimento cirúrgico. O técnico de enfermagem também assume a função de circulante da SO. Tanto a circulante quanto a instrumentadora conferem o material utilizado para a cirurgia (agulhas, compressas, instrumentos etc). Quando há amostra de tecido obtido durante o ato cirúrgico, a circulante o rotula e o encaminha para o laboratório (SMELTZER; BARE, op.cit.).

Além dessas, as atribuições inerentes aos técnicos e auxiliares de enfermagem incluem: manter o ambiente cirúrgico seguro (controle de temperatura, segurança elétrica, ambiente asséptico) visando o bem-estar do cliente e da equipe multiprofissional; equipar a SO segundo as especificidades de cada procedimento cirúrgico; receber o cliente na SO; auxiliar a transferência do cliente da maca para a mesa cirúrgica; o posicionamento do cliente para a anestesia; colocação correta da placa de bisturi elétrico e a paramentação da equipe cirúrgica; monitorar o cliente (sinais vitais, controle de perdas sanguíneas); manter o cliente aquecido; registrar as ocorrências; realizar a limpeza operatória; e, auxiliar na transferência do cliente para a RPA. (COSTA; COUTINHO; CARVALHO, 2007).

*“Tem um circulante que fica quase que praticamente circulando a sala, fazendo com que todas as coisas que sejam precisas dentro da sala estejam ali, na hora certa. E, tem o instrumentador. (...) Claro que nada aconteceria lá [sala de operação] se não tivesse dois auxiliares dentro de uma sala, além da enfermeira, pra coordenar a sala. (...) O enfermeiro tem que ter essa visão toda, de manter as salas em condições que entre uma cirurgia e outra não tenha nenhum tipo de atraso” (E8).*

Como se observa, na prática, grande parte dos cuidados técnico-procedimentais de enfermagem concernentes a SO no HUCFF é realizada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, estando a enfermeira envolvida, prioritariamente, com as atividades de gerenciamento do cuidado:

*“O nosso cuidado é mais indireto. (...) Aí, na parte mais técnica, assim... Às vezes, o paciente tá muito sujo... né... Aí, seria um cuidado direto. Aí, você vai cuidar desse paciente. Às vezes, o paciente com escara<sup>9</sup>, aquela escara mal tratada. O curativo que não foi feito ou adequado. Né? Aí, a gente cuida... Procura fazer também” (E2).*

---

<sup>9</sup> “Escara” é o termo usado pela semiologia médica para definir o tecido necrosado em úlcera por pressão. No discurso de E2, ‘escara’ refere-se à úlcera por pressão; uma lesão decorrente de hipóxia celular que acomete, geralmente, regiões de proeminências ósseas, causada pela pressão aplicada à pele maior que a pressão capilar normal (MAIA; MONTEIRO, 2007).

*“Ele [o cuidado] é mais indireto. (...) Um cuidado indireto fazendo com que o cuidado direto seja bem realizado e com qualidade” (E5).*

### → Cuidados de Enfermagem na Recepção Pré-Operatória

Independente de ocorrer ou não a visita pré-operatória, objeto de discussão no capítulo anterior, cabe às enfermeiras da recepção pré-operatória (RPO) identificarem as necessidades dos clientes, com o intento de se trabalhar com os diferentes sentimentos, emoções, inseguranças e questionamentos, que permeiam esse processo, e que muitas vezes podem determinar as experiências vivenciadas pelos sujeitos:

*“Na RPO, a gente recebe os pacientes, vê as deficiências. Como o paciente se sente. A aflição dos pacientes... Porque a pessoa sempre vem com ansiedade, né?” (E3).*

*“No pré-operatório, a gente busca a estabilidade emocional dele, diminuir, ao máximo, o risco dele aqui dentro, fazendo uma entrevista bem voltada pra individualidade de cada um. Pra gente descobrir alergias, né! Isso tudo é feito no pré-operatório” (E7).*

O relacionamento com os clientes de forma mais direta ocorre com maior frequência na RPO e RPA, pois são os setores onde os clientes são recebidos das unidades (RPO) e se recuperam da anestesia (RPA), devendo em ambos, serem atendidos pela enfermeira:

*“Esse relacionamento [cliente-enfermeiro] se dá na RPO e RPA. Até porque você ainda vê o paciente acordado preocupado com o quê vai ser realizado. Agora, na sala [SO], não” (E12).*

Geralmente, o primeiro contato do cliente no centro cirúrgico é com o técnico ou auxiliar de enfermagem, responsável pela sua recepção na unidade. Muitas vezes, não há comunicação com o cliente, conforme situação registrada no diário de campo, descrita a seguir:

*“Um cliente chega na RPO, acompanhada pelo mensageiro/maqueiro. O mensageiro/maqueiro sai do setor e uma técnica de enfermagem se aproxima do cliente e coloca uma touca. A técnica de enfermagem reorganiza as macas onde estão os clientes, puxando uma de cada vez para próximo da entrada do corredor principal, onde se situam as salas de operação, sem se comunicar com os clientes que nelas estavam”.*

Como foi possível observar, a recepção do cliente foi feita de forma mecanizada, não permitindo que se estabelecesse uma interação entre a técnica de enfermagem e o cliente, necessária para que este sujeito se sentisse acolhido. Nesse momento, registra-se a suma importância da presença da enfermeira de modo a transmitir a segurança requerida pelo cliente e observar quaisquer mudanças que possam interferir no seu bem estar e no cuidado propriamente dito condizente ao momento.

Assim compreendia Nightingale (op. cit., p. 161):

O verdadeiro abecê de uma enfermeira é ser capaz de ler cada mudança que se opera na fisionomia do paciente sem causar-lhe esforço de dizer o que é que está sentindo (...). Uma enfermeira deve compreender toda a mudança de fisionomia de seu paciente, toda a mudança em suas atitudes, toda a mudança em sua voz.

E9 reconhece que o cliente chega a RPO necessitando de cuidados nem sempre objetivados em técnicas e procedimentos restritamente, mas aqueles que atendam à expressividade própria da relação que se estabelece com a enfermeira, de modo a acolhê-lo. Nesse sentido, a presença atenta, a conversa e a manifestação de afeto são qualidades humanas que fazem a diferença:

*“O cuidado na hora de você chegar e receber esse paciente e ter uma conversa onde você possa esclarecer uma dúvida dele ou até tentar acalmar um paciente que chega chorando. Você ter uma conversa tranquila, tentando amenizar o medo, uma palavra de carinho, uma atenção que você dê. (...) Às vezes, é mais importante do que um simples cuidado de enfermagem [técnico-procedimental] que você vá prestar. Às vezes, uma conversa vale mais até do que isso. Aqui no centro cirúrgico é mais esse contato da humanização” (E9).*

Essas qualidades no cuidado são de grande importância e permitem ao profissional identificar as necessidades e desejos dos clientes, fornecendo subsídios para a seleção de prioridades no cuidado de enfermagem. Para este fim, torna-se essencial a conversa como eixo condutor do cuidado:

[...] um canal importante através do qual se pode promover a interação e o encorajamento para enfrentar as crises impostas, tanto pelo processo de internação, quanto pela doença em si. Ela inclui, entre outras coisas, a capacidade de não somente falar, mas de saber ouvir e de trocar informações; além da linguagem corporal acessível à comunicação, através do tom de voz, do toque, do olhar, da expressão facial e outras características essenciais no cuidado (BARCELOS; ALVIM, 2003, p.237).

No entanto, algumas unidades de registro (E-8, E-12) apontaram dificuldades para que esta vertente expressiva do cuidado ocorra de forma plena. Nesse sentido, E12 faz uma análise quanto à importância da relação da enfermeira com o cliente e emite uma crítica ao cuidado restrito ao técnico-procedimental:

*“O paciente acredita muito no enfermeiro. Ele gosta da presença do enfermeiro. Ele acredita. Ele busca isso. Não das coisas técnicas, específicas que ele tem que produzir, né? Mas no relacionamento enfermeiro-paciente. Acho que isso aí é a parte mais importante de cura, porque têm colegas nossas que são bem distantes do paciente, fazem só a parte técnica e burocrática e esquecem do lado humano. Então, a humanização aí é bem importante. Mais do que qualquer outra coisa” (E12).*

Ocorre que, como vimos no capítulo anterior, de uma maneira geral, as enfermeiras embutem na complexa dinâmica do setor e nos elementos que conformam o ambiente do centro cirúrgico as justificativas pelas quais elas acabam, por vezes, se distanciando do cuidado direto ao cliente. Esse distanciamento resulta em uma relação impessoal com o cliente, interferindo no processo de humanização do setor como um todo e na prestação de uma assistência humanizada (AQUINO; CAREGNATO, 2005). Isto porque:

[...] o cuidado desenvolvido pela enfermeira é influenciado pela rotina e dinâmica institucional na qual ela se vê cada vez mais envolvida com inúmeras atividades que acabam limitando a vivência da troca e a consciência dos efeitos dos sentimentos nas suas ações e nas respostas do cliente que nesse contexto é foco de atenção da enfermeira, que precisa dialogar com ele buscando olhar e escutar seus sentimentos (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006, p. 119).

A possibilidade de se colocar no lugar do outro, ter a capacidade de ouvir e viabilizar o diálogo requer uma atitude profundamente humana. Ocorre que, em meio a tantos avanços tecnológicos, a sobrecarga profissional e a dinâmica mesma do trabalho imposta no hospital, os profissionais da área de saúde parecem, por vezes, “gradativamente desumanizar-se, favorecendo a desumanização da sua prática” (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006, p.133).

No seu bojo, a enfermagem também acaba em certas situações prestando uma assistência mecanizada e tecnicista, desvalorizando o fato de que, a despeito do técnico e do tecnológico e das circunstâncias que perpassam o ambiente no âmbito do qual o cuidado é realizado, este acontece entre duas pessoas que trazem consigo suas características singulares ao tempo em que trocam energia, conhecimento e experiências mutuamente.

Vale esclarecer que a recepção do cliente (1º contato) é feita pelo técnico de enfermagem, conforme dito anteriormente, mas a sua admissão na RPO “é uma atribuição privativa do enfermeiro, um momento de transição e de orientação indispensável ao paciente” (BIANCHI; VÁTTIMO, p.171, 2007). Como a visita pré-operatória nem sempre ocorre, como vimos, e, em alguns casos, a preparação do pré-operatório é realizada no domicílio, a admissão do cliente pela enfermeira na RPO torna-se ainda mais importante, necessitando de sua avaliação acurada.

Cabe à enfermeira conferir a identificação do cliente no prontuário e no mapa cirúrgico, questioná-lo sobre possíveis processos alérgicos já manifestados por ele, doenças pregressas, assim como identificar suas necessidades físicas, psicológicas e sociais:

*“Primeiro eu recebo o paciente na RPO e depois na RPA. Eu recebo os pacientes do pré-operatório e depois no pós-anestésico. Eu recebo aqui, ó [apontando para o Mapa Falante – produção artística nº 05, apresentada no capítulo anterior]. Quando eu recebo os pacientes daqui (enfermarias), eles vêm para a sala... de operação...” (E3).*

No HUCFF, existem duas enfermeiras responsáveis pela RPO e RPA. Na RPO, elas estabelecem um revezamento na admissão dos clientes. Neste momento ela pode, na interação com os clientes, identificar suas necessidades, trabalhando seus sentimentos de insegurança, estresse e/ou ansiedade, porventura, manifestados por eles no pré-operatório.

A intenção é minimizar os efeitos desses sentimentos de modo a não comprometer o andamento da cirurgia e a recuperação desses clientes no pós-operatório, uma vez que a interação “transmite um sentimento de confiança, de tranquilidade, que se desenvolve através do diálogo, da escuta sensível e da conversa, capazes de transformar a posição de insegurança e medo do cliente” (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008, p.295).

Estudo realizado por Barcelos (2002), acerca do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar sob a ótica de clientes, destacou que a ausência de interação entre esses clientes e a enfermeira pode contribuir com uma experiência negativa de cuidado. Ressaltou ainda que alguns sentimentos expressos pelos clientes são, por vezes, decorrentes de uma relação antidialógica entre ele e a enfermeira, e que o diálogo pode transformar a experiência de cuidado, de negativa em positiva.

Destaca-se, entretanto, que a maneira como a admissão do cliente ocorre na RPO sofre interferência da demanda de atividades atribuída às enfermeiras deste setor, atuantes também na RPA, pois são solicitadas por todos os profissionais que atuam no centro

cirúrgico. Assim, elas precisam deter informações sobre a programação cirúrgica, para o preparo dos clientes às cirurgias subseqüentes, reservar leitos para aqueles transferidos para o CTI, dentre outras atividades:

*“Ao mesmo tempo em que está chegando paciente, vem alguém pedir pra subir outro. Vem alguém pedir pra ter o sangue. Vem alguém reclamar que é emergência. Falta um profissional numa sala (...)” (E2).*

Essas atribuições das enfermeiras da RPO podem influenciar no tempo em que o cliente aguarda para ser admitido no setor, como podemos constatar pelas observações nele realizadas:

*12:15 – Uma enfermeira da RPO/RPA vai almoçar (enfermeira A). Fica uma enfermeira (enfermeira B) no posto de enfermagem. No momento têm três clientes na RPA e dois na RPO. Na RPA têm duas técnicas de enfermagem observando os clientes. Na RPO nenhum técnico. A enfermeira da SO (7h às 13h) passa as ocorrências de suas SO para a enfermeira B.*

*12:22 – Anestesista pede ajuda à enfermeira B pra levar o cliente da RPO para a SO, pois não há técnico de enfermagem disponível. Assim que enfermeira B retorna ao posto, um cirurgião solicita o encaminhamento do próximo cliente para a cirurgia. Ela liga para a unidade de internação e comunica.*

*12:30 – Um cliente chega a RPO, trazido pelo mensageiro. A enfermeira B está evoluindo um cliente na RPA. Logo em seguida dá alta para o cliente da RPA. Um técnico de enfermagem se aproxima e coloca a touca no cliente.*

*12:45 – A enfermeira B admite a cliente (a) na RPO. Um novo cliente (b) chega a RPO. A enfermeira B a recebe; coloca o travesseiro e depois registra no prontuário as informações relacionadas à sua admissão na RPO, dentre elas, o fato da cliente ter subido para a cirurgia com prótese dentária.*

*12:50 – Um cliente (c) chega a RPO. A enfermeira B pede para eu (pesquisadora) fazer o rótulo da prótese do cliente (b) enquanto ela admite o cliente (c). No momento têm três clientes na RPO e dois na RPA.*

Como se pode observar na situação descrita, devido às atribuições que a enfermeira B precisava desenvolver no posto de enfermagem, a mesma só conseguiu proceder à admissão do cliente, decorridos quinze minutos de sua chegada à unidade. Após, então, o

cliente permaneceu na maca, aguardando sua cirurgia, sem ter informações acerca do procedimento ao qual seria submetido e sem interagir com a equipe de enfermagem.

Algumas vezes, os limites impostos à assistência, de diferentes naturezas, podem restringir a relação e o cuidado direto ao cliente prestado de forma humanizada, embora esta lógica não seja absoluta. Outras vezes, ainda que haja situações ambientais que favoreçam este cuidado, o mesmo pode não ocorrer.

Vejamos a seguir duas outras situações, distintas entre si, observadas e registradas no diário de campo que desmistificam o discurso corrente de que a enfermeira, por vezes, não toma determinadas atitudes dela esperadas em razão da precariedade de recursos humanos e materiais:

**Situação 1:** *“Chegam quatro clientes na RPO. Uma veio de cadeira de rodas. Outra andando. Duas vieram na maca. A enfermeira E3 se dirige à 1ª: “\_Bom dia!”. \_Vai até a técnica de enfermagem e pede para ela verificar a pressão da cliente. A enfermeira anota no prontuário da 1ª cliente. Mais uma cliente chega a RPO. A enfermeira faz algumas perguntas à cliente e anota no prontuário. Aproxima-se da 3ª cliente, depois da 4ª e, a seguir, da 5ª cliente, a todas cumprindo o mesmo ritual. Dirige-se novamente à 3ª cliente e continua a lhe fazer perguntas, acariciando o braço dela. A seguir, retorna à 4ª cliente e, tocando no braço dela, prossegue com as perguntas inerentes à fase pré-operatória no Centro Cirúrgico”.*

**Situação 2:** *“No setor de RPO ela recebe o cliente – o primeiro paciente do dia, procedente do CTI: “\_Que demora!” \_Diz a enfermeira. Vai direto para a SO sem manter nenhum diálogo com o cliente. Ao chegar na SO o cliente é transferido para a mesa de cirurgia pelo técnico-circulante, anestesista e residentes. A enfermeira lê o prontuário na bancada da SO, faz as anotações, dirige-se ao cliente, perguntando o que deveria ter sido perguntado na RPO: “\_Está em jejum?”. \_Ele responde balançando positivamente a cabeça. A enfermeira anota, observa o cliente e sai da SO. (...) Ela vai pra copa e depois volta pra sala da chefia, onde permanece conversando com os técnicos de enfermagem”.*

Na situação 1 constatei que a RPO estava bastante movimentada em função da chegada de cinco clientes em um espaço de tempo de quinze minutos. Apenas uma enfermeira prestava os cuidados inerentes à recepção dos clientes na unidade, identificando suas necessidades, tentando por meio de sua presença afetiva e acolhedora amenizar o possível estresse que este momento pudesse representar para os clientes.



Apesar da demanda de atividades própria ao momento, a enfermeira da situação nº 1 apresentada conseguiu desenvolvê-la com dedicação, demonstrando satisfação e solidariedade. Esta conduta vai ao encontro do que está expresso nos conteúdos extraídos das unidades de registro a seguir:

*“Eu me empenho em procurar e fazer melhor. (...) Eu nasci pra fazer um serviço que eu posso fazer. Que me satisfaz. (...) Eu tento fazer o máximo. Dar o máximo de mim” (E3).*

*“(...) Agora, o seu trabalho independe se tem muito ou pouco [recursos materiais e humanos]. Se você gosta, você vai fazer com boa vontade” (E8).*

Já na situação 2 apesar da unidade ter apenas um cliente no período, a enfermeira responsável pela SO recebeu o cliente na sala de RPO e imediatamente o levou para a SO, sem prestar os cuidados de enfermagem relacionados a esta fase.

Ao agir assim não identificou as necessidades do cliente, potencializadas, na maioria das vezes, pela iminência do procedimento cirúrgico e/ou pelo ambiente em si do centro cirúrgico, privando-se da interação com o cliente. Vale lembrar que o processo interativo enfermeira-cliente pode minimizar a condição angustiante de enfrentamento da cirurgia (CRUZ; SOARES, 2004; SILVA; BIANCHI, 2007; STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

No período da observação de campo relativa à situação 2, a unidade encontrava-se em meio à crise financeira do hospital já referida, acarretando em suspensão de cirurgias. A média habitual de cirurgias do HUCFF é de 45-50 cirurgias por dia. Por ocasião da situação descrita, o centro cirúrgico estava realizando apenas uma cirurgia no turno da manhã.

O quadro de enfermeiros estava composto por uma enfermeira-chefe, responsável pelas atividades administrativas/gerenciais; e uma enfermeira-líder, destinada às atividades assistenciais, supervisão e coordenação dos técnicos de enfermagem nos setores de RPO, RPA e SO. Como havia uma cirurgia no mapa cirúrgico para o turno observado, a enfermeira-líder era, então, responsável pelas atividades relacionadas ao atendimento e cuidados de enfermagem referentes a este procedimento cirúrgico, o único previsto para o período.

Apesar disso, pude observar que a enfermeira responsável em desenvolver tais atividades as fez de maneira burocrática, sem estabelecer vínculos com o cliente. Limitou-

se a coletar os dados do cliente pertinentes ao ato cirúrgico, passando-o à responsabilidade da equipe cirúrgica (médico-cirurgião, anestesistas, instrumentador e técnico-circulante).

Esses eventos revelam que, independente da presença (ou não) de sobrecarga de trabalho, algumas vezes, a enfermeira limita-se a admitir o cliente na unidade, sem, contudo, manter-se alerta às situações que podem advir enquanto o cliente aguarda pela cirurgia. Deste modo, não permanece na sala para efetuar os cuidados de enfermagem. Destaca-se que esses cuidados devem ser realizados pela enfermeira da SO sempre quando lhe for possível a sua presença na unidade, visando à segurança, conforto e bem-estar do cliente.

É importante considerar que, mesmo diante de condições numericamente insatisfatórias de profissionais, tal fato não deve ser visto como impeditivo para que uma assistência de qualidade, com estabelecimento de relações interpessoais recíprocas, seja desenvolvida, embora possa nela, interferir.

Como foi possível observar na discussão do capítulo anterior, ora ratificada, quando há dedicação e satisfação pelo trabalho que executa, a despeito dos fatores dificultadores que porventura, existam, a exemplo dos limites impostos pela infra-estrutura deficitária ou sobrecarga de trabalho, os cuidados de enfermagem podem ser desenvolvidos de forma efetiva, tentando atender às necessidades manifestadas pelo cliente cirúrgico.

No entanto, há que considerar que esta análise não pode se dá linearmente, desarticulada às circunstâncias outras que permeiam e interferem na dinâmica de cuidar e nos cuidados de enfermagem, tais como:

[...] as cobranças institucionais acerca de normas e rotinas, as condições de trabalho desfavoráveis com déficit de recursos materiais e a deterioração da estrutura física do hospital, o excesso de atividades administrativas impostas às enfermeiras, as dificuldades relacionadas à liderança da equipe agravadas pela desmotivação e pouco compromisso com o trabalho... (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006, p.148).

Ou seja, não obstante estes aspectos no seu todo não sirvam de justificativa para a falta de envolvimento com o cliente, especialmente, no que tange ao desenvolvimento do cuidado expressivo, no bojo desta discussão, importa também considerar as demandas psicológicas da enfermeira frente à falta de suporte que muitas vezes esta profissional se depara, o que acaba por afetar a relação interpessoal viabilizada pela prestação do cuidado direto.

Tais aspectos acabam resultando em alguns momentos em falta de motivação ou atitudes conformistas. Assim, mesmo considerando importante o cuidado direto e toda expressividade que o mesmo requer, por vezes, a enfermeira o delega a outros membros da equipe de enfermagem, tomando para si as funções de gerenciar tanto o cuidado, quanto o ambiente onde o mesmo ocorre.

### → Cuidados de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica

Na unidade de RPA, os cuidados de enfermagem incluem: avaliar a resposta imediata do paciente à intervenção cirúrgica, monitorar o estado fisiológico e manter a segurança do paciente (via aérea, circulação, prevenção da lesão) até seu restabelecimento hemodinâmico (SMELTZER; BARE, 2005):

*“O paciente chega na RPA, eu imediatamente vou ter que pegar o prontuário, ver a cirurgia que ele fez. Aí, vou lá dar uma olhada no curativo, verificar as dilatações, verificar se tem drenos, sonda nasogástrica, sonda vesical. Isso tudo você precisa pensar. (...) Olho a hidratação. (...) Você tem que ver o nível de consciência do paciente. Você tem que ver se o paciente está bem” (E3).*

*“Todo quadro do paciente na RPA, a gente sempre tenta estar presente. (...) A gente tem uma visão boa, né? Porque nós temos um local pra enfermagem bem acima, tipo um trono mesmo. Então, dá pra gente ter uma boa visão ali” (E4).*

*“A gente tem um compromisso ainda aqui na RPA. Mais uma atenção voltada para o momento pós-anestésico. Então, a nossa atenção está voltada pra... se ele mobiliza os quatro membros. Se a respiração dele está com uma boa expansão torácica. Se os níveis pressóricos estão se mantendo. Se ele está consciente. Se ele está lúcido. Se está tendo tremores, calafrios... Esse tipo de coisa. Mas, aí é voltado pro momento pós-anestésico, que a gente está de olho aqui” (E6).*

A despeito dos eventos que possam implicar no distanciamento da enfermeira em relação ao cliente, E7 e E8 reconhecem que proporcionar ambiente tranquilo, o alívio da dor, a manutenção dos sinais vitais, uma palavra de conforto e carinho, são aspectos que devem ser considerados no cuidado prestado pela enfermeira na RPA:

*“Você receber e dar uma estabilidade emocional maior possível pro paciente na hora que ele volta da cirurgia, até ele se estabilizar, né, da anestesia. É devolvê-lo em condições à unidade de internação. Sem dor. Com sinais vitais estáveis” (E7).*

*“A RPA é um setor que visa à recuperação do paciente depois que ele vem da sala. Essa recuperação pra gente é de nível de consciência, de verificação de sinais vitais. (...) Porque também sair de uma sala e ir direto pro andar... Ele de repente vai chegar num lugar... Ele fica sem saber o que aconteceu com ele. Passou por uma etapa, pulando outras... Então, é interessante que ele passe aqui, porque quando ele acordar ele vai querer saber: \_O quê que está acontecendo comigo? Qual foi a cirurgia que eu fiz? Ficou tudo bem? \_Aí você entra de novo com a sua palavra de carinho, com um pouquinho de segurança pra ele, né? Pra ele poder descer um pouco melhor. Entendeu? Com uma recuperação melhor” (E8).*

Vale ter em consideração que, a exemplo do que ocorre na SO e na RPO, apesar de o conteúdo das falas das enfermeiras sugerirem que elas mesmas realizam todos esses cuidados na RPA, durante o período da observação participante neste setor pude verificar que, muitos cuidados, tanto técnico-procedimentais, quanto os de ordem expressiva desenvolvidos junto aos clientes, são realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. À enfermeira cabe, prioritariamente, a supervisão da equipe de enfermagem e a observação clínica, juntamente com a equipe, acompanhando a recuperação do cliente:

*“(...) Você vai ver as condições que esse doente está. Se esse doente está lúcido, orientado. Se está entubado. Daí, você já começa a pensar numa assistência adequada, né? Um paciente grave, entubado, você já solicita bala de oxigênio” (E11).*

No desenvolvimento do cuidado, as enfermeiras muitas vezes precisam tomar decisões complexas, o que envolve a capacidade de raciocínio. Pensar criticamente a respeito do cuidado que será realizado requer conhecimento e habilidades do pensamento (ALFARO LEFEVRE, 1996).

O pensamento crítico faz com que a enfermeira controle e organize o que deverá ser realizado, com o propósito de produzir benefícios ao cliente resultantes do processo do cuidado de enfermagem. Para tanto, é necessário ter conhecimento do assunto, competência, experiência e atitude profissionais.

Pensar criticamente é um dos aspectos mais desafiantes para um enfermeiro, porque requer habilidade para “relembrar fatos, uni-los em um todo significativo e aplicar as informações a novas situações”. Requer que o profissional em determinadas situações seja capaz de relacioná-las ao conhecimento já adquirido, iniciando as ações para dirimir ou corrigir os possíveis riscos à saúde do cliente (ALFARO LEFEVRE, 1996, p.58).

Ter conhecimento ampliado sobre o que acontece nos diferentes setores que congregam o centro cirúrgico é uma das características das enfermeiras nele atuantes. Elas tomam para si a responsabilidade de deter o controle permanente da unidade. Logo, sua preocupação se volta a uma variedade de situações que necessitam de sua supervisão. Implica em controle e vigilância a respeito de tudo que importa no cuidado:

*“Você está aqui dentro, tem que saber de tudo. Tem que ter noção do que está se passando em todas as salas. Independente das suas salas (...)” (E2).*

*“A enfermeira dentro do centro cirúrgico, ela tem uma visão geral de tudo o que está acontecendo” (E10).*

Além da importância da observação clínica, é necessário ter conhecimento das atividades desenvolvidas na unidade, do andamento das cirurgias, dos equipamentos existentes na unidade, das vagas-leito no CTI. Estas, dentre outras informações precisam ser do conhecimento da enfermeira, para que dê prosseguimento ao cuidado no centro cirúrgico, com vistas a garantir uma assistência efetiva, segura e de qualidade ao cliente:

*“A nossa chefia zela por essa assistência. Ou seja, que a assistência seja realizada, que o cuidado seja realizado. É mais ligada à infra-estrutura. Ela tenta nessa infra-estrutura ter pra gente, na sala, o que a gente necessita pra essa assistência” (E4).*

Nightingale (1989, p. 36) alertava sobre o necessário planejamento das atividades por parte da enfermeira a fim de garantir as condições inerentes ao desenvolvimento do cuidado:

[...] se você puder providenciar para que tudo seja feito, quer esteja presente ou não, o enfermo nunca precisará pensar no assunto (...) seja quem for a responsável, esta deve ter em mente a simples questão: que medidas tomar para que sempre seja feito exatamente o que é certo? E não: como poderei eu mesma fazer sempre tudo quanto deve ser feito? (...) quando alguma coisa errada acontece em consequência de sua ausência, que supomos ter sido por motivo justo, ainda assim seu questionamento deve ser: como poderei tomar providência contra algum erro que possa ter sido cometido na minha ausência? (NIGHTINGALE, 1989, p.46-48).

Para E4, a enfermeira-chefe em suas atividades tenta proporcionar uma infraestrutura favorável para que os demais profissionais possam exercer suas funções adequadamente. Assim, ela está cuidando indiretamente do cliente, quando provê o ambiente de suas necessidades, materiais e humanas. Segundo Nightingale (1989, p.43), os benefícios do ar puro, limpeza, iluminação, aquecimento e silêncio podem ser anulados se

não houver uma assistência de enfermagem eficiente “por se ignorar como proceder para que o que é feito quando se está presente o seja também quando se está ausente”.

Assim, toda equipe de enfermagem deve colaborar na manutenção de um ambiente propício para a restauração da saúde do cliente. À enfermeira responsável cabe orientá-la como deve proceder em determinadas ações, de modo a atingir seu objetivo fim:

*“Ele [cuidado de enfermagem prestado pela enfermeira] é mais indireto. Porque você fazendo a interação entre os serviços, fazendo com que essa parte funcione, o cuidado de enfermagem vai funcionar. Um cuidado indireto fazendo com que o cuidado direto seja bem realizado e com qualidade” (E5).*

Apesar de a enfermeira nem sempre participar do cuidado direto ao cliente, há várias ações desenvolvidas em prol do seu bem-estar, concebidas como cuidado indireto. Ela passa a delegar o cuidado direto ao cliente para os demais profissionais de enfermagem, cabendo-lhes as atividades administrativas, de supervisão e avaliação do cuidado prestado:

*“(...) Com ele [o cliente] em si você não tem esse atendimento... Às vezes, você chega na sala, e o paciente está ansioso. Aí, você chega perto. (...) Se você está no ambiente, você até ajuda. Caso contrário... O nosso cuidado é indireto” (E2).*

*“(...) Mas, na maioria das vezes, a maior parte dos cuidados ficam, realmente, com os auxiliares de enfermagem. Eles verificam TPR. Eles ficam de olho na evolução do grau de consciência do paciente. No término da anestesia. E aí, até ele ter alta (...) Se tiver uma intercorrência maior, eles chamam a gente” (E8).*

Nightingale (1989, p.136) assinalava que:

Responsabilizar-se pessoalmente por tudo não significa fazer, pessoalmente, tudo. A chefe diz: ‘abro sempre as janelas’. Se o faz, com toda a certeza é melhor do que não ser feito por ninguém. Mas será que não se pode assegurar que seja feito, quando você não o fizer? Que ninguém o fará se você não estiver presente? Isto é o que significa ‘estar no comando’. É um significado muito importante. O primeiro caso indica que será feito apenas e somente o que você puder fazer com as próprias mãos. O segundo caso sugere que o que tiver que ser feito será sempre feito por alguém.

Para Espírito Santo e Porto (2006, p.46) essas palavras de Nightingale parecem...

[...] indícios do que hoje chamamos de cuidado direto e indireto. Todos esses princípios podem ser indicados nos dias atuais quando o exercício da função administrativa da enfermeira implica em providenciar, antecipadamente, as condições necessárias para assegurar assistência aos

clientes, mesmo na sua ausência, no sentido de *ter capacidade de multiplicar-se*.

Vindo ao encontro dessa análise, a par de os cuidados diretos ao cliente quase sempre não serem desenvolvidos pela enfermeira, E6 afirma que é ela quem avalia cada necessidade apresentada pelo cliente:

*“O cuidado do enfermeiro é um cuidado de liderança. Aferir sinais vitais do paciente, glicemia, o auxiliar pode fazer ou o técnico. Mas quem tem que avaliar cada necessidade é o enfermeiro. A atividade do enfermeiro é: liderar, supervisionar, ver como o procedimento está sendo feito”.*

Entretanto, cabe questionar: como a enfermeira procede à avaliação de cada necessidade do cliente se quem fica “*de olho*” (E8) no cliente é o auxiliar de enfermagem? Como zelar pela promoção de cuidados livre de danos, físicos ou emocionais à pessoa cuidada sem o acompanhamento junto ao leito?

Vale ter em consideração que não se trata, pois, de culpabilizar ou de não valorizar devidamente às atividades que são realizadas pela enfermeira que, aliás, são muitas, diversificadas e de qualidade, como me foi possível registrar durante a observação participante acerca de sua prática no centro cirúrgico, e ratificadas nos conteúdos analisados provenientes dos depoimentos das enfermeiras, sujeitos do estudo. Mas, com efeito, a despeito da importância das ações da enfermeira na gerência do ambiente e do cuidado, há momentos em que a sua atuação direta junto ao cliente é de suma relevância com a intenção de prestar os cuidados fundamentais inerentes a cada fase que compõe o período perioperatório, alguns destes anunciados na sequência deste capítulo.

É claro que os cuidados, tanto gerenciais quanto os de natureza técnico-procedimental prestados diretamente no cliente, não ocorrem (ou não devem ocorrer) a despeito do cuidado expressivo manifestado através da escuta atenta, da demonstração de afeto, da conversa, dentre outros atributos que qualificam o cuidado (WALDOW, 1999). No entanto, os elementos que integram o ambiente do centro cirúrgico (abordados no capítulo anterior) implicam na dinâmica de cuidar e nos cuidados de enfermagem nele desenvolvidos, tanto positiva, quanto negativamente.

Tal reflexão torna-se relevante no sentido de discutir alternativas ou estratégias que as enfermeiras podem utilizar, muitas destas anunciadas no decorrer de ambos os capítulos de análise, de modo a manter ou restaurar o equilíbrio deste ambiente em favor do

atendimento às demandas de cuidado do cliente. Afinal, tomando por base os princípios de Nightingale (1989, p.14) sobre o ambiente,

Os sintomas ou sofrimentos considerados próprios da enfermidade são, muitas vezes, não sintomas da doença, mas algo bem diferente, isto é, a falta de um ou de todos os seguintes fatores: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, ou de pontualidade e assistência na ministração da dieta.

A não observância desses elementos, além de outros de ordem física ou psicossocial, presentes no cotidiano hospitalar implicados na dinâmica de cuidar e nos cuidados de enfermagem, podem comprometer a canalização da energia vital do cliente a favor de sua plena recuperação. Do mesmo modo, as manifestações físicas e emocionais do cliente, bem como, aquelas advindas dos profissionais, também interferem no ambiente em que ambos se situam, conformando-se, por assim dizer, em uma relação em espiral (Figura 3).



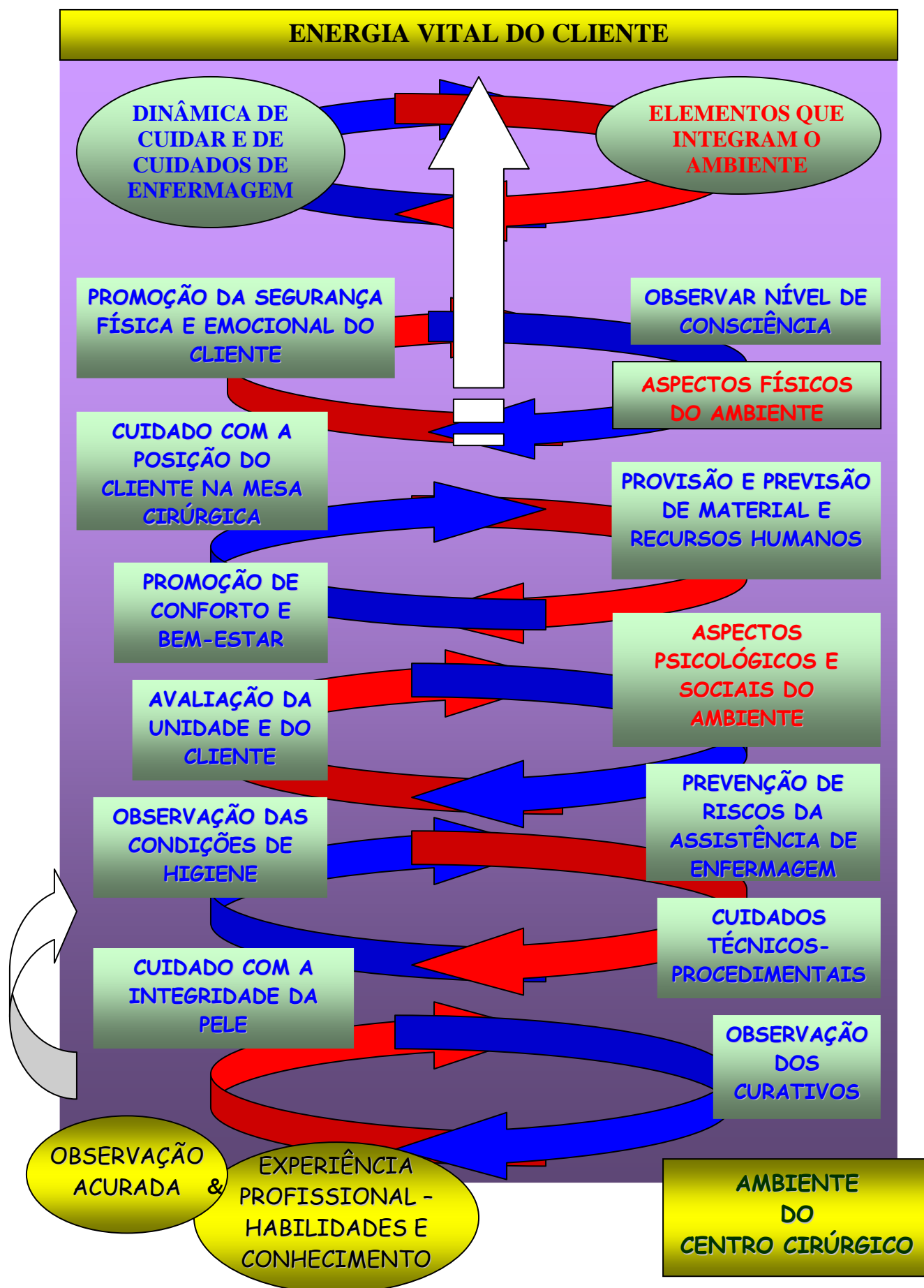


Figura 3 – A espiral que conforma o ambiente do Centro Cirúrgico: implicações na energia vital do cliente

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elementos que integram o ambiente do centro cirúrgico e suas implicações para a dinâmica de cuidar e para os cuidados de enfermagem foram investigados nesta dissertação com o intuito de discutir estratégias de intervir neste ambiente de modo a torná-lo promotor de cuidados, ampliando também a discussão acerca das diferentes dimensões do cuidado de enfermagem neste contexto.

A discussão realizada teve como base as vivências e experiências das enfermeiras, sujeitos do estudo, expressas na construção do mapa falante e nas entrevistas realizadas com essas enfermeiras, conjugadas à observação participante desenvolvida no cenário da pesquisa.

A conjugação dessas técnicas utilizadas na produção de dados da pesquisa proporcionou a reflexão crítica das enfermeiras participantes acerca de sua atuação no centro cirúrgico, incluindo a dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem que desenvolvem neste cenário, estabelecendo seus nexos com os elementos que integram este ambiente – físico, social e o de relações interpessoais.

Como foi possível dissertar nos capítulos de análise, as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nessa unidade especializada voltam-se tanto para os cuidados relativos aos clientes, quanto ao ambiente em que estes cuidados ocorrem, ambos, situações isoladas, visando o desenvolvimento de uma assistência integral.

Prestar cuidados ao cliente no centro cirúrgico requer da enfermeira um olhar atento sobre os diferentes aspectos que o afetam aí incluídos os relativos ao ambiente. A finalidade é desenvolver os cuidados de forma efetiva e afetiva, dirimindo o medo, a insegurança e a sensação de isolamento, expressos pela maioria dos clientes que se submetem a um ato cirúrgico.

Nesse sentido, a enfermeira precisa considerar as diferentes manifestações apresentadas pelo cliente procurando meios para minimizar as negativas e potencializar aquelas positivas. De maneira semelhante, necessita também observar os fatores que afetam o ambiente, pois é nele que clientes e profissionais se encontram e tudo que interfere no ambiente afeta às pessoas aí inseridas.

Desta feita, cabe à enfermeira preocupar-se com as instalações, equipamentos e materiais necessários ao desenvolvimento dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, bem como, com a previsão e provisão de recursos humanos. Ademais, atentar para as relações

interpessoais e a integração entre os setores que compõem a unidade do centro cirúrgico e desta com outros setores do hospital. Essas atitudes por parte da enfermeira contribuem com a melhor inserção do cliente no contexto cirúrgico, de modo a que o cuidado possa ter uma efetividade no concernente à recuperação plena da saúde do cliente.

Vale dizer que a resolutividade de problemas e a capacidade de interação são aspectos que tornam o cuidado de enfermagem diferencial. Exige sensibilidade, criatividade, atenção, julgamento clínico, habilidade de comunicação e de argumentação, tanto com os profissionais, quanto com os clientes. A atenção da enfermeira volta-se, assim, aos procedimentos técnicos, clínicos e interativos próprios da assistência de enfermagem.

Nessa linha de raciocínio, não devemos nos esquecer que, se o cuidado se estabelece na relação entre sujeitos e que ambos importam no cuidado, clientes e profissionais devem ser foco da preocupação da enfermeira, no sentido de atendimento às suas demandas psicológicas, físicas e sociais.

Conforme discutido nesta pesquisa, são vários os elementos que integram o ambiente onde o cuidado se desenvolve, especialmente, neste caso, na unidade do centro cirúrgico do HUCFF: a estrutura e dinâmica física, a organização institucional, o fator emocional do cliente e suas vivências prévias de cirurgia ou hospitalização, a experiência e a satisfação dos profissionais no trabalho, o quantitativo de recursos humanos e materiais, bem como a qualidade das relações interpessoais estabelecidas – enfermeira-cliente e entre os profissionais de saúde, além das condições individuais dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar. Esses elementos estão intrinsecamente relacionados e implicam na dinâmica de cuidar e nos cuidados de enfermagem, desenvolvidos na unidade em apreço, tanto positiva, quanto negativamente.

Ocorre que, muitas vezes, o centro cirúrgico não se encontra no todo ou em parte com o equilíbrio necessário, haja vista a falta de integração harmônica entre esses elementos, de modo a que o cliente possa canalizar as suas energias a favor de sua saúde. É mister deste modo se pensar em estratégias de intervenção neste ambiente que possam sustentar um cuidado de enfermagem eficiente e seguro, do ponto de vista do atendimento das demandas físicas e emocionais de clientes e profissionais.

No que diz respeito ao ambiente físico, este, quando não favorável, pode interferir nas ações e reações de ambos os sujeitos partícipes do cuidado - clientes e profissionais.

A localização do posto de enfermagem foi um exemplo trazido pelas enfermeiras participantes do estudo como um aspecto positivo. Isto porque, sua disposição física ao centro da unidade permite a observação contínua da enfermeira nos setores de RPO e RPA, promovendo uma vigilância necessária ao cliente, por sua vez, os cuidados por ele requeridos.

O mesmo não ocorre em relação à área física das SO devido à distância entre as mesmas, que, por vezes, segundo as enfermeiras, dificulta o desenvolvimento do cuidado junto aos clientes e resulta em desgaste físico da profissional, podendo refletir negativamente na assistência àqueles.

Ainda sobre o ambiente físico observou-se excesso de ruídos, de diferentes naturezas, como conversas paralelas dos profissionais, o toque do telefone da unidade e do celular em alto som, o alarme do monitor cardíaco, dentre outros. Essas interferências precisam ser foco da atenção da enfermeira do centro cirúrgico, responsável em promover um ambiente favorável ao cuidado ao cliente.

Cabe à enfermeira, portanto, implementar ações que permitam um ambiente livre de ruídos evitáveis, tais como, zelar pela diminuição da ocorrência de conversas junto ao leito do cliente sempre quando este não for efetivamente participe das mesmas; e diminuição da campanha dos telefones, tanto do posto de enfermagem, quanto dos celulares dos profissionais que ali atuam. Medidas como estas podem contribuir com o conforto e bem-estar dos sujeitos no ambiente do centro cirúrgico, além de tornar viável a observação de sons advindos de aparelhos ou do próprio cliente que possam sinalizar situações do cliente que requeiram atenção profissional.

Merecem destaque também as baixas temperaturas a que os clientes são constantemente submetidos nesta unidade. Assegurar ao cliente condições adequadas frente à temperatura proveniente do ambiente físico é um cuidado de enfermagem, devendo a enfermeira proporcionar medidas que visem manter o cliente aquecido com cobertores e mantas térmicas.

As dificuldades, tanto de recursos materiais, quanto humanos, associadas à crise na liberação de verbas para os hospitais públicos, foram também ressaltadas pelas enfermeiras como um dos fatores que interferem negativamente no cuidado, destacando as condições de trabalho a que são frequentemente submetidas. Seus relatos trouxeram à tona que, muitas vezes, elas desenvolvem suas atividades com materiais improvisados, o que pode afetar a qualidade da assistência prestada.

Registra-se que a adequação desses recursos subsidia a implementação de uma assistência com qualidade, vindo ao encontro da PNH. Desta feita, torna-se fundamental prover condições do ambiente de trabalho no centro cirúrgico, atendendo às necessidades tanto do cliente quanto dos profissionais, e oportunizando recursos materiais e humanos necessários para a promoção do cuidado.

No entanto, é mister ressaltar que proporcionar essas condições requer um investimento político-institucional, envolvendo a organização do serviço e suas estruturas administrativas e assistenciais. Este investimento demonstra valorização dos profissionais de saúde, o que favorece o desenvolvimento de sua sensibilidade, a interação destes entre si e com os clientes, por conseguinte, a implementação de uma assistência de enfermagem humanizada.

Entretanto, vale ter em consideração que não cabe somente o investimento da instituição hospitalar através de seus gestores, mas também dos sujeitos responsáveis pelo desenvolvimento do cuidado, pois são eles que promovem, na prática, as ações humanizadas de cuidado.

Sobre os elementos implicados na construção das relações entre clientes e enfermeiras, vale dizer que estas relações estão na base que fundamenta o processo de cuidado e sua efetividade. Como vimos, o cliente no cenário hospitalar, sobretudo no centro cirúrgico, se depara com um ambiente estranho e com expectativas frente ao procedimento ao qual será submetido que, muitas vezes, geram medo, ansiedade e insegurança.

A esta situação se somam aspectos de ordem social, a exemplo da preocupação com o sustento da família, frente à possível ameaça de perda de emprego e motivos outros como: a quem caberá responsabilizar-se pela família durante a sua permanência no hospital e posterior fase de recuperação de sua saúde? Esses aspectos também justificam a importância da presença da enfermeira desde o momento da chegada do cliente ao centro cirúrgico.

Evidenciou-se com os resultados da pesquisa que a visita pré-operatória não contempla todos os clientes que se submeterão ao ato cirúrgico. Muitas vezes, as atividades pertinentes a este momento são desenvolvidas pela enfermeira na admissão do cliente na unidade.

Sobre isso, é oportuno considerar que, ainda que a enfermeira seja a responsável pela admissão do cliente no centro cirúrgico, este momento não invalida ou diminui a

necessidade da VPO. Isto porque, esta visita proporciona um contato prévio com o cliente no intento de não somente esclarecer questões inerentes ao ato cirúrgico e fornecer as devidas orientações, mas também de possibilitar a interação entre ambos os sujeitos, colaborando, assim, com a redução de sentimentos negativos que possam comprometer seu estado físico e emocional.

Apesar do quantitativo de enfermeiras e de materiais nem sempre serem suficientes em relação à demanda de atividades profissionais e de clientes na unidade, foi possível constatar que nem sempre as ações dessas profissionais são movidas por tais aspectos. As observações feitas e os discursos das enfermeiras demonstraram que há outros elementos que agem distanciando ou aproximando as enfermeiras de seus clientes, alguns situados na vertente institucional, como as condições de trabalho; outros, associados ou não a esta vertente anterior, de ordem subjetiva, como a satisfação no trabalho, o espírito cooperativo e solidário no âmbito da equipe de saúde e de enfermagem propriamente dita.

Destarte, é preciso que a enfermeira tenha consciência da importância da interação para a qualidade do cuidado que desenvolve junto ao cliente. Independente das características do ambiente hospitalar, em especial, do cirúrgico, a interação entre esses sujeitos, precisa, por um lado, ser incentivada pela instituição e, por outro, carece que esta profissional exercite sua sensibilidade nesse intento, encontrando junto ao cliente maneiras de compreendê-lo e as alternativas que melhor colaborem com suas vivências na fase perioperatória.

Se, de um lado, cabe à enfermeira estar disposta a ouvir o cliente, em uma relação de ser e estar com o outro no processo de cuidado; de outro lado, cabe à instituição disponibilizar condições de trabalho que possibilitem o desenvolvimento de suas atividades, de maneira digna, segura e de qualidade.

O cuidado entendido em uma perspectiva humanizada é uma via de mão dupla. Ocorre no âmbito de uma relação entre dois sujeitos, ambos dotados de características humanas que lhe conferem diferentes graus de singularidades e pluralidades. Assim sendo, um e outro são afetados pela relação que se estabelece no cuidado, podendo, sentirem-se satisfeitos e beneficiarem-se mutuamente dessa relação. Para tanto, aliam-se aos cuidados técnico-procedimentais os do tipo expressivo que, juntos, integram a essência do cuidado de enfermagem.

Nesse ínterim, a escuta sensível e o exercício do diálogo, permeados por manifestações de atenção, afeto e respeito, podem proporcionar condições favoráveis para

o cliente lidar com situações e sentimentos conflituosos, podendo, inclusive, em alguns momentos, substituí-los por sensação de tranquilidade e bem-estar.

Um ambiente favorável de cuidado necessita também de uma integração por parte dos profissionais de saúde, a fim de que estes e os clientes possam ser beneficiados. Divergências entre os profissionais resultam em ambiente estressante, desequilibrando-o, e promovendo um maior desgaste da energia vital do cliente, na medida em que desloca de si mesmo a energia necessária para a sua recuperação, na tentativa de reequilibrar-se face à hostilidade do ambiente.

Deve-se, portanto, investir em estratégias de sensibilização dos profissionais, uma vez que, a complexidade do ambiente e o conjunto de normas e rotinas a ele, inerente, tendem a resultar na priorização das funções gerenciais e acabam por afastar, ainda mais, a enfermeira do cliente. Estratégias estas que, ademais, possam minimizar quaisquer ruídos na comunicação/integração entre os profissionais, tanto no âmbito interno ao centro cirúrgico quanto deste com outros setores do hospital.

Como evidenciado nos capítulos de análise, o trabalho em equipe, a cooperação mútua, a troca de informações, a dedicação e a satisfação no trabalho são exemplos de elementos integradores que favorecem o processo de cuidado e atenuam o conturbado ambiente físico e o de relações interpessoais, por vezes, conflituosas, construídas neste espaço.

Independente das características que diferenciam as diversas categorias profissionais, quando se trabalha em uma perspectiva de trabalho em equipe, de participação, o sentido é não somente a otimização do trabalho, mas também, deve ter o intuito de relevar a opinião e o trabalho de cada um dos envolvidos nas ações realizadas, de modo a fazer valer os princípios que regem a humanização na prática assistencial.

Subjacente a estas idéias merece destaque a valorização e a participação interdisciplinar nas ações cujo objetivo fim é o cuidado de qualidade ao cliente. Assim, vale investir nas tentativas de superação de conflitos que permeiam as relações entre os profissionais. O cliente como ser integral carece ser assim considerado quando lhe prestam cuidados, ou seja, requer que seja visto na sua inteireza, o que implica, muitas vezes, em ações conjuntas dos profissionais, de forma solidária e respeitosa.

Essas atitudes agem no conjunto de fatores que determinam a satisfação no trabalho, o que também importa na dinâmica de cuidar e nos cuidados de enfermagem,

uma vez que interfere no emocional da enfermeira, por sua vez, implicará na relação estabelecida com os profissionais e clientes.

A instituição hospitalar, através de seus gestores, possui um papel importante no que se refere à integração de seus profissionais. Ela pode promover oficinas com a finalidade de fortalecer as relações pessoais e de trabalho, permitindo que os profissionais exponham suas idéias, valorizando-as, estimulando a participação desses sujeitos e contribuindo para a construção coletiva de um ambiente de cuidado humanizado.

Tal iniciativa se reveste de importância na medida em que colabora com que cada sujeito possa compreender e respeitar o outro em suas diferentes formas de ser, pensar e agir. Assim, favorece o resgate de valores humanos e reforça o compromisso pessoal e profissional no desenvolvimento da assistência.

Quando se pensa em um ambiente favorável ao desenvolvimento de relações interpessoais entre os profissionais de saúde e destes com os gestores está se falando na possibilidade de esses profissionais serem atendidos em suas reivindicações, e que essas relações sejam construídas com base no respeito mútuo e na solidariedade.

A valorização do profissional pela instituição reflete o reconhecimento pelo seu trabalho. Importante não somente para a instituição, mas também para o desenvolvimento e satisfação pessoal e profissional, possibilitando, assim, a integração dos seus valores humanos e sociais no processo de cuidar. Ao ser valorizado como pessoa, o profissional passa a valorizar o ser de quem cuida. Ou seja, após receber um tratamento humano e reconhecido, o profissional passa a agir humanamente e reconhecer cada sujeito que necessita de cuidado, norteando a sua conduta profissional (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

O despertar para esses valores e atitudes por parte da enfermeira colaboram na reflexão sobre caminhos e ações mesmas que levem à efetividade do cuidado com menos riscos emocionais e físicos para ambos os sujeitos envolvidos na relação do cuidado.

Sobre a dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem desenvolvidos no centro cirúrgico, a produção de dados confirmou que as atividades de gerência, tanto do cuidado, quanto do ambiente, caracterizam-se como aquelas mais frequentes realizadas pela enfermeira nos diferentes setores que conformam essa unidade. Estas atividades podem configurar-se como cuidados indiretos, enquanto os cuidados diretos aludem-se àqueles que se dão na relação direta que se estabelece com o cliente.



A justificativa para que as enfermeiras concentrem suas ações nas atividades gerenciais, se assentam, muitas vezes, no baixo quantitativo desta profissional na unidade. No entanto, constatou-se nas observações de campo e no âmbito de alguns conteúdos analisados que, nem sempre, essa justificativa se sustenta. Ou seja, há outros elementos que implicam na pouca presença da enfermeira no cuidado direto ao cliente, como a falta de motivação no trabalho, o desgaste físico e emocional, precariedade de recursos materiais que, por vezes, resultam em atitudes conformistas ou de desinteresse profissional.

Esses elementos merecem que sejam analisados à luz da crise no setor saúde que implicam em falta ou diminuição de investimentos institucionais necessários à superação de determinados problemas estruturais e administrativos. Ademais, as condições pessoais de gestores e profissionais da assistência também podem favorecer ou dificultar as ações desses profissionais.

A despeito dos aspectos que podem dificultar a presença efetiva da enfermeira no cuidado direto, as participantes da pesquisa dissertaram sobre vários cuidados que, segundo elas, são fundamentais na segurança física e no conforto do cliente, a exemplo dos desenvolvidos na SO: cuidados relativos à posição do cliente na mesa cirúrgica; na colocação da placa de bisturi com a devida atenção de não posicioná-la nas partes ósseas do cliente; de não haver contato da sua pele com a parte metálica da mesa; posição do cliente para a raquianestesia; cateterismo vesical.

Esses cuidados foram ressaltados em articulação com a necessária observação clínica da enfermeira, incluída a preocupação com os aspectos subjetivos do cliente, e aquela inerente ao ambiente físico.

Vale ter em consideração que, embora as enfermeiras tenham destacado esses cuidados como importantes na SO, muitas vezes, seu desenvolvimento fica a cargo dos técnicos e auxiliares de enfermagem, exceto os do âmbito privativo das enfermeiras e ou de maior complexidade técnica, conforme regulamentado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986).

Ficou também evidenciado que os cuidados diretos, realizados pela enfermeira, de maior visibilidade ocorrem na RPO e RPA, setores que a possibilita melhores condições de interagir com o cliente. Assim, ela pode observar suas ações e reações pré e pós-operatórias, tanto do ponto de vista físico, quanto os relativos às suas emoções, e intervir diante das mesmas.

Não obstante haja interferências que, por vezes, implicam em afastamento gradual da enfermeira no cuidado direto ao cliente, vale dizer que as habilidades conquistadas pela experiência profissional das enfermeiras no centro cirúrgico lhes conferem capacidade de raciocínio crítico e julgamento clínico. Assim, mesmo quando mantém um distanciamento relativo do cliente, ela detém informações necessárias ao bom andamento das atividades desenvolvidas na unidade ou a ela articuladas e promove as condições requeridas para que o cuidado direto aconteça, evitando riscos ao cliente.

É oportuno trazer ainda para o campo das reflexões e considerações ora feitas que quando falamos em dinâmica de cuidar e de cuidados de enfermagem, devemos considerá-los em acordo com os princípios éticos que norteiam as ações profissionais da enfermeira. Essas ações exigem decisões fundamentadas na ética e se expressam por valores construídos ao longo da trajetória existencial (sociais, pessoais e profissionais), onde se encontram os princípios da ação do indivíduo.

Assim é, pois, necessário que a enfermeira reivindique recursos humanos suficientes e materiais de qualidade, indispensáveis ao desenvolvimento de suas ações e zele pela sua manutenção. Na mesma direção, deve se preocupar em assegurar relações interpessoais favoráveis entre os profissionais de saúde e destes com os clientes, uma vez que, a presença de ruídos na comunicação pode contribuir com a insatisfação e falta de motivação profissional, por conseguinte, afetar o cuidado ao cliente.

Deste modo, é mister que a enfermeira demonstre sensibilidade no reconhecimento da ação recíproca. Ou seja, o “outro” também “sou eu”. Assim, deve desenvolver a capacidade de percepção de si mesma para compreender o outro.

Outra consideração importante diz respeito à visão do cliente como sujeito e protagonista do cuidado, crítico e co-responsável pelos serviços de saúde. Logo, essa visão rompe com a relação vertical em que o cliente é concebido como depositário de ordens. Considera a autonomia do cliente na atenção às suas necessidades e desejos; no direito de estar bem informado e de determinar o que quer para si.

A solidariedade construída na convivência com as pessoas envolvidas no processo de cuidar e a responsabilidade recíproca e compartilhada dos sujeitos partícipes deste processo também se reveste de sentido ético, pois reunidos por interesses comuns, um se sente no dever de apoiar o outro. Assim, deve-se zelar pelo respeito mútuo e por uma relação de colaboração.

Essas considerações entre os elementos que integram o ambiente e a dinâmica de cuidar e de cuidados de enfermagem estão representados na figura a seguir (Figura 4).

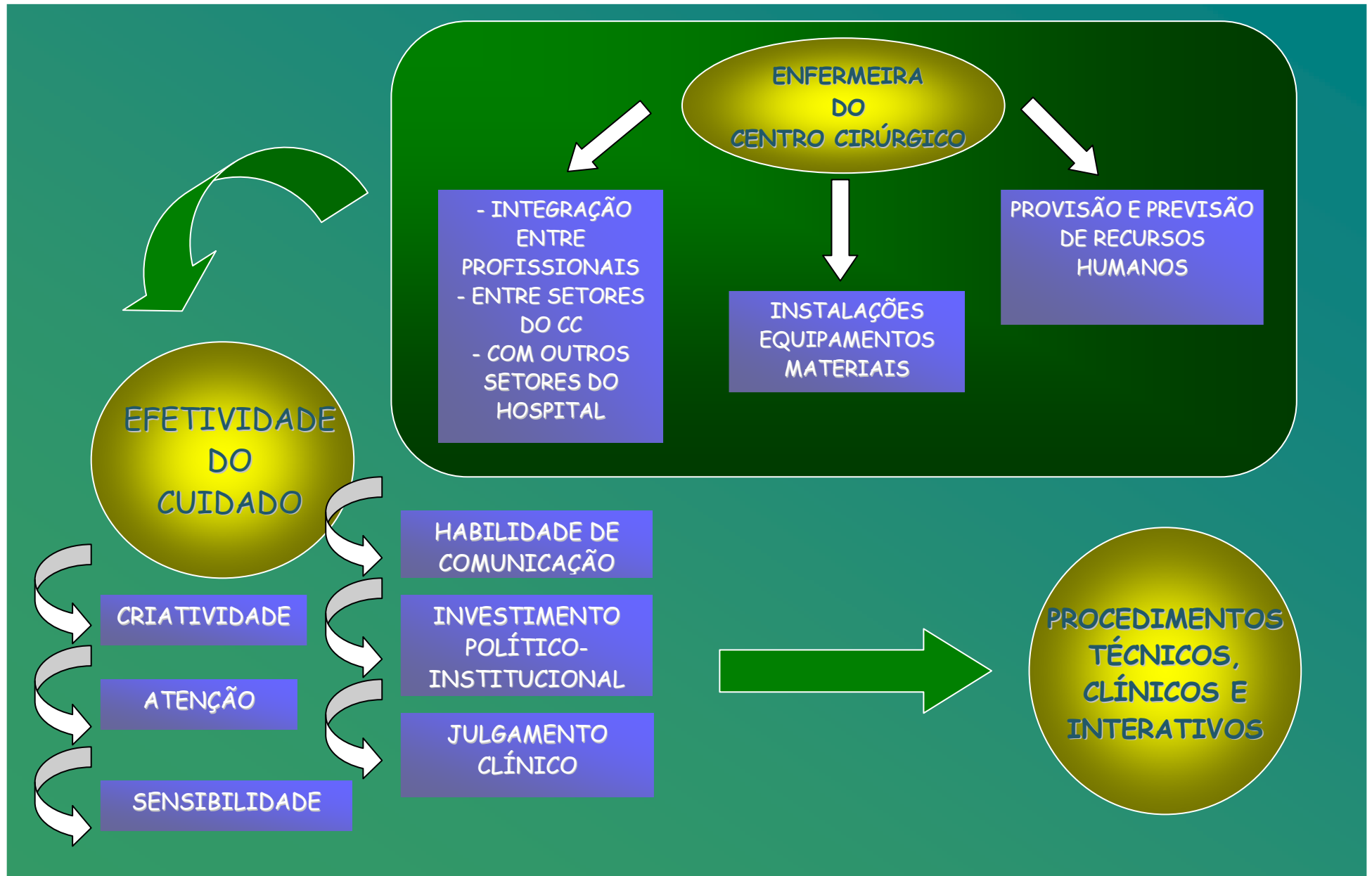


Figura 4 – Elementos implicados e as condições de efetividade do cuidado no centro cirúrgico

## REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p.373-382, jul/set, 2005.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. (Série Enfermagem).

ALMEIDA, M. C.P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989. 126p.

ALVIM, N. T. A.; CABRAL, I. E. A Aplicabilidade das plantas medicinais por enfermeiros no espaço do cuidado institucional. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.201-210, ago, 2001.

AQUINO, C. P.; CAREGNATO, R. C. A. Percepção das enfermeiras sobre a Humanização da Assistência Perioperatória. **Revista SOBECC**, v.10, n.2, p.16-21, abr./jun., 2005.

ARAÚJO, S. T. C.; SILVA, M. V. G.; SANTORO, D. C.; PORTO, I. S.. Intervenções de enfermagem em perioperatório. In: SANTOS, I; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S.; CUPELLO, A. J.; SOUZA, S. R. de O. S.; MACHADO, W. C. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2005. (Série Atualização em Enfermagem, v.2). p.209-226.

ARAÚJO, S. T. C.; SANTORO, D. C.; PINTO, C. M. I.; OLIVEIRA, L. F. D. Intervenções de enfermagem no intra-operatório. In: SANTOS, I; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S.; CUPELLO, A. J.; SOUZA, S. R. de O. S.; MACHADO, W. C. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2005. (Série Atualização em Enfermagem, v.2). p. 227-252.

ARZUZA, F. E. S. **A enfermeira e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro** – grupo de implantação do Centro Cirúrgico. 1995, 126p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

ASSOCIATION of PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). **Standards recommended practices and guidelines**. Denver: AORN, 2004.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 34-41, jan/fev, 2007.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A Humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p. 132-135, jan/fev, 2006.

BARBIER, R. A escuta sensível em educação. **Cadernos ANPED**, n. 5, p. 187-216, set., 1993.

BARCELOS, L. M. S. **Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado de enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS**. 2002, 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. Conversa: um cuidado de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.3, n.3, p. 236-41, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed 70, 2004.

BENNER, P. **From novice to expert: excellent and power in clinical nursing practice**. Addison Wesley, California, 1984. p.13-307.

BIANCHI, E. R. F. Padrões de desempenho profissional. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.7, n.4, p.13-15, out./dez., 2002.

BIANCHI, E. R. F.; CASTELLANOS, B. E. P. Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.4, n.1, p.10-14, jan./fev./mar., 1984.

BIANCHI, E. R. F.; CARVALHO, R. (Org.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem). 429p.

BIANCHI, E. R. F.; TURRINI, R. N. T. Planejamento físico do Centro Cirúrgico. In: BIANCHI, E. R. F.; CARVALHO, R. (Org.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem).p.22-37.

BIANCHI, E. R. F.; VÁTTIMO, M. F. F. Recepção do paciente no Centro Cirúrgico. In: BIANCHI, E. R. F.; CARVALHO, R. (Org.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem).p.162-176.

BRASIL. **Lei 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília: 26 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n.50/2002**. Dispõe sobre normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.

CAMPOS, S. M. C. L. et al. Sistemática da assistência da enfermagem perioperatória: percepção de enfermeiros assistenciais. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 21-25, out/dez, 2000.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação** - A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. São Paulo: Cultrix, 1982. cap. 4-5, p. 95-155, cap. 9-10, p. 259- 350.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 9ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CARVALHO, V. Enfermagem Fundamental – predicativos e implicações. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 664-671, set./out., 2003.

CARVALHO, V.; CASTRO, I. B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de Enfermagem Fundamental – um ponto de vista. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.38, n.1, p.76-86, jan./mar., 1985.

CEZARETTI, I. U. R.; RODRIGUES, A. L.; SILVA, M. D. A. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. 2ªed. Revisada e Ampliada. São Paulo: EPU, 2001.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e Trabalho na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar/abr, 2003.

COSTA, A. L. S.; COUTINHO, R. M. C. Assistência de enfermagem no período transoperatório. In: BIANCHI, E. R. F.; CARVALHO, R. (Orgs.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem).p.177-189.

COSTA, A. L. S.; COUTINHO, R. M. C.; CARVALHO, R. Recursos humanos em Centro Cirúrgico. In: BIANCHI, E. R. F.; CARVALHO, R. (Orgs.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem).p.83-101.

CRUZ, E. A.; SOARES, E. A tecnologia em Centro Cirúrgico e o processo de trabalho do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.109-115, abr., 2004.

CUNHA, S. R. **A Enfermeira-educadora as Marias e o José: tecendo a rede de saberes e práticas sobre o cuidado à criança dependente de tecnologia na comunidade**. 2001, 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S.. **Cuidado de enfermagem. Saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

FERREIRA, M. de A. **O corpo no cuidado de enfermagem: representações de clientes hospitalizações**. 1999, 267p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

- FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 327-330, maio/jun., 2006.
- FEU, R. M. S.; MACIEL, A. A. A visita sistematizada de enfermagem pré e pós-operatória no atendimento das necessidades do paciente. **Revista SOBECC**, v.13, n.2, p.24-31, abr./jun., 2008.
- FONSECA, S. L. S. **Indicativos de qualidade da prática de enfermagem em uma Unidade de Centro Cirúrgico**. 2007, 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- FORTUNATO, N. In: BIANCHI, E. R. F.; CARVALHO, R. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri: Manole, 2007. (Série Enfermagem). 429p.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p.99 – 111.
- FRAGA, F. C. **A implantação do Hospital Universitário da UFRJ (1974-1978)**. Fundação Universitária José Bonifácio, Rio de Janeiro, 1990. 211p.
- GUIDO, L. A. et al. Competências do enfermeiro em CC: reflexões sobre ensino/assistência. **Revista SOBECC**, v.13, n.1, p.16-23, jan./mar., 2008.
- HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/Editora da USP, 1979.
- LIMA, M. A. D. S. et al. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 343-354, jul./set., 2000.
- LOURENÇO, M. R.; TREVIZAN, M. A. Líderes da Enfermagem Brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p.14-19, maio, 2001.
- MAIA, L. M. C.; MONTEIRO, M. L. G. Prevenção e tratamento de úlcera de pressão. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (Org.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.
- MATOS, F. G. O. A.; PICCOLI, M.; SCHNEIDER, J. F. Reflexões sobre aspectos emocionais do paciente cirúrgico. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 93-98, jan./abr., 2004.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo, SP: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2004. 264p.



MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, V. O. **A imagem do álcool na vida dos adolescentes**: sua relação com a prática educativa-dialógica da enfermeira. 1999, 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

MOURA, A. C. F. **A Unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes**: indicativos para o enfermeiro na gestão do ambiente. 2005, 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

OLÁRIO, P. S. **A fixação do tubo orotraqueal**: uma questão no cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro, 2004. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, R. S. **A dialética do cuidado**: o humano e o tecnológico em um centro de terapia intensiva. Rio de Janeiro, 2002. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

PELLIZZETTI, N.; BIANCHI, E. R. F. Visita pré-operatória de enfermagem: análise retrospectiva. **Revista SOBECC**, v.4, n.1, p.24-28, jan./mar., 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Compreensão da Ética na Pesquisa em Enfermagem. In: **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.81 - 89.

POTTER, P. A; PERRY, A.G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar**. 3ed. Santos (SP): Livraria editora, 2002.

PROCHNOW, A. G. et al. Liderança em enfermagem: um repensar necessário à prática gerencial hospitalar. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.318-324, dez., 2003.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

ROZA, I. B. O papel do enfermeiro em Centro Cirúrgico. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 20-25, jul, 1989.

SANTOS, I; FIGUEIREDO, N. M. A. Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Hospitalar. In: SANTOS, I; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S.; CUPELLO, A. J.; SOUZA, S. R. de O. S.; MACHADO, W. C. A. **Enfermagem assistencial no**

**ambiente hospitalar:** realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2005. (Série Atualização em Enfermagem, v.2). p.3-20.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional:** análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.

SILVA, A. L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E., (orgs.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.41- 60.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.291-298, jun., 2008.

SILVA, B. M. S et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.442-448, jul/set, 2006.

SILVA, M. R.; CARVALHO, R. Atuação do enfermeiro em Centro Cirúrgico. [Resumo ampliado]. In: **Anais do 7º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**, São Paulo, jul, 2005.

SILVA, M.V.G.; BIANCHI, E.R.F. Atividades dos Enfermeiros com os clientes em Centro Cirúrgico [Resumo ampliado]. In: **Anais do 8º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**, São Paulo, jul, 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico de Brunner e Suddart**. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Práticas Recomendadas da SOBECC**. 4ªed. São Paulo: SOBECC, 2007.

SPÍNDOLA, T.; SANTIAGO, M. M. A.; MARTINS, E. R. C. O exercício profissional dos enfermeiros no contexto dos hospitais universitários. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.325-333, dez., 2003.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 11-17, jan./fev., 2009.

STUMM, E. M. F.; MAÇALAI, R. T.; KIRCHNER, R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um Centro Cirúrgico. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 464-471, jul/set, 2006.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Tradução: Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.253 – 265.

VALADARES, G.V. **O Trabalho da enfermeira em Hemoterapia:** uma prática especialista. 2001. 228f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. 2ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999. 202p.

WATSON, J. **Enfermagem:** Ciência humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures (PO): Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ltda, 2002. 182p.

# APÊNDICES

## APÊNDICE I

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### **1ª Parte: dados pessoais dos sujeitos**

Data da entrevista:

Nome:

Idade:

Religião:

Estado civil:

Horário de trabalho:

Setor:

Tempo de atuação no setor:

Tempo de atuação na instituição:

Possui outro vínculo empregatício?

#### **2ª Parte: roteiro para a entrevista**

- 1) O que você entende por cuidado de enfermagem?
- 2) Que cuidados de enfermagem são desenvolvidos no Centro Cirúrgico?
- 3) Que cuidados são desenvolvidos por você neste setor? Fale sobre essa experiência.
- 4) Que fatores permeiam a atuação da enfermeira no Centro Cirúrgico?

## APÊNDICE II

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

#### **Parte I - Identificação dos sujeitos:**

**E-SV** – Enfermeira chefe de serviço

**E-SÇ** - Enfermeira chefe de seção

**E-ST** - Enfermeira chefe de setor

**E-LD** - Enfermeira líder

Local de observação: RPO, SO, RPA (recepção pré-operatória, sala de operação e recuperação pós-anestésica).

Hora do início da observação:

Hora do término da observação:

#### **Parte II – Conteúdo da observação**

Atividade observada:

Registro da atividade realizada:

Registro da atividade de cuidado direto:

Registro da relação da enfermeira com o cliente no cuidado: expressões faciais e corporais, das atitudes e comportamentos da enfermeira e do cliente envolvidos no cuidado.

Registro do ambiente no momento da observação.

## APÊNDICE III

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Senhor Diretor do

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho,

Venho por meio desta, solicitar autorização para que possa coletar os dados para a realização de minha dissertação de Mestrado intitulada “**Cuidados de Enfermagem no Contexto do Centro Cirúrgico: subsídios para o pensar/fazer Enfermagem**”. Esta dissertação está vinculada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob orientação da professora Neide Aparecida Titonelli Alvim.

A pesquisa tem como objetivos: descrever as experiências de cuidado no centro cirúrgico, na perspectiva de enfermeiros; caracterizar os cuidados de enfermagem no centro cirúrgico a partir dessas experiências; analisar os fatores que permeia os cuidados de enfermagem desenvolvidos pela enfermeira neste setor; e, discutir tais cuidados na especificidade do centro cirúrgico, à luz do cuidado humano.

Os dados serão coletados no Centro Cirúrgico junto aos enfermeiros. Esclareço que os sujeitos serão devidamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas de Pesquisa em Seres Humanos.

Nesta oportunidade solicito, também, caso seja permitida a realização dessa pesquisa neste hospital, identificar a instituição, esclarecendo que esta pesquisa não possui caráter de denúncia, cabendo ressaltar que os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e que será garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e, desde já, agradeço a atenção recebida.

Atenciosamente,

---

Enf<sup>a</sup> Denise da Conceição Silva (aluna de Mestrado)

## APÊNDICE IV

### ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa,

Venho por meio desta, encaminhar o projeto intitulado: **“Cuidados de Enfermagem no Contexto do Centro Cirúrgico: subsídios para o pensar/fazer Enfermagem”** para avaliação pelo devido Comitê de Ética em Pesquisa. Este projeto está vinculado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob orientação da Professora Doutora Neide Aparecida Titonelli Alvim.

Cumpre-me informar que a finalidade da pesquisa é servir de base para elaboração da dissertação do curso de Mestrado. A defesa deste projeto de dissertação ocorreu em dezembro de 2007, e recebeu menção ‘Aprovado’.

Os dados serão coletados no Centro Cirúrgico junto aos enfermeiros. Esclareço que os sujeitos serão devidamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Cabe ressaltar que os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e que será garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

Encaminho em anexo a folha de rosto do SISNEP com a assinatura do pesquisador responsável, a declaração de autorização para realização da pesquisa pela Divisão de Enfermagem do referido hospital e os documentos solicitados.

Atenciosamente,

---

Enf<sup>a</sup> Denise da Conceição Silva (aluna de Mestrado)

---

(Diretoria da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.



## APÊNDICE V

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO À DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Senhor (a) Diretor (a) da

Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho,

Venho por meio desta, solicitar autorização para que possa coletar os dados para a realização de minha dissertação intitulada **“Cuidados de Enfermagem no Contexto do Centro Cirúrgico: subsídios para o pensar/fazer Enfermagem”**. Esta dissertação está vinculada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob orientação da professora Neide Aparecida Titonelli Alvim.

A pesquisa tem como objetivos: descrever as experiências de cuidado no centro cirúrgico, na perspectiva de enfermeiros; caracterizar os cuidados de enfermagem no centro cirúrgico a partir dessas experiências; analisar os fatores que permeiam os cuidados de enfermagem desenvolvidos pela enfermeira neste setor; e, discutir tais cuidados na especificidade do centro cirúrgico, à luz do cuidado humano.

Os dados serão coletados no Centro Cirúrgico junto aos enfermeiros. Esclareço que os sujeitos serão devidamente informados acerca dos objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o previsto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas de Pesquisa em Seres Humanos.

Nesta oportunidade solicito, também, caso seja permitida a realização dessa pesquisa neste hospital, identificar a instituição, esclarecendo que esta pesquisa não possui caráter de denúncia, cabendo ressaltar que os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e que será garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, e, desde já, agradeço a atenção recebida.

Atenciosamente,

---

Enf<sup>ª</sup> Denise da Conceição Silva (aluna de Mestrado)

## APÊNDICE VI

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO CENTRO CIRÚRGICO: SUBSÍDIOS PARA O PENSAR/FAZER ENFERMAGEM

Os objetivos deste estudo são: descrever as experiências de cuidado no centro cirúrgico, na perspectiva de enfermeiros; caracterizar os cuidados de enfermagem no centro cirúrgico a partir dessas experiências; analisar os fatores que permeiam os cuidados de enfermagem desenvolvidos pela enfermeira neste setor; e, discutir tais cuidados na especificidade do centro cirúrgico, à luz do cuidado humano. Sua participação é voluntária.

Como procedimento de coleta de dados, serão realizadas ‘produções artísticas’ norteadas pela temática central da discussão. Posteriormente, haverá a apresentação destas produções, seguido de uma discussão orientada pela produção e a entrevista semi-estruturada. A produção de dados será gravada em *mp3* para posterior transcrição das falas, de modo a aproveitar o conteúdo de modo fidedigno. As transcrições ficarão sob minha guarda por cinco anos, ao término dos quais deverão ser destruídas. A coleta de dados deverá ser realizada no próprio HUCFF, em dia e horário combinados com cada participante da pesquisa, em um ambiente limpo, arejado, que não haja barulho em excesso, de modo a viabilizar a implementação das técnicas de coleta de dados. Não estão previstos riscos no desenvolvimento da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que pode ser encontrado no endereço Rua Leocadio Figueiredo, 260, Guadalupe – Rio de Janeiro. Tel: 2458-5130. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sala 1D – 46 – 1º andar. Tel: 2562-2480 – Email: [ccp@hucff.ufrj.br](mailto:ccp@hucff.ufrj.br)

É garantida a liberdade de não querer participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer tipo de prejuízo. As informações fornecidas por você serão analisadas em conjunto com as informações obtidas de outros enfermeiros participantes do estudo, não sendo divulgadas as identificações de cada sujeito. Você tem o direito de manter-se atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se

existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, o participante tem direito às indenizações legalmente estabelecidas.

Vale esclarecer também o compromisso do pesquisador com a divulgação dos resultados da pesquisa em eventos científicos, além de sua publicação em periódicos indexados ou em forma de livro ou capítulo de livro.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, às garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes e durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Pesquisadora: Denise da Conceição Silva

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Data:

# **ANEXOS**

# ANEXO I

## PLANTA FÍSICA DO CENTRO CIRÚRGICO, CENÁRIO DA PESQUISA



## ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho  
Faculdade de Medicina  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

## Coordenador:

Alice Helena Dutra Violante  
Médico - Prof. Associada

## Secretário:

Zuzana Rodrigues da Silva  
Professora

## Membros Titulares:

Beatriz Maria Alasia de Herédia  
Médico - Prof.ª Associada

Eduardo Jorge Bastos Côrtes  
Médico - Prof. Assistente

Eliza Regina Ambrosio  
Assistente Social - Mestre

Helena Warzynsky  
Representante dos Usuários

Luiz Carlos Duarte de  
Miranda

Médico - Prof. Adjunto

Lúcia da Conceição de Araújo  
Marques

Enfermeiro - Mestre

Paulo Feijó Barros

Médico - Prof. Adjunto

Regiane de Fátima  
Rivelli

Farmacêutica Doutoranda

Roberto Coury Pedross

Médico - Doutor

Mario Teófilo Antonio

Farmacêutico - Especialista

## Membros Suplentes

Anna Paola Trindade Rocha

Pierucci

Nutricionista - Professor Adjunto

Beatriz Moriz Trope

Médico - Doutora

Carlos Alberto Guimarães

Médico - Prof. Adjunto

Cesônia de Assis Martinusso

Jornalista

Lucia Helena Luiza Vieira

Arnim

Médico - Mestre - Doutoranda

Maria da Conceição Zacharias

Médico - Professor Assistente

Maria de Fátima Gustavo Lopes

Representante dos Usuários

Marizangola Oliveira da Silva

Enfermeiro

Mário Fernando Petzhold

Engenheiro - Doutor

Orlando Nunes Cosenza

Sociólogo - Doutor

Rui Haddad

Médico - Prof. Adjunto

Vânia Dias de Oliveira

Assistente Social

CEP - MEMO – n.º 209/08

Rio de Janeiro, 10 de abril de 2008.

Da: Coordenadora do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Enfª Denise da Conceição Silva

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 027/08 - CEP

Título: "Cuidados de Enfermagem no Contexto do Centro Cirúrgico: subsídio para o pensar/fazer enfermagem"

Pesquisador (a) responsável: Enfª Denise da Conceição Silva

Data de apreciação do parecer: 27/03/2008

Parecer: "APROVADO."

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 27/09/2008, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 – CNS/MS).

Atenciosamente,

Prof.ª Alice Helena Dutra Violante  
Coordenadora do CEP

## ANEXO III



Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ  
Universitário Clementino Fraga Filho  
Divisão de Enfermagem

### D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, estar ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado “*Cuidados de Enfermagem no Contexto do Centro Cirúrgico: subsídios para o pensar/fazer Enfermagem*”, apresentado pela aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery - Denise da Conceição Silva.

Rio de Janeiro, 29 de fevereiro de 2008.

*Álvaro Roberto Dias Costa*

*Álvaro Roberto Dias Costa*

*Diretor da DEN*

Álvaro Roberto Dias Costa  
Reg. 8024963 COREN/RJ 16685  
Divisão de Enfermagem  
Diretor

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)