



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

AMANDA LAMOTTA RESINO

**O ENFERMEIRO E O CUIDADO HUMANIZADO AO PACIENTE NA FASE PÓS
OPERATÓRIA**

**Assis - SP
2014**

AMANDA LAMOTTA RESINO

**O ENFERMEIRO E O CUIDADO HUMANIZADO AO PACIENTE NA FASE PÓS
OPERATÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem de Assis do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientanda: Amanda Lamotta Resino

Orientadora: Prof^ª Dra. Elizete Mello da Silva

Assis

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

RESINO, Amanda Lamotta.

O enfermeiro e o cuidado humanizado ao paciente na fase pós operatória /

Amanda Lamotta Resino/. Assis, 2014. Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis-IMESA de Assis, 2014

51p.

Orientadora: Profª Dra. Elizete Mello da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1) Centro Cirúrgico. 2) Pós-operatório. 3) Enfermagem. 4) Humanização

CDD: 610.7361

Biblioteca da FEMA: 610

O ENFERMEIRO E O CUIDADO HUMANIZADO AO PACIENTE NA FASE PÓS OPERATÓRIA

AMANDA LAMOTTA RESINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem de Assis, Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: Prof^a Dra. Elizete Mello da Silva

Analizador (1): _____

ASSIS

2014

Dedico este trabalho aos meus pais, João e Elaine, por tudo que me ensinaram e, principalmente, pela vida.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza, pela vida e oportunidade de poder realizar este sonho;

A minha querida orientadora, Prof^a Dra. Elizete Mello da Silva, desde que comecei a estruturar esta pesquisa nunca tive dúvida quanto a escolha de minha orientadora, por ter plena admiração pelo seu profissionalismo e competência, agradeço por sua expressiva capacidade de partilhar seu saber em todos os momentos de orientação na construção deste conhecimento;

Aos professores, meus sinceros agradecimentos, acredito no ditado de Antoine de Saint-Exupéry que cita: “As pessoas que passam por nós, nunca vão sós. Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós”;

A minha família, pelo amor, amizade, carinho, dedicação e pela confiança em meu potencial nesta caminhada. Obrigada por todos os momentos que dividiram comigo, por suportarem a ausência e em alguns momentos até a minha presença, e por se alegrarem com a minha conquista, proporcionando-me sempre segurança e aconchego.

Aos meus amigos da faculdade não poderia deixar de agradecer em especial, pessoas que compartilharam comigo tantos anos e experiências, obrigada por cada momento compartilhado. Vocês fazem parte da minha história de vida

Obrigada por tudo!

RESUMO

A assistência de enfermagem no pós-operatório imediato é de suma importância para a recuperação do paciente e prevenção de complicações. É uma fase crítica e requer atenção e vigilância constante ao paciente. A metodologia utilizada para realizar o trabalho foi a pesquisa bibliográfica, utilizando livros, artigos, revistas e periódicos disponível na biblioteca da faculdade e na internet. O objetivo geral foi refletir sobre a visita pós-operatória realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico, com intuito de humanizar a assistência de enfermagem aos pacientes e a seus familiares. O período do pós-operatório imediato compreende as primeiras 24 horas após o procedimento anestésico-cirúrgico, incluindo o tempo de permanência na sala de recuperação anestésica. A atuação do enfermeiro durante a estadia do paciente no pós-operatório imediato é prestar um atendimento mais humanizado, oferecendo ao paciente orientação sobre a cirurgia realizada e os possíveis efeitos da anestesia. Conclui-se que, a visita pós-operatória abrange não apenas cuidados físicos, como psicossociais e espirituais, e em ambos os períodos torna-se relevante a assistência individualizada. Pois o sucesso da cirurgia dependerá também dos cuidados que o paciente terá após a alta.

Palavras-chave: centro cirúrgico, pós-operatório, enfermagem, humanização

ABSTRACT

The assistance of the nursing in the post operative immediate importance is a short recovery for the patient and the prevention of any complications. This is a critical phase and requires constant attention towards the patient. The methodology used to perform the work was the bibliographic research using books, articles, magazines and periodical available in the library, from the university and the internet. The objective was to reflect on the post operative visit by the nurse, simply aiming to humanise the assistance of the nursing towards the patients and their families. The period of the post operative comprises for the first 24 hours after the anaesthetic surgical procedure, including the time of staying in the recovery room. Nursing interventions during the stay of the patient in the immediate post operative is to provide a more humanised service offering the patient guidance on what the surgery performed and also the possible side effects of the anaesthesia. Concluding, that the post operative visit covers not only the caring side of everything but also the physical, psychological and spiritual too; both periods are relevant to the individualised assistance, the success of the surgery simply depends also on the patients health and well being after the surgery.

Key Words: surgical centre, post operative, nursing, humanisation.

“Mais do que máquinas precisamos de humanidade. Mais do que inteligência precisamos de afeto”.

Charlie Chaplin

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 O CUIDADO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	13
2.1 O que é a Humanização.....	20
2.2 O Enfermeiro e a Assistência Humanizada.....	23
3 A HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO.....	27
3.1 A Equipe Multidisciplinar.....	28
3.2 As Práticas do Profissional de Enfermagem no Cuidado Humanizado.....	35
4 O ENFERMEIRO E O CUIDADO HUMANIZADO NA FASE PÓS OPERATÓRIA.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
Mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis
Coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.
Fernando Pessoa

A visita pós-operatória abrange não apenas cuidados físicos, como psicossociais e espirituais, e em ambos os períodos torna-se relevante a assistência individualizada. Pois o sucesso da cirurgia dependerá também dos cuidados que o paciente terá após a alta. Na fase de pós operatório o enfermeiro desempenha o importante papel de educador. É ele quem irá orientar o paciente e os familiares nas alterações que poderão surgir e atuar na recuperação plena do paciente, pensando na importância do acolhimento a estes pacientes e familiares, optou-se por tratar deste tema de tão relevante importância.

O Centro Cirúrgico é uma unidade fechada e suscetível aos mais variados riscos para os profissionais lá inseridos, ocupando lugar de destaque no hospital em decorrência da alta complexidade dos procedimentos realizados. Considerado como ambiente altamente estressante para o paciente e para a equipe de trabalho, exigindo diante disso, capacitação e preparação profissional, além do trabalho integrado e o relacionamento harmonioso entre os profissionais (CARVALHO; FARA; GALDEAN, 2004).

A assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem caracteriza-se, basicamente, pelo planejamento, a avaliação e a continuidade do serviço, uma vez que o paciente passará pelas fases pré, intra e pós-operatória, todas integradas ao estado físico e emocional do paciente, conforme descrita a seguir.

Verifica-se que a primeira fase, denominada pré-operatória, ocorre a partir do preparo do paciente para a intervenção cirúrgica, tanto a nível físico através do jejum operatório, administração de medicações pré-anestésicas, estabilidade dos sinais vitais; quanto a nível psico-emocional, através de informações sobre o procedimento que será realizado, tipo de anestesia, duração, e outros.

A fase intra-operatória compreende a recepção do paciente na mesa cirúrgica até seu encaminhamento à sala de recuperação pós-anestésica. Nesta fase, a Enfermagem atua minimizando os riscos decorrentes do procedimento anestésico, identificando sinais característicos de possíveis complicações.

Considera-se, a terceira e última fase, o pós-operatório, processo de enfermagem imediato que se inicia na sala de recuperação pós-anestésica ao prestar os cuidados necessários ao paciente, ainda sob efeito da anestesia, até a recuperação dos seus reflexos e estabilização dos sinais vitais. É nessa fase que os pacientes apresentam as principais complicações após o ato anestésico-cirúrgico (PENICHE, 1998).

O convívio com pacientes cirúrgicos que receberam a visita pós-operatória, vem mostrando os resultados benéficos desta prática: pacientes menos ansiosos, com funções fisiológicas estáveis, o que leva à equipe e ao paciente grande satisfação e conforto.

Essa mesma sensação de satisfação e conforto, porém, parece não ocorrer com o paciente no momento pós-operatório. Na prática diária, os desconfortos são inúmeros e incluem dor após efeito anestésico, retenção urinária, hipotermia, infecção de sítio cirúrgico, ansiedade e angústia, sendo que os sentimentos estendem-se também aos familiares.

Quase todos os pacientes pós-operatórios necessitam de apoio psicológico imediato. Ele talvez mostre-se preocupado acerca do resultado da cirurgia ou com o futuro. Qualquer que seja a preocupação do paciente, o enfermeiro deve manter-se na posição de responder às perguntas, de forma tranquilizadora (SMELTZER; BARE, 1993).

Como problematização desejou-se fazer os seguintes questionamentos:

As práticas do profissional de enfermagem que pertence à equipe de cuidado do Centro Cirúrgico devem ir além de meras técnicas de assistência e conhecimento

técnico-científico sobre possíveis complicações pós-cirúrgico/anestésicas, devendo atender as expectativas mais integrais do paciente/ cliente e de seus familiares.

- A equipe de enfermagem está preparada para acolher o paciente no pós-operatório baseada no conceito de humanização prescrito pela Política Nacional de Humanização ?
- O enfermeiro está preparado e capacitado para atuar no processo pós-operatório quanto aos cuidados destinados aos pacientes?

Este trabalho faz a seguinte hipótese:

A visita pós-operatória é um dos meios para reduzir o desconforto causado pelo estresse do Centro cirúrgico, bem como detectá-lo precocemente o que levará diminuição de possíveis riscos e complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico e ainda colaborará para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, baseada nas reais necessidades do paciente e família.

Como objetivo geral pretendeu-se refletir sobre a visita pós-operatória realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico, com intuito de humanizar a assistência de enfermagem aos pacientes e a seus familiares. Como objetivo específico desejou-se analisar as competências imprescindíveis do Enfermeiro para atuação no processo anestésico-cirúrgico, sendo uma proposta de verticalização e aprofundamento dos conhecimentos específicos exigidos dos profissionais ao executar o Sistema de Assistência de Enfermagem, mais propriamente ao que tange a fase pós-operatória.

Este trabalho foi de cunho bibliográfico por meio de levantamento teórico e temático, com uma proposta de discussão em relação à enfermagem e o cuidado humanizado ao paciente na fase pós-operatória.

Foram utilizadas como fonte de pesquisa, livros clássicos na área de saúde e da enfermagem , como também, publicações interdisciplinares diversas com o mesmo tema.

Utilizou-se, igualmente, a pesquisa de dados do *Lilacs*, *SciELO* e BIREME, a partir de palavras chaves: centro cirúrgico, pós-operatório, enfermagem, humanização.

Justificou-se a escolha do tema, visto que encontram-se muitas referências bibliográficas com o cuidado ao paciente pré-operatório, entretanto, poucas referências com o paciente pós-operatório. Esse momento inicia-se com a saída do paciente do Centro Cirúrgico até sua alta hospitalar. As primeiras horas do pós-operatório são de vital importância para avaliação e detecção de eventuais complicações cirúrgicas.

O enfermeiro acompanha o paciente do centro cirúrgico até as suas acomodações e permanece até que o quadro do pós-operatório imediato se estabilize. Nessa fase são prestados cuidados de enfermagem, que fazem parte do plano de cuidados.

Acredita-se que este momento é de extrema importância para a recuperação do paciente e o enfermeiro pode mostrar que cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

2 O CUIDADO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A formação do enfermeiro é embasada por uma análise do currículo, livros textos e experiências de aprendizagem, está firmemente alicerçada no conhecimento e modelo biomédicos.

É necessário que a enfermagem não perca a essência do cuidar. Na história de enfermagem durante muito tempo o papel do enfermeiro era realizado após a enfermidade e não se visava a prevenção. Com o desenvolvimento das práticas a enfermagem acompanha os movimentos sociais e assiste na atualidade com uma visão holística (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana (VILA & ROSSI,2002, p.17).

Com isso, verifica-se que não é apenas uma questão de mudança do espaço físico, mas principalmente uma mudança nas ações e comportamento dos profissionais frente ao paciente e seus familiares.

A seguir far-se-á uma evolução dos caminhos da Enfermagem.

Para compreender a evolução da Enfermagem é necessário conhecer alguns aspectos históricos de seu ensino no Brasil (BARREIRA, 199).

A educação e saúde no Brasil é formada por dois períodos, onde o primeiro relaciona-se às medidas preventivas e curativas com a finalidade a obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças e o segundo trata-se das estratégias da promoção da saúde com o objetivo de apoiar a construção social da saúde e do bem estar (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

Verifica-se que o pressuposto das estratégias preventivas e curativas de enfrentar a doença e de obter saúde é coerente com os princípios que regem as atuais culturas

e sociedades, pois são baseadas na produção incessante e sempre renovada de variados serviços que se fundamentam na tecnologia e na ciência oferecidos para o consumo das pessoas.

A partir dos estudos de Silva (2008) ao colocar que a Enfermagem no Brasil teve seu processo de profissionalização por volta do final do século XIX constata-se que desde sua origem esteve marcada pela superação de obstáculos para se tornar respeitada e reconhecida. Seus executores ainda continuam empenhados para melhorar o status da profissão e adquirir o respeito e reconhecimentos merecidos. Atualmente, a Legislação de Enfermagem reconhece de um modo geral três classes de profissionais de Enfermagem: o auxiliar de Enfermagem, o técnico de Enfermagem e o enfermeiro, sendo que suas missões e ações são estabelecidas pela Lei 7.498 de julho de 1986.

Geovanini *et al.* (2005), com relação à profissionalização da Enfermagem, destaca que um aspecto primordial a ser analisado é o desenvolvimento da Educação para seu exercício. No Brasil, este desenvolvimento aconteceu em cidades com mercado mais desenvolvido como São Paulo e Rio de Janeiro, devido ao desenvolvimento industrial que nessas cidades se intensificou resultando em acelerado crescimento urbano. A saúde então passou a constituir uma questão delicada sob os aspectos econômicos e sociais devido às doenças infecto-contagiosas conduzidas pelos europeus e escravos africanos atingindo grandes proporções nos principais eixos urbanos.

Nesse sentido Silva (2008) ressalta que devido a essa problemática, o governo brasileiro assume a assistência à saúde visando proteger a expansão comercial brasileira ainda que sob pressões externas. Entre outras ações, há a criação de serviços públicos, a vigilância e o controle mais efetivo sobre os portos e, instalam-se então o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e o Instituto Soroterápico Federal, que viria a se transformar posteriormente no Instituto Oswaldo Cruz.

A primeira escola de Enfermagem no Brasil, edificada pelo Decreto Federal 791 de 27 de Setembro de 1890, hoje conhecida por Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e pertencente à Universidade do Rio de Janeiro/UNIRIO. Porém, mesmo com

necessidade urgente de pessoal para atuar na saúde pública, constata-se que a formação era em grande parte, desenvolvida à área hospitalar com o desenvolvimento de longos estágios em hospitais (GEOVANINI *et al.* 2005).

No Brasil colonial a figura masculina é citada enquanto executora da Enfermagem doméstica e empírica, uma vez cabia aos escravos a atividade de cuidar, inclusive nas Santas Casas de Misericórdia, fundadas nas principais capitais brasileiras a partir de 1543 (GEOVANINI *et al.*, 2005).

A demanda por profissionais capacitados gerou a criação de cursos de Enfermagem como no caso do Hospício Nacional de Alienados, já que neste faltavam enfermeiros para cuidar dos enfermos, das vítimas da guerra e outras.

A história então deixa claro tratar-se de um equívoco o fato de que o profissional Enfermeiro surgiu no Brasil para atender as necessidades de saúde pública (MOREIRA, 2005).

A escola de Enfermagem Anna Nery, criada em 1923, que redimensionava a Enfermagem profissional no Brasil foi uma iniciativa do Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigido por Carlos Chagas que contou com o apoio do governo americano o qual enviou enfermeiras para ajudar nesta iniciativa, baseada no modelo nightingaleano¹. (GEOVANINI *et al.* , 2005)

O apoio de uma política interessada em promover o desenvolvimento desta profissão mesmo que com interesses particulares e a característica de seleção da então escola que selecionava moças de origem social elevadas, com um maior grau de escolaridade colaborou para que esta fosse reconhecida como padrão de referência para as demais escolas, sendo que na Escola de Enfermagem Ana Nery (SILVA, 2008)

¹ Sintonizados com a submissão, o espírito de serviço, a obediência e a disciplina.

Desde então, todas as demais escolas deveriam inserir os padrões da escola Anna Nery como ficava estabelecido pelo decreto 20.109 de 15/06/31, ou seja, com conceitos provindos do modelo *nightingaleano*.

Reconhecendo a responsabilidade com a problemática educacional, cultural e da saúde da população tem-se a instalação do Ministério da Educação e Saúde em 1931, ano em que se criam as normas legais para o ensino e exercício da Enfermagem. Em 1973, ocorre à criação do Conselho Federal de Enfermagem, órgão disciplinador do exercício profissional.

Exigindo que a educação em Enfermagem fosse concentrada em centros universitários, o Projeto de lei 775 também controlou a expansão das escolas havendo assim na década de 40, a agregação da Escola Anna Nery à Universidade do Brasil em 1949. Em 1961, a partir da Lei 2.995/56 todas as escolas passaram a exigir curso secundário completo e no ano seguinte a Enfermagem passou a ensino de nível superior. (GEOVANINI *et al.* 2005)

A Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ABEn) cria em 1979, o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) visando promover pesquisa em Enfermagem, conseqüência de um aumento contínuo da produção científica em Enfermagem devido ao incremento dos cursos de pós-graduação. De um lado enfermeiros se especializam e de outro há a multiplicação de novos ocupacionais promovendo o processo de proletarização da Enfermagem. Dentre alguns avanços para a Enfermagem na década de 80 observa-se à criação da Lei 7.498, em julho de 1986², que eliminava a anterior já defasada (2.604 de 1955). Ainda, quanto à trajetória da profissionalização é possível constatar o empenho desta categoria para adquirir o reconhecimento e o respeito, pois a falta destes na realidade é motivo de descontentamento e desmotivação pessoal.

² Essa lei regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, reconhecendo assim as categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, precisando a extinção em 10 anos do pessoal sem formação específica com regulamentação em Lei, delimitando as atividades de cada categoria, e parteira, precisando a extinção em 10 anos do pessoal sem formação específica com regulamentação em Lei, delimitando as atividades de cada categoria.

Neste contexto, Santos e Luchesi (2009) em estudo sobre a imagem da Enfermagem frente aos estereótipos, afirmam que ainda hoje, muitas pessoas desconhecem o que é a Enfermagem e muitos envolvidos com a profissão também ignoram seu próprio papel e os objetivos de suas ações. De fato ser reconhecida, valorizada e ter o fazer como algo importante traz um alento para o dia-a-dia do trabalho na Enfermagem, porém as mudanças de pensamento quanto a essa profissão têm que nascer primeiro na consciência da própria categoria (SANTOS e LUCHESI, 2009).

Apesar dos constantes esforços para o estabelecimento de uma prática baseada na Atenção Primária em Saúde, o hospital permanece como o local onde a maioria dos enfermeiros trabalha e desenvolve suas habilidades profissionais. Para melhor compreender a prática no presente, faz-se necessário analisar o papel dessa instituição na nossa formação e exercício profissional.

O hospital como cenário terapêutico é fato relativamente recente. No passado ele estava destinado a propiciar não a cura, mas a salvação de quem estava morrendo (PITTA, 1991).

Esta concepção ideológica sobre o hospital, isto é, local onde se vai para morrer, persiste na atualidade em qualquer cenário onde a enfermeira atua. Reforça-se assim o caráter caritativo do trabalho da enfermeira que, organizado pelas regras do modo de produção capitalista, traduz-se por uma prática ambígua entre a mítica religiosa e as normas do mercado (BARROS; SILVA, 1990; MOURÃO, 1993).

Para esta concepção ideológica de hospital, a tecnologia dominante, ou seja, os instrumentos, a experiência, os hábitos que caracterizam a força de produção, constitui-se fundamentalmente das técnicas do poder disciplinar, das técnicas gerenciais e tayloristas, em detrimento das técnicas terapêuticas, das técnicas de diagnóstico, prescrição e avaliação do resultado de enfermagem - formadas pelos ritos e saberes instrumentalizados a partir de uma relação artesanal enfermeira-cliente.

As práticas utilizadas estão estruturadas sobre relações de produção que desconsideram os conhecimentos sobre a clientela, dificultando assim nosso atendimento às necessidades socialmente postas, a saber: o diagnóstico e tratamento das respostas do cliente, da família e da comunidade aos problemas de saúde ou processos vitais.

A avaliação oposta ao modelo taylorista de produção, é o modo de produção artesanal no qual a enfermeira é o agente de seu diagnóstico e cuidado, sem a intermediação de uma categoria profissional na relação enfermeira-cliente e com uma relação de cooperação entre os membros de uma mesma categoria.

Com base no que discute-se sobre a natureza do trabalho do enfermeiro, considera-se que as atividades administrativas e de supervisão da equipe auxiliar constituem o método de trabalho cotidiano do enfermeiro (taylorismo), alienando-a de sua função primordial que é diagnosticar e tratar as respostas de seus clientes aos problemas de saúde ou processos vitais.

As determinantes principais do método de trabalho alienado que agem dinâmica e eficientemente entre si e com outras estariam na formação da enfermeira, nas formas de organização deste trabalho e na falta de consenso sobre as atividades básicas da profissão.

A formação do enfermeiro, por uma análise do currículo, livros textos e experiências de aprendizagem, está firmemente alicerçada no conhecimento e modelo biomédicos.

Preparado para implementar a assistência médica, tem na organização de seu trabalho a valorização das atividades gerenciais, em detrimento do cuidado direto.

A legislação profissional, por sua vez, não define as atividades da prática e só prevê a prescrição para clientes graves, sem contudo, determinar sobre qual diagnóstico ela deve ser feita.

Segundo Cruz (1994) a forte combinação destas categorias delineiam o *taylorismo*, enquanto método de trabalho do enfermeiro.

Paradoxalmente, mesmo com um método de trabalho alienado, o enfermeiro é capaz de se aproximar de seu cliente e diagnosticar, prescrever e avaliar sua resposta ao problema de saúde, ainda que precária ou eventualmente. A execução das atividades básicas do enfermeiro depende contudo, de condições facilitadoras que valorizam estas ações.

É possível observar que hoje na grande parte dos hospitais os enfermeiros se ocupam com as atividades do cotidiano tais como a elaboração da escala de trabalho da equipe de auxiliares; o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades e do pessoal e a organização ou suprimento do setor quanto a pessoal, material de consumo e permanente.

Ainda citando Cruz (1994) as atividades relacionadas corroboram a com a teses de que o *taylorismo* constitui o método de trabalho do cotidiano profissional. Este fato pode não constituir nenhuma novidade, mas é a partir da denúncia, da tomada de consciência, do conhecimento da realidade que pode-se transformá-la.

Nota-se que existe uma falta de consenso na equipe de enfermagem quanto às determinantes do trabalho, pode-se identificar aspectos referentes à organização do trabalho sobre as atividades profissionais.

Observa-se que muitos profissionais enfermeiros sempre ficam ocupados com a organização do trabalho, há referências ao tempo, à falta de apoio para a execução destas atividades e ao número excessivo de incumbências de natureza administrativa. Há referências ainda ao número reduzido de auxiliares de enfermagem e, principalmente, de enfermeiros, além da falta de treinamentos periódicos.

Referindo-se ainda à falta de consenso sobre as atividades profissionais, pode-se observar que a falta de padronização da metodologia, falta de padronização das atividades e ausência de protocolos que unifiquem as condutas frente aos problemas de saúde, pode ser resolvido com um pouco de boa vontade por parte dos enfermeiros.

2.1 O que é a Humanização

A temática humanização do atendimento em saúde se mostra relevante no contexto atual, uma vez que, a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

Verifica-se, muitas vezes o profissional enfermeiro se esquece do princípio da humanização do cuidado, visto que foi preparado para implementar a assistência médica, calcado na organização de seu trabalho a obrigação de valorizar as atividades gerenciais, em detrimento do cuidado direto, pois está preparado para implementar a assistência médica.

Paradoxalmente, mesmo com um método de trabalho alienado, o enfermeiro é capaz de se aproximar de seu cliente e diagnosticar, prescrever e avaliar sua resposta ao problema de saúde, ainda que precária ou eventualmente. A execução das atividades básicas do enfermeiro depende contudo de condições facilitadoras que valorizam estas ações (CRUZ, 1994).

Na enfermagem brasileira, muitas têm sido as buscas em sistematizar a assistência, que é prestada à população, as quais são incentivadas e respaldadas pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987), que dispõe sobre o exercício da profissão e determina que ao enfermeiro incumbe privativamente a prescrição da assistência de enfermagem, dentre outras atribuições. (ARAÚJO; NORONHA, 1998).

Reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, a Resolução COFEN nº 358/2009, art. 2º, afirma que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada, e incumbe o enfermeiro da liderança do

processo de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico e a prescrição de intervenções (COFEN, 2009).

A sistematização das ações de enfermagem tem contribuído para o registro e documentação de ocorrências e procedimentos realizados pelos diversos integrantes da profissão, para análise quantitativa e qualitativa do cuidado prestado e juntamente com outras conquistas, para o reconhecimento social do enfermeiro. Contém como etapas essenciais o levantamento de dados, o diagnóstico, planejamento das ações de enfermagem e a avaliação do processo assistencial.

O processo de enfermagem é uma tentativa de melhorar a qualidade de assistência ao paciente. A assistência de enfermagem é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência. Quando esse plano não é redigido, observam-se omissões e repetições. Não havendo um plano escrito, o paciente precisa repetir informações pessoais e referências a cada pessoa que o assiste (ATKISON; MURRAY, 1989, p.357),

Vê-se então a importância do processo de enfermagem, pois existindo um, cada enfermeiro é capaz de prestar assistência que inclua as preferências individuais do paciente, contribuindo assim para a continuidade da assistência de enfermagem. Os padrões da prática de enfermagem da *American Nurse Association* refletem sobre a utilização de um processo de enfermagem.

A visita pré-operatória é um método usado para levantar e avaliar as necessidades individuais do paciente cirúrgico. Viabiliza o planejamento de uma assistência integral, individualizada, documentada e contínua em todo o período perioperatório, o que contribui para a diminuição dos riscos cirúrgicos aos quais o paciente está exposto e conseqüentemente para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Além dos benefícios para o paciente a Visita Pré-operatória - VPO oferece ao enfermeiro do Centro Cirúrgico a oportunidade de uma atuação mais direta com o paciente cirúrgico.

Avaliar, diagnosticar problemas e alterações, prescrever e realizar cuidados, proporcionam à enfermagem um melhor reconhecimento da profissão, motivando ainda mais o trabalho do enfermeiro do Centro Cirúrgico.

O processo de enfermagem tem sido aceito como a essência da assistência de enfermagem. Ele se constitui de uma abordagem deliberada de identificação e resolução de problemas para atender aos cuidados de saúde e às necessidades de assistência de enfermagem dos pacientes. Assim, os pontos comuns encontrados em todas as definições são a avaliação, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a análise final. Esses componentes fundamentais podem ser usados na definição do processo de enfermagem.

A divisão do processo de enfermagem em cinco etapas ou componentes distintos serve para enfatizar as ações críticas de enfermagem, que têm de ser desenvolvidas quanto o enfermeiro assume a responsabilidade por resolver os diagnósticos de enfermagem do paciente. Entretanto, o enfermeiro tem de recordar-se que as divisões são artificiais e que o processo como um todo é cíclico, sendo as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (SMELTZER; BARE, 1994, p. 298).

Em resumo, o processo de cuidados profissionais de enfermagem constitui o instrumento ou a metodologia da enfermagem profissional que auxilia os profissionais a tomarem decisões, bem como a preverem e a avaliarem consequências.

Para a utilização proveitosa do processo de enfermagem, um profissional necessita da aplicação dos conceitos e teorias de enfermagem, das ciências biológicas, físicas e comportamentais e das ciências humanas, para que ofereça um fundamento racional para a tomada de decisões, julgamentos, relações interpessoais e ações.

Espera-se que os profissionais que aprendem a utilização do processo de enfermagem tenham necessidade de utilizar inúmeras referências e recursos para incrementar seu conhecimento e habilidades, à medida que avançam em seu programa de estudos de enfermagem profissional.

Até o presente momento falou-se muito em processo de enfermagem e suas definições, abstendo-se de discutir diretamente das necessidades individuais do paciente que é o foco da pesquisa.

2.2 O Enfermeiro e a Assistência Humanizada

Sob o ponto de vista ético e técnico, todas as condutas de enfermagem devem proporcionar conforto, segurança e o menor risco de infecção ao cliente, devendo o mesmo ser esclarecido sobre o que está sendo realizado, porque o simples fato de não saber o que vai ser feito pode torná-lo inseguro, inquieto e não cooperativo.

Mesmo após todas as orientações e apoio oferecido pela enfermagem, o cliente pode apresentar-se receoso, recusar-se a fazer a cirurgia, indispor-se com a equipe. Este comportamento provavelmente é ocasionado pela ansiedade pré-cirúrgica, e não como afronta à equipe.

Tanto o cliente quanto à família têm direitos à orientação clara e precisa sobre o diagnóstico clínico, cirurgia proposta e possível prognóstico. Somente após o esclarecimento e o entendimento desses dados o cliente ou responsável terá reais condições para assinar o termo de compromisso para a cirurgia.

Nesse ambiente, a vida diária da enfermeira, como administradora e coordenadora da assistência de enfermagem, está inserida em um mundo intersubjetivo, compartilhado com seu semelhante, sendo portanto, um mundo comum que pode ser vivenciado e interpretado por todos. Agindo sobre os outros e sendo por esses também afetada por eles a enfermeira, como coordenadora da assistência, pode estabelecer um relacionamento mútuo de comunicação terapêutica envolvendo a equipe e a pessoa necessitada de cirurgia, para um cuidado de qualidade, ou, caso contrário, para o desencadear de desajustes.

O cuidado da enfermeira, na admissão do paciente em Centro Cirúrgico, deve ter como um dos objetivos, reduzir os agentes estressores, que podem ocorrer nesse

momento, proporcionando o conforto, a ajuda e o apoio exigidos para o bem-estar da pessoa necessitada de cirurgia. As ocorrências oriundas do ambiente e/ou do contexto social, podem interferir no sucesso da cirurgia.

O contexto ou espaço social, é o local dentro do qual a experiência e os valores surgem e interagem, colocando-se na dependência da importância cultural e da influência da representação mental dessa experiência, que envolve julgamento (CRUZ; VARELA; 2002).

É nesse instante que a pessoa precisa da atenção da enfermeira, tida, no caso, como a profissional capacitada para prestar o cuidado e o conforto de que necessita, a fim de reduzir o nível de ansiedade e dissipar seus temores, readquirindo por conta disso, a confiança abalada.

O enfermeiro deve, pois, receber a pessoa e mostrar sua presença, mostrando que sua existência ali significa, segundo SANTIN (1998 p.129), “estabelecer laços pessoais de intersubjetividade, onde há espaço para a confiança e esperança”. É preciso, assim, que o paciente sinta o enfermeiro como uma brisa suavizante, capaz de lhe trazer novas esperanças (ZEN & BRUTSCHER, 1985).

Estar presente requer, por conseguinte, um comportamento de mostrar-se por inteiro, ou seja, estar diretamente ligada à demonstração de afeto e de dar atenção ao outro. Tal se expressa na forma de ouvir o outro, um ouvir atento e reflexivo, para uma maior compreensão do que se passa com o outro. É uma forma essencial de cuidado (SILVA, 1999).

É nesse momento que o cuidado dos profissionais, junto à pessoa necessitada de cirurgia, torna-se indispensável ao bem-estar da mesma, pela interdependência que se cria entre ambiente interno e externo interferindo nas percepções dessa pessoa, tornando o ambiente ameaçador ou não (GEORGE, 2000; TALENTO, 1993).

A interdependência de ambientes, aqui referenciada, pode ser possível através da experiência de integração de ações humanitárias, entre enfermeira e paciente; é como se, por alguns instantes, pudesse haver troca de papéis, lançando mão de

técnicas e estratégias reconhecidas no trabalho em Enfermagem, como essenciais, ao compartilhamento e compreensão mútuos. É sentir-se em um estado de ser mais, sendo pessoa, no sentido ontológico, na busca do ser mais junto com o outro.

Essa busca só pode alcançar resultados através do diálogo, que se constitui no ser do homem, com uma forma de relação em que a pergunta e resposta, funcionam como meios de comunicação. Comunicação de um ser que fala, uma tradição que precisa ser reconhecida e compreendida, uma história de vida expressada através da linguagem, com seu pré-julgamento e julgamento e que têm importância na interpretação de possíveis resultados da ação terapêutica da enfermagem. Essas constituem possibilidades de abertura de novas alternativas, para a interpretação e compreensão do que se passa consigo naquele momento de sua história de vida (GADAMER, 1990).

A interpretação só pode ser efetivada a partir do que se ouve e do que se sabe do outro, através da linguagem; na verdade, o que se sabe muda no curso da história de vida e de novas experiências que vão sendo acumuladas, mudando, também, as perspectivas segundo BARRETO *et al* (1999), que são necessárias à compreensão, para correção ou eliminação de necessidades de cuidado.

A pessoa, nesse momento, está precisando de cuidado, atenção, preocupação e valorização da sua condição, necessitada de cirurgia a fim de que o enfermeiro, possa compreendê-lo e controlar toda e qualquer situação no ambiente, capaz de interferir na aceitação do procedimento, readquirindo, assim, a confiança no sucesso da operação.

Para tanto, nesse instante, o enfermeiro precisa assumir a posição de mãe carinhosa, compreensiva e protetora; de psicóloga, na identificação, compreensão e conforto em presença de alterações comportamentais; de assistente social, na identificação e compreensão dos problemas relativos à sua cultura e necessidades pessoais, ajudando a resolvê-los (GEORGE, 2000).

O profissional assume até mesmo, a posição de uma religiosa, para dar apoio espiritual à pessoa, auxiliando-a, conforme sua religião, a utilizar a meditação e a

crença em si e no aspecto espiritual, para o enfrentamento de situações difíceis. Não raro se coloca como advogada, para defendê-la e apoiá-la em todas intercorrências decorrentes da dinâmica do trabalho, do ambiente e do próprio procedimento cirúrgico e de mensageira, para manter o elo de ligação com a família da pessoa que está sendo operada, até sua saída desse setor. (GEORGE, 2000).

A manutenção de um ambiente seguro é uma das primeiras necessidades, recomendadas, quando fala da expansão do papel do enfermeiro de centro cirúrgico. É só de posse dessa compreensão, que o enfermeiro pode promover uma assistência humanizada, assim entendida como o ato de receber e de assistir o paciente com humanidade, levando-o a perceber, ou mesmo, a sentir, que suas necessidades imediatas, no momento em que adentra ao CC, estão sendo satisfeitas (TUDOR, 1994).

Considerando que o momento da admissão em Centro Cirúrgico é um dos poucos momentos em que a enfermeira desse setor pode atuar diretamente com o paciente, deve essa profissional centralizar sua atenção no cuidado - admissão e no ambiente, a fim de proporcionar melhores condições de atendimento ao mesmo. O cuidado é um ato profissional do enfermeiro e se expressa na interação com a pessoa necessitada de assistência e de apoio para sua sobrevivência e seu bem-estar e/ou de ajuda, compreensão e capacitação para enfrentar situações de risco.

O pós-operatório inicia-se a partir da saída do cliente da sala de operação e perdura até a sua total recuperação. Subdivide-se em pós operatório imediato (POI), até às 24 horas posteriores à cirurgia; mediato, após as 24 horas e até 7 dias depois; e tardio, após 7 dias do recebimento da alta.

3 A HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

O enfermeiro cuidador tem como objeto de trabalho o cuidado individual e coletivo (SANNA, 2007).

O centro cirúrgico é o local designado para desenvolver procedimentos vinculados direta e indiretamente aos cuidados do paciente cirúrgico. A enfermagem tem caráter científico e sua prática se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual, o enfermeiro deve sistematizar a assistência, baseada nestas demandas.

A atuação ideal do enfermeiro do CC inicia-se na visita pré-operatória ao paciente, perpassando pela admissão no Centro Cirúrgico (CC), pelo cuidado na sala de operação, acompanhamento de alta da sala de operação, encaminhamento para a recuperação pós-anestésica, e finda com a alta do paciente com a visita pós-operatória.

Verifica-se que a rotina e a complexidade no Centro Cirúrgico fazem com que os membros da equipe de enfermagem, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o paciente que está sob seus cuidados. (VILLA; ROSSI 2002).

Diante deste cenário, constata-se que o trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico, fica muito restrito às tarefas administrativas, pois são elementos firmemente incorporados ao seu trabalho diário, como afirmam GUEDES *et al* (2001, p.24) não restando tempo do seu expediente para dedicar-se aos cuidados com o paciente.

Para o cuidado humanizado é imprescindível que a equipe de enfermagem seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a entender o paciente de forma humana; o enfermeiro é responsável por orientar, sanar dúvidas pertinentes ao procedimento trazendo uma maior tranquilidade e segurança, não esquecendo de que ele também necessita de um ambiente adequado para realizar o seu trabalho.

Tratando-se do paciente pós cirúrgico, verifica-se que são encaminhados para a sala de recuperação pós-anestésica, onde será recebido pelo enfermeiro para que suas necessidades sejam sanadas. Para que esse processo tenha sucesso é necessário um bom relacionamento entre enfermeiro e paciente, pois esta medida reduzirá o impacto da cirurgia e as possibilidades de complicação, além de promover adaptação mais rápida (TEIXEIRA *et al*, 1994).

A presença do enfermeiro ao lado do paciente, desenvolvendo uma relação de ajuda e compartilhando este momento tão angustiante, lhe trará conforto e segurança, tornando mais ameno e menos doloroso este momento (JOUCLAS *et al*, 1998, p.47).

É necessário que os profissionais de saúde se sensibilizem para a reconstrução de novas práticas bem como a instituição das mesmas, para que melhorias ocorram em favor dos pacientes, pois estes têm direito de ser atendidos de acordo com suas necessidades, recebendo uma assistência de enfermagem com qualidade e humanizada.

3.1 A Equipe Multidisciplinar

Noronha, Araújo (1998) afirmam que na enfermagem brasileira, muitas têm sido as buscas em sistematizar a assistência, que é prestada à população, as quais são incentivadas e respaldadas pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987), que dispõe sobre o exercício da profissão e determina que ao enfermeiro incumbe privativamente a prescrição da assistência de enfermagem, dentre outras atribuições.

A sistematização das ações de enfermagem tem contribuído para o registro e documentação de ocorrências e procedimentos realizados pelos diversos integrantes da profissão, para análise quantitativa e qualitativa do cuidado prestado e juntamente com outras conquistas, para o reconhecimento social do enfermeiro.

Contém como etapas essenciais o levantamento de dados, o diagnóstico, planejamento das ações de enfermagem e a avaliação do processo assistencial.

Segundo Atkinson; Murray (1989, p.89):

O processo de enfermagem é uma tentativa de melhorar a qualidade de assistência ao paciente. A assistência de enfermagem é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência. Quando esse plano não é redigido, observam-se omissões e repetições. Não havendo um plano escrito, o paciente precisa repetir informações pessoais e referências a cada pessoa que o assiste.

Vê-se então a importância do processo de enfermagem, pois existindo um, cada enfermeiro é capaz de prestar assistência que inclua as preferências individuais do paciente, contribuindo assim para a continuidade da assistência de enfermagem. Os padrões da prática de enfermagem da *American Nurse Association* refletem sobre a utilização de um processo de enfermagem.

São necessários planos de assistência bem elaborados, para que não haja uma enfermagem não coordenada baseados em erros e acertos, ela deve ser alicerçada na identificação correta dos problemas do paciente.

De acordo com Atkinson; Murray (1989, p.91)

Que um sentimento de orgulho e de realização é experimentado, quando os objetivos de um plano de assistência são alcançados e reduzem os problemas do paciente. O processo de enfermagem contribui para o crescimento profissional de cada enfermeiro. Quando um enfermeiro conclui o plano e consegue avaliar a sua eficácia em atingir as necessidades individuais de um paciente, ele aumenta a sua perícia que pode ser adaptada para satisfazer as necessidades de outros pacientes no futuro. À medida que esse aprendizado se expande pela experiência com diversos pacientes, o enfermeiro ganha em conhecimento e em experiência.

O processo de enfermagem tem sido aceito como a essência da assistência de enfermagem. Ele se constitui de uma abordagem deliberada de identificação e resolução de problemas para atender aos cuidados de saúde e às necessidades de assistência de enfermagem dos pacientes. Assim, os pontos comuns encontrados em todas as definições são a avaliação, o diagnóstico de enfermagem, o

planejamento, a implementação e a análise final. Esses componentes fundamentais podem ser usados na definição do processo de enfermagem.

Para Smeltzer; Bare (1994, p. 121),

A divisão do processo de enfermagem em cinco etapas ou componentes distintos serve para enfatizar as ações críticas de enfermagem, que têm de ser desenvolvidas quanto o enfermeiro assume a responsabilidade por resolver os diagnósticos de enfermagem do paciente. Entretanto, o enfermeiro tem de recordar-se que as divisões são artificiais e que o processo como um todo é cíclico, sendo as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Segundo Noronha, Araújo (1998) o processo de enfermagem engloba todos os setores de atividade dos enfermeiros, dentre eles o Centro Cirúrgico. Do processo de assistência ao paciente, no período perioperatório (pré-operatório imediato, transoperatório, recuperação pós-anestésica e pós operatório imediato).

Em resumo, o processo de cuidados profissionais de enfermagem constitui o instrumento ou a metodologia da enfermagem profissional que auxilia os profissionais a tomar decisões, bem como a prever e a avaliar consequências. Para a utilização proveitosa do processo de enfermagem, um profissional necessita da aplicação dos conceitos e teorias de enfermagem, das ciências biológicas, físicas e comportamentais e das ciências humanas, para que ofereça um fundamento racional para a tomada de decisões, julgamentos, relações interpessoais e ações.

Espera-se que os profissionais que aprendem a utilização do processo de enfermagem tenham necessidade de utilizar inúmeras referências e recursos para incrementar seu conhecimento e habilidades, à medida que avançam em seu programa de estudos de enfermagem profissional.

O avanço do conhecimento humano é um dos mais importantes fenômenos da história atual, bem como, as suas inegáveis contribuições, assim o é também na Enfermagem, onde na tentativa de melhorar a qualidade da assistência que é prestada à população, os profissionais de saúde têm procurado direcionar seus esforços no sentido de valorizar de forma enfática as ações de ensino e pesquisa, a fim de subsidiar a descrição, a reflexão e a compreensão dos fenômenos

relacionados à sua prática cotidiana de cuidados aos clientes, quase sempre em condições graves de enfermidade.

Todavia, pensa-se que este seja um movimento ainda bastante discreto frente aos inúmeros desafios que nos são apresentados e que nos impedem de prestar um cuidado capaz de ultrapassar as barreiras do biologicismo, quando na verdade sabe-se que é preciso ir um pouco mais adiante e, ao mesmo tempo, todos os discursos teóricos, principalmente os advindos da academia convidam os profissionais todo o tempo a repensar o cotidiano de suas práticas através de uma proposta mais humana de intervenção (ORNELLAS, 1992, p.100-101).

Segundo a teoria de Horta (1979), a enfermagem é uma ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente desta assistência quando possível (através do ensino do autocuidado), recuperando, mantendo e promovendo a saúde em colaboração com outros profissionais.

Alencar; Diniz; Lima (2004) afirmam que a enfermagem vem acumulando no decorrer de sua história, juntamente com conhecimento empírico, teórico, o conhecimento científico, a executar suas atividades baseadas não somente em normas disciplinares, mas também em rotinas repetidas da sua atuação.

Com a afirmação da Enfermagem como Ciência, as modificações da clientela, da organização do avanço tecnológico e dos próprios profissionais de Enfermagem, a prática da profissão deixa de ser mecânica, massificada e descontínua, utilizando-se de métodos de trabalho que favorecem à individualização e à continuidade da Assistência de Enfermagem, bem como do estudo crítico do atendimento que se presta.

Foucault (1995) diz que na terapia intensiva, campo das práticas e cuidados, verifica-se uma série de fatores e movimentos que corroboram para que os profissionais deste ramo específico busquem desenvolver uma vontade de saber, caracterizada pelo domínio incessante e massificado de conhecimentos de cunho técnico-científico para que sejam capazes de subsidiar a prática de suas ações

junto à clientela assistida, obtendo com isso melhores resultados, reconhecimento, satisfação pessoal e poder, entretanto, constata-se na prática que a valorização excessiva deste binômio saber-poder, nem sempre traz reais benefícios à clientela que é assistida.

Vê-se constantemente que o comportamento tem possibilitado a criação de fissuras nas relações estabelecidas entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, desfavorecendo a qualidade e eficácia do produto final de sua interação: o cuidado.

Segundo Kurcgant (1991) é da competência do enfermeiro a avaliação da assistência, sendo que o resultado desta avaliação implica muitas vezes na decisão sobre a assistência no dia seguinte, portanto se no decorrer do dia houver falhas em uma decisão, isto ocasionará uma situação grave. Por isso o enfermeiro, nessa área, engloba o conhecimento profundo das necessidades dos pacientes no que se refere à doença enquanto processo mórbido e suas consequências.

Pode-se dizer que o conhecimento necessário para um enfermeiro vai desde a administração e efeito das drogas até o funcionamento e adequação de aparelhos, atividades estas que integram as atividades rotineiras de um enfermeiro desta unidade e deve ser por ele dominado.

De acordo com Hudak e Gallo (1997) o papel do enfermeiro consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas. Além disso, compete ao enfermeiro a coordenação da equipe de enfermagem, sendo que isto não significa distribuir tarefas e sim o conhecimento de si mesmo e das individualidades de cada um dos componentes da equipe. Frente a estes apontamentos, é possível dizer que o enfermeiro desempenha funções cruciais dentro da unidade de terapia intensiva, no que concerne à coordenação e organização da equipe de enfermagem.

A esse respeito, Gomes (1988) afirma que o enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar

decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Os enfermeiros devem ainda, aliar à fundamentação teórica (imprescindível) a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional (HUDAK; GALLO, 1997). Sendo assim a constante atualização destes profissionais, é necessária, visto que desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica, na qual estão inseridos.

Frente às características específicas, o trabalho em equipe torna-se crucial. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para enfrentar intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

O conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, pode-se afirmar que apesar destes profissionais estarem envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, em muitos momentos existe uma sobrecarga das atividades administrativas em detrimento das atividades assistências e de ensino.

Esta realidade vivenciada pelos enfermeiros, vêm ao encontro da literatura quando se analisa a função administrativa do enfermeiro no contexto hospitalar e observa-se que este profissional tem se limitado a solucionar problemas de outros profissionais e a atender às expectativas da instituição hospitalar, relegando a plano secundário a concretização dos objetivos do seu próprio serviço (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA,1998).

Entende-se a necessidade dos enfermeiros repensarem a sua prática profissional pois, quando o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência de enfermagem, implementando-a por meio de esquema de planejamento, está garantido o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativas, assistências e de ensino) e promovendo, conseqüentemente, a

melhor organização do trabalho da equipe, que passa a direcionar seus esforços em busca de um objetivo comum que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados(CHAVES, 1993).

De acordo com Kugart (1991), no aspecto informal, a insegurança e o medo também permeiam os membros da equipe de enfermagem. O relacionamento franco e amistoso, mas, exigente, promove um ambiente seguro e calmo. Seres humanos são os pacientes e seres humanos são os integrantes da equipe de enfermagem. Além do conhecimento de sua equipe e da visão de que a equipe é constituída de seres humanos com fraquezas, angustias e limitações, é papel do enfermeiro também estabelecer programas de educação continuada de sua equipe. Outra área de competência do enfermeiro é assumir o papel de elo de ligação entre o paciente e a equipe multiprofissional. Embora, discutível nesse papel, o enfermeiro assume, nas 24 horas do dia, a coordenação da dinâmica da unidade.

Segundo Amorim e Silverio (2003) o papel do enfermeiro, quando ele opta pelo cuidado e não pela cura, ou seja, quando ele, não se torna escravo da tecnologia, mas aprende a usar a tecnologia a favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar, fica mais claro sob alguns aspectos. Ele passa a valorizar a técnica por ela ser uma aliada na tentativa de preservar a vida e o bem-estar, o conforto do paciente.

Vila e Rossi (2002) afirmam que apesar do grande esforço que os enfermeiros possam realizar no sentido de humanizar para o cuidado, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes, às vezes, individuais contra todo um sistema tecnológico dominante.

Galvão; Trevizan; Sawada (2000) relatam que a própria dinâmica de uma unidade de assistência não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor. Parte-se da premissa de que a liderança pode e deve ser aprendida pelo enfermeiro, entende-se que o preparo em liderança deste profissional seja essencial para a sua prática diária. A busca de meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar do enfermeiro é fundamental, assim, é

necessário o embasamento teórico e a comunicação, como instrumentos imprescindíveis na prática do enfermeiro.

Para Nishide; Cintra; Nunes (2003), os enfermeiros precisam integrar suas habilidades técnicas e intelectuais à prática diária. O profissional assume responsabilidade de cuidar do paciente, tanto nos casos de emergência quanto no apoio à vida, capacitado, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, a cuidar de todos os doentes, utilizando-se de uma abordagem ampla assegure-lhe sua estima e integridade, quanto a uma ampla base de conhecimentos científicos e de especializações.

O papel do enfermeiro ocupa um importante papel nos momentos de fragilidade, dependência física e emocional do paciente, configura-se num importante ponto de apoio para a equipe, quer seja no que se refere à educação e preparo, quer seja, na coordenação do serviço de enfermagem, atua no limiar entre o humano e o tecnológico, diante disso conclui-se que o enfermeiro necessita dispor de habilidades e competências que o permitam desenvolver suas funções com eficácia aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia a humanização e individualização do cuidado.

Fala-se muito sobre humanização, principalmente quando se trata do atendimento de saúde e esta temática ganha um novo status no ano de 2000, quando o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, incluso na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde.

3.2 As Práticas do Profissional de Enfermagem no Cuidado Humanizado

O cuidar humanizado compreende a valorização da vida, proporcionado uma troca entre profissional e paciente, cada um com sua vivência e experiência de forma a ampliar o foco das ações do profissional proporcionado maiores possibilidades de sobrevivência.

É papel do profissional de saúde assegurar a cura ao paciente e considerar que certas expectativas são mais temíveis que a doença, dando maior atenção para o que é de seu interesse, não apenas físico e sim ao conjunto que engloba uma vida saudável, mentalmente, socialmente e espiritualmente.

Segundo Pessini e Bertachini (2006) o sofrimento desencadeia uma série de sentimentos e a cura não é o único fator importante, devendo atentar-se também pela urgência do paciente que pode estar precisando de muita atenção de outros profissionais.

Diante disso, verifica-se que cuidar demonstra um ato existencial, com atitudes de onde derivam os sentimentos do homem diante do mundo, a outros, e a si mesmo.

O profissional da saúde deve respeitar a ciência do paciente, seja ela qual for, fazendo o necessário para proporcionar a ele atendimento e bem estar, compreendendo o valor do cuidado.

“Cuidar pressupõe, portanto, colocar-se ao lado do sujeito, inclinar-se diante de sua dor”. Assim, ao vivenciar a relação com o paciente, o profissional desenvolve sua prática de aprendizado sobre o cuidado humano, aperfeiçoando seu futuro profissional e automaticamente desenvolvendo novas estratégias e experiências mais dinâmicas e criativas (PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 82).

De acordo com Giordani (2008, p. 72-73) o cuidar significa:

as práticas de Saúde são efetivamente alteradas a partir da transformação da maneira de os sujeitos se relacionarem. As relações no campo da Saúde se transformam quando, por um lado, experimentamos a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado. Nesse sentido, cuidar e gerir os processos de trabalho em Saúde compõem uma única realidade, não havendo como mudar os modos de atender a população num serviço de Saúde sem que se altere também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação.

Quando se pensa em cuidado, pensa-se em tratar, considerar, atender a nós e ao outro na saúde, na aparência ou na apresentação, inquietar-se por algo ou alguém. Se não houver o cuidado, não haverá a cura, não haverá o paciente.

cuidar não é somente um procedimento técnico de enfermagem, no qual triunfa o aspecto técnico científico, embora este tenha um papel indispensável, mas é principalmente usar da humanidade para assistir o outro como ser único, em sua dignidade. Logo, cuidar está apoiado na relação Eu-Tu, quando, então, o Tu é “visto” pela nossa consciência, expresso em nossa experiência e moldado em nossa prática. Isso é cuidar como quem cuida de fato, o que nos torna diferente dos robôs - afinal, esses não têm humanidade (BUBER; 2004, p. 56).

O cuidado é de natureza humana, o que impede o indivíduo se tornar desumano, no sentido comportamental. Logo, ao se quer resgatar o cuidado, é necessário que o cuidador abra-se aos sentimentos, que une as pessoas e as envolvem.

Enfim, falar de humanização nos cuidados de saúde é referir-se a uma relação humana capaz em toda a prestação de cuidados, sendo uma exigência necessária para quem cuida de pessoas (RODRIGUES, 2003)

Diante disso, torna-se necessária uma organização e uma gestão do tempo adequada, de modo a poder atender a todos os cuidados necessários ao paciente, de forma a ter disponibilidade para ouvir os outros e compartilhar as suas preocupações e angústias, procurando minimizá-las.

A enfermagem no centro cirúrgico (CC) no passado era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da operação (SOBECC; 2000).

Na década de 1960, a enfermagem era responsável predominantemente para a área instrumental, atendimento às solicitações da equipe médica e às ações de previsão e provisão para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, resumindo-se assim a assistência ao paciente cirúrgico (LEITE, 2002).

Com o passar do tempo, novas técnicas cirúrgicas e instrumentais se desenvolveram desencadeando no enfermeiro a necessidade de uma fundamentação científica que o embasasse e que lhe desse identidade (FONSECA; PENICHE, 2009).

Em 1985, surge o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), modelo assistencial com o objetivo de promover a assistência integral, continuada,

participativa, individualizada, documentada e avaliada, no qual o paciente é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado, além de proporcionar a participação da família do paciente e possibilitar a avaliação da assistência prestada (FONSECA; PENICHE, 2009).

Conclui-se, então que, até alguns anos atrás a função do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico eram voltadas apenas para os aspectos gerenciais, o que o afastava do contato com o paciente, mas com algumas modificações na sistematização da assistência, o enfermeiro de centro cirúrgico sentiu a necessidade de prestar assistência direta a todas as etapas do processo cirúrgico, destacando a importância desta para o sucesso do tratamento e o pronto restabelecimento do paciente (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

Com isso, cria-se o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) foi desenvolvida para direcionar necessidade de conhecimento em relação à saúde e ao cuidado prestado ao paciente, família e comunidade.

Verifica-se que esse sistema veio para inovar os processos de trabalho, entretanto, surgem também dificuldades em realizá-la como a falta de tempo, devido a sobrecarga de atribuições administrativas e assistenciais, associadas a um número elevado de cirurgias e ao número reduzido de enfermeiros; assim como internações realizadas no mesmo dia da cirurgia, inviabilizando sua realização. Destacam, como resultado positivo, alguns diagnósticos importantes para a área como: ansiedade, medo, ansiedade familiar, e em relação ao que vai lhe acontecer no Centro Cirúrgico (FONSECA; PENICHE, 2009).

Para tanto o enfermeiro deve estar em constante aperfeiçoamento, deve buscar adaptar-se às mudanças tecno-científicas que vem crescendo com o passar dos tempos. Evidencia-se que o Centro Cirúrgico sofre um aumento exponencial de complexidade tecnológica, científica e de relações humanas, o que exige um novo perfil do enfermeiro desse setor, requer desse profissional capacitação para implantação de ações que atendam a estas mudanças (PENICHE E ARAÚJO, 2009).

Verifica-se que, com a evolução da tecnologia, a rotina e a complexidade do Centro cirúrgico a equipe de enfermagem, na maioria das vezes, se esquecem de tocar, conversar e ouvir o paciente que está a sua frente, consequências resultantes de uma rotina diária, que exige um grande esforço físico e psíquico dos profissionais.

Foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar os sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem em um centro cirúrgico e verificou-se que, “as muitas queixas que caracterizam sintomas físicos de estresse, dando a impressão de que esses sintomas têm interferido negativamente, tanto na vida do funcionário, quanto no seu trabalho.” (CARVALHO; LIMA, 2001, p.31).

Diante disso, constata-se que o trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico, em determinados momentos constitui-se como um instrumento da equipe cirúrgica, ocupando-se de tarefas administrativas, como afirmam GUEDES et al (2001, p.24), entretanto se faz imprescindível mudar esta prática, é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a entender o paciente de forma humana; o enfermeiro é responsável por orientar, sanar dúvidas pertinentes ao procedimento trazendo uma maior tranquilidade e segurança, não esquecendo de que ele também necessita de um ambiente adequado para realizar o seu trabalho.

4 O ENFERMEIRO E O CUIDADO HUMANIZADO NA FASE PÓS OPERATÓRIA

Torna-se indispensável que o enfermeiro seja capacitado e preparado para trabalhar integrado aos demais membros da equipe, favorecendo o enfrentamento das exigências impostas pelo referido ambiente, com o objetivo de proporcionar segurança e bem-estar ao paciente.

O Centro cirúrgico ocupa um lugar de destaque no hospital, considerando-se as finalidades e a complexidade dos procedimentos nela realizados visando o atendimento de pacientes, tanto em caráter eletivo, quanto de urgência e/ou de emergência (STUMM; MAÇALA; KIRCHNER, 2006).

O centro cirúrgico caracteriza-se como uma unidade fechada, de risco, a dinâmica de trabalho é bastante complexa, aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam na referida unidade, deve acontecer de forma harmoniosa.. Considerando-se o elevado número de procedimentos anestésico-cirúrgicos realizados, a complexidade da unidade, o papel do enfermeiro exige, além de conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional, aliados ao conhecimento de relações humanas, favorecendo a administração de conflitos, que são frequentes, em especial, pela diversidade dos profissionais ali atuantes (STUMM; MAÇALA; KIRCHNER, 2006).

A demanda de atividades burocráticas e administrativas é intensa na unidade, requerendo do enfermeiro tempo significativo. O profissional tem que ser capaz de delegar estas atividades para ter tempo de cuidar integralmente do paciente que será submetido a um tratamento anestésico e/ou cirúrgico.

Dentro do Centro Cirúrgico está presente o paciente cirúrgico sujeito principal deste processo, que no momento vivencia o estresse de tal forma, que muitas vezes não consegue exteriorizar seus medos, ansiedades, preocupações e incertezas, daí a importância da atuação do enfermeiro no sentido de perceber, inclusive na comunicação não verbal do paciente, essas manifestações presentes no período que antecede a cirurgia.

A qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, tanto no período que antecede a cirurgia quanto durante e após a realização da mesma, interfere nos resultados do procedimento realizado (MEKEER; ROTHROCK, 1997).

O exercício da administração em enfermagem é uma função privativa do enfermeiro, prevista pela Lei do Exercício Profissional, Lei Nº 7498/86 -Art. 11 (BRASIL, 1986).

Nesse sentido, os enfermeiros são os responsáveis legais pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem. Dessa forma, o gerenciamento do cuidado não deve se resumir apenas ao cuidado indireto, pois para se sistematizar a assistência, faz-se necessário contato direto com o paciente, pois esta inclui a realização do processo de enfermagem que é composto por observação, entrevista, exame físico, os quais exigem o contato direto entre o enfermeiro e o paciente, nesse caso o paciente cirúrgico

Dentro do CC, o enfermeiro deve ter como foco o paciente e a família, tendo como objetivo colaborar no entendimento do paciente sobre a situação cirúrgica, bem como diminuir os riscos inerentes ao ambiente cirúrgico e da unidade ou sala de recuperação pós-anestésica, além de prover materiais e equipamentos necessários para a realização do ato cirúrgico (GRITTEM, 2007; SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997)

O cuidado do enfermeiro, na admissão do paciente em CC, deve ter como um dos objetivos o de reduzir os agentes estressores, que podem ocorrer nesse momento, proporcionando o conforto, a ajuda e o apoio exigidos para o bem-estar da pessoa necessitada de cirurgia. As ocorrências oriundas do ambiente e/ou do contexto social, podem interferir no sucesso da cirurgia.

O contexto ou espaço social, segundo Chinn et al (1995), é o local dentro do qual a experiência e os valores surgem e interagem, colocando-se na dependência da importância cultural e da influência da representação mental dessa experiência, que envolve julgamento..

É nesse instante que a pessoa precisa da atenção da enfermeira, tida, no caso, como a profissional capacitada para prestar o cuidado e o conforto de que necessita, a fim de reduzir o nível de ansiedade e dissipar seus temores, readquirindo por conta disso, a confiança abalada.

O enfermeiro deve, pois, receber a pessoa e mostrar sua presença, mostrando que sua existência ali significa, segundo Santin (1998 p.129), “estabelecer laços pessoais de intersubjetividade, onde há espaço para a confiança e esperança”. É preciso, assim, que o paciente sinta a enfermeira como uma brisa suavizante, capaz de lhe trazer novas esperanças (ZEN & BRUTSCHER, 1985).

Estar presente requer, por conseguinte, um comportamento de mostrar-se por inteiro, ou seja, estar diretamente ligada à demonstração de afeto e de dar atenção ao outro. Tal se expressa na forma de ouvir o outro, um ouvir atento e reflexivo, para uma maior compreensão do que se passa com o outro. É uma forma essencial de cuidado (SILVA, 1999).

É nesse momento que o cuidado dos profissionais, junto à pessoa necessitada de cirurgia, torna-se indispensável ao bem-estar da mesma, pela interdependência que se cria entre ambiente interno e externo interferindo nas percepções dessa pessoa, tornando o ambiente ameaçador ou não (Watson, 1979 apud GEORGE, 2000; TALENTO, 1993).

A interdependência de ambientes, aqui referenciada, pode ser possível através da experiência de integração de ações humanitárias, entre enfermeira e paciente; é como se, por alguns instantes, pudesse haver troca de papéis, lançando mão de técnicas e estratégias reconhecidas no trabalho em Enfermagem, como essenciais, ao compartilhamento e compreensão mútuos. É sentir-se em um estado de ser mais, sendo pessoa, no sentido ontológico, na busca do ser mais junto com o outro.

Essa busca só pode alcançar resultados através do diálogo, que se constitui no “ser do homem”, com uma forma de relação em que a pergunta e resposta, funcionam como meios de comunicação. Comunicação de um ser que fala, uma tradição que precisa ser reconhecida e compreendida, uma história de vida expressada através

da linguagem, com suas idéias e conjecturas (pré-julgamentos e julgamentos) e que têm importância na interpretação de possíveis resultados da ação terapêutica da enfermagem. Essas constituem possibilidades de abertura de novas alternativas, para a interpretação e compreensão do que se passa consigo naquele momento de sua história de vida (GADAMER, 1990).

A interpretação só pode ser efetivada a partir do que se ouve e do que se sabe do outro, através da linguagem; na verdade, o que se sabe muda no curso da história de vida e de novas experiências que vão sendo acumuladas, mudando, também, as perspectivas segundo Barreto et al (1999), que são necessárias à compreensão, para correção ou eliminação de necessidades de cuidado.

A pessoa, nesse momento, está precisando de cuidado, admissão, atenção, preocupação e valorização da sua condição necessitada de cirurgia a fim de que a enfermeira, possa compreendê-la e controlar toda e qualquer situação no ambiente, capaz de interferir na aceitação do procedimento, readquirindo, assim, a confiança no sucesso da operação.

Para tanto, nesse instante, a enfermeira precisa assumir a posição de mãe carinhosa, compreensiva e protetora; de psicóloga, na identificação, compreensão e conforto em presença de alterações comportamentais; de assistente social, na identificação e compreensão dos problemas relativos à sua cultura e necessidades pessoais, ajudando a resolvê-los.

Assume até mesmo, a posição de uma religiosa, para dar apoio espiritual à pessoa, auxiliando-a, conforme sua religião, a utilizar a meditação e a crença em si e no aspecto espiritual, para o enfrentamento de situações difíceis (Watson, 1979 apud GEORGE, 2000).

A enfermeira raramente se coloca como advogada, para defendê-la e apoiá-la em todas intercorrências decorrentes da dinâmica do trabalho, do ambiente e do próprio procedimento cirúrgico e de mensageira, para manter o elo de ligação com a família da pessoa que está sendo operada, até sua saída desse setor.

A manutenção de um ambiente seguro é uma das primeiras necessidades, recomendadas, inclusive por Tudor (1994), quando fala da expansão do papel do enfermeiro de centro cirúrgico.

É só de posse dessa compreensão, que a enfermeira pode promover uma assistência humanizada, assim entendida como o ato de receber e de assistir o paciente com humanidade, levando-o a perceber, ou mesmo, a sentir, que suas necessidades imediatas, no momento em que adentra ao CC, estão sendo satisfeitas (FERREIRA, 1971).

Considerando que o momento da admissão em CC é um dos poucos momentos em que a enfermeira desse setor pode atuar diretamente com o paciente, deve essa profissional centralizar sua atenção no cuidado - admissão e no ambiente, a fim de proporcionar melhores condições de atendimento ao mesmo.

O cuidado é um ato profissional do enfermeiro e se expressa na interação com a pessoa necessitada de assistência e de apoio para sua sobrevivência e seu bem-estar e/ou de ajuda, compreensão e capacitação para enfrentar situações de risco.

O pós-operatório inicia-se a partir da saída do cliente da sala de operação e perdura até a sua total recuperação. Subdivide-se em pós operatório imediato (POI), até às 24 horas posteriores à cirurgia; mediato, após as 24 horas e até 7 dias depois; e tardio, após 7 dias do recebimento da alta.

Para FERREIRA, (1975, p.96), é nesta fase, os objetivos do atendimento ao cliente são: identificar, prevenir e tratar os problemas comuns aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, tais como dor, laringite pós –entubação traqueal, náusea, vômitos, retenção urinária, flebite e pós-venóclise e outros, com a finalidade de restabelecer o seu equilíbrio.

Este período é considerado crítico, considerando-se que o cliente estará, inicialmente, sob efeito da anestesia seja ela geral, raquianestesia, peridural ou local. Nessa circunstância, apresenta-se bastante vulnerável às complicações. Assim, é fundamental que a equipe de enfermagem atue de forma a restabelecer-

lhe as funções vitais, aliviar-lhe a dor e os desconfortos pós-operatório, manter a integridade da pele e prevenir a ocorrência de infecções.

Ao receber o cliente na RPA, UTI ou enfermaria, a equipe deve tranquilizá-lo, informá-lo onde se encontra e perguntar-lhe se sente alguma anormalidade e/ ou desconforto. Se o cliente estiver sonolento ou aparentemente inconsciente a equipe não deve fazer comentários indevidos, pois sua audição pode estar presente.

A enfermagem perioperatória é uma expressão utilizada para descrever uma vasta variedade de funções de enfermagem associados com a experiência cirúrgica. A palavra perioperatória incorpora as três fases da experiência cirúrgica-pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. A sequência dos eventos constituídos da experiência cirúrgica e cada uma inclui um largo espectro de comportamentos e atividades de enfermagem realizados pela enfermeira utilizando o processo de enfermagem e os padrões da prática.

O Pós-Operatório é o período durante o qual se observa e se assiste a recuperação de pacientes em pós-anestésico e pós "stress" cirúrgico. Os objetivos da equipe multidisciplinar durante este período são: a manutenção do equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da dor e do desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, plano adequado de alta e orientações. (FERREIRA, CRUZ, 2002, p.12)

A unidade de Pós-Operatório (UPO) tem por principal objetivo atender aos pacientes vindos da sala cirúrgica ou da Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e que foram submetidos a cirurgias eletivas - de uma única ou de várias especialidades. Nela também podem atender a cirurgias de urgência e transplantes, conforme a estrutura organizacional da Instituição.

O paciente, assistido nesta unidade, se portador crônico de alterações funcionais em órgãos ou sistemas, poderá apresentar repercussões importantes no pós-operatório. Nas cirurgias eletivas estas alterações são tratadas ou compensadas antes do ato operatório. Entretanto nas cirurgias de urgência tais disfunções nem sempre são compensadas no pré-operatório. (FERREIRA, CRUZ, 2002, p.12)

Os pacientes que evoluem com estabilidade hemodinâmica na RPA podem voltar à enfermaria para completar sua recuperação. Aqueles que manifestam instabilidade

na RPA, ou que têm antecedentes mórbidos passíveis de complicações, geralmente são transferidos à UPO para observação intensa e contínua.

O pós-operatório inicia-se com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato, nos quais o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos. O pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção das complicações, este período pode durar semanas ou meses após cirurgia.

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida convalescença, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida.

Após a avaliação, pelo enfermeiro, dos controles gerais, dos antecedentes clínicos, da fisiopatologia da doença, das intercorrências intra-operatórias e anestésicos, e de um exame físico completo, é possível elaborar um plano de cuidados individualizado.

A evolução clínica satisfatória do paciente e a estabilização do estado hemodinâmico são sinais de que a fase crítica do pós-operatório terminou e que será transferido. Durante sua internação na UPO deve-se orientar o paciente, sempre que possível, sobre seu estado, a fim de prepará-lo para uma transferência ou para sua permanência na unidade, diminuindo assim sua ansiedade.

Os familiares devem ser orientados sobre a rotina da unidade, estado geral do paciente, possíveis complicações, perspectiva de permanência na UPO e transferência para enfermaria.

O período pós-operatório imediato é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam.

É atribuição da equipe de enfermagem providenciar o leito e prepará-lo para receber o paciente.

Os cuidados de enfermagem na assistência ao paciente no pós-operatório são direcionados no sentido de restaurar o equilíbrio homeostático, prevenindo complicações.

Por este motivo a visita pós-operatória é tão importante quanto à visita pré-operatória. Com a visita o cliente pode sentir-se mais protegido, consecutivamente melhorando seu estado emocional e muitas vezes ajudando-a a sanar algumas dores.

É de fundamental importância a assistência de enfermagem no pós-operatório ao paciente grave. Evidentemente que, além dos cuidados de enfermagem, deve haver amplo conhecimento por parte do profissional no sentido de detectar as alterações fisiológicas resultantes do ato cirúrgico, detectando precocemente as alterações que possam comprometer a evolução do paciente, comunicando e discutindo o quadro clínico com a equipe multidisciplinar, para que ações imediatas possam ser tomadas.

Ao efetivar a visita-pós-operatória o enfermeiro verá as intervenções que devem ser realizadas no sentido de aliviar a dor do cliente e proporcionar um ambiente adequado ao descanso, com menos luzes, barulhos e interrupções possíveis. Infelizmente com relação aos tubos que muitas vezes os clientes estão ligados, pouco pode ser feito, visto que já fazem parte dos procedimentos necessários para a recuperação do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a assistência de enfermagem no pós-operatório imediato é de fundamental importância dentro do contexto do atendimento multidisciplinar ao paciente iniciando-se com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato, nos quais o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos. O pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção das complicações, este período pode durar semanas ou meses após cirurgia.

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida convalescença, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevivência.

Acredita-se que a visita pós-operatória ao paciente, ou seja, dar atenção a ele. Ouvir suas queixas, um ouvir atento e reflexivo, para uma maior compreensão do que se passa com o outro é uma forma essencial de cuidado e que traz muita paz e tranquilidade.

É nesse momento que o cuidado dos profissionais, junto ao paciente que se recupera da cirurgia, torna-se indispensável ao bem-estar do mesmo. Só de posse dessa compreensão, que a enfermeira pode promover uma assistência humanizada, assim entendida como o ato de receber e de assistir o paciente com humanidade, levando-o a perceber, ou mesmo, a sentir, que suas necessidades imediatas, no momento em que entre no Hospital.

A visita pós-operatória contribuiu para a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem e para a satisfação dos pacientes cirúrgicos e seus familiares proporcionando-lhe o atendimento das necessidades humanas básicas, o planejamento sistematizado da assistência de enfermagem no pós-operatório, a interação do enfermeiro do centro cirúrgico com enfermeiros dos setores e a melhoria da assistência prestado no pós-operatório.

Conclui-se que, com a visita pós operatória, o período de recuperação é menor e mais tranquilo para o paciente cirúrgico, consecutivamente, não deve-se esquecer que o cuidado deve ser entendido como um ato de interação, constituído de ações e atividades de enfermagem, dirigidas ao paciente e com ele compartilhadas, envolvendo o dialogo, a ajuda, a troca, o apoio, o conforto, a

descoberta do outro, esclarecendo dúvidas através da capacidade de ouvi-lo, cultivando a sensibilidade, valorizando-o, compreendendo-o e ajudando-o a melhorar sua recuperação cirurgica

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I.E.M; NORONHA. R. Comunicação em Enfermagem: visita pré operatória. **Acta Paul. Enferm**, v. 11, n. 2, p. 35-46, maio/ago., 1998.

ATKISON, L.D., MURRAY, M.E. Fundamentos de enfermagem – **introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989

BARROS, S.M.P.F; SILVA, N.F. da Brasil - Sistemas Locais de Saúde - Enfermagem. **R Bras Enferm**, v. 43, n. 1/4, p. 126-30, 1990.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares Barreto - Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 400-409, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em 20/03/2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados**, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BUBER M. **Eu e tu**. São Paulo: Centauro; 2004

CARVALHO, Raquel; FARA, Olga; GALDEAN, Luzia. Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, vol.12, no.6, Ribeirão Preto, Nov./Dec.2004

CRUZ, I.C.F. da et al. **Uma assertiva questionável: o enfermeiro presta assistência ao cliente como um todo bio-psico-sócio-espiritual**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO, 8, Maceió, 1993. Programa. Maceió, Universidade Federal de Alagoas, 1993. p. 26./Resumo.

CRUZ, E. A.; VARELA, Z. M. V. Admissão em Centro Cirúrgico como espaço de cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on-line), v. 4, n. 1, p. 51 – 58, 2002. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 20 de julho de 2013.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani . Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta paul. enferm.** vol. 22 no.4, São

Paulo, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400013>. Acesso em 10 de março, 2014.

GADAMER, H. G. In: MORA, J. F. **Dicionário de Filosofia**. Madrid. Alianza Editorial, Vol. 2, 1990.

GEORGE, J. B. M. M. L. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorel. 4^a edição. Artimed. Porto Alegre, 2000.

GUEDES, M.V.C.; FELIX, V de C. S.; SILVA, L de F. da. O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. São Paulo. **Rev. Nursing**, n.º 34, p. 20-24, jun./2001.

GRITTEM, L. **Sistematização da assistência perioperatória: uma tecnologia de enfermagem**. Curitiba PR. 2007. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007

JOUCLAS, V. M. G.; TENCANTTI, G. T.; OLIVEIRA, V. M. Qualidade do cuidado de enfermagem trans-operatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente. Curitiba. **Rev. Cogitare de Enfermagem**, v. 03, n.º 01, p. 43-49, 1998.

MEKEER M, ROTHROCK JC. **Cuidados do enfermeiro ao paciente cirúrgico**. 10a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997.

MOURÃO, L.C. **Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva. Percepções e Expectativas da Equipe de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Néry, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PENICHE, A. de C.G. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.1, p. 27-32, abr. 1998.

PENICHE, Aparecida de Cássia Giani; ARAÚJO, Bianca Mattos de. Atividades de Enfermagem com potencial para desencadear falhas na assistência de Enfermagem transoperatória. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v 14, nº2, p. 36-40, abr./jun. 2009.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; In: **Humanização e cuidados paliativos**. Loyola, São Paulo, Brasil, 2004.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991

RODRIGUES, E. **Boletim do hospital de são Marcos Braga**. O outro na perspectiva do cuidar, 2003, ANO XIX (nº2), pp.95-101

SANTIN, S. **Cuidado e/ou Conforto: um paradigma para a enfermagem desenvolvido segundo o Costume dos Filósofos**. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 7, n. 2, p.111-132, 1998.

SILVA, A. L. **Cuidado como Momento de Encontro e Troca**. 50º. Congresso Brasileiro de Enfermagem: Cuidar-ação terapêutica da enfermagem . Salvador: ABEN. Seção Bahia, p.74 – 79, 1999. *Anais*.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994 a. Cap. 56, p. 1395-1440: Tratamento de pacientes com distúrbios neurológicos.

SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. **Brunner/Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan , 1993.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MAÇALA Rubia Teresinha; KIRCHNER, Rosane Maria. **Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico**. Texto contexto - enferm. vol.15 no.3 Florianópolis July./Sept. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300011. Acesso em 20/02/014.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J. B. et al. Teorias de Enfermagem: **Os Fundamentos à Prática Profissional**. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 254-267.

TEIXEIRA, M.E.M.; BARBOSA, M.A; SILVA, L.F. da. Percepções dos pacientes quanto aos procedimentos invasivos no pós-operatório de cirurgias de grande porte. Brasília. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v47, n. 03, p. 250-257, 1994.

TUDOR, M. Enfermagem de Bloco Operatório: uma espécie em risco de extinção. **Rev. Nursing**. Edição Portuguesa, n. 73, p. 9-11, 1994

VILLA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latino americana de Enfermagem**. v. 10, n.º 02, p. 137 – 144, 2002