

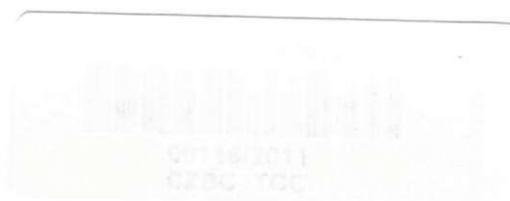


Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUANA EGLE QUEIROZ DAMÁSIO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO
CIRÚRGICO: UM OLHAR DO PACIENTE**



**CAJAZEIRAS – PB
2011**

LUANA EGLE QUEIROZ DAMÁSIO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO
CIRÚRGICO: UM OLHAR DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências
da Vida - UACV, da Universidade Federal de
Campina Grande- UFCG, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Rosimery Cruz de
Oliveira Dantas

Co-Orientadora: Prof^ª. Ms. Aissa Romina Silva
do Nascimento

CAJAZEIRAS-PB

2011



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

D155h Damásio, Luana Egle Queiroz
Humanização da assistência de enfermagem do
centro cirúrgico: um olhar do paciente./Luana Egle
Queiroz Damásio.Cajazeiras,
2011.
76f.

Orientadora: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCEG

1. Centro Cirúrgico – humanização na assistência.
2. Assistência de Enfermagem – Centro Cirúrgico.
- I. Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira. II. Título.
3. *Preparatório - assistência de enfermagem.*

UFCEG/CFP/BS

CDU- 616-083-089

LUANA EGLE QUEIROZ DAMÁSIO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO
CIRÚRGICO: UM OLHAR DO PACIENTE**

APROVADA EM: ____ / ____ / 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Esp. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
UACV/CFP/UFCG
(Orientadora)

Prof^a. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UACS/CFP/UFCG
(Co- orientadora)

Prof^a. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro
UACV/CFP/UFCG
(Examinadora)

Aos meus pais, por serem parte
fundamental do que fui, do que
sou e do que ainda hei de ser.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, Senhor da vida e da minha existência, por me dar forças e saúde para fazer o mesmo por meus pacientes, persistindo nos meus ideais e no sonho de me tornar uma boa profissional.

Aos meus pais, Ália Eine e Oldair, por toda a paciência, dedicação, amor e carinho. Vocês são os responsáveis por todos os bons e maus momentos que vieram a constituir o que hoje eu represento na minha própria vida e na de outras pessoas. Devo-lhes o meu caráter, minha índole e a humildade que me permitem exercer minha vocação. Amo vocês e amarei sempre, infinitamente.

Ao meu grande amor, Tainá Izie, por me fazer compreender o sentido da responsabilidade e da doação para o ser humano. Por você, minha irmã, sinto-me capaz de tudo. O pouco de mãe que eu fui e sou para você me fazem entender que todos somos além do que realmente está implícito no nosso papel. Obrigada por ser quem você é e me amar como eu te amo.

Minhas amigas, irmãs de coração, minha família em Cajazeiras: Tainá de Medeiros, Amanda Rodrigues e Caroline Torres. Com vocês dividi os momentos mais felizes, mais estressantes, mais intensos da minha vida. Aprendi com vocês, e ensinei, durante quatro longos anos, que agora se tornam tão poucos frente ao que eu ainda queria viver em suas companhias. Agradeço, enfim, simplesmente por me fazerem crescer enquanto pessoa, amadurecer minha ingenuidade e enxergar o mundo com mais realidade. Amo cada uma de maneira especial e profunda.

Aos meus parceiros que me levam sempre por “bons” caminhos: Érika Coura, Eva Maria, Antonio Augusto, Kelvya Kyssy, Thallyson Fellype, Alana Cibelly, Luiz Augusto, Taynara Cyntia e Ulisses. Obrigada pelas loucuras e pelas risadas exageradas a cada momento que dividi com vocês, meus amigos. E a gente não deu gás em vão. Se hoje somos enfermeiros é porque, primeiramente, fomos amigos e ajudamos uns aos outros nesta longa jornada, e claro que ‘ajudar’ também é empregado em seu sentido conotativo. Podem contar comigo, com minha amizade e meu amor sempre.

Agradeço também à Mariana Queiroz, Isadora, Mariana Bezerra, Patrícia, Caroline Lopes, Amanda Meira, Monique, Mikaela, Josie, Elly, Érika Costa, Naianne, Kamila, Emilianne, Lisa e todos aqueles amigos que estão longe. Vocês são parte essencial de tudo o que fiz pra chegar até aqui. Essa distância está perto de acabar e, assim, novos momentos

serão incluídos nas nossas lembranças. Obrigada pela amizade inabalável, carinho infinito e pelas forças pra seguir adiante.

Agradeço, por fim, a todos os meus professores e mestres. Não só desta Universidade, mas também do Educandário Santa Terezinha, Caicó-RN, e Colégio Nossa Senhora das Neves, Natal-RN. Mas agradeço, principalmente, à minha orientadora e minha co-orientadora, Rosimery Cruz de Oliveira Dantas e Aissa Romina Silva do Nascimento, pelo auxílio e conhecimentos passados durante a realização deste estudo. Obrigada por me conduzirem pelo caminho do saber, do conhecimento e da perseverança para seguir em direção aos meus sonhos. Hoje sou feliz e sinto orgulho em dizer que sou, finalmente, Enfermeira.

RESUMO

DAMÁSIO, Luana Egle Queiroz. **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO: um olhar do paciente.** 2011. 76f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2011.

A Humanização em Saúde constitui uma questão bastante discutida nos dias atuais, haja vista seu conceito contemplar todos os níveis de atenção do usuário do serviço de saúde, principalmente no que se refere a setores de alta complexidade como o Centro Cirúrgico. O presente estudo buscou investigar, sob a percepção do paciente, a assistência de enfermagem prestada na fase perioperatória, quando este se encontrava no centro cirúrgico do Hospital Regional de Cajazeiras, com ênfase na humanização. Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com 20 pacientes encontrados nas unidades de internação da Clínica Cirúrgica e Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, do referido hospital, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob número 0225.0.133.000-11. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta no período de maio e junho do presente ano, e analisados qualitativamente através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002). Os resultados obtidos revelaram que a maioria da amostra é residente da cidade de Cajazeiras-PB (55%), possui entre 31 e 45 anos (35%), com 1º grau incompleto (30%), casada (60%), tendo como principal ocupação a agricultura (30%), de religião católica (80%). Na análise da qualidade da recepção por parte dos profissionais de enfermagem, os discursos revelaram, em sua maioria, um bom atendimento, por terem sido tratados por seus nomes e ter havido o estabelecimento de diálogo por parte dos profissionais; no tocante ao suporte fornecido no pré e pós-operatório, os discursos foram heterogêneos, em que alguns afirmavam ter recebido apoio através de conversas e outros que ficaram sozinhos enquanto aguardavam, apesar de todos expressarem certa tranquilidade pela rapidez com que foram atendidos. A maioria não tinha conhecimentos sobre a cirurgia proposta e nem tão pouco foram preparados pela equipe. Os sentimentos apresentados pelos entrevistados variaram entre felicidade, tranquilidade, medo, ansiedade e insegurança. E a avaliação que fizeram do atendimento prestado pela equipe ficou situada entre ótimo e bom, por ter existido preocupação e atenção dos enfermeiros. Desta forma, pode-se concluir que há falta de preparo do paciente para se submeter ao processo operatório e que os sentimentos expressados pelos mesmos são decorrentes da falta de uma consulta direcionada à sua tranquilização e compreensão sobre o procedimento; esta lacuna na assistência demonstra que a enfermagem precisa humanizar suas ações. Sugere-se, portanto, a implantação de um programa institucional voltado para a humanização do atendimento no setor, bem como da elaboração de cartilhas, oficinas e educação continuada do paciente e dos profissionais para que se possa implementar uma assistência individual e direcionada aos interesses do paciente e firmar o cuidar humanizado.

Palavras-Chave: Equipe de enfermagem; Humanização da assistência; Período perioperatório.

ABSTRACT

DAMÁSIO, Luana Egle Queiroz. **HUMANIZATION OF SURGICAL CENTER'S NURSING: A VIEW OF THE PATIENT.** 2011. 76p. Monograph (Graduation in Nursing) - Center for Teacher Education, Academic Unit of Life Sciences, Federal University of Campina Grande, PB-Cajazeiras, 2011.

Humanization in Health was established as a highly politicized issue today, given its concept to cover all levels of care for the user of health's service, especially as regards the sectors of high complexity as the Surgical Center. The present study investigates, by the perception of the patient, the nursing care in the perioperative period, when it was in the operating room of the Cajazeiras' Hospital, with emphasis on humanization. It is a cross-sectional survey, with an exploratory descriptive qualitative approach developed with 20 patients found at inpatient units of the Surgical Clinic and Maternity Dr. Deodato Cartaxo, from the hospital mentioned, after approval of the Ethics Committee of the State University of Paraíba under number 0225.0.133.000-11. Data were collected through open interviews between May and June of this year, and analyzed qualitatively using the Bardin's technique of content analysis (2002). The results showed that the majority of the sample is a resident of the city of Cajazeiras-PB (55%) has between 31 and 45 years (35%), with an incomplete primary education (30%), married (60%), with the principal occupation at agriculture (30%), Catholic (80%). In the analysis about the quality of reception from the nurses, the speeches revealed mostly a good service, having been treated by their names and have been the establishment of dialogue among the professionals; about the support provided in pre and postoperatively, the speeches were mixed, with some claiming to have received support through talking by the nurses and others who were left alone while waiting, despite all they express a certain equanimity by the speed with which they were served. Most had no knowledge of the proposed surgery and neither were prepared by the team. The feelings presented by respondents ranged from happiness, tranquility, fear, anxiety and insecurity. And their assessment of care provided by the team was located between great and good, by having existed concern and attention of nurses. Thus, we can conclude that there is a lack preparation of the patient to the surgical process and that the sentiments expressed by them are due to the lack of a consult directed to your reassurance and understanding about the procedure; this gap in the care shows that nursing need to humanize their actions. It is suggested, therefore, the establishment of an institutional program aimed at the humanization of care in the institution, as well as the development of educational materials, workshops and continuing education of patients and professionals to be possible to implement an oriented service to individual interests of the patient and firm the humanized care.

Key words: Nursing Team; Humanization of Assistance; Perioperative period.

LISTA DE TABELA E QUADRO

TABELA 1: Distribuição dos participantes por faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, profissão e religião.....pág. 33

QUADRO 1: Diferentes percepções dos usuários frente à assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico durante o perioperatório.....pág. 36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
HRC - Hospital Regional de Cajazeiras
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SAEP – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba
UFCG - Universidade Federal de Campina Grande
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
URPA - Unidade de Recuperação Pós-Anestésica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO	16
2.2 REFLEXOS DO PROGRAMA E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	18
2.3 ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO – estrutura e dimensão de pessoal.....	20
2.4 HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO: a atuação da equipe de Enfermagem.....	22
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	25
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
3.2 LOCAL DE ESTUDO	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	27
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	29
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO	30
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	32
4.2 CATEGORIZAÇÕES DO CONTEÚDO DA AMOSTRA – ANÁLISE QUALITATIVA..	35
4.2.1 QUALIDADE DA RECEPÇÃO DO PACIENTE OPERATÓRIO.....	36
4.2.2 SUPORTE FORNECIDO PELOS PROFISSIONAIS NOS AMBIENTES DE ESPERA E RECUPERAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.....	39
4.2.3 CONHECIMENTO ACERCA DA CIRURGIA PROPOSTA.....	42
4.2.4 PREPARO PARA A CIRURGIA E PÓS-OPERATÓRIO.....	44
4.2.5 SENTIMENTOS RELACIONADOS AO PERÍODO PERIOPERATÓRIO.....	47
4.2.6 AVALIAÇÃO GERAL DO PACIENTE SOBRE O PREPARO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO.....	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
6 REFERÊNCIAS	56
8 APÊNDICE.....	61
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
9 ANEXOS.....	65
ANEXO A: DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	
ANEXO B: TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	

1 INTRODUÇÃO

No percurso evolutivo das concepções e da prática que envolve a saúde e a doença, são abordados conceitos que abrangem desde uma visão mágico-religiosa, na antiguidade, até a abordagem do modelo biomédico, atualmente predominante. Por um tempo bastante considerável, o saber científico e o processo de cura eram os principais focos na assistência ao sujeito debilitado – o paciente, sendo a doença totalmente desarticulada do ser que a abriga e sem que fossem levados em consideração seus desejos, individualidade e subjetividade. (BARROS, 2002; REIS; MARAZINA; GALLO, 2004)

Todavia, em 1948, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde transcende as dimensões biológicas ou ausência de doença e invalidez, passando a ser entendida como um estado de bem-estar completo, físico, mental e social. Este novo conceito abriu espaço para que indagações acerca do modelo assistencial conservador fossem feitas e o leque que compõe a assistência da enfermagem fosse ampliado. (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004)

Por ser uma profissão antiga, que sempre progride e se renova através dos tempos, a enfermagem mantém uma tênue relação com a história da civilização. Sob esta ótica, deve-se ressaltar a relevância do seu papel frente à sociedade por visar o bem-estar do ser humano, sem omitir sua unicidade, dignidade e liberdade, buscando sempre atuar de modo que a saúde seja promovida, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer. (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004)

Durante muito tempo, por contemplar apenas o modelo biomédico, o cuidado foi prestado de forma tecnicista: lateralizando o ser humano e focando na doença. Atualmente, porém, vem sendo bastante discutida a necessidade de humanizar a assistência e as relações estabelecidas entre todos os envolvidos no processo – instituição, gestores, pacientes e profissionais, de forma que a participação ativa destes otimize o trabalho multidisciplinar e resulte em melhores respostas para os usuários do serviço de saúde.

Essa discussão tomou base a partir das reformas sanitárias, das Conferências de Saúde e dos grupos estruturados e articulados a partir da década de 80, sendo responsáveis por desenvolver ações que visavam a construção de uma consciência cidadã, constituindo-se como o tripé que fundamenta a humanização da saúde (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004)

Contudo, a dificuldade de conceituar “Humanização em Saúde” propicia uma “[...] avalanche de intenções que, situadas no campo dos justos e politicamente corretos, trabalham com concepções de mundo muito diferentes, resultando em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto *slogan* de propaganda”. (FERREIRA, 2005, p. 113)

No entanto, longe de desvincular-se das concepções políticas e ideológicas de cada sociedade e de cada sujeito envolvido nas relações, “humanizar” parte da premissa do humanismo, relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. (FORTES, 2004)

Assim, “humanizar” pode ser definido desde uma escuta atenta, de uma relação profissional-paciente apropriada, da reorganização dos processos de trabalho para que o acesso aos serviços seja facilitado, da criação de ouvidorias e “balcões de acolhimento”, até a melhoria das estruturas do espaço físico. (FERREIRA, 2005)

De acordo com essa premissa, é de se esperar que todo e qualquer serviço seja passível de praticar a humanização, no entanto sabe-se que a realidade vivenciada nos serviços públicos de saúde está longe dela imperar, e quando se leva esta realidade para o âmbito hospitalar, pode-se perceber que este processo está muito aquém do desejado, pois sua representatividade se faz com pacientes amontoados, longas filas de espera, profissionais apressados com certa negligência nas ações, o que retrata grande descaso com a humanização da saúde.

Todos os ambientes hospitalares necessitam prestar uma assistência digna, mas no que se refere ao centro cirúrgico, a situação é ainda mais grave, pois os pacientes, além de se encontrarem em um ambiente estranho ao seu convívio, longe de seus familiares, e experimentarem um momento que os deixam vulnerável sem qualquer estrutura favorável à interação junto aos profissionais, não recebem destes últimos quaisquer apoios que os preparem para as intervenções que vão receber, pois são vistos apenas como peças anatômicas a serem extirpadas ou procedimentos a serem realizados e desta forma deixam de receber palavras tranquilizadoras ou esclarecedoras, fazendo-os viver o processo como sujeitos sem autonomia.

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) como forma de atender a falta de humanização nos serviços, que propõe no seu bojo vários eixos de ação que visem atingir todas as vertentes responsáveis pela atenção em saúde, e para

atingir a sua consolidação nos planos nacional, estadual e municipal, é pactuada na agenda de saúde pelos gestores e pelo conselho de saúde correspondente. (BRASIL, 2006 b)

Todos os profissionais de saúde são responsáveis por uma assistência humanizada, e a enfermagem, por ser a profissão que mais passa tempo junto ao paciente, é mais cobrada e vista neste contexto; entretanto, em virtude dos avanços tecnológicos, da supervalorização do saber científico e do desenvolvimento de novas técnicas, o profissional de enfermagem passou a se distanciar da essência da sua formação e ocupar-se de funções meramente burocráticas, levando-o a afastar-se do cuidado.

Sob este foco, o enfermeiro de centro cirúrgico tem este perfil mais acentuado, haja vista suas atividades transcorrem em serviços que atendem à organização de pessoal e cronograma de cirurgias baseado na urgência, suprimento e manutenção da ordem nas salas de cirurgia e coordenação do serviço de maneira geral, deixando os pacientes, que se encontram sob pressão psicológica e emocional, desamparados.

Diante do exposto, surge a indagação: como se sente o paciente frente ao atendimento oferecido pela equipe responsável por lhe promover segurança e conforto emocional e psicológico diante do procedimento a ser realizado, se o SUS, em sua PNH, preconiza uma construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos? (BRASIL, 2006 b)

Essas inquietações surgiram através das experiências enquanto estagiária concursada da Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Cajazeiras-PB (HRC), no período entre março a agosto de 2010, e monitora da disciplina Enfermagem Cirúrgica II do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campi* Cajazeiras, durante os períodos letivos de 2010.1 e 2010.2, quando houve a convivência com pacientes nos diversos períodos que cercam o ato operatório.

No pré-operatório, pacientes e familiares encontravam-se angustiados, inseguros e confusos diante da intervenção a que os primeiros seriam submetidos, pois além da falta de conhecimento, por não saberem o desfecho do mesmo, tinham que aguardar sozinhos, longe dos seus, a realização do procedimento em um corredor do bloco cirúrgico, seja em maca ou cadeiras de plástico, vendo a movimentação dos profissionais sem que nenhum deles dispensasse qualquer minuto de sua atenção.

Na transição para o período trans-operatório, quando adentram na sala de cirurgia e quebram o contato com os familiares, passam a ouvir apenas expressões como “fique relaxado”, “abaixe a cabeça” e “pode deitar” no momento que vão ser submetidos à anestesia – em que poderão perder a consciência e a autonomia por seus corpos. No pós-operatório

imediatamente, ficam novamente jogados nos corredores sobre as macas, sem entender ao certo o que aconteceu ou se a cirurgia foi bem sucedida, enquanto o fluxo dentro do bloco continua o mesmo: cada um voltado aos seus próprios interesses e ao trabalho que ainda deve ser realizado.

Ao olhar para o outro, olhamos para nós mesmos. O outro passa a ser nosso reflexo. Humanizar só é possível se formos capazes de nos identificar e de estabelecer relações para com aquele que se encontra sob os nossos cuidados, valorizando-o e compartilhando responsabilidades, proporcionando singularidade e liberdade de pensar, agir, debater e propor em ambos os lados.

Com este trabalho espera-se, a partir da disseminação de informações baseadas na percepção dos pacientes sobre assistência humanizada, melhorar a assistência de enfermagem no centro cirúrgico, focando na humanização, com a aplicação de atividades educativas, que levem a sensibilização da equipe profissional envolvida no processo, de que modo que seja incentivada a inter-relação entre pacientes, profissionais e gestores, para que, a partir desta interação, possam-se perceber as falhas existentes e, num trabalho conjunto, buscar soluções.

Esse estudo teve como objetivo principal: Investigar, sob a percepção do paciente, a assistência de enfermagem prestada na fase perioperatória, quando este se encontra no centro cirúrgico, com ênfase na humanização e como objetivos específicos: classificar a qualidade do atendimento da equipe de enfermagem do bloco cirúrgico e identificar os sentimentos dos pacientes no momento imediato que antecede a cirurgia e no período pós-operatório.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO

Para se falar em Humanização, temos que falar primeiramente sobre o processo saúde-doença, seu percurso e evolução ao longo da história. O nascimento da medicina hospitalar passa pelo deslocamento da atenção do doente à doença. Na Idade Média, o hospital se estabeleceu, inicialmente, como uma instituição de caridade administrada por religiosos que, para revelar espiritualidade e pagar seus pecados, atendiam e abrigavam os pobres, indigentes, órfãos, peregrinos - doentes ou não -, uma vez que os médicos eram desacreditados pela Igreja e chamados somente em alguns casos. Posteriormente, o caráter assistencial do hospital transferiu-se para depósito de loucos e vagabundos, por serem perigosos para a sociedade. (FERREIRA, 2005)

Contudo, no século XVIII, os pensadores iluministas passaram a criticar essa nova configuração dos hospitais e a defender uma assistência mais personalizada, em domicílio, que se configurasse como um fator de inclusão social. Porém, foi apenas no fim de tal século que houve uma real transformação na assistência hospitalar. Segundo Foucault, 1980, a permissão da autópsia de cadáveres e as descobertas simultâneas dos microorganismos e do bacilo da tuberculose por Pasteur e Koch, respectivamente, fizeram com que as doenças, antes entidades invisíveis, passassem a ser concretas e bem definidas e a medicina passasse a ser respeitada e consagrada como saber e ciência.

Em determinado momento da história, a saúde passa a ser valorizada como um bem absoluto, justificando assim formas coercitivas de controle social em nome da utilidade e da felicidade do maior número, da piedade compassiva pelos que sofrem e do condicionamento de comportamentos considerados mais saudáveis pelo saber médico científico higienista do momento. (BETTS, 2003)

Sabe-se que, com o passar dos anos e a evolução do processo saúde-doença, a supremacia do saber científico deu lugar ao enfoque do ser humano, aquele que abriga a doença. Como refere Ferreira (2005), a reflexão humanística não valoriza somente problemas e necessidades biológicas, mas contempla as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde.

Mas, somente a partir da Segunda Guerra Mundial, cujas conseqüências refletiram a necessidade do resgate dos valores humanos, diante das tragédias dos campos de extermínio e da guerra atômica, que as vertentes de acompanhamento hospitalar e público assistido sofrem uma mudança considerável, destacando as mudanças nas relações sociais, implantação de leis para a assistência social e a evolução técnico-científica da medicina findam atraindo a classe média alta para investir na instituição hospitalar, o que reforça o caráter de universalidade no atendimento hospitalar, garantindo que o acesso ao serviço seja direito de todos e permeando a existência do cuidar humanizado. (FERREIRA, 2005; REIS; MARAZINA; GALLO, 2004)

No que se refere à atenção em saúde, o termo humanização tem sido aplicado em variadas concepções, que sofre alterações de acordo com a evolução dos tempos. inicialmente foi confundido com a luta pelos direitos dos pacientes/usuários, iniciada já nos anos 70, a partir da declaração de direitos dos pacientes emitida pelo Hospital Mont Sinai e da *Patient's Bill of Rights* [Carta dos Direitos dos Pacientes] lançada pela Associação Americana de Hospitais. (FORTES, 1998 apud FORTES, 2004)

Entretanto, pode-se dizer que a humanização em si é fundamentada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, nascida em 1948, que em seu art. 1º afirma: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade". (FORTES, 2004, p.31)

Dentre outros documentos que reafirmam os direitos dos usuários, a fundamentação acerca da humanização na saúde teve seu embasamento principalmente através da Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, co-patrocinada e organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), ocorrida em Alma-Ata, capital do Kazaquistão Soviético, de 6 a 12 de setembro de 1978, a qual reafirmou a concepção do conceito de saúde defendido pela OMS, focando a obtenção do mais alto nível de saúde possível como objetivo social mais importante a ser atingido pelos sistemas de saúde, sendo que as pessoas devem ser sujeitos ativos em todo o processo de cuidados com sua própria saúde, exercendo seus direitos e cumprindo o dever de participar, individual e coletivamente. (FORTES, 2004)

Assim, se o compromisso está relacionado realmente com o ser humano, com a causa de sua humanização, ele necessita compreender a realidade que o cerca, abrangendo toda sua profundidade e totalidade, para nela encontrar soluções e possibilidades de engajamento com a realidade do trabalho e, conseqüentemente, com a realidade subjetiva dos profissionais e pacientes. Logo, o compromisso com a realidade profissional e institucional, bem como com

o paciente, implica em um compromisso consciente com a humanização. (BACKES; LUNARDI; LUNARDI; 2005)

2.2 REFLEXOS DO PROGRAMA E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

No Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde, a Lei Federal 8080/90, traz diretrizes e normas direcionadas, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde. (BRASIL, 2000)

Segundo Reis; Marazina; Gallo (2004), no campo de sua operacionalização político-institucional, a humanização foi acolhida pela gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, com a implantação do PNH.

Este se voltava à necessidade de uma transformação cultural na assistência hospitalar, uma vez que se pode encontrá-lo em outras literaturas como Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), implicando em aplicar os preceitos éticos junto à eficiência técnica e científica na unidade intra-hospitalar, garantindo que tanto os usuários, como os profissionais sejam respeitados frente às suas respectivas particularidades, necessidades e desejos individuais. Além disso, estimular o trabalho em equipe multiprofissional, valorizar a formação educacional dos profissionais de saúde voltada aos valores e atitudes de respeito à vida do ser humano e, finalmente, a melhoria dos próprios serviços de saúde que são imprescindíveis para dar eficácia ao processo de humanização. (FORTES, 2004)

No Governo do Presidente Lula, quando o Programa teve continuidade e melhorias foram adicionadas, foi instituída a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do SUS - HumanizaSUS. Em 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde expandiu a proposta de humanização para além das instâncias hospitalares e as inter-relações paciente/cuidador, acrescentando a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, resgatando os princípios norteadores do SUS: integralidade, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além de medidas de controle social. (BRASIL, 2004).

Apesar dos avanços no tocante às suas diretrizes e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta diversos problemas operacionais, como a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, a fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência, um sistema público de saúde burocratizado e verticalizado, e a existência de poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2006 b)

Em contrapartida à realidade atual da maioria dos serviços de saúde em que os trabalhadores pouco participam da gestão dos serviços, a PNH propõe como diretrizes essenciais para a humanização das práticas de saúde a gestão participativa, a educação permanente e o redimensionamento do trabalho para a produção de subjetividades. (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006; RIOS, 2008)

Além dos problemas referentes à organização dos serviços de saúde, apesar de toda evolução no processo de cuidar e ser cuidado, ainda encontramos diversos obstáculos. O desrespeito aos direitos dos usuários, a contínua formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, o controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS, existência de um modelo de atenção ainda centrado na relação queixa-conduta, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe e a interação precária nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção são exemplos importantes. (BRASIL, 2006 b)

Mas, apesar dos obstáculos, um cuidado humanizado no ambiente hospitalar é perfeitamente possível, desde que o cliente seja visto como um ser pleno e total, dotado de características bio-psico-socio-espirituais únicas e indissociáveis. Para isso, é necessário que a condição de sujeito do cliente seja respeitada, uma vez que o mesmo se configura como um ser possuidor de crenças, valores, atitudes e comportamentos que marcam sua condição de único e social. (MARTINS; SILVA; ALVIM, 2010)

Uma vez que os hospitais começaram sendo estabelecimentos nos quais o tratamento se voltava à intenção de castigo, eliminação ou segregação social, os hospitais “modernos” correm o perigo de se tornarem instrumentos de controle social sobre “grupos de risco”, para a identificação e manipulação das “minorias” excluídas, marginalizadas, desinseridas, desfiladas, que ameaçam a ordem instituída dominante e as pessoas dos seus proprietários e beneficiários. (TANJI, NOVAKOSKI, 2000)

Embora a assistência à saúde não esteja centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse ambiente onde se capta a existência de uma maior desumanização no cuidado com o outro. Destaca-se para esse quadro, o andar desenfreado das especializações, uma maior tecnificação dos atos realizados por profissionais de saúde e do aparecimento de novas formas organizacionais do trabalho que resultam em progressivo afastamento dos cuidadores perante os usuários sob sua responsabilidade, e por isso, um programa de humanização bem consolidado em uma instituição se efetiva como uma importante ferramenta para a busca por soluções para estes problemas, principalmente no que se refere a setores que desenvolvem atendimentos estritamente tecnicistas, como um centro cirúrgico. (GAIVA; SCOCHI, 2004; RECH, 2003)

Desta forma, através da implementação adequada de um serviço voltado à preconização dos preceitos da humanização em saúde em todos os níveis de atenção, e principalmente no que diz respeito aos ambientes hospitalares, espera-se que haja redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco, que todo usuário do SUS saiba quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral — propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos. (BRASIL, 2006 b)

Ainda de acordo com o autor supracitado, além da implementação de atividades que promovam a valorização e o cuidado dos profissionais da saúde, espera-se, principalmente, que os direitos dos usuários sejam garantidos pela instituição, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral, e, finalmente, o estabelecimento de uma gestão participativa aos trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

2.3 ORGANIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO – ESTRUTURA E DIMENSÃO DE PESSOAL

O Centro Cirúrgico se caracteriza como um ambiente de exposição física e emocional para seus freqüentadores, e que, por suas características estruturais, afeta tanto os pacientes como a equipe multiprofissional, apesar de ser visualizado como um sistema sócio-técnico-estruturado aberto, que recebe aquele que necessita da intervenção cirúrgica para manutenção

da sua saúde e visa devolvê-lo à sociedade com capacidade para viver em suas plenas condições de bem-estar, isento de situações que o pusessem em risco. (PENICHE, 2005; SPIRI, 1998)

A unidade de centro cirúrgico é uma área que produz resultados positivos ao prognóstico do paciente, uma vez que dispõe de elementos tecnológicos de grande complexidade que resultam no prolongamento de vidas e na diminuição do sofrimento. Contudo, não se deve deixar o paciente de lado e dar prioridade aos aparelhos. Em razão disto, o desenvolvimento de programas que garantam a qualidade se conforma como uma necessidade, em termos de eficiência, e uma obrigação sob o ponto de vista ético e moral. (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004; MASTRANTONIO; GRAZIANO, 2002)

Mesmo sendo um sistema sócio-técnico-estruturado aberto, ele é um ambiente fechado, e que por isso, as suas sub-áreas devem manter estreita ligação, para evitar circulação entre as mesmas de forma desnecessária.

Segundo normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Brasil 2002, o Centro Cirúrgico deve ser composto por: área de recepção do paciente, com dimensão suficiente para receber uma maca; sala de guarda e preparo de anestésicos com 4,2 m²; área de indução anestésica que caiba, no mínimo, duas macas, com distância entre estas igual a 0,8 m, entre macas e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa; área de degermação cirúrgica para até duas salas; existência de duas torneiras por cada sala, e havendo mais de duas salas, deverão ter duas torneiras a cada novo par de salas ou fração, contando com 1,10 m² por torneira e dimensão mínima de 1,0 m; área para prescrição médica com 2,0 m² de dimensão; posto de enfermagem e serviços, um com 6,0 m² para cada doze leitos de sala de recuperação pós-anestésica.

Para procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte, as salas devem atender as seguintes necessidades específicas, respectivamente: 20,0 m² com dimensão mínima de 3,45 m; 25,0 m² com dimensão mínima de 4,65 m; e 36,0 m² com dimensão mínima de 5,0 m. Salas de apoio às cirurgias especializadas devem ter 12 m², e, para suporte no pós-anestésico, deve haver pelo menos uma sala, com duas macas no mínimo, com distância entre estas igual a 0,8 m, entre macas e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa; o número de macas deve ser igual ao número de salas cirúrgicas mais um. No caso de cirurgias de alta complexidade a recuperação pode ocorrer diretamente na UTI. Nesse caso, o cálculo do número de macas deve considerar somente as salas para cirurgias menos complexas. (BRASIL, 2002; JOAQUIM; VIEIRA, 2009)

Como estruturas operacionais, todo centro cirúrgico deve possuir uma sala administrativa, laboratório para revelação de chapas ("in loco" ou não), departamento de material de limpeza (DML), uma sala para estocagem de equipamentos e materiais, outra para distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não) e uma para utilidades gerais, além de banheiros com vestiários feminino e masculino para os funcionários na entrada do setor, com barreiras físicas que os separem dos demais ambientes da área cirúrgica. Como estruturas de apoio: uma copa e sala de estar para os funcionários e uma sala de espera para acompanhantes anexa à unidade com sanitários, apesar de não-obrigatória, bem como locais alternativos para a guarda de macas e cadeira de rodas, de biópsia de congelamento e para o preparo de equipamentos e matérias. (BRASIL, 2002)

Toda esta organização obedece a uma lógica de funcionamento, que permeia pelos campos da assistência, da burocracia e do ensino. Para atender a estas áreas de atuação é necessário o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, composta de cirurgiões, anestesistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de limpeza e, finalmente, o enfermeiro, que dividem espaços e tarefas, e que, como não poderia deixar de ser, conforme afirma Gomes (2009), disputam entre si acerca da gestão do processo de trabalho e que, diante disto, deixam de lado o que há de mais essencial: o cuidar.

Em contrapartida às lógicas norteadoras da atenção à saúde, segundo Carapinheiro (1998), quando se trata dos processos de organização do trabalho, "o princípio dominante é a oposição entre comando e execução, ou seja, a oposição entre trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas".

Sendo assim, nota-se, principalmente nesse ambiente, a existência de dois pólos funcionais que culminam numa estratificação social dos recursos humanos, possuindo uma relação baseada na dominação/subordinação: médicos e enfermeiros; que vivem em constante luta de interesses, e por isso acabam esquecendo-se daquilo que norteia uma melhor atenção ao paciente: o cooperativismo.

2.4 HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO: A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

No processo assistencial prestado pela equipe multiprofissional, especialmente pelo enfermeiro, a humanização se caracteriza como uma ferramenta essencial para que a qualidade do cuidado seja adequada aos moldes ideais. Tal expressão tem repercutido bastante nos dias de hoje, e tem como principal objetivo permitir que o tratamento que os usuários do

serviço merecem que seja fornecido dentro dos padrões para quem se encontra no ambiente hospitalar. (LOPES; CAMARGOS, 2009)

O ser humano precisa estar seguro daquilo que lhe acontece para poder enfrentar com mais propriedade seus problemas, porém toda e qualquer reação frente ao desconhecido é intensificada, e, quando se trata da necessidade de tratamento cirúrgico, um mundo totalmente desconhecido, ele enquanto paciente sente-se mais próximo a finitude e, conseqüentemente, amedrontado e inseguro. Por isso a enfermagem, sendo uma profissão que mantém um maior contato com o paciente, tem como objetivo compreender suas reações e, através do diálogo, do toque e da atenção, minimizar a ansiedade que faz parte da essência humana e que se traduz no cotidiano através do medo. (BLAZIN *et al*, 2001)

Estes sentimentos podem ser vencidos, ou melhor enfrentados, quando cuidados com uma assistência personalizada e sistematizada, e neste contexto, considerando que a fase perioperatória consiste num momento crítico diante dos padrões comuns do processo saúde-doença, o enfermeiro do centro cirúrgico deve buscar avaliar as condições do paciente no pré-operatório, afim de identificar suas dúvidas e receios, fazendo o possível para solucioná-los, contribuindo desta forma para minimizar os efeitos do medo e da insegurança.

Essas dimensões devem estar integradas e traduzidas no cuidado de maneira interdependente, seguindo os princípios éticos de responsabilidade, profissionalismo, zelo e respeito para com o cliente cuidado, o que resulta em um tratamento de alta qualidade nos períodos trans e pós-operatórios. (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990; MARTINS; SILVA; ALVIN, 2010)

Dentre as etapas do cuidado no perioperatório, a comunicação é a que possui maior destaque, pois através dela é possível que o enfermeiro identifique as percepções do paciente acerca da doença, da hospitalização e do tratamento cirúrgico e com isso estabeleça uma boa relação com o mesmo, promovendo, conseqüentemente, um cuidar humanizado e uma melhor disponibilidade dos profissionais diante de seus clientes. Desta forma, os usuários se sentirão livres em exteriorizar seus receios e dúvidas ao profissional, o que acaba por promover a qualidade do acolhimento. (ZAGO; CASAGRANDE, 1997; HOGA, 2004)

Mee Ker; Rothrock (1997), citados por Bedin (2004), afirmam que o papel do enfermeiro do centro cirúrgico passou por algumas transformações a partir da implementação de mudanças na sistematização da assistência, fazendo com que ações de aspectos meramente gerenciais, que o afastava dos pacientes, passassem a ter um olhar mais direto, gerando uma necessidade de se prestar um atendimento mais personalizado em todas as etapas do processo cirúrgico.

A enfermagem perioperatória deve abranger todos os momentos advindos das experiências dos períodos pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório e deve utilizar o processo de enfermagem como patamar assistencial para planejar e implementar os cuidados necessários, coletando, organizando e priorizando os dados do paciente para que se possa desenvolver os diagnósticos de enfermagem e intervir da maneira possível. (LADDEN, 1997 apud GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002)

Segundo Valle et al (1997), o cuidado de enfermagem se inicia a partir das orientações pré-operatórias, quando afirma que os próprios pacientes exaltam a importância do preparo pré-operatório efetuado pelos profissionais da enfermagem do bloco cirúrgico, pois, uma vez realizado, os mesmos têm suas inseguranças minimizadas pelo esclarecimento das dúvidas e pelo contato com aqueles que se encontram do outro lado do processo.

A prática de uma assistência humanizada na transição do pré-operatório para o trans-operatório, ou seja, no momento da chegada do paciente ao bloco cirúrgico, deve ser pautada no acolhimento e na escuta comprometida, em que o profissional possa ver o paciente além de um simples organismo: vê-lo como “alguém” passível de emoções e que necessita de atenção nesse momento delicado. (JOUCLAS; TENCANTTI; OLIVEIRA, 1998)

Finalmente, a última fase desse processo assistencial é constituída pelo período pós-operatório, em que a toda a equipe deve estar atenta e preparada para lidar com as possíveis complicações que o paciente venha a desenvolver nesse momento, assistindo-o em ambiente adequado: a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), que é destinada tanto para monitorização dos sinais vitais de modo assíduo, como para prover conforto físico e emocional ao paciente. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002)

Para que a humanização seja efetivada dentro dos moldes perioperatórios, faz-se necessário um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, e, no tocante ao enfermeiro de centro cirúrgico, este deve ir além de suas competências e habilidades técnicas que abrangem o ato operatório ou a rotina organizacional do setor; ele deve sensibilizar o olhar, para que o usuário do serviço, o protagonista do procedimento a ser realizado, seja visto de forma mais atenta e diferenciada. (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006)

O que se reivindica acerca da humanização da assistência nada mais é do que aquilo que se espera do cotidiano de um profissional formado a partir de preceitos éticos que garantem esta prática. Falar de humanização não significa que ela já não existisse anteriormente, mas sim que ela precisa ser resgatada. (FERREIRA, 2005)

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O conhecimento científico é sempre uma busca de uma ponte entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta ponte, por isso, além do seu papel instrumental, constitui-se como coração do conteúdo e o percurso do pensamento. Um bom método, seja qual for, será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, leve à problematização acerca da dinâmica da teoria, Devendo, portanto, ser adequado ao objeto da investigação, fornecer elementos teóricos para a análise, E ser operacionalmente exequível. (MINAYO; SANCHES, 1993)

Para uma investigação científica ser iniciada, deve-se ter dados que lhe dê conferência, e para tanto se faz necessário, num primeiro momento, a busca de um referencial teórico-bibliográfico. Num segundo momento, o pesquisador deve realizar uma observação dos fatos ou fenômenos para que ele obtenha maiores informações acerca do que se investiga e, num terceiro momento, ele deve fazer contatos com sujeitos capazes de fornecer dados importantes ou sugerir possíveis fontes de informações úteis. (BONI; QUARESMA, 2005)

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho constitui-se em um estudo transversal, de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Piovesan e Temporini (1995), as pesquisas exploratórias levam o pesquisador, freqüentemente, à descoberta de enfoques, percepções e terminologias que proporcionam uma maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a constituir hipótese, que seja respondida pelo objetivo principal, que contribui para que seu próprio modo de pensar seja modificado, a partir do ajuste de suas percepções à percepção dos entrevistados.

As pesquisas descritivas, por sua vez, exigem do pesquisador uma delimitação precisa de técnicas, métodos, modelos e teorias, tendo como objetivo principal a descrição das características mais significativas para conferir valor ao estudo, contando com o uso de técnicas padronizadas para coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. (TRIVIÑOS, 1987; GIL, 2002)

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados; surge a partir da impossibilidade de investigar e compreender, por dados estatísticos, alguns

fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade, envolvendo a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada e investigando os significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia. (GODOY, 1995; MINAYO, 1998)

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado no município de Cajazeiras - PB, que pertence à nona gerência de saúde está situado no alto sertão paraibano, a 477 km de distância da capital João Pessoa, e consta, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010, de 58.319 habitantes. O município encontra-se habilitado na gestão plena de sistema sendo referência para as cidades circunvizinhas, atendendo sua demanda principalmente no HRC, que por sua natureza organizativa presta assistência na área de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, urgência e emergência.

A coleta de dados foi realizada na Clínica Cirúrgica do referido hospital, que consta de dois postos, o Posto C, que atende as enfermarias feminina e infantil, tendo capacidade de 14 leitos para o primeiro grupo e cinco leitos para o segundo, e o Posto D, que atende as enfermarias do sexo masculino e tem a capacidade de 21 leitos. A Clínica Cirúrgica conta com uma enfermaria de isolamento que pode atender apenas um paciente, sendo esta de responsabilidade do posto ao qual corresponde o gênero do paciente. Além da ala cirúrgica, a coleta dos dados também se realizou no alojamento conjunto da Maternidade Dr. Deodato Cartaxo para puérperas, submetidas a cirurgia cesariana, situada na também no HRC, que possui a capacidade de 8 leitos.

A instituição supracitada atende a uma grande demanda de cirurgias, sejam eletivas, urgências ou cesáreas. Segundo dados estatísticos do próprio Hospital, o mesmo realizou em 2010 um total de 2651 cirurgias divididas entre essas três categorias, incluindo, principalmente, hernioplastias, colecistectomias, laparotomias, perineoplastias, histerectomias, laqueaduras, apendicectomias, cirurgias ortopédicas e as próprias cirurgias cesarianas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População se caracteriza como um conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de parâmetros, e amostra, por sua vez, é um subconjunto da população; o que permite se trabalhar por amostragem, quando não se pode trabalhar com toda a população. (GODOY, 1995)

A maior vantagem da técnica da pesquisa por amostragem é a capacidade para generalizar a respeito de uma população inteira, extraindo-se inferências com base em dados obtidos a partir de uma pequena parcela da mesma, e quando implementada adequadamente, ela é um método razoavelmente preciso de coleta de dados, pois oferece oportunidade para revelar as características de instituições e comunidades pelo estudo de indivíduos que representam essas entidades, de uma maneira relativamente sem viés e cientificamente rigorosa. (REA; PARKER, 2000)

A população foi constituída pelos pacientes e puérperas internados, respectivamente, na Clínica Cirúrgica e no alojamento conjunto para cesarianas na Maternidade, ambos do HRC, que, por sua vez, vivenciaram a experiência do ato operatório nas dependências do bloco cirúrgico da referida instituição. A amostra foi constituída de 20 pacientes foi definida em função de vários fatores, tais como: condição do hospital, equipe, material, agendamento de cirurgias, fatores administrativos e outros do próprio paciente. A amostra foi escolhida de modo intencional, de acordo com a disponibilidade do paciente, para se totalizar um quantitativo de 20 pacientes que atendam aos critérios de inclusão e exclusão, e que se dispuseram a responder ao instrumento de coleta.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os pacientes encontrados no período pós-operatório que tiverem idade igual ou maior que 18 anos, que responderiam por suas faculdades mentais, que tinham se submetido à primeira cirurgia, eletiva ou cesariana, recebido um tipo de anestesia que permitia a manutenção do seu nível de consciência durante o procedimento (raquidiana, peridural), estavam com 24hs de pós-operatório, e que por fim, aceitaram participar voluntariamente do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

Aqueles menores de 18 anos, que não apresentavam condições mentais favoráveis ou não forem capazes de responder as perguntas, tiverem sido submetidos a cirurgias prévias, recebido anestesia geral e não aceitarem responder ao questionário foram excluídos do estudo, sendo respeitadas tanto suas condições individuais, bem como sua decisão.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A entrevista como instrumento de coleta de dados acerca de um determinado tema científico é a técnica mais utilizada quando nos referimos a uma pesquisa de abordagem qualitativa. Através dela os pesquisadores buscam obter informações a partir da coleta de dados objetivos e subjetivos. Os dados subjetivos estão relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados. (BONI; QUARESMA, 2005)

De acordo com Boni e Quaresma (2004, p.7), a técnica de entrevistas abertas é voltada principalmente para finalidades exploratórias, sendo importante para o detalhamento de questões e formulação mais concretas dos conceitos relacionados. O entrevistador deve introduzir o tema e, desta forma, o entrevistado pode discorrer livremente sobre o assunto. É uma maneira de poder explorar mais amplamente uma questão.

Ainda segundo o autor é através de uma conversa informal que as perguntas são respondidas, em que a interferência do entrevistador deve ser a mínima possível, assumindo uma postura de ouvinte, podendo interromper a fala do entrevistado apenas em caso de extrema necessidade ou para evitar o término precoce da entrevista.

Os pacientes que foram sujeitos à primeira cirurgia foram entrevistados pela pesquisadora e inicialmente submetidos à perguntas com o fim de identificá-los sócio-demograficamente (nome, idade, sexo, escolaridade, renda familiar, estado civil, número de filhos, religião) e, posteriormente, à perguntas que lhes deram a oportunidade de se expressar livremente, expondo suas percepções sobre a equipe de enfermagem no bloco cirúrgico, de forma que se identifique a ausência ou presença de atitudes voltadas para um cuidado humanizado.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), para ser avaliado e haver emissão do parecer, e somente após sua aprovação, sob o nº 0225.0.133.000-11, deu-se início à pesquisa propriamente dita.

De posse do parecer foi encaminhado uma cópia a direção do HRC, e a partir de então iniciamos a coleta de dados.

Os pacientes foram abordados nas dependências das enfermarias dos postos C e D, correspondentes à clínica cirúrgica do HRC, e no alojamento conjunto para cesarianas da Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, haja vista os mesmos permanecerem nestes ambientes para cumprirem seu período pós-operatório.

Foram abordados os que já cumpriram 24hs do período pós-operatório, tempo mínimo que lhe permitirá condições emocionais e físicas para responder a entrevista e ter a oportunidade de expressar todos os seus sentimentos sobre a experiência vivida no centro cirúrgico, a partir da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem na fase perioperatória, que abrange desde a sua chegada ao bloco até a sua saída.

Na ocasião os entrevistados foram esclarecidos quanto à natureza e objetivos do estudo, tendo livre arbítrio para participar ou não; caso quisessem colaborar, foi assinado o TCLE (ANEXO D) estando, desta forma, aptos a participar da pesquisa, que foi feita através da utilização de gravador, do instrumento norteador da mesma (APÊNDICE A) e de um bloco de notas.

A entrevista após ser iniciada não tinha tempo determinado, pois eram respeitadas as condições do paciente. Após o término de todas as entrevistas, se iniciou a transcrição das mesmas, em que foram atribuídos, a cada sujeito entrevistado, nomes fictícios para que na análise dos dados o anonimato dos mesmos fosse preservado.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A entrevista se caracteriza como uma importante ferramenta ao se buscar informações subjetivas como opinião, concepções, expectativas, percepções sobre objetos ou fatos ou ainda para complementar informações acerca de fatos ocorridos que não puderam ser

observados pelo pesquisador, valendo ressaltar que as informações coletadas são versões sobre fatos ou acontecimentos. (MANZINI, 2004)

Realizada a gravação das entrevistas com os pacientes, as mesmas foram transcritas e analisadas segundo o método de Bardin (2002) como referência principal, com a análise de conteúdo, que representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever os conteúdos das narrativas. Tais procedimentos são criteriosos, com muitos aspectos observáveis, mas que colaboram imensamente no desvendar dos conteúdos de seus documentos. Essa etapa envolve o preparo e organização do material de trabalho de acordo com as unidades de contexto, elaboração das categorias segundo a literatura consultada, experiência pessoal da pesquisadora e, por fim, a consolidação ou redefinição das categorias cujo objetivo é direcionar as discussões e conclusões sobre a visão dos pacientes em pós-operatório sobre a assistência humanizada, respeitando fielmente sua fala de modo que, na transcrição, seus sentimentos sejam transmitidos.

A abordagem quantitativa será feita com estatística simples descritiva, com medidas centrais, e frequência relativa, de modo que se possa identificar sócio-demograficamente os usuários entrevistados, valendo salientar que tanto os dados quantitativos como os qualitativos foram analisados a luz da literatura pertinente.

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO

Este estudo foi realizado obedecendo aos preceitos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos, respaldada pela Resolução 196/96, onde está preconizado que todo procedimento, de qualquer natureza, envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá ter como respaldo suas diretrizes, que tem como base os preceitos da beneficência, não-maleficência, justiça e equidade. (BRASIL, 2002)

Respaldado nesta resolução, Macrae; Vidal (2006) afirmam que a pesquisa em qualquer área do conhecimento que envolve seres humanos, deverá se ajustar aos princípios científicos que a justifiquem, mantendo possibilidades concretas de responder a incertezas, e ser aplicada apenas quando as informações que se pretende obter não possam ser obtidas de outra maneira.

A pesquisadora comprometeu-se diante deste Comitê a realizar a pesquisa seguindo fielmente os preceitos da Resolução supracitada, respeitando a individualidade dos entrevistados e o sigilo para com as informações fornecidas pelos mesmos. A assinatura do TCLE, que confirma a aceitação para participação no estudo, conforma-se numa decisão revogável, a qual o paciente pode mudar no momento em que desejar.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados os resultados obtidos a partir da caracterização socio-demográfica e da análise qualitativa das entrevistas realizadas com vinte sujeitos que se submeteram a procedimentos cirúrgicos no HRC, onde estão apresentados os sentimentos e as percepções desses pacientes acerca da assistência prestada pela equipe de enfermagem no Centro Cirúrgico da referida instituição

Os dados socio-demográficos, de aspecto quantitativo, foram apresentados sob a forma de tabela e analisados através de estatística simples, descrita com frequência média (F) e porcentagens (%) para uma melhor caracterização dos sujeitos entrevistados. A abordagem qualitativa do estudo dar-se-á através da análise de conteúdo de Bardin (2002).

Uma vez realizada a fase da pré-análise, em que o objeto do trabalho e seus objetivos já foram previamente definidos, a próxima etapa constitui-se da exploração do material colhido e, conseqüentemente, da demonstração dos resultados encontrados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A amostra constitui-se de 20 pacientes, como fora proposto inicialmente, e para melhor visualização e análise dos dados, eles foram agrupados nas seguintes variáveis: faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, profissão e religião, caracterizando assim, os dados sócio-demográficos, que serão apresentados através de tabela, recebendo tratamento estatístico simples descritivo.

A análise dos dados, referentes às citadas variáveis, assume um caráter altamente relevante na discussão dos aspectos propostos pela pesquisa, tendo em vista o fato de propiciar o delineamento do perfil dos participantes, o que leva a compreensão, de forma mais ampla, da realidade na qual os mesmos se encontram, e desta forma entender melhor posicionamentos, opiniões e atitudes da amostra estudada, no tocante a sua experiência no processo perioperatório.

Segundo Azevedo (2005, p.495), “os elementos acima mencionados auxiliam na definição de demandas sociais que levem em conta o caráter dinâmico da população”.

Tabela 1: Distribuição dos participantes por faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, profissão e religião.

Variáveis	F	%
Cidade onde reside		
Cajazeiras - PB	11	55%
Outras Cidades	09	45%
Faixa etária		
18-30	06	30%
31-45	07	35%
46-60	06	30%
61-75	01	5%
Sexo		
Masculino	10	50%
Feminino	10	50%
Escolaridade		
Sem estudos	04	20%
1º Grau incompleto	06	30%
1º Grau completo	01	5%
2º Grau incompleto	03	15%
2º Grau completo	04	20%
3º Grau incompleto	0	0%
3º Grau completo	02	10%
Estado Civil		
Solteiro(a)	06	30%
Casado(a)	12	60%
Viúvo(a)	01	5%
Divorciado(a)	0	0%
Outros	01	5%
Profissão		
Agricultor(a)	06	30%
Comerciante	02	10%
Vendedor(a)	02	10%
Aposentado(a)	02	10%
Desempregado(a)	03	15%
Outra	05	25%
Religião		
Católica	16	80%
Protestante/Evangélica	03	15%
Nenhuma	01	5%
TOTAL	20	100%

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Conforme ilustrado pela tabela, a maioria dos usuários reside na própria cidade de Cajazeiras-PB (55%), porém uma quantidade significativa de pacientes advindos de outras cidades (45%) sugere a importância do serviço prestado pelo HRC.

A faixa etária dos usuários entrevistados está bem distribuída, com uma média de 39,1 anos, havendo uma leve predominância da faixa entre 31 e 45 anos (35%), o que demonstra que, dependendo do procedimento, não há uma idade certa para que as cirurgias possam ser realizadas.

Para que os dados sejam analisados de modo homogêneo, sem tendências para nenhum dos sexos e, desta forma, permitir uma maior compreensão da opinião geral de cada gênero, os vinte entrevistados foram divididos em dez mulheres (50%) e dez homens (50%).

Quanto ao grau de escolaridade, percebe-se que somente quatro usuários (20%) concluíram o Ensino Médio e dois (10%) terminaram o 3º grau. A maioria significativa nunca estudou ou não chegou a concluir os estudos, o que explica a dificuldade em responder, muitas vezes, os questionamentos realizados, uma vez que o grau de conhecimento revela-se como algo essencial para a compreensão de algo tão complexo como o procedimento cirúrgico.

Em relação ao estado civil, 12 entrevistados (60%) são casados, demonstrando que o suporte familiar fortalece bastante o lado emocional e o psicológico do paciente que está sujeito a um procedimento tão delicado. A importância do estado civil é altamente relevante, pois o acompanhamento familiar demonstra-se como um fator essencial ao bem-estar do paciente e, de acordo com Alonso et al (2010), além de ser a base relacional do ser humano, a família se mostra como um importante provedor de suporte também no âmbito da saúde geral.

Os sujeitos ainda foram identificados através de suas profissões, possuindo uma predominância na área da agricultura (30%), e ainda nas condições de desemprego (15%) e aposentadoria (15%). E, por fim, foi constatada uma maioria católica (80%) no que se refere à religião, sendo citados ainda o protestantismo (15%) e nenhuma religião (5%); o que ilustra que, mesmo com o advento da modernidade, existem estudos que apontam que a religiosidade e a espiritualidade se fazem presentes em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo de adoecimento e cura (IBÁNEZ; MASIGLIA, 2000 apud VASCONCELOS, 2009).

4.2 CATEGORIZAÇÃO DO CONTEÚDO DA AMOSTRA – ANÁLISE QUALITATIVA

Neste tópico se apresenta os dados em categorização, além de se demonstrar a visão dos pacientes acerca da assistência de enfermagem no centro cirúrgico no âmbito da humanização. Para que se dê início à análise do material coletado é necessário antes codificá-lo, ou seja, transformá-lo de modo que se possa conseguir uma representação do conteúdo, por meio de recorte, agrupamento e enumeração. A organização da codificação pode ser descrita em três passos: o recorte (escolhas das unidades de análise); a enumeração (escolha das regras de contagem); a classificação e a agregação (escolha das categorias). A categorização consiste no reagrupamento de temas específicos com critérios previamente delimitados. Assim, classificar elementos em categorias implica em uma certa investigação por temas ou termos análogos. A escolha de categorias é um processo estruturalista e possui duas etapas: o inventário, que nada mais é que isolar os elementos, separando os diferentes temas; e a classificação, que consiste em repartir os elementos, organizando os temas analisados (BARDIN, 2002).

Desta forma, a elaboração dos resultados deste estudo foi desenvolvida por meio da análise das unidades de registros presentes nas entrevistas transcritas. No Quadro I são apresentadas diferentes percepções dos usuários frente a assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico em todo o perioperatório, para tanto as mesmas foram divididas em categorias e subcategorias:

CATEGORIA 1 – *Qualidade da recepção do paciente operatório.* Refere-se ao tipo de tratamento ou atendimento prestado pela equipe de Enfermagem no momento da chegada do usuário ao setor.

CATEGORIA 2 – *Suporte fornecido pelos profissionais nos ambientes de espera e recuperação do procedimento cirúrgico.* Trata-se do comparecimento do enfermeiro ou técnicos de enfermagem perante o paciente a partir do momento em que o mesmo se desvincula de seus familiares e no momento seguinte ao término da cirurgia.

CATEGORIA 3 – *Conhecimento acerca da cirurgia proposta.* Aborda a questão do fornecimento prévio de informações por parte da equipe multiprofissional para o paciente sobre o procedimento ao qual o mesmo foi submetido.

CATEGORIA 4 – *Preparo para a cirurgia e o pós-operatório.* Engloba o conjunto de ações realizadas pelos enfermeiros visando uma melhor adaptação do paciente frente à submissão ao ato operatório e à recuperação pós-anestésica.

CATEGORIA 5 – *Sentimentos relacionados ao perioperatório*. Envolve a dimensão subjetiva do psicológico e das emoções do paciente frente ao desconhecido.

CATEGORIA 6 – *Avaliação geral do paciente sobre o preparo da equipe de enfermagem durante o período perioperatório*. Reflete a opinião do usuário com a função de classificar a qualidade da atenção fornecida.

As subcategorias foram classificadas, agrupando-se os termos mais representativos, obedecendo ao critério de liberdade de expressão por parte dos entrevistados, sendo respeitadas todas as respostas fornecidas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Qualidade da recepção do paciente operatório.	Ótima/Boa Nenhuma
2. Suporte fornecido pelos profissionais nos ambientes de espera e recuperação do procedimento cirúrgico.	Apoio Companhia Nenhum
3. Conhecimento acerca da cirurgia proposta.	Total Algum Nenhum
4. Preparo para a cirurgia e o pós-operatório	Esclarecimento de dúvidas Posicionamento/Preparo para anestesia Instruções para recuperação pós-anestésica
5. Sentimentos relacionados ao perioperatório.	Medo/Ansiedade/Insegurança Felicidade/Tranquilidade
6. Avaliação geral do paciente sobre o preparo da equipe de enfermagem durante o período perioperatório.	Ótimo/Bom Regular Ruim

QUADRO 1: Diferentes percepções dos usuários frente à assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico durante o perioperatório.

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

4.2.1 QUALIDADE DA RECEPÇÃO DO PACIENTE OPERATÓRIO

Esta categoria relaciona a percepção dos pacientes, no tocante a receptividade fornecida aos mesmos por parte da equipe de enfermagem, cujas respostas variaram entre “ótima, boa e nenhuma”.

Para aqueles que forneceram respostas que indicaram um bom ou ótimo acolhimento, pode-se destacar vários motivos como: o simples tratamento pelo nome do paciente, condição essencial para que o ser não perca sua identidade; o estabelecimento de relações que, permeada pela construção do diálogo, leva o indivíduo a sentir-se parte do processo, como colaborador, e não apenas como expectador; a tranquilização e a demonstração de preocupação, a fim de que ele pudesse enfrentar melhor o procedimento; a realização de procedimentos de enfermagem e a estrutura organizacional do setor.

Vários pacientes atribuíram o sucesso do acolhimento pela equipe de Enfermagem quando foram recebidos no Centro Cirúrgico ao serem tratados por seus nomes, como por exemplo:

Foi ótimo. Gostei demais. Um atendimento muito bom... especial. Me trataram pelo nome todas as vezes que foi necessário... e eu me sentia muito bem, até porque eles queriam saber corretamente o meu nome. Motiva bem a pessoa, porque a pessoa tá sendo bem tratada sendo chamada pelo nome, correto? (S06)

Me trataram pelo nome, tinham toda uma preocupação com o conforto e a tranquilidade do paciente, eu senti isso de cada pessoa que tava lá. (S17)

Atendeu muito bem, me trataram bem. Me chamaram pelo nome... disseram que ia fazer a cirurgia, ai eu disse que tava pronto... (S05)

De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006, p.04), é direito dos cidadãos receber atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação. O mesmo documento ainda reforça a necessidade e a obrigação de que se estabeleça um tratamento nominal, por nome, sobrenome e apelido, se tiver.

Houve um caso em que o tratamento nominal não fora empregado, mas o sujeito entrevistado contentou-se por ser tratado por um nome o qual atribuiu ser uma forma carinhosa de tratamento:

Me tratou muito bem, só me tratava de “fia” pra ‘mim’ não ficar nervosa, que ia dar tudo certo. De lá eu não tenho o que reclamar, ao contrário da entrada do hospital, lá eu fui muito bem atendida. (S18)

Além da forma de tratamento, o estabelecimento de uma relação de cumplicidade e confiança entre profissional e paciente através do diálogo constitui a base essencial para um bom atendimento, como é demonstrado pelos seguintes depoimentos:

Muito bem. Eles chegaram conversando, mandando eu ter paciência que tudo ia dar certo, me tranqüilizaram. (S03)

Logo pela primeira vez, por eu nunca ter feito, eu gostei... fui muito bem atendida lá., graças a Deus. Eu fiquei um tempinho lá sentada, mas a menina veio (conversar) e, graças a Deus, eu não tenho o que falar não. Eu gostei. (S15)

Fui bem recebido. Conversaram pra eu não ter medo, que ia dar tudo certo. Eu gostei. (S20)

Estar ciente das características da pessoa a ser atendida, bem como preocupar-se com a maneira que ela se sente, permite que o profissional tenha uma maior possibilidade de criar vínculo junto ao seu paciente, aspecto fundamental para uma assistência humanizada, permitindo que este último torne-se mais tranqüilo. (HOGA, 2004)

Fora demonstrado por eles, também, a importância do aspecto técnico e organizacional. O simples fato de se instalar e controlar um soro, verificar a pressão arterial e preparar os equipamentos e a própria equipe para a cirurgia, faz com que o paciente perceba certo preparo por parte da equipe, e, conseqüentemente, que estes sintam-se mais seguros para submeter-se a uma cirurgia:

Me tratou muito bem. O pessoal vem, pegam a maca e, como tinha dois pacientes lá esperando, me deixou lá esperando e de vez em quando uma (enfermeira) vinha e verificava a pressão, perguntava se eu tava sentindo alguma coisa, até chegar o momento da minha vez. Foi tranqüilo, não tive constrangimento nenhum. (S07)

Me trataram bem, na minha forma de “coisar”(pensar). O médico deixou de almoçar pra me atender. Eu tava com muita dor, chorando. O que ele fez por mim, o que todo mundo lá tava fazendo... olhando minha pressão, perguntando se eu tava bem...(S16)

(...) Primeiro eu observei que eles têm um cuidado com a parte da manutenção, (...) eu percebi que tinha tudo esterilizado pra cada paciente, vi eles tudo se preparando na frente da gente, isso é bacana, não fica nada duvidoso, tudo bem aberto... pra gente sentir segurança. (S17)

Houve apenas um entrevistado que não citou uma boa recepção no momento da entrada do bloco cirúrgico, não por ter sido maltratado, mas por sua cirurgia ter ocorrido em caráter emergencial, o que impossibilitou a equipe de disponibilizar tempo para o preparo adequado, fazer o devido acolhimento, condição essencial para fornecer ao paciente um procedimento mais tranqüilo:

Não deu nem tempo ver direito, foi muito de repente, me colocaram logo lá dentro (da sala). Só vi direito os médicos, sabe? Vi que tinha enfermeiro, mas eu não sabia dizer se ali era enfermeiro ou médico... mas eu acho que tinha. Tinha uma equipe muito grande lá dentro. (S01)

Diante do que foi exposto, pode-se afirmar que a equipe de enfermagem executa um bom trabalho, uma vez que a maioria dos entrevistados expressou satisfação por ter recebido um tratamento diferenciado, mais humano, em que eram identificados, além de referir um tom carinhoso, permeado pela iniciativa de se estabelecer conversas. Outro ponto fundamental que eles apontaram, além de uma percepção acerca da boa organização do ambiente, do controle dos equipamentos e materiais e da dinâmica no atendimento da equipe.

Um comportamento desta natureza traduz o compromisso em se conhecer o paciente e proporcionar acolhimento, visando uma melhor adaptação dos mesmos ao ambiente que lhes era estranho, e, desta forma, acabam por demonstrar o preparo da equipe e prover segurança para os usuários.

4.2.2 SUPORTE FORNECIDO PELOS PROFISSIONAIS NOS AMBIENTES DE ESPERA E RECUPERAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Para que uma assistência humanizada seja efetivada, faz-se necessária a existência de um ambiente em que o paciente esteja mais próximo de seus entes, sempre que isso for possível, que lhe proporcione bem estar e lhe dê a sensação de aconchego, tirando a impressão de que os ambientes hospitalares sejam frios e impessoais. Além disso, deve servir para que a equipe faça o adequado preparo do paciente, seja com orientações, apoio psicológico ou a simples presença junto ao mesmo.

A inexistência de uma estrutura capaz de receber os pacientes da maneira adequada dificulta o acolhimento por parte dos profissionais e, conseqüentemente, influencia o surgimento de inquietações diante da quebra do contato com a família e do medo em enfrentar o desconhecido. A exemplo disto, observou-se que os entrevistados, em sua grande maioria, relataram ter aguardado pela cirurgia ou ter iniciado a recuperação pós-cirúrgica na estrutura que corresponde ao corredor do bloco cirúrgico, onde, neste último caso, eram posteriormente encaminhados para as dependências das enfermarias dos postos C ou D:

Não teve, assim, uma pré-assistência... porque eu fui levada logo pra sala, né? Não esperei hora nenhuma. Quando acabou fiquei só um

pouquinho no corredor, só o tempo que o maqueiro me pegava. E me senti um pouco desesperada. Tipo: “ai, eu tô aqui, sozinha, longe da minha família, eu só aquietei mais o meu coração quando o maqueiro chegou e me levou lá onde a minha mãe tava.” (S01)

Fiquei no corredor. Tinha uns enfermeiros lá... mas não ficavam comigo não, só se eu precisasse de alguma coisa, ir no banheiro... mas eu preferia que tivesse alguém lá comigo, mas num podia, né? (...) Acabou eu fiquei um pouquinho no corredor. Não ficou ninguém (comigo), acho que isso não é certo. Me senti mal, sei lá. (S02)

Eu não acho que a gente fica aguardando no corredor, eu acho que eles deixam bem próximo deles. Eu acho que eu fiquei na faixa de 15 a 20 minutos, mas cada um passava e dizia assim “Olhe, tudo bem... tá tudo em ordem”. É porque eu acho que eles fica lhe observando um pouquinho, eles não querem assim ‘faz a cirurgia e já sai...’ eu senti que era como se fosse uma preocupação após o momento da cirurgia (...) me senti segura... (S17)

Fiquei no corredor de entrada, deixaram eu numa cadeira de plástico e fiquei lá até chegar um momento. (...) sempre tavam em contato com a gente, passavam em frente. Tinha um enfermeiro que sempre vinha falar comigo. Terminou só fizeram me colocar no corredor (...) não me senti só, porque sempre tinha gente passando. (S07)

Quando eu cheguei, só foi ele vestir a roupa pra começar. Foi rápido. (...) conversaram comigo, brincaram... perguntou como foi que tinha acontecido aquilo com meu pé, ai, pra melhorar porquê eu tava nervoso e chorando, ele disse que ia botar mais um dedo no meu pé... pra eu relaxar. Terminou (a cirurgia), vim direto pra enfermaria (...) olharam pra mim e disseram “você tá bem?” (S16)

Eu sai daqui (do quarto) e fui direto pra dentro, pra sala. Não faltava gente não. Quando eu sai, fiquei esperando uns cinco minutos lá, fiquei lá na enfermagem, no corredor, enquanto eles ajeitavam os remédios, pra ‘mim’ ficar tomando. Ficou três ‘moça’ e dois ‘rapaz’, ficaram cuidando e, de repente, me trouxeram pra cá. (S20)

Os depoimentos acima confirmam a falta de um ambiente propício de espera, porém, a sua pouca experiência sobre todo o processo e organização hospitalar faz com que os mesmos interpretem esta rapidez no atendimento e a pouca permanência no corredor como um trabalho eficiente, com o propósito de otimizar o tempo e, conseqüentemente, de promover conforto, poupando-os de uma espera desnecessária.

Segundo Vila e Rossi (2002), a rotina e a complexidade do ambiente fazem, às vezes, com que os membros da equipe de enfermagem esqueçam-se de tocar, conversar e ouvir o ser humano que lá se encontra, e ainda citam que, por força dos efeitos negativos que o ambiente pode causar sobre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, vários estudos têm sido

focados na necessidade de se humanizar os serviços que utilizam alta tecnologia, a exemplo o centro cirúrgico.

A ANVISA (BRASIL, 2002) preconiza a existência de uma área de recepção aos pacientes e familiares, bem como uma URPA no centro cirúrgico, que possibilite o planejamento acerca das necessidades dos pacientes antes e após a cirurgia.

Diante disso, percebeu-se que todos os pacientes que não foram imediatamente atendidos e partiram direto para a sala de operação ficaram aguardando o momento de suas cirurgias nas dependências do corredor do bloco cirúrgico, algumas vezes na companhia dos profissionais, outras sozinhos, apenas observando a dinâmica do setor.

Com isso pode-se identificar que, apesar do sentimento ilusório de tranquilidade frente à solidão e ao cuidado distante fornecido ao paciente, existe falhas no sistema organizacional, pois, além da inexistência do ambiente propício, a equipe de enfermagem encontra-se muitas vezes atendendo a outros interesses que, por mais que digam respeito ao paciente e à segurança do procedimento realizado, não incorporam o aspecto humanístico do cuidar, haja vista que as atribuições burocráticas, a carga horária excessiva e a ausência de uma ação interdisciplinar, tornam-se importantes fatores que impedem um olhar mais apurado, voltado, não a uma papelada, peça anatômica ou procedimento, mas ao próprio ser humano.

É preciso que o profissional transcenda suas funções técnicas e burocráticas e passe a focar seu atendimento para o ser que necessita de seu cuidado, no espaço e no momento em que ele se encontra, pois sabe-se que o ideal é a existência de um ambiente destinado exclusivamente para receber não só os pacientes, mas também seus familiares, funcionando também como uma sala de espera, para facilitar o processo de quebra do vínculo com os entes e de criação de um laço com a equipe responsável por recebê-lo. (SILVA; ALVIM, 2010)

Além do que diz respeito à estrutura supracitada, é necessária a existência de um ambiente especificamente destinado à recuperação pós-anestésica: a URPA. Esta estrutura tem um papel ainda mais importante, pois possibilita o acompanhamento da evolução pós-operatória visando detectar possíveis reações e complicações decorrentes da indução anestésica, através da monitorização dos sinais vitais, da constante avaliação do estado geral do paciente, e da observação de efeitos como dores, náuseas e vômitos, e até reações mais graves como o choque e parada cardíaca.

De acordo com Galvão; Sawada; Rossi (2002), o enfermeiro, por meio de intervenções específicas, poderá minimizar os riscos decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico, daí a importância da unidade de recuperação e da necessidade do paciente permanecer em espera,

constituindo-se desta forma, como um procedimento inadequado o encaminhamento direto para a unidade de internação.

4.2.3 CONHECIMENTO ACERCA DA CIRURGIA PROPOSTA

É direito do paciente, assegurado por lei, receber informações acerca de todo e qualquer procedimento a que for ser submetido. (TAYLOT; LILLIS; LEMONE, 2007)

Diante desta constatação, cabe ao enfermeiro assumir esta responsabilidade, informando-o acerca de todos os aspectos que envolvem o ato operatório, com informações sobre a duração do procedimento, o tipo de anestesia utilizada, riscos e benefícios e a maneira correta de se comportar durante sua realização, fazendo com que o paciente tenha ainda mais subsídios que possibilitem a sua tranquilidade diante do tratamento cirúrgico, bem como um maior favorecimento a sua recuperação.

Nesta categoria é abordado o nível de conhecimento que os pacientes detêm sobre o procedimento ao qual foram submetidos, indicando se houve ou não uma explanação prévia do que iria ser realizado. A partir dos depoimentos encontrou-se três níveis de conhecimento: “total”, “algum” ou “nenhum”.

Os depoimentos que se seguem exemplificam aqueles que apresentaram um bom conhecimento sobre sua cirurgia:

Eu sei que é uma cirurgia muito fina, até por que são os órgãos principais de uma mulher... e me deu problema há pouco tempo, devido a hemorragia. (...) Não tinha dúvidas sobre o que ia ser a cirurgia. Em termo de conhecimento, em relação às vantagens e desvantagens, a gente não entende total, mas sabe que quando tá prejudicado a gente tem que procurar um meio... (S04)

Eu sabia que eles iam ter que botar uma platina onde quebrou, sabia que tinha que furar, que ia usar a furadeira porque eles mesmo disseram. (S05)

Eu já tinha tido uma orientação das enfermeiras, do próprio médico... que era uma cirurgia simples. Explicaram que todo mundo pode ter (...) e a gente vai já com aquela consciência que é simples, mas a gente sempre fica nervoso. (S07)

Alguns pacientes demonstraram pouco conhecimento acerca das cirurgias as quais se submeteram:

Eu tinha dúvidas porque não sabia o que tava acontecendo. Foi uma cirurgia investigativa. Mas não me disseram nada sobre o tipo da anestesia, sobre a cirurgia, a duração... não acho que isso é certo, mas não sei dizer quem deveria me explicar essas coisas. (S03)

Sabia que era muito complicada, porque torceu os ossos. (S13)

Só de ouvir falar. Mas ninguém de lá chegou pra me dizer nada não, eu já tava ciente né? (S15)

E, por fim, tem aqueles que não sabiam do que se tratava a cirurgia:

Não sabia muito não, mas não tinha o que perguntar não. (S11)

Sabia direito o que era não, eu nunca tinha feito! Eu tava com dúvida, que eu sabia que ia cortar, né? Mas eu acho que não precisava contar mais nada não, porque podia eu ficar mais nervoso, né?(S12)

Não. Eu num tava sabendo nada de que tinha que fazer. Eu tinha e tenho dúvida. Porque a enfermidade que eu tô na cabeça desse joelho é uma enfermidade 'meia' elevada, porque sou diabético, esse negócio criou pus no joelho, e esse pus complicou. (S19)

Diante dos depoimentos coletados, pode-se avaliar que, mesmo havendo recebido explicações acerca da cirurgia por parte dos profissionais, os pacientes associam a segurança no procedimento basicamente ao bom desenvolvimento do ato operatório, e, como os todos os entrevistados foram submetidos ao primeiro procedimento cirúrgico, não tinham condições de avaliar o desempenho da equipe, uma vez que não há parâmetros anteriores para comparação.

Apenas um paciente expressou insatisfação plena devido à falta de informação e comunicação junto aos profissionais, o que pode estar relacionado à sua idade, personalidade, e, principalmente, a não existência do vínculo profissional-usuário, demonstrando mais ainda que o profissional deve lidar com os aspectos individuais de cada paciente, posicionando-se de modo que haja uma maior aceitação por parte do paciente.

Visando um melhor conhecimento da parte do seu paciente e, conseqüentemente, uma assistência mais direcionada, é dever dos profissionais do setor ter a iniciativa de fornecer as devidas orientações e realizar a cirurgia apenas com a total ciência por parte do usuário e, ainda, detectar, solucionar e, quando necessário, encaminhar os problemas enfrentados pelo paciente à profissionais como psicólogos ou assistentes sociais, uma vez que este deve ser o sujeito principal no tratamento que lhe fora proposto. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002)

4.2.4 PREPARO PARA A CIRURGIA E PÓS-OPERATÓRIO

Se é direito dos pacientes possuir informações sobre os diversos tipos de tratamento aos quais poderão ser submetidos, alguém deve ser o responsável pelo preparo dos mesmos, que envolve desde o esclarecimento de dúvidas desde o processo que envolve o procedimento, até o posicionamento na mesa para a anestesia e para a operação.

Desta forma, feito o questionamento, os entrevistados expressaram-se em torno das temáticas supracitadas. Alguns exemplos do momento em que, possivelmente, ocorreu retirada de dúvidas:

Toda a equipe unida me preparou, conversando a necessidade total que ia ser colocada lá na hora. (...) (quando acabou) recebi atendimento dos enfermeiros, dizendo pra eu não ficar me mexendo, nem para um lado nem para o outro, e nem mexer a cabeça. Porque podia sentir algumas coisas após a anestesia. (S06)

É, explicou lá 'tudinho'...normal. Disseram tudo lá na hora, fiquei tranquilo. (...) (no pós-operatório) tinha que tomar todo o cuidado, pra ter cuidado até com a roupa que eu to vestindo... que era pra esquentar porque podia ter bactéria. Disseram que eu não podia nem falar nem comer... só mais no outro dia. (S10)

Através dos discursos acima, constata-se que os usuários tiveram suas dúvidas sanadas, todavia, identifica-se como inadequado o fato deste momento não corresponder a uma consulta ou conversa pré-operatória. O repasse de informações pertinentes ao procedimento cirúrgico feito “na hora” não faz alusão aos preceitos empregados às funções da enfermagem, uma vez que o momento destinado à sua consulta pré-operatória visa, principalmente, uma maior tranquilidade, segurança e melhor enfrentamento frente à cirurgia.

Silva; Alvim (2010) reforçam a importância de uma consulta prévia à cirurgia, pois, além de fornecer as devidas informações e orientações, promove atitudes de apoio e segurança aos clientes, caracterizando-se como forma de humanizar o acolhimento e de comunicação entre o enfermeiro e o cliente, favorecendo o vínculo entre esses sujeitos e uma assistência de enfermagem mais individualizada.

Visto isso, temos alguns exemplos mais evidentes da falta de informação aos pacientes:

(...) no bloco mesmo, assim, pra falar da cirurgia, assim ninguém vai falar antecipado. (S04)

O negócio é antes da cirurgia acontecer, né? Falar do porte que a cirurgia que ia ser feita, pra tranquilizar. (S13)

Eles deviam ter me orientado mais, como era minha primeira cirurgia, eu nunca tinha nem sido ponteadado (...). Faltou eles chegarem mais, conversar com o cara, orientasse o cara pra chegar mais ou menos informado. (S16)

Tais depoimentos, além de retratar a deficiência no conteúdo das “consultas”, oferecem a possibilidade de identificar que os pacientes, apesar de serem leigos, expressam certa confiança na equipe responsável por seus cuidados, e que o fato de estarem se submetendo a sua primeira cirurgia os fazem sentir a necessidade de ter uma proximidade maior com os profissionais. Apesar de não entenderem propriamente do que se trata o procedimento cirúrgico, os clientes identificam que realmente há falta de informações que objetivem a sua tranquilização, de modo que os profissionais devem ser aqueles responsáveis por suprir esta necessidade.

Segundo Tanji; Novaroski (2000), o paciente quer ser tratado como se fosse dotado de qualidades e características próprias, pois só assim é capaz de estabelecer um relacionamento de confiança com o profissional que o assiste no cuidar. A formação desse elo favorece sua cooperação no tratamento e a participação nas decisões relativas a sua saúde.

Além das instruções acerca da realização da cirurgia, o enfermeiro deve prepará-lo para o ato operatório em si, ou seja, posicioná-lo de modo correto tanto para a anestesia, como para o procedimento, favorecendo um melhor prognóstico para a recuperação pós-operatória.

No que se refere ao posicionamento na mesa cirúrgica para dar início aos trabalhos, outros pacientes foram claros quanto à precisão dos profissionais neste momento:

Quem me preparou mais foi o anestesista, mas o enfermeiro ficou comigo lá na hora... ele colocou a mão na cabeça, mandou eu baixar a cabeça, pra poder levar a anestesia.(S05)

Cuidaram bem de mim lá. Mandaram eu me sentar lá... conversaram comigo, perguntaram se eu já tinha feito (cirurgia) alguma vez. Ai eu disse que não, ai eles disseram que eu ficasse tranqüilo que tudo se resolve. (S12)

Quem me preparou foi as enfermeiras. Ficou lá dentro, me sentou na posição certa, segurou meus ‘ombro’ pra aplicar a anestesia... (S18)

A falta de um posicionamento correto pode acarretar efeitos indesejados à recuperação do paciente, como o traumatismo e edema na região sacral, por exemplo. Complicações como estas podem e devem ser evitadas pelo enfermeiro do setor, uma vez que este se conforma como o responsável pela integridade do paciente enquanto o mesmo não tem a capacidade de responder por si, visando o máximo possível por seu conforto e bem-estar no pós-operatório e minimizando o aparecimento de dores evitáveis.

Segundo Lopes e Galvão (2010), a importância da atuação do enfermeiro no posicionamento cirúrgico encontra-se na prevenção de complicações decorrentes do procedimento, na avaliação das necessidades particulares de cada paciente e na disponibilização de equipamentos e dispositivos adequados.

Ainda na consulta pré-operatória, o enfermeiro tem o dever de orientá-lo em relação a todo o período pós-operatório e, principalmente, para a recuperação pós-anestésica. Nesta categoria, os entrevistados estavam divididos, uma parte afirmou ter recebido as devidas instruções (sim) e outra negou qualquer tipo de orientação por parte da equipe (não).

As principais orientações recebidas são expressas nos depoimentos que se seguem:

Disseram. Me mandaram ficar quieta, senão eu ia ter muita dor de cabeça... eu queria arrancar a sonda. E ele (o enfermeiro) mandando 'eu' ter paciência... senão aquilo ia ter as conseqüências. Mas fui tranquilizada, ele ficou o tempo todo ao meu lado. (S03)

Disseram que tinha que tomar todo o cuidado, pra ter cuidado até com a roupa que eu tô vestindo... que era pra escaldar porque podia ter bactéria. Disseram que eu não podia nem falar nem comer... só mais no outro dia. (S09)

Recebi a orientação do pessoal da equipe de não mexer a cabeça, não falar, ficar sem movimento. (S11)

Sim. A enfermeira disse que eu tinha que ficar quieta, imóvel, pra não falar e ficar quieta por conta da cirurgia, a questão de não criar gases, pra eu ficar bem... e fiquei. Não senti nada. (S15)

Os depoimentos acima comprovam a existência de orientação pós-operatória pela enfermagem, mesmo não ocorrendo em uma consulta prévia, pois acontece quando os pacientes se encontram no corredor do bloco cirúrgico aguardando para serem encaminhados para as unidades de internação, e isso dificulta a eficácia dos resultados, haja vista os mesmos encontrarem-se sob os efeitos do procedimento.

Ainda houve pacientes que não foram orientados, como o S10 que disse:

Não recebi instrução. Me colocaram na maca e de lá eu já vim pro corredor e fiquei lá só o tempo de abrir a porta. Me senti bem, bem mesmo.

Portanto, pode-se perceber que, alguns clientes não receberam qualquer informação da parte dos enfermeiros, seja pela inexistência da URPA, agitação do ambiente ou pela sobrecarga de atividades, e que a sua falta não é justificada, já que estas são atribuições que fazem parte do escopo de atividades dos enfermeiros, e que as orientações são imprescindíveis ao paciente e por isso devem ser feitas com calma, no exercício da plena consciência do mesmo.

4.2.5 SENTIMENTOS RELACIONADOS AO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Desvincular-se de seus familiares, encontrar-se em um ambiente estranho, com a presença de pessoas longe de sua convivência, para enfrentar o desconhecido são situações ameaçadoras, assustadoras e geradoras de conflitos e ansiedades, que desencadeiam variados sentimentos que podem acarretar complicações no desenvolvimento da cirurgia. Partindo para um olhar mais subjetivo voltado aos depoimentos dos entrevistados, buscou-se identificar os sentimentos dos mesmos no momento em que sua cirurgia se aproximava, durante a realização do procedimento e em seu término.

Diante dos depoimentos, foram constatadas sensações das mais diversas origens, que foram encaixados nas subcategorias “medo/ansiedade/insegurança” e “felicidade/tranquilidade”, e para ilustrar destacam-se os seguintes discursos relacionados à aproximação do momento da cirurgia:

Um pouco de nervosismo, desde antes da cirurgia até a hora da anestesia... depois eu fiquei calma, fiquei relaxada. (S08)

Eu tive muito medo, eu tava nervosa. Por conta da anestesia... um sentimento de medo por conta da minha idade, eu tava com medo de não voltar mais. Foi antes e durante a cirurgia... até a hora da anestesia. (S09)

Eu tava com medo, nervoso... eu até perguntei se num poderia entrar ninguém pra pegar na minha mão tipo mãe, tia... mas num pode, né? (S16)

Relacionados ao intra-operatório, temos os seguintes exemplos:

Tinha uma menina lá que sempre passava olhando e tal, mas assim pra chegar e me dizer “fique tranquila” “fique calma” não teve. A falta faz, né? Porque na verdade precisa. O ser humano, por mais que seja forte, mas você sente a necessidade de uma pessoa ali do seu lado. O que faltou foi somente isso. (S04)

Não, jogaram ‘eu’ lá pra cima daquela cama lá (...). Porque a pessoa tá todo arreventado, doença por todo canto. Faltou falar “O senhor tá doente dessa perna? O que foi? Tal... tal”. O pessoal tava cada um fazendo seu trabalho, a conversa (comigo) foi pouca... (S19)

À essas sensações que beiravam o medo e a ansiedade, podemos associar as reações psicológicas exacerbadas dos pacientes ao deparar-se com uma situação desconhecida, o que pode levá-lo, segundo Biazin et al (2000), a sentir-se muito próximo da finitude, gerando, exatamente medo, ansiedade e insegurança.

Os sentimentos e bem-estar dos pacientes devem ser respeitados e levados em consideração em todo momento do ato operatório, pois lhes garante segurança, conforto e tranqüilidade e, apesar do ato operatório em si ser cercado de tecnicismo e ser priorizado por parte da equipe multiprofissional, sabe-se que, no que se refere às implicações da profissão da enfermagem, a “tecnologia do calor humano” constitui-se como um fator indispensável nas relações enfermeiro-paciente, característica esta que enobrece, dignifica e eleva seus ideais.

Portanto, a enfermagem enquanto profissão humanística deverá compreendê-lo e apoiá-lo, de modo que todo o desconforto e a angústia que o paciente possa vir a sentir sejam minimizados. É necessário que os enfermeiros e toda a equipe de enfermagem sejam conscientes de que ouvir, olhar, tocar e estar presentes são ações que podem promover a segurança e a tranqüilidade do paciente, e, conseqüentemente, favorecem o tratamento e a recuperação.

Dentre os que destacaram possuir sentimentos relacionados à felicidade e/ou tranqüilidade quando souberam que chegara o momento da operação, os mais abrangentes são:

Eu fiquei muito alegre. Porque eu tava há dois dias aqui e tava doido pra ser cirurgiado. Fiquei tranqüilo, porque eu sabia que eu só ficava bom se eu fizesse a cirurgia. (S05)

Eu fiquei tranqüila. Eu até me desconheci. Eu sou meio agitadinha, nervosa (...) busquei (tranqüilidade) rezando o meu tercinho. Jesus colocou esses profissionais pra fazer o trabalho deles com amor, parecia que era uma pessoa da família deles que tava ali, eu senti isso. (S17)

Esses sentimentos também foram expressos por alguns pacientes no momento do procedimento:

Muito bem. Eles tratam a gente muito bem. Mandando ter paciência que tudo ia dar certo. Ficaram todo o tempo ao meu lado, conversaram comigo, segurando minha mão. Me senti segura... (S03)

Eu tive atenção total. (...) ficavam dizendo “se acalme, se acalme” “fique tranqüilo, tá tudo certo”. Ficava sempre uma pessoa comigo, aplicando injeção, monitorando a pressão, aqui acolá conversando comigo... ai eu ficava mais tranqüilo.(S07)

...elas sempre contavam histórias; e eu acho que tanto o médico como o enfermeiro, cada um tem dentro de si um pouco daquele palhaço da alegria, como se diz, um pouco de psicologia, de terapia... se a pessoa num tiver conhecimento disso pode até pensar “naam... o médico tava me operando e falando de uma festa acolá”. Quis até rir com as conversas deles... (S17)

Sousa et al (2002), afirmam que a existência de uma interação humana entre paciente e enfermeiro, possibilita um maior esclarecimento e aprendizado por parte do cliente, e, conseqüentemente, seus sentimentos de segurança e cooperação são favorecidos, acelerando o processo de alta.

A partir destas informações, constatou-se através da opinião de grande parte dos entrevistados que os mesmos receberam um bom tratamento, uma vez que afirmaram ter havido interação entre os mesmos e os profissionais, o que lhes proporcionou relaxamento e bem-estar para aquele momento.

O parecer favorável ao atendimento prestado pela equipe pode estar relacionado, principalmente, ao sucesso da cirurgia. Quanto ao pré-operatório, isto pode estar relacionado tanto ao nível de escolaridade, uma vez que os pacientes podem não compreender a complexidade do momento que enfrentaram e estarem mais preocupados com a urgência em terminar logo com a espera, quanto à natureza particular de cada um, a qual não se pode questionar.

Em relação ao momento da cirurgia, os entrevistados associaram os sentimentos de tranqüilidade e satisfação ao tratamento dado pela equipe e às conversas que ocorreram entre eles e os profissionais, onde eram expressas palavras de apoio e interesse em conhecer as condições emocionais dos mesmos, daí a importância de se fazer a inclusão do paciente em todos os momentos, uma vez que ele é o principal ator do momento cirúrgico e necessita de

todas as atenções voltadas para as suas necessidades e bem-estar, conseguindo-se desta forma atribuir um caráter ético e humanitário à assistência.

4.2.6 AVALIAÇÃO GERAL DO PACIENTE SOBRE O PREPARO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Seguindo o preceito de que o enfermeiro deve dispor de certo preparo que esteja voltado para a assistência humanizada, em que seu olhar esteja direcionado ao cliente e seus interesses, os pacientes tiveram a oportunidade de avaliar o trabalho da equipe de Enfermagem ao atendê-los, evidenciando os pontos que mais se destacaram positiva ou negativamente e indicando, se achassem necessários, os aspectos que poderiam ser melhorados. Os mesmos avaliaram sob as seguintes variáveis: “ótimo/bom”, “regular” ou “ruim”.

Nesta categoria a maioria significativa considerou o trabalho realizado como ótimo ou bom, devendo-se, principalmente, pela conversa, apoio, tranquilização e profissionalismo demonstrado durante todo o perioperatório:

Ah, eles são bons. Eu fui atendida várias vezes por eles. Eles me tranquilizaram toda hora o pessoal da Enfermagem. Me sentia bem. Não precisa melhorar em nada. (...) enquanto enfermeiro que a gente chama, fica até com cara feia, enquanto eles tavam ali, do meu lado, me tranquilizando direto, segurando minha mão. (S03)

Eu tenho certeza que eles são capazes. Apesar de ser a primeira vez que eu fiz, eu só tenho que agradecer. Eu não achei nenhuma falta de nada... foi feito tudo certo. Pra mim não faltou nada. (S15)

Eles trabalham muito bem, trabalham porque tem amor pelo trabalho. Porque tem uns que trabalham eu nem sei porquê. Se tivesse que mudar alguma coisa? Pelo menos a que tava lá não. Se tivesse que fazer outra (cirurgia), faria com eles sem pensar duas vezes. (S18)

Os entrevistados foram bastante enfáticos ao afirmar que a equipe de enfermagem está capacitada a proporcionar uma assistência apropriada, e este dado torna-se relevante haja vista que esta é uma condição primordial para o sucesso do processo operatório como um todo. Esta avaliação foi feita mediante a construção da relação paciente-profissional, a partir de simples gestos afetivos, como um olhar atencioso ou o aperto de mão, passando pelo

estabelecimento do diálogo, que acaba por colocar o paciente em uma situação nivelada a do profissional, reafirmando sua propriedade de sujeito ativo no processo.

Ao falar de humanização, é essencial que se construa relações a partir de laços afetivos, que fazem preciosas e valorizadas as pessoas e as situações. Atitudes como essa permeiam a conexão entre os sujeitos e facilita uma relação tanto profissional, como pessoal e, desta maneira, otimiza o nível da assistência e eleva os padrões de qualidade do próprio serviço. (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005)

Alguns, por sua vez, relataram ter gostado do tratamento recebido, mas sentiram falta de alguns elementos no cuidado provenientes da equipe de enfermagem, como o tocar, falar e escutar, e, por incrível que pareça, um dos entrevistados achou que a falta de interação com o paciente poderia ser regulamento do setor:

A equipe trabalha bem. Mas poderia melhorar, podiam conversar mais com o paciente que tá lá... perguntar se ta sentindo alguma coisa... Não sei se é uma norma pra não conversar com o paciente. (...) entre si eles conversavam, só não conversavam comigo... deviam dizer como tava sendo a cirurgia... mas essa parte eles não fazem não. (S13)

Eu sei que 100% não foi, mas se fosse pra eu dar uma nota pro centro cirúrgico daqui eu daria um 9. Faltou eles chegarem mais, conversar com o cara, orientasse o cara pra chegar mais ou menos informado. (S16)

Os depoimentos acima demonstram, principalmente, que os usuários podem não compreender totalmente a essência da assistência que deve ser prestada, mas entendem que faltam atitudes voltadas para atendê-los diretamente e satisfazer suas necessidades pessoais. Porém, houve aqueles que avaliaram o trabalho da equipe de enfermagem de forma negativa, expressando claramente que isso ocorreu, principalmente, pela falta de acompanhamento e fornecimento de informações:

Eu acho que não é muito bom não. Porque eu fiquei esperando sozinha o tempo todo, deveria alguém acompanhar.(S02)

Acho que não preparam bem, eles não acompanham de perto. Eles deviam tratar melhor, indicar melhor, pra não ter tanto nervosismo. Eles deviam chegar mais perto, conversar, explicar direitinho. (S11)

A gente num vê o 'preparamento' quase nada porque eles são 'separado', um faz isso, outro faz isso, ai a gente num tá vendo o que ele tá fazendo. Devia ser mais comportado, um negócio mais, 'vamo' dizer assim, você chegar lá e conversar "olha, o senhor vai ficar bom, você vai ficar assim... tal tal.". (S19)

Àqueles que se posicionaram parcial ou completamente desfavoráveis à existência de um bom preparo proporcionado pela enfermagem, atribuíram razões que dizem respeito justamente ao inverso do que é proposto pela Política Nacional de Humanização: a inexistência do vínculo usuário-paciente, demonstrado pela falta de iniciativa do profissional em iniciar uma conversa, a ausência do tocar, do olhar e do pronto-atendimento, mesmo que sem necessidade explícita, aos interesses individuais daquele que é o sujeito mais importante do trabalho realizado no centro cirúrgico.

Rios (2008) confirma a dificuldade em se humanizar o atendimento dizendo que, mesmo considerando os aspectos subjetivos e pessoais da vida dos pacientes, o ambiente de trabalho agrega os principais fatores de adoecimento do profissional de saúde no seu ofício. Neste sentido, pode-se atribuir esse déficit na qualidade da assistência essencialmente à dinâmica organizacional, profissional e interpessoal que ocorre no centro cirúrgico: profissionais atuando separadamente, a sobrecarga de trabalho e o próprio tecnicismo que envolve o ato operatório.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização em saúde constitui-se como o princípio norteador de toda e qualquer profissão vinculada ao cuidar e tratar do ser humano. Baseado essencialmente na ética profissional, o ato de humanizar ainda constitui um dos dilemas mais discutidos na atualidade, uma vez que ainda se encontra profissionais adversos à uma prática voltada aos princípios básicos de sua formação.

Neste sentido, o “humanizar” requer essencialmente a dedicação das equipes multiprofissionais em todo o âmbito hospitalar, prestando uma atenção maior àqueles que se configuram como de alta complexidade e nível técnico, como o centro cirúrgico.

O processo cirúrgico na dinâmica do processo saúde-doença constitui-se como um momento bastante delicado à vida do paciente. Antes de pensar que o tratamento cirúrgico tem a finalidade curativa que lhe permitirá uma melhor qualidade de vida, o paciente teme por sua vida e tem receio frente às mudanças no estilo de vida ou possíveis complicações advindas pela realização da cirurgia.

Conforme a evolução dos tratamentos de saúde e do cuidar, a enfermagem teve que direcionar uma atenção especial ao paciente submetido a um procedimento tão invasivo como é a cirurgia: incorporar ao cuidado uma atenção continuada e sistematizada em todas as fases operatórias, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Esta se caracteriza como ferramenta fundamental no tratamento prestado pela equipe de enfermagem, uma vez que permite o estabelecimento de diagnósticos específicos aos sentimentos e necessidades de cada paciente, bem como a implementação de medidas inteiramente voltadas a atendê-las. Contudo, apesar da ciência acerca de sua importância, a SAEP ainda não é implantada devidamente no cuidado de enfermagem prestado no centro cirúrgico.

Neste sentido, o presente estudo procurou identificar, através da fala dos próprios pacientes, a existência do cuidado humanizado no ambiente do centro cirúrgico. Na análise da qualidade da recepção por parte dos profissionais de enfermagem, os discursos revelaram, em sua maioria, um bom atendimento, uma vez que referem terem sido tratados por seus nomes e ter havido o estabelecimento de diálogo por parte dos profissionais, fazendo-os sentir-se como parte fundamental do meio o qual se inseriam.

No tocante ao suporte fornecido no pré e pós-operatório, os discursos foram heterogêneos, em que alguns afirmavam ter recebido apoio através de conversas e outros que

ficaram sozinhos enquanto aguardavam, apesar de todos expressarem certa tranqüilidade pela rapidez com que foram atendidos.

A maioria não tinha conhecimentos sobre a cirurgia proposta e nem tão pouco foram preparados pela equipe, de modo que, ainda assim, os sentimentos por eles apresentados variaram entre felicidade, tranqüilidade, medo, ansiedade e insegurança; dependendo obviamente de sua percepção pessoal e falta de conhecimento frente ao processo cirúrgico. E a avaliação que fizeram do atendimento prestado pela equipe ficou situada entre ótimo e bom, uma vez que referiram a existência da preocupação e atenção dos enfermeiros.

Demonstra-se, desta forma, que o medo, a ansiedade e a insegurança acerca do sucesso da cirurgia constituem os principais sentimentos que o paciente traz consigo, e que estes impedem o bom andamento da terapêutica, porque, na maioria das vezes, os usuários do serviço de saúde não têm suas dúvidas sanadas e os profissionais não têm interesse ou não são estimulados a efetuar atitudes que fortaleçam o vínculo junto aos pacientes.

Através dos métodos utilizados, foi possível investigar se há a existência de um cuidado humanizado por parte dos profissionais da enfermagem no centro cirúrgico a partir dos sentimentos por eles referidos e sua conseqüente avaliação. A maioria dos entrevistados mostrou-se satisfeita com o atendimento fornecido pela equipe multiprofissional atuante no setor, porém, sabe-se que implicações como a falta de conhecimento sobre o que se trata o ato operatório, sobre seus direitos a um tratamento direcionado e ilusão perante o sucesso da cirurgia maquiavam a real qualidade do serviço prestado, já que são muitas as dificuldades existentes para que a assistência vá totalmente ao encontro do que é preconizado.

Já que este estudo baseia-se na concepção do paciente sobre a qualidade do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, podemos classificá-lo como “bom” segundo a maioria dos entrevistados, e com pendências sob nossa análise. O bom atendimento é aquele que é de igual pra igual, que é humano e individual. Para que possamos dizer que esse serviço existe de fato, ainda há muito o que ser feito e mudado, e isto parte primeiramente dos princípios éticos de cada profissional, seja gestor ou setorial, pois a humanidade está presente em cada um de nós, e através da existência de princípios e ações educativas que norteiem o olhar ao ser humano e na assistência humanizada.

Apesar de existir uma PNH, observa-se que são vários os obstáculos que impedem ou dificultam sua implementação, como a falta de estrutura institucional condicionante, falta de princípios filosóficos norteadores ao atendimento por parte da instituição, a existência de aspectos culturais, sociais e ocupacionais que geram diferenças entre os próprios

profissionais, bem como entre os mesmos e o paciente, e a falta de ações educativas que visem o atendimento humanizado.

Diante do que foi exposto, conclui-se que a implantação de um programa de humanização adequado às necessidades da instituição é essencial e indispensável, principalmente, do centro cirúrgico. Esta forneceria as condições necessárias ao bom funcionamento do setor e a satisfação daqueles que o compõe, seria ofertado um tratamento digno, individual e acolhedor pelos cuidadores que atendem o usuário não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania. Para os profissionais da equipe de enfermagem haveria a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua vocação e profissão: o cuidado por e para o ser humano.

Além da tarefa pessoal de cada um em olhar o usuário como ser humano dotado de interesses e particularidades, é dever da instituição apresentar meios de inclusão do humanizar através de ações que vão desde a mudança da dinâmica setorial, até a capacitação dos profissionais que lá se encontram, principalmente, através da boa distribuição das escalas mensais de trabalho, bons salários, reestruturação do ambiente cirúrgico e implementação de um programa ativo em capacitar esses profissionais para o cuidado humano ao ser humano.

Somente assim o paciente terá condições para compreender o contexto no qual está inserido de modo eficaz e adequado, uma vez que o mesmo seria informado devidamente sobre todo o tratamento e, principalmente, seria visto como ser humano, dotado de conhecimento, qualidades, direitos e particularidades, e a partir desta nova realidade e concepção, o mesmo teria noção de seus direitos e passaria a ter uma nova visão sobre a assistência recebida, em que seu olhar seria desnaturalizado para saber diferenciar assistência rotineira de uma assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, S.J.S. **Contribuições demográficas para a formulação de ações políticas: o exemplo das telecomunicações em Campinas (SP)**. Campinas, 2005. 154f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- ALONSO, N.B.; MUSZKATA, R.S.A.; YACUBIANA, E.M.T.; CABOCLO, L.O.S.F. Suporte Familiar nas Epilepsias. **J Epilepsy Clin Neurophysiol**, v.16, n.4, p.170-173, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jecn/v16n4/10.pdf>>. Acesso em: 13 de junho de 2010.
- BACKES, D.S.; LUNARDI V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132-135, jan-fev, 2006.
- BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 427-434, jul-set, 2005.
- BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Relato de pesquisa. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>>. Acesso em: 18 de maio 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BEDIN, E.; RIBEIRO, L.B.M.; BARRETO, R.A.S.S. 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: 12 de fevereiro de 2011.
- BETTS, J. Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar. **Humaniza**, 2003. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 08 de maio de 2011.
- BIAZIN, D.T.; COLDIBELLI, L.M.F.; RIBEIRO, R.P.; SILVA, M.C.; ANDRADE, M.A.; FLAUZINO, E.; LARA, F.N. Importância da Assistência Humanizada ao paciente submetido a Cirurgia Cardíaca. **Terra e Cultura**, Ano XVIII, Nº 35, p. 121-132, 2001.
- BONI, V.; QUARESMA, J.S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, jan-jun 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Série E. Legislação de Saúde. 8 p, Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa. Envolvendo Seres Humanos: Resolução 196/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. **Lei Federal 8080/90**. Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

_____, Ministério da Saúde. **Manutenção incorporada à estrutura hospitalar**. Série Saúde & Tecnologia — Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 74 p, Brasília: Ministério da saúde, 1995.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outros)**. Brasília: Ministério da saúde, 1996.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde**. 14p, Brasília: Ministério da saúde, 2006 b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Departamento de Normas Técnicas. **Resolução da Diretoria Colegiada nº50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2011.

CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. G. Assistência de enfermagem perioperatória - um modelo conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 24, n. 3, p. 359-370, 1990.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 111-118, set-dez, 2005.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, set-dez, 2004.

FORTES P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo: Ed. Pedagógica Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GAIVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 469-76, mai-jun, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a04.pdf>>. Acesso em: 06 de abril de 2011.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-695, set-out, 2002.

GIL, A. C. O. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4a ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, abril, 1995. Disponível em: <<http://fcap.adm.br/revistas/RCA/HTML/v01/RCAv01a14.htm>>. Acesso em: 06 de abril de 2011.

GOMES, M.C.S.M.A. **Organização e gestão do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte - Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de População**. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 de abril de 2011.

JOUCLAS, V. M. G.; TENCANTTI, G. T.; OLIVEIRA, V. M. Qualidade do cuidado de enfermagem transoperatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente. **Rev. Cogitare de Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 43-49, 1998.

LOPES, C.M.de M.; GALVÃO, C.M. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.2, t. 01-08, mar-abr, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_21.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2011.

LOPES, R.A.; CAMARGOS, A.T. A Humanização do atendimento do bloco cirúrgico do Hospital João XXIII – Pronto Socorro. **Rev. Enf. Hops. On line**, v. 1, n. 1, p. 15-16, jul-dez, 2009.

MACRAE, E.; VIDAL, S.S. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. **Rev. Antropol**, São Paulo, v. 49, n. 2, jul-dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77012006000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 de maio 2011.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos, **Anais USC**, Bauru, v. 1, p. 01-10, 2004.

MARTINS, P.A.F.; SILVA D.C.; ALVIM, N.A.T. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 143-150, mar, 2010.

MASTRANTONIO, M.A.; GRAZIANO, K.U. Proposta de um instrumento de avaliação dos padrões de qualidade de uma unidade de centro cirúrgico ajuizado por especialistas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 26, v. 26. n.2, abr-jun, 2002.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul-set, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>> Acesso em: 15 de março de 2011.

PENICHE, A.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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n1/v32n1a04.pdf>>. Acesso em: 09 de junho de 2011.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

RECH, C.M.F. **Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?** São Paulo, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

REIS, A.O.A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, set-dez, 2004.

RIOS, I.C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. São Paulo, **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 4, p. 151-160, 2008.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.3, p.427-434, maio-jun, 2010.

SOUSA, R. A. de et al. **Communication during the visit to the bed as a nursing care quality factor**. In: Brazilian nursing communication symposium, 8, São Paulo, 2002. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000005200200100031&Ing=en&nrm=abn>. Acesso em: 13 de junho de 2010.

SPIRI, W.C. Estudo sobre a percepção do clima organizacional do centro cirúrgico de um hospital especializado. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 11-14, janeiro, 1998.

TANJI, S.; NOVAKOSKI, L.E.R. O cuidado humanizado num contexto hospitalar. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 800-811, 2000.

TAYLOT, C.; LILLIS,C.; LEMONE,P. **Fundamentos de Enfermagem**. A arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa de ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987

VALE, E.G.; AMORIM, M.F.; FREITAS, C.B.; MELO, F.P. Orientação pré-operatória: análise compreensiva sob a ótica do cliente. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 31-36, jan-mar, 1997.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set-dez, 2009. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 09 de junho de 2011.

VILA, V.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.02, p.137 – 144, 2002.

ZAGO, M.M.F.; CASAGRANDE, L.D.R. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: A influência cultural. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 69-74, outubro, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a09.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

INSTRUÇÕES: Estamos desenvolvendo um estudo que envolve a percepção do paciente acerca da assistência da equipe de enfermagem no momento em que o Sr.(a) encontrava-se nas dependências Centro Cirúrgico. Seguem adiante alguns questionamentos, os quais o Sr.(a) deverá responder sinceramente e por completo. Não existem respostas certas ou erradas, e o que mais nos interessa é sua opinião sobre este tema. Desde já, agradecemos pela sua colaboração.

Dados sócio-demográficos:

Nome: _____

Cidade onde reside: _____

Idade: ___ anos ; Sexo: () M () F

Escolaridade:

() Sem estudos () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Outros

Estado Civil:

() Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () Divorciado (a) () Outros

Profissão: _____

Religião: _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___ Hora: _____

Questões que fundamentam a pesquisa:

- 1- Como a equipe de Enfermagem lhe atendeu ou lhe tratou ao chegar no Centro Cirúrgico?
- 2- Para onde lhe levaram enquanto aguardava o momento da sua cirurgia?
- 3- Com quem você estava enquanto aguardava sua cirurgia? Por quanto tempo esperou?
- 4- O que você sabia sobre o procedimento a que ia se submeter? Quem lhe preparou?
- 5- Quais os sentimentos o(a) senhor(a) sentia ao saber que se aproximava a cirurgia?
- 6- Especifique em qual(ais) momento(s) e por quê.
- 7- Dentro da sala de cirurgia, que tipo de atenção lhe foi prestada? Como foi essa experiência?
- 8- Terminada a cirurgia, que instruções o(a) senhor(a) recebeu para o pós operatório?

- 9- Onde o(a) senhor(a) ficou para a recuperação pós-cirúrgica? Como se sentiu?
- 10- Como você avalia a forma como a equipe de enfermagem trabalha para preparar um paciente para o procedimento cirúrgico?

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO(S)

ANEXO A
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO
DE PESQUISA

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: “HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO: UM OLHAR DO PACIENTE”

Eu, **Rosimery Cruz de Oliveira Dantas**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 1.086546 SSP/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Orientanda

Luana Egle Queiroz Damásio

CAJAZEIRAS – PB, 29 DE ABRIL DE 2011

ANEXO B
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO
DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Pesquisa: “HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRURÚRGICO: UM OLHAR DO PACIENTE”.

Eu, Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, professora da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras-PB, portadora do RG: 1086546 SSP/PB e CPF: 467125504-91 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB, 29 DE ABRIL DE 2011

ANEXO C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Humanização da Assistência de Enfermagem do Centro Cirúrgico: um olhar do paciente”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: o trabalho **“HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO: um olhar do paciente”** terá como objetivo investigar, sob a percepção do paciente, a assistência de enfermagem prestada na fase perioperatória, quando este se encontra no centro cirúrgico, com ênfase na humanização.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder a **ENTREVISTA** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 96511908 com **LUANA EGLE QUEIROZ DAMÁSIO**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

ANEXO D
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO D**HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB****CNPJ: 08.778.268/0020-23****R. Tabelaão Antônio Holanda, nº01, Centro, CEP: 58900-000, Cajazeiras-PB****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO: UM OLHAR DO PACIENTE" desenvolvida pela aluna Luana Egle Queiroz Damásio, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB, 29 DE ABRIL DE 2011

Dra. Emmanuelle Lira Cariry

ANEXO E
DOCUMENTO DE ACEITE DO CEP/UEPB



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

CAAE: 0225.0.133.000-11

PARECER: **APROVADO (x)**

NÃO APROVADO ()

PENDENTE ()

TÍTULO: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO: um olhar do paciente

PESQUISADOR (A)/ORIENTADOR (A): ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS
ORIENTANDO (A): LUANA EGLE QUEIROZ DAMÁSIO

Na apreciação deste projeto, inicialmente constatamos a Folha de Rosto (FR); Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa, Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR); Termo de Autorização Institucional (TAI); e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando tais documentos em conformidade com os padrões recomendados por este Comitê.

No corpo do trabalho verificamos introdução, justificativa, objetivos, referencial teórico, metodologia, cronograma de execução, cronograma orçamentário, e referências; havendo coerência e articulação científica entre esses elementos.

Outrossim, salientamos que as informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. De modo igual, destacamos a receptividade desse projeto com relação às recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previstas, respectivamente, nos itens: IV.1.f, IV.2.d, III.1.z, V.3 e V.4, da Resolução acima mencionada.

Portanto, tendo por fundamento a Resolução supra, que disciplina a matéria em análise; bem como a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendemos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 27 de maio de 2011

Relator 18

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa