

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: *transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.*

CHAPECÓ

2014

TÂNIA MARISA KOCH

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: *transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.*

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Mestre Denise Consuelo Moser.

CHAPECÓ

2014

DGI/DGCI - Divisão de Gestão de Conhecimento e Inovação

Koch, Tânia Marisa

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem./ Tânia Marisa Koch. -- 2014.
95 f.:il.

Orientadora: Professora Mestre Denise Consuelo Moser..

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharel em Enfermagem , Chapecó, SC, 2014.

1. Introdução e Desenvolvimento. 2. Caminho Metodológico. 3. Apresentação dos dados e discussões. 4. O CONHECIMENTO NO PERCURSO DO CUIDADO: um movimento possível?. 5. O CUIDADO DESVELADO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA: entrelaçando potências e possibilidades. I. Moser., Professora Mestre Denise Consuelo, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

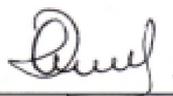
TÂNIA MARISA KOCH

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: *transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.*

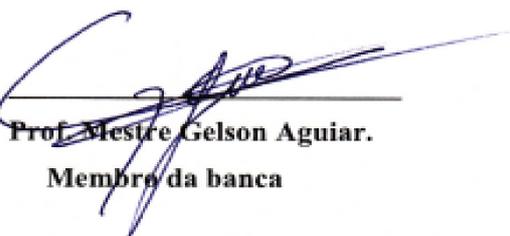
Este trabalho de conclusão de curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

Bacharel em Enfermagem

Banca Examinadora:



Prof. Mestre Denise Consuelo Moser
Orientadora



Prof. Mestre Gelson Aguiar.
Membro da banca



Prof. Mestre Eleine Maestri
Membro da banca

Chapecó, 10 Dezembro de 2014

*Na verdade cuidar é muito mais que um ato, é
uma atitude de ocupação, preocupação,
de responsabilização, e de
envolvimento afetivo
com o outro.*

BOFF, 1999.

A AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pela força e perseverança de seguir nessa caminhada em busca de um sonho e por permitir realizar mais essa importante etapa em minha vida.

Aos meus *Amados Pais* pelo exemplo que são em minha vida, e por tudo que me ensinaram, e ainda ensinam, pela compreensão, carinho, dedicação, amor. Sempre incentivando em seguir em frente e mostrando que devemos ser perseverantes.

Aos meus *queridos irmãos* pelo carinho, pelas palavras de apoio, nos momentos difíceis, e principalmente pelo ombro amigo.

À minha querida orientadora e amiga *Denise Consuelo Moser*, pela sua dedicação, estímulo, sua atenção e apoio científico, pela sua paciência, pelos momentos de reflexão que me fizeram abstrair novos olhares sobre a profissão e, finalmente, pela amizade e carinho. Minha profunda gratidão.

Aos *membros da banca* pelo carinho e pelo tempo dispensado para realizar as leituras atentas e pelos conselhos e palavras de incentivo. Meu agradecimento.

Aos *enfermeiros*, em breve colegas de profissão que participaram dessa pesquisa pelo tempo dispensado nas entrevistas e colaborações, fica o meu agradecimento.

Ao meu *amor* que esteve sempre comigo nessa caminhada, me fortalecendo e encorajando.

E aos demais *amigos* que de alguma forma contribuíram na elaboração e produção desse trabalho.

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: *transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem*

Koch, Tânia Marisa

Orientadora: Prof.^a Enf. Msc. Denise Consuelo Moser

RESUMO: A enfermagem é uma profissão que realiza cuidados a outras pessoas, assim, o ato de cuidar torna-se uma ação inerente à categoria. Dessa maneira a preocupação com a qualidade da assistência prestada ao paciente no momento anestésico cirúrgico deve ser constante, o que exige dos profissionais conhecimentos e habilidades para interferir minimizando os riscos. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, com estudo de campo, que teve como objetivo verificar o conhecimento dos enfermeiros (as) de um hospital público da região Oeste do Estado de Santa Catarina, sobre o cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico. Para isto utilizou-se a pesquisa qualitativa, entrevista semiestruturada e a observação com registros em diário de bordo. A população da pesquisa foi composto por sete enfermeiros que atuam no centro cirúrgico desse hospital. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2014 e submetidos a análise de conteúdo de Bardin que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação e visa obter, através da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção. Nessa lógica resultaram dois capítulos, intitulados como: “O conhecimento no percurso do cuidado: um movimento possível?; “O cuidado desvelado na assistência prestada: entrelaçando potências e possibilidades. Os resultados obtidos demonstram que os profissionais estão muito mais preocupados com o fazer e com a supressão da demanda do que com um cuidado humanizado, acolhedor e individualizado. Entretanto observou-se que em alguns relatos a essência do cuidar e do cuidado reluta em emergir e permanecer integrada ao conhecimento científico. A enfermagem é uma profissão onde os profissionais prestam cuidados a outras pessoas e, com isso, o cuidar torna-se uma ação inerente à profissão.

Palavras Chaves¹: Anestesia. Enfermagem perioperatória. Cuidar/Cuidado. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

¹ As palavras-chave constam nos descritores em saúde da BIREME conforme pode ser visualizado no site www.decs.bvs.br.

**SURGICAL ANAESTHETIC TIME: moving between the knowledge of nurses (as)
and nursing care.**

Koch, Tânia Marisa

Orientadora: Prof.^a Enf. Msc. Denise Consuelo Moser

ABSTRACT: Nursing is a profession that performs one Care Other PEOPLE Thus, Makes Care Act -If An action inherent in the category, this way a Concern with the quality of care provided to patients no anesthetic moment Surgical MUST be constant, which requires professional Knowledge and Skills of Pará interfere OS minimizing risks. This is a descriptive, exploratory study of qualitative approach, with field study, which aimed to verify the knowledge of nurses (as) a public hospital in the West of Santa Catarina region, on the nursing care at the time surgical anesthetic. For this we used a semi-structured interview and observation records in the logbook, the research population was composed of seven nurses working in the operating room of the hospital. Data were collected in the second half of 2014 and submitted to Bardin content analysis which consists of a set of communication analysis techniques and seeks, through the description of message content, indicators for the deduction of knowledge concerning the conditions production. The results show that professionals are far more concerned with doing and the suppression of demand than with a humanized, warm and individualized care. However it was observed that in some reports the essence of care and care reluctant to emerge and remain integrated with scientific knowledge. Nursing is a profession where professionals provide care to others and, therefore, care becomes an inherent to the profession action.

Keywords: Anesthesia. Perioperative nursing. Care / Care. Systematization of Nursing Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura1a Capa: Anestesia Geral (www.tvenfermagem.com)	
Figura1b: Anestesia (http://www2.uol.com.br/sciam/reportagens/por_tras_da_anestesia.html).....	14
Figura 2: O movimento de cuidar (www.sobecc.org.br)	19
Figura 3: Olhando para a dor do outro (www.anestesiados.com/anestesia-y-guerra-la-primera-guerra-mundial-parte-3-la-historia-y-los-personajes)	20
Figura 4: Enfim, o alívio da dor (www.sda.com.do/história-de-la-anestesia)	22
Figura 5: Em busca de um cuidado qualificado (www.sobecc.org.br)	29
Figura 6: Os processos de cuidar de Myra Levine (myralevine.blogspot.com)	33
Figura 7: Pré análise dos dados (banco de dados do autor)	44
Figura 8: Enfermagem é a arte de cuidar(muitoengra.com)	53
Figura 9: Cuidando e sendo cuidado. Revista Texto & Contexto: (www.scielo.br)	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Codificação dos dados da 1ª categoria.....	45
Tabela 2 Codificação dos dados da 2ª categoria.....	47

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 Idade dos Profissionais.....	44
Gráfico 2 Tempo de formação X Tempo de atuação profissional.....	44

LISTA DE SIGLAS

AANA = Associação Americana de Enfermeiros Anestesistas

ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Serviços de Saúde.

AORN = Association Of Operating Room Nurses.

CC = Centro Cirúrgico.

CEP = Comitê de Ética e Pesquisa.

CFM = Conselho Federal de Medicina.

CIE = Conselho Internacional de Enfermagem

CME = Centro de Material e Esterilização.

COFEN = Conselho Federal de Enfermagem.

IRAS = Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

MS = Ministério da Saúde.

OMS = Organização Mundial da Saúde.

OPAS = Organização Pan-Americana da Saúde.

RPA = Recuperação Pós Anestésica.

SAE = Sistematização da Assistência de Enfermagem.

SAEP = Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.

SRA = Sala de Recuperação Anestésica.

SRPA = Sala de Recuperação Pós Anestésica.

SOBECC = Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Pós Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

TCI = Termo de Consentimento Informado.

TCLE = Termo Consentimento Livre Esclarecido.

UFFS = Universidade Federal da Fronteira Sul.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Iniciando a viagem.....	14
2 DESENVOLVIMENTO.....	18
2.1 MOMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO: <i>um pouco da história</i>	19
2.2 RISCOS CIRÚRGICOS: <i>um cuidado vigiado</i>	22
2.3 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E SISTEMATIZAÇÃO: <i>percursos e processos sob o olhar teórico de Myra Levine</i>	28
3 CAMINHO METODOLÓGICO: <i>a opção por um estudo qualitativo</i>	38
3.1 Características, Cenário e Protagonistas do Estudo.....	38
3.2 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados	40
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	44
5 O CONHECIMENTO NO PERCURSO DO CUIDADO: <i>um movimento possível?</i> .	52
6 O CUIDADO DESVELADO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA: <i>entrelaçando potências e possibilidades.</i>	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
APÊNDICES	77
APÊNDICE A - Ofício a ser encaminhado à direção e coordenação de enfermagem do hospital.	78
APÊNDICE B – Deferimento da Instituição.....	79
APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semiestruturada.....	80
APÊNDICE D -Roteiro de observação do campo e registro em diário de bordo	81
ANEXOS.....	82
ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	83
ANEXO B - Termo de confidencialidade	85

ANEXO C - Solicitação de trabalhos de conclusão de curso – TCC e pesquisas (proposto pelo hro).....	86
ANEXO D - Parecer do comitê de ética em pesquisa	89

1 INTRODUÇÃO

*“Não dormir somos todos vulneráveis”
William Shakespeare*

Figura 1b

anestesia... sinalizando o silêncio



Ao iniciar este pequeno ensaio, lanço algumas reflexões, a partir de uma questão que angustia os pacientes² no momento em que ele se depara com a condição cirúrgica: *O que acontecerá comigo durante a anestesia? Será que vou acordar? Sentirei algo?* Esta questão é recorrente entre os pacientes e faz repensar e analisar as práticas vivenciadas no campo de atuação profissional da Enfermagem, em especial do Enfermeiro e da Enfermeira.

1.1 Iniciando a viagem

Considerando que o centro cirúrgico é uma unidade de alta complexidade, que abrange tecnologias e procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes, bem como da especificidade do atendimento e da importância da conscientização da humanização

² Neste trabalho adotou-se a terminologia paciente para uma pessoa que padece, doente, que está sob os cuidados de saúde (HOUAISS, 2001).

aos enfermeiros envolvidos nesse processo, exige do profissional de enfermagem, amplo conhecimento sobre todo o período perioperatório, principalmente em relação ao momento anestésico cirúrgico.

Nesse aspecto precisamos repensar medidas que visam proporcionar maior segurança e conforto ao paciente, e uma das maneiras de alcançar essa proposta é através da utilização da SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória).

Há uma preocupação com a qualidade da assistência quando relacionada à alta complexidade do Centro Cirúrgico e os procedimentos ali realizados. A importância do treinamento e habilidade para prestar cuidados de alta qualidade e individualização é primordial, pois os problemas que ocorrem na maioria das vezes resultam da falta de pessoal treinado capaz de reconhecer sinais de complicações para intervir no momento adequado (PENICHE, 1998).

Acredita-se que uma forma de prestar assistência individualizada e humanizada ao paciente seja por meio da sistematização da assistência de enfermagem, pois é o meio pelo qual o enfermeiro consegue avaliar o paciente, as circunstâncias em que se encontra, planejar e implementar os cuidados a serem prestados, utilizando como recurso à assistência sistematizada (PICCOLI; GALVÃO, 2007).

Portanto, na atenção ao paciente pré-cirúrgico, a equipe de enfermagem é a principal responsável pelo seu preparo, estabelecendo e desenvolvendo diversas ações de cuidados de enfermagem, de acordo com a especificidade da cirurgia que será exposto (SOBECC, 2009). Esses cuidados, por sua vez, são executados de acordo com conhecimentos especializados, para atender às necessidades advindas do tratamento cirúrgico.

Estes cuidados incluem, ainda, orientação, preparo físico e emocional, avaliação e encaminhamento ao centro cirúrgico com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório, uma vez que estas geralmente estão associadas a um preparo pré-operatório inadequadas (POSSARI, 2009).

O paciente cirúrgico apresenta características específicas o que demanda uma assistência de enfermagem qualificada e diferenciada. Dessa maneira, pode-se alcançar esta qualidade por meio da utilização do processo de enfermagem aplicado ao paciente cirúrgico, denominado Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP). Que por sua vez, inicia no período pré-operatório, culminando com a chegada do paciente ao hospital, e se estende até as 24 ou 48 horas seguintes ao ato anestésico-cirúrgico (SOBECC, 2009).

Este modelo de assistência tem como finalidade principal o planejamento e a implementação dos cuidados ao paciente e visa diminuir os riscos ao paciente, indo ao encontro do processo de cirurgia segura.

A segurança do paciente deve ser sempre uma preocupação durante a cirurgia e anestesia. Aproximadamente 25 milhões de anestésias são feitas anualmente nos Estados Unidos. Dessas, um acidente anestésico é a causa primária de morte em cerca de 2000 casos (ROTHROCK, 2007, p.136).

Por essa razão, destaca-se a importância da atuação e a presença do enfermeiro (a) no período pré-operatório, pois a ele compete o planejamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico, o qual diz respeito às suas necessidades físicas e emocionais, além da orientação³ quanto à cirurgia propriamente dita e o preparo necessário para a intervenção cirúrgica. Neste contexto a enfermagem é desafiada a oferecer uma assistência com qualidade e segurança.

De acordo com SOBECC (2013) o enfermeiro (a) é o profissional habilitado para coordenar o desenvolvimento do ato cirúrgico em todas as suas etapas, tendo como objetivo possibilitar o transcorrer do ato anestésico-cirúrgico dentro de um ambiente seguro, confortável, asséptico com menor risco de intercorrências para o paciente e para a equipe de saúde. É necessário que esteja atento a todas as reações apresentadas pelo paciente nestes períodos, sendo imprescindível o conhecimento de toda a equipe de enfermagem sobre o que compreende o momento anestésico cirúrgico e sua capacidade em avaliar as complicações decorrentes do mesmo, a fim de minimizar os danos (SOBECC, 2013).

Cabe ressaltar, que a orientação é uma forma de esclarecer as dúvidas que a intervenção cirúrgica provoca e o enfermeiro é considerado o profissional que, detém o conhecimento e está habilitado legal e moralmente a fazê-la. Informando o paciente quanto à cirurgia a ser realizada e aos cuidados pré e pós-cirúrgicos aos riscos e benefícios, em uma linguagem acessível, o que demonstra o quanto o papel do enfermeiro

³ A orientação é definida como um componente essencial dos cuidados de enfermagem, “e tem por objetivo promover, manter e normalizar a saúde e, também, a adaptação aos seus efeitos residuais de uma doença”, assim o enfermeiro deve ter responsabilidade de assumir o processo de orientação do paciente (SANTOS, 2005, p. 81).

é importante no sentido de prevenir e minimizar os estressores do processo cirúrgico (PICCOLI e GALVÃO, 2007).

No decorrer da trajetória acadêmica e durante o desenvolvimento das atividades teórico práticas, somadas aos conhecimentos adquiridos como técnica de enfermagem e da minha experiência profissional adquirida no centro cirúrgico surgiram inquietações e indagações no que se referem ao cuidado prestado pelo profissional enfermeiro (a) durante o momento anestésico cirúrgico, bem como, qual o conhecimento que este profissional lança mão, nesse momento em que o paciente é submetido ao procedimento anestésico cirúrgico.

A partir do exposto, a pergunta norteadora que direcionou a pesquisa e desencadeou o objetivo geral foi: Qual o conhecimento dos profissionais enfermeiros (as) sobre o cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico⁴? Na tentativa de elucidar esta questão, lançou-se os seguintes objetivos, a seguir destacados:

Conhecer a percepção dos enfermeiros (as) de um hospital público da região Oeste do Estado de Santa Catarina, sobre o cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico; Caracterizar os enfermeiros (as) envolvidos no momento anestésico cirúrgico, em relação ao seu tempo de atuação e formação específica; Identificar o conhecimento dos enfermeiros (as) com relação às etapas da anestesia e o cuidado de enfermagem ao paciente no momento anestésico cirúrgico; Descrever como o enfermeiro intervém nas complicações decorrentes do momento anestésico cirúrgico, considerando os cuidados de enfermagem desenvolvidos na sala de recuperação pós-anestésica.

Na tentativa de nortear e percorrer as possibilidades que pudessem responder esses objetivos, buscou-se na literatura científica e na pesquisa de campo informações sobre os elementos que constituem o conhecimento dos profissionais enfermeiros e os cuidados de enfermagem realizados no momento anestésico cirúrgico.

⁴ Momento anestésico cirúrgico: será adotada esta nomenclatura, para remeter o cuidado desde o início da indução de anestésicos até o processo final de recuperação da anestesia.

2 DESENVOLVIMENTO

Figura 2

o movimento de cuidar



Para sustentação teórica desta pesquisa buscou-se autores que retratam temas referentes ao período perioperatório, momento anestésico cirúrgico, cirurgia segura, bem como a sistematização da assistência de Enfermagem Perioperatória, visando elucidar a importância no profissional enfermeiro durante esta etapa do cuidado de enfermagem, bem como do conhecimento do enfermeiro referente ao momento anestésico cirúrgico.

Nesse aspecto, estabelecemos diálogos especialmente com Pellizzetti N., Malagutti W, Bonfim IM, Carvalho, Bianchi E., Lacerda R., Peniche e Lopes e com a Associação Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado (SOBECC)⁵, que tem como missão colaborar no desenvolvimento técnico-científico e divulgar práticas para a atuação da enfermagem no período perioperatório. Assim como, propor recomendações às áreas de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de material esterilização, adotando valores, como ética, responsabilidade e compromisso profissional.

⁵ Durante o transcorrer do trabalho também foram utilizados os autores de referência para a SOBECC.

Em sua literatura, a SOBECC aborda questões preconizadas e recomendadas pela Organização Mundial da saúde (OMS), Organização Pan-americana de Assistência à Saúde (OPAS), pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) e pelo Ministério da Saúde (MS).

Neste sentido, selecionou-se ainda um referencial que possibilitasse olhar o cuidado de enfermagem de forma integrada, a partir das teorias de enfermagem. Considerou-se o modelo conceitual proposto por Myra Estrin Levine (1973), que caracteriza o homem como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente; além deste ponto, este modelo preocupa-se com o paciente que adentra em um estabelecimento de saúde necessitando de assistência, ou seja, com estado de saúde alterado. O que são características pertinentes aos pacientes cirúrgicos durante o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico.

Levine (1973), em seu modelo conceitual desenvolveu quatro princípios de conservação: de energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social do paciente. O modelo centraliza-se na intervenção da enfermagem, na adaptação e na reação dos pacientes à doença.

2.1 MOMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO: *um pouco da história*

Figura 3

olhando para a dor do outro



Na tentativa de possibilitar ao leitor uma visão abrangente sobre a temática aqui proposta, nesse capítulo apresentaremos alguns aspectos históricos da anestesia, desde o seu início até as preocupações atuais, destacando o olhar para a segurança do paciente, tema que tem sido discutido no âmbito das instituições hospitalares. Na sequência será abordado o cuidado⁶ de enfermagem ao paciente no momento anestésico cirúrgico, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), suas concepções e aplicabilidade, finalizando com a Teoria e Fundamentos de Myra Levine (1973), que aponta para um cuidado integrado, baseado no princípio da conservação e na adaptação do paciente à doença.

As intervenções cirúrgicas na antiguidade eram realizadas principalmente com as mãos sem nenhum processo de desinfecção precoce e com auxílio de instrumentos precários, que eram limpos com qualquer pano ou até mesmo na aba da sobrecasaca dos cirurgiões, mal conservados e guardados sem nenhuma preocupação com as condições de assepsia (THOWALD, 2002).

Os ambientes apresentavam-se com poucas condições de higiene, e as pessoas submetidas às cirurgias sofriam muito, pois, os procedimentos eram realizados sem a presença de anestesia, o que significava uma tortura, além da incerteza que era gerada em relação à sobrevivência e o temor à infecção, que era vista como o mal da época (THOWALD, 2002). Questão essa que vem de encontro a dúvida comum dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que é: “*O que vai acontecer comigo?*”. Para a cultura ocidental, o conceito de que a dor é algo vindo de um Deus justo remete ao início do cristianismo. Onde as palavras *poiné*, do antigo grego, tinham dois significados, o de pagar e o de punir, e deram origem a palavra *pain*, oriunda do inglês, que tem como significados dor e punição e mais tarde a palavra portuguesa pena, que tem o mesmo duplo sentido (MAIA, 2002). Dessa forma na antiguidade os pacientes não indagavam, sofriam caldos toda esse temor que a cirurgia lhes representava.

Maia (2002) relata que técnicas como a realização do ato cirúrgico com o uso de ferro em brasa para conter sangramentos, assim como o método de contenção a força eram desenvolvidos para que o doente permanecesse imóvel durante o procedimento cirúrgico. Ainda de acordo com Silva (2002) até metade do século XIX, as cirurgias eram realizadas de forma incipiente e a compreensão da fisiopatologia das doenças ocorria de

⁶ Cuidado (cuidado de enfermagem): será adotada esta nomenclatura para abordar a assistência prestada ao paciente no centro cirúrgico.

forma rudimentar, sem poder contar ainda com o descobrimento da origem bacteriana das infecções, da assepsia, uso de luvas, aventais cirúrgicos e dos antibióticos. Logo os cirurgiões que possuíssem habilidades de técnicas rápidas e os aventais mais sujos de sangue eram considerados os melhores, a sociedade tinha uma visão pela qual aquele que necessitasse de uma intervenção estaria fadado a vontade divina devido às altas taxas de mortalidade, da dor, da hemorragia e da infecção que eram enfrentados (SILVA,2002).

O descobrimento das técnicas e práticas em anestesia⁷ pode ser considerado um dos maiores avanços na medicina durante o século XIX, que culminou em transformações nos modelos de vida e qualidade da assistência médica ofertada à sociedade (MOTTA, 2002). O descobrimento da anestesia segundo Motta (2002) é sem dúvida, considerado uma das maiores contribuições do homem civilizado para o bem estar da sociedade, o que pode ser ilustrado através da figura 4.

Figura 4

enfim, o alívio da dor



Em 1846 surge um grande marco na história da cirurgia, a descoberta da anestesia, trazendo com ela a possibilidade de realizar uma cirurgia sem a presença da dor. Porém, apesar do grande avanço na realização de procedimentos sob analgesia, outros problemas

⁷ A anestesia, palavra de origem grega significa “privação da sensação”; é uma condição de ausência de sensações, sejam elas dolorosas, táteis, olfatórias, degustatórias ou visuais. Significa levar o paciente ao estado de anestesia, isto é, priva-lo de todas as sensações, entre elas a dor (SARGS, 2001).

ainda aquietavam os profissionais, como as questões relacionadas à infecção no pós-operatório, o que instigavam médicos e farmacêuticos a se empenharem em descobrir o seu motivo (THOWALD, 2002). No entanto a história da anestesia no Brasil data seu início apenas em 1847, no Hospital Militar do Rio de Janeiro com o médico Roberto Jorge Haddock Lobo, através do uso da anestesia geral, um ano após, o éter ter sido substituído pelo clorofórmio através do professor Manuel Feliciano Pereira de Carvalho na Santa Casa do Rio de Janeiro (BASSO, PICCOLI,2004).

A partir dessas primeiras experiências, a evolução da anestesia ou da anesthesiologia como é chamada atualmente, não parou, paulatinamente novos anestésicos foram descobertos e introduzidos na prática médica, que beneficiam cada vez mais o paciente que é submetido ao momento anestésico cirúrgico e proporcionam maior segurança.

Dessa maneira, a descoberta da anestesia pode ser considerada um elemento fundamental e propulsor no campo da medicina, que com o decorrer da história, gradativamente evoluiu e questões que geravam temor e inquietação aos profissionais e pacientes, como a dor, infecção e hemorragias, foram lentamente sendo sanadas. Permitindo assim, que nos dias atuais realizem-se procedimentos cirúrgicos com segurança, qualidade e eficiência, possibilitando dessa forma, cirurgia e pós operatório sem dor, livre de processos infecciosos e hemorragias. A anesthesiologia é considerada uma especialidade médica imprescindível no âmbito hospitalar, principalmente ao que se remete ao âmbito do centro cirúrgico.

2.2 RISCOS CIRÚRGICOS: *um cuidado vigiado*

Os procedimentos cirúrgicos sempre foram permeados pelos seus respectivos riscos, envoltos de inquietações e indagações, entre eles, destaca-se como a dor, as hemorragias e a infecção, riscos estes que trazem preocupação desde os relatos iniciais que se tem na literatura sobre os procedimentos cirúrgicos até a atualidade. A dor a partir de 1846, foi amenizada com a descoberta da anestesia, porém as hemorragias e as infecções ainda eram grandes vilões e precisavam de soluções. Silva (2002) destaca que até o século XVIII os homens morriam por hemorragias e infecções dos tecidos humanos, pois não se adotavam cuidados adequados como, métodos de controle de infecção, o que provocava por muitas vezes a morte e outras tantas vezes a invalidez desse paciente.

Ainda no século XVIII de acordo com Thowald (2002), é que surgem as primeiras descobertas referentes aos micro-organismos, da assepsia, da esterilização, da utilização de luvas, além da ampliação dos procedimentos cirúrgicos que até então não eram realizados, como laparotomias, cesáreas, entre outros. Bem como a introdução do conceito de antissepsia por Semmlweis e Lister, juntamente com os conceitos primitivos da higiene, epidemiologia, administração hospitalar, iniciadas por Florence Nightingale, a partir do século XIX possibilitaram o controle da infecção hospitalar, contribuindo para a evolução das técnicas cirúrgicas (THIESEN,2005).

À medida que as técnicas cirúrgicas foram se desenvolvendo, em consequência das descobertas dos procedimentos anestésicos, da hemostasia e da assepsia cirúrgica, o acesso aos órgãos foi se tornando cada vez mais possível. Logo, o século XX se tornou o século de ouro para a cirurgia, pois uma das preocupações mais antigas, a hemostasia, foi sanada com a invenção e a evolução dos bisturis elétricos (SOBECC,2009). Na Idade Média, como já citado acima por Maia (2002) a cauterização era realizada com a utilização de óleo fervente ou ferro em brasa, com o intuito de estancar a hemorragia.

Entretanto, foi somente a partir da Segunda Guerra Mundial, que o cuidado de Enfermagem em Centro cirúrgico passou a ter seu devido destaque. Os profissionais auxiliavam no procedimento anestésico, bem como na função de primeiro auxiliar de cirurgia, com o conseqüente aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Outro fator importante na história da enfermagem e da medicina são as questões relacionadas ao controle e prevenção de infecções relacionadas a assistência em saúde, que atualmente estão diretamente interligadas com a segurança do paciente.

Da mesma maneira que a medicina evoluiu e continua evoluindo, a enfermagem também segue esse passo, porém em passos pouco mais lentos. Com a diversificação dos procedimentos cirúrgicos, surge então, a necessidade de cuidados mais específicos, e nesse aspecto a enfermagem começa a se dividir nos diversos campos do cuidado. Devido à alta complexidade cirúrgica, torna-se cada vez mais presente no dia a dia hospitalar a presença do enfermeiro de centro cirúrgico (CC) em sala de operações (SO), desenvolvendo, de forma sistematizada, a assistência de enfermagem direcionada e individualizada, de modo a promover segurança do paciente (SOBECC, 2009). Ao longo da história, a enfermagem deixou de ser apenas curativa e ganhou dimensões preventivas e de reabilitação. De acordo com Passos (1996, p.33) “Do simples cuidado direto com o

ser humano, ele tornou-se também planejamento, produção e propagação do saber, administração e fiscalização da assistência”.

Assim o rápido aumento de instituições hospitalares e das especialidades médico cirúrgicas trouxeram consigo a absorção do profissional de enfermagem e os novos campos de trabalho. Nos dias atuais, verifica-se que o campo de ação do enfermeiro perioperatório, tem se ampliado. Os locais para a realização dos procedimentos cirúrgicos também se diversificaram, uma vez que tais procedimentos não ocorrem mais apenas em tradicionais centros cirúrgicos, mas também em unidades de assistência ambulatorial, serviços de emergência e consultórios médicos (ARRUDA, 1999).

Observa-se também uma progressiva valorização da pesquisa em enfermagem, na área de pré e pós-operatório, assim como, o desenvolvimento de estudos sobre a atuação do enfermeiro de centro cirúrgico no perioperatório visando uma assistência humanizada e individualizada, conforme destaca Pinho (2002). Contudo o termo enfermagem perioperatória surge apenas nos meados de 1970, e tem ajudado a definir e a elucidar as atividades do enfermeiro nas três fases da assistência ao paciente que é submetido ao momento anestésico cirúrgico. Este termo teve origem no trabalho e na influência da *Association of Operating Room Nurses* (AORN) (ARRUDA, 1999).

Logo, a enfermagem perioperatória pode ser definida como a assistência de enfermagem praticada nos períodos pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato da experiência cirúrgica do paciente (SOBECC, 2013). Desta forma, a enfermagem perioperatória necessita de uma visão ampliada, integral e continuada das necessidades básicas afetadas do paciente cirúrgico e de sua família, de modo que possa ajudá-los a satisfazer e a reequilibrar estas necessidades preparando-os para o entendimento dos seus problemas psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, bem como minimizando sua ansiedade em relação à assistência prestada no bloco cirúrgico (SOBECC, 2013).

Nesse contexto, Boff (1999), afirma que cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de “ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Segundo Pellizzetti & Bianchi (1991) muitas cirurgias são canceladas devido ao extremo grau de ansiedade que o paciente apresenta, evitando assim, sérios problemas no período intra e pós operatórios. Carraro (1997) corrobora que a prática de enfermagem, a cada dia que passa exige que os profissionais estejam mais preparados, não só em termos técnicos e teóricos, mas também humanísticos. Dessa maneira a equipe de enfermagem

envolvida no cuidado deve ter como objetivo principal reconhecer a assistência de enfermagem mais adequada ao paciente da unidade cirúrgica no perioperatório.

Se pensarmos no percurso histórico dos cuidados de enfermagem com o paciente anestesiado, podemos perceber que houve muitos avanços tecnológicos e sistemáticos, bem como no que tange a assistência de enfermagem. Nota-se uma preocupação mundial com o paciente que necessita dos cuidados e intervenções, assim como a enfermagem desenvolvendo teorias e métodos que possibilitem um cuidado afetivo e qualificado, porém, o paciente e sua família ainda buscam respostas as suas indagações e preocupações, pois o momento anestésico cirúrgico é o mais delicado a ser enfrentado no âmbito das internações hospitalares e necessita de um olhar atento, um cuidado delicado e afetivo da enfermagem, profissão esta, que tem em sua essência o cuidado.

Também, nessa perspectiva a pratica da enfermagem em anestesia se apresenta como a primeira especialidade clínica dentro da atuação da enfermagem americana, isso ainda no século XX, devido à alta taxa de mortalidade de casos de cirurgias, por falhas no preparo e administração da anestesia, má formação de internos e médicos para o preparo da anestesia, despontando como uma atuação efetiva para cuidar (HAWKES, 2001).

Ainda na década de 50 nos Estados Unidos os profissionais enfermeiros(as) após dois anos de curso passaram a receber o certificado pela Associação Americana de Enfermeiros Anestésistas (AANA), creditado pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) com o título de Enfermeiro(a) Anestésista. Na Europa os enfermeiros(as) anestésistas são integrados nas equipes de cuidadores em anestesia, que compreendem o médico e o enfermeiro anestésista. Nesse espaço o enfermeiro(a) realiza supervisão da equipe, gerenciamento do custo e da provisão de recursos no serviço de saúde. E o tempo de especialização na Europa contempla 18 meses de curso (HAWKES,2001).

Outra diferença substancial vivenciada é que o enfermeiro(a) anestésista possui autonomia de administrar drogas anestésicas, administrar anestésias regionais, gerais e ainda especializar-se na atenção ao processo anestésico de cirurgias cardíacas e obstétricas. A passagem de sondas, cateteres centrais, manuseio e preparo de materiais e equipamentos, monitorização e por todo o acompanhamento ao paciente que compreende a atenção pré, trans, e pós operatória, estão sob sua responsabilidade. Podendo atuar em várias situações que envolvem a assistência ao paciente cirúrgico (CURI & PENICHE).

Pratica esta que se contrapõe a realidade brasileira, pois a mesma especialidade ainda está em processo de construção pelos enfermeiros no Brasil, porém acredita-se que com a implantação de cursos de especialização na área, em uma prática não tão distante essa realidade venha a sofrer alterações, perante a necessidade de ter o enfermeiro(a) com conhecimento mais aprofundado sobre anestesia e atuando em parceria com o médico anestesista, sendo que, na atualidade técnicos de enfermagem e ou ainda auxiliares de enfermagem exercem essa função de apoio e cuidado, porém muito fragilizada. Dessa forma a atuação do enfermeiro(a) no processo de apoio e cuidado à anestesia reluz as atribuições da SAEP e contribui de maneira significativa na melhoria e qualidade da assistência prestada ao paciente durante o momento anestésico cirúrgico.

Cabe ressaltar que a equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os dois últimos têm formação de nível médio e devem ter treinamentos específicos para atuação no centro cirúrgico, central de materiais e esterilização e sala de recuperação pós-anestésica sob supervisão do enfermeiro (SOBECC, 2009). Os enfermeiros (as) tem como responsabilidade a implementação e coordenação da assistência de enfermagem prestada na unidade de centro cirúrgico; orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos; participar da integração e coordenação do trabalho do centro cirúrgico em consonância com os demais setores da instituição; implementar programas de melhoria da qualidade do serviço prestado; desenvolver o sistema de assistência de enfermagem ao paciente no perioperatório (SOBECC, 2009).

No contexto atual do cuidado de enfermagem ao paciente no momento anestésico cirúrgico, destaca-se a cirurgia segura, que vai ao encontro do movimento mundial com preocupação na segurança do paciente que teve seu início ainda na década de 1990 com a publicação “*Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro*” (*To err is human: building a safer health system*), pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional (*Institute of Medicine of the National Academies*), e teve grande impacto na sociedade, por denunciar erros do cuidado à saúde, informando não ser este tão seguro quanto deveria ser.

Assim em 2002, com a 55ª Assembleia de Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu a liderança em estabelecer normas globais e padronizações para os países, a fim de criar políticas públicas e práticas, que garantam a segurança do paciente. Já em 2004, foi lançada através da OMS a "Aliança Mundial para a Segurança

do Paciente", com a missão de disseminar melhorias mundiais no que se refere a segurança do paciente (SOBECC, 2013). O termo segurança do paciente, de acordo com o conceito apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) significa:

“Redução do risco de danos desnecessários associados à assistência à saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento” (BRASIL, 2013).

Em 2005, a Aliança lançou o seu primeiro desafio global, focado nas Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Apontando dez metas para incentivar a promoção da segurança do paciente, a serem implementadas nos países, com apoio e publicação do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Essas dez metas de forma sucinta compreendem: Identificação segura do paciente; Cuidado limpo e cuidado seguro: higienização das mãos; Cateteres e sondas: conexões corretas; Cirurgia Segura; Sangue e hemocomponentes: administração segura; Paciente envolvido com sua própria segurança; Comunicação efetiva; Prevenção de queda; Prevenção de úlcera por pressão e Segurança na utilização da tecnologia.

Dessa forma, o segundo desafio global de segurança do paciente, bem como a quarta meta proposta pela OMS, vem de encontro com a pesquisa, pois, focam a atenção para as práticas de segurança cirúrgica, como objetivo de aumentar os padrões de qualidade no cuidado cirúrgico a nível mundial, contemplando assim, a prevenção de infecções do sítio cirúrgico (ISC), anestesia segura, equipes de cirurgia segura e indicadores de cirurgia segura (OMS, 2009).

Por sua vez a cirurgia segura exige uma sequência de avaliações nos três momentos do perioperatório, onde no pré-operatório recomenda-se obter o termo de consentimento informado (TCI), confirmar a correta identificação do paciente, bem como confirmar qual o procedimento cirúrgico a ser realizado e qual o local do sítio cirúrgico, verificar a integridade dos equipamentos anestésicos e a disponibilidade de medicamentos para uma emergência, e preparar todas as etapas (OMS 2009).

Durante o trans ou intra-operatório, aborda a prescrição adequada de antibióticos, disponibilização de exames por imagem, monitoramento adequado do paciente, técnica cirúrgica meticulosa e boa comunicação entre a equipe. Sabe-se que a comunicação de

forma clara e objetiva é imprescindível para a segurança do paciente e garantir qualidade na assistência de enfermagem.

No pós-operatório, por sua vez, recomenda-se fazer um planejamento claro da assistência, com relação aos eventos anteriores, como monitorização contínua de qualidade (OMS 2009). Vale destacar que estas questões permeiam o objetivo desta pesquisa que se referem ao cuidado de enfermagem durante o momento anestésico cirúrgico e o conhecimento do enfermeiro sobre esse processo.

2.3 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E SISTEMATIZAÇÃO: *percursos e processos sob o olhar teórico de Myra Levine*

As teorias de enfermagem representam um dos elementos que compõem a linguagem específica, e tem por objetivo consolidar a Enfermagem como ciência e arte na área da saúde, além de caracterizar, definir e interpretar a partir da seleção conceitual, os fenômenos que configuram domínio de interesse comum da profissão.

Figura 5

em busca de um cuidado qualificado



Durante muitos anos a enfermagem descreveu seus procedimentos apenas baseados na experiência clínica, somente em meados dos anos de 1950 e 1960 é que emerge a preocupação em buscar um referencial teórico pertinente ao processo do cuidado, fornecendo assim, uma base sólida que organiza a enfermagem (URSI e GALVÃO, 2006).

Pode-se considerar que Wanda Aguiar Horta(1979) foi uma das pioneiras no Brasil em trabalhar com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) abordando a teoria das necessidades humanas básicas, de forma preventiva, curativa e reabilitadora, através do uso do processo de enfermagem.

Ferreira (1990) já afirmava que a aplicação de uma sistematização da assistência enriquece a prática, direciona o ensino e conduz uma forma prática de avaliação, na medida em que delimita o papel e o espaço de atuação dos enfermeiros e enfermeiras, provendo as condições para a ação organizada e sistemática.

Nesse aspecto, ainda no ano de 1990, pensando especificamente em sistematizar a assistência prestada pela enfermagem perioperatória, Castellanos e Jouclas, duas pesquisadoras e enfermeiras da Universidade de São Paulo, propuseram um novo modelo conceitual de processo de trabalho para a assistência de enfermagem desenvolvida em centro cirúrgico, que foi denominado de (SAEP) Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (CASTELLANOS; JOUCLAS,1990). Desta maneira a implementação e utilização da SAEP é outro ponto que visa auxiliar o enfermeiro na qualidade da assistência no momento anestésico cirúrgico.

No que se refere à enfermagem perioperatória, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) visa nortear os cuidados, assegurando confiabilidade, credibilidade ao profissional resultando em qualidade e segurança no atendimento. (SOBECC, 2013). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera a Sistematização da Assistência de Enfermagem “uma atividade privativa do enfermeiro, a qual utiliza método e estratégia científica das situações de saúde-doença que subsidia as ações de assistência de enfermagem para que possam contribuir com a promoção, prevenção, recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade” (COFEN, 2009).

Aspecto este que também é reforçado através da Resolução do COFEN nº358/2009 onde dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que

ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível assim, a operacionalização do processo de enfermagem, que é considerado um instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é, com certeza, um grande aliado que norteia as ações de enfermagem no âmbito da unidade do CC, tanto na assistência, quanto na promoção da saúde e na prevenção de complicações pós-operatórias. O procedimento cirúrgico é considerado uma situação estressante para o paciente, e ao deparar-se com a mesma é acometido por medos, ansiedade e receios, e diante destas características entende-se que a Sistematização da assistência de Enfermagem Perioperatória permite propor a melhoria da qualidade da assistência prestada, "... pois se torna um processo individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo..." (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p. 692).

Para isso, o profissional necessita planejar o cuidado, com o objetivo de recuperar o equilíbrio fisiológico do paciente, com o mínimo de complicações possíveis, além de individualizar o cuidado e identificar os diagnósticos de enfermagem, com o intuito de facilitar o andamento da assistência e oferecer qualidade ao cuidado de enfermagem prestado (SOBECC, 2009).

Possari (2009) ressalta que o conhecimento e a habilidade devem caminhar juntos com os preceitos éticos da profissão para que se constitua uma enfermagem com qualidade. A implantação da SAEP nas instituições de saúde é de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar a assistência de enfermagem (THOMAZ e GUIDARDELLO, 2002). Entre os principais objetivos do SAEP pode-se destacar que a mesma visa ajudar o paciente e sua família a compreenderem o estado de saúde e prepará-los para o momento anestésico cirúrgico e suas consequências, diminuir os riscos inerentes ao ambiente do CC e da recuperação anestésica, bem como promover quantidade e qualidade de materiais, equipamentos e recursos humanos (SOBECC, 2009).

Para tanto, Possari (2009) afirma que o enfermeiro que atua na Sala de Recuperação pós Anestésica (SRPA) deve possuir conhecimentos e habilidades altamente qualificadas para atender pacientes advindos de diferentes cirurgias, de complexidades variadas e que necessitam de cuidados específicos e individualizados e humanizados.

A compreensão da SAEP como tecnologia de enfermagem implica em qualificar a assistência de enfermagem para aprimorá-la por meio de ações reflexivas, com a aplicação de todas as etapas que envolvem o processo de enfermagem, pautadas pelos conhecimentos que sustentam a profissão. Visando possibilitar ao enfermeiro, a execução dos conhecimentos técnicos científicos na realização do cuidado e sua utilização como guia para a execução da assistência de enfermagem integralizada (SOBECC,2013), contudo, o que se observa na prática diária é que ainda existem lacunas referentes a esse processo.

Ainda no que se refere a SAEP, Possari (2004, p.210) destaca que “sistematizar a assistência significa individualizar, humanizar e respaldar as ações de enfermagem”. Pelo simples fato de ser um método que tem como finalidade organizar o cuidado individualizado e administrar assistência adequada ao paciente, favorecendo a integração do enfermeiro com o paciente e sua família, resultando em uma assistência com cuidados estabelecidos de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente.

Para Ursi e Galvão (2006), o papel do enfermeiro se encontra inserido nesse processo complexo que consiste a prestação da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico. Observa-se que o papel do enfermeiro, no espaço social e técnico da unidade de centro cirúrgico, torna-se a cada dia mais e mais complexo, na medida em que necessita interligar os aspectos humanos, explicitados no atendimento ao paciente, enquanto indivíduo único em suas particularidades e simultaneamente às nuances do relacionamento interpessoal, normalmente dificultadas em unidades de trabalho fechadas, estressantes e dinâmicas, nas quais os profissionais das mais variadas formações interagem e mutuamente se interdependem.

Paralelo a tudo isso, o enfermeiro necessita ainda assumir o seu papel de gerenciador das atividades cotidianas do ambiente de trabalho, fazendo-se necessário que desenvolva habilidades múltiplas, tanto de fundamentação científica, quanto do manuseio prático de materiais e equipamentos que se renovam e modificam continuamente com as tecnologias da saúde. (URSI e GALVÃO, 2006).

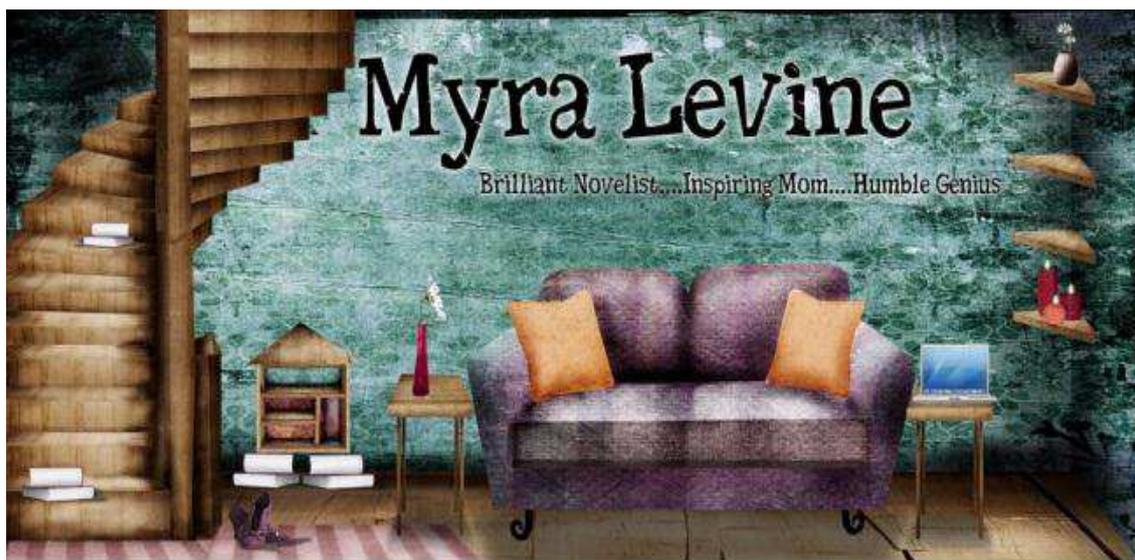
Logo, é de suma importância que o enfermeiro conheça as teorias de enfermagem antes de realizar uma proposta de implementação e de cuidados, pois o uso da teoria de enfermagem visa apoiar os enfermeiros na definição de seus papéis, na aproximação da realidade e conseqüente adequação e qualidade do desempenho profissional, bem como na produção de conhecimento científico.

Dessa forma entre as teorias de enfermagem e suas teoristas, trazemos para este estudo a colaboração da teoria proposta por Myra Estrin Levine (1920-1996) que concebe o paciente como um todo, um ser integrado que interage com e se adapta ao ambiente. Além deste ponto, este modelo preocupa-se também com o paciente que adentra um estabelecimento de saúde necessitando de assistência, ou seja, com estado de saúde alterado, o que é comum a unidade do Centro Cirúrgico, local do estudo desse trabalho.

Considerando a compreensão de Myra Levine, a qual aborda os fenômenos da enfermagem, transcrevem-se os conceitos de ser humano, sociedade/ambiente, saúde e enfermagem, na qual, o ser humano é visto como um indivíduo holístico que interage com outros, o que caracteriza a sua complexidade. Sendo as dimensões dessa interação esboçadas nos princípios de conservação.

Figura 6

Os processos de cuidar do outro



Da mesma forma que a sociedade e o ambiente podem ser representados pelos locais onde o paciente interage, podendo ser o ambiente familiar e/ou de serviços de saúde. A saúde por sua vez, é vista como a manutenção dos estados de conservação de energia, em suas integridades estrutural, pessoal e social. Já a enfermagem é a disciplina que inclui intervenções de apoio e terapêuticas para promoção dos estados de conservação de energia, utilizando-se da interação humana, onde o apoio é obter manutenção do estado de energia e terapêutica é restabelecer este estado. De acordo com George (1993, p. 167) “O cuidado de enfermagem está voltado para manutenção ou restabelecimento da saúde”.

Os princípios de conservação propostos por Levine, segundo George (1993), encontram-se divididos em quatro aspectos, e envolvem: a conservação da energia do cliente, a conservação da integridade estrutural, a conservação da integridade pessoal e a conservação da integridade social. Esse modelo conceitual de Levine centraliza-se na intervenção de enfermagem, na adaptação e na reação dos pacientes a doença, e visa auxiliar o enfermeiro na obtenção das necessidades e planejamento da sua assistência de enfermagem através da utilização da SAEP.

Levine (1973) menciona que a doença é frequentemente solitária, e nas horas estressantes as interações com outras pessoas tornam-se mais importantes, não somente o paciente continua envolvido nas preocupações das outras pessoas, como também novos problemas com a hospitalização podem ser resolvidos pela participação de todos que são incluídos em sua vida social. Assim, as forças das relações humanas são necessárias e para Levine, consiste em uma falha não considerar a família e os amigos do paciente nesse processo.

Levine também aponta como suposições para sua teoria os seguintes itens: condições, responsabilidades e funções. Esta última é compreendida por nós não como um pressuposto distinto, e sim incluso no pressuposto da responsabilidade, sendo destacado como a ação do enfermeiro após a percepção, o que se caracteriza também como uma responsabilidade (GEORGE, 1993).

Logo, a condição é a situação em que o indivíduo se encontra para ser atendido. Assim Levine considera essa situação de atendimento como uma condição de doença, situação que provoque uma alteração, desequilíbrio da energia. George (1993), caracteriza como uma teoria para ser utilizada em ambiente hospitalar, ou seja, em estado de saúde alterada. Em nossa vivência, percebemos que a teoria de Levine pode ser estendida aos atendimentos primários de saúde, mesmo porque o indivíduo que aparenta estado de equilíbrio de energia nos princípios de integridade precisa de intervenção de enfermagem para manter esse estado.

Nesse aspecto, acredita-se que a teoria da conservação de energia e da enfermagem holística (1967) abordada por Levine é a que melhor abrange o paciente no período perioperatório, pois a mesma propõe uma enfermagem clínica com visão do paciente como um todo, tanto corpo como mente, um ser dinâmico onde a finalidade da intervenção é a manutenção da integridade estrutural, pessoal, social e conservação da energia. Também aponta que o atendimento de enfermagem é um processo no qual as

intervenções estão baseadas na avaliação, utilização dos princípios de conservação, reconhecimento de mudanças comportamentais, o que está centrado em um método científico e promove cuidado holístico.

De acordo ainda com a teoria de Levine (1967), o enfermeiro é quem ajuda o paciente a adaptar-se a sua doença, através de ações baseadas no conhecimento, considerando as ações terapêuticas que influenciam na adaptação, ou bem estar social. Para a eficácia da implementação da SAE, o enfermeiro necessita pautar-se em um referencial teórico, ou seja, definir uma teoria de enfermagem que seja condizente com a realidade da clientela atendida, o ambiente organizacional e ambiental, nesse caso vai considerar a teoria da conservação da energia e enfermagem holística, proposta por Levine.

No que se refere a responsabilidades, o enfermeiro tem o compromisso de perceber as reações do indivíduo que o levam a desequilíbrios de energia, o que afetam a integridade tanto estrutural, pessoal e social e deve agir de acordo com essas reações que são percebidas durante a avaliação. As reações do indivíduo ocorrem em interação com o seu meio ambiente. Levine abrange esse ambiente em duas compreensões: o ambiente interno e o externo. O primeiro está no âmbito do corpo e seu funcionamento (estrutural) e o segundo (pessoal e social) é destacado em três dimensões: perceptiva, operacional e conceitual. A perceptiva refere-se aos cinco sentidos. A operacional, às forças, às condições e aos elementos não perceptíveis e a conceitual engloba os processos do pensamento, emoções e o aspecto social. As ações do enfermeiro incluem cuidados de apoio e terapêutica, que são os cuidados que, conseqüentemente, podem promover a manutenção e a recuperação da saúde, ambos visando à conservação de energia (LEVINE, 1973).

O ser humano precisa ser visto como um todo, o que leva o indivíduo a um ser complexo que é dependente de sua relação com os outros, no entanto, a proporção dessa dependência está relacionada com os quatro princípios de conservação e que está submissão existe em todas as passagens de sua existência, na sobrevivência. Levine (1973) afirma também, que o enfermeiro deve estar consciente dessa dependência e estar preparado para atuar na transformação que o estresse causado por algum desequilíbrio possa alterar o funcionamento do organismo humano.

Dessa forma, a meta da enfermagem é manter ou recuperar uma pessoa para um estado de saúde, através dos princípios de conservação. Assim os quatro princípios de

conservação propostos por Levine, segundo Leonard (1993), servem como fundamento a todas as ações de enfermagem, e para nós, acreditamos ser um modelo que atende as necessidades do paciente cirúrgico, pois além de se preocupar com a integridade estrutural em virtude de todos os riscos que o paciente passa ao ser submetido a um procedimento anestésico cirúrgico, preocupa-se também com a presença da família como sendo um elo importante no processo de recuperação das energias gastas sejam elas psicológicas ou fisiológicas.

Assim sendo, é necessário que os profissionais tenham habilidade de identificar e conhecer os sentimentos do paciente no momento em que estes podem surgir e, além disso, saber interpretar e auxiliá-lo, para que suas sensações possam ser controladas e minimizadas, com apoio e compreensão. Lembrando-se desta forma que entrar na instituição não é sinônimo de perder a identidade e aceitar regras impostas, sendo imprescindível resgatar os valores humanos deste paciente, deixando-o decidir sobre seu corpo e a assistência recebida.

A Enfermagem por muito tempo exerceu um trabalho acrítico, fruto de uma formação em que o modelo de assistência era centrado na execução de tarefas e cuidados rápidos e eficientes, comandado por rígida disciplina. Na sua trajetória, sofreu diversas influências, que foram moldando seu perfil. Desta maneira, os profissionais buscam incessantemente o aperfeiçoamento como forma de ocupar seu espaço na sociedade, para isso se voltam cada vez mais crítica e conscientemente para o estudo e transformação se sua prática (GEOVANINI *et al.*, 2005).

O enfermeiro(a) necessita conhecimentos e habilidades para prestar cuidados anestésicos e operatórios a estes pacientes. Ter competência técnica e treinar os componentes da equipe de enfermagem que prestam assistência pós-anestésica aos pacientes são algumas das atividades do enfermeiro da SRPA. De acordo com a SOBECC (2013), as atividades que o enfermeiro (a) assistencial deve desempenhar na sala de recuperação pós-anestésica incluem:

- Atualização com frequência das normas e rotinas da unidade e criação de protocolos assistenciais;
- Conhecer a farmacodinâmica da anestesia e da analgesia, e de fisiologia e patologia e anatomia;
- Ouvir, junto com o anestesiológico, as informações clínicas do paciente na recepção da SRPA;

- Realizar exame físico dos pacientes na admissão e na alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica;
- Elaborar o plano de cuidados através da SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória), supervisionar sua execução e realizar as atividades complexas de Enfermagem com base em uma assistência formalizada pela instituição, desde a admissão do paciente na unidade até sua alta;
- Propor as intervenções de enfermagem de acordo com o plano de cuidados e avaliar os resultados obtidos;
- Prestar o cuidado ao paciente conforme planejamento prévio, contemplando as fases e a filosofia da assistência de Enfermagem adotada pela instituição;
- Utilizar o índice de Aldrete e Kroulik, a escala de sedação de Ramsey e a escala de dor durante a permanência do paciente na SRPA;
- Avaliar e registrar a evolução clínica do paciente em recuperação, as intercorrências, os cuidados e as manobras realizadas;
- Avaliar e registrar as condições clínicas de alta do paciente e assegurar seu encaminhamento à unidade de origem;
- Realizar e registrar a avaliação pós-operatória da assistência prestada;
- Identificar, quantificar e qualificar a demanda de materiais e equipamentos, observando sua conservação;
- Informar ao coordenador as ocorrências relacionadas com os pacientes e com o pessoal auxiliar sob sua responsabilidade;
- Colaborar com o enfermeiro-coordenador na elaboração de escalas de folgas e férias;
- Elaborar e supervisionar as escalas mensais, semanais e diárias de trabalho;
- Controlar o uso e a reposição de entorpecentes utilizados na unidade;
- Participar da educação de pacientes e familiares;
- Informar e orientar os familiares sobre as condições clínicas dos pacientes sob sua responsabilidade;
- Realizar a educação continuada e a capacitação do pessoal auxiliar;

- Se responsabilizar pelo dimensionamento de sua equipe de trabalho, respeitando as necessidades da unidade e o grau de dependência dos pacientes, como idosos e crianças;
- Realizar parecer técnico de equipamentos e materiais e encaminhar ao enfermeiro coordenador do centro cirúrgico;
- Realizar pesquisas e estudos como colaborador e/ou pesquisador responsável.

A partir da descrição acima, observa-se que as dimensões das atividades desempenhadas pelo enfermeiro na sala RPA são amplas e que o mesmo necessita de conhecimentos e de habilidades altamente qualificadas para atender pacientes advindos de diferentes cirurgias, de complexidades variadas e que exigem cuidados específicos e individualizados.

Cabe destacar, que a ação do enfermeiro (a) no contexto anestésico-cirúrgico, tem caminhado para o aprofundamento dos conhecimentos técnicos e tecnológicos, porém ainda estamos num processo insipiente, no que tange o cuidado do outro. O ato de cuidar no momento cirúrgico exige um processo de atenção e conhecimento imprescindível, mas esse cuidado precisa ser qualificado e afetuoso, no sentido de encadear paciente e família, assegurando uma ação eficiente tecnicamente, mas não esvaziada de cuidado.

E, diante disso, cabe aqui uma reflexão: *Assistir é cuidar? Sempre que presto assistência, estou cuidando? Qual a linha tênue entre estas duas ações?*

No próximo capítulo será abordado os aspectos metodológicos adotados na pesquisa, considerando a abordagem qualitativa, na qual lançamos mão da entrevista semiestruturada, observação sistemática e registros em diário.

3 CAMINHO METODOLÓGICO: *a opção por um estudo qualitativo*

A pesquisa se apresenta no contexto deste estudo, a partir de pressupostos fundamentais, Leopardi (2001) salienta que a pesquisa científica é necessária para o incremento da prática profissional, acreditando que mediante estudos reconhecidos pela sociedade científica é possível a inserção, lenta e gradativa, de mudanças na assistência ao ser humano.

3.1 Características, Cenário e Protagonistas do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem uma qualitativa, utilizando-se do estudo de campo, o qual procura o aprofundamento das questões propostas, com o estudo de um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, o que permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual ele formulou sua pergunta (MINAYO, 2007; GIL, 2008).

O estudo exploratório para Gil (2008) tem por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas ou hipóteses para pesquisas posteriores. Este tipo de estudo é desenvolvido com o objetivo de proporcionar uma visão geral e aproximação de determinado fato. Sendo realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado, tornando-se difícil formular hipóteses precisas sobre ele e operacionaliza-las.

O estudo ou pesquisa descritiva por sua vez, tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população/grupo ou o estabelecimento de relações entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados. Nesse contexto a pesquisa descritiva exploratória vem sendo largamente utilizada por pesquisadores sociais que se encontram preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

A abordagem qualitativa segundo Minayo (1995 p.21-22):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das

relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Portanto, o ciclo da pesquisa não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações novas. Mas a ideia do ciclo se solidifica não em etapas estanques, mas em planos que se complementam.

O presente estudo foi realizado no centro cirúrgico de um hospital público da região oeste do Estado de Santa Catarina. O centro cirúrgico fica situado no 4º andar, conta atualmente com sete salas operatórias e uma sala de recuperação pós-anestésica com dezoito leitos adultos, utilizados também como leitos infantis. É referência para a região em média e alta complexidade para oncologia, traumatologia/ortopedia e neurologia/neurocirurgia, transplantes renais e de córnea. Atualmente realiza uma média mensal de 1200 cirurgias / mês.

A unidade do centro cirúrgico apresenta uma farmácia satélite interna sala de guarda de materiais esterilizados, sala de guarda de equipamentos e materiais impressos, sala de guarda de materiais de anestesia, sala de prescrição médica, copa, sala de guarda de material consignado, sala de enfermagem/coordenação, sala de conforto médico anesthesiologista, sala administrativa com a presença de dois computadores e impressora, um expurgo, rouparia e uma sala de recepção para pacientes com banheiro e dois vestiários sendo um feminino e outro masculino.

Os protagonistas desse estudo foram os enfermeiros envolvidos durante o momento anestésico cirúrgico do referido hospital que concordaram em participar da pesquisa. O serviço conta com a presença de sete profissionais de enfermagem com nível superior. Os profissionais com formação de nível superior se dividem em: um enfermeiro coordenador; dois enfermeiros assistenciais na sala de recuperação pós anestésica; e quatro enfermeiros assistenciais no centro cirúrgico, porém, apresenta a especificidade dos dois enfermeiros do período noturno, que atuam ao mesmo tempo na unidade do centro cirúrgico, RPA e no centro obstétrico do referido hospital.

Os profissionais Enfermeiros foram convidados e aceitaram participar do estudo, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/ UFFS) através do número do parecer 785 613 e da autorização da instituição hospitalar.

3.2 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

A pesquisa foi autorizada pela direção da referida instituição hospitalar, na ocasião do encaminhamento do projeto (APÊNDICE A e B e ANEXO C). Posteriormente, encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/ UFFS), para obtenção do parecer consubstanciado e, assim, atender os preceitos da ética nas pesquisas que envolvem seres humanos (ANEXO D). Ainda conforme as recomendações previstas no Conselho Nacional de Saúde através da Resolução de número 466 de 12 de dezembro de 2012 (CNS466/2012), foi elaborado, entregue e assinado pelos participantes da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (ANEXO A), após os devidos esclarecimentos em relação aos objetivos da pesquisa. O TCLE é um documento legal assinado pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador (a), visando proteger o participante, o pesquisador e a instituição (VIEIRA e HASSNE, 2001).

Também foi destacado o caráter voluntário de participação e a liberdade de retirar-se do estudo a qualquer momento. As informações fornecidas são confidenciais, com garantia de anonimato e que serão utilizadas somente para este estudo, podendo os resultados ser publicados, porém sem a identificação dos participantes.

Após a obtenção da autorização e parecer favorável do comitê de ética, realizou-se contato inicial com os enfermeiros da devida unidade, para apresentar os objetivos do presente estudo, esclarecer os termos da referida pesquisa e agendar a presença do pesquisador no local. Nesse momento foram estabelecidos de dois a três encontros com duração média de 20 a 30 minutos, visando assim, interferir o menor tempo possível na dinâmica do trabalho.

No primeiro momento foram realizadas as entrevistas com questões semiestruturadas (APÊNDICE C), as quais foram gravadas e, após, transcritas na íntegra. No que se refere a essa modalidade de obtenção das informações, Minayo (2007) corrobora que a entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa.

Refere, também, que as entrevistas semiestruturadas têm apoio claro na sequência de questões, que facilitam a abordagem e assegura, sobretudo, aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. Ainda

sobre esse recurso, Gil (2008) afirma que o pesquisador pode formular perguntas ao entrevistado com o objetivo de obter dados que interessam à investigação e que a entrevista é uma forma de interação social e uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Ressalta-se, que antes de ocorrer à transcrição definitiva da entrevista, a mesma foi apresentada ao participante, certificando-se do que realmente foi considerado da fala do entrevistado e para que não ocorressem equívocos. Dessa forma, o conteúdo gravado e transcrito das entrevistas será guardado com a pesquisadora pelo período de cinco (05) anos, e após será excluído.

No segundo momento da pesquisa utilizou-se da observação, a partir de um registro na forma de diário de bordo, Gil (2008) defende que a observação constitui um elemento fundamental para a pesquisa. Desde a formulação do problema, passando pela construção das hipóteses, coleta, análise e interpretação de dados, dessa maneira, a observação desempenha papel imprescindível no processo da pesquisa. “A observação nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano” (GIL, 2008, p.100).

O registro das observações realizou-se na forma de diário de bordo, que de acordo com Fiorentini e Lorenzato (2009), pode abranger duas perspectivas, a descritiva e a interpretativa, enquanto o observador/pesquisador imprime suas reflexões. Logo o diário “é um dos instrumentos mais ricos de coleta de informações”. E tem como objetivo registrar de maneira detalhada e sistematizada, os acontecimentos, as rotinas e as conversas que visam contribuir no processo de análise das ocorrências observadas (FIORENTINI; LORENZATO, 2009, p.118).

Nesse aspecto sentiu-se a necessidade de elaborar um plano para estabelecer o que observar (APÊNDICE D), em que momentos, e como realizar o registro. Considerando que a definição do que observar, precisa levar em consideração os objetivos do projeto de pesquisa e ou pesquisa.

Após a realização das etapas de coleta, e tendo em mãos os dados transcritos, deu-se início a organização do material para a análise dos dados, a qual foi realizada com base na análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010), que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos, descrição do

conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção.

Esse método de análise deu-se por meio da organização, leitura e discussão dos dados coletados, sendo constituída de três fases: a pré análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. A pré análise é a fase em que o conjunto de dados obtidos é organizado para uma análise mais aprofundada. Nessa etapa, foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas. A organização inicial é realizada no momento em que são registrados os dados produzidos e, após a leitura e releitura dele, foram organizados em categorias emergentes. Bardin (2004), refere que o último procedimento da pré análise, é a preparação do material no sentido de reuni-lo, no caso, de entrevistas gravadas. Estas deverão ser transcritas na íntegra, facilitando, desta maneira, a manipulação para a análise, método adotado na análise dos dados desta pesquisa e que pode ser observado nas (TABELA 1 e 2).

Durante a segunda fase, o material foi codificado, ou seja, submetido a um processo pelo qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades de registros, o que para Bardin (2010), permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Com esses elementos, tornou-se possível a classificação em categorias emergentes e de análise. Essa fase, constituiu-se com idas e vindas ao material, exigindo longo período de dedicação, em busca de significados e agrupamentos de dados, o que visou permitir o emergir de temas e categorias que tomam significado no contexto do objetivo da pesquisa.

Cabe destacar, que para possibilitar a identificação das falas dos entrevistados, porém sem expor os participantes da pesquisa foram adotados codinomes, baseados em escalas (Ramsey, Richmond, Jouvett, Steward, Mallampatti, Cromack e Lehane) usadas no centro cirúrgico, o que garantiu a privacidade dos mesmos.

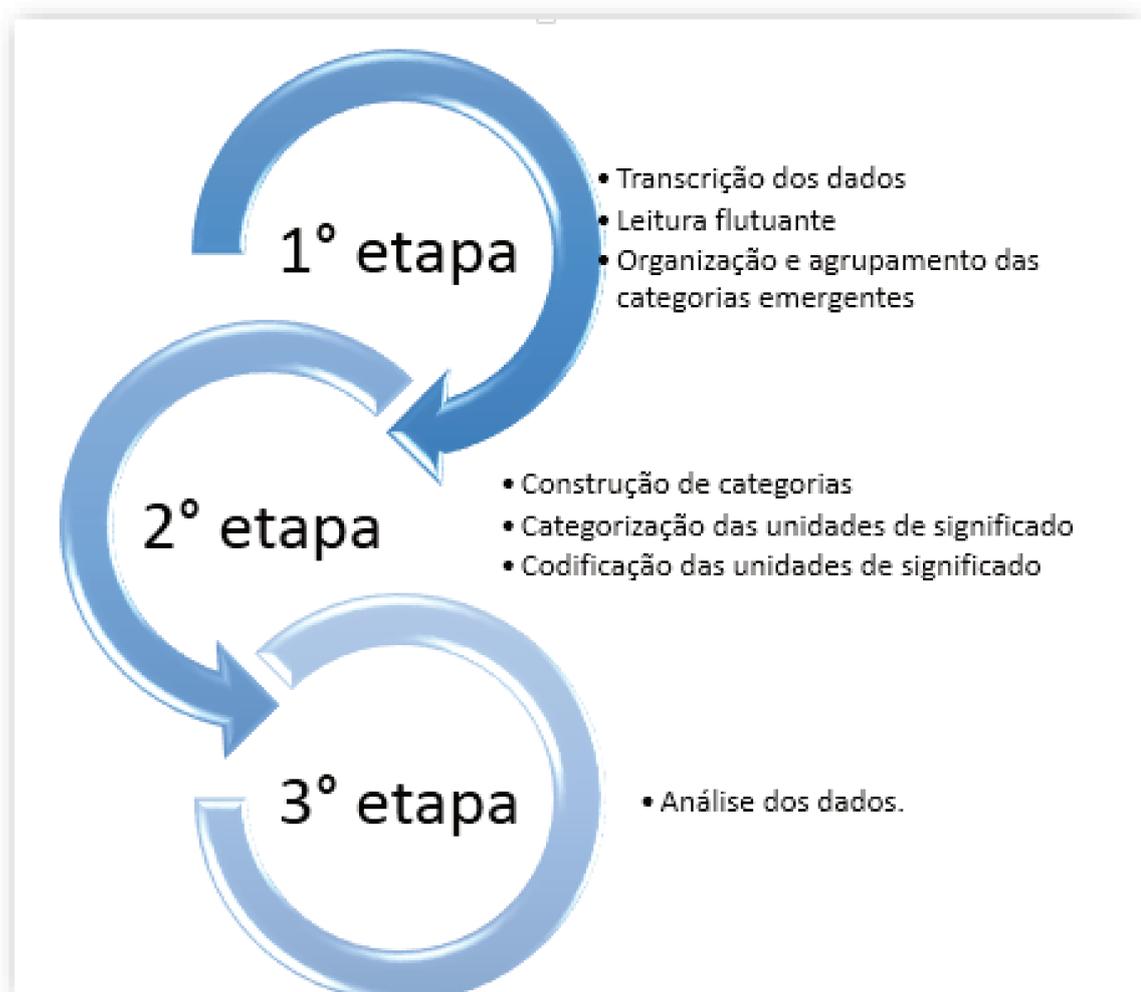
Já a terceira e última etapa de análise foi constituída pelo exame dos dados obtidos e conseqüente interpretação, remetendo-se o significado ao contexto investigado. Nesse sentido, foram feitas interpretações, a partir do marco teórico proposto, bem como inferências que podem esclarecer os achados da pesquisa e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2010).

Bardin (2004) entende a “leitura Flutuante” como uma fase semelhante à atitude de um psicanalista, pois pouco a pouco a leitura vai-se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material.

A partir das possíveis inferências, foram definidas as categorias de análise, utilizando o critério semântico (categorias temáticas), pois para Bardin (2004), esse critério organiza os temas de forma que todos com significados comuns ficam agrupados na mesma categoria. A figura 7 ilustra as etapas seguidas durante o processo de pré análise.

Figura 7

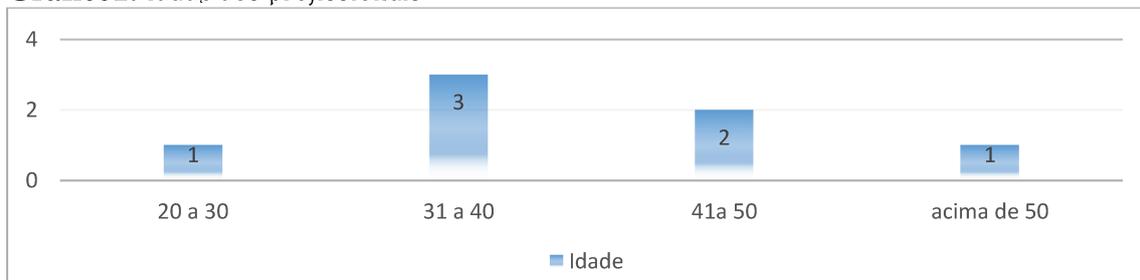
Etapas de Pré Análise



4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

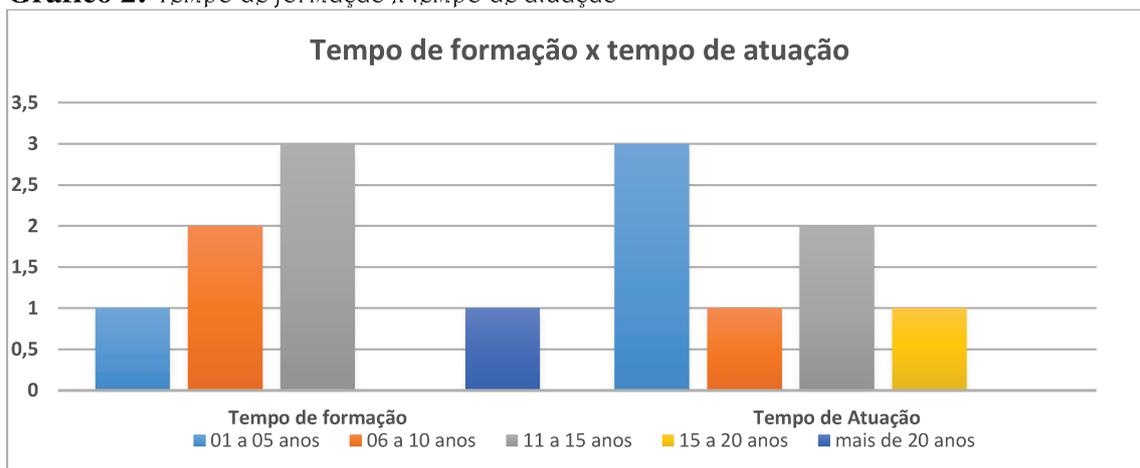
Considerando a caracterização dos pesquisados, ressaltamos que 100% dos enfermeiros que trabalham na unidade aceitaram participar do estudo. A partir disso a categorização dos profissionais constituiu-se por 100% de representantes do sexo feminino, com idade acima de 20 anos, corroborando com a hegemonia do sexo feminino na enfermagem. O tempo de formação varia entre um e vinte cinco anos. A enfermeira que atua mais tempo na unidade do Centro Cirúrgico perfaz um total de dezesseis anos, já a enfermeira com menor tempo de atuação no CC, perfaz 1 ano. Conforme os gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: Idade dos profissionais



Fonte: instrumento de coleta de dados aplicado aos pesquisados.

Gráfico 2: Tempo de formação x tempo de atuação



Fonte: instrumento de coleta de dados aplicado aos pesquisados.

Após análise e codificação dos dados obtidos através das entrevistas e observações realizadas na instituição, obteve-se vários pontos que foram destacados e reunidos conforme tabelas 1e 2 abaixo, em dois grandes capítulos que serão amplamente discutidos.

Tabela 1: Codificação dos dados da 1ª Categoria de Análise

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.		
Pergunta de pesquisa é: <i>Qual o conhecimento dos profissionais enfermeiros (as) sobre o cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico?</i>		
1ª Categoria de Análise: <i>Conhecimento</i>	O CONHECIMENTO NO PERCURSO DO CUIDADO: Um movimento possível	Tipos de anestesia
		Enf. Ramsey. “Local, geral, peri, raqui e bloqueio de plexo”
		Enf. Richmond. “Local, sedação, geral, peridural e raquidiana”
		Enf. Jouvét. “Anestesia local, geral, sedação anestésica, raquidiana, peridural e, tipo o bloqueio de plexo.”
		Enf. Steward. “Geral, raquidiana, peridural que são anestésias regionais, local, bloqueios de plexos.”
		Enf. Mallampatti. “Geral, Inalatória, Venosa ou combinada, bloqueio de plexo, raqui anestesia e peridural.”
	Fale sobre os tipos de anestesia e etapas anestesia geral	Enf. Cromack. “Anestesia Geral, raquidiana, peridural e local.”
	Enf. Lehane. “Raqui anestesia, anestesia geral, peridural, bloqueios e local.”	
	Enf. Ramsey. “O paciente é inicialmente sedado, depois entubado, logo após extubado e encaminhado para a sala de recuperação.”	
	Enf. Richmond. “Início ocorre a intubação, na sequência então a sedação, e a parte final é acordar o paciente e extubá-lo.”	
	Enf. Jouvét. “Paciente na anestesia geral é monitorado o paciente, é feito, é puncionado acesso é feito uma medicação para o paciente relaxar, ficar sedado, feito intubação, mantido paciente profundamente sedado durante todo o procedimento, depois é feito medicação para acordando o paciente, diminuído o sedativo e é acordado o paciente.”	
	Enf. Steward.. “Esse processo pode ser dividido em fases, a primeira chamada de indução, depois a manutenção, e a recuperação.”	
Enf. Mallampatti. “Etapas da anestesia Geral são a Indução, a manutenção e o despertar. Anestesia geral causa relaxamento muscular, inconsciência, atenuação da dor, e comumente utilizada para procedimentos cirúrgicos de longa duração onde a raqui anestesia não pode ser aplicada. Ela pode ser utilizada combinada ou separadamente. Raqui anestesia, nessa o anestésico é colocado no espaço subaracnóide, ocasionando um bloqueio sensitivo e analgésico. Peridural, nesse tipo de anestesia o anestésico é colocado no espaço peridural, sem ocorrer a perfuração da dura mater.”		

			<p>Enf. Cromack. “Após recebendo medicação vai ficando sonolento após perde a consciência e responde pouco a estímulos dolorosos, os músculos relaxam, fazendo assim apneia, onde é intubado e depois em ventilação mecânica.”</p>
			<p>Enf. Lehane. “Esta é aquela em que o anestesista após a indução anestésica coloca na traqueia do paciente um tubo oro traqueal de diferentes tamanhos, de acordo com o tamanho, idade do paciente, após é ligado há um ventilador mecânico ao qual o paciente fica ligado a este até o final da cirurgia. Durante o transoperatório o anestesista usará medicação conforme a necessidade, conforme necessário, visto que o paciente está com soroterapia. Poderá também para o relaxamento da musculatura do paciente usar relaxante muscular, mas isto só com o paciente entubado.”</p>
		<p>Pra você, quais as principais complicações decorrentes do Momento Anestésico Cirúrgico na RPA com relação aos diferentes tipos de anestesia</p>	<p>Enf. Ramsey. “hipertermia maligna, tem que ter muito cuidado com hipertermia maligna, hipertermia comum, sinais vitais, hipotensão, sinais vitais que engloba temperatura, eu acho que a monitorização é o carro chefe no ato cirúrgico.”</p>
			<p>Enf. Richmond. “Náuseas, vômitos, o paciente desnatura então ele precisa de O₂, a hipotermia então a gente aquece o paciente quando ele chega na sala de recuperação como um dos primeiros cuidados, e hipotensão, tá então sempre tem que ter, ou sai da sala com um bom acesso venoso, então é também é cuidado bastante importante porque eles fazem tanto na anestesia geral e na raque que eles fazem bastante hipotensão”.</p>
			<p>Enf. Jouvett. “hipotensão, uma parada cardiorrespiratória pode ser, pneumotórax pode acontecer devido, reação alérgica a algum medicamento minha opinião é isso.”</p>
			<p>Enf. Steward. “O paciente pode apresentar complicações respiratórias, complicações cardiovasculares, complicações renais, hipotermia, náuseas, vômitos.”</p>
			<p>Enf. Mallampatti. “Estar sempre atento porque o paciente pode apresentar náuseas, vômitos, complicações respiratórias, hipotermia, prurido e complicações cardiovasculares.”</p>
			<p>Enf. Cromack. “Considero a hipotensão, a bradicardia ou a taquicardia, a apneia, a taquipneia, pode acontecer o choque anafilático. Pode acontecer também êmese, confusão mental e cefaleia”</p>
			<p>Enf. Lehane. “Então o paciente poderá então fazer apneia, agitação motora, apresentar sudorese, fazer bradicardia, apresentar hipotensão e até uma parada cardiorrespiratória.”</p>

Tabela 2: Codificação dos dados da 2ª Categoria de Análise

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.		
Pergunta de pesquisa é: Qual o conhecimento dos profissionais enfermeiros (as) sobre o cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico?		
2º Categoria de Análise: Cuidado	O CUIDADO DESVELADO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA: Entrelaçando potências e possibilidades	Cuidados de enfermagem que você julga importantes durante o Momento anestésico cirúrgico
		Enf. Ramsey. “Algo que eu brigo muito, a temperatura da sala, pra mim é o imprescindível e nós temos que ter um protocolo de verificação e não há. Monitorização do paciente, um cuidado de enfermagem também bem importante é o posicionamento, para evitar uma possível escara, uma lesão de pele, pode-se utilizar né, equipamentos para evitar trombose como o massageador de membros periféricos, a manta térmica que são artifícios para evitar né, para evitar a hipertermia. Vamos ver o que mais, observar a quantidade de fluidoterapia que é infundida nesse paciente eu acho que é bem importante, eu acho que as vezes se infunde soro de mais, mais que o necessário e isso acaba prejudicando no pós operatório. Vamos ver o que mais, sinais vitais também volto a dizer, eu acho que basicamente é isso.”
		Enf. Richmond. “a monitorização em primeiro lugar, o paciente precisa ser monitorizado porque ele pode fazer alguma arritmia ou até mesmo devido a hipotensão ele pode entrar em choque, a monitorização tanto cardíaca quanto oximetria de pulso contínua, a verificação da Pressão arterial (PA) também na monitorização, de preferência a sala aquecida e o paciente aquecido também com manta térmica. Algumas cirurgias de grande porte o controle de diurese é bem importante e o uso do massageador também para a prevenção da embolia durante então o ato cirúrgico em sala.”
		Enf. Jouvét. “Monitorar todo o paciente, a PA, Spo2, se o paciente está recebendo o2. A monitorização toda ela. Observação do paciente, para perceber qualquer alteração para realizar o cuidado que precisar.”
		Enf. Steward.. “Proporcionar conforto ao cliente, monitorização, sinais vitais, oxigenação, administrar medicamentos conforme prescrição médica.”
		Enf. Mallampatti. “Assistir o paciente, transmitir e passar tranquilidade, confirmação de jejum e alergias do paciente, cuidar com a exposição do corpo do paciente. Cuidar com a manutenção da temperatura, realizar um <i>checklist</i> de cirurgia segura, utilizar os equipamentos apropriados conforme avaliação do paciente.”
		Enf. Cromack. “A entrevista pré operatória considero importante, a monitorização do paciente, realizar assistência nas possíveis intercorrências do momento.”

		<p>Enf. Lehane. “Considero o controle dos sinais vitais do paciente, controle da volemia e diurese, o nível de consciência do paciente caso esteja acordado e anotar tudo o que for administrado no paciente.”</p>
		<p>Considerando a assistência de enfermagem prestada na SRA, fale como Você sistematiza o cuidado de enfermagem</p> <p>Enf. Ramsey. “Pois é, foi criado aquele <i>checklist</i> para lesão de pele, porque, um exemplo né, porque a gente estava tendo bastante problema com pacientes com lesão, aí ele ia para a unidade e a unidade diziam que era no local onde havia sido colocada a placa e não era, então a gente passou a verificar o posicionamento dos pacientes. Então foi criado esse protocolo pra gente ter cuidados com lesões de pele que lá tem que continuar, o posicionamento do paciente, dependendo do tipo de anestesia, se você pode elevar a cabeça ou não pode. Tem que cuidar muito náuseas, para se evitar o vomito, pra se evitar uma possível aspiração, preservar o tempo desse paciente na sala de recuperação pra que ele esteja, já tenha adquirido todos os movimentos se for uma raque, se tiver movimentando, essa parte de diálogo com o paciente, porque é ele que vai estar interagindo, você vai poder fazer alguns testes de reflexos sim, pra saber se ele está movimentando a perna, mas eu acho que nada mais fidedigno do que essa troca de informação entre o colaborador e o paciente, também logo que o paciente chega aquecer o paciente, verificar a temperatura tá, depois verificar de tempo em tempo essa temperatura eu acho importante, a gente vê na literatura que alguns livros falam que você não precisa verificar a temperatura né, mas há outros livros que dão esse embasamento científico, porque eu acho importante? Para se evitar a hipotermia daqui a pouco se desencadear qualquer tipo de processo, também cuidados com processos alérgicos tá, também é importante, fluido terapia, Oxigenioterapia. Temos sim uma escala, a gente tem de lesão de pele, do eletro cauterio, de bradem, escala de Aldrete, mas específico pra dor ou para algum tipo de sintomatologia, a gente peca nesse sentido sim.”</p> <p>Enf. Richmond. “Então quando o paciente chega na sala de recuperação, então no primeiro momento independentemente do tipo de cirurgia, anestesia que o paciente fez deve se instalar um oxigênio principalmente para prevenir a hipóxia né, que eles ainda, o paciente chega meio sonolento, então as vezes eles acabam esquecendo, estão tão sonolentos que acabam esquecendo de respirar, então é importante colocar um O2 de 3 a 5 litros. A monitorização, então controle dos sinais vitais, prevenir então a hipotermia, aquecendo o paciente. Cuidar em relação então a questão de náuseas, vômitos, ficar atento para o paciente não bronco aspirar caso aconteça de ele apresentar o vomito, dor, tá, não deixa-lo em momento algum passar dor. E os sinais vitais que seria a monitorização contínua dos dados vitais. Formulário de admissão do paciente, primeiro momento coloca os dados do paciente, depois faz um <i>checklist</i> de como ele veio até a recuperação, como o uso de sondas, cirurgia que fez, se está com acesso se o mesmo está permeável, acesso de grande calibre, se está com drenos. E daí tem uma escolinha que é verificado então os sinais vitais de 5 em 5, depois de 15 em 15 e após de 30 em 30 e após isso é de 1 em 1. A</p>

		<p>enfermeira então, eu faço a escala de Aldrete a hora que ele chega e depois a hora quando eu vejo que ele está bem recuperado para pegar a alta e esse documento vai junto como o paciente no prontuário.”</p> <p>Enf. Jouvét. “Primeiro monitorar o paciente, colocar cateter de O₂, monitorar oxigênio, normal, cobrir o paciente, aquecer o paciente, verificar totalmente os sinais vitais, SpO₂, verificar se o paciente está com O₂, se o acesso venoso está bem, se o paciente tem alguma queixa, verificar se tem alguma medicação para dor, administrar medicação verificar o que já foi feito para não fazer uma overdose de medicação.”</p> <p>Enf. Steward.. “Monitorização, ventilação, administrar medicamentos conforme prescrição médica, observar sinais e sintomas, atentar para o nível de consciência, queixas, algia do paciente. Avaliar condições térmicas como hipotermia e hipertermia. Observar agitação, náuseas, vômitos e sangramentos nos pacientes. Realizar a evolução de enfermagem, Avaliar para o início da alimentação, diurese, manter posição adequada de acordo com as cirurgias, observar drenos e curativos.”</p> <p>Enf. Mallampatti. “Não sei responder, não me recordo.”</p> <p>Enf. Cromack. “Na recuperação anestésica recebe o paciente, entrevista se for possível, se não for ler as anotações e o correto seria prescrever um plano de cuidados, mas isso não ocorre.”</p> <p>Enf. Lehane. “Então para sistematizar o cuidado de enfermagem você deve aplicar o processo de enfermagem, e isso não ocorre pela sobrecarga de tarefas e falta de profissional”</p>
	<p>Você se recorda de alguma teoria ou teorista? Em sua prática diária,</p>	<p>Enf. Ramsey. “Wanda Horta, Florence há. Aquela outra como é o nome dela, me lembra dessas duas basicamente. A Wanda era a assistência, que foi criado diagnóstico de enfermagem com os preceitos de Wanda Horta, que é muito bom, que seria muito importante se a gente pudesse utilizar ali na sala de recuperação né, esse diagnóstico de enfermagem mas infelizmente por falta de colaborador, e por estrutura não é possível, mas eu acho que dentro de todas essas limitações que a gente tem, evolui bastante a sala de recuperação com o cuidado com o paciente. Olha sempre que eu procuro, faço ou que eu crio algum protocolo é sempre com algum embasamento científico. Eu vou busco na literatura, o que fala, até as vezes para argumentar algumas coisas aqui dentro. Há isto não precisa, sim doutor precisa, eu tenho aqui embasamento científico estou fazendo em cima dessa literatura. É assim que eu consigo ganhar o reconhecimento deles e também para que eles efetivem as coisas que eu peço aqui dentro do bloco, porque se eu disse ai eu quero fazer só por fazer, fica algo sem sentido e também procuro informações em congressos quando a gente pode ir, palestras.”</p>

		<p>Enf. Richmond. “A gente se recorda de várias, a Oren, a Florence, A Wanda Horta. A gente tenta seguir os cuidados de Wanda Horta, os cuidados humanos psicossociais, então tenta, tanto os familiares que tão lá na porta aguardando, então tenta passar informação, tem horário de informação a gente vai lá passa, para não deixar eles aflitos. Fala para o paciente oh acabamos de falar com seu familiar, para tranquilizar ele também, porque a gente sabe que ambos os dois ficam aflitos.”</p>
		<p>Enf. Jouvet. “Olha para te falar a verdade eu estudei tanto sobre isso, mas no momento eu não se dizer o nome, me deu um branco assim de todas, até fiz trabalhos sobre... a Wanda Horta, meu Deus não lembro nenhuma assim agora. Eu acho que sim, de várias, mas daí não sei te dizer qual é de qual, quando eu estudava eu até sabia te dizer eu associava bastante, mas hoje a gente não lê mais sobre isso então eu não se te dizer.”</p>
		<p>Enf. Steward. “Sim, a teoria da Relação Interpessoal, auxiliando o cliente ou família a enfrentar o procedimento cirúrgico como forma de minimizar e resolver os problemas. Desta forma auxiliamos o cliente a diminuir a ansiedade relacionada com o problema e cuidados de saúde. Abordamos o processo interpessoal, significativo e terapêutico, onde tentamos reconhecer a necessidade de ajudar o cliente.”</p>
		<p>Enf. Mallampatti. " Não me recordo".</p>
		<p>Enf. Cromack. “Das teorias recordo o nome da Wanda Horta, Oren, Paterson, Florence. As teoristas sempre estão presentes quando se oferece mais que o paciente necessita, quando orientamos o auto cuidado, quando organizamos o ambiente e prestamos atendimento humanizado ao paciente. Mas não usamos uma teorista ou teria em específico.”</p>
		<p>Enf. Lehane. “Quando é possível usa-se a teoria holística e também o processo de enfermagem”.</p>

O primeiro deles abordará as questões referentes ao conhecimento dos enfermeiros da unidade sobre o momento anestésico cirúrgico relacionado ao cuidado de enfermagem, atentando para a forma de conduzir o olhar para o outro de forma humanizada, afetuosa e cuidadora. Nesse sentido, mais uma questão se faz emergente: Onde se constitui o cuidado para além da assistência técnica? É possível realizar uma assistência humanizada, especializada e individualizada baseada em teorias, considerando o conhecimento técnico científico?

Já no que se refere ao segundo capítulo, foram exploradas e apresentadas as questões que permeiam o cuidado, e como ele é evidenciado pelos enfermeiros (as) durante a assistência de enfermagem ao paciente no momento anestésico cirúrgico.

5 O CONHECIMENTO NO PERCURSO DO CUIDADO: *um movimento possível?*

Figura 8 - Enfermagem a arte de cuidar...



“...Então para sistematizar o cuidado de enfermagem, você deve aplicar o processo de enfermagem, mas isso não ocorre pela sobrecarga de tarefas e falta de profissional”. (Enf. Lehanê)

A enfermagem é vista como uma ciência, cuja essência é o cuidado voltado ao ser humano, que realiza promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, com o intuito de satisfazer as necessidades humanas fundamentais, contemplando a vida como um bem valioso, iniciando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro.

Entre as características de uma ciência encontra-se o fato da mesma possuir um corpo de conhecimentos próprios e singulares. Através de Florence Nightingale a enfermagem iniciou a sua caminhada para a utilização de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica, trabalhando na atualidade com a prática baseada em evidências.

Para Galvão, Sawada e Trevizan (2004, p. 555) a prática baseada em evidências é:

[...] uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente. Essa abordagem envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis (pesquisas) implementação das evidências na prática e obtenção dos resultados obtidos. A competência clínica do enfermeiro e as preferências do cliente são aspectos incorporados também nesta abordagem, para tomada de decisão sobre a assistência à saúde.

Neste aspecto, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à ciência da enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos. Ao analisar esses modelos percebe-se,

que os mesmos convergem para a necessidade de prestar uma assistência de enfermagem sistematizada e humanizada, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas ações, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, além de qualificar a assistência de enfermagem prestada ao paciente no momento anestésico cirúrgico.

Nesse contexto, Florence já praticava o cuidado progressivo, instalando os pacientes mais graves nas proximidades da mesa do enfermeiro, ou seja, ao alcance dos olhos, enquanto os em estado de menor gravidade ficavam mais afastados (Possari, 2009). Os cuidados pós anestésicos consistem em atividades de vigília, monitorização, tratamento profilático terapêutico e manuseio seguro do paciente após a realização do procedimento cirúrgico, atividade esta que é desempenhada na RPA e exige que o enfermeiro esteja capacitado para atender a essa demanda.

O que se observa é que atualmente o trabalho da enfermagem desenvolvido na unidade do centro cirúrgico permanece focado para a realização do ato anestésico-cirúrgico, que consiste em prover os materiais, equipamentos e o pessoal necessário para sua realização, se distanciando do cuidado e de uma assistência de enfermagem voltada ao atendimento das necessidades do paciente e do seu bem estar, a partir da visão integralizada, preservando sua integridade, como aborda a teoria Levine.

O que também pode ser evidenciado através dos relatos dos profissionais quando questionados referentes ao processo anestésico e suas etapas, percebe-se que os mesmos descrevem como ocorre essa etapa, mas não mencionam o cuidado de enfermagem, há uma preocupação com os aspectos técnicos.

“...O paciente é inicialmente sedado, depois entubado, logo após extubado e encaminhado para a sala de recuperação.” (Enf. Ramsey)

.... “No início ocorre a intubação, na sequência então a sedação, e a parte final é acordar o paciente e extubá-lo....” (Enf. Richmond).

...” Esse processo pode ser dividido em fases, a primeira chamada de indução, depois manutenção, e a recuperação...” (Enf. Steward).

...” Após receber medicação, vai ficando sonolento, após perde a consciência e responde pouco a estímulos dolorosos, os músculos

relaxam, fazendo assim apneia, onde é intubado e depois em ventilação mecânica (Enf. Cromack).

Há uma preocupação relevante e destacada, no que tange os aspectos técnicos da assistência, percebe-se uma assistência rotineira, cadenciada e sistemática nos processos desta assistência ao paciente durante o momento anestésico. Perante o exposto, lança-se as seguintes questões... *Se a enfermagem teve sua origem no cuidado, porque com a evolução, o surgimento de teorias e bases científicas ele parece ter se distanciado? Ou em qual momento o cuidado se desarticulou do conhecimento, o qual se mantém atrelado a assistência? Os enfermeiros (as) se percebem distantes do cuidado? Estariam preparados para enfrentar possíveis mudanças no seu cotidiano?*

Destaca-se os aspectos da rotina, o qual parece consumir os enfermeiros (as), tanto pela carga de trabalho, quanto pelo e déficit de recursos humanos, porém, alguns profissionais atentam para as necessidades que surgem em decorrência dessa dinamicidade e buscam associar o conhecimento técnico científico ao cuidado de enfermagem.

Contudo, inquestionavelmente a enfermagem desempenha um papel muito importante na fase pré-operatória, tendo como princípio transmitir confiança e segurança ao paciente, diminuindo sua ansiedade e angústia. Entretanto, observa-se que a atuação profissional por muitas vezes ainda se mostra de forma autoritária, preocupada em seguir normas e rotinas, e com aspectos formais objetivos, embora se saiba que a intimidade ou familiaridade do cuidar requer mais flexibilidade na busca de conhecer quais são suas reais necessidades, para embasado nisso planejar uma assistência de enfermagem de qualidade.

Pupulim e Sawada (2002), por sua vez, também definem o pré-operatório como um período de detecção das necessidades físicas e psicológicas do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico. Nesse momento o enfermeiro baseado no saber técnico científico pode identificar algumas questões, que visam auxiliar o planejamento do cuidado a ser realizado na passagem do paciente pelo centro cirúrgico colaborando para a sua recuperação, porém esse processo da vista pré operatória pode ser abordado pelo profissional de forma humanizada e individualizada, atentando para a criação do vínculo entre paciente e enfermeiro.

Ponto esse que é destacado por Piccoli e Galvão (2001), quando afirmam que a visita pré operatória é uma atividade desenvolvida para conhecer e manter uma interação efetiva entre paciente, familiares e enfermeiro ou enfermeira, a fim de detectar problemas e, quando necessário encaminhar a outros profissionais. É no que se refere a assistência de enfermagem prestada na RPA o enfermeiro, pode lançar mão de protocolos de gerenciamento de riscos, que correspondem às instruções de boas práticas assistenciais no intuito de prevenir determinado risco ou evento adverso mapeado, garantindo maior segurança ao paciente na sala de recuperação pós anestésica. Nesse processo, ressalta-se a importância de olhar para o paciente como um ser humano o qual necessita de cuidados, considerando que o processo de cuidar não consiste apenas em gerir e aplicar processos técnicos, normas e rotinas, mas também um olhar humanizado e acolhedor, ser compreendido como ser humano em todas as suas dimensões.

...” Na recuperação anestésica, recebe o paciente, entrevista se for possível, se não for, lê as anotações e o correto seria prescrever um plano de cuidados, mas isso não ocorre” ... (Enf. Cromack).

...” Então para sistematizar o cuidado de enfermagem você deve aplicar o processo de enfermagem, e isso não ocorre pela sobrecarga de tarefas e falta de profissionais...” (Enf. Lehane).

Compete ao enfermeiro a adoção de diretrizes que visem segurança e qualidade na RPA, na prevenção de eventos adversos, caminhando de acordo com as Políticas de Segurança. Nessa lógica a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória constitui uma ferramenta de raciocínio clínico que visa auxiliar o enfermeiro na visibilidade das necessidades durante o momento anestésico cirúrgico, pois o paciente se encontra a mercê da equipe de profissionais cirúrgicos em um ambiente de alta complexidade e de acesso restrito, necessitando de atenção diferenciada e específica e qualificada (SOBECC, 2009).

Pode-se destacar ainda que a utilização da sistematização da assistência de enfermagem visa conferir cientificidade ao desenvolvimento da enfermagem como profissão e auxiliar no seu crescimento, o que implica no fazer acompanhado do saber, desenvolvendo o pensamento crítico também para a obtenção de soluções de problemas

e tomada de decisões, melhorando o reconhecimento profissional, o que por muitas vezes serve de estímulo para o profissional (THOMAZ; GUIDARDELLO, 2002).

Outro fator que aterroriza muitos pacientes no momento anestésico cirúrgico é a dor, nesse quesito a equipe de enfermagem tem grande importância no controle da mesma. Visto que, na sala de RPA, é ela quem está em contato direto e próximo ao paciente, mensurando sua dor através da utilização de escalas, sendo que a dor é subjetiva e cada paciente reage de uma maneira diferente a esse processo. Nesse sentido Popov e Peniche (2009) trazem a relevância de implementar estratégias para a mensuração da dor e da sua implementação para prevenir a cronificação algica.

Nessa perspectiva, o tratamento da dor consiste primeiramente na avaliação da escala analógica da dor. Aqui o enfermeiro também pode lançar mão de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como: aplicação de frio ou calor no local; massagens; uso de coxins; mudança de posição e comunicação, fortalecendo ou estabelecendo vínculo com o paciente. Fatores que são reforçados por Eler e Jaques (2006) que trazem que o enfermeiro tem competências relacionadas ao uso de outras terapias além das farmacológicas para minimizar a dor dos pacientes e contribuir para a expectativa de restabelecimento, como o uso da musicoterapia, da massagem terapêutica, a estimulação de pensamentos que aliviem a dor, a aromaterapia e o posicionamento para conforto.

Chaves (2003) ressalta ainda a importância do enfermeiro (a) na participação de programas educativos, na avaliação e controle da dor, pois são os enfermeiros que permanecem mais tempo ao lado do paciente e logo devem utilizar esse contato para identificar as necessidades de mudanças nos métodos de analgesia, providenciar ajustes necessários e educar o paciente e familiares no controle da dor. Logo, pode-se avaliar de forma positiva o contato constante do enfermeiro com o paciente, pois visa favorecer a implementação de terapias que aliviem a dor, promovendo uma assistência integralizada, individualizada e melhora da qualidade de vida do paciente com dor.

Popov e Peniche (2009) apontam que o enfermeiro age no suprimento das necessidades emocionais e físicas do paciente com dor, nos aspectos emocionais e subjetivos atua de maneira não farmacológica e no campo biológico, usa técnicas farmacológicas para alívio. Também aborda que o enfermeiro (a) é um elemento essencial para cuidar de maneira segura dos pacientes que vivenciam complicações no pós-operatório imediato, dentre estas complicações, destaca-se a dor.

No período de permanência do paciente na sala de RPA, sabe-se que ele está exposto há alguns riscos clínicos como: depressão respiratória; instabilidade cardiovascular; incapacidade de deambulação; rebaixamento do nível de consciência; bloqueio neuromuscular; náuseas e vômitos; hipotermia; algia; sangramentos; retenção urinária; quedas; bronco aspiração; flebite e também erros de medicações. Riscos estes que competem ao profissional enfermeiro gerir e minimizar a incidência.

Nesse sentido, o profissional pode incentivar a monitorização tecnológica do paciente no pós operatório imediato para a detecção precoce de alterações indesejáveis. Porém, cabe ressaltar, a importância da observação e monitorização clínica do paciente, o que exige aproximação entre profissional com o paciente e empoderamento do saber clínico, momento este onde se aplica a interface entre o cuidado e o conhecimento técnico científico, através de um olhar mais humanizado.

Assim, a sistematização da assistência de enfermagem visa a utilização de uma metodologia de trabalho, independente do referencial teórico utilizado, e requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto, seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

Todos esses aspectos são reforçados quando Henriques (2004) aponta que a produção do cuidado da saúde como um bem de serviço, proporcionado pela atuação profissional do enfermeiro(a) implica no aprofundamento do que é próprio da profissão, à integração de saberes, ideologias, organização e a sua própria historicidade. Onde:

O cuidado constituiu um eixo na condução de disciplinas e organização das práticas de enfermagem, no âmbito dos serviços e na coordenação e gestão da assistência de enfermagem (HENRIQUES, 2004)).

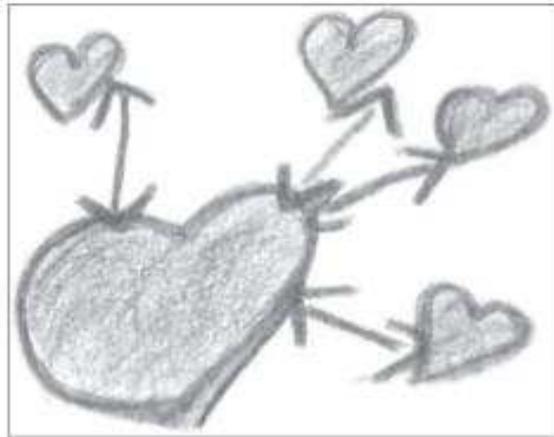
Logo a enfermagem articula e encaminha todos os processos que resultam no cuidado, nesse sentido acredita-se que o conhecimento no percurso do cuidado seja um movimento possível. Retomando as questões iniciais, não pretendemos responder a todas as questões aqui apresentadas, mas lançar luz sobre elas e fazer com os leitores da área da saúde reflitam sobre e, com o processo de cuidar, em particular no momento da anestesia, situação singular enfrentada pelos pacientes e suas famílias.

Na tentativa de provocar outras inquietações, voltamos ao conhecimento no percurso do cuidado, tentando alinhar esse movimento possível. As possibilidades são infinitas, se pensarmos nas potencialidades dos profissionais, pois onde há dificuldades operacionais, também há espaço para a inventividades. A rotina e o cotidiano, tão citadas como muros que limitam alguns movimentos, também podem ser espaços de criatividade, já que na rotina, descobrimos formas de fugir das normas e das convenções.

É importante salientar que destacar as dificuldades e dizer o que já vemos e sabemos, não nos leva a criar outras formas de cuidar e de nos aproximar do cuidado e para tanto há que se pensar em estratégias possíveis de reinventar a arte de cuidar, o que muitas vezes, pode ser vivida com o toque, o afeto, o carinho e o respeito com e, pelo outro.

6 O CUIDADO DESVELADO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA: *entrelaçando potências e possibilidades.*

Figura 9 – cuidado e sendo cuidado.



“...Assistir o paciente, transmitir e passar tranquilidade, confirmação de jejum e alergias do paciente, cuidar com a exposição do corpo do paciente”. (Enf. Mallampatti)

Observa-se uma crescente discussão sobre o contexto do cuidar e do cuidado, considerado objeto da prática dos profissionais de enfermagem. Cujas condições não se restringem apenas ao preparo físico do paciente para a realização do momento anestésico cirúrgico ou o acompanhamento do mesmo após este procedimento, há uma busca para a compreensão de outras dimensões da pessoa humana.

Nesse sentido, estima-se que o enfermeiro e sua equipe desenvolvam competências específicas para cuidar desse indivíduo de modo humanizado e acolhedor, o que requer sensibilidade suficiente para atender ao paciente cirúrgico nos seus aspectos biológico, psicológico, sociocultural e espiritual, com toda a diversidade que envolve as dimensões desse paciente e da sua experiência nesse momento específico.

Dessa forma, buscou-se por algumas definições para auxiliar no entendimento do processo de cuidar e cuidado na assistência de enfermagem durante o momento anestésico cirúrgico. Na qual o cuidado humano pode ser definido como:

[...]uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É o compromisso do estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da

dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento e da vida. (WALDOW, 2004, p.116).

Freitas (2000) afirma que o cuidado significa zelo, solicitude, diligência, atenção que se concretiza no contexto da vida em sociedade. Exige autoconhecimento e um conhecimento que abrange a sensibilidade para captar as emoções de quem está recebendo o cuidado. A integralidade do cuidado como a expressão do trabalho do profissional somado às suas vivências, conhecimento, habilidades e atitudes corroboram na sua formação enquanto profissional e ser humano e o colocam como ator nesse modelo de gestão do cuidado. O exercício do cuidado possui capacidade de articular saberes, decisões e poderes, mas também corre-se o risco de o mesmo ser reduzido apenas ao desenvolvimento de técnicas quando apropriado de forma limitada.

As ações do enfermeiro incluem cuidados de apoio e terapêutica, que são os cuidados que, conseqüentemente, podem promover a manutenção e a recuperação da saúde, ambos visando à conservação de energia que faz parte da teoria de Levine. (LEVINE, 1973).

Assim, a assistência ao paciente durante o momento anestésico cirúrgico necessita ser pensada ou repensada de forma ampliada e todo e qualquer profissional de enfermagem é responsável pelo cuidado aos pacientes cirúrgicos e, portanto, compreender as dimensões desse cuidado e desenvolvê-lo apoiado no processo de enfermagem⁸.

” Quando possível usa-se a teoria holística e também o processo de enfermagem...”
(Enf. Lehane).

Alguns profissionais chegam a citar o processo de enfermagem, porém por alguns motivos não o utilizam rotineiramente. Bork (2005) afirma que o processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida no mundo.

Corroborando com o tema, Potter e Perry (2002, p. 101) afirmam que “o processo de enfermagem é um método para a organização e prestação da assistência de

⁸ Processo de enfermagem: É a adaptação do método científico, adotando um modelo teórico que prevê ações sistematizadas e inter-relacionadas visando a assistência ao ser humano, praticadas de forma dinâmica (HORTA, 1979)

enfermagem”, que tem como propósitos identificar as necessidades de assistência, estabelecer um plano de cuidados para satisfazer as necessidades dos pacientes.

Pode-se considerar que o cuidado, mesmo quando guiado pelo processo de enfermagem, não se circunscreve de forma estanque em suas etapas, pois o cuidado é um constante ir e vir dentro da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o paciente, principalmente no centro cirúrgico por ser uma unidade extremamente complexa, o que é atribuído não só ao paciente e à sua condição, mas também, a sofisticação de equipamentos e tecnologias avançadas, ao elevado volume de informação que veicula, à natureza da comunicação e à coordenação de equipe, assim como à urgência e incerteza com que as decisões e intervenções devem ser tomadas nesse momento.

Estes aspectos associados à fadiga, ao stress, às pressões de produção e a pesadas cargas de trabalho fazem da prestação de cuidados no CC, um local vulnerável a eventos adversos. Os eventos adversos cirúrgicos podem ser: devido à comunicação deficiente na equipe; a má técnica cirúrgica do cirurgião e elementos da equipe; ao mau funcionamento ou utilização inadequada dos equipamentos; erros cognitivos devido ao stress ou distração, e agravados por problemas de recursos e de organização. Em meio a tudo isso, encontramos o profissional enfermeiro que tem como missão preservar e garantir uma assistência de enfermagem ao paciente com qualidade, segurança, efetividade de forma humanizada e acolhedora.

A experiência cirúrgica requer um cuidado humanizado, qualificado e seguro. Entretanto, a implementação do processo de humanização exige a superação de desafios e resistências que o cotidiano deste ambiente traz consigo. Sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e da nudez são comuns ao paciente cirúrgico, o qual está inserido num local de alta complexidade, com rotinas determinadas que lhes causa estresse e ansiedade.

Para Pitrez e Pioner (2003, p.24), para prestar uma boa assistência “é indispensável conhecer o paciente como um todo, único e indivisível, e não apenas a parte afetada pela enfermidade. Desta maneira, Araújo et al. (2004) reforça que o profissional precisa evoluir da simples execução mecânica da técnica para a etapa de compreensão do significado pessoal do paciente.

Nesse sentido a adoção da prática do acolhimento e da criação de um elo comunicativo pelo enfermeiro resgatando os aspectos subjetivos do ser humano favorece a sistematização do cuidado, e impacta positivamente no processo terapêutico. Nessa lógica o acolhimento é uma ferramenta que os profissionais da saúde podem utilizar e desenvolver com o intuito de compreender e sensibilizar o outro atendendo suas necessidades e direcionando-as, dispensando atenção na relação através de escuta qualificada com hospitalidade e afeto.

Carraro (1997, p.4) enfatiza que:

Uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, [...] mas envolve mudança da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado e expondo-o ao estresse de uma hospitalização carregada de características e singularidades. Dentre estas características destacam-se a solidão, o medo, a ansiedade, a esperança, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com a diversidade de pessoas de princípios desconhecidas, entregando-se aos seus cuidados.

O paciente cirúrgico enfrenta diversas sensações de preocupação e anseios depositam sua confiança na equipe de saúde, com isso a valorização da dimensão subjetiva do cuidado e do acolher se faz necessária pela equipe. No entanto o acolhimento e a abordagem holística representam um recurso terapêutico que o profissional enfermeiro pode adotar para minimizar a ansiedade, e estabelecer ou restabelecer a autoconfiança e a esperança. Conforme Galdeano et al. (2003), a ansiedade é identificada em quase metade dos pacientes cirúrgicos.

Dessa forma o acolhimento representa a criação de um elo nas relações humanas, quer seja ele construído de forma solidificada, permanente ou efêmera. A forma como esta conexão é concebida influencia de forma direta sobre a perspectiva do paciente frente à sua condição cirúrgica e sobre o transcorrer da prestação do cuidado e recuperação por parte da atuação dos profissionais. Assim o acolhimento reforça o ideal de humanização preconizado no Humaniza SUS, o qual requer um SUS mais humano, construído com a participação de todos os trabalhadores, gestores e usuários e comprometido com a qualidade dos serviços e com a saúde integral para todos (BRASIL, 2004).

Para o enfermeiro o acolhimento deve constituir uma atitude intrínseca em sua rotina diária, a qual este não recebe apenas mais um paciente, mas sim histórias de vida e diversidade na esfera biopsicossocial o que reforça a teoria de Myra Estrin Levine (1920-

1996), que visualiza o paciente como um todo, um ser integrado que interage com e se adapta ao ambiente e preocupa-se com o paciente que adentra em um estabelecimento de saúde necessitando de assistência, ou seja, com estado de saúde alterado. Algumas falas dos profissionais atuantes no serviço remetem a essa importância como:

“... Auxiliando o cliente ou família a enfrentar o procedimento cirúrgico, como forma de minimizar e resolver os problemas. Desta forma auxiliamos o cliente a diminuir a ansiedade relacionada com o problema e cuidados de saúde. Abordamos o processo interpessoal, significativo e terapêutico, onde tentamos reconhecer a necessidade de ajudar o cliente.” (Enf. Steward).

“.. Quando se oferece mais que o paciente necessita, quando orientamos o auto cuidado, quando organizamos o ambiente e prestamos atendimento humanizado ao paciente ...” (Enf. Cromack).

“...Na recuperação anestésica recebe o paciente, entrevista se for possível...” (Enf. Cromack).

“... Cuidados humanos psicossociais, então tenta, tanto os familiares que tão lá na porta aguardando, tenta passar informação, tem horário de informação a gente vai lá passa, para não deixar eles aflitos. Fala para o paciente oh acabamos de falar com seu familiar, para tranquilizar ele também, porque a gente sabe que ambos os dois ficam aflitos”. (Enf. Richmond).

É notória a necessidade de se combatermos à despersonalização do paciente e de resgatar valores humanísticos, o que pode ser feito com atitudes relativamente simples, que requerem reflexão filosófica, epistemológica holística por parte dos profissionais, pois adentrar a unidade do centro cirúrgico não significa perder a identidade. Para Durman (2000), o paciente ao se internar não deixa sua essência humana na portaria do hospital, ele traz consigo sua inteligência, seus sentimentos e seus mitos em relação à doença, vêm com numerosas percepções desenvolvidas na sua cultura, educação e toda bagagem de vida.

Comprometer-se e dedicar-se ao outro, muitas vezes em situação de fragilidade, permite subsidiar o planejamento do cuidado em enfermagem, possibilitando conhecer as reais necessidades do paciente e prestar uma assistência de enfermagem de qualidade e segurança, reforçando o processo de humanização deste ambiente. Podendo-se citar aqui a importância do

“...diálogo com o paciente, porque é ele que vai estar interagindo [...] troca de informação entre o colaborador e o paciente...” (Enf. Ramsey).

Assim, a humanização da assistência ao paciente e seu familiar é de fundamental importância, a fim de transmitir-lhes segurança e integridade emocional, nesse momento crítico do tratamento, que pode ser considerado o processo cirúrgico.

Portanto, busca-se o comprometimento dos enfermeiros em oferecer aos pacientes cirúrgicos uma assistência de enfermagem especializada, personalizada e humanizada. Os objetivos dessa forma de cuidar visam prevenir complicações do momento anestésico cirúrgico, garantir a segurança, diminuir o estresse, contribuindo ao máximo para o bem estar do paciente. O que pode ser evidenciado através da fala dos participantes, que ressaltam a importância de assistir o paciente, transmitir tranquilidade, proporcionar conforto, da observação e do cuidado com a exposição do corpo:

“Proporcionar conforto ao cliente...” (Enf. Steward).

“... Assistir o paciente, transmitir e passar tranquilidade [...] cuidar com a exposição do corpo do paciente. Cuidar com a manutenção da temperatura, realizar um check-list de cirurgia segura, utilizar os equipamentos apropriados conforme avaliação do paciente...” (Enf. Mallampatti).

“...Observação do paciente, para perceber qualquer alteração para realizar o cuidado que precisar...” (Enf. Jouvet).

Outro fator, que pode auxiliar e ser benéfico é a realização da visita pré operatória de enfermagem, que é considerada uma ferramenta eficaz, potencializadora do cuidado de enfermagem durante o momento anestésico cirúrgico, podendo ser útil na promoção

do cuidado individualizado, na obtenção de dados sobre a personalidade e as características físicas e emocionais do paciente, melhorar e incentivar a participação em sua recuperação pós-cirúrgica, podendo, também, ser conduzida de tal forma que minimize a tensão, o medo e ansiedade, o que é benéfico ao paciente.

... “A entrevista pré operatória considero muito importante,” (Enf. Cromack).

A visita pré operatória de enfermagem visa beneficiar todas as partes envolvidas no processo de cuidar, proporcionar bem estar ao paciente, promover a visibilidade do cuidado ao profissional enfermeiro e fornecer subsídios ao planejamento da assistência de forma contínua e individualizada. Graziano e Bianchi (2004) afirmam que através da realização das visitas pré e pós - operatórias de enfermagem é possível observar uma mudança acentuada de comportamento na maioria dos pacientes, havendo considerável diminuição no nível de ansiedade e complicações nos pós - operatórios imediato a tardio.

Nesse contexto, após a publicação pelo Ministério da Saúde (MS) do Programa Nacional de Segurança o Paciente (PNSP), buscando a prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde (BRASIL, 2013), a visita pré operatória passou a ter maior destaque e relevância nas unidades cirúrgicas. No entanto, o que se observa ainda na prática diária é a presença de alguns entraves para a execução da visita pré operatória e a entrevista, como, os fatores relacionados à formação do profissional enfermeiro, o conhecimento da equipe sobre a importância da SAEP e os aspectos institucionais que englobam o modelo de gestão.

Nesse sentido, outro ponto se faz presente: *Como interferir nessa realidade e propor mudanças?* Visto que, a visita pré operatória deve ser pautada no conhecimento científico, de forma humanizada em linguagem acessível, e respeitando a individualidade e a integridade do paciente. Na verdade, cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização, e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Conforme Bianchi e Leite (2007), os métodos de assistência de enfermagem perioperatória são construídos com base científica no intuito de atender o paciente, sendo de vital importância a atuação da enfermagem para sua realização, sendo de responsabilidade do enfermeiro perioperatório a responsabilidade pela definição da metodologia da assistência apropriada às necessidades dos pacientes.

Peniche e Moraes (2003) destacam a importância da enfermagem na assistência prestada na SRA, frente ao objetivo de assistir, monitorar, prevenir complicações, garantir a segurança, diminuir o estresse, contribuindo ao máximo para o bem estar do paciente. A mesma autora justifica ainda a importância de uma assistência documentada frente a gravidade apresentada, assim, garantindo segurança e cuidados específicos que, se realizados de forma recomendada, pode impedir a ocorrência de complicações ou então, revertê-las, quando preciso. Aspectos estes que podem ser presenciados na fala dos pesquisados:

“...instalar oxigênio principalmente para prevenir a hipóxia... monitorização, então controle dos sinais vitais, prevenir então a hipotermia, aquecendo o paciente. Cuidar em relação então a questão de náuseas, vômitos, ficar atento para o paciente não bronco aspirar... eu faço a escala de Aldrete.” (Enf. Richmond).

“...Primeiro monitorar o paciente, colocar cateter de o2, monitorar oxigênio, normal, cobrir o paciente, aquecer o paciente, verificar totalmente os sinais vitais, spo2, verificar se o paciente está com oxigênio, se o aceso venoso está bem, se o paciente tem alguma queixa...” (Enf. Jouvét).

“...Monitorização, ventilação, administrar medicamentos conforme prescrição médica, observar sinais e sintomas, atentar para o nível de consciência, queixas, algia dos pacientes. Avaliar condições térmicas como hipotermia e hipertermia. Observar agitação, náuseas, vômitos e sangramentos nos pacientes. Realizar a evolução de enfermagem, Avaliar para o início da alimentação, diurese, manter posição adequada de acordo com as cirurgias, observar drenos e curativos...” (Enf. Steward).

Essas questões somam-se as ações de responsabilidade do enfermeiro e sua equipe que são ratificadas por Carvalho e Bianchi (2007), que apontam a importância de avaliar as condições dos curativos, cateteres e drenos se presentes e realizar uma avaliação sistêmica do paciente, avaliar nível de consciência, expansão da caixa torácica, simetria, profundidade da respiração, SpO₂, frequência cardíaca, amplitude e ritmo do pulso, pressão arterial, temperatura, se presença de dor, estado emocional, presença ou ausência

de eliminações urinárias, mobilidade de membros inferiores, e se indicado, realizar a avaliação do estado fisiológico através do Índice de Aldrete e Kroulik.

Diante dessa inegável necessidade de assistência de enfermagem especializada aos pacientes, revela-se a importância do treinamento e habilidade para prestar cuidados de alta qualidade e individualização, pois, falhas nesse processo de identificação podem ser resultantes da falta de pessoal treinado capacitado para reconhecer sinais de complicações para intervir no momento adequado, fator esse que pode ser atribuído às diferenças do tempo de formação profissional e atuação, onde nenhum dos entrevistados possuiu cursos de especializações na área.

Aspectos que ressaltam a importância da afirmação de Santana (2006), que salienta a necessidade dos profissionais de enfermagem em buscarem conhecimentos após concluírem sua formação profissional para que estejam atualizados, pois a busca constante de novos conhecimentos sustenta a qualidade da sua prática e a segurança dos pacientes. Ainda de acordo como o mesmo autor o enfermeiro deve possuir o domínio do saber, do poder em relação à necessidade de ser um profissional ativo e participativo no que tange o processo de cuidar e prestar cuidado.

Ao finalizar este capítulo, cabe destacar que o cuidado se desvelou em muitos momentos da pesquisa, pois mesmo diante do tecnicismo fortemente presente nas falas, sabemos que existem potencialidades infinitas nos profissionais da enfermagem, e em especial nos enfermeiros (as). A categoria profissional enfrenta muitas dificuldades no desenvolver de suas ações profissionais, principalmente se considerarmos as questões atuais de saúde no Brasil, que perpassa pelos salários, condições, estrutura e recursos humanos.

Os enfermeiros (as) buscam diariamente formas de ultrapassar as barreiras operacionais da profissão, na tentativa de um cuidado qualificado, mas não podemos tapar os olhos para as questões pontuais da assistência atual e particularmente, o que diz respeito a formação destes profissionais, pois ainda mantemos cursos de formação e graduação, voltados para uma ação efetiva e eficiente, porém por vezes vazia de afeto e atenção. É necessário desenvolver ações durante o processo de formação dos enfermeiros (as) já em sua vida acadêmica, plantando a semente do cuidado que toca, que cuida, que cura e que vive.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atendeu a proposta do objetivo, traçando competências necessárias ao enfermeiro, numa abordagem sócia técnica estruturada por meio de uma visão integrativa desse profissional em descrever, suas atividades no dia a dia nas quatro esferas (gestão, pesquisa, ensino, assistência). Mostrou sua importância e relevância, através das lacunas ainda encontradas sobre o tema, o que permitiu avaliar o conhecimento dos profissionais envolvidos no processo do cuidado do centro cirúrgico, quanto ao momento anestésico cirúrgico, principalmente no que diz respeito à anestesia, o conhecimento quanto à assistência de enfermagem prestada ao paciente anestesiado, vindo a contribuir na atual formação acadêmica do profissional crítico, reflexivo, criativo e competente.

Da mesma forma, ainda com este estudo foi possível verificar o conhecimento que o profissional enfermeiro possui sobre o momento anestésico cirúrgico e de que forma ele aplica esse conhecimento no cuidado de enfermagem ao paciente.

O desenvolvimento dessa pesquisa surgiu após a reflexão da importância de uma assistência humanizada e acolhedora, relacionada diretamente ao conhecimento dos enfermeiros referente ao cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico. Assim durante a pesquisa nos deparamos com diversos olhares, concepções e enfoques sobre o mesmo tema. Percebe-se também que os enfermeiros não se atentam para as suas funções prioritárias, entrando numa rotina de trabalho que simplesmente compete em seguir normas e regras e suprir a demanda da unidade por muitas vezes.

Vale ressaltar, que houve entraves em obter mais informações e respostas, considerando a dificuldade dos enfermeiros em concentrar-se nas questões abordadas, já que se encontravam em horário de atividades. E por não entenderem muitas vezes a importância da temática pesquisada.

Entende-se a importância na enfermagem de se proporcionar boas práticas para se garantir bons resultados. E no intuito de se propiciar um cuidado humanizado, acolhedor e de qualidade, com a centralidade focada no paciente e não apenas na doença, ou em uma parte do seu corpo, a enfermagem requer entender em sua prática que ela possui grande responsabilidade e participação no momento anestésico cirúrgico, e incorporar a

pesquisa como uma ferramenta para a qualificação do seu cuidado, gerar novos conhecimentos, reconhecer as mudanças emergentes, propor caminhos e liderá-los.

Nesse sentido, compreende-se que escolher ser um profissional da área da saúde, preocupado com o paciente, carece-se ter habilidades técnicas em relação a equipamentos e procedimentos pertinentes, conhecimentos científicos, ser capaz de dialogar, escutar, perceber, tocar, vivenciar e ficar junto ao paciente. Corroborando com esse pensamento, Silva (2004) aponta que ao escolher a área de saúde para atuar profissionalmente, deve-se ter como meta a preocupação com o ser humano.

Nessa lógica, ainda podemos agregar Geovanini et al. (2005), que aponta a necessidade do profissional refletir sobre a essência do cuidado e seu significado, para que as suas atitudes sejam compatíveis com as expectativas dos pacientes. Logo, ressalta-se a importância do exercício do amor para dimensionar essas ações para as realidades do fazer cotidiano.

Ainda nesse aspecto o enfermeiro tem em suas mãos um poderoso instrumento de trabalho, que é a SAEP. Apesar de muitas instituições hospitalares ainda não adotarem totalmente este processo de cuidar e sistematizar, a mesma é vista como um processo articulador e integrador da assistência de enfermagem no momento anestésico cirúrgico, com capacidade de influenciar na resolubilidade e resolutividade do cuidado de enfermagem, e ainda propor indicadores de qualidade, auxiliar na redução de custos, dar suporte para fins legais, portanto: *Em qual momento a importância e os benefícios da SAEP não são percebidos pela instituição ou pelo profissional? e se são, qual os entraves que impedem seu desenvolvimento e implementação?*

Salienta-se que embora os profissionais tenham demonstrado breve conhecimento a respeito da maior parte dos questionamentos do estudo pertinentes ao cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico, os mesmos apresentaram dificuldades em relatar nas suas respostas questões que remetem ao cuidado humanizado, acolhedor nesse processo.

O que se observa nas últimas décadas, é que a assistência de saúde vem sofrendo grandes transformações, e na área hospitalar é cada vez mais comum a preocupação com obtenção de lucros. Nesse quesito o centro cirúrgico, é considerado um local de alta rentabilidade, onde o enfermeiro possui diversas atribuições, observa-se uma sobrecarga

de atividades burocráticas, e na maioria das vezes o responsável por gerenciar estas ações, para a qual ele necessita despende tempo para a realização de controles e segurança do seguimento de normas e registros, gera em menor tempo para despende ao desenvolvimento da assistência de enfermagem direta ao paciente e ao cuidado de enfermagem propriamente dito.

Finalizamos destacando que o momento anestésico cirúrgico é singular para o paciente que vivência e sua família, e a pesquisa aqui descrita e apresentada, permitiu transitar entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem, de maneira a lançar muitas reflexões para a vida profissional que se inicia, assim como trouxe luz a vários aspectos ainda fortemente presentes na profissão do enfermeiro (a). Nesse quesito, agora é o momento do enfermeiro retomar o cuidado e vê-lo como um agente agregador e facilitador das ações da enfermagem. Cuidar é uma arte da vida!

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO EAG, DE PAULA KA, OLIVEIRA LAF, ARRUDA ACV. **Sistematização da assistência de enfermagem na sala de recuperação pós- anestésica**. Rev SOBECC. 2011; 16(3):43-51.
- ARRUDA ALG. **O enfermeiro na educação de adultos em pré-operatório: uma abordagem andragógica**. Cuiabá, 1999. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado Interinstitucional CAPES/UFSC/UFMT.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3º Edição. Lisboa: Edições 70. 2004.
- BARDIN, L. **Ánalyse de conteúdo**. 4º Edição. Lisboa: Edições 70. 2010.
- BASSO, RS; PICCOLI, Marister. **Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine**. Revista eletrônica de enfermagem, V.6, n.3, 2006.
- BIANCHI, E. R. F; LEITE, R. C. B. O. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória. In: CARVALHO, R. de; BIANCHI, E.R.F. (orgs). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. São Paulo: Manole, p. 38-60, 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Ed. Vozes. 1999.
- BORK AMT. **Enfermagem de excelência: visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde, **Núcleo técnico da política nacional de humanização, HUMANIZASUS: Acolhimento como avaliação e classificação de Risco**, Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Conselho Nacional de saúde**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança ao Paciente (PNSP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CARRARO TE. **Enfermagem e assistência – resgatando Florence Nightingale**. 2.ed. Goiânia: AB, 1997.
- CARVALHO R, BIANCHI ERF. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. São Paulo: Ed. Manole; 2007

- 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.
- CHAVES LD, Pimenta CAM. **Controle da dor pós operatória:** comparação entre dois métodos analgésicos. Rev. Lat. Am. Enfermagem. 2003 mar.;11(2):215-9.
- COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem.** Dispõe sobre a sistematização e implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Resolução COFEN 358/2009. Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
- CURI C; PENICHE ACG. **Enfermeiro anestesista:** uma verticalização do enfermeiro perioperatório. Rev. SOBECC. jul/set; 9 (3): 8-13.
- DURMAN, S. **Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em Hospital Geral.** Curitiba, 2000. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná. Mestrado Interinstitucional.
- ELER GJ, JAQUES AE. **O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor.** Arq Ciênc Saúde 2006;10(3):185-90.
- FERREIRA, N. M. L. A. **Sistematização da assistência de enfermagem- importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro.** Rev. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.3, n.3, p.70-84. set/1990.
- FIORENTINI, D.; LORENZATO, S. **Investigação em educação matemática: percursos teóricos e metodológicos.** 2ed. Campinas: Autores Associados, 2009. 240 p.
- FREITAS KSS, SILVA AL. **Cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem.** Texto e contexto - Enfermagem 2000 maio-ago; 9 (2): 197-210.
- GALDEANO, L.E. et al. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.11, n.2, p. 199-206, 2003.
- GALVAO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. La Práctica Basada En Evidencias: Consideraciones Teóricas para su Implementación en la Enfermería Perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v.10, n.5, 2002. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de junho de 2014.
- GALVÃO CM; SAWADA, TREVISAN MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. Rev Latino-am. Enfermagem. 2004; 12(3): 549-56.
- GEOVANINI T. et al. **História da enfermagem:** versões e interpretações. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GEORGE JB. **Teorias de enfermagem: os Fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1993

GIL, A. C. **Métodos de pesquisas qualitativas.** São Paulo: Atheneu, 2008.

GRAZZIANO, E.S.; BIANCHI, E. R. F. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariográfica e de seus acompanhantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 168-174, 2004.

GRITTEM. **Sistematização da Assistência Perioperatória uma tecnologia de Enfermagem.** [Dissertação]: Curitiba – setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2005

HAWKES E; LEAFTY C; RUTH C;SCOTT R;SAHARP L. Nurse anesthesia: the silent protection. Center for nursing historial inquiry.2001; 9 (2):5-6.

HENRIQUES RL; ACIOLI S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da faculdade de enfermagem da universidade do Rio de Janeiro

HOUAISS, A; **Dicionário eletrônico da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.1 CD-ROM

HORTA Wanda. **Processo de enfermagem.** São Paulo, Epu, 1979.

HORTA Wanda. **Necessidades Humanas Básicas;** 1999.

LEONARD MK. Myra Estrin Levine. In: George JB. **Teorias de enfermagem: os Fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1993. p. 164-173.

LEOPARDI MT. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática.** Ed. Papalivro; 2001.

LEVINE M.E. **Introduction to clinical nursing.** 2ª ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1973.

MAIA RJF, Fernandes CR. **O alvorecer da anestesia inalatória: um perspectiva histórica.** Ver. Bras. de Anest. 2002;56 (6).

MALAGUTTI W, Bonfim IM, organizadores. **Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico.** São Paulo: Martinari; 2008.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10 Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES LO, Peniche ACG. **Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura.** Rev. Esc Enferm USP. 2003; 37 (4):34-

42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000400004>.
Pmid:14727442

MOTTA RESENÃ. **Histórica del descubridor de la anestesiologia moderna**. Ver Colomb. Anest. 2002;30(4).

NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, v.1, 2009.

PASSOS ES. **De anjos a mulheres. Ideologia e valores na formação de Enfermeiras**. Salvador: EDUFBA, 1996.

PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Algumas considerações sobre avaliação do paciente em sala de recuperação anestésica. **Rev. Bras. Enfermagem Brasília**. v.32, n.1, p.27-32, abr,1998.

PENICHE, Aparecida de Cássia Giani, MORAES, Lygia Oliveira. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo: v.37, n.4, p.34-42, 2003.

PELLIZZETTI, N.; BIANCHI, E. R. F. **Avaliação da prescrição de enfermagem para o período transoperatório**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, (nº esp.), p. 75-84, 1991.

PICCOLI, Marister; GALVÃO, Cristina Maria. **Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstica enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.9, n.4, p.37-43, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400007&lng=pt&nrm=&tlng=pt>.

PICCOLI, Marister; GALVÃO, C.M. **Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine**. Cascavel: Edunioeste, 2007.

PINHO AM. **Qualidade total em enfermagem no centro cirúrgico**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

PITREZ FAB, PIONER SR. **Pré e pós operatório: em cirurgia geral e especializada**, Porto Alegre: Artmed,1999.

POPOV DC, Peniche AC. **As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica**. Rev Esc Enferm USP 2009;43(4):953-61.

POSSARI JF. **Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica**. São Paulo: Iátria; 2004.

POSSARI JF. **Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão**. 4ªed. São Paulo: Iátria; 2009.

POTTER AP, PERRY GA. **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.

PUPULIM JSL, SAWADA NO. **O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 433-438, 2002.

ROTHROCK Alexander: **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SANTANA, A. R. C. M. B. F. **Conhecimento de enfermeiros de clínica médica e unidade de terapia intensiva de hospitais escola da Região Centro-Oeste sobre medicamentos específicos**. 2006. Acesso em: 16 agosto de 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07082006-165403/>>.

SANTOS RP. **Estratégias educacionais para pacientes e famílias**. In BORK, A.M.T. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005.

SILVA MAA, RODRIGUES AL, CESARETTI IUB. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2.ed. São Paulo: E.P.U., 2002.

SILVA MJP. **Qual o tempo do cuidado?** humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo. Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – SARGS. Rio Grande do Sul, 2001.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. **Práticas Recomendadas-SOBECC**. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.304p.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. **Manual de Práticas Recomendadas SOBECC**. 6ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: SOBECC, 2013, 369p.

THIESEN M. **Sistematização Da Assistência De Enfermagem Perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica**. [Dissertação] Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina; 2005

THOMAZ VA, GUIDARDELLO EB. **Sistematização da assistência de enfermagem: Problemas identificados pelos enfermeiros**. Rev. Nursing, São Paulo, n.54, a.5, p.28-34, nov/2002.

THOWALD J. **O século dos cirurgiões**. Trad. Marina Guaspari. Curitiba: Hemus, 2002

URSI ES, GALVÃO CM, **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** Rev. Latino-am Enfermagem, v.14, p. 124-131, jan/fev, 2006.

VIEIRA S, HASSNE WS. **Metodologia Científica para a área de saúde.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2001 – 7ª reimpressão.

WALDOW RV, LOPES MJM, MEYER DE. **O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ofício a ser encaminhado à direção e coordenação de enfermagem do hospital.

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFFS, o representante legal da instituição Hospital Regional de Chapecó, declara ter sido informado sobre o projeto de pesquisa intitulado **“MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.”**, que tem por objetivo verificar o conhecimento dos enfermeiros (as) em um hospital geral no oeste de Santa Catarina, e concorda com o envolvimento da instituição na referida pesquisa, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para tanto estamos solicitando autorização para realizar a coleta dos dados junto aos profissionais de enfermagem atuantes no centro cirúrgico deste hospital. Nos encontros semanais, faremos contato e solicitaremos a colaboração dos profissionais de enfermagem, caso aceitem agendarmos, local, data e horário para realizar as entrevistas. Salienta-se que inicialmente será exposto o objetivo da investigação e sua finalidade e que sua participação é livre e voluntária.

Vale destacar que, caso haja vossa autorização, necessitamos de vossas assinaturas. Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof^ª. Orientadora e Pesquisadora Mestre Denise Consuelo Moser
Acadêmica de Enfermagem Tânia Marisa Koch

APÊNDICE B – Deferimento da Instituição.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE CHAPECO
CURSO DE ENFERMAGEM

TÂNIA MARINA KOCH

MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: transitado entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado.

Chapeco/SC 2014

Deferido
02/06/2014

Tânia Marina Koch
Enfermeira
UFRRS

Wanda Maria Damasco
Coordenadora de Curso
ENFERMAGEM

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semiestruturada.

1. Sexo: () masculino () feminino
2. Idade.
() 21 à 30 anos () 31à 40anos
() 41 à 50 anos () Acima de 50 anos
3. Tempo de formação e qual sua formação profissional.
() 1 à 5 anos () 06 à 10 anos
() 11 à 15 anos () 15 à 20 anos () mais de 20 anos
4. Tempo de atuação profissional_____.
5. Em relação aos processos anestésicos quais tipos de anestesia você tem conhecimento?
6. Fale sobre os tipos de anestesia mencionados no item anterior. Você saberia relatar sobre as etapas da anestesia geral?
7. Para você, quais as principais complicações decorrentes do momento anestésico cirúrgico, principalmente na sala de recuperação pós-anestésica, com relação aos diferentes tipos de anestesia.
8. Quais cuidados de enfermagem você julga importantes durante o momento anestésico cirúrgico?
9. Considerando a assistência de enfermagem prestada na SRA, fale como você sistematiza o cuidado de enfermagem.
10. Referente as teorias de enfermagem, você se recorda de alguma teoria ou teorista? Em sua prática diária, durante o cuidado de enfermagem prestado, você, adota alguma teoria para fundamentar ou embasar o seu processo de trabalho?

APÊNDICE D -Roteiro de observação do campo e registro em diário de bordo

- ✓ Recepção do paciente no centro cirúrgico e acolhimento. O enfermeiro participa desse processo?
- ✓ Quais orientações e esclarecimentos referentes a anestesia são disponibilizados aos pacientes na sala de espera, na sala operatória e na RPA.
- ✓ Observar qual a relação enfermeiro /paciente estabelecida durante o momento anestésico cirúrgico e os cuidados desenvolvidos.
- ✓ Que ações são desenvolvidas na recuperação pós anestésica pelo enfermeiro em relação ao cuidado com o paciente.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “: **MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO**: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado”, desenvolvida para finalização do trabalho de conclusão do curso de enfermagem da UFFS, de responsabilidade da acadêmica de enfermagem Tânia Marisa Koch, sob a orientação da pesquisadora Profa. Mestre Denise Consuelo Moser. Esta pesquisa justifica-se pela relevância do tema no meio científico e devido a necessidade da criação de instrumentos que facilitem a assistência de enfermagem no momento anestésico-cirúrgico e que promovam a segurança do paciente. O objetivo desta pesquisa é verificar o conhecimento dos enfermeiros (as) de um hospital da região oeste do estado de Santa Catarina, sobre o cuidado no momento anestésico cirúrgico.

A sua participação na pesquisa será no seu local e horário de trabalho. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, a pesquisadora compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área. Ao participar da pesquisa, você terá os seguintes benefícios: a) irá adquirir novos conhecimentos para sua atividade cotidiana. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido (a) e você não receberá pagamento pela sua participação no estudo. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados. Os resultados da pesquisa serão divulgados na instituição de ensino e na instituição do local de estudo, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Tânia Marisa Koch, e-mail: tania_koch22@hotmail.com, telefone: 49-9972 2978, ou com o curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, pelo e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br, endereço: Rua General Osório Rua General Osório, 413 d - Caixa Postal 181. Bairro: Centro. Chapecó (SC). CEP: 89802-210 telefone (49) 2049-3114.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Chapecó, ____ de _____ de 2014.

Nome completo o(a) participante:

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Nome completo da aluna: Tânia Marisa Koch

Nome do pesquisador e orientador (a): Prof^a Mestre Denise Consuelo Moser.

ANEXO B - Termo de confidencialidade

Título do estudo: **MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO:** transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado.

Pesquisador responsável e aluna: Pro^{fa} Mestre Denise Consuelo Moser e Acadêmica de Enfermagem da UFFS Tânia Marisa Koch

Instituição/Departamento: UFFS/Universidade Federal Da Fronteira Sul - Campus Chapecó / Departamento de Enfermagem. Telefone e endereço para contato:(49)9972 2978. Rua General Osório, 413D; CEP: 89802-210; Caixa Postal 181, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Local da coleta de dados: Unidade do centro cirúrgico do Hospital Público da região do oeste do estado de Santa Catarina.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e gravada com gravador digital, com profissionais de enfermagem atuantes no centro cirúrgico, conforme disponibilidade do entrevistado. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo pessoal do pesquisador por um período de cinco (05) anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS .../...../....., com o número do

Chapecó, _____2014.

Prof. Mestre Denise Consuelo Moser

Acadêmica Tânia Marisa Koch

Pesquisadores Responsáveis.

ANEXO C - Solicitação de trabalhos de conclusão de curso – TCC e pesquisas
(proposto pelo hro).

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – CAMPUS CHAPECÓ

CURSO: BACHAREL EM ENFERMAGEM

COORDENADOR DO CURSO: VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA

PROFESSOR ORIENTADOR: MESTRE DENISE CONSUELO MOSER

PERÍODO DO CURSO: 9º SEMESTRE (total de 10 semestres).



MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: *transitando entre o conhecimento
dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.*

TÂNIA MARISA KOCH

CHAPECÓ, 27 DE JUNHO DE 2014.

1. PROBLEMA DE ESTUDO.

Almeja-se verificar o conhecimento que o profissional enfermeiro possui sobre o momento anestésico cirúrgico e de que forma ele aplica esse conhecimento no cuidado ao paciente. A partir do exposto, a pergunta norteadora que direcionou a pesquisa é: Qual o conhecimento dos profissionais enfermeiros (as) sobre o cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico?

2. OBJETIVO GERAL

Verificar o conhecimento dos enfermeiros (as) de um hospital da região oeste do estado de Santa Catarina, sobre o cuidado de enfermagem no momento anestésico cirúrgico.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer o perfil dos enfermeiros (as) envolvidos no momento anestésico cirúrgico, em relação ao seu tempo de atuação e formação específica;

Identificar o conhecimento dos enfermeiros (as) com relação às etapas da anestesia e o cuidado de enfermagem ao paciente no momento anestésico cirúrgico;

Descrever como o enfermeiro intervém nas complicações decorrentes do momento anestésico cirúrgico, considerando os cuidados de enfermagem desenvolvidos na sala de recuperação pós-anestésica.

3. PÚBLICO ALVO – POPULAÇÃO

Os protagonistas, ou seja, a população alvo desse estudo serão os enfermeiros envolvidos com o momento anestésico cirúrgico do referido hospital que concordarem em participar da pesquisa. O serviço conta atualmente com sete profissionais de enfermagem com nível superior.

Os profissionais serão convidados a participar do estudo após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/ UFFS) e da autorização da instituição hospitalar.

4. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Com os participantes que aceitarem participar do estudo, após apresentação do projeto de pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) e assinatura do mesmo, será adotado no primeiro instante a entrevista aberta com questões semiestruturadas (Apêndice B), a qual será gravada em gravador digital e, após, transcrita na íntegra. No que se refere a essa modalidade de obtenção das informações, Minayo (2007) corrobora que a entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa.

O conteúdo gravado e transcrito das entrevistas será guardado com a pesquisadora pelo período de cinco (05) anos, e após será excluído. Ressalta-se que antes de ocorrer à transcrição definitiva da entrevista, o pesquisado terá disponível a transcrição realizada pela autora, para certificar-se do que realmente será considerado da fala do entrevistado e para que não ocorram equívocos.

No segundo momento da pesquisa será utilizada a observação, a partir de registro na forma de diário de bordo. O registro das observações será realizado na forma de diário de bordo, que segundo Fiorentini e Lorenzato (2009), pode abranger duas perspectivas, a descritiva e a interpretativa, enquanto o observador/pesquisador imprime suas reflexões. O diário “é um dos instrumentos mais ricos de coleta de informações”. Tem como objetivo registrar de maneira detalhada e sistematizada, os acontecimentos, as rotinas e as conversas que contribuirão no processo de análise das ocorrências observadas (FIORENTINI; LORENZATO, 2009, p.118).

Nesse aspecto o pesquisador necessita elaborar um plano que estabeleça o que observar (Apêndice C), e em que momentos, bem como sua forma de registro. Logo a definição do que observar, precisa levar em consideração os objetivos do projeto de pesquisa e ou pesquisa.

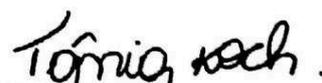
5. CRONOGRAMA

De acordo com o cronograma estabelecido a coleta de dados terá início a partir do mês de julho do ano de 2014. Com posterior análise e interpretação dos dados e elaboração do relatório final.


Prof.ª Denise Consuelo Moser
Enf. Especialista - Bloco Operatório
COREN 106.47 - SIAPE 1705947
Mestre em Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Prof.ª. Orientadora e pesquisadora

Mestre Denise Consuelo Moser

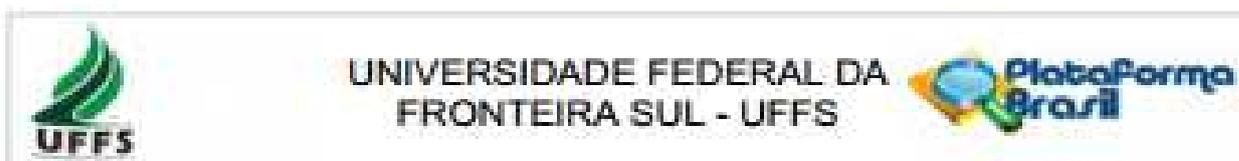


Acadêmica de Enfermagem Tânia Marisa Koch


Vânia Maria Louvera
Gerente de Serviços
CRM 523692

Direção de Enfermagem da Instituição

ANEXO D - Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MOMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: transitando entre o conhecimento dos enfermeiros (as) e o cuidado de enfermagem.

Pesquisador: DENISE CONSUELO MOSER

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33713714.8.0000.5554

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 785.613

Data da Relatoria: 09/09/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo.

Ver parecer consubstanciado do CEP/UFFS número 768.343.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo.

Ver parecer consubstanciado do CEP/UFFS número 768.343.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Ver parecer consubstanciado do CEP/UFFS número 768.343.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo.

Ver parecer consubstanciado do CEP/UFFS número 768.343.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

O telefone do CEP/UFFS foi corrigido no TCLE, conforme solicitado pelo relator.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Martelli da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.800-285

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)3249-1478

E-mail: posara@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer 785/13

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo.

Todas as solicitações foram acatadas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução 466 de 12/12/2012 principalmente, os artigos XI.1 e XI.2 itens c) ao h) , a Normativa 001/2013 e o Capítulo III da Resolução 251/1997.

A página do CEP-UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador" acessível no Link http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres_do_pesquisador_CEP.pdf

Atenta:

1) No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, obedecidos os 20 dias antes da reunião do CEP do mês correspondente aos 6 meses, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra (exceto se a pesquisa estiver totalmente finalizada, pois, neste caso, deverá ser enviado o relatório final). Veja modelo na página do CEP, no item "5) Documentos a serem anexados à Plataforma Brasil" no subitem " 6.1) Obrigatórios " . A cada 6 meses novo relatório parcial deverá ser enviado até que seja enviado o relatório final.

2) Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP para que possa ser avaliada e as medidas adequadas possam ser tomadas. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto. Após um projeto ter sido aprovado, alterações devem ser solicitadas na forma de EMENDA.

3) Além do relatório semestral, a qualquer momento o CEP poderá solicitar esclarecimentos sobre

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.802-305

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)3549-1478

E-mail: posana@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 785/13

a sua pesquisa – vide artigos X.1.3.b), X.3.6 e XI.2.e)

4) Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final.

OBS: Os relatórios deverão ser enviados utilizando-se da opção "enviar notificação", na "Plataforma Brasil".

Em caso de dúvida: (1) contate este CEP pelo telefone 20491478, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00

(2) contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitar ao atendente suporte

Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta, (3) Contate a "central de suporte" da plataforma Brasil no canto superior direito da plataforma e cujo atendimento é online.

Boa pesquisa!

CHAPECO, 10 de Setembro de 2014

Assinado por:

JOSEANE DE MENEZES STERNADT
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Cecílio, 4134 - Ed. Marcell da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.803-285

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@uffs.edu.br