

SOBECC

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ENFERMEIROS
DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE MATERIAL
E ESTERILIZAÇÃO

NACIONAL – SP

5º Simpósio da SOBECC
recebe mais de mil visitantes,
em Santos



ASSISTÊNCIA

É possível usar os benefícios
da tecnologia sem abrir mão
da humanização

COMPORTAMENTO

Pesquisa mostra as
estratégias adotadas por
enfermeiros de Recuperação
Anestésica diante de
situações de estresse

PLANEJAMENTO

Estudo analisa os motivos
de cancelamento de
cirurgias em um hospital
público

EDUCAÇÃO

Uma reflexão sobre o papel
de quem ensina na área de
Enfermagem: professor ou
educador?

E MAIS:

SOBECC ganha seção
estadual, no Paraná

DIRETORIA DA SOBECC

• **Presidente:** Rosa Maria Pelegrini Fonseca • **Vice-Presidente:** Lígia Garrido Calicchio • **Primeira-Secretária:** Marcia Hitomi Takeiti • **Segunda-Secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Primeira-Tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Segundo-Tesoureiro:** João Francisco Possari • **Diretora da Comissão de Assistência:** Fabiana Andréa Lopes Soares • **Diretora da Comissão de Educação:** Léa Pereira de Sousa • **Diretora de Publicação e Divulgação:** Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Diretora do Conselho Fiscal:** Heloísa Helena Ferreti Silva • **Membros do Conselho Fiscal:** Janete Akamine e Renata Barco de Oliveira.

REVISTA SOBECC

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Conselho Editorial – Dra. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro (Universidade Federal da Bahia), Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa Calache (Escola de Enfermagem da USP), Profa. Dra. Livre-Docente Aparecida de Cassia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Arlete Silva (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), Profa. Dra. Livre-Docente Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Profa. Dra. Livre-Docente Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da USP), Profa. Titular Kazuko Uchikawa Graziano (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria), Dra. Maria Belén Salazar Posso (Universidade do Vale do Paraíba), Dra. Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru) e Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da USP).

Comissão de Publicação e Divulgação – Coordenação: Profa. Dra. Livre-Docente Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Membros:** Profa. Dra. Livre-Docente Estela Regina Ferraz Bianchi, Dra. Maria Lúcia Fernandez Suriano, Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite, Enfermeira com MBA em Economia e Gestão em Saúde Sirlene Ap. Negri Glasenapp e Mestre Verônica Cecília Calbo Medeiros.

Equipe Técnica – Edição: Solange Arruda • **Produção Gráfica e Ilustração:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Congraf.

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 21 • Liberdade (Metrô Vergueiro) • CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3341-4044 • Fax: (11) 3208-1285

E-mail: info@sobecc.org.br / sobecc@sobecc.org.br
Internet: <http://www.sobecc.org.br>

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

A SOBECC está associada à Academia Brasileira de Especialistas de Enfermagem (ABESE) desde 2000 e à International Federation Perioperative Nurses (IFPN) desde 1999. Além disso, mantém parceria constante com a Association Operating Room Nurses (AORN).

ÍNDICE

4...

EDITORIAL

5...

ACONTECE SOBECC

14...

AGENDA

16...

SOBECC – SEÇÃO PARANÁ

Uma Trajetória Dedicada à Educação Continuada

19...

ARTIGO ORIGINAL – EDUCAÇÃO

Reflexões sobre Educação e Enfermagem

26...

ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA

O Avanço Tecnológico e o Cuidado Humanizado em Centro Cirúrgico

32...

ARTIGO ORIGINAL – COMPORTAMENTO

Estratégias de Coping entre Enfermeiros de Recuperação Anestésica

38...

ARTIGO ORIGINAL – PLANEJAMENTO

Cancelamentos de Cirurgias Eletivas em um Hospital Universitário

44...

REVALIDAÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

Está Chegando a Hora da Revalidação

46...

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

ISSN 14144425

Revista indexada nas bases de dados
LILACS e CUIDEN



MULTIDISCIPLINAR, SIM, MAS SEM PERDER A ESSÊNCIA

Como a SOBECC acabou de realizar o 5º Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar, em Santos (SP), entendemos que poderíamos fazer uma breve pausa no tema do evento para destacar, neste número da revista, as várias competências do enfermeiro que atua no Bloco Operatório. Para tanto, selecionamos quatro estudos que, de diferentes ângulos, mostram a necessidade de o profissional de Enfermagem ter uma formação multidisciplinar.

A pesquisa sobre as estratégias de coping utilizadas pela equipe de Recuperação Anestésica de um hospital universitário deixa claro que o bom preparo psicológico é fundamental para o enfermeiro, não apenas para lidar com as situações-limite, inerentes à profissão, mas para encarar e solucionar os estressores cotidianos, que são muitos nessa área tão complexa quanto determinante para o restabelecimento global do paciente.

Já o trabalho que analisa as causas de cancelamento de cirurgias em um hospital público relata a importância da implantação de um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), especialmente diante de um cenário de falta de planejamento e de marcação descentralizada de cirurgias. De qualquer forma, tanto a implantação da SAEP quanto a participação mais efetiva do enfermeiro no processo de agendamento cirúrgico exigem um domínio das competências administrativas relacionadas com controle, planejamento e organização.

O alinhamento do profissional de Enfermagem com os novos recursos tecnológicos disponíveis nos hospitais também é vital para oferecer uma assistência de qualidade, constata outro estudo publicado nesta edição, desde que o enfermeiro não deixe de lado a humanização, que, junto com o domínio técnico, deve formar a base do trabalho da Enfermagem. Quem não coloca o paciente no centro presta um serviço voltado ao procedimento, e não à pessoa, alertam os autores.

Isso nos conduz ao tema do último artigo escolhido, o qual faz uma reflexão sobre o papel de quem forma os futuros profissionais de Enfermagem. Como docente do ensino médio ou superior, ou mesmo como condutor de uma grande equipe de funcionários, será que o enfermeiro está realmente agindo como um educador, será que atua como uma árvore que tem alma, para usar a analogia citada pela autora? É esse tipo de mestre que, afinal, pode ensinar o que o aprendiz precisa e, acima de tudo, despertá-lo para a essência da profissão, que, não obstante todo o desenvolvimento tecnológico, continua sendo a de prestar uma assistência integral ao indivíduo.

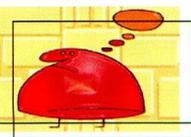
Tenha uma ótima leitura!



Rosa Maria Pelegrini Fonseca
Presidente da SOBECC



Aparecida de Cassia Giani Peniche
Diretora de Publicação e Divulgação



Artigo Original
EDUCAÇÃO

REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO E ENFERMAGEM

Reflections about Education and Nursing
Reflexiones sobre la Educación y la Enfermería

Elaine Aparecida de Almeida • Eliana Mara Braga

Resumo – Pensando nos vários papéis e nos grandes desafios que o educador vem assumindo no processo da educação, este estudo traz uma breve revisão a respeito do assunto, de forma que o leitor reflita sobre suas atribuições em tal contexto, sobre seu preparo profissional até o presente momento e sobre o que tem feito para mudar seu comportamento e aprimoramento, diante de tantas alternativas de técnicas de ensino, da introdução da informatização e de muitas outras novidades, como a chegada dos cursos ministrados a distância. O presente trabalho, portanto, procura oferecer ao enfermeiro docente uma revisão de artigos acerca do papel de quem educa nos tempos atuais, ampliando seus horizontes para uma reflexão, como educador, sobre onde tem sido colocado o ator principal desse processo, ou seja, o aluno do nível médio de Enfermagem.

Palavras-chave – educação; Enfermagem.

Abstract – Thinking about the several functions and challenges that the educator has been assuming in the process of education, this work brings a little review about the subject, wanting that the reader make a reflection of its role in this context, its professional preparation until this moment and what has made to change its behavior and improvement, facing so many alternatives

of teaching techniques, from the introduction of the computerization and many other newness, sailing until the arrival of the courses given at distance. The article has the objective of bringing the teacher's knowledge a review of articles about its paper nowadays, extending its horizons to a reflection as a teacher and where has the central actor been placed in this process, who is the average level Nursing student.

Key word – educator; Nursing.

Resumen – Pensando en los varios papeles y grandes desafíos que el educador viene asumiendo en el proceso de la educación, este trabajo hace una breve revisión sobre el asunto, buscando hacer con que él lector docente haga una reflexión acerca de su rol en este contexto, su preparo profesional hasta este momento y lo que ha hecho para cambiar su comportamiento y perfeccionamiento, delante de las muchas alternativas de técnicas de enseñanza, de la introducción de la informatización y otras muchas novedades, navegando hasta la llegada de los cursos ministrados a la distancia. El artículo tiene el objetivo de traer al conocimiento del enfermero-docente una revisión de artículos acerca del rol del educador en los tiempos actuales, ampliando sus horizontes para una reflexión de su rol como educador y donde ha sido colocado el actor

principal de este proceso, que es el alumno del nivel intermediario de Enfermería.

Palabras clave – educación; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Por mais que eu tente, como docente e enfermeira, encontrar respostas, sempre encontro, entre nós, um coração desesperado por situações mais confortáveis dentro dessa área tão nobre do ensino. Lendo e relendo a poesia abaixo e refletindo sobre ela, penso: será que os projetos de uma educação especial, com respeito às diferenças e aos diferentes, farão sempre parte apenas desses sonhos de poetas e continuarão adormecendo ao fim de cada dia?

Sonhos

Os sonhos
são realidades
transparentes.

Vivem além
dos dedos, das mãos,
dos corpos...

Além das asas metálicas
de uma viagem ao espaço.

Fogem à razão,
se embebedam de emoções,
e adormecem nas noites
de saudades⁽¹⁾.



Artigo Original EDUCAÇÃO

Para Kolber, quem educa tem dentro de si o desejo da transformação. “Para ser educador, deve-se ser sujeito da ação crítica e eterno sonhador, bem como dar um novo significado a conceitos, criar outros, digerir e transformar a conduta pedagógica em bases sólidas, recheadas de conteúdos que farão de suas palavras algo jamais esquecido por seus alunos”⁽²⁾.

OBJETIVO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de levar ao conhecimento do enfermeiro docente uma revisão de artigos a respeito da atribuição do educador nos tempos atuais, ampliando seus horizontes para uma reflexão sobre seu papel na educação e sobre onde tem sido colocado o ator principal desse processo – o aluno do nível médio de Enfermagem.

METODOLOGIA

Este é um artigo de revisão, pois trata de explicitar uma pesquisa teórica sobre o assunto, baseada em fontes como livros, periódicos e textos da internet, escritos no período de setembro de 2004 a fevereiro de 2005⁽³⁾.

Como critério de seleção, adotei a abordagem específica da problemática em questão. Assim, alguns textos entraram como bibliografia consultada e outros, como bibliografia que, embora não tenha sido tão explorada para a elaboração do artigo, se refere à temática, apresentando contribuição científica para o desenvolvimento do trabalho⁽³⁾.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A educação

A Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), n.º 9394/96⁽⁴⁾, relata que, nas legislações

anteriores, via-se o aluno como o objetivo do significado do texto, alguém que estava ali para decifrá-lo, decodificá-lo e digeri-lo. Na nova lei, ele é considerado como co-autor do texto.

Segundo Kolber, para quem o educador é co-autor de sua escola, nossa história tem dois tipos de professores: “aqueles que escreviam no quadro negro o que precisávamos saber, os quais muitas vezes faziam parte de nossos sonhos e de nossas futuras profissões, e outros, lembrados como de pouca paciência e que, instigados pela repreensão, propunham condições arrogantes de aprendizagem, não levando em consideração o aluno e suas dificuldades. O aprender, nesse caminho, estava longe de se tornar prazeroso”⁽²⁾.

Já mergulhados num novo milênio e diante de tantas diferenças e diferentes, precisamos tomar consciência de que estamos no meio de uma das mais dramáticas revoluções na história, que nada deixa intocado: nossas maneiras de trabalhar, de comunicar e até de usar o tempo livre⁽⁵⁾.

A revolução tecnológica centraliza-se no computador, na informação, na comunicação e nas tecnologias multimídia. É freqüentemente interpretada como o primeiro estágio de uma sociedade do conhecimento ou da informação, o que atribui à educação um papel central em todos os aspectos da vida⁽⁵⁾.

Essa grande transformação coloca imensos desafios ao educador, forçando-o a repensar seus princípios básicos, a desenvolver as novas tecnologias de maneiras criativas e produtivas e a reestruturar a escolarização para que ela possa responder, de maneira construtiva e progressista, às mudanças tecnológicas e sociais que agora experimentamos, sem

deixar de estar atento para a figura do aluno, que é o ator principal desse processo e que, no fim da história, é devolvido aos pais revestido de novos significados e valores⁽⁵⁾.

Várias são as alternativas de ensino encontradas nessa busca, entre elas os contos de fadas, que Bethelheim, assim como outros psicanalistas, coloca como elemento que representa nossos desejos, nossas angústias e muitos dos mecanismos gerais de funcionamento de nossos esquemas psíquicos. Assim, esses instrumentos podem ser utilizados tanto em terapia quanto em ações educativas⁽⁶⁾.

A adoção de máximas do construtivismo – que explica como a inteligência humana se desenvolve, partindo do princípio que esse desenvolvimento é determinado pelas ações mútuas entre o indivíduo e o meio⁽⁷⁾ – e sua apropriação, numa atitude metodológica, desviam a questão da dificuldade de aprendizagem. Quando os professores atuam com o uso das bases do construtivismo e o tornam um método, várias questões deixam de ser tratadas. Chegamos ao fenômeno freqüentemente observado do “construir tradicionalmente” e isso deve ser analisado⁽⁸⁾.

Encontramos também os cursos a distância, citados por Murashima; Silveira, que expõem suas vantagens, porém lembram que essa técnica de ensino não está imune a limitações e apresentam, como uma das mais significativas, a percepção da solidão, que se manifesta pela ausência da sala de aula, pela necessidade do grupo e pela falta do bate-papo nos intervalos⁽⁹⁾.

Ainda sobre o ensino a distância, Bettio; Martins observam que a utilização de objetos de aprendizado vem melhorando

significativamente no que diz respeito ao modo de armazenamento e à distribuição na internet, embora o padrão de especificação ainda tenha muito a evoluir. Mas, levando em consideração o número de pesquisadores e instituições que promovem essas pesquisas, a tendência é a de que os objetos de aprendizado se tornem um modelo mundial de troca de informação entre sistemas de ensino a distância⁽¹⁰⁾.

Não podemos, como educadores, desprezar nenhuma técnica de ensino, pois docentes e alunos diferem nas suas formas de falar e entender sentidos e significados. Assim, o que parece simples para o professor pode ser de extrema complexidade para quem está aprendendo. Muitas vezes, o educador, o “dono da palavra”, acaba demarcando o espaço discursivo e, com isso, exclui a participação do aluno, passando de uma dimensão dialógica para uma dimensão monológica e dificultando todo o processo do aprendizado⁽¹¹⁾.

Educadores que são donos da palavra precisam ser avisados de que essa postura deve ser rompida, pois sua fala, ainda que seja uma das principais ferramentas que utiliza, não é a única – além de saber falar, é preciso saber se fazer entender⁽¹¹⁾.

Silva lembra que os tipos de comunicação variam, mas pondera que não podemos nos esquecer de que não nos comunicamos somente por meio de palavras. Os sinais não-verbais aparecem em todos os padrões de resposta

humana, como relacionar e perceber ou mesmo os que apresentam características mais biológicas, a exemplo de cansaço, ansiedade e impaciência⁽¹²⁾.

Assim como diz Piaget, “tendem a desaparecer as fronteiras entre as disciplinas, pois as estruturas ou são comuns ou solidárias umas com as outras”⁽⁷⁾. E nós, educadores, será que buscamos conquistar uma relação de solidariedade com o desejo e com a necessidade de aprender do nosso aluno de nível médio de Enfermagem?

A educação na saúde

Hauser menciona que, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “o hospital é parte integrante de um sistema de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e nas pesquisas biossociais”⁽¹³⁾.

Já o Ministério da Saúde conceitua o hospital como “parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, até mesmo domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento

de pacientes, cabendo a essa instituição supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ela vinculados tecnicamente. Assim, o hospital é também um centro de investigação biopsicossocial”⁽¹³⁾.

É nesse cenário que entra nosso aluno, muitas vezes ainda imaturo, sem nunca ter visto sequer um animal doente, completamente dependente de nossos cuidados. Estamos preparando esse indivíduo antes de inseri-lo no contexto do hospital? O estudante de nível médio de Enfermagem tem pleno conhecimento de seus direitos e deveres quando adentra a instituição de estágio? E nós, docentes, conhecemos todos os limites e funções, não só como educadores, mas agora em campo de estágio, também como cuidadores?

Os primeiros atendimentos profissionais se dão numa época de transição entre o papel de aluno e o papel profissional, associando-se ao rito de passagem entre essas duas funções. Os rituais de transição traduzem entradas e saídas, ou seja, simbolicamente, morte e renascimento. Nesse processo, portanto, surgem a ansiedade, pela perda da situação já conhecida, e o medo da situação nova e desconhecida⁽¹⁴⁾.

Nenhuma dessas inquietações pode ser menosprezada, uma vez que o fato de serem experimentadas mostra que o aluno está em contato com seus sentimentos e trata de enfrentá-los. A supervisão é essencial, não para suprimir o que o iniciante sente, mas para verificar se seus

PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA BARTEC

www.bartec.com.br

KITS BARTEC

- Kits Cirúrgicos Descartáveis
- Universal
 - Básico
 - Gineco-Uro-Procto

AVENTAIS BARTEC

- Aventais Cirúrgicos Descartáveis
- SMS
 - Spunlace: padrões de conforto e performance semelhantes aos produtos Mölnlycke.

CAMPOS BARTEC

- Campos Cirúrgicos Descartáveis
- SMS
 - Não-tecido

* Itens avulsos e outras apresentações sob consulta.



+ 55 11 5564-3232
bartec@lifemed.com.br





problemas pessoais interferem ou não no processo, distorcendo-o⁽¹⁵⁾.

Dependendo da dinâmica interna do grupo de estudantes, pode se tornar fundamental à auto-estima do aluno que ele mantenha a imagem de que consegue manejar todas as situações novas sem dificuldade ou incerteza. Para a futura prática adequada de sua profissão, é extremamente importante, no estágio, que esse indivíduo em início de carreira tenha oportunidade de trocar idéias abertamente, tanto com os colegas quanto com os professores, sobre os problemas associados a seus primeiros pacientes. De outra maneira, é possível que ele tenda a ocultar sua ansiedade e incerteza com diversas atitudes de defesa, que podem interferir permanentemente na sua capacidade de interagir de forma satisfatória com os pacientes, fornecendo a base para o desenvolvimento de um maneirismo defensivo⁽¹⁵⁾.

Diante da importância do papel do educador na área da saúde, é oportuno levantar o questionamento de Lima⁽¹⁶⁾ sobre a profissão de professor, ao analisar um artigo jornalístico que noticiava o orçamento de 14 milhões de reais, em 2003, destinado a criar 12 mil vagas de cursinho pré-vestibular para estudantes carentes, no qual os professores dos vestibulandos seriam os alunos, também carentes, das próprias universidades, mediante o recebimento de um salário mínimo.

Baseado na LDB⁽⁴⁾, o autor descreve a obrigatoriedade, para atuar como professor da educação básica, de habilitação específica em nível superior, em curso de licenciatura ou de graduação plena, feito em universidades ou institutos superiores de educação, e pergunta como se pode exigir habilitação profissional para lecionar na educação infantil e no

ensino fundamental e médio e, ao mesmo tempo, facultar ao leigo a possibilidade de lecionar em cursos pré-vestibulares para o ingresso nas universidades. “Professor é profissão? Ou é qualquer um que leciona qualquer coisa?”, arremata⁽¹⁶⁾.

Docentes existem aos milhares, diz Alves, ao comparar professor e educador, deixando claro que “professor é profissão, e não algo que se define por dentro, por amor. Educador, ao contrário, não é profissão, mas vocação. E toda vocação nasce de um grande amor, de uma grande esperança”⁽¹⁷⁾.

O autor se refere ainda aos professores como habitantes de um mundo diferente, no qual o educador pouco importa, pois o que interessa é um crédito cultural que o aluno adquire numa disciplina identificada por uma sigla, nenhuma diferença fazendo, para fins institucionais, aquele que a ministra.

Alves faz ainda uma analogia entre esses dois papéis, de educador e de professor, e duas árvores, o jequitibá e o eucalipto. Ambas as espécies podem virar madeira, mas cada uma tem seu hábitat, cada uma revela sua cidadania, a primeira no mundo do mistério e a segunda no mundo da organização, das instituições, das finanças. Algumas árvores possuem alma, segundo os povos antigos, sendo diferentes de todas, sentindo coisas que ninguém sentiu – os jequitibás. Outras se mostram absolutamente idênticas entre si e podem ser substituídas com rapidez e sem problemas – os eucaliptos⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E nós, enfermeiros docentes, buscamos aprimorar nossos conhecimentos em pedagogia, didática e em outros itens relacionados com a educação ou

continuamos a ter as escolas como bicos que fazemos nas horas de folga? Em que papel nos colocamos na educação?

Vivemos um momento de intensas mudanças e precisamos refletir. Assim, espero despertar esse tipo de sentimento em todos os docentes que tiveram oportunidade de ler o presente texto. Para encerrar, deixo uma mensagem de Cora Coralina:

O beco da escola

A escola da mestra Lili/ era mesmo naquela velha esquina./ Casa velha – ainda hoje a casa é velha./ Janelas abertas para o beco/ sala grande./ A mesa da mestra/ Bancos compridos, sem encosto./ Mesa enorme dos meninos escreverem/ lições de escrita./ De ruas distantes a gente ouvia,/ quartas e sábados, cantada em alto coro/ a velha tabuada./ O bequinho da escola/ lembra mestra Lili/ lembra mestra Inhola.../ ensinando o bê-á-bá às gerações./ O beco da escola é uma transição./ Um lapso urbanístico.../ Tem janelas.../ Simbolismo dos velhos avatares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leonardo AL. Tempoésia. Alfenas: Idéia Publicidade & Gráfica; 1983.
2. Kolber T. A Escola dos nossos sonhos. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos.htm#> (07 set. 2004).
3. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 22ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
4. Brasil, Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Ementa constitucional n. 14/96. Secretaria de Estado da Educação.

5. Kellner D. Reconstruindo a educação para o novo milênio. Trad. de Newton Ramos de Oliveira. Disponível em: <http://orbita.starmedia.com/~outraspalavras/trad5.htm> (07 set. 2004).
6. Griz MGS. O trabalho psicopedagógico relacional. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos.htm> (07 set. 2004).
7. Piaget J. Para onde vai a educação. Trad. de Ivete Braga. Rio de Janeiro: José Olympio/UNESCO; 1973.
8. Roman R. Diferenças e diferentes – ações pedagógicas na educação infantil. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos> (05 fev. 2005).
9. Murashima M, Silveira E. Ensinar é vencer distância. Disponível em: http://www.universiabrasil.net/ead/teses_e_artigos.jsp (05 fev. 2005).
10. Bettio RW, Martins A. Objetos de aprendizado: um novo modelo direcionado ao ensino a distância. Disponível em: <http://www.universiabrasil.net/ead/materia.jsp?id=5938> (05 fev. 2005).
11. Fronza KRK. A linguagem na escola: algumas considerações. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/semtec/Noticias.noticia213.shtm> (07 set. 2004).
12. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
13. Hauser SDR. Considerações sobre o trabalho psicopedagógico em ambiente hospitalar. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos> (18 out. 2004).
14. Hoirish A. O problema da identidade médica. [Tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1976.
15. Perestrello D. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro: Atheneu; 1982.
16. Lima RP. Defesa da profissão de professor. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos> (18 out. 2004).
17. Alves R. Conversas com quem gosta de ensinar (+ qualidade total na educação). 7ª ed. Campinas: Papyrus; 2004.

AUTORIA

Elaine Aparecida de Almeida

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; professora titular do Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – Fundação Pinhalense de Ensino.

Endereço para correspondência:

Rua Inácio Franco Alves, 81, Parque Cidade Nova, Mogi-Guaçu - SP

CEP: 13845-420

Tel.: (19) 3891-4482 / (19) 8129-7033

E-mail: elaineenf@hotmail.com /

elaineenf@globo.com

CO-AUTORIA

Eliana Mara Braga

Professora-assistente da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu.

Endereço para correspondência:

Rua Carlos Guadagnini, 1.214, Botucatu - SP
CEP: 18610-120

Tel.: (14) 3882-5405

E-mail: elmara@fmb.unesp.br

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, que a cada dia me surpreendem com novas demonstrações de amor e perdão, transformando situações delicadas em grandes lições, com a simplicidade desses sentimentos.

LIMPEZA, DESINFECÇÃO & ESTERILIZAÇÃO

www.lifemed.com.br

RELIANCE

Embalagens Para Esterilização
- Papel Crepado

WRAPS BARTEC

Embalagens Para Esterilização
- SMS

STERILIFE

Esterilizante Químico à Base
de Ác. Peracético 0,2%

LIFEZYME

Limpador Multi-Enzimático

ENDOLAV

Reprocessadora Automática
de Endoscópios

* Confira a página exclusiva
da Endolav no site
www.sobedsp.com.br



LIFEMED
Rua Gustavo da Silveira, 825
04376-000 São Paulo-SP
+ 55 11 5564-3232
lifemed@lifemed.com.br



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

O AVANÇO TECNOLÓGICO E O CUIDADO HUMANIZADO EM CENTRO CIRÚRGICO

The Technological Advance and the Humanization in the Care in Surgical Center

El Avance Tecnológico y el Cuidado Humanizado en el Quirófano

Luiz Faustino dos Santos Maia • Eliane Batista do Nascimento • Virgínia Gerardini

Resumo – A Enfermagem se desenvolveu ao longo das décadas mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Além de ser uma ciência, é uma profissão com um papel espetacular, na medida em que busca promover o bem-estar do ser humano e uma melhor qualidade de vida. Com o avanço tecnológico e científico e a modernização de procedimentos vinculados ao estabelecimento de controle, o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos administrativos. Com isso, surgiu também a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de Enfermagem. A responsabilidade e a importância desse profissional quanto ao atendimento das demandas psicossomáticas do cliente cirúrgico devem ser detectadas, uma vez que o enfermeiro possui função específica na eficácia da terapêutica – ou seja, sua atitude pode impedir ou facilitar o programa de recuperação. Isso ocorre, por exemplo, quando ele percebe que o paciente está invadido pelo medo do desconhecido, num ambiente que lhe é totalmente estranho. Na formação acadêmica do profissional de Enfermagem, estabelecer um diálogo aberto, franco e esclarecedor com o cliente constitui uma importante meta. Assim, a comunicação terapêutica e sua aplicabilidade no dia-a-dia das ações de

Enfermagem precisam ser debatidas constantemente entre os acadêmicos, com o empenho dos docentes, em atividades práticas, durante o ensino, de forma a oferecer subsídios para a melhora desse processo e para o planejamento da assistência.

Palavras-chave – assistência; Enfermagem; Centro Cirúrgico.

Abstract – The Nursing is a science that has developed itself through the decades, keeping a narrow relation with the history of the civilization. Beyond science it is a profession that plays an important role in promoting the welfare of the human being and a better quality of life. With the scientific technological advance and the modernization of procedures tied up with the necessity of establishing control, the nurse started to assume more and more administrative work, bringing the necessity of rescuing the humanistic values of the Nursing assistance. The responsibility and the importance of how much the assistance of the psychosomatic necessities of the surgical patient must be detected, as it possess specific function in the effectiveness of the therapeutic outcome, its attitude can hinder or facilitate the recovery program, perceiving that the patient is invaded for fear of the strange surrounding in an

unknown place. In the academic education the communication is an important goal to establish an opened, clear and enlightening dialogue with the customer. The forms and functions of the therapeutic communication and its applicability in the nurse's daily routine must be debated constantly among academics, and with the persistence of the professors during the process of education offering subsidies for improvement of communication and planning of the assistance in practical activities.

Key words – assistance; Nursing; Surgical Center.

Resumen – La Enfermería es una ciencia que se desarrolló a través de las décadas, guardando una relación estrecha con la historia de la civilización. Además de la ciencia es una profesión con un rol espectacular que busca promover el bienestar del ser humano y una mejor calidad de vida. El avance tecnológico científico y la modernización de procedimientos, vinculados con la necesidad de se establecer control, el enfermero empezó a asumir cada vez más incumbencias administrativas, surgiendo con esto la necesidad de rescatar los valores humanísticos del cuidado de Enfermería. Debe ser detectada la

responsabilidad y la importancia del enfermero cuanto a la atención de las necesidades psicosomáticas del cliente quirúrgico, una vez que posee la función específica en la eficacia de la terapéutica. Su actitud puede impedir o facilitar el programa de la recuperación, percibiendo que le invaden al paciente, el miedo del desconocido en un entorno totalmente extraño. En la formación académica la comunicación es una meta importante del establecimiento para un diálogo abierto, sincero y aclaratorio con el cliente, sus formas y las funciones, la comunicación terapéutica y su aplicabilidad en el cotidiano de las acciones de la profesión enfermera, se deben debatir constantemente entre los académicos, y con el empeño de los profesores durante el proceso de enseñanza, en las actividades prácticas, ofreciendo subsidios para la mejorar la comunicación y el planeamiento de los cuidados.

Palabras clave – cuidado; Enfermería; comunicación; Quirófano.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma ciência que se desenvolveu ao longo das décadas, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Além de ciência, constitui-se em uma profissão com um papel espetacular, na medida em que busca promover o bem-estar do ser humano e uma melhor qualidade de vida, considerando sua dignidade, liberdade e unicidade ao atuar na promoção da saúde, na prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer. Ocorre que, com o avanço tecnológico e científico e a modernização de procedimentos vinculados ao estabelecimento de controle, o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos administrativos. Com isso, surgiu a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de Enfermagem⁽¹⁾.

Para Oliveira, humanizar caracteriza-se por colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregando-se de maneira sincera e leal ao outro e sabendo ouvir, com ciência e paciência, as palavras e os silêncios. “O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é nesse momento de troca que humanizo porque, assim, posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano”⁽²⁾.

Na prática, a humanização precisa fazer parte da filosofia de Enfermagem. “O ambiente físico e os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos que a essência do ser humano, que deve conduzir o pensamento e as ações da equipe de Enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e de construir uma realidade mais humana e menos agressiva e hostil para os pacientes que diariamente necessitam de atendimento”⁽³⁾.

OBJETIVO

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de enfatizar os aspectos tecnológicos e de humanização da assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico.

MÉTODO

Tipo de estudo

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica que visa a contribuir para a melhora da qualidade da assistência de Enfermagem, para a recuperação do cliente em Centro Cirúrgico e para a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Realizamos a coleta dos dados em livros, revistas, jornais e textos de bancos de dados eletrônicos, como Lilacs e Scielo, considerando os últimos 15 anos de publicação.

DESENVOLVIMENTO

A formação do enfermeiro para o cuidado humanizado

Durante a graduação, o estabelecimento de um diálogo aberto, franco e esclarecedor do futuro profissional com o cliente constitui uma importante meta. Assim, a comunicação terapêutica e sua aplicabilidade no dia-a-dia das ações de Enfermagem devem ser debatidas constantemente entre os graduandos, com o empenho dos docentes, em atividades práticas, durante o ensino, de modo a oferecer subsidios para a melhora desse processo e para o planejamento da assistência⁽³⁾.

No decorrer de sua formação, os alunos são postos em situações nas quais a comunicação entre eles e os pacientes é necessária, seja por meio da forma verbal, seja por intermédio da forma não-verbal. “A comunicação franca e aberta auxilia alunos e clientes a enfrentar momentos de incerteza e ansiedade durante a realização de cuidados”⁽⁴⁾.

As atividades educativas dos profissionais de Enfermagem vêm sendo discutidas em vários momentos pelas entidades representativas. Para alguns autores, “a educação em saúde precisa ser mais bem estudada para que o enfermeiro possa recriar o processo educativo, com conhecimentos de pedagogia, porém transformando-o, de forma que não seja uma simples transferência de informações aos indivíduos, mas um ensino que busca um resultado mais imediato sobre o modo como eles cuidam de sua saúde, porque assim é possível fundamentar uma necessidade imediata”⁽⁵⁾.

Pode-se considerar comum uma certa dificuldade em estabelecer e/ou manter uma comunicação efetiva com clientes com nível de consciência alterado ou com



Artigo Original ASSISTÊNCIA

os mais reivindicadores, como concluíram Zago; Casagrande⁽⁴⁾. Entretanto, se cada profissional de Enfermagem entender e aceitar o que faz, será capaz de lutar e agir para que essa mudança aconteça⁽³⁾. As bases do atendimento humanizado estão nas ações do enfermeiro diante do paciente, priorizando atitudes de respeito e privacidade e atingindo a satisfação do indivíduo. “Essa humanização deve ser implantada no coração antes mesmo de ser implantada no trabalho”⁽⁶⁾.

Considerações éticas na assistência desumanizada

Levando em conta a ética profissional da Enfermagem, aos enfermeiros não competem apenas as ações técnicas e especializadas, mas a dedicação de atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível, respeitando sua individualidade⁽⁷⁾. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. 1º, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. Dessa forma, não são necessárias ações individualizadas, mas, sim, ações coletivas que tenham, como objetivo, promover o bem-estar do outro⁽⁸⁾.

O Código de Ética dos Trabalhadores de Enfermagem, por meio da Resolução nº 240/2000, sustenta que esse profissional “respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza; assegura ao cliente uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência; e cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a Enfermagem com justiça,

competência, responsabilidade e honestidade”⁽⁹⁾.

Consideramos que a humanização deve permear cada atividade, como a recepção e a identificação do paciente, o encaminhamento do indivíduo à sala de cirurgia, a preparação e a montagem da sala, o teste e a verificação da segurança dos equipamentos, a mobilização e o transporte do doente, a recepção do cliente e sua avaliação em sala de Recuperação Anestésica, a assistência individualizada, o encaminhamento do paciente à unidade de internação e a alta. No Centro Cirúrgico, porém, há momentos em que o indivíduo é esquecido em detrimento de questões burocráticas e ambientais e até por falta de respeito⁽¹⁾.

O enfermeiro responde pelo cuidado ao cliente no Centro Cirúrgico e, se não o coloca em primeiro plano, atende à cirurgia, e não o indivíduo, “promovendo, assim, o controle de material, equipamentos e pessoal voltado para o procedimento e tornando o paciente um objeto de trabalho, mas não o ser principal, o sujeito desencadeante do processo”⁽¹⁰⁾.

Nesse aspecto, vale mencionar novamente o Código de Ética da Enfermagem⁽⁹⁾, sobretudo os artigos 27 e 28 do capítulo IV, que tratam dos deveres do enfermeiro. “Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar”, diz o artigo 27. “Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente”, complementa o artigo 28.

Ao respeitar o paciente e atender às suas necessidades e direitos, a equipe que com ele se relaciona obtém sucesso em seu trabalho, já que é de responsabilidade principalmente do enfermeiro

fazer com que esses aspectos sejam cumpridos. “Mais do que qualquer outro profissional de saúde, os enfermeiros têm frequentemente tempo, oportunidade e, acima de tudo, preparo para demonstrar seu conhecimento sobre o direito de o cliente ser assistido com dignidade e, mais ainda, de promover esse direito por meio de suas ações”⁽¹¹⁾.

Com isso, é possível observar que o atendimento dedicado ao indivíduo hospitalizado se distancia demasiadamente da teoria, já que, na prática, em várias situações, a atenção individualizada é praticada de forma mecânica. Assim, a ética profissional que tanto deve ser conservada acaba sendo substituída por ações adotadas devido à escassez de tempo ou mesmo por comodidade de certos profissionais, tornando o ambiente sem humanização⁽¹⁾.

A humanização diante do avanço tecnológico

A Enfermagem veio se desenvolvendo ao longo da história e, a partir da Revolução Industrial, teve um impulso considerável, decorrente de pesquisas e técnicas e dos novos conceitos que conquistou perante a sociedade. Por outro lado, a ciência obteve um grande avanço desde que se aliou à tecnologia, beneficiando-se dos princípios científicos e dos equipamentos, desde os mais simples aos mais sofisticados⁽¹²⁾.

A tecnologia não consiste exclusivamente na aplicação pura do conhecimento, mas de vários conceitos reunidos, com a finalidade de encontrar a solução para uma anormalidade. “A descoberta científica resulta da busca do saber pelo saber em si, ainda que se admita que o cientista sempre tenha um interesse por aquilo que esteja pesquisando”⁽¹³⁾.

É claro que a tecnologia é essencial, desejável e necessária à modernização do atendimento aos pacientes no Centro Cirúrgico, sendo útil para prolongar a vida e diminuir o sofrimento de muitas pessoas. No entanto, não se deve deixar o paciente de lado e dar prioridade aos aparelhos. “De nada adianta ser um humanista e observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ser rico em tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente”⁽¹²⁾.

Os profissionais que assistem o doente no Centro Cirúrgico devem buscar o uso da tecnologia humanizada. Entretanto, comprovamos que esse fenômeno não está presente na prática da equipe de saúde, para a qual o paciente deixa de ser uma pessoa para se tornar um caso interessante. O ser humano individualizado, com seus problemas, temores e necessidades, não é sempre levado em conta”⁽¹⁴⁾.

Apesar de o avanço tecnológico na área da saúde ser uma grande conquista, o ideal é associá-lo à assistência humanizada e à comunicação terapêutica com o intuito de obter melhores resultados em relação ao bem-estar dos clientes e da ciência. Analisando a tecnologia e a humanização, observamos que, embora elas possuam características distintas, o uso de ambas se faz necessário para que o atendimento seja satisfatório para os pacientes. Com base nessas afirmações, percebemos que a humanização na Enfermagem não é possível sem a tecnologia e vice-versa. “Precisamos despir-nos da idéia de que humanização e tecnologia compreendem apenas ações atuais e equipamentos de última geração”, diz Carraro, para quem é possível humanizar a aplicação de tecnologias simples, antigas e corriqueiras na Enfermagem, as quais muitas vezes estão à nossa disposição, sem que, no entanto, as valorizemos em detrimento da sofisticação”⁽¹⁵⁾.

Em síntese, a tecnologia deve ser combinada a uma assistência voltada para o cliente, na qual o enfermeiro priorize o ‘estar com’ o ser humano, preservando-o de infortúnios e singularizando o cuidado humanizado, com o objetivo de obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem-estar do doente. “O tema tecnologia não se refere a algo que influencia a nossa vida, mas se refere, antes, à própria realidade na qual estamos totalmente inseridos e que, portanto, não podemos ignorar”⁽¹³⁾.

Humanizar o cuidado no Centro Cirúrgico é possível

Para que o cuidado humano tenha efeito positivo, é necessário incorporar outros fatores em sua estrutura, como a valorização da humanização, a criatividade na promoção da fé e da esperança, o desenvolvimento do ensino-aprendizagem entre os profissionais, a prestação de assistência e a expressão de sentimentos negativos e positivos, entre outros. “O cuidado é imprescindível em diferentes situações da vida do ser humano, podendo ser adaptado e ajustado conforme a necessidade”⁽¹⁶⁾.

O fato é que, para humanizar o atendimento de Enfermagem, a equipe deve estar conscientizada e preparada para fazer diferença, passando a entender o paciente de forma humana. Nesse contexto, o enfermeiro é responsável por orientar e sanar dúvidas pertinentes ao procedimento, oferecendo uma maior tranquilidade e segurança aos indivíduos, mas sem se esquecer de que também ele necessita de um ambiente adequado para realizar seu trabalho⁽¹⁾.

Precisão para
manter o que
há de mais
importante:
A VIDA.



Instrumentos
Cirúrgicos e
Endoscópicos
de precisão
absoluta.



ISO 9001
BPF - ANVISA

1957 CE idm



Distribuidor exclusivo no Brasil
Tecnologia Alemã

www.tudoparacirurgia.com.br

Rua Álvaro Fragoso, 378
Ipiranga • CEP 04223.000
São Paulo • SP • Brasil
Tel./Fax : 55 11 2274.9022
www.erwinguth.com.br
vendas@erwinguth.com.br
export@erwinguth.com.br



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como podemos falar em humanizar o atendimento ao paciente se antes não constatamos a existência de equipes humanizadas? Diante do exposto sobre a humanização no período transoperatório e os vários fatores que interferem nesse processo, podemos afirmar que não haverá uma equipe humana, em suas atividades diárias, se os profissionais não forem preparados para esse desafio durante sua formação.

Assim sendo, é imperativo repensar e reavaliar os conteúdos que estão sendo ministrados na graduação, assim como a qualidade do ensino e dos profissionais que têm sido formados e encaminhados para o mercado de trabalho, de maneira que os graduandos recebam uma educação humanizada.

Na graduação, as ações éticas contempladas devem ser praticadas pelos enfermeiros no decorrer da assistência prestada a seus pacientes. Entretanto, a repetição diária das atividades, que leva o profissional a agir de forma mecânica, a sobrecarga de trabalho e até mesmo o comodismo têm afastado consideravelmente a prática da teoria, deixando, com isso, indícios de insatisfação dos clientes em relação aos cuidados recebidos.

Os avanços tecnológicos também interferem nesse processo e afastam o enfermeiro da prestação adequada de serviços, desde a recepção dos pacientes no Centro Cirúrgico até seu encaminhamento à unidade de internação e/ou alta. Mas esse profissional, como mestre da criatividade, pode utilizar meios que promovam a interligação tecnologia-humanização, favorecendo a preservação do calor humano em suas relações com o paciente.

Como o Centro Cirúrgico é uma unidade de alta complexidade tecnológica, com procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes, os enfermeiros que trabalham nessa área precisam se conscientizar da importância de ouvir, olhar, tocar e estar presente, visto que a segurança e a tranquilidade favorecem o tratamento e a recuperação do doente.

Ressaltamos ainda a necessidade de instituir mudanças que envolvam os profissionais e de inovar os conceitos sobre a humanização do cuidado ao paciente cirúrgico, deixando de buscar somente características relacionadas com problemas burocráticos, estruturais e técnicos e promovendo uma melhor qualidade humanizada na assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. *Rev Eletrônica Enferm.* [Periódico on-line] 2004; 6(3):400-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br> (19 set. 2005).
2. Oliveira ME. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: Oliveira ME, Zampieri MFM, Bruggemann OM. *A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento.* Florianópolis: Cidade Futura; 2001.
3. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-Am Enferm.* 2002; 10(2):137-44.
4. Zago MMF, Casagrande LDR. Algumas características do processo educativo do enfermeiro cirúrgico com

pacientes: um ensaio. *Acta Paul Enferm.* 1996; 9(3):52-9.

5. Azevedo RCS. A comunicação como instrumento do processo de cuidar: visão do aluno de graduação. *Nursing (São Paulo).* 2002; 5(45):19-23.

6. Oliveira ME, Bruggemann OM, Zampieri MFM. Humanização e trabalho: razão e sentido na Enfermagem. In: *Caderno de dicas da 63ª Semana Brasileira de Enfermagem; 2002; Brasília.* Brasília: ABEEn; 2003.

7. Guido LA. Aspectos éticos da assistência de Enfermagem ao cliente cirúrgico ambulatorial no Centro Cirúrgico e na sala de Recuperação Anestésica – reflexões. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico; jul. 1995; São Paulo.* São Paulo; 1995. P. 103-7.

8. Organização Mundial da Saúde. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.boes.org/un/porhr-b.html> (14 set. 2005).

9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. In: *Documentos básicos de Enfermagem.* São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2001. P. 277-89.

10. Guedes MVC, Felix VCS, Silva LF. O trabalho no Centro Cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. *Nursing (São Paulo).* 2001; 4(37):20-4.

11. Mendes IAC, Trevisan MA, Hayashida M, Nogueira MS. Enfermagem, vínculos humanos e direitos do paciente. In: Mendes IAC, Campos

E (organizadores). Comunicação como meio de promover saúde, Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000. P. 215-8.

12. Ribeiro RCN, Carandina ADGD, Fugita RMT. Tecnologia e humanização em Centro Cirúrgico e UTI. Rev SOBECC. 1999; 4(3):15-9.

13. Rodrigues MMM. Tecnologia e humanismo. Rev Reflexão. 1999; (74):59-66.

14. Lopes CLR. A comunicação profissional de saúde X o cliente diante das novas tecnologias. Rev Bras Enferm. 1998; 51(1):53-62.

15. Carraro TE. Tecnologia e humanização: da sua união às possibilidades de prevenção de infecções. Texto Cont Enferm. 2000; 9(1):42-62.

16. Tanji S, Novakoski LER. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. Texto Cont Enferm. 2000; 9(2):800-11.

AUTORIA

Luiz Faustino dos Santos Maia

Enfermeiro graduado pela Universidade Bandeirante de São Paulo (Uniban); pós-graduando em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família pela Universidade Nove de Julho.

Endereço para correspondência:

Rua Fagundes, 196, Liberdade, São Paulo - SP, CEP: 01508-030

Tel.: (11) 9823-8260

E-mail: wnegogato@yahoo.com.br

Eliane Batista do Nascimento

Enfermeira graduada pela Uniban.

Endereço para correspondência:

Rua Kalil Nader Habr, 507, casa 15, Água Funda, São Paulo - SP, CEP: 04154-030

Tel.: (11) 3399-3617 (com.) / (11) 7852-2941 (celular)

E-mail: elianebatistadonascimento@hotmail.com

Virgínia Gerardini (orientadora)

Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela Uniban; enfermeira responsável pela Recuperação Anestésica do Hospital e Maternidade Brasil, em Santo André (SP); docente da disciplina de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização do curso de graduação em Enfermagem da Uniban.

Endereço para correspondência:

Rua França Pinto, 859, Vila Mariana, São Paulo - SP, CEP: 04016-003

Tel.: (11) 4993-9593 (com.) / (11) 9639-9209 (celular)

E-mail: vigerardini@yahoo.com.br

Tecil

Controle e Testes - Divisão da Baumer S.A.

Soluções em Biossegurança

Monitoração Biológica:
Indicadores biológicos,
vapor, ETO e calor seco.

Monitoração Química:
Integradores, indicadores
químicos e Bowie & Dick.

Embalagens:
Papel grau cirúrgico
(bobinas e envelopes)
e papel crepado.

Acessórios:
Incubadoras, seladoras
e suportes.

Serviços:
Presença em todo território
nacional e validação no
controle de esterilização.



Indicador
Biológico
Auto-Contido



Bobinas e
Envelopes



Integrador Vapor

STIC Controle de Contaminação
e Sistemas Térmicos

presente em 42 países



Tel.: 55 (11) 3670 0000
www.baumer.com.br



Artigo Original

COMPORTAMENTO

ESTRATÉGIAS DE COPING ENTRE ENFERMEIROS DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Coping Strategies among Nurses in Recovery Room

Estrategias de Coping por los Enfermeros de Recuperación Anestésica

Laura de Azevedo Guido • Rosângela Marion da Silva • Sídia De Mari

Resumo – Esta pesquisa foi realizada no período de janeiro a abril de 2005, na Recuperação Anestésica (RA) do Hospital Universitário de Santa Maria (RS), com o objetivo de identificar as estratégias de coping utilizadas por enfermeiros no ambiente de trabalho. Para a coleta de dados, utilizamos questionários que foram respondidos por sete profissionais que desempenhavam atividades nessa área, todos do sexo feminino. A maior parte da população (85,71%) tinha idade entre 41 e 50 anos, tempo de formação de 11 a 30 anos e experiência de trabalho na RA de 1 a 10 anos. Os resultados mostraram que as estratégias focadas na emoção eram as mais utilizadas no momento do estudo.

Palavras-chave – enfrentamento; estresse; assistência de Enfermagem; Recuperação Anestésica.

Abstract – This research was undertaken in 2005, from January to April, in the Recovery Room of the University Hospital of Santa Maria-RS. It aims to identify the coping strategies used at the workplace by the nurses. The data were collected through the delivery of questionnaires and it added a population of seven nurses that develop activities in this area. It was observed in the characterization of this population that 85,71% have an age between 41

to 50 years, perceiving that 100% female; 85,71% have 11 to 30 years of graduation and 85,71% have from 1 to 10 years of working in the referred area. The obtained results pointed out that the coping strategies focused on the emotion were the most used ones along the research.

Key words – coping; stress; Recovery Room; Nursing.

Resumen – Esta investigación fue desarrollada entre enero y abril del 2005 en la sala de recuperación del Hospital Universitario de Santa Maria-RS. Fue delineada con el objetivo de identificar las estrategias de coping utilizadas en el ambiente de trabajo por los enfermeros. Los datos fueron recogidos por medio de la entrega de cuestionarios y sumaron una población de siete enfermeros que desempeñaron actividades en esta área. Fue comprobado en la caracterización de esa población que 85,71% tienen edad entre los 41 y 50 años, 100% son del sexo femenino, aún 85,71% tienen de 11 hasta 30 años de diplomados y 85,71% llevan de un año hasta diez de trabajo en esa unidad. Los resultados logrados comprobaron las estrategias enfocadas en la emoción como las más utilizadas en el momento de la investigación.

Palabras clave – coping; stress; Sala de Recuperación; asistencia de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A situação crítica do País e o conflito entre a organização dos serviços hospitalares e a tecnologia tão presente, associados à crescente expectativa dos dirigentes e à escassez de recursos humanos e materiais, têm conduzido os enfermeiros, no ambiente hospitalar, a inúmeras dificuldades decorrentes de questões administrativas, econômicas, políticas e éticas. Nesse contexto, urge a busca de uma prática inovadora e reflexiva, aliada a um compromisso social, em que o cuidado seja qualificado e individualizado, atendendo às demandas dos clientes e de suas famílias e intervindo dinamicamente no sistema hospitalar.

A assistência de Enfermagem em Recuperação Anestésica (RA) é dotada de características peculiares, especialmente quando se leva em conta que o indivíduo se encontra sem consciência crítica na maior parte do período de permanência no setor.

Decorre desses aspectos a necessidade de organização da unidade para a prestação de uma assistência que garanta qualidade, presteza e segurança. A vinculação da teoria à prática deve se

associar ao cuidar com coerência e competência, além de estar comprometida com o processo educativo e com a busca de novos instrumentos de trabalho ligados não só ao paciente e à sua família, como também ao maior prazer e à maior satisfação das equipes multidisciplinares no exercício de sua profissão.

Analisando, historicamente, a evolução da RA, observamos que Florence Nightingale, em 1863, já previa a necessidade de os clientes operados serem agrupados para o atendimento nas primeiras horas após a cirurgia⁽¹⁾. Com esse objetivo, a RA foi definida como o local onde os pacientes permanecem até que haja a recuperação da consciência e a normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob a observação constante da equipe de Enfermagem, de modo que sejam prevenidas intercorrências no período pós-anestésico e, em caso de elas ocorrerem, que o indivíduo seja prontamente socorrido⁽²⁾.

Alguns autores têm mostrado preocupação com o funcionamento dessa unidade, como Drain; Shipley⁽³⁾, que afirmam que a RA deve ser projetada para permitir máxima segurança para o cliente pós-cirúrgico, a fim de contribuir para seu conforto e permitir a observação dos pacientes e a prevenção de complicações.

Vale ressaltar que, por haver a necessidade de vigilância contínua dos clientes submetidos a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, com atendimentos rápidos, seguros e ágeis, além de controles rigorosos, o enfermeiro precisa de muita atenção e capacidade para enfrentar as demandas tanto físicas quanto psíquicas do trabalho em uma unidade fechada e complexa como a RA.

Convém destacar também a complexidade das funções do enfermeiro nesse ambiente, pois ele é responsável pela recepção e avaliação do paciente e pelo

planejamento e implementação da assistência de Enfermagem, além de responder pela manutenção e controle de equipamentos e pela supervisão, educação permanente e avaliação da equipe de Enfermagem. Todas essas responsabilidades podem ser desencadeantes de estresse no trabalho.

Da mesma forma, ao executar uma assistência especializada, o enfermeiro busca prevenir intercorrências e atender prontamente a urgências, com fundamentação teórica, ética e humanística, visando à diminuição de riscos e ao aumento da segurança na unidade, o que pode representar um maior desgaste físico e emocional, interferindo no desempenho de suas atribuições.

O fato é que vários são os autores que destacam a Enfermagem como uma ocupação estressante, especialmente se considerarmos o trabalho em unidades fechadas, de alto risco e complexidade⁽⁴⁻⁶⁾. Ao realizarem um levantamento de pesquisas internacionais sobre estresse em Centro Cirúrgico, Bianchi; Salzano⁽⁷⁾ identificaram o relacionamento interpessoal como o estressor mais freqüente, dados posteriormente confirmados por Bianchi⁽⁸⁾ e Guido⁽⁶⁾ em pesquisas feitas no Brasil.

Nesse contexto, Lazarus; Folkman⁽⁹⁾ sustentam que o coping corresponde a um processo pelo qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa/ambiente, avaliadas como estressantes, e as emoções que elas geram. Ou seja, diante de uma situação de estresse, as pessoas avaliam o que está acontecendo, a fim de que o organismo possa responder adequadamente ao estressor, solucionando-o ou amenizando-o.

Há duas formas distintas de abordar o coping, segundo Lazarus; Folkman⁽¹⁰⁾: a centrada no problema e a centrada na emoção. No coping focado no pro-

blema, a preocupação maior está na resolução da questão. É necessário definir a dificuldade, enumerar as alternativas, comparando-as em termos de custo e benefício, e escolher uma ação. Trata-se de estratégias voltadas para a realidade, consideradas mais adaptativas, pois são capazes de modificar as pressões ambientais e de diminuir ou eliminar a fonte de estresse. Na prática, podem estar dirigidas ao ambiente (fonte externa de estresse) ou à própria pessoa (fonte interna de estresse), tornando necessária a modificação dos estados motivacionais e cognitivos do indivíduo.

Já o coping centrado na emoção corresponde a estratégias que derivam principalmente de processos defensivos, o que faz com que os indivíduos evitem se confrontar com a ameaça, não modificando, então, a situação. Esse tipo de coping pode ser considerado como um processo de reavaliação cognitiva, no qual a pessoa realiza manobras como fuga, distanciamento e aceitação, com o objetivo de modificar o significado da circunstância.

A redução da tensão e a manutenção dos estados físicos, psicológicos e sociais estáveis, assim como o controle do significado dos estressores, constituem algumas das razões destacadas pelos autores como importantes para o uso de estratégias de coping.

OBJETIVO

Este trabalho procurou identificar as estratégias de coping utilizadas no ambiente de trabalho pelos enfermeiros do serviço de Recuperação Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

MÉTODO

A presente pesquisa, que pode ser classificada como um estudo de campo,



Artigo Original

COMPORTAMENTO

exploratório e descritivo, foi realizada no HUSM, localizado na cidade de Santa Maria (RS), no período de janeiro a abril de 2005. Situado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, esse hospital é uma instituição pública de grande porte, com 310 leitos, sendo mantido por recursos federais e voltado ao ensino.

Fizemos a coleta de dados no serviço de Recuperação Anestésica do HUSM, que dispõe de dez leitos e se situa no subsolo do hospital, em local anexo ao Centro Cirúrgico. As sete enfermeiras que atuavam nos três turnos de trabalho do setor participaram voluntariamente do estudo, tendo respondido ao instrumento que utilizamos na oportunidade, o Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman⁽¹⁰⁾. Entregamos os questionários individualmente a essas profissionais, com a orientação de que pensassem em uma situação de estresse vivida no trabalho, e agendamos um dia para sua devolução.

Composto de 66 itens que incluem pensamentos e ações empregadas para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante, esse instrumento foi traduzido, validado e adaptado para a realidade brasileira por Savoia; Santana; Mejias⁽¹¹⁾. Cada item oferece quatro opções de resposta, com valores que variam de zero a três, numa escala tipo Likert, na qual o zero representa o não-uso da estratégia especificada, o número um, o pouco uso, o número dois, bastante uso e o número três, o uso em grande quantidade. Para a análise dos dados obtidos, respeitamos os oito fatores classificatórios propostos por Lazarus; Folkman e reorganizados por Savoia; Santana; Mejias, conforme segue:

- Fator 1 – confronto;
- Fator 2 – afastamento;

- Fator 3 – autocontrole;
- Fator 4 – suporte social;
- Fator 5 – aceitação de responsabilidade;
- Fator 6 – fuga-esquiva;
- Fator 7 – resolução de problemas;
- Fator 8 – reavaliação positiva.

Os resultados aqui demonstrados constituem-se em dados parciais do estudo, o qual obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida. Além disso, as participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado e tiveram garantido o sigilo de suas identificações.

RESULTADOS

Caracterização da população estudada

A população deste estudo foi composta de sete (100%) profissionais da RA do HUSM, tendo sido caracterizada por mulheres, em sua totalidade. Na Enfermagem, é comum haver uma hegemonia feminina, conforme destacam alguns autores^(5, 12-15).

Com relação à faixa etária, houve predominância da idade entre 41 e 50 anos (85,71%) e, portanto, de profissionais com mais tempo de prática, o que pode interferir significativamente no enfrentamento das situações consideradas estressantes no trabalho. Nesse sentido, Ferreira⁽¹⁶⁾ afirma que, nas faixas etárias mais elevadas, é possível que a ansiedade seja reduzida, uma vez que as pessoas tendem a avaliar a vida de uma maneira mais ponderada.

No que se refere ao tempo de formação, 85,71% da população tinha entre 11 e 30 anos de formada, com uma significativa vivência na profissão. No dia-a-dia, portanto, essas enfermeiras provavelmente buscam respostas a

situações de estresse respaldadas pela tarimba que já têm na Enfermagem.

A reflexão sobre o intervalo decorrido após a graduação é importante, uma vez que o trabalho numa unidade fechada e especializada requer profissionais capacitados e com um mínimo de experiência profissional. Revisando a bibliografia nacional, Guido⁽⁶⁾ verificou que existem divergências quanto à correlação do estresse com o período decorrido depois da conclusão do curso superior. A referida autora acredita que um tempo mais elevado e uma maior faixa etária, além de favorecerem a opção de coping, medeiam o impacto negativo do estresse no trabalho.

Ainda no aspecto educacional, pudemos notar que 71,43% da população possuía curso de pós-graduação em nível de especialização. Revendo estudos relacionados ao estresse, constatamos que o percentual encontrado nesta pesquisa foi superior ao de outros levantamentos desenvolvidos no Rio Grande do Sul, como o de Lautert⁽¹⁷⁾, que identificou 49,72% dos enfermeiros de um hospital com tal nível de formação e apenas 21,51% em outra instituição. Já Guido⁽⁶⁾ contabilizou 64,07% desses profissionais com curso de especialização em seu estudo. Quando considerados no conjunto, contudo, tais dados nos permitem inferir que há uma preocupação crescente, por parte dos trabalhadores de Enfermagem, em buscar qualificação e investir em seu trabalho.

Observando os resultados, verificamos também que 42,86% do grupo estudado tinha entre 1 e 10 anos de tempo de serviço no HUSM, enquanto outros 42,86% possuíam mais de 20 anos de casa. Pelos percentuais, portanto, tratava-se de uma população com relativa experiência na instituição.

Já em relação ao tempo de serviço na RA, constatamos que 85,71% das enfermeiras tinham entre 1 e 10 anos de atuação na referida unidade e 14,28% trabalhavam nessa área havia mais de 20 anos.

A maioria das entrevistadas (85,71%) recebeu treinamento para atuar em RA e optou pelo trabalho na unidade. Bianchi⁽⁵⁾ sustenta que o fato de o enfermeiro escolher a unidade para trabalhar representa um estímulo à sua atuação, funcionando como um mecanismo de coping para enfrentar os problemas e, até mesmo, para diminuir o impacto das atividades desenvolvidas no setor.

Notamos ainda que havia um número igual de enfermeiras nos turnos da manhã e da tarde (42,86%). Da mesma forma, predominava, no serviço, a carga

horária de 30 horas de trabalho por semana. Com relação à distribuição das atribuições, 85,71% do grupo exercia atividade assistencial na RA e uma enfermeira ocupava o cargo de chefia da unidade, respondendo técnica e administrativamente pela área perante a direção do hospital.

Estratégias utilizadas para enfrentar o estresse

O fator 4, de suporte social, correspondeu ao mais usado por 51,14% da população pesquisada, seguido do fator 8, sobre reavaliação positiva, com 28,58%. Por outro lado, 71,43% das entrevistadas adotavam menos o confronto como estratégia de coping, o que nos possibilita afirmar que grande parte da equipe da RA do HUSM optava pouco pelas saídas focadas no problema.

O fato é que os dados identificados nos permitem destacar o uso do coping centrado na emoção pelas enfermeiras da instituição, no momento da pesquisa. Esse resultado difere do encontrado por Guido⁽⁶⁾ em estudo semelhante, no qual a resolução de problemas apareceu como mecanismo mais utilizado pela equipe de Enfermagem da RA. De qualquer forma, é importante ponderar que tanto o coping focado no problema quanto o centrado na emoção se voltam para a realidade e que as pessoas são diferentes na interpretação, na reação e na avaliação diante de um estressor.

De maneira geral, 65,42% das entrevistadas recorriam a estratégias com foco na emoção, o que nos conduz a uma preocupação, visto que tais opções representam processos defensivos em relação à situação considerada estressante e sugerem que, provavelmente, as



Tecnologia Européia em Sistemas de Esterilização

Com a experiência de quem atua há mais de cinquenta anos no exigente mercado europeu, a CisaBrasile oferece uma gama completa de produtos destinados às centrais de esterilização, desde o projeto, softwares para controle, acessórios e equipamentos, tudo com fabricação e assistência técnica nacional. O resultado desta combinação são produtos eficientes, com qualidade e tecnologia de ponta proporcionando economia graças à alta performance, notável economia de recursos como água e eletricidade e baixíssimo índice de paradas para manutenção.

Possuímos representantes em todo o território nacional, e assistência técnica local direta sob responsabilidade da fábrica nas principais cidades.

Qualidade
Confiabilidade
Segurança
Assistência

www.cisabrasile.com.br



Autoclaves para alta e baixa temperatura



Projetos completos para centrais de esterilização



Termodesinfectoras para lavagem, desinfecção e secagem

Joinville - SC

Rua Dona Francisca, 8300 - Distrito Industrial
Bloco C Módulo 6 - CEP 89239-270
Joinville - SC - Brasil
Fone: +55 47 437-9090 / 435-7592
e-mail: cisa@cisabrasile.com.br

São Paulo - SP

Rua Capote Valente, 439 - J. América - S / 74
São Paulo - SP - Fone: +55 11 3068-8312



Artigo Original

COMPORTAMENTO

profissionais envolvidas no estudo não estejam investindo na resolução dos problemas, mas buscando saídas paliativas no enfrentamento do estresse no trabalho. Essa constatação nos remete à necessidade de aprofundar o estudo e realizar correlações dos achados com a identificação dos estressores em RA.

Lazarus; Folkam⁽¹⁰⁾ afirmam que o coping está diretamente ligado ao estresse, à emoção e aos significados pessoais, estes últimos representando um dos aspectos mais importantes a serem avaliados, na medida em que identificam como o profissional enfrenta um momento de desgaste. Nesse sentido, não se pode afirmar que a opção pela estratégia centrada na emoção represente um transtorno no trabalho, pois as pessoas avaliam a circunstância estressante de forma individual e momentânea.

Se, contudo, o coping não for efetivo, observam Lazarus; Folkam⁽⁹⁾, é possível que a situação de estresse se agrave devido à contínua mobilização do organismo na busca de adaptação ao estressor. Daí porque há necessidade de uma nova avaliação e redefinição do que é estressante para cada enfermeiro e de como esses elementos afligem cada um. O levantamento de demandas do ambiente pode resultar na ação do indivíduo e na mobilização de seus sistemas fisiológicos para melhor enfrentar o acontecimento considerado desgastante.

Com base na constatação de que as estratégias voltadas para a emoção são as mais usadas pelas profissionais da RA do HUSM e as centradas no problema, as menos usadas, é preocupante perceber como os enfermeiros de RA mobilizam esforços comportamentais e cognitivos para minimizar ou superar as demandas internas do trabalho nessa área. Entendemos que as diferentes

estratégias até sejam efetivas para o grupo que participou do estudo, mas também podem conduzir essas pessoas ao desgaste físico e emocional, evoluindo para importantes alterações de comportamento e de saúde.

O conhecimento do estresse como um processo e as formas de enfrentá-lo no trabalho representam uma importante repercussão na saúde e na vida dos enfermeiros, tanto pessoal quanto profissional.

Bianchi⁽¹⁸⁾ destaca que existem limitações na difusão dos dados obtidos em seu estudo, uma delas relacionada com as características do estresse, que é subjetivo, individual e dinâmico. Assim, os achados podem ser alterados à medida que há modificação no tempo e na realidade vivida e percebida pelos sujeitos. A autora igualmente destaca a caracterização da organização como uma limitação da pesquisa, pois os resultados refletem a inserção das pessoas num determinado local de trabalho, sob certas condições de realização.

Concordamos com Bianchi e reafirmamos a necessidade de novas investigações que associem os estudos sobre estresse e coping, a fim de buscar formas de intervenção entre as enfermeiras da Recuperação Anestésica do HUSM.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A atividade da Enfermagem em RA é multidisciplinar, pois o acompanhamento de vários profissionais da área da saúde é essencial no caso de alterações súbitas apresentadas pelos pacientes, bem como o estabelecimento de rigorosos critérios de avaliação e definição de alta da unidade.

A relação de interdependência e as

dificuldades de relacionamento entre os trabalhadores, associadas à carência de reflexões, à definição de papéis e padrões de assistência de Enfermagem e à exacerbação de cobranças acerca de condutas e, principalmente, de atividades não realizadas, produzem insatisfação e desânimo nos profissionais. Essas questões colocam a competência dos enfermeiros em discussão, tanto pela ausência de solidariedade quanto pela falta de motivação no trabalho, dificultando os relacionamentos interpessoais e, dessa forma, comprometendo sobremaneira a assistência de Enfermagem qualificada, o que justifica nosso interesse pelo estudo do estresse e do coping.

Assim sendo, a continuação desta iniciativa se faz importante, tendo em vista que nos permitirá estabelecer correlações entre as variáveis demográficas da população estudada e os dados obtidos nas pesquisas referentes a estresse e coping.

Com a entrega dos questionários, observamos a boa receptividade das enfermeiras a este projeto de pesquisa, uma vez que, com base no conhecimento e na compreensão das formas de enfrentamento utilizadas em sua prática, acreditamos que elas possam buscar a satisfação em exercer sua atividade.

De qualquer modo, o interesse de tais enfermeiras pelo assunto e sua participação no estudo nos conduzem a uma outra reflexão: o nível de estresse desse grupo não estará muito alto? Essa é uma questão a ser respondida. Como pesquisadoras, devemos às profissionais de Recuperação Anestésica do HUSM respostas que lhes possibilitem reflexões, de forma que, com base nisso, venham a acreditar em sua capacidade no sentido de superar o estresse e de melhor enfrentá-lo no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guido LA, Silva MVG. Recuperação Anestésica: estudo avaliativo em um hospital privado. In: Encontro Nacional de Profissionais em Centro Cirúrgico e Centro de Material. Rio de Janeiro: ENCENF; 1990.
2. Ferraz ER. Requisitos mínimos para a organização da sala de Recuperação Pós-Anestésica e a assistência de Enfermagem nela prestada. Rev Esc Enf USP. 1980; 14(2):123-31.
3. Drain CB, Shipley SB. Enfermagem em sala de recuperação. Rio de Janeiro: Interamericana; 1981.
4. Menzies IEP. Nurses under stress. Int Nurs Review. 1960; 7(6): 9-16.
5. Bianchi ERF. Estresse em Enfermagem: análise de atuação do enfermeiro de Centro Cirúrgico. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1990.
6. Guido LA. Estresse e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
7. Bianchi ERF, Salzano SDT. Estresse em Enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de Centro Cirúrgico. Rev Paul Enferm. 1991; 25(nº. esp.):104-9.
8. Bianchi ERF. Comparação do nível de estresse do enfermeiro de Centro Cirúrgico e de outras unidades fechadas. Rev SOBECC 2000; 5(4): 28-30.
9. Folkman S, Lazarus RS. Na analysis of coping in a middle-aged sample. J Health Soc Behav. 1980; 21(3): 219-39.
10. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
11. Savoya MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicol Univ São Paulo. 1996; 7:183-201.
12. Bianchi ERF. Estresse entre enfermeiros hospitalares. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
13. Chaves EC. Estresse e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e na tolerância ao turno noturno. [Tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1994.
14. Peniche ACG, Nunes LM. Estresse-ansiedade do enfermeiro em sala de Recuperação Anestésica. Rev SOBECC. 2001; 6(3): 19-23.
15. Caregnato R, Lautert L; Situações geradoras de estresse na equipe multiprofissional na sala cirúrgica. Rev. SOBECC. 2003; 8(3) 11-16.
16. Ferreira FG. Desvendando o estresse da equipe de Enfermagem em terapia intensiva. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
17. Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro. [Tese]. Salamanca (Espanha): Universidade Pontífica de Salamanca; 1995.
18. Bianchi ERF. Estresse entre enfermeiros hospitalares: avaliação e intervenção. [Relatório]. São Paulo (SP): FAPESP; 2002.

AUTORIA

Laura de Azevedo Guido

Enfermeira; doutora; professora-adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (RS).

Endereço para correspondência:
Rua Fioravante Spiazzi, 78, Cerrito,
Santa Maria - RS
CEP: 97095-180
Tel.: (55) 3222-2253 (res.) / (55)
3220-8263 (com.)
E-mail: lguido@terra.com.br

Rosângela Marion da Silva

Acadêmica do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (RS).

Endereço para correspondência:
Rua Esperanto, 80, Parque Don
Antonio Reis, Santa Maria - RS
CEP: 97065-150
Tel.: (55) 3211-1967 (res.)
E-mail: cucasma@terra.com.br

Sídia De Mari

Acadêmica do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (RS).

Endereço para correspondência:
Rua Esperanto, 80, Parque Don
Antonio Reis, Santa Maria - RS
CEP: 97065-150
Tel.: (55) 9112-5604
E-mail: sidia.de.mari@bol.com.br



Artigo Original

PLANEJAMENTO

CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Cancellations of Elective Surgeries in a University Hospital

Cancelaciones de Cirugías Electivas en un Hospital Universitario

Janaína Anchieta Costa • Adriane Corrêa Jansen

Resumo – Este estudo foi desenvolvido em um hospital universitário do Triângulo Mineiro com o objetivo de avaliar o aproveitamento do Centro Cirúrgico quanto à realização de cirurgias programadas e analisar os principais motivos encontrados para o cancelamento dos procedimentos. Fizemos a coleta de dados durante o período de fevereiro a abril de 2002, tendo consultado, para tanto, o livro de registro de movimento cirúrgico diário, os mapas da programação diária das cirurgias e os relatórios de Enfermagem. Os resultados demonstraram um índice de suspensão de 25,37%, causado principalmente pela não-internação do paciente (29,46%), pelo avanço do horário (14,10%) e pela falta de condições clínicas do cliente (12,85%). Concluímos que é necessário estabelecer medidas que norteiem o processo de controle e o planejamento dos procedimentos cirúrgicos programados, viabilizando, assim, o aproveitamento máximo do tempo disponível no setor.

Palavras-chave – Centro Cirúrgico; Enfermagem em Centro Cirúrgico; organização e administração; hospitais universitários; cirurgias eletivas; suspensão cirúrgica.

Abstract – The study was carried out in an university hospital of Triângulo Mineiro, Brazil, having as a goal to study the exploitation of the Surgical Center,

in relation to the accomplishment and cancellation of programmed surgeries, and to analyze the main motives and reasons for their cancellation. The data collection was based on the register book of daily surgical movement, in the maps of the daily surgeries programming and in the Nursing reports, from February to April of 2002. The results demonstrated the index of suspension of 25,37%, having as main causes: lack of internment of the patient (29,46%), overcome the length of time (14,10%) and lack of patient's clinical conditions (12,85%). It is necessary to establish measures that guide the process of controlling and the planning of the programmed surgical procedures and also to make possible the maximum exploitation of the available time in the sector.

Key words – Operation Room; Operating Room Nursing; organization center & administration; hospitals university; programmed surgeries; cancellations surgeries.

Resumen – El estudio fue realizado en un hospital universitario del Triângulo Mineiro/Minas Gerais, Brasil, teniendo como objetivos estudiar el aprovechamiento del Quirófano, cuanto a la realización y cancelación de cirugías programadas, y analizar los principales motivos y razones encontradas para esas cancelaciones. La recolección de datos

fue realizada en el libro de registro del movimiento quirúrgico diario, en los mapas de la programación diaria de las cirugías y en los informes de Enfermería, durante el período de febrero a abril de 2002. Los resultados demuestran el índice de suspensión de 25,37%, teniendo como principales causas: falta de ingreso del paciente (29,46%), exceder el horario (14,10%) y falta de condiciones clínicas del paciente (12,85%). Es necesario establecer medidas que orienten el proceso de control y planificación de los procedimientos quirúrgicos programados y que hagan viable el aprovechamiento máximo del tiempo disponible en el sector.

Palabras clave – Quirófano; servicio de cirugía; Enfermería en Sala Quirúrgica; organización & administración; hospitales universitarios; cirurgias electivas; suspensión quirúrgica.

INTRODUÇÃO

A otimização de recursos na área da saúde tem sido amplamente discutida e avaliada no contexto da administração e da qualidade dos serviços de saúde. Trabalha-se, então, não só com a problemática da contenção de custos nesse setor, totalmente sucateado financeiramente, mas na busca do aproveitamento máximo dos meios oferecidos, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade ao cliente.

A verba destinada à Saúde Pública no Brasil, além de insuficiente, é mal aproveitada. Da mesma forma, os custos de manutenção e de funcionamento dos hospitais públicos ultrapassam em cerca de seis a dez vezes os dos hospitais privados e, ainda assim, as instituições mantidas pelo governo funcionam com menor eficiência. Nesse sentido, a racionalização do uso de recursos é imprescindível para atender a uma demanda maior da população necessitada, devendo conter medidas que tornem viável o emprego da capacidade máxima do tempo disponível dos Centros Cirúrgicos⁽¹⁾.

Dessa forma, a redução de gastos no tratamento cirúrgico assume grande importância, principalmente se associada ao fato de que o funcionamento hospitalar e a própria alocação de verbas estão vinculados aos procedimentos pagos pelos serviços prestados, o que pode acarretar perdas ou ganhos para o hospital.

A utilização máxima da capacidade cirúrgica encontra-se entre as principais medidas de eficiência de uma instituição. Partindo desse pressuposto, o Centro Cirúrgico deve estar preparado para um aumento no número de procedimentos sem que ocorra sobrecarga de serviço e/ou prejuízo na qualidade da assistência prestada⁽¹⁾.

Assim, ao pensarmos na situação do cancelamento de uma cirurgia, também devemos considerar que essa circunstância pode representar, para o paciente e para a instituição, vários inconvenientes relacionados com o aumento do período de internação, com o risco de infecção hospitalar e com a elevação dos custos hospitalares⁽²⁾.

Considerando esse raciocínio, para que haja um maior número de procedimentos realizados, o Centro Cirúrgico deve funcionar com o emprego máximo dos recursos existentes, tais como salas de

operação, materiais, equipamentos, funcionários e outros. Quanto à ocupação das salas, que determina a medida de trabalho efetuada no setor, ou mesmo sua produtividade, um aumento nessa utilização pode traduzir sobrecarga do serviço, enquanto uma diminuição, em contrapartida, significa ociosidade e prejuízo para o hospital⁽³⁾.

O índice de ocupação de salas cirúrgicas nos hospitais de países desenvolvidos gira em torno de 85%, que é o desejado, ficando em 53% nas instituições de saúde públicas do Brasil, principalmente nos hospitais de caráter de ensino e pesquisa, e não de demanda por atendimento⁽³⁾.

A análise dessa taxa considera vários itens:

- a acessibilidade dos recursos físicos, cuja falta pode vir a comprometer a realização do procedimento cirúrgico, tais como o próprio número de salas, o quadro de funcionários, a quantidade e a qualidade do material e outros;
- a disponibilidade dos recursos existentes para servir às cirurgias ou a capacidade de usá-los;
- a capacidade de utilização das salas, que leva em conta o número de cirurgias em cada uma delas ou quanto elas são usadas;
- a disponibilidade efetiva, que traduz o tempo de aproveitamento da sala, excluindo, portanto, a resistência ou os obstáculos presentes, como a taxa de suspensão de cirurgias e o tempo de atraso (da equipe cirúrgica, de material e da recepção do paciente, entre outros);
- a otimização, que proporciona a viabilização das perdas e busca possíveis soluções para o que não pode ser realizado por obstáculos quaisquer, como escalas de cirurgias extraprograma

ou de encaixe⁽³⁾, as quais funcionam como indicadores de adiantamento cirúrgico.

Contudo, seguramente não se pode falar em otimizar recursos no Centro Cirúrgico sem que se faça uma análise da produtividade do setor. É exatamente com esse intuito que abordamos, no presente estudo, o cancelamento de cirurgias, que representa uma fase de tal processo.

OBJETIVO

Desenvolvemos o presente trabalho com o objetivo de estudar o aproveitamento do Centro Cirúrgico de um hospital universitário quanto à realização de cirurgias programadas e de analisar os principais motivos encontrados para a suspensão dos procedimentos.

METODOLOGIA

Característica do campo

O estudo foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital de Clínicas da Fundação de Assistência, Ensino e Pesquisa de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HC-FAEPU/UFU). Essa instituição atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) de toda a cidade de Uberlândia e da região do Triângulo Mineiro, sendo uma referência em todo o Estado de Minas Gerais. O hospital presta serviços de atendimento ambulatorial em todas as especialidades médicas e serviços de urgência e emergência pelo pronto-socorro, absorvendo uma grande demanda de pacientes oriundos de outras localidades.

O Centro Cirúrgico localiza-se no segundo andar da instituição, em uma área independente da circulação geral, próxima ao Centro de Material e Esterilização (CME) e à Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), sendo



Artigo Original

PLANEJAMENTO

constituído por 12 salas cirúrgicas, uma delas desativada por falta de equipamentos.

Das salas em funcionamento, duas se destinam às operações de urgência e emergência, tendo funcionamento ininterrupto. As demais servem às cirurgias eletivas e funcionam das 7 às 19 horas, abrangendo uma grande variedade de procedimentos. Cada especialidade cirúrgica opera seguindo uma programação específica para cada sala, ao longo da semana.

Os procedimentos eletivos são agendados segundo a disponibilidade de espaço para cada especialidade, de acordo com o que está previsto para o dia. Os próprios médicos fazem o pedido de cirurgia por meio de computadores existentes nas unidades de internação, obedecendo à programação da distribuição cirúrgica nas salas.

O mapa cirúrgico é informatizado e divulgado pelo sistema de informação hospitalar (SIH). Contém as informações relativas ao paciente a ser operado, à equipe cirúrgica e à cirurgia proposta, além de descrever sala e horário do procedimento, necessidade ou não de hemoderivados e clínica de origem do doente. O enfermeiro-chefe planeja as ações de Enfermagem para o dia cirúrgico, disponibilizando as salas com os equipamentos e materiais necessários, fazendo a provisão de artigos e instrumentais específicos, a exemplo de laparoscópios, e distribuindo os funcionários em cada ambiente. Na ausência de algum item solicitado, o cirurgião responsável é comunicado e o enfermeiro aguarda retorno quanto à conduta a ser tomada.

A prática da assistência de Enfermagem, ou processo de Enfermagem, é atual-

mente uma atividade de grande importância nos serviços de saúde, pois colabora com a formação de um pensar crítico e científico em todas as ações do enfermeiro, contrastando com a idéia de que essa ciência se restringe meramente a um conglomerado de técnicas a serviço da prescrição médica⁽⁴⁾. O fato é que o processo de Enfermagem pode ser considerado um meio para que as atividades dos profissionais dessa área sejam respaldadas legalmente por intermédio da documentação da prestação dos cuidados⁽⁵⁾.

Na ocasião deste levantamento, o HC-FAEPU/UFU ainda não contava com um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) implantado, mas existia, no local, uma comissão constituída com esse objetivo. De qualquer forma, a SAEP não era desenvolvida pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico, razão pela qual não havia, ali, um processo planejado, sistematizado e contínuo de assistência, desenvolvido com o objetivo de atender às necessidades do paciente por meio de uma visão global, individualizada, participativa, documentada e avaliada. Assim sendo, esses profissionais ficavam vinculados muito mais às atividades administrativas do que às assistenciais. Na prática, o reduzido número de enfermeiros prejudica, de forma significativa, a implantação da SAEP nas instituições hospitalares.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2002 e envolveu a consulta ao livro de registro de movimento cirúrgico diário, aos mapas da programação diária das cirurgias, que são acompanhados pelo enfermeiro responsável pelo plantão, aos relatórios de

consumo de sala, preenchidos pela equipe de Enfermagem do setor, e ao SIH.

No programa de agendamento cirúrgico desse sistema eletrônico, existe um espaço para descrever as suspensões e suas justificativas, porém o lançamento de tais detalhes não era efetuado. Com base na observação do crescente número de cirurgias suspensas no hospital estudado, em associação com a ausência de registro dos cancelamentos, sentimos, então, a necessidade de documentar esses dados conforme as justificativas já existentes no SIH, analisando a prevalência de tais motivos e as razões de cancelamento dos procedimentos cirúrgicos.

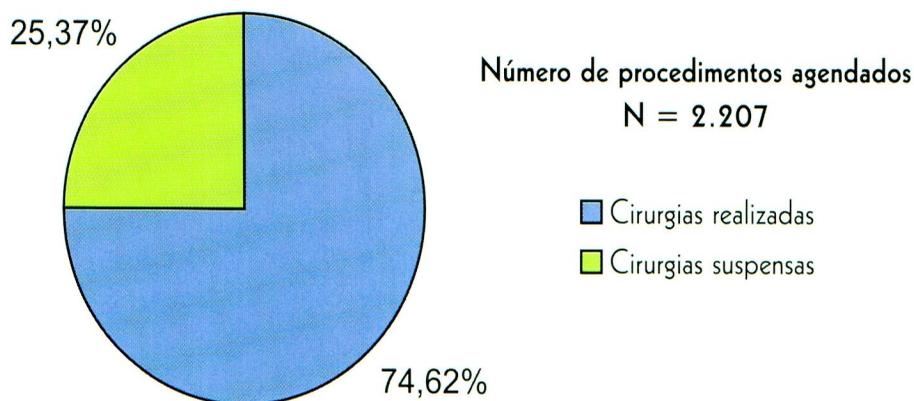
Tais informações foram analisadas quantitativamente e são apresentadas, neste estudo, em forma de frequência simples e porcentagem, dispostas em figuras ilustrativas.

Resultados e discussão

Na figura 1, pode-se verificar que, das 2.207 cirurgias agendadas, 1.647 (74,62%) foram realizadas e 560 (25,37%), canceladas. Esse índice de suspensão encontrado demonstra falha no processo de agendamento, indicando falta de planejamento na organização dos procedimentos cirúrgicos, pois a programação não condiz com a realidade, o que acaba por comprometer a produtividade e a otimização do serviço e da assistência ao cliente. Em termos percentuais, o número de operações suspensas se mostrou crescente nos meses pesquisados, ou seja, 22% em fevereiro, 26% em março e 30% em abril.



Figura 1 – Distribuição das cirurgias agendadas, segundo sua realização.

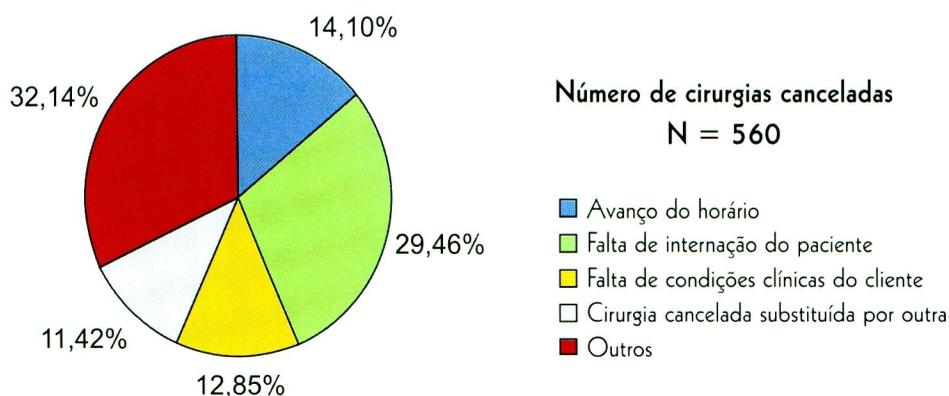


Para efeito de comparação, um estudo realizado em São Luís (MA) encontrou, em três meses de coleta de dados em um hospital universitário, um total de 250 cirurgias suspensas, que correspondiam a 19,08% dos procedimentos programados no período da pesquisa⁽⁶⁾. Outra investigação, feita no Hospital São Paulo (SP), chegou a uma taxa global de cancelamento de operações de 27%, a maior parte causada por inexistência de condições clínicas do paciente. O índice de cancelamento de cirurgias em um serviço particular de alto padrão é cerca de quatro vezes menor do que os encontrados nas instituições públicas. No Sítio-Libanês (SP), num ano de 10.300 procedimentos contabilizados, essa taxa não passou de 7,5%⁽⁷⁾.

A esse respeito, enquanto a maioria das empresas tem se voltado para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população, é inadmissível que, em uma instituição de saúde, o estabelecimento de um plano de trabalho não seja etapa obrigatória do seu funcionamento operacional. É nesse sentido que chamamos a atenção para a falta de planejamento na organização dos procedimentos cirúrgicos no hospital estudado, já que a programação cirúrgica não reflete o que acontece, de fato.

Como mostram os dados da figura 2, o motivo de cancelamento de maior incidência foi a não-internação do paciente. Mas, em tais casos, outra cirurgia ocorre, independentemente de estar prevista ou não, com outro paciente, encaixado no programa. Isso mostra a ausência de fidedignidade da programação cirúrgica, que, portanto, parece ter bastante flexibilidade. Convém destacar que, na instituição do estudo, a atribuição de programar os procedimentos do dia é de responsabilidade das equipes médicas e se dá de forma descentralizada.

Figura 2 – Distribuição das cirurgias suspensas, segundo os motivos de cancelamento.



O avanço do horário constituiu o segundo motivo de suspensão cirúrgica mais prevalente. A programação de mais de uma cirurgia, principalmente de grande porte, contribui sobremaneira para o cancelamento de alguns procedimentos cirúrgicos. Constatamos que, na maioria das especialidades, o hospital em questão realiza, em média, de uma a duas operações por turno, justamente por ser um campo de aprendizado, ensino e pesquisa a serviço de diversas áreas, e não de demanda por atendimento. Assim, é natural que o tempo das cirurgias muitas vezes se altere pela prática educacional envolvida.

A falta de condições clínicas do paciente configurou o terceiro motivo de cancelamento mais freqüente, uma vez que os indivíduos que não se encontram em um estado pré-operatório favorável têm seus procedimentos suspensos. É importante lembrar que a maioria desses casos poderia ter sido evitada pela prática da visita pré-operatória, por parte do enfermeiro do Centro Cirúrgico ou da unidade de internação, e pela visita pré-anestésica, de responsabilidade do serviço de Anestesiologia, conforme a organização do mapa cirúrgico. Essas avaliações contribuem também para a identificação das condições psicológicas e clínicas do paciente na iminência do ato anestésico-cirúrgico.

A suspensão de um procedimento e sua substituição por outro foi o motivo de menor incidência. Neste caso, o paciente internado tem sua cirurgia cancelada e é substituído por outro cliente cuja operação também está a cargo da mesma equipe cirúrgica.

Já os demais motivos de suspensão cirúrgica (32,14%) no HC-FAEPU/UFU corresponderam às seguintes situações:

- não-internação do paciente e



Artigo Original

PLANEJAMENTO

substituição por outro (54 casos, ou 9,64%) – o indivíduo agendado não se internou, mas outro, já internado e que também aguardava cirurgia, ocupou essa lacuna. Isso acontece muito quando não há leitos disponíveis para novas internações e as equipes médicas procuram atender os pacientes que estão no pronto-socorro;

- não-comparecimento do anestesio-
logista (27 casos, ou 4,82%) – a
escala dos anestesistas é feita pelo
serviço de Anestesiologia seguindo a
distribuição prévia das salas por especia-
lidade cirúrgica. O que se percebe é
que, em condições especiais, tais como
férias, licença-maternidade, participação
em congressos e outros, ocorre a falta
desse profissional, que leva a equipe a
suspender o procedimento cirúrgico;

- outros motivos de cancelamento (24
casos, ou 4,28%) – agendamento
incorreto, mudança na conduta cirúrgica,
transferência do procedimento para
outro dia, internação não autorizada,
desistência do paciente, não-autorização
da cirurgia pelos pais do paciente e casos
de transplantes não-eletivos, nos quais
se reserva uma sala que estava progra-
mada para uma operação;

- não-comparecimento do cirurgião
(16 casos, ou 2,85%) – nesta
situação, nem as equipes cirúrgicas nem
o cirurgião responsável apareceram no
Centro Cirúrgico;

- falta de pessoal de Enfermagem (16
casos, ou 2,85%) – ocorreu apenas
no mês de março, em virtude de uma
paralisação de funcionários;

- indisponibilidade de material e equi-
pamentos (15 casos, ou 2,67%) – o
problema suspendeu cirurgias nos casos
em que os recursos estavam em falta no

setor ou não se encontravam em con-
dições de uso. A substituição de proce-
dimentos pela equipe cirúrgica sem uma
comunicação prévia aos enfermeiros do
Centro Cirúrgico dificulta e compromete
a disponibilidade do material necessário
à realização das operações;

- urgências/emergências (dez casos, ou
1,78%) – o motivo diz respeito às
cirurgias que são canceladas para dar
espaço aos casos de urgências/emerg-
ências que chegam ao Centro Cirúrgico;

- ausência de leito na UTI (nove casos,
ou 1,60%) – os pacientes que neces-
sitam de acompanhamento pós-ope-
ratório intensivo irremediavelmente preci-
sam ficar na UTI, e ainda há carência de
leitos suficientes para atender às neces-
sidades da população. Esse fato é
agravado pela ausência de um serviço
de Recuperação Anestésica com estru-
tura adequada no hospital em que
fizemos a presente pesquisa;

- falta de exames pré-operatórios (sete
casos, ou 1,25%) – embora ocorram
muito pouco, as suspensões dessa
natureza se devem à não-realização da
visita pré-operatória do enfermeiro e da
visita pré-anestésica, as quais são
prejudicadas, na instituição em questão,
pelo agendamento incorreto;

- cirurgia já realizada (dois casos, ou
0,35%) – trata-se do motivo de cance-
lamento menos prevalente, relacionado
com a ausência de controle sobre a
programação cirúrgica.

À luz desses resultados, percebemos que
o agendamento das cirurgias no HC-
FAEPU/UFU se encontrava ineficaz na
ocasião do levantamento, gerando não
só prejuízos para a organização e a
administração do setor, mas também para
a economia e a produtividade do hos-

pital e para a própria assistência pres-
tada, além de impedir o atendimento
adequado dos pacientes.

Na era da qualidade total, é inadmissível
que centenas de pessoas deixem de ter
suas necessidades de saúde assistidas e
que tantos recursos financeiros sejam
perdidos ou mal-aproveitados. Como
provedores de cuidados de saúde,
compete a nós, enfermeiros, a respon-
sabilidade de participar do planejamento
da instituição, contribuindo para que
sejam oferecidos, à clientela, os serviços
necessários e uma assistência de Enfer-
magem especializada⁽⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar, na insti-
tuição pesquisada, a suspensão de 560
(25,37%) das 2.207 cirurgias pro-
gramadas no período do levantamento.
As principais causas de cancelamento
foram a não-internação do indivíduo
que seria operado (29,46%), o avan-
ço do horário (14,10%), a ausência
de condições clínicas do paciente
(12,85%) e a substituição da cirurgia
marcada por outra (11,42%). Os
32,14% restantes incluíram casos de
paciente substituído por outro, não-
comparecimento do anestesio-
logista e do cirurgião, falta de pessoal de Enfer-
magem e de material e equipamentos, sala
ocupada com urgência/emergência,
indisponibilidade de leito na UTI, falta
de exames pré-operatórios, cirurgia já
realizada e outros motivos.

Diante de tais constatações, propomos
que estudos dentro dessa temática
continuem sendo realizados, buscando
o aperfeiçoamento da assistência pres-
tada e a redução dos custos no hospital,
bem como a participação da Enfermagem
no planejamento e na organização das
instituições hospitalares.

Além disso, sugerimos algumas mudanças no serviço do hospital estudado, as quais, a nosso ver, contribuiriam para a solução dos problemas expostos, relacionados com o cancelamento dos procedimentos cirúrgicos. São elas:

- a centralização do agendamento cirúrgico no ambulatório como uma alternativa para que a programação se torne verídica;
- a realização de uma reunião com a chefia médica do Centro Cirúrgico, com os líderes das equipes cirúrgicas, com os residentes e com a diretoria de Enfermagem para a conscientização dos profissionais envolvidos quanto à importância da organização da programação cirúrgica e às implicações de todo o processo para o serviço. Nessa ocasião, poderiam ser fornecidas orientações quanto ao agendamento centralizado no ambulatório, após a consulta do paciente e a liberação da internação;
- a organização de uma escala de cirurgias extraprograma (ou de encaixe) para os pequenos procedimentos com anestesia local, para pacientes com tempo esperado de internação reduzido e para urgências e emergências;
- a implantação da SAEP, consolidando a prática da visita pré-operatória pelos enfermeiros.

Acreditamos que um melhor controle das cirurgias agendadas, em conjunto com uma participação mais efetiva dos enfermeiros na assistência de Enfermagem, contribui de forma significativa para a otimização dos recursos no Centro Cirúrgico, qualificando a assistência prestada por meio do atendimento global, sistematizado e individualizado ao paciente. Além disso, permite uma menor exposição do doente, diminuindo seu tempo de internação, assim como os riscos de infecção hospitalar e os custos do tratamento.

Esperamos que os dados apresentados neste estudo sirvam de estímulo para possíveis mudanças a serem implementadas no setor e no hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arieta CEL, Taiar A, Kara José N. Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em Centro Cirúrgico ambulatorial universitário. *Rev. Assoc. Médica Brasileira* 1995; 41(3):233-5.
2. Antonio PS, Munari DB, Costa HK. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado diante do cancelamento de cirurgias. *Revista Eletrônica de Enfermagem [série on-line]* 2002. [Consultado em 2006, abr. 19]; 4(1):33-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
3. Gatto MAF. Análise da utilização de salas de operações. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.
4. Ladden CS. Conceitos básicos de Enfermagem Perioperatória. In: Meeder MH, Rothrock JC. *Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico*. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara - Koogan; 1997. P. 3-16.
5. Campos MCL, Ayres JA, Olbrich SRLR, et al. Sistemática de assistência de Enfermagem Periperatória – percepção de enfermeiros assistenciais. *Rev. SOBECC* 2000, outubro/desembro; 5(4): 21-5.
6. Barbosa MCG. Suspensão de cirurgia: identificando suas causas [Dissertação]. Ceará (CE): Universidade Federal do Ceará – Enfermagem; 2003. 81 p.
7. Gregório, J. Tese mostra que um terço das cirurgias no Hospital São

Paulo são canceladas. [Consultado em 2006, abr. 19]; Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed121/hsp1.htm>

8. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. *Rev. Latino-Americana* 2000, agosto; 8(4):59-65.

AUTORIA

Janaína Anchieta Costa

Enfermeira da Central de Material Esterilizado do Hospital de Clínicas da Fundação, Ensino e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU); coordenadora da Central de Materiais e Esterilização do Hospital e Maternidade Madrecor.

Endereço para correspondência:
Rua da Cereja, 337, Pacaembu,
Uberlândia - MG
CEP: 38401-520
Tel: (34) 3218-2110 ou (34)
3230-6024
E-mail: jana-enf@hotmail.com

Adriane Corrêa Jansen

Enfermeira; mestre em Enfermagem; docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Endereço para correspondência:
Av. Teresina, 1.847, Umuarama,
Uberlândia - MG
CEP: 38405-324
Tel: (34) 3218-2318
E-mail: dijansen@estes.ufu.br

Segurança, eficácia e baixo custo no reprocessamento de materiais médico-hospitalares.

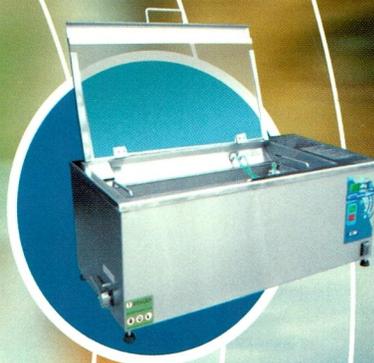


Detergentes Enzimáticos LabNews - Prozime Plus, Neozyme e Maxzyme: Limpador multienzimático (02 a 04 enzimas) de alta performance e eficiência garantida, para uso manual e/ou automatizado.

Removedor de Oxidação Proxi Plus e Lubrificante Prolub: aumentam a qualidade da limpeza e a durabilidade dos instrumentais.

Lavadoras Ultra-sônicas Lav500Jet: Automatizam e uniformizam o processo de limpeza de instrumentais, reduzindo os riscos de contaminação. A versão com o "Sistema Jet", destaca-se pela eficiência na limpeza de canulados.

Lavadora Termodesinfetadora Termo4000: Apresenta desempenho superior de limpeza, termodesinfecção e secagem de instrumentais cirúrgicos, materiais de anestesia, matérias médico hospitalares e vidrarias laboratoriais, pois automatiza todo o processo de pré-lavagem, lavagem, enxágüe, desinfecção e secagem de materiais médico-hospitalares. Oferece menor risco ocupacional para os usuários, diminuindo os gastos com a desinfecção química e padronizando a limpeza.



Secadora Esterilizadora

LDM

Equipamentos



Tecnologia a serviço do bem estar.

grupoldm.com.br | 11 3275.1166



Detergentes Laboratoriais Tamanco Cauzineh

Labnews
indústrias químicas

Saneantes e Termoplásticos