

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Milena Banic

**Tempos e espaços de esperar a cirurgia: um estudo sobre sistematização do
cuidado no pré-operatório**

Rio de Janeiro

2015

BANIC MILENA	TEMPOS E ESPAÇOS DE ESPERAR A CIRURGIA: UM ESTUDO SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO NO PRÉ-OPERATÓRIO		MESTRADO UNIRIO 2015
---------------------	--	--	-------------------------------------

Milena Banic

Tempos e espaços de esperar a cirurgia: um estudo sobre sistematização do cuidado no pré-operatório

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para a obtenção do Grau de Mestre. Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar.

Área de concentração: Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Orientador: Prof^ª. Dr.^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

*** Normalmente elaborado pelo Profissional Bibliotecário da Universidade

Nome: BANIC, Milena

Título da Dissertação: Tempos e espaços de esperar a cirurgia: um estudo sobre sistematização do cuidado no pré-operatório

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para a obtenção do Grau de Mestre. Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar.

Aprovado em 11 de setembro de 2015

Banca Examinadora

Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo **Instituição:** UNIRIO

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profª Drª Telma Spindola **Instituição:** UERJ

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profª Drª Mônica de Almeida Carreiro **Instituição:** UNIRIO

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profª Drª Silva Teresa Araújo (Suplente) **Instituição:** UFRJ

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof Dr Daniel Aragão Machado (Suplente) **Instituição:** UNIRIO

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Rio de Janeiro

2015

Agradecimentos

À minha família, minha linda mãe, pai (*in memoriam*), meu marido amigo e companheiro, minha amada filha tão longe geograficamente, mas sempre ao meu lado, meus irmãos e sobrinhos, minha madrinha, amo muito vocês!

À professora Nébia que foi minha orientadora, mestra, amiga, por ter acreditado e por ter lutado sempre pela nossa evolução e que em nenhum momento desistiu das velhas companheiras do HUGG e que com certeza sem ela não estaria concluindo esta etapa, meu eterno e profundo agradecimento.

Às minhas amigas de turma do HUGG e do mestrado que apoiaram uma as outras nessa nossa caminhada.

Aos docentes e coordenadores do PPGSTEH e toda equipe do mestrado profissional.

A toda equipe do HUGG em especial a equipe das clínicas cirúrgicas e ao SDC.

A todos vocês o meu sincero, muito obrigada!

RESUMO

O processo cirúrgico é uma situação crítica que expõe o indivíduo a um estresse físico e emocional. A intervenção de enfermagem tem um papel fundamental no período pré-operatório, minimizando o medo e ansiedade do cliente, pois são fatores que comprometem significativamente o êxito cirúrgico e da recuperação pós-operatória. Nesse contexto, a questão central de nosso estudo é: O cliente no tempo de esperar a cirurgia pode nos indicar elementos de uma sistematização de cuidados no pré-operatório? - Onde o cliente que recebe a notícia de sua cirurgia e atravessa por diversas passagens repletas de rituais e onde o chegar e esperar surgem como um padrão para uma intervenção da enfermagem. Assim, nosso objetivo é mostrar indicadores surgidos nas experiências dos clientes que esperam por cirurgia; propor uma sistematização de cuidados pré-operatórios para clientes que esperam por cirurgia, considerando a prevenção de risco; criar indicadores de cuidados e a criação de uma cartilha orientadora para clientes que esperam por cirurgia. O método de escolha é qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso. Foram convidados clientes em pré-operatório de cirurgias eletivas maiores de 21 anos que aceitaram participar da pesquisa (n=22) e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após submissão ao comitê de ética respeitando a resolução CNS 466/12 bem como autorização para pesquisa no campo. Este estudo foi realizado Hospital Universitário Federal da cidade do Rio de Janeiro em abril, maio e junho de 2015. Os resultados encontram-se no painel onde destacamos em vermelho as necessidades e sentimentos dos clientes em pré-operatório. A conclusão é de que os clientes indicam o que devemos fazer no tempo de esperar destacando cuidados, ambiente e comunicação a serem revistos e considerados. Este estudo produziu indicadores de sistematização do cuidado como Padrão ESPERAR E TEMER a cirurgia. As discussões nas duas categorias reafirmam a compatibilidade que envolve uma Sistematização do Cuidado para o cliente que é único e singular, livre onde o ponto comum entre eles é Esperar e Temer.

Descritores: Assistência Peri operatória; Segurança do paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Surgery is a critical situation that imposes both physical and emotional stress to the patient. Nursing intervention plays a fundamental role in the post-surgery period by decreasing factors such as fear and anxiety, which severely jeopardize successful outcomes. Given this background, the main question in our study is: could the patient indicate elements of a systematization of the pre-surgery care? The period of time that begins when the patient is informed about the need of a surgery and the surgery itself consists of phases and rituals that provide a pattern for a nursing intervention. Therefore, our goals are to show indicators that rose from the patients' experiences; to propose a systematization of pre-surgery care, taking into account risk prevention; and to create indicators of care and a booklet for patients who wait for surgery. The chosen method is qualitative and descriptive of the case study. 22 pre-surgery patients (all over the age of 21) agreed in participating in this survey and signed an agreement term, which had been submitted to the Ethics Committee, in agreement with the CNS 466/12 resolution, as well as an authorization for the field research. This study was conducted in the Federal University Hospital of the city of Rio de Janeiro. The conclusion is that the patients indicate what we should do in the pre-surgery waiting time, pointing out care, environment and communication to be reviewed and considered. This study produced indicators of systematization of the care as a WAIT and FEAR Pattern of the surgery. The discussions in both categories reinforce the compatibility that encompasses a Systematization of Care for the patients who are unique, but have in common the Wait and Fear.

Key Words: Pre-Surgery assistance, Patient Safety, Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Cronograma de Produção	25
Quadro 2	Dados Sócio Demográficos do Ser que Espera	26
Quadro 3	Estado Civil e com Filhos	26
Quadro 4	Onde Moram	26
Quadro 5	Escolaridade	27
Quadro 6	Opção Religiosa	28
Quadro 7	Tipo de Cirurgia	28
Quadro 8	Experiência Internação	28
Quadro 9	Motivos das Internações Anteriores	29
Quadro 10	Experiência Cirúrgica	29
Quadro 11	Como Chegou ao Hospital	29
Quadro 12	Com quem Chegou ao Hospital	30
Quadro 13	Como ficou no Percurso de sua Residência ao Hospital	31
Quadro 14	Necessidade de Conhecer as Pessoas do Hospital	32
Quadro 15	Foi Fácil Encontrar o Ambulatório/Enfermaria?	32
Quadro 16	Como Estava ao Chegar no Hospital - Internar	32
Quadro 17/18	Duas questões: Quem o Recebeu no Ambulatório/Enfermaria e quem se Identificou?	33
Quadro 19	Impressões sobre a Equipe	33
Quadro 20	Impressões sobre o Ambiente	34
Quadro 21	Impressões do Leito	35
Quadro 22	Impressões sobre Alimentação	36
Quadro 23	Impressões sobre o Tempo de Esperar a Cirurgia em Relação à Equipe e Ambiente	37
Quadro 24	Impressões sobre o Tempo de Esperar a Cirurgia em Relação ao Leito e Jejum	38
Quadro 25	Sentimentos Vivenciados pelos Clientes no Centro Cirúrgico	39
Quadro 26	A visão dos Clientes sobre o que Melhorar no Centro Cirúrgico ..	40
Quadro 27	Sobre o Tempo de Recuperação	41
Quadro 28.1	Sugestões dos Clientes para os outros acerca da Chegada para Internação/Registro	42
Quadro 28.2	Sugestões para Chegada na Enfermaria/ Internação	43
Quadro 28.3	Sugestões dos Clientes acerca de sua Chegada ao Centro Cirúrgico ..	44
Quadro 28.4	Sugestões dos Clientes acerca da Chegada à Enfermaria no Pós-operatório	45
Quadro 29.1	Como foram os dias depois da Cirurgia quanto ao Ambiente e Equipe	46
Quadro 29.2	Como foram os dias depois da Cirurgia quanto ao Leito e Alimentação	47
Quadro 30	Quanto às Dificuldades Encontradas no Pós-operatório	48
Quadro 31	O que Precisa Melhorar	49
Quadro 32	Tempo Gasto de Casa até Chegada à Enfermaria	50
Quadro 33	No Percurso de Chegar à Enfermaria	51
Quadro 34	Condições de Espera do Cliente	52

Quadro 35	Síntese dos Resultados Obtidos a partir da Análise dos Dados dos Quadros 13 a 31	54
------------------	--	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Verbos usados com objetivos específicos para cada fenômeno identificado nas áreas de intervenção de enfermagem e de implementação terapêutica médica	17
Figura 2	Mapa ilustrativo para localização dos clientes	27
Figura 3	O Desenho do Método. Objeto: Indicadores de Sistematização de cuidados nas experiências dos clientes enquanto esperam a cirurgia ...	53
Figura 4	Esperar a Cirurgia - Fluxos e movimentos corporais.....	59
Figura 5	Ações da Enfermagem durante o Ciclo de Passagens de Clientes Cirúrgicos	61
Figura 6	Sistematização dos cuidados no pré- e pós-operatórios considerando as impressões e sentimentos dos clientes	64
Figura 7	Esperar e Temer: sentimentos e impressões pré- e pós-operatório dos clientes	65
Figura 8	O cuidar no pós-operatório: Ações da Enfermagem em Saúde Pública e Hospitalar	68
Figura 9	Sistematização do cuidado	71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O problema do estudo	11
1.2 Objetivos	12
1.3 Justificativa	12
1.4 Aspectos teóricos do estudo	13
1.5 Sobre sistematização do cuidado de enfermagem	14
1.6 Sobre o cuidado no pré-operatório	17
2 MÉTODO E METODOLOGIA	22
2.1 Campo da pesquisa	23
2.2 Período de coleta de dados	23
2.3 Critérios de inclusão	23
2.4 A construção do instrumento	24
3 RESULTADOS	25
3.1 A organização da análise	25
3.1.1 Análise síntese dos dados demográficos contidos nos quadros 2 a 12	30
3.1.2 Dados sobre as experiências durante o Esperar a cirurgia	31
4 DISCUSSÃO	57
5 CONCLUSÕES	70
6 REFERÊNCIAS	73
7 ANEXOS	75
7.1 Anexo 1	75
7.1.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
7.2 Anexo 2	77
7.2.1 Instrumento I – Caracterização dos Sujeitos	77
7.2.2 Instrumento II – Específicos do objeto de estudo	78
7.2.3 Instrumento III- Fluxo	82
7.2.4 Instrumento IV – Identificação dos registros	84
7.3 Anexo 3	86
7.3.1 Artigo I	86
7.4 Anexo 4	104
7.4.1 Artigo II	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema do estudo

A minha experiência como enfermeira acumulou um saber-fazer nas várias áreas de conhecimento da Enfermagem articulado com o saber médico sobre situações clínicas e cirúrgicas. Durante tanto tempo, 32 anos, me vi em muitas situações de cuidar lidando com questões que envolvem **a espera do cliente** e o que fazemos para com ele neste tempo que diz respeito aos procedimentos, riscos nas práticas e nas comunicações, na falta de registros adequados sobre eles que deveriam estar numa sistematização de cuidados de enfermagem.

Dentre tantos problemas aqui destacados, na minha experiência vivida de cuidar dos clientes em situação de pré-operatório, agora me vejo implicada com a segurança deles quando esperam a cirurgia. Nessa implicação me encontro dentro do espaço imediato do tempo que se situa entre a véspera e a chegada do cliente ao centro cirúrgico, o que inclui o tempo de chegar, o tempo de esperar, o tempo de se submeter a cirurgia, tempo de recuperar e tempo de retornar à enfermaria. Estas implicações indicam que o objeto de Estudo é: **Indicadores de sistematização de cuidados nas experiências dos clientes quando esperam a cirurgia.**

Ampliando e decodificando mais os problemas aqui destacados e que precisam ser melhor investigados, que trata da ausência de uma Sistematização de Enfermagem para estes clientes associada a ausência de registros detalhados sobre sua situação, sobre a identificação de necessidades e expectativas dele acerca do ato cirúrgico. Quem sabe do medo, da insegurança não expressa no encontro deles com o enfermeiro. Para complicar mais ainda, nos vemos diante de clientes que são submetidos a dois critérios de internação para procedimentos cirúrgicos: o primeiro com 24 h do pré-operatório; o segundo imediatamente no momento do ato cirúrgico. Em um caso ou em outro não tem sido possível olhar para eles detalhadamente; não tem sido possível um aprofundamento de suas condições clínicas e nem “escaneado” o espaço do corpo onde o ato cirúrgico será realizado, o que implica em não atendimento do que sugere a Anvisa sobre cirurgia segura.

Vale destacar, que mesmo ancorada no saber médico, é imprescindível o papel que desempenha a Enfermagem no processo de pré-operatório e do argumento incontestável de que a presença da enfermagem nestas situações cirúrgicas, em que somos:

- Prestadores de cuidados;
- Mantenedores da segurança do cliente, que se expressa na sua internação;
- No preparo para o enfrentamento do ato cirúrgico;

- Preparo de material a ser usado nele como roupas e instrumentais cirúrgicos;
- Com o cuidado com o ambiente, que pode indicar elementos que estão presentes ou ausentes de uma sistematização que é orientado e não executada.

Com essas considerações problemas definimos como Questão de pesquisa:

O cliente no tempo de esperar a cirurgia pode nos indicar elementos de uma sistematização de cuidados no pré-operatório?

Essa é a questão central neste estudo e que necessita de resposta daquilo que mais nos incomoda que é a sistematização do cuidado para eles. Assim, nos parece imprescindível, para aliviar ou prevenir transtornos advindos destas situações, tentar encontrar elementos para a construção de indicadores de cuidados e controle de riscos para eles nestas condições que dê conta de um tempo que é rápido.

Não queremos cair na armadilha de optar por um protocolo racional, baseado na biomedicina apenas, mas que ele privilegie o ser, com seus medos, inseguranças, certezas e que considere suas experiências, o caminho que fazem até sua chegada e espera até a entrada no centro cirúrgico.

1.2 Objetivos

Assim consideramos os seguintes objetivos:

- Apresentar os indicadores surgidos nas experiências dos clientes que esperam a cirurgia;
- Indicar uma sistematização de cuidados para clientes em pré-operatório que esperam a cirurgia considerando prevenção de riscos.
- Criar uma cartilha orientadora para clientes que esperam a cirurgia.

1.3 Justificativa

O estudo se justifica por tratar de:

- a) Um tema de interesse geral da enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) sobre risco e segurança de clientes submetidos a cirurgia;
- b) Um estudo que centra sua preocupação na segurança do cliente objetivando prevenir eventos adversos a partir de intervenções pré-operatórias seguras;
- c) Um estudo que amplia a preocupação com o cliente de pré-operatório, voltando o olhar também para os aspectos emocionais que são desencadeados no fluxo de tempo de

chegar, esperar e submeter-se a cirurgia, que acontece num espaço desconhecido em que a enfermagem precisa cuidar para evitar riscos no acolhimento e acomodação. Desta forma, olhamos o cliente nos aspectos específicos do ser humano, de segurança por meio da prevenção de riscos;

d) Um estudo que interessa a Anvisa, ao Ministério da Saúde e a enfermagem de um modo geral;

e) Porque pretendemos ampliar indicadores de segurança nos diversos tempos de permanência do cliente no Hospital, que iniciam com identificação e registros sobre o cliente.

1.4 Aspectos teóricos do estudo

Sistematização de Enfermagem

Protocolo e Indicadores de Segurança

As considerações introdutórias para escolha dos fundamentos que sustentam a escolha de nosso objeto passam por entendimentos da enfermagem que atua no centro cirúrgico (corpo, ambiente e cuidado), preconizada por rotinas e normas técnicas dando atenção ao funcionamento dos aparelhos, dos gases que serão usados neles e da necessidade de uma recepção acolhedora ao cliente no ato dele chegar ao centro cirúrgico. Atenta também as considerações de Nightingale (1989) sobre o sofrimento como uma atenção de alívio e da prevenção de riscos, e exige um olhar-ação para situações de complexidade, além de uma observação pela enfermagem nas várias fases de internação, quando: com maior antecedência, no pré-operatório mediato permitindo exames detalhados de seu corpo ou avaliação pela enfermagem, e que possibilitaria levantar informações importantes para enfermagem do centro cirúrgico como: situação emocional, sinais vitais, alergias diversas, tipo de cirurgia, preparo e local do ato cirúrgico.

O estudo está fundamentado nestes três temas para dar conta de um discurso teórico sobre cliente em situação pré-operatória e a função do enfermeiro na manutenção de sua segurança e prevenção de riscos.

Saber sobre local da cirurgia, sitio cirúrgico antes do ato cirúrgico, não deve apenas ao médico, mas ao enfermeiro do ambulatório, da enfermaria e da equipe do centro cirúrgico. Todos somos responsáveis na prevenção de eventos adversos e quando eles acontecem, há um sub-entendimento de que é preciso “guardar segredo”, em nome da proteção institucional (que somos nós). Mesmo sabendo que é dever legal falar e apontar resoluções para evitar que

riscos ocorram em clientes como cirurgias trocadas e em local do corpo errado. Isso prova a necessidade de que condutas de enfermagem sejam estabelecidas para prevenir riscos físicos, desconfortos emocionais e ambientais, técnicas inadequadas e/ ou contaminadas.

Além disso, a constatação de registros inadequados, pouco explicativos ou explicitados no prontuário, e ou evolução do cliente em pré-operatório são ausentes em sua maioria, merecendo revisão e intervenção de condutas profissionais, como foi constatada no primeiro diagnóstico sobre registros para nos aproximar do que ele é para este estudo.

Antes porem é importante considerar as preocupações mais recentes quanto as orientações pela Organização Mundial de Saúde OMS (2009) que dispõe sobre cirurgia segura, e seu objetivo primeiro tem como tema a identificação correta do cliente onde a equipe identificará o local a ser operado: **cliente correto e o local correto.**

1.5 Sobre sistematização do cuidado de enfermagem

O tema de que trata esse item está ligado diretamente ao Diagnóstico de Enfermagem que envolve situações diversas dos clientes, nesse caso, em situação de pré-operatório e que diz respeito a uma prática científica, uma prática clínica, uma prática preventiva de riscos, uma prática de segurança.

Trata do tempo de esperar, como parada obrigatória, na qual nós não sabemos o que passa nos pensamentos dos clientes e que experiências e sentimentos pairam nesse tempo.

Sistematizar os cuidados está no centro das preocupações da enfermagem, embora ainda, não tenha sido absorvida pela maioria dos exercestes/profissionais enfermeiros e que mesmo fazendo diariamente um processo de cuidar, a sua maneira, eles não se dão conta de que existe uma sistematização no seu cotidiano de cuidar, para os clientes que cuidam. Para fazer isso é necessário que estejamos fazendo Diagnósticos como o exercício de uma prática científica e legal.

Assim é preciso pensar no que (FIGUEIREDO, 2009) nos diz:

A sistematização e os registros da intervenção de enfermeiros e das respostas do corpo do cliente aos cuidados de enfermagem, além da terapêutica médica, são fundamentais para o reconhecimento de uma profissão que é de necessidade social e se diz “arte-ciência-ideal”. A compreensão, na prática, dessa ação que merece investigação sobre como ela acontece.

Vale destacar que, quando falamos de Diagnósticos, é fundamental recorrer ao que está estabelecido pela **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)**:

como o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou comunidade, dos problemas de saúde/processos vitais, ou parciais. O diagnóstico proporciona base para a solução de intervenções de enfermagem visando o alcance de resultados pelos quais a enfermagem é responsável (1980).

Nesse caso é preciso reflexões sobre o que fazemos nesse sentido para os clientes que esperam a cirurgia.

Desse modo, sistematizar cuidados nos tempos de esperar a cirurgia pode ser um desafio instigante que exige de nós a busca de referenciais sobre os temas aqui destacados.

Insistir na importância da **Sistematização** nos leva a pensar em duas “Teóricas Brasileiras como Vanda Horta e Lygia Paim que iniciaram ações de pensar sobre ela a partir do Diagnóstico de enfermagem; (FIGUEIREDO, 2009) cada uma delas, como; (HORTA, 1967) afirmava que:

o futuro da enfermagem como ciência e a autonomia profissional estavam fundamentados no processo de enfermagem; que ela só afirmará sua responsabilidade legal perante o ser humano e comunidade sob sua responsabilidade, quando aplicar sistematicamente uma metodologia de Enfermagem.

Sabemos, empiricamente que existe uma sistematização “mental”, escondida no nosso trabalho que merece ser investigada e que esta investigação deve considerar as vivências do cliente que espera a cirurgia.

Enquanto (PAIM, 1967) diz que: ” **O processo de enfermagem atesta a preocupação da Enfermeira ou em se iniciar na utilização de uma abordagem mais individualizada para o cliente, centrando seu ponto de vista nas necessidades humanas básicas**”.

Se nossa preocupação se inicia teoricamente numa sistematização de cuidados para clientes em pré-operatório, a **cartilha orientadora** pretendida inicia-se nas etapas do processo, como:

- Histórico do Cliente em Pré-operatório;
- Diagnóstico de necessidades de cuidado e segurança no pré-operatório;
- Planos de cuidados para o tempo de esperar a cirurgia;
- Evolução de enfermagem nos diversos tempos;
- Prognóstico e acompanhamento no Pós-operatório.

Nesse processo de saber sobre sistematização, algumas definições parecem pertinentes de serem colocados, como:

❖ **Enfermagem (pré-operatória)**

Ciência humana de pessoas e experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrange do estado de saúde, dos estados de doença, mediado por transações pessoais, profissionais, estéticas e políticas.

❖ **Cliente (pré-operatório)**

Cidadãos com direitos e deveres, que pode e deve exigir cuidados qualificados e/ou recusá-los, quando se sentir pressionado ou em risco. Participar dos cuidados prestados pela enfermagem ou aceita quando não pode auto cuidar-se. E aquele que se encontrar sob a responsabilidade da enfermagem.

❖ **Risco (no pré-operatório)**

É perigo ou responsabilidade de perigo, possibilidade de perda ou responsabilidade pelo dano, perigo para o cliente com saúde ou com desvio dela.

❖ **Cuidado (no pré-operatório)**

Ações de enfermagem, enfermagem aplicada, envolve atenção, precaução, vigília, desvelo imaginado previsto. Ação realizada para resolver problemas identificados que envolve prevenção de doenças, de riscos e promoção e restauração da saúde.

A **NANDA** sugere a utilização do Padrão que serve para avaliar fenômenos encontrados e tomar providencias, através de uma lista de verbos (**Figura 1**) que tem objetivos específicos para cada fenômeno identificado e que pode ser da área de intervenção de enfermagem ou de implementação terapêutica médica. **PADRÃO** entendido como: **aquilo que serve de base ou norma para avaliação de qualidade ou quantidade, medida, modelo oficial de pesos e medidas, padronizar; modelo de cuidar, de administrar o cuidado, de ensinar a cuidar.**

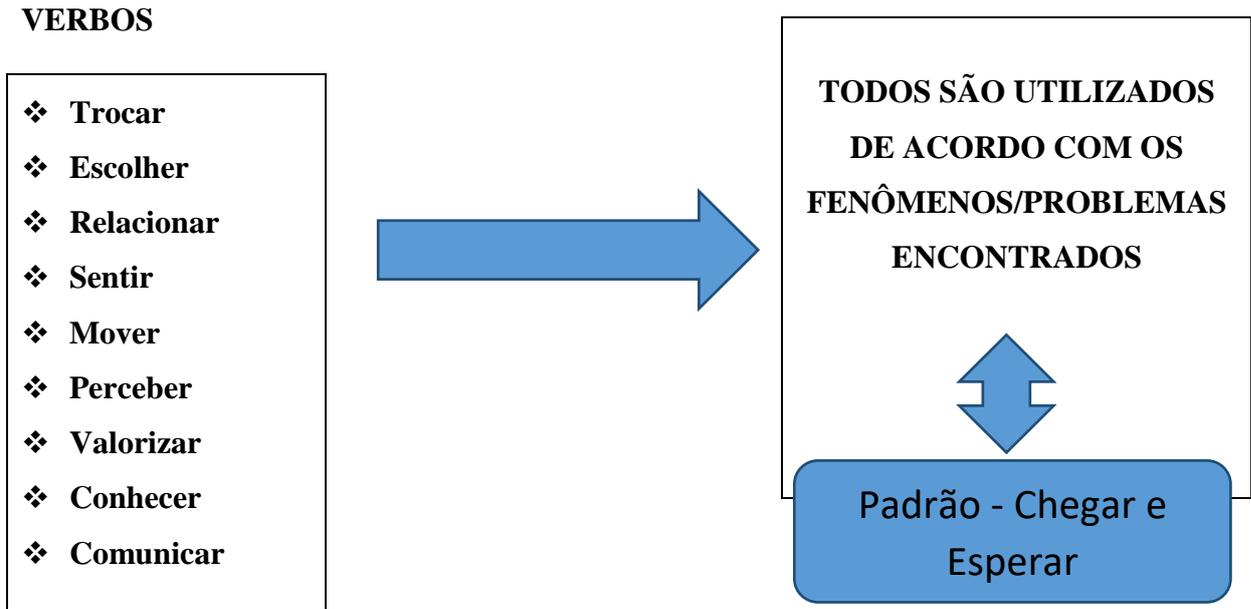


Figura 1 – Verbos usados com objetivos específicos para cada fenômeno identificado nas áreas de intervenção de enfermagem e de implementação terapêutica médica

1.6 Sobre o cuidado no pré-operatório

As considerações teóricas são de diversas abordagens e exige que pensemos na pessoa que se interna para ser operado, que chega do ambulatório para a enfermaria ou imediatamente para o centro cirúrgico.

É sempre importante, pensar que o cliente pode estar ou não preparado para a situação e que em cirurgia eletiva ou em emergência sempre o coloca em situação de tensão, de medo, de estresse, de insegurança, pois qualquer uma das duas situações aqui colocadas, elas são carregadas de imagens e signos identificados no imaginário das pessoas sobre os profissionais e o espaço onde a cirurgia acontece, como a morte pode ser eminente e está associada a anestesia- quando pensam que podem não acordar mais e esses sentimentos estão descritos em muitos estudos e um dos principais é o medo, carro chefe de todos os sintomas.

Para (SILVA et al ,2006):

o medo é um fenômeno que merece atenção da enfermagem no que diz respeito ao espaço onde o cliente se encontra, o centro cirúrgico, um lugar estranho e cheio de pessoas desconhecidas. Cabe ao enfermeiro entender e saber lidar com esse medo. Sua origem normalmente é de ordem psicológica e pode ter várias causas, como a Hospitalização, por exemplo, que representa

o afastamento da família e do lugar de convívio, saudades de entes queridos e da vida que levava...(...)

Assim, os clientes desse estudo são aqueles que estão em uma pré-experiência anunciada e por isso eles deixam de fazer suas próprias escolhas, suas necessidades e desejos estão afetados e por isso podem tornar-se diferentes, inseguros e preocupados.

É nesse momento que a enfermagem deve entrar em ação, criando condições para que o cliente participe do processo e expresse o que está sentindo e de como gostaria de ser tratado.

Conhecer as pessoas e o centro cirúrgico parece uma medida acertada, que pode aumentar a segurança e diminuir os riscos.

❖ **Sobre Segurança**

Em atenção à Resolução 5518, da 55ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em maio de 2002, que recomendou a própria Organização da Saúde (OMS) e aos Estados Membros uma maior atenção ao problema da Segurança do Paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em outubro de 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

Esta Aliança tem o objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais.

Um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. A cada ano, a aliança organiza programas que buscam melhorar essa segurança, e a cada dois anos um novo Desafio é formulado para fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS.

O Primeiro Desafio Global focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde, envolvendo:

- 1) Higienização das mãos;
- 2) Procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros;
- 3) Segurança do sangue e de hemoderivados;
- 4) Administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e
- 5) Segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos.

O Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente dirige a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica.

Assim, o novo Desafio Global teve como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla:

- 1) Prevenção de infecções de sítio cirúrgico;
- 2) Anestesia segura;
- 3) Equipes cirúrgicas seguras; e
- 4) Indicadores da assistência cirúrgica.

Assim foi lançado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com a OPAS/OMS o Manual de implementação de Medidas para o projeto Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (Brasil, 2009)

Segundo o manual:

Não há somente uma única solução que promoverá a melhora da segurança cirúrgica requerida - se a conclusão de uma sequência de etapas necessárias na assistência, não apenas pelo cirurgião, mas pela equipe de profissionais de assistência à saúde; trabalhando juntos em um sistema de saúde que os apoie para benefício do paciente.
(Brasil, 2009)

O Manual e a lista de verificação seguem uma estrutura estabelecida para a assistência transoperatória segura em hospitais. Isto envolve uma sequência rotineira de eventos-avaliação pré-operatória do paciente, intervenção cirúrgica e preparação correta para assistência pós-operatória- cada um com riscos específicos que devem ser minimizados ou eliminados. Na fase pré-operatória, a obtenção do consentimento informado, a confirmação da identidade do paciente, do sítio a ser operado, da demarcação do local a ser operado e do procedimento a ser realizado, e a existência e disponibilidade de exames diagnósticos bem como prontuário completo do paciente (anamnese e exame físico, avaliação pré-anestésica, etc.).

Estamos buscando fundamentos para evitar danos a este cliente que chega para o ato cirúrgico, falamos em segurança onde observamos a nova Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (Brasil, 2013) que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Quando falamos de cuidados estamos falando de segurança e falando de segurança, estamos falando de registros, não existe falar em segurança, evitar risco e qualidade de cuidados se não registramos sobre os clientes que chegam para submeter-se a cirurgias.

Este cliente que chega depois de um desgaste físico e emocional para conseguir finalmente chegar ao seu destino, **a admissão na enfermaria cirúrgica**, vem de uma guerra que se inicia na saída de sua casa de madrugada; na luta para conseguir uma condução; do trânsito em seu deslocamento; da chegada ao hospital; da fila de espera para o acesso

propriamente dito à porta de entrada do hospital; a localização do caminho sem sinalização que deverá ser percorrido dentro do hospital para ter em mãos sua Autorização de Internação Hospitalar (AIH), retornar à portaria para realizar a internação no Serviço de Internação e Alta (SEMAL); passar com a sua internação pelo Serviço Social e finalmente, retornar à enfermaria e aguardar sua admissão pela equipe de enfermagem e aguardar a liberação de um leito .

Nessa experiência de chegar e de prática proposta pela Enfermagem existe um processo que está escondido, ainda não explicitado, que envolve diversos movimentos dos corpos envolvidos no cuidado. Diz respeito às áreas físicas/geográficas do hospital, a ações de admissão, de autorização e de ato cirúrgico; ações e atos de cuidar embutidos nos diversos procedimentos de cuidar do corpo antes da cirurgia. Dentre as atividades/ações desenvolvidas pela enfermagem destacam diversas, e dentre elas selecionamos aquelas que interessam, como:

- Proporcionar orientações específicas de saúde para o cliente e seus familiares
- Estabelecer “planos de cuidados” integrada com os demais profissionais, desde o acolhimento até a alta
- Interagir com o cliente no gerenciamento da dor (diríamos de suas angústias e expectativas sobre a cirurgia), administrar a medicação prescrita, registrar e acompanhar o alívio...etc.

Nesse estudo a nossa preocupação com este cliente que será encaminhado ao Centro Cirúrgico é que ele deve estar higienizado, relaxado, tranquilo e orientado sobre o seu procedimento.

Para enfermagem da clínica cirúrgica, estar atenta e utilizar todos os seus sentidos é fundamental já que nem todos os clientes permanecem nestas clinicas realizando avaliações e reconhecendo a necessidade de uma cirurgia. Muitas vezes o cliente já chega com o diagnóstico fechado, 12 horas antes da cirurgia, sem condições de ser “escaneado” pela enfermagem, sem criar troca de olhares, empatias, mas que merece estar em segurança. Por avaliar todas essas dificuldades, emerge a necessidade de atentar para a construção de uma **Cartilha** de identificação do cliente que de conta de uma situação específica, onde a demanda de cuidados é para o cliente que passa rapidamente pela enfermaria. O que sabemos é que ele faz um longo fluxo para chegar na enfermaria e realiza outro fluxo até o centro cirúrgico, faz uma passagem por vezes muito rápida pela enfermaria sem que possamos realizar uma avaliação de suas reais necessidades. Captar melhor o que não é visível (seu interior) e tentar

evidenciar suas necessidades e assim amenizar seu sofrimento e sua ansiedade oferecendo segurança e conforto.

2 MÉTODO E METODOLOGIA

O método de escolha é qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso e pode dar conta do que queremos saber sobre atitude e significados do cliente que espera uma cirurgia. A contribuição da pesquisa qualitativa provoca no pesquisador a responsabilidade de rastrear e descrever objetos que trazem em si um lado mais subjetivo e de uma profundidade que outro método, mais racional, não dá.

Assim a compreensão, que a pesquisa qualitativa nos passa e reforça o que acreditamos ser a opção mais adequada, está em DESLANDES e ASSIS, (2007) quando faz a diferença entre os métodos quantitativo e qualitativo, dizendo que o método qualitativo “explica em profundidade a compreensão dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre saúde, a doença as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde”.

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa utilizada nas ciências sociais e biomédicas. Para (GIL, 2002)

Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos. Permitindo explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; formular hipóteses ou desenvolver teorias e explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

A opção metodológica permite caracterizar de forma detalhada o fluxo do paciente em pré-operatório; podendo traduzir à sua maneira, articulações entre o singular e o coletivo permitindo incursões e olhares a partir da busca exaustiva nos resultados para responder as questões propostas.

A pesquisa denominada descritiva tem como objetivo principal para (FIGUEIREDO, 2004) “ a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados como o questionário e a observação sistemática”.

A abordagem qualitativa permite abarcar a totalidade de seres humanos concentrando-se na experiência humana, em cenários naturalistas.

Apoiada também pela Teoria das Relações Interpessoais de (Peplau, Minayo, 2004) refere que o método qualitativo “é o estudo da história, das relações, das crenças, das preocupações e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito do

que vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam”, e que o foco da pesquisa qualitativa está na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas. Nesse caso, das vivências dos clientes em pré-operatório.

Como pesquisadores estaremos atentos a não nos entusiasmar com evidências imediatas das falas ou das práticas, mesmo sabendo que os dados falam por si mesmo, sem fazer o que tem sido, comumente, feito em pesquisa que é o de repetir longamente os trechos das entrevistas feitas, mas o de nos comprometer com o trabalho teórico de descrição e interpretação dos dados produzidos.

Para isso a busca pela exaustão do rastreamento de temas indicando nas falas, a partir da análise de conteúdo, proposto por (BARDIN, 2011) que será explicitada na organização e análise de dados.

2.1 Campo da pesquisa

O campo selecionado para realizar a pesquisa foram as enfermarias cirúrgicas de clientes adultos de um Hospital Universitário que está inserido em uma Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, que tem como objetivo promover a assistência à saúde, formar e qualificar recursos humanos e produzir conhecimentos. Fica situado na Tijuca, bairro da zona norte do Rio de Janeiro, e oferece a comunidade práticas assistências complexas.

2.2 Período de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois tempos. O primeiro foi realizado em setembro/outubro de 2014 que gerou o 1º artigo intitulado, **Período Pré-Operatório: Contribuição dos Registros da Equipe de Enfermagem para a Segurança do Cliente**. O segundo período foi de abril a julho de 2015.

2.3 Critérios de inclusão

Foram clientes em pré-operatório, nas 24 h antes da cirurgia, orientado no tempo e no espaço, capaz de responder as solicitações, maiores de 21 anos, e que estavam incluídos em cirurgias eletivas.

Os clientes da pesquisa foram convidados a participar do estudo a partir da explicação dos objetivos do estudo e que estratégias/instrumentos seriam utilizadas. Ao aceitarem, assinaram o termo de conhecimento livre e esclarecido anexado e após ter passado pelo comitê de ética.

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital respeitada a Resolução CNS 466/12 que dispõe sobre diretrizes e normas sobre pesquisas em seres humanos, bem como solicitado autorização para a pesquisa no campo pretendido, e está registrado sob o nº **35322514.5.00005228** (Apêndice A)

2.4 A construção do instrumento

- Instrumentos Sócio Demográficos; (Apêndice B)
- Instrumentos que trata dos aspectos específicos da produção de dados sobre o objeto de investigação;
- Sobre Registros;
- Instrumento sobre fluxo.

“Modus operandi” de produzir os dados.

Participaram deste estudo vinte e dois (22) clientes em situação de esperar que aceiraram responder o instrumento. Foram informados sobre os objetivos do estudo. Em seguida agendamos nossos encontros a partir do tempo disponível que eles tinham para nos atender.

Os instrumentos foram respondidos na presença do pesquisador, que foi decodificando com eles respostas que não estavam claras ou não respondiam a pergunta e os resultados se apresentam a seguir. Identificados as respostas como Q1C1= Questionario1 cliente 1, seguido a mesma orientação para todos os itens e clientes.

3 RESULTADOS

3.1 A organização da análise

Os dados foram lidos e somados de cada um dos 22 clientes que depois deram origem aos quadros de nº 2 a nº 33. Assim organizamos os quadros da seguinte forma:

- Quadro nº 1 – Trata do cronograma da produção de dados.
- Quadros nº 2 a 12 e Figura 2 - Tratam dos dados sócio - demográficos.
- Quadros nº 13 a 29 – Tratam das diversas experiências no pré-operatório.
- Quadros nº 30 a 33 – Tratam das diversas experiências no pós-operatório e sugestões.

DATA	HORA	TEMPO (min.)
04/03/15	14:15	1:30
04/03/15	15:45	1:30
06/03/15	18:03	1:02
07/03/15	16:45	0:34
07/03/15	17:24	0:34
08/03/15	14:40	0:18
08/03/15	14:54	0:09
08/03/15	15:07	0:14
08/03/15	17:02	0:33
08/03/15	17:37	0:22
09/03/15	20:31	0:35
11/03/15	18:00	0:32
19/06/15	15:53	0:50
19/06/15	17:31	1:11
10/06/15	19:26	0:30
19/06/15	19:57	0:40
27/06/15	11:23	0:34
27/06/15	12:22	0:30
27/06/15	12:55	0:22
27/06/15	15:15	0:23
29/06/15	09:55	0:23
29/06/15	09:30	0:25
Média de Tempo		0:37

Quadro 1 - Cronograma de Produção

Os resultados do Quadro 1 mostram que uma admissão devida, gasta em média 37 min.

SEXO	Nº	IDADE
HOMEM	10	25 a 73
MULHER	12	25 A 65
TOTAL	22	

Quadro 2 - Dados Sócio Demográficos do Ser que Espera

O Quadro 2 mostra que há um equilíbrio entre homens e mulheres que esperam a cirurgia e envolve idade adulta e idosa

ESTADO CIVIL	Nº	CLINTES COM FILHOS
DIVORCIADO	02	02
CASADO	14	12
SOLTEIRO	04	02
VIUVO	02	02
TOTAL	22	18

Quadro 3 - Estado Civil e com filhos

A Maioria é casado (14/22) e a média de clientes com filhos é de 63% (Quadro 3)

BAIRROS	
Acari	01
Bangu	01
Belford Roxo	01
Bento Ribeiro	01
Centro	01
Colégio	01
Cosmo	01
Duque de Caxias	02
Engenho de Dentro	01
Ilha do Governador	02
Jacarezinho	01
Maracanã	01
Marechal Hermes	01
Nova Iguaçu	02
Paciência	01
Santa Cruz	02
Santíssimo	01
Tijuquinha	01

Quadro 4 - Onde moram



Figura 2 - Mapa ilustrativo para localização dos clientes

ESCOLARIDADE	Nº
1º Grau	02
2º Grau	04
3º Grau	02
2º Grau incompleto	03
2ª Série	01
3ª Série	01
4ª Série	04
5ª Série	01
6ª Série	03
7ª Série	01
Total	22

Quadro 5 – Escolaridade

OPÇÃO RELIGIOSA		N°
Católico		12
Evangélico		05
Espírita		01
Sem religião (acreditam em Deus)		04
Total		22

Quadro 6 - Opção Religiosa

CIRURGIAS		N°
1	Tireoidectomia	01
2	Hérnia Inguinal	03
3	Cirurgia de reto	01
4	Vesícula e Hérnia	02
5	Reconstrução de transito intestinal	01
6	Vesícula	02
7	Histectomia total	01
8	Endometriose	01
9	Estapedotomia	01
10	Enxerto axila E e D	01
11	Artroplastia de Joelho E e D	01
12	Prostatectomia	02
13	Laminectomia	01
14	Artroplastia de Joelho E	02
15	Artroplastia de Joelho D	02
Total		22

Quadro 7 - Tipo de Cirurgia

EXPERIÊNCIA INTERNAÇÃO	N°
Sim	15
Não	07
Total	22

Quadro 8 - Experiência Internação

MOTIVOS DAS INTERNAÇÕES ANTERIORES		N°
01	Tireoidectomia	01
02	Tratamento de Câncer no intestino	01
03	Não sabe informar	02
04	Realizar exames	01
05	Cirurgia de mama E	01
06	Reconstrução intestinal	01
07	Colecistectomia.	02
08	Lesão no dedo	01
09	Miomectomia	02
10	Parto Cesário	01
11	Avc.	01
12	Cirurgia de Ouvido	01
13	Cirurgia de Hidradenite	01
14	Cirurgia de próstata	01
15	Cirurgia de hérnia inguinal bilateral	01
16	Retirada de tumor do intestino	01
17	Fraturas múltiplas	01
18	Parto	01
19	Hérnia inguinal	01
	Total	22

Quadro 9 - Motivos das Internações Anteriores

EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA	N°
Sim	14
Não	08
Total	22

Quadro 10 - Experiência Cirúrgica

COMO CHEGOU AO HOSPITAL	N°
Carro particular	08
Metrô	02
Taxi	01
Trem	03
Ônibus	08
Total	22

Quadro 11 - Como chegou ao Hospital

COM QUE CHEGOU AO HOSPITAL	N°
Acompanhado	12
Sozinho	10
Total	22

Quadro 12 - Com quem chegou ao Hospital

3.1.1 Análise síntese dos dados demográficos contidos nos quadros 2 a 12

É fundamental que estes dados representem um dado momento e espaço, que podem ser projetados para pensar uma sistematização do cuidado que deve considerar idade, sexo, família/filhos, nível de instrução, local onde mora e a distância percorrida entre sua casa e o Hospital; se vem ou está só ou acompanhado; de suas experiências anteriores principalmente relacionado as cirurgias e/ou internações. Os dados demográficos produzidos, no momento em que esperam a cirurgia nos mostram, em relação ao sexo e idade, que a maioria são casados e com filhos, que moram longe do Hospital; encontramos dois(2) clientes com 3º grau; quatro (4) com 2º grau completo e restante 2º e 1º graus incompletos; doze (12) são católicos; cinco (5) evangélicos, um (1) espírita, e quatro (4) sem religião mas acreditam em Deus; o que pode indicar que é importante uma prática ecumênica para dar conta das necessidades espirituais.

3.1.2 Dados sobre as experiências durante o Esperar a cirurgia

CLIENTES	RESPOSTAS
C 1	Ansiosa
C 2	Preocupado por não ter o material para sua cirurgia
C 3	Preocupado com neta que ficou chorando em casa
C 4	Um pouco ansiosa
C 5	Preocupado, longe da neta que ele ama
C 6	Será que vai dá certo a cirurgia?
C 7	Preocupada com a massa no abdômen, com dor
C 8	Tranquila
C 9	Será que vou ficar internada hoje?
C 10	Preocupada com familiar idoso e doente que ficou em casa
C 11	Preocupada com a cirurgia do filho que precisa parar de sofrer
C 12	Preocupada com filha sozinha e com medo de morrer
C 13	Tranquila
C 14	Ansioso esperando cirurgia há 4 anos
C 15	Sentindo-se debilitado
C 16	Muito tenso
C 17	Com medo e muito nervosa
C 18	Tranquilo
C 19	Tranquilo
C 20	Tranquilo
C 21	Que tudo iria dar tudo certo
C 22	Pensou que iria dar certo

Quadro 13 - Como ficou no Percurso de sua Residência ao Hospital. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Dos vinte dois (22) participantes do estudo, 68,18% mostram sentimentos (negativos) merecedores de atenção da enfermagem porque já chegam ansiosos, preocupados por vários motivos, tensos e com medo (**Quadro 13**). Os 31,82% restantes estavam com sentimentos positivos- tranquilos e pensando que tudo daria certo (**Quadro 13**).

NECESSIDADE DE CONHECER PESSOAS DO HOSPITAL	N°
Sim	10
Não	12
Total	22

Quadro 14 - Necessidade de Conhecer as Pessoas do Hospital

Não quer conhecer as pessoas que vão cuidar deles. Este é um desejo (-) negativo que merece atenção dos profissionais para que se compreenda porque isso está ocorrendo.

(Quadro 14).

COMO FOI ENCONTRAR O SETOR?	N°
Foi fácil	17
Difícil, achou um labirinto	05
Total	22

Quadro 15 – Foi Fácil Encontrar o Ambulatório/Enfermaria?

Como demonstrado no **Quadro 15**, a maioria (17) dos entrevistados não tiveram dificuldade para localizar o setor onde ficariam internados. Entretanto sabe-se que ainda existe um problema de sinalização que facilite o movimento deles no hospital.

AO INTERNAR	N°
Tranquilo	15
Preocupado	02
Nervoso	03
Com Medo	02
Total	22

Quadro 16 - Como Estava ao Chegar no Hospital - Internar

Como demonstrado no **Quadro 16**, embora 68,18% se sintam tranquilos, os 31,20% se apresentam apreensivos e justificaram essa apreensão como:

- . Não teve êxito na cirurgia anterior;
- . Medo da doença;
- . Recuperação;
- . Apavorado com relação a qualquer doença - o que indica intervenção de enfermagem.

Quadro 17		Quadro 18	
QUEM O RECEBEU	Nº	IDENTIFICOU-SE PARA CUIDADOS	Nº
Não sabe	05	Ninguém	04
Médico	07	Outros/ não sabe	09
Enfermeiro	06	Enfermeiro	05
Técnico de enfermagem	04	Técnico de enfermagem	04
Total	22	Total	22

Quadro 17/18 - Duas questões: Quem o Recebeu no Ambulatório/Enfermaria e quem se Identificou?

Quem os recebeu diz respeito a quem de fato deveria recebê-los, no entanto cinco (05) deles respondem que não sabem; e quem se identificou foram nove (09) profissionais (enfermeiros e técnico) se identificaram para cuidados (**Quadro 17/18**).

CLIENTES	IMPRESSÕES SOBRE A EQUIPE
1	A equipe deveria receber melhor dar atenção, conversar, se apresentar; outras são melhores, mais simpáticas:
2	Boa, atenciosa com o paciente
3	Gostei da equipe, fui bem tratada
4	Gostei até o momento
5	Equipe trata muito bem
6	Todo mundo é legal
7	Gostei da equipe
8	Até agora tudo bem
9	Equipe educada
10	Não consegui reconhecer quem é a equipe
11	Muito boa
12	Legal, muito atenciosa
13	Até o momento não tenho nada a reclamar
14	Gostei de todos
15	Boa
16	Ótimos, todos desde médicos, enfermagem e nutricionista
17	Muito boa
18	Todo mundo bom, gostei muito, conversão bastante com a gente
19	Boa
20	Nada para reclamar
21	Foi tudo muito bem, satisfeito com a equipe, muito profissional
22	Conversaram, pediram para eu ter alma, muito boa a equipe

Quadro 19 - Impressões sobre a Equipe. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Apenas 0,09% dizem que deveriam receber melhor atenção da equipe que deveriam se apresentar, dar atenção, conversar, se apresentar, mais simpático ou que não conseguiram reconhecer a equipe; enquanto que, curiosamente, 90,90% desdizem as respostas anteriores quando 81,82% dizem não saber quem os recebeu. O que é possível argumentar é de que mesmo sem conhecer quem vai cuidar deles, esses podem ter transmitido através da linguagem corporal ou das práticas desenvolvidas gestos ou atitudes que desencadearam neles a sensação de bem atendido, de simpatia, de estar satisfeito, de gostar de ser tratado por ela, etc. (Quadro 19).

CLIENTES	IMPRESSÕES SOBRE O AMBIENTE
C 1	Achei adequado
C 2	Até agora ótima, tudo limpo e organizado
C 3	Não tem uma mesa para sentar e almoçar em grupo, não tem cadeira para sentar; não tinha escadinha para subir para a cama; e banheiro precisa de limpeza, só Jesus na causa!!!!
C 4	Muito quente, merecia um ar condicionado
C 5	Calor
C 6	Muito mosquito
C 7	Tem mosquito
C 8	Tudo tranquilo
C 9	Limpo, arejado, legal
C 10	Gostei
C 11	Boa impressão do ambiente
C 12	Limpo, mas com mosquito
C 13	Nada para reclamar
C 14	Muito bom
C 15	Bom
C 16	Bom, muito limpo
C 17	Faltou uma televisão para distrair
C 18	Posso dizer que é dez
C 19	Muito bom
C 20	Ótimo
C 21	Bom
C 22	Bom

Quadro 20 - Impressões sobre o Ambiente. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Dos vinte dois (22) clientes, 31,81% responderam que o ambiente não está adequado para eles, além de ter mosquitos, falta mesa para sentar e almoçar; não tem cadeira para sentar, banheiro precisa de limpeza, e é muito quente, enquanto que 68,19% deles dizem estar

tudo adequado, limpo organizado, bom, muito bom, ótimo, tranquilo e arejado (**Quadro 20**). Respostas que indicam o quanto é difícil criar condições, que achamos adequadas, quando a singularidade de cada cria impossibilita de atendê-los individualmente.

CLIENTES	IMPRESSÕES DO LEITO
C 1	Não trocam a roupa de cama diariamente e não dão satisfação
C 2	Bom
C 3	Bom, roupa de cama é trocada, não tem cadeira para sentar fora da cama
C 4	É fácil de levantar
C 5	Ok
C 6	Gostou da cama elétrica
C 7	Sem problemas
C 8	Gostou do leito
C 9	Não tem como abaixar a cama pois a tomada da cama não é compatível com tomada da parede
C 10	Gostei
C 11	Boa impressão do leito
C 12	Ok
C 13	Ok
C 14	Não é igual a cama de casa, né...
C 15	Bom
C 16	Nada a reclamar
C 17	Muito bom
C 18	Muito bom, gostei muito
C 19	Bom
C 20	Muito bom
C 21	Bom
C 22	Bom

Quadro 21 - Impressões do Leito. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Informam desconfortos relacionados ao leito, em especial por que não trocam os lençóis; ausência de cadeira para sentar fora da cama e não tem como baixa-la por problemas com tomada da parede são 13,64%. Os que dizem que não há problemas, gostam e que está muito bom são 86,36% (**Quadro 21**).

CLIENTES	IMPRESSÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO
C 1	Sem observações negativas
C 2	Boa
C 3	É boa
C 4	Boa
C 5	Perguntaram o que ela gosta de comer, fiquei surpresa, gostei
C 6	Comida é mais ou menos
C 7	Mais ou menos
C 8	Dá para comer
C 9	Gostosa
C 10	É sem sal, mas gostosa
C 11	Boa
C 12	Perguntaram se a comida estava boa e se queria trocar algo da dieta, fiquei feliz
C 13	Sem sabor e sem sal
C 14	Sem sal, mais ou menos
C 15	Muito boa
C 16	Ótima
C 17	Direitinha
C 18	Boa
C 19	Show de bola
C 20	<i>Vip</i>
C 21	Boa
C 22	Excelente

Quadro 22 - Impressões sobre Alimentação. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Os que afirmaram que a comida é mais ou menos, não tem gosto, dá para comer são 22,73% e 77,27% não tem reclamação, tudo está muito bom, excelente, sem sal, mas gostosa (Quadro 22).

CLIENTES	IMPRESSÕES	
	EQUIPE	AMBIENTE
C 1	Ansiosa pela confirmação ou não da cirurgia ainda não tem data fixa...	Tranquilo
C 2	Ansiedade	Bom
C 3	Equipe boa	Tranquilo
C 4	Parece boa	Quente e com muito mosquito
C 5	Todos simpáticos	Não é minha casa! Aqui é hospital nunca vai ser bom!
C 6	Todos são bons	Muito mosquito
C 7	Sem problemas	Tranquilo
C 8	Tudo bem	Gostei do ambiente problemas só com mosquito
C 9	Boa	Um pouco quente
C 10	Boa	Bom
C 11	Tranquila	Calmo
C 12	Muito boa	Muito bom
C 13	Muito boa toda equipe limpeza, técnicos, médico, todos ótimos	Sem queixas
C 14	Boa	Bom
C 15	Muito boa	Bom
C 16	Muito boa	Bom
C 17	Boa	Bom
C 18	Muito boa	Bom
C 19	Muito boa	Muito bom
C 20	Boa, muito tranquilo	Muito bom
C 21	Boa impressão recebeu orientações	Bom
C 22	Conversaram comigo, pediram para ter calma, boa equipe	Bom

Quadro 23 - Impressões sobre o Tempo de Esperar a Cirurgia em Relação à Equipe e Ambiente. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

CLIENTES	IMPRESSÕES	
	LEITO	JEJUM
C 1	Ok	Ok
C 2	Bom	Já almocei e lanchei
C 3	Faltou escadinha para subir na cama	Incomoda mais é necessário
C 4	Cama mais moderna, gostou	Não fez diferença
C 5	Gostei	Tem que fazer, né?
C 6	Bom	Não estou comendo bem, sinto muita dor, não fez diferença
C 7	Bom	Difícil ficar em jejum!
C 8	Sem problema	Normal, sem problemas
C 9	Bom	A comida do hospital nunca é boa ...
C 10	Não funciona a parte elétrica, sem adaptador para tomada	Sem problemas
C 11	Normal	Comida em boa quantidade, mas, sem sal
C 12	Bom	Não foi bem orientada
C 13	Sem queixas	Tudo tranquilo
C 14	É bom	Tranquilo, comeu bastante antes de iniciar o jejum, janta e lanche
C 15	Bom	Sem problemas
C 16	Bom	Não teve problemas quanto ao jejum
C 17	Bom	Tranquilo
C 18	Bom	Comi bem antes da cirurgia!
C 19	Muito bom	Tranquilo
C 20	Muito bom	Não fez diferença
C 21	Bom	Deu para suportar bem
C 22	Bom	Foi normal, não demorou muito

Quadro 24 - Impressões sobre o Tempo de Esperar a Cirurgia em Relação ao Leito e o Jejum. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

O tempo de esperar é carregado de ansiedade pela espera da marcação da cirurgia e, enquanto espera algumas situações desconfortáveis surgem em relação ao leito, ao ambiente e ao preparo pré-operatório que envolve ficar em jejum, não ser orientado, mal funcionamento da cama, etc.. (Quadro 23 e 24).

CLIENTES	SENTIMENTOS NO CENTRO CIRÚRGICO
C 1	Como já tinha operado várias vezes não teve problemas, o médico sempre aparece e conversa...
C 2	Medo e muito tempo de espera
C 3	Tranquila
C 4	Medo, muito movimento
C 5	Muito frio e demorou um pouco para ir para cirurgia
C 6	Nada
C 7	Frio, muita gente educada
C 8	Ficou tranquila
C 9	Foi tudo muito bem
C 10	Minha cirurgia foi suspensa!!!!
C 11	Nada, estava calma
C 12	Muito nervosa, teve um profissional que brincou comigo e aí fiquei mais calma...
C 13	Achei tudo ok, aguardei uns 10 minutos e fui para a sala
C 14	Quando entrei na sala só tinha o anestesista... dormi depois da injeção, quando acordei já estava na recuperação
C 15	Muito frio
C 16	Medo, esperei uns 10 minutos para entrar na sala
C 17	Foi bem, fui de cadeira de rodas, aguardei um pouco depois veio o anestesista e me levou para a sala de cirurgia
C 18	Fiquei tranquilo
C 19	Tranquilo, a equipe conversou então fiquei bem calmo
C 20	Tranquilo, meu médico estava lá e me levou para a sala
C 21	Senti um ambiente diferente, porém tranquilo
C 22	Senti bem, pois logo que entrei fui direto para a sala de cirurgia

Quadro 25 – Sentimentos Vivenciados pelos Clientes no Centro Cirúrgico. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Quanto estar dentro do Centro Cirúrgico, para 31,82% essa experiência para alguns é carregada de medo pela espera no corredor, devido aos constantes movimentos de pessoas, ambiente frio. Sendo que para 68,18% restantes, o tempo de espera parece tranquilo, mesmo que o ambiente seja diferente do de onde estava (**Quadro 25**).

CLIENTES	O QUE MELHORAR NO CENTRO CIRÚRGICO
C 1	O momento da espera na maca, necessitava de ter alguém para te acalantar, assim sentiria mais segura
C 2	Menor tempo de espera, a pessoa fica muito angustiada com a demora
C 3	Não tem nada para melhorar
C 4	Alguém ficar com você...
C 5	Ver o médico na hora que chega ao centro cirúrgico
C 6	Acho que nada
C 7	Nada
C 8	Não tem nada para melhorar
C 9	Nada
C 10	Não suspender a cirurgia
C 11	Está tudo bem
C 12	Aguardar menos tempo
C 13	Ótimo não tem o que reclamar, foram todos muito atenciosos
C 14	Tinha feito os exames pré-operatório mas demorou muito a chamar, quando chamou teve que fazer novamente todos os exames pois já tinham vencido
C 15	Diminuir o frio
C 16	Nada
C 17	Nada
C 18	Nada está tudo bom
C 19	Não tem que melhorar nada
C 20	Está tudo bem
C 21	Nada a declarar
C 22	Tudo excelente, nada a reclamar

Quadro 26 – A Visão dos Clientes sobre o que Melhorar no Centro Cirúrgico. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Sete clientes (31,82%) sugerem diminuir o tempo de esperas, relatam a necessidade de ter alguém para acalantar, para ficar com ele, ver o médico que chega para opera-la, que não suspenda a cirurgia, entre fazer exames e marcar cirurgia seja mais rápido para não perder validade dos exames, diminuir o frio. Sendo que 68,18% não sugerem nenhuma melhora, tudo está bem, bom, nada a declarar (**Quadro 26**).

CLIENTES	O QUE MELHORAR NA SALA DE RECUPERAÇÃO
C 1	Sem nada a relatar
C 2	Dormi o tempo todo
C 3	Foi tranquilo
C 4	Não houve problemas, dormi direto até chegar na enfermaria
C 5	Não sei, dormi até chegar na enfermaria
C 6	Foi bem
C 7	Todos me acompanhando, gostei muito
C 8	Não tem nada para melhorar
C 9	Foi ótimo, muita gente
C 10	Cirurgia suspensa lamentando
C 11	Correu tudo bem
C 12	Foi bem atendida; sentiu acolhido por todos
C 13	Sentiu dor e frio, achou que estava sozinha, começou a chorar e logo veio uma moça que a acalmou e deu remédio para dor
C 14	O aparelho apitava muito e eu queria voltar logo para meu quarto
C 15	Não sentiu nada, tudo muito tranquilo, nem parecia que já estava operado
C 16	Mais tranquilo, porém sonolento
C 17	Foi tranquilo
C 18	Não passou na recuperação, veio direto para enfermaria
C 19	Muito tranquilo, fiquei com aparelho ligado, os enfermeiros vinham toda hora me ver
C 20	Sem anormalidades, acordei e vim logo para enfermaria
C 21	Não fiquei na recuperação, vim da sala direto para enfermaria
C 22	Vim direto para enfermaria

Quadro 27 - Sobre o Tempo de Recuperação. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Os incômodos 13,64% estão ligados à cirurgia suspensa, sentir dor, frio, solidão e emoção (choro) e ruídos, aparelho apitava e queria voltar logo para seu quarto. Os 86,36% restantes dizem nada a relatar sobre a recuperação, estavam tranquilos, dormiu o tempo todo, não se sentiu só, toda hora alguém ia a seu leito (**Quadro 27**).

CLIENTES	SUGESTÕES NA CHEGADA PARA INTERNAÇÃO/REGISTRO
C 1	Nada
C 2	Tudo bem
C 3	Nada
C 4	Até que foi rápido
C 5	Nada
C 6	Nada
C 7	Nada
C 8	Nada
C 9	Nada, foi tudo muito bom
C 10	Nada
C 11	Foi tudo bem
C 12	Não foi orientada para a fila correta, demorou muito a internação
C 13	Nada
C 14	Tubo bom
C 15	Encontrar alguém que atenda bem, de informação legal
C 16	Facilitar o tramite da internação; fila imensa deixa a gente muito tenso
C 17	Receber o cartão de matrícula do hospital com o registro
C 18	Nada
C 19	Nada
C 20	Nada
C 21	Foi tudo bem
C 22	Continuar realizando esse atendimento para que a gente se sinta tranquilo

Quadro 28.1 - Sugestões dos Clientes para os outros acerca da Chegada para Internação/Registro. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

CLIENTES	SUGESTÕES NA CHEGADA A ENFERMARIA/ INTERNAÇÃO
C 1	Ser atendido pela equipe, conversar e acalantar
C 2	Ir direto para operação e poder falar com seu médico antes da anestesia
C 3	Nada
C 4	Alguém conversar mais com você
C 5	Ficar com alguém da família
C 6	Todos tratam a gente muito bem
C 7	Nada
C 8	Nada
C 9	Nada
C 10	Escolher melhor o leito, minha cama não funciona
C 11	Cama com defeito; deveria ter uma inspeção
C 12	Nada
C 13	Nada
C 14	Tudo sem problemas
C 15	Nada
C 16	Nada
C 17	Nada
C 18	Nada
C 19	Nada
C 20	Nada
C 21	Tudo bem
C 22	Nada

Quadro 28.2 - Sugestões para Chegada na Enfermaria/Internação. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

CLIENTES	SUGESTÕES NA CHEGADA AO CENTRO CIRÚRGICO
C 1	Alguém do seu lado para aquecer
C 2	Não sei responder, estava muito sonolenta
C 3	Nada
C 4	Senti muito frio, desconfortável
C 5	Ver o seu médico
C 6	Nada
C 7	Nada
C 8	Nada
C 9	Nada
C 10	Não suspender a cirurgia sem falar o motivo, fiquei muito chateada
C 11	Nada
C 12	Nada a sugerir, fui bem atendida
C 13	Local muito frio
C 14	Tranquilo
C 15	Nada
C 16	Nada
C 17	Nada
C 18	Tudo bem
C 19	Nada
C 20	Nada
C 21	Nada, tudo bem
C 22	Nada

Quadro 28.3 – Sugestões dos Clientes acerca de sua Chegada ao Centro Cirúrgico. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

CLIENTES	SUGESTÕES ACERCA DA CHEGADA À ENFERMARIA NO PÓS-OPERATÓRIO
C 1	Tranquilo, nada
C 2	Tudo tranquilo até uma enfermeira colocar uma fralda e sua mão escapulir com força nos meus pontos, hui hui...
C 3	Muito calor, desconfortável
C 4	Foi bem, nada
C 5	Nada
C 6	Senti muita dor...
C 7	Tudo tranquilo
C 8	Ter um ar condicionado na enfermaria
C 9	Foi tudo bem até agora
C 10	Cirurgia suspensa
C 11	Foi bem, troquei de cama, essa funciona
C 12	Gostou bastante, fui bem assistida por todos
C 13	Foi recebida por várias pessoas, todos muito atenciosos, viram sua pressão, temperatura, colocaram soro e remédio para dor
C 14	Fiquei com um aparelho muito chato, apitando o tempo todo, mas ficou feliz que não colocaram o imobilizador pois incomoda muito
C 15	Um pouco limitado
C 16	Não consegui descansar, toda hora vinha alguém trocar o soro da irrigação, quando eu consegui dormir novamente era acordado para trocar a bolsa
C 17	Ficar sozinha não é bom
C 18	Nada, sempre que senti dor veio alguém injetar o remédio, muito tranquilo
C 19	Muito bem
C 20	Muito tranquilo
C 21	Nada, bom atendimento
C 22	Nada

Quadro 28.4 – Sugestões dos Clientes acerca da Chegada à Enfermaria no Pós-operatório.
Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Como demonstrado (Quadros 28.1-4), dezoito (18) clientes não tem nenhuma sugestão para orientar os outros, enquanto que quatro (04) deles esperam que orientem como ficar na fila correta; de ser bem atendido que lhe dê uma informação legal, facilitar o tramite da internação, a fila é grande deixando-os tensos, e receber o cartão de matricula do hospital com o seu número de registro. Quanto a sugestões seis (06) para os outros na chegada à **enfermaria**, deveriam ser recebidos e acalentados pela equipe, conversar com eles, ficar com alguém da família, escolher melhor o leito e que façam inspeção nos leitos (camas com defeito); os outros dezesseis (16) não sugerem nada, está tudo bem. Para a chegada no **Centro Cirúrgico** dezessete (17) dizem que não há necessidade, tudo está bem; cinco (05) que

alguém fique com ele enquanto espera entrar na sala, melhorar o frio, ver o seu médico. Quanto ao pós-operatório nove (09) dizem que não é nada tranquilo; movimentos bruscos no cuidado, muito calor, muita dor, ruídos chatos – aparelho apitando, limitado no leito, não consegue descansar, quando conseguia vinha alguém para trocar o soro, trocar a bolsa (irrigação) e ficar sozinho.

CLIENTE	OS DIAS DEPOIS DA CIRURGIA QUANTO AO	
	AMBIENTE	EQUIPE
C 1	Sem anormalidades	Boa assistência
C 2	Limpo constantemente	Tranquila
C 3	Banheiro, só Jesus na causa	Sem anormalidades
C 4	Muito quente o colchão grudava nas costas	Toda hora vinha alguém me ver
C 5	Muito quente	Boa
C 6	Bom	Sempre que peço atendem logo
C 7	Bom	Super bem
C 8	Falta um ar condicionado	Tudo bem
C 9	Tranquilo	Boa
C 10	Suspensa cirurgia	Suspensa cirurgia
C 11	Bom	Nada a relatar
C 12	Muito bom	Boa
C 13	Bom	Todos atenciosos
C 14	Bom, mas tem muito mosquito	Todos são gente boa
C 15	Tudo bem	Tudo bem
C 16	Bom	Boa
C 17	Tranquilo estava sozinha	Boa
C 18	Bom	Tranquila, muito boa
C 19	Aparelho fazia barulho toda hora	Atendem muito bem
C 20	Muito mosquito	Foi bem
C 21	Bom	Boa
C 22	Bom	Foi bem orientado

Quadro 29.1 – Como foram os dias depois da Cirurgia quanto ao Ambiente e Equipe. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

CLIENTE	OS DIAS DEPOIS DA CIRURGIA QUANTO AO	
	LEITO	ALIMENTAÇÃO
C 1	Sem anormalidades	Sem anormalidades
C 2	Pouco quente	Adequada para os pacientes
C 3	OK	Ok
C 4	Muito quente o colchão grudava	Normal, já faço dieta em casa
C 5	Muito quente	Boa
C 6	Bom	Mais ou menos, sem apetite
C 7	Bom	Estava com muita fome, boa
C 8	Falta um ar condicionado	Caldo nojento difícil de tomar
C 9	Tranquilo	Boa
C 10	Suspensa cirurgia	Suspensa cirurgia
C 11	Bom	Sem sal e sem gosto
C 12	Muito bom	Boa
C 13	Bom	Boa
C 14	Bom, mas tem muito mosquito	Sem sal
C 15	Tudo bem	Tudo bem
C 16	Bom	Boa
C 17	Tranquilo estava sozinha	Direitinha
C 18	Bom	Boa
C 19	Aparelho fazia barulho toda hora	Muito boa
C 20	Muito mosquito	Fazendo dieta, glicose alta
C 21	Bom	Boa
C 22	Bom	Boa

Quadro 29.2 - Como foram os dias depois da Cirurgia quanto ao Leito e Alimentação. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Como demonstrado nos Quadros 29.1 e 29.2, quanto ao ambiente nos dias depois da cirurgia as informações se confirmam as anteriores, como o banheiro sujo, a presença de mosquitos, temperatura quente, colchão quente e muito ruído. Quanto a equipe não há nada a reclamar. Sobre o leito as queixas são as mesmas e o mesmo acontece com a alimentação.

CLIENTES	DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PÓS-OPERATÓRIO
C 1	Nada
C 2	Muito calor, e as costa queimavam
C 3	Dor durante a mobilização
C 4	Dor nas costas
C 5	Só a dor
C 6	Nenhuma
C 7	Ter que ficar deitada
C 8	Cirurgia suspensa
C 9	Ao sentar no leito ninguém me avisou que eu poderia cair, quando me dei conta estava no chão
C 10	Nenhuma
C 11	Limitações de movimentos, mas a equipe de enfermagem ajuda muito
C 12	Ficar deitado muito tempo na mesma posição, dói muito as costas
C 13	Um pouco limitado
C 14	O aparelho apitando, não deixava eu dormir
C 15	Um pouco limitado
C 16	A mobilização no leito e as trocas das bolsas (irrigações) que não deixaram eu descansar, não foi fácil
C 17	Nenhuma
C 18	Só a dor
C 19	O aparelho apitando, não deixava eu dormir
C 20	Sua glicose subiu
C 21	Somente de mobilização
C 22	Mobilização no leito

Quadro 30 - Quanto às Dificuldades Encontradas no Pós-operatório. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Como demonstrado no **Quadro 30**, as respostas reforçam respostas anteriores, quando 81,82% deles falam de diversos desconfortos sentidos que envolvem posição no leito, calor, dor em vários locais do corpo, ter que ficar deitado, falta de orientação de como sentar no leito, a dor pela mesma posição, limitação, ruídos que não deixam dormir, distúrbio da glicose (subiu). São dificuldades próprias de resolução ou de ajuda da enfermagem para ameniza-las.

CLIENTES	O QUE PRECISA MELHORAR
C 1	Ter um acompanhante no dia da cirurgia
C 2	Quase nada, ventilação
C 3	Melhorar a limpeza do banheiro
C 4	Colocar um ar condicionado, nossa ia melhorar muito
C 5	Colocar um ar condicionado e retirar esses mosquitos!!!
C 6	Nada para melhorar, está tudo bem!
C 7	Nada
C 8	Nada, só o calor
C 9	Nada, tudo muito bom
C 10	Que todas as camas tenham adaptador para poder levantar
C 11	Comida sem sabor e sem sal
C 12	Orientação melhor quanto ao jejum
C 13	Os mosquitos
C 14	Nada, só os mosquitos
C 15	Diminuir o frio no centro cirúrgico
C 16	As filas na internação, tinham varias e entrei na fila errada
C 17	Uma televisão na enfermaria para distrair
C 18	Nada
C 19	O aparelho que usei no pós-operatório apitava muito me deixou nervoso e sem dormir
C 20	Nada
C 21	Nada, tudo muito bom
C 22	Nada

Quadro 31 - O que Precisa Melhorar. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

Dos vinte dois (22) clientes, 68,18% informam o que deve melhorar como ter acompanhante, ventilação, limpeza dos banheiros, ar condicionado, eliminar os mosquitos, camas sem tomadas próprias e funcionando, diminuir o frio no centro cirúrgico, as filas na internação, televisão na enfermaria para distração e ruídos deixando-os nervosos e sem dormir (Quadro 31).

CLIENTE	TEMPO (horas)			TEMPO TOTAL
				
1	05:30	07:30	13:00	7:30
2	07:00	08:00	15:00	8:00
3	05:00	07:15	09:00	4:00 
4	04:30	06:00	12:00	7:30
5	06:00	07:30	13:00	7:00
6	12:00	14:00	16:00	4:00
7	06:00	06:50	09:00	3:00
8	07:20	07:45	09:30	2:10
9	05:00	08:00	12:00	7:00
10	07:30	08:30	10:00	2:30
11	06:00	06:30	13:00	7:00  
12	04:45	06:10	07:30	2:45
13	05:00	07:15	10:30	5:30
14	04:00	05:50	10:30	6:30
15	06:30	06:55	11:00	4:30
16	07:10	07:30	11:00	3:50
17	06:40	07:50	10:00	3:20
18	05:30	07:00	11:00	5:30
19	03:30	06:00	10:20	6:50
20	08:30	11:00	11:50	3:20
21	05:30	06:30	11:00	5:30
22	03:30	06:00	07:30	4:00

Quadro 32-Tempo Gasto de Casa até Chegada à Enfermaria.  : Hora que saiu de casa;
 : Hora que chegou ao hospital;  : Hora que chegou à enfermaria;  : Equipe da internação é simpática;   : Esqueceram do cliente sentado na enfermaria onde aguardava para realizar a internação.

ORDEM	FOI DIRETO PARA ENFERMARIA	FEZ SUA INTERNAÇÃO	SE HOUVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA
01	Sim	Sim	Sim, não veio para internar, mas acabou ficando voltou em casa...
02	Sim	Sim	Sim, aguardou desocupação do leito
03	Sim	Sim	Não, equipe simpática
04	Sim	Sim	Não
05	Sim	Sim	Sim. Veio para consulta e ficou internada
06	Sim	Sim	Sim. Demorou a internar pois o médico estava em cirurgia
07	Sim	Não	Não
08	Sim	Não	Não
09	Sim	Não	Não
10	Sim	Não	Sim. Foi para enfermaria errada
11	Sim	Sim	Sim. Não sabia que precisava de xerox dos documentos e ainda esqueceram dela ...
12	Sim	Sim	Não
13	Sim	Sim	Não
14	Não	Sim	Ficou perdido, achou que era no ambulatório, até achar enfermaria demorou...
15	Sim	Não (o filho)	Não
16	Sim	Sim	Várias filas, tumultuadas, não sabia que fila ficar! Demorou
17	Não (ambulatório), 2º andar, neuro.	Sim	Não
18	Sim	Não (o filho)	Esqueceu os exames em casa, filho voltou em casa para pegar.
19	Sim	Sim	Não
20	Sim	Não (a esposa)	Não
21	Sim	Sim	Não
22	Sim	Sim	Não

Quadro 33 - No Percurso de Chegar à Enfermaria. Em vermelho: informações que indicam proposta de intervenção.

CLIENTE	CONDIÇÕES DE ESPERA		
	AMBULATÓRIO/ENFERMARIA	ENFERMARIA	CENTRO CIRÚRGICO
01	Em pé	Leito estava pronto	Maca
02	Sentado	Sentado	Cadeira de rodas
03	Sentado	Leito estava pronto	Maca
04	Sentado	Leito estava pronto	Maca
05	Sentado	Sentado	Maca
06	Sentado	Leito estava pronto	Maca
07	Sentado	Leito estava pronto	Maca
08	Sentado	Sentado	Maca
09	Sentado	Leito estava pronto	Maca
10	Sentado	Leito estava pronto	Maca
11	Sentado	Leito estava pronto	Maca
12	Sentado	Leito estava pronto	Maca
13	Sentado	Leito estava pronto	Maca
14	Sentado	Leito estava pronto	Maca
15	Sentado	Leito estava pronto	Maca
16	Em pé	Leito estava pronto	Maca
17	Em pé	Leito estava pronto	Cadeira de rodas
18	Sentado	Leito estava pronto	Maca
19	Sentado	Leito estava pronto	Maca
20	Sentado	Sentado	Maca
21	Sentado	Leito estava pronto	Maca
22	Sentado	Leito estava pronto	Maca

Quadro 34 - Condições de Espera do Cliente

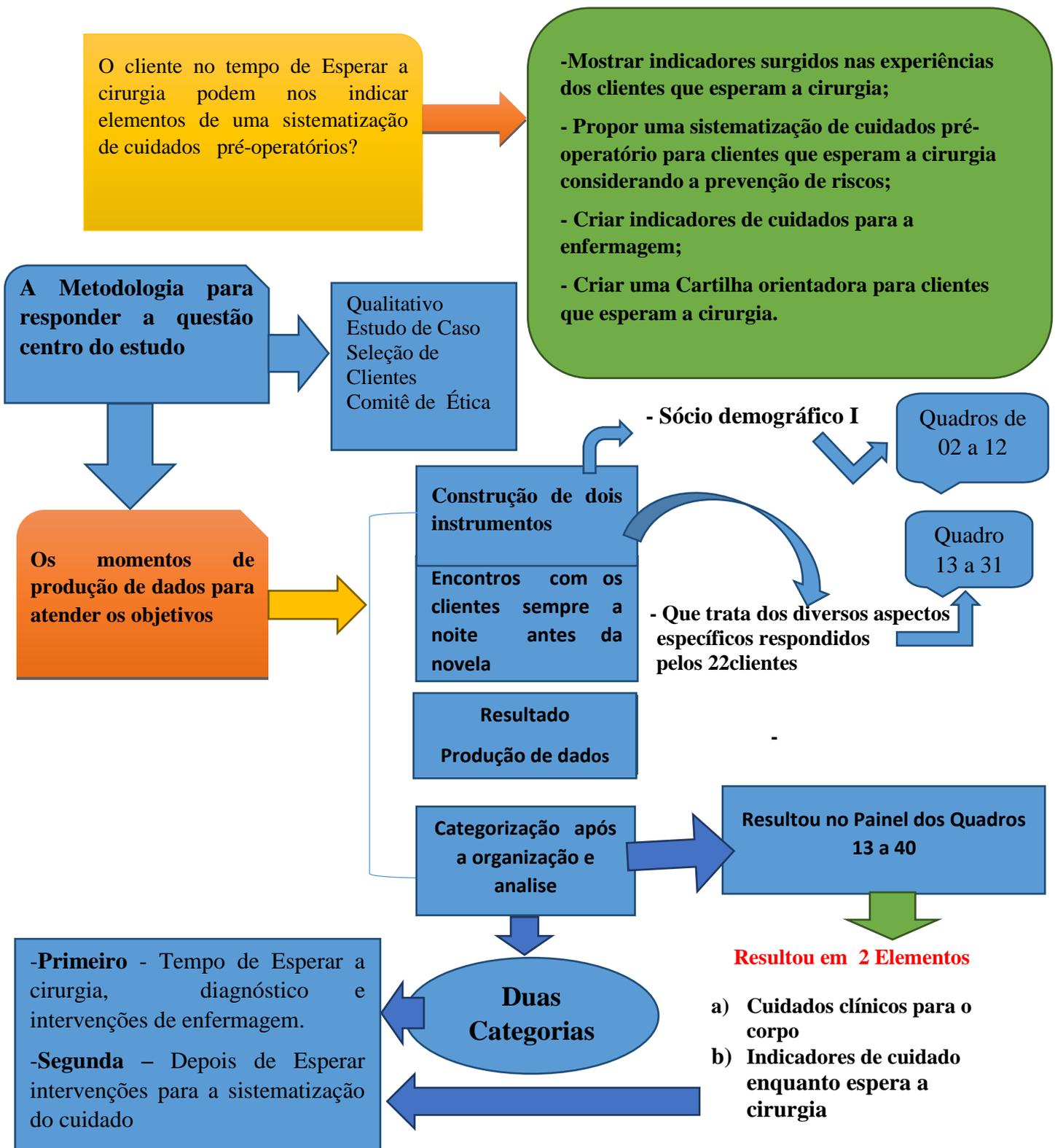


Figura 3 - O Desenho do Método. Objeto: Indicadores de Sistematização de cuidados nas experiências dos clientes enquanto esperam a cirurgia

A CATEGORIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DE SISTEMATIZAÇÃO DE CUIDADOS PARA CLIENTES EM PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO

Após a análise de todos os quadros para o encontro das categorias fizemos uma síntese geral dos dados obtidos (**Quadro 35**) destacando necessidades e sentimentos dos clientes a partir do quadro 13 até o quadro 31.

Q13	Q14	Q15
Necessidades de cuidados ainda em casa e as expectativas no percurso para o hospital	Necessidade de conhecer as pessoas que cuidam expectativas no hospital	Os caminhos percorridos no hospital necessidades de sinalização
Q16	Q17	Q18
Situação pessoal quando chegou ao hospital necessidade de conforto e acolhimento para amenizar sentimentos	Situação de ser recebido no ambulatório necessidade de saber quem o recebeu	Identificação dos profissionais necessidade de identificação das pessoas que vão cuidar dele
Q19	Q20	Q21
Impressões sobre a equipe ao chegar a enfermaria necessidade de manutenção de situação de conforto e de intervenção nas situações de conforto	Impressões sobre o ambiente e necessidade de conforto relacionados a temperatura e ruídos, higiene e presença de mosquitos	Impressões sobre o leito durante a internação necessidade de manutenção das condições positivas e de intervenção de higiene, roupa de cama funcionando
Q22	Q23,24	
Impressões sobre alimentação e necessidade de cuidados de encaminhamento a nutrição para resolução de ajustes na alimentação	Impressões sobre o tempo de esperar a cirurgia, sobre ambiente, sobre o leito e do preparo pré-operatório necessidade de manutenção de aspectos positivos e intervenção de situações desconfortantes: higiene, ruídos leito fracionado, jejum, temperatura	
Q25	Q26	Q27
Sentimentos quando estava no cc e a necessidade de companhia e comunicação dentro do cc quando espera a cirurgia para alívio do medo e da angústia	Posições dos clientes sobre o que melhorar necessidade de rever tempo de espera, vê o médico que vai opera-lo presença de alguém com ele e diminuir o frio	Sentimentos sobre a recuperação e a necessidade de ver a temperatura do ambiente, da dor e dos ruídos pós-imediato
Q 28		
Sugestões sobre a chegada para internação depois na enfermaria, centro cirúrgico e enfermaria já no pós-operatório necessidade de intervenção para não ficar na fila, bom atendimento (comunicação) ter cartão e matrícula antecipada; problema no ambiente: temperatura, ruídos, companhia, intervenção no pós-operatório afetar tranquilidade, silêncio, descanso, não ficar só; ar condicionado		
Q 29		
Sentimentos depois da cirurgia acerca do ambiente, equipe, leito e alimentação necessidade de cuidados com a higiene do ambiente, das roupas, eliminações de mosquitos ruídos, temperatura, colchão quente, manutenção da relação adequada com a equipe e encaminhamento a nutrição para resolução de alimentação		
Q 30	Q31	
Dificuldades encontradas no pós-operatório necessidades para intervenção nos ruídos, eliminação, dor, conforto durante a permanência no leito mobilização, troca de bolsa	O que precisa melhorar no período de internação que envolve necessidade de amenizar a solidão; temperatura, ruídos, eliminar mosquitos e distração na enfermaria (TV), higiene dos banheiros	

Quadro 35 – Síntese dos Resultados Obtidos a partir da Análise dos Dados dos Quadros 13 a 31
Carácter em vermelho: destaca as necessidades e sentimentos dos clientes da saída de casa até centro cirúrgico.

Após destaque na análise de cada quadro encontramos elementos indicadores de uma sistematização para o cuidado a clientes em pré e pós-operatório que codificamos como:

a) Elementos básicos clínicos do cuidado anamnese e diagnóstico:

- **Cuidados para o Corpo - clínicos emocionais, sociais, físico, fisiológico;**
- **Cuidados para o Ambiente – higiene, ruídos, temperatura e móveis (cama);**
- **Cuidados para o Conforto;**
- **Cuidados para eliminações de sólido;**
- **Cuidados para o lazer.**

b) Elementos indicadores de cuidados enquanto aguarda a cirurgia:

- **Cuidados no Tempo de Esperar em casa;**
- **Cuidados no Tempo de Esperar na fila para internação;**
- **Cuidados no Tempo de Esperar na Enfermaria;**
- **Cuidados no Pré-operatório;**
- **Cuidados no Tempo de Recuperar;**
- **Cuidados no Tempo Pós-operatório;**

Com isso, apresentamos os elementos encontrados que estão nos **Quadros de Esperar**, destacados com letra vermelha, como no **quadro 13** quando falam sobre **seus sentimentos no percurso de sua residência ao hospital**, (3) três estão ansiosos; (3) três preocupados com a cirurgia; (05) cinco preocupados com familiares que deixaram em casa; (01) um com medo de morrer e (01) um apavorado, vários sentimentos atormentando suas mentes; e (05) cinco tranquilos. As dificuldades para chegar ao hospital foram relativas ao horário, de (22) vinte dois clientes, (02) dois saíram de casa as 3:30 da manhã; (03) três antes das cinco; (03) três as cinco; (12) doze não querem conhecer as pessoas; (05) cinco acharam difícil chegar nas enfermarias; (05) cinco não sabem por quem foi recebido, enquanto (07) sete afirmam ter sido recebido por médico; (06) por enfermeiro e (04) por técnico de

enfermagem; quanto a identificação (4) quatro disseram que **ninguém** se identificou para prestar atendimento, os que se identificaram (04) quatro são técnicos de enfermagem; (5) cinco enfermeiros, e (9) nove não sabe quem o atendia.

Quanto a **Impressão deles sobre a Equipe, Ambiente e do Leito** eles dizem: não conseguiram reconhecer que é a equipe e que deveriam receber melhor dando atenção, conversando, se apresentando e acrescentaram que os plantões são diferentes e em um deles os profissionais são mais simpáticos; o **Ambiente** é quente com muitos mosquitos e sem moveis como mesa/cadeira para alimentar-se fora do leito e em grupo, porem (12) doze clientes acharam bom; quanto ao **Leito, não trocam a roupa de cama e não dão satisfação do porque isso acontece; não tem como baixar ou não sabem, as camas são elétricas mas nem todas tem adaptador de tomadas para o uso devido das camas mas (18) dezoito deles gostaram do leito; a Alimentação nunca é muito boa, sem sabor, sem sal; Quanto a espera pela cirurgia seus sentimentos são ora de tranquilidade, ora de ansiedade; quantos aos sentimentos no centro cirúrgico, medo, ansiedade, muita espera na maca no corredor sem ninguém para conversar apoiar, acalantar, ambiente frio; quanto mais se esperar mais angustia: Ir direto para cirurgia sem falar com seu médico antes do anestesista; ser atendido pela equipe para conversar e acalantar; falta de habilidade da enfermagem quando colocou a fralda, machucou a cirurgia; ficar com fome, sopa muito ruim, rala e nojenta; Quantos as dificuldades sentidas, demora, ninguém avisou que poderia cair do leito e caiu, muito calor.**

A síntese dos dados produzidos nos indicam duas categorias para a discussão:

A primeira - Tempo de Esperar a cirurgia diagnóstico e intervenção de enfermagem;

A segunda - Depois de Esperar a cirurgia e as intervenções de cuidados.

4 DISCUSSÃO

Como uma pesquisa primeira (no caso da mestranda) algumas dificuldades encontradas nos pareceram esperadas que envolviam as reações dos próprios clientes em querer responder as questões do instrumento, mesmo que estivessem dispostos a participar do estudo. Quando chegamos a enfermaria para entrevistá-los, eles nunca estavam disponíveis, mesmo que tivessem dito que iriam responder as questões e as justificativas eram diversas, por exemplo: o horário da manhã era disponível para as visitas médicas (residentes e acadêmicos); enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e técnicos, e equipes diversas sem contar com as movimentações para exames. No período da tarde quando achávamos que poderíamos ter êxito tínhamos o horário de visita e essa é uma das maiores necessidades dos clientes, receber afeto e notícias de seus entes queridos. Quando estava repleta de esperanças para os nossos encontros chagava a hora do jantar e mais uma vez tínhamos que esperar. Observamos que o melhor momento sempre foi após o jantar e antes das novelas, o momento em que eles estavam mais receptivos e ociosos.

Ressaltamos também como foi importante essa experiência de pesquisa quando identificamos muitos elementos que formam uma lista de problemas que “parecem” Indicadores de qualidade, com vista a uma sistematização específica para clientes os clientes que esperam a cirurgia desde o momento que saem de casa até a chegada ao Hospital, na internação, na enfermaria, no centro cirúrgico e de volta para enfermaria e depois, finalmente, para casa.

Também foi possível pensar e elaborar hipóteses do que é feito pela enfermagem e do quanto estamos longe de uma enfermagem científica legal e segura, a pesar de toda nossa “aparente” preocupação com a segurança. No entanto, estas posições aqui colocadas podem parecer “negativas”, na verdade estamos num processo de “assustamento” do que estamos fazendo no nosso cotidiano de cuidar, lembrando que, tanto clientes como enfermeiros não são afeitos ao envolvimento com pesquisa e por isso dificuldades em perguntar e responder se instalaram no encontro entre nós e eles. Mesmo assim, encontramos respostas que dão conta daquilo que queríamos saber. A seguir apresentamos a discussão das categorias.

A primeira – O Tempo de Esperar: diagnóstico e intervenção de enfermagem: impressões dos clientes

Ao responderem sobre **Esperar para** operar enquanto aguardam internados na enfermaria: “está muito bom”, apesar de não conhecer a equipe que cuida dela; de esperar a cirurgia na maca sozinho de todo o tempo ter medo, ansiedade, preocupação no ambiente que é quente (calor) que tem mosquito e cama que sabe como manipular; alimentação ruim; sem gosto, sem sal e sem boa aparência

Essas formas de identificar o que “está muito bom” surgem como indicadores para acrescentar aos padrões de NANDA, quando estávamos fazendo o diagnóstico de cuidados dos clientes que esperam a cirurgia. **Esperar** carregado de elementos indicadores de cuidados de enfermagem mostram para nós que precisamos encontrar uma base ou norma para avaliar a qualidade e a quantidade dos cuidados necessários para eles no tempo de esperar e rever modelos e padronização de cuidar e de administrar o cuidado.

Fazer um diagnóstico que inclua o “padrão esperar” (ainda entre parênteses) é o início de um desafio para nós, como ainda é a sistematização do processo de cuidar que, segundo (FIGUEIREDO, 2004):

“em 1970 aparentemente, a sistematização não foi uma orientação absorvida pela grande maioria dos profissionais enfermeiros, que não sabia e nem percebia que podia pensar a sistematização em seu processo de cuidar; mesmo que HORTA E PAIM (1967) tenham dado o primeiro passo para instalar o processo de enfermagem dizendo que era necessário que “a preocupação da enfermeira em se iniciar na utilização de uma abordagem mais individualizada para o cliente, centrando seu ponto de vista nas necessidades humanas”

Onde esperar não faz parte delas.

Nesta categoria, as necessidades estão ligadas diretamente a um espaço de tempo de “Esperar” que aparentemente não temos controle sobre o tempo de espera que se inicia no ambulatório quando o cliente recebe a notícia, isto é, algo que aparece nessa primeira reflexão que assumimos como: **Padrão de Esperar**, como um momento que se inicia a busca de um diagnóstico cirúrgico a partir de sinais que o corpo indica. Adoecer começa em casa, confirmando-se no ambulatório, resolvendo-se no centro cirúrgico, recuperando-se na enfermaria.

Também ousamos afirmar que o tempo de operar acontece num espaço rico em “rituais de passagem”, que exija da enfermagem do pré-operatório e do centro cirúrgico, desafios de cuidar onde tempo, ambiente e cliente são objetos de sua atenção, quando precisa considerar, todos os movimentos que ele faz como mostramos no Esquema 1.

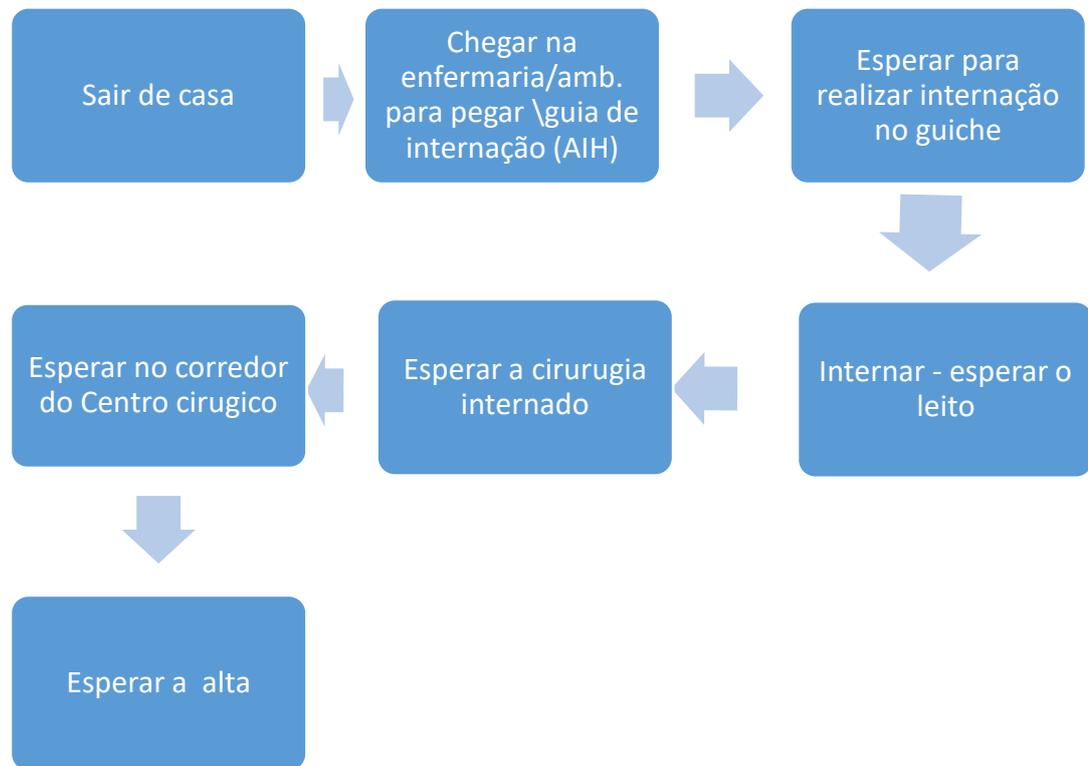


Figura 4 – Esperar a Cirurgia - Fluxos e movimentos corporais (criado por Milena Banic e Nélia Maria Almeida de Figueiredo)

Esperar é sempre uma situação que coloca aquele que espera a sentir sensações de alegria, desconforto, desprazer, angustia, medo. Esperar é ficar expectante com o que irá acontecer. É só pensar como ser humano, quando espera alguém amado para que o corpo se encha de vigor, de calor, de alegria ou de esperar algo que não queremos, de visitas ou situações indesejadas, que podem ser danosas, ariscadas para o corpo que age e reage fisiobioquimicamente.

Neste momento pensamos como cuidar deles que estão em casa e de repente lembramos dos Programas de Saúde da Família que não dão conta desta questão específica “pré-operatório” que nos parece indicadora de uma outra perspectiva – pensar no “modo de viver” enquanto de compreender essa enfermagem à distância, de Saúde Comunitária articulado ao hospital, a cirurgia que acontecerá, sem data marcada. O doente/cliente fica à espera de um toque do telefone chamando-o para cirurgia. Parece-nos que estamos precisando de uma abordagem diferente na busca de um cuidado que valorize à espera do cliente e de

seus familiares. Essa é a posição da busca de uma diferente abordagem trazida por (FIGUEIREDO; IRACI, 1998), como paradigma no pré-operatório:

(...)a invenção de um novo paradigma científico incluem estratégias para a prática de cuidar e do ensinar a cuidar; a conhecer o sujeito que se encontra no mundo, na família, no social e consigo mesmo, intervir na perspectiva de melhorar seu bem-estar construindo um espaço de comunicação, transformação e produção de saberes e tecnologias, considerando os aspectos econômicos, culturais e político-sociais(...)

Aqui seria valorizar “**Espera**” com um padrão de cuidado, uma espera saudável, que deve manter a qualidade de vida daquele que espera.

A reflexão que fazemos nesta categoria é a de acreditar que é preciso ter enfermeiras no ambulatório de cirurgia para que façam um primeiro diagnóstico e que seja articulado ao Programa de Saúde da Família, quando a enfermeira deste programa poderia cuidar dele enquanto espera a internação, com visitas, orientações e quem sabe, até se comunicar com a enfermeira do ambulatório de cirurgia.

Também implicaria que esta primeira consulta fosse considerada pelos enfermeiros da enfermagem que reforçariam o diagnóstico já identificado e acrescentariam outros problemas no pré-operatório quando da consulta na internação. Segundo (PADILHA, 2004):

“ a consulta é uma atividade diretamente prestada pelo enfermeiro ao cliente, através da qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuem a promoção , proteção, recuperação ou reabilitação do cliente”.

Aqui estamos querendo incluir o tempo de esperar como indicador de cuidados, considerando as diversas passagens entre esperar e chegar ao centro cirúrgico como mostramos na **Figura 5**.

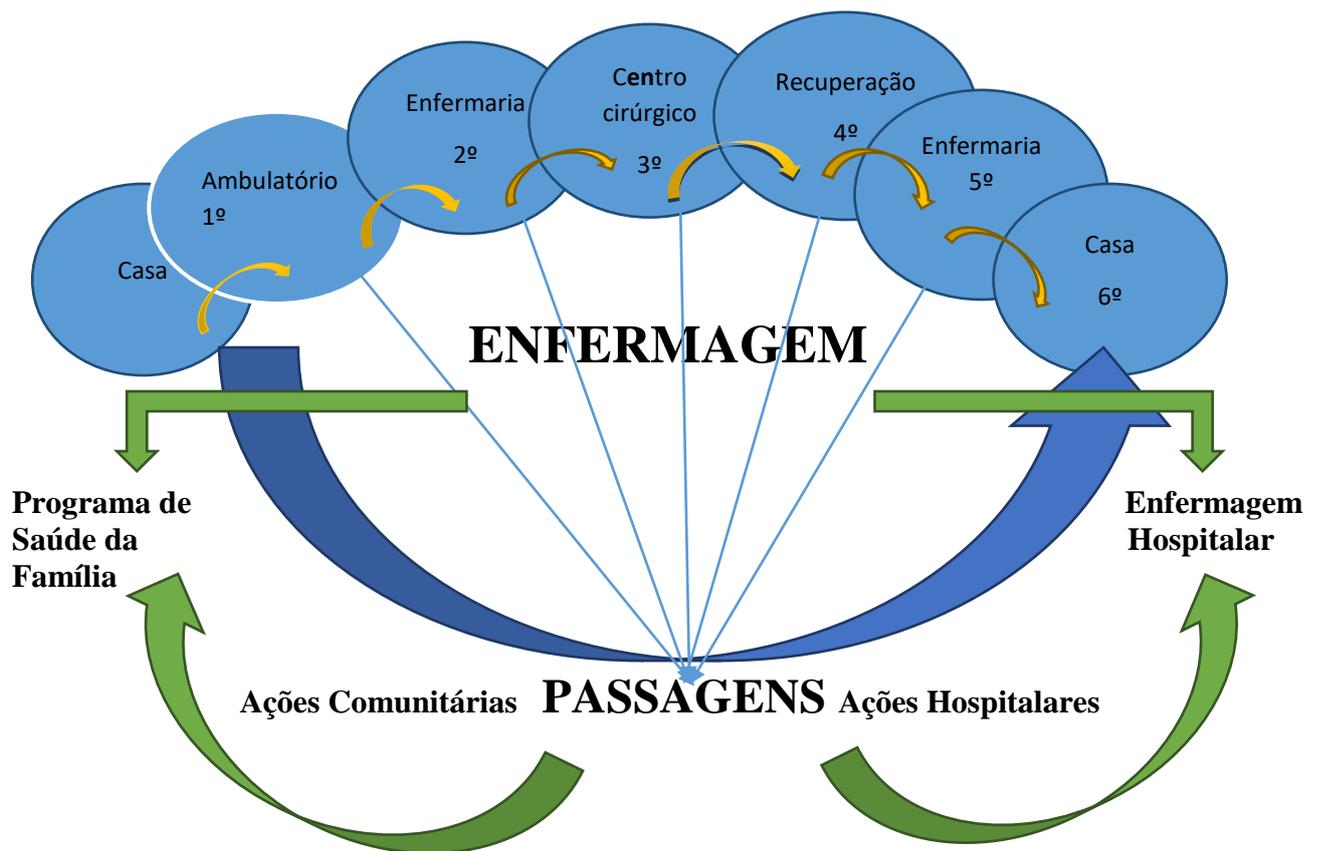


Figura 5 — Ações da Enfermagem durante o Ciclo de Passagens de Clientes Cirúrgicos. Criados por Milena Banic e Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

Enquanto esperava a cirurgia os clientes indicaram no ato de internar fenômenos advindos do ESPERAR a cirurgia e os RISCOS nas falas que identificamos como sugestivas de indicadores de qualidade a serem considerados na sistematização, como:

- Medo
- Preocupação
- Angústia
- Ficar esperando o preparo do leito
- Ficar no corredor na maca dentro do centro cirúrgico esperando ser operado
- Sentir calor (na enfermaria), frio no centro cirúrgico/recuperação
- Não conhecer quem vai cuidar dele
- Ninguém se identificar para ele
- Corpo manipulado com gestos duros (brutos)
- Falta de conversa e acalanto como necessidade

São ações de cuidados nas passagens que se movimento num campo subjetivo e concreto que envolvem pessoas que cuidam do corpo que espera a cirurgia – corpo do ser humano que tem necessidade singular, particular, o que difere uns dos outros e por isso estar no pré-operatório nos obriga saber o que (ARAÚJO e al ,2004) nos dizem:

a experiência de submeter-se a um procedimento anestésico cirúrgico representa um evento marcante na vida de cada ser humano. Ter que ser operar implica ter que deixar de realizar muitas escolhas, ver suas necessidades básicas afetadas como um todo e, mais, confrontar-se com dificuldades de ordem físico, psicológico, social e até espiritual.

Buscando incluir no Esperar como cuidado peri-operatório encontramos dois objetivos propostos por (CASTELLANOS; JOUCAS 1990) definidos como:

O primeiro trata da ajuda ao paciente e sua família, a compreender seu problema de saúde, a preparar para o tratamento anestésico cirúrgico proposto e suas consequências e a utilizar seus mecanismos de defesa, fisiológicos e psicológicos durante este período. O segundo, diminui o máximo de riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação e, a utilização dos materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento dos procedimentos anestésicos cirúrgicos, bem como colaborar na consecução destes procedimentos”.

Agora eles esperam a passagem da Enfermaria para dentro do Centro Cirúrgico trazendo marcas de experiências de ser cuidado sem conhecer a equipe, de estar com medo, ansioso, de não ser manipulado com delicadeza e da lembrança de um ambiente quente e cheio de mosquitos e de uma alimentação ruim.

O amanhã do **Esperar** pode ser desencadeador de tensões e ficamos pensando que conhecer o cliente antes da cirurgia, nós enfermeiros das enfermarias, mas do que a equipe do centro cirúrgico: cirurgião, anestesista, enfermeiro, maqueiro estamos envolvidos nesse **cuidado** de pré-passagem, como mostrar o centro cirúrgico e os equipamentos para eles.

Entrar no centro cirúrgico é o limite do **Esperar** quando eles mudam de sentimento a esperança é real ou ainda acreditam que tudo vai dar certo. É o ritual da passagem da enfermaria para dentro do centro cirúrgico: outros espaços, outras expectativas, outras esperanças.

É o momento INTRA ou TRANS operatório, deitado na mesa cirúrgica, todos com máscaras, o frio gelado do ambiente pode novamente levantar novas questões sobre clientes e cuidados, e que nos indica a ideia de uma admissão nessa passagem e do que dizer a ele antes que tudo comece.

A segunda categoria DEPOIS de ESPERAR: a cirurgia e as intervenções de cuidar, trata de sentimentos após a cirurgia e de impressões sobre o tempo de operar, sobre ambiente, leito, jejum, centro cirúrgico; o que deve melhorar, pós-cirurgia, no centro cirúrgico; depois da cirurgia, sobre recuperar, dificuldades encontradas nos **Quadros** 29 e 30.

Finalmente, todos 22 clientes comprovaram que o tempo gasto de saída de casa até chegar na Enfermaria **Quadro** 31 é sempre um indicador que não é entendido como elemento do cuidado de enfermagem e que vale a pena pensar sobre ele.

Dentro do centro cirúrgico além de nossas preocupações imediatas, é de estar atentos a sua segurança, se os exames pré-operatórios estão no prontuário, se os cuidados propostos foram feitos, se “ele é ele mesmo”, se o sítio cirúrgico está delimitado e se é mesmo o local certo, além das informações sobre alergias.

Adormecido as preocupações com os sinais e reações de vida são do anestesista, mas uma enfermagem atenta pode também, contribuir com a detecção de problemas vitais principalmente nos momentos em que o anestesista sai da cena. A enfermagem circulante dentro da sala é a que faz e produz comunicação, além de atender as solicitações do cirurgião, do instrumentador e na reposição de material, medicamentos, transfusão e etc.

Segundo (ARAUJO e al,2004) as intervenções de enfermagem no intraoperatório, são assim entendidas:

a atenção a atividade na sala cirúrgica é focalizada sobre os aspectos psicológicos e sobre as reações fisiológicas do cliente. Como a cirurgia é geralmente um processo estressante, ele precisa da segurança de saber que alguém está lhe proporcionando proteção durante os procedimentos, desde o seu transporte da maca para a mesa cirúrgica até a indução da anestésica, bem como seu retorno ao vínculo de internação, após a recuperação da consciência no término da cirurgia.

Acabou a cirurgia, a passagem é pela recuperação, momento em que a enfermagem retoma para si os cuidados com o corpo biofisiológico com atenção para os sinais vitais, nível de consciência, eliminações, sangramentos, dor e administração de medicamentos, conforto o momento em que a maioria dos clientes em pós-operatório

imediatamente ainda sonolento, acordando da anestesia (para novamente se descobrir no mundo real). Quem ele vê e a necessidade de se identificar.

Na passagem da Recuperação para Enfermaria, ele volta para um lugar, aparentemente, seguro o leito que já conhece. Mas a cirurgia pode ser acompanhada de dor, desconforto por uso de sondas ou impossibilidade de andar e as mesmos problemas anteriores relacionados ao ambiente: mosquitos, barulhos, iluminação, aeração (calor e frio), que chamamos de necessidades indicadoras de intervenção.

O medo continua, se antes era do desconhecido, agora é dúvida se vai ficar bom, quando vai tirar a sonda, poder comer e fazer o que fazia antes, principalmente quando a cirurgia é mutilante ou que muda um funcionamento normal, como uma colostomia.

Assim também consideramos as impressões e sentimentos dos clientes como indicadores de cuidados na sistematização que se constroem em todo o percurso de **Esperar e Depois** da cirurgia (**Figuras 6 e 7**)

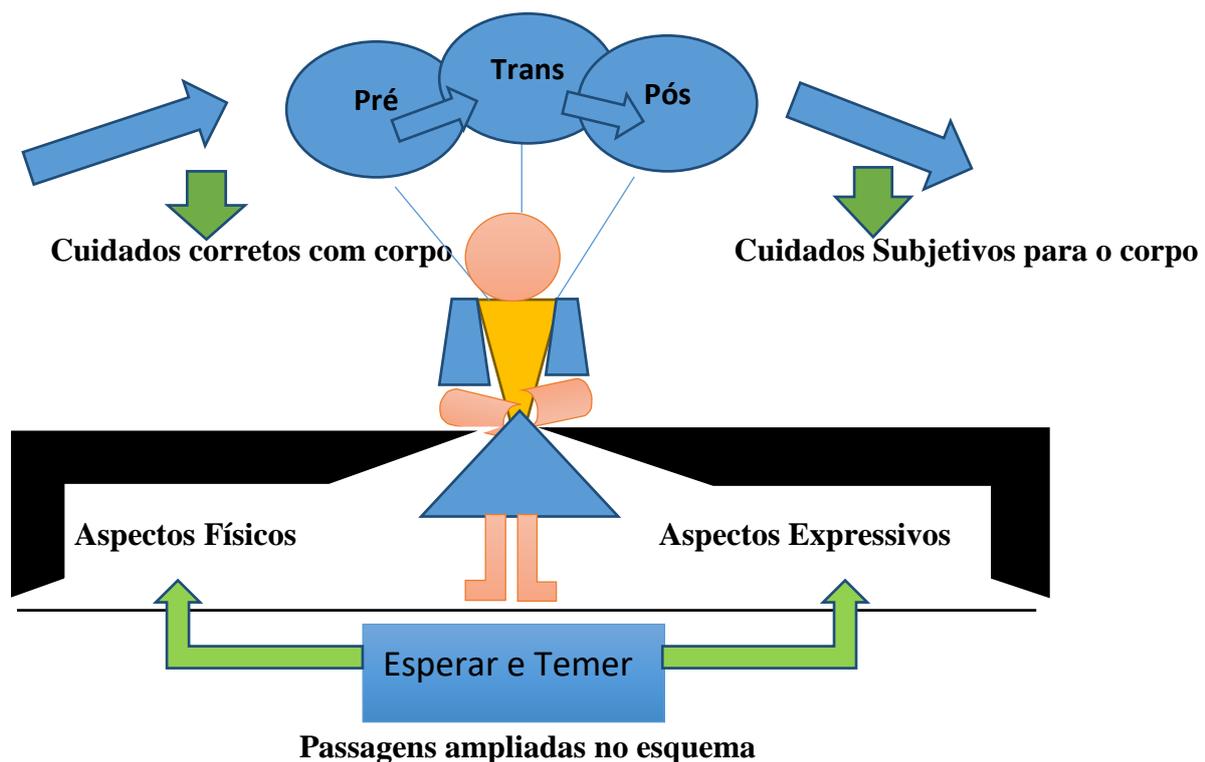


Figura 6 – Sistematização dos cuidados no pré- e pós-operatórios considerando as impressões e sentimentos dos clientes

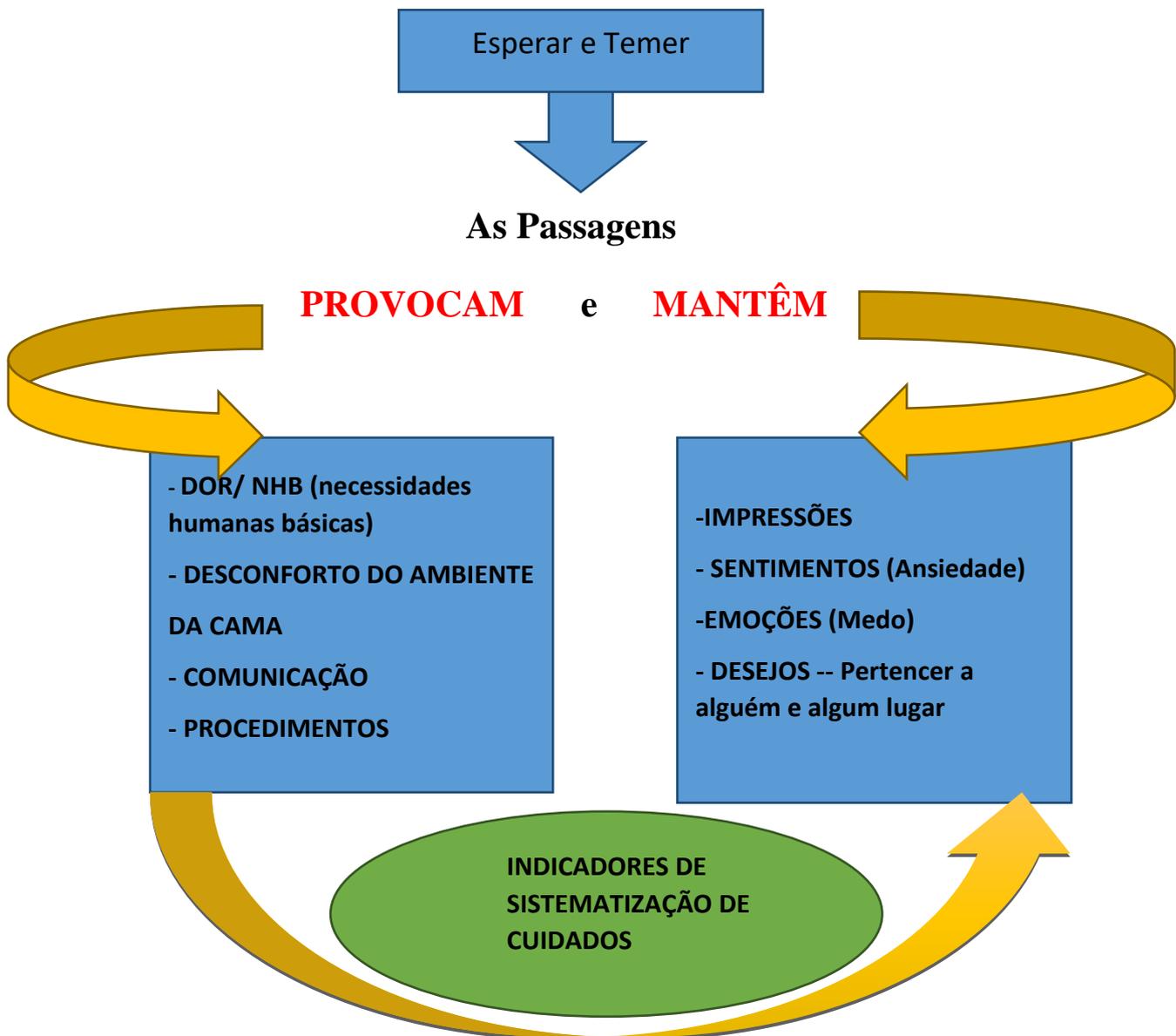


Figura 7 - Esperar e Temer: sentimentos e impressões pré- e pós-operatório dos clientes. Criados por Milena Banic e Nélia Maria Almeida de Figueiredo.

Assim **TEMER algo ou TER MEDO** é também um padrão a ser considerado que envolve ações práticas e subjetivas para aliviar os vários sentimentos/emoções que nascem deste temer, segundo (ARAÚJO e cols, 2004) “ o medo talvez seja um dos sentimentos mais

presentes no indivíduo que se encontra hospitalizado. A ansiedade e os temores vivenciados por eles podem ser entendidos muitas vezes, até o pós-operatório”.

Lembrando que a intensidade do medo e da ansiedade variam de pessoa para pessoa, o que implica numa atenção também variada para uma mesma situação e pessoas diferentes” Segundo BRUSTCHER,1986) IN:Araujo:

afirma que a Hospitalização, mais do que a própria doença pode perturbar a vida de um cliente e sua família, contribuindo para sua inquietação e ansiedade. Lembra, ainda que frequentemente, demonstrações de coragem e segurança servem para mascarar uma verdadeira condição psicológica de desconforto e temor decorrente da turbulência que a internação Hospitalar lhe causa...(…)...

Foi no pós-operatório, quando sugerem mudanças na Equipe no ambiente e no cuidado que eles desdizem as impressões positivas expressadas em diversos quadros e que estão na síntese da análise dos quadros, que deram origem a essas categorias (Quadro 20 ao Quadro 31). Os motivos para estas respostas são diversos e, que sabemos sem significados empiricamente construídos no cotidiano de cuidar.

Na verdade, o que eles nos dizem a beira do leito, quando chegam é de que sua única preocupação é fazer a cirurgia, é como se fosse um sorteio lotérico principalmente em termos atuais onde as demandas são grandes e no número de cirurgia é pequeno. Ser operado para eles é uma benção.

Os sentimentos e as impressões deles vão se ampliando a medida que vão vivendo a experiência de estar à espera da cirurgia e de tudo que acontece depois dela. É o tempo do depois de se darem conta de suas possibilidades, de suas implicações cotidianas de viver, de suas limitações e possibilidades.

É nesse DEPOIS (pós-operatório) que algumas situações esperadas ou não podem fazer com que compreendamos a função da enfermeira no pós-operatório dos clientes submetidos as cirurgias e anestésias. Compreensão de uma ação que pode ser de menor de média ou grande complexidade..

Isso é reforçado por (ARAUJO e cols, 2004) quando diz que as ações de enfermagem estão:

direcionadas ao atendimento de necessidades, para recuperá-los e estabiliza-los visando alta hospitalar a pequeno, médio e longo prazos dependendo das condições em que eles se encontram e destacam alguns

diagnósticos que ilustram as especificidades do cuidado de enfermagem para esta clientela, como:

- Recuperação cirúrgica prolongada
- Potencial para infecção e danos a integridade física (cutânea)
- Riscos ou potenciais a integridade da pele
- Incapacidade de mobilizar-se mobilidade física prejudicada
- O medo
- Imagem corporal prejudicada
- Distúrbio da Imagem corporal
- Autoestima
- Autorrealização”

. Cada um desses itens tem práticas e saberes específicos na e para intervenção de uma Enfermagem do DEPOIS da cirurgia.

E agora o cliente no processo de SAIR, voltar para casa, quando “sanados” os problemas que os fazem permanecer internados. A enfermagem do ambulatório, da família, do cuidado em casa e até do luto envolvem novas passagens do **Depois** que criam novos vínculos e impressões e novas possibilidades fora do ambiente hospitalar. Parece-nos que pensar assim como apresentamos na **Figura 8**, é ampliar um modelo de cuidar no pós-operatório.

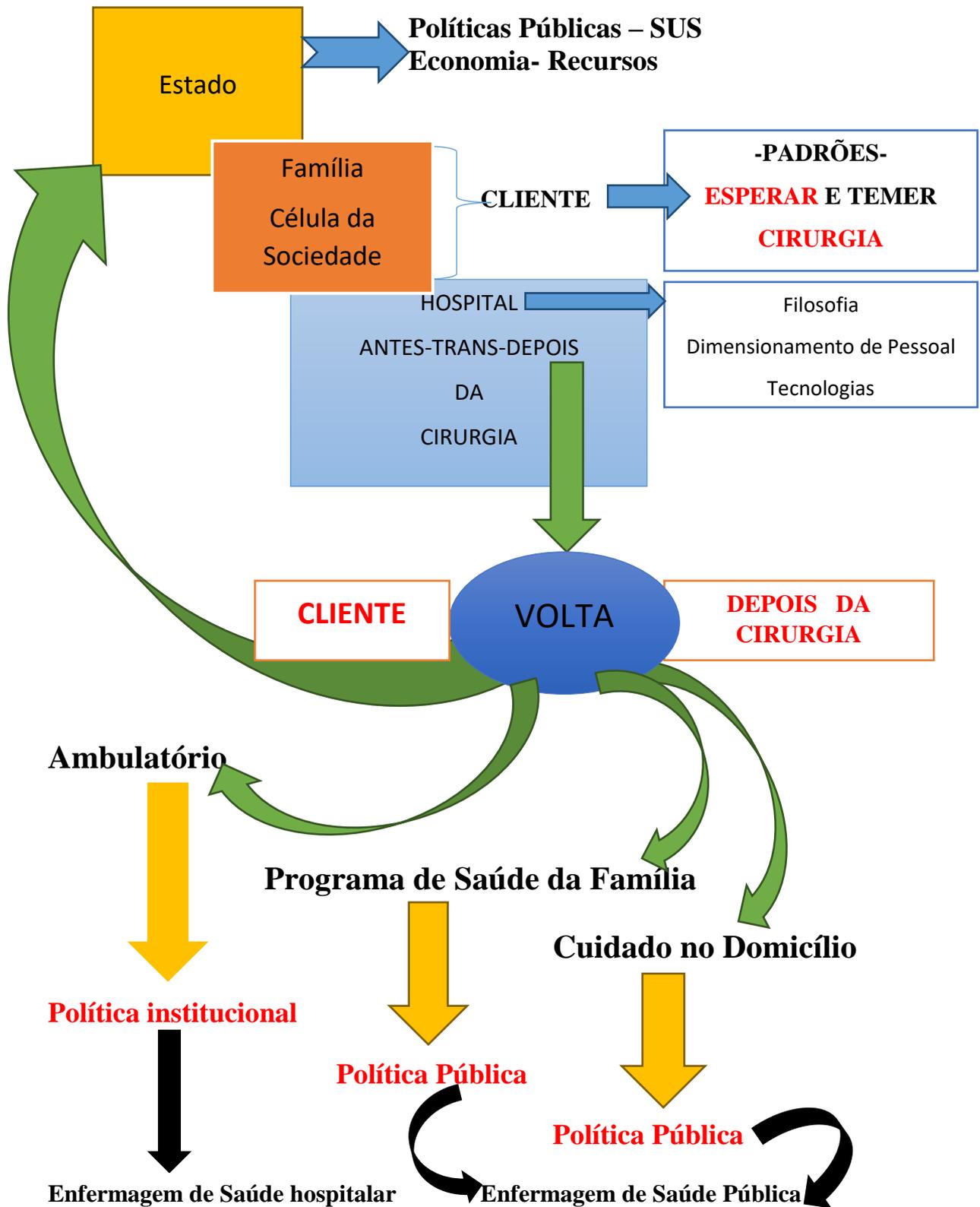


Figura 8 – O cuidar no pós-operatório: Ações da Enfermagem em Saúde Pública e Hospitalar. Criado por Milena Banic e Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

Assim seria uma prática legal e segura para os clientes que envolve querer e saber para quem ela é, por que deveríamos fazer assim a partir de “querer sempre” ouvir os clientes e as pessoas que cuidam dele.

Não temos dúvida de que o processo é longo e desafiador para esse DEPOIS, da cirurgia e das diversas articulações que devem ser feitas com o SUS.

5 CONCLUSÕES

Este estudo produziu indicadores de sistematização do cuidado como PADRÃO ESPERAR E TEMER a cirurgia, provocou em nós espanto e encanto mesmo sabendo que o estudo seja uma primeira experiência. **Espanto** em identificar que precisamos nos assustar com o que dizem nossos clientes acerca dos cuidados e do ambiente envolvendo necessidades, impressões e desejos que não estamos atendendo embora pareça que tudo está “ MUITO BOM” no plano do atendimento, quando os resultados mostram que eles não querem saber quem vai cuidar deles e nem nós profissionais nos apresentamos a eles o que nos induz dizer que estas duas situações não fazem a menor diferença nem para eles e (provavelmente) para a enfermagem.

Uma outra questão identificada naquilo que precisa mudar e nós sabermos porque, e o cuidado com a saúde e/ou doença realizados que necessitam ser revistos. Quanto a nós esta revisão diz respeito aos cuidados inexistentes com dimensionamento de pessoal, de infraestrutura, de gestão um modo geral que não provocam no cliente nenhuma reação por que não sabem “como cidadãos” ou por falta de conhecimento dos DEVERES do estado para com eles e dos DIREITOS que tem em exigir cuidados SEGUROS, ÉTICOS e de QUALIDADE, por isso a afirmativa de “muito bom” merece reflexão –ação dos gestores e profissionais que cuidam e que atendem aos clientes.

Por outro lado, a enfermagem se conforma com a situação sem considerar, também, sua cidadania e da necessidade legal de exercer uma prática segura e confortante. Os Figuras 5, 6, 7, 8 e 9) resultados dos dados produzidos nas duas categorias provocaram em nós “ESPANTO e ENCANTO” ao identificar uma dialética constante nos resultados que se contrapõem, identificados nos diversos momentos que chamamos de “PASSAGENS”, nas quais ESPERAR e TEMER é o padrão indicador de cuidados sistematizados, ricamente destacados no Esquema 2. Espanto quanto à própria pesquisa onde mostra que COMUNICAR é um padrão que foi destacado por nós que merece resgate; que o AMBIENTE não é aquele sugerido por Nightingale e que o CONFORTO não tem sido uma prática sentida por eles quando administramos os diversos cuidados que eles merecem. **Encanto** por nos fazer entender e pensar que o cuidado de **esperar** envolve tempos e movimentos distintos para cuidar melhor deles como aparece nos **elementos** clínicos básicos e nos indicadores de cuidados quando **esperam** e depois da Cirurgia.

Chamaram-nos atenção para um tempo que é só deles, mas para a Enfermagem que mistura esse tempo com um dimensionamento de pessoal que não dá tempo de “cuidar

direito”, de um tempo de estudar que não dá conta da atualização profissional, um tempo de trabalhar que não dá conta de pesquisar a prática, sem avanço no conhecimento sem tempo ou ausência para a avaliação da prática porque muitos de nós não está preocupado **encanto** está em nos assustar para fazer o que deve ser feito – SISTEMATIZAR E PESQUISAR (sempre).

As considerações aqui colocadas são primeiras e não podemos achar que os dados produzidos são únicos. É preciso replicar e ampliar o número de participantes envolvidos no estudo se os REGITROS e o DIAGNÓSTICO de necessidades de cuidados se tornarem uma exigência cotidiana a partir do esquema (**Figura 9**) que consideramos como dá conta de uma sistematização.

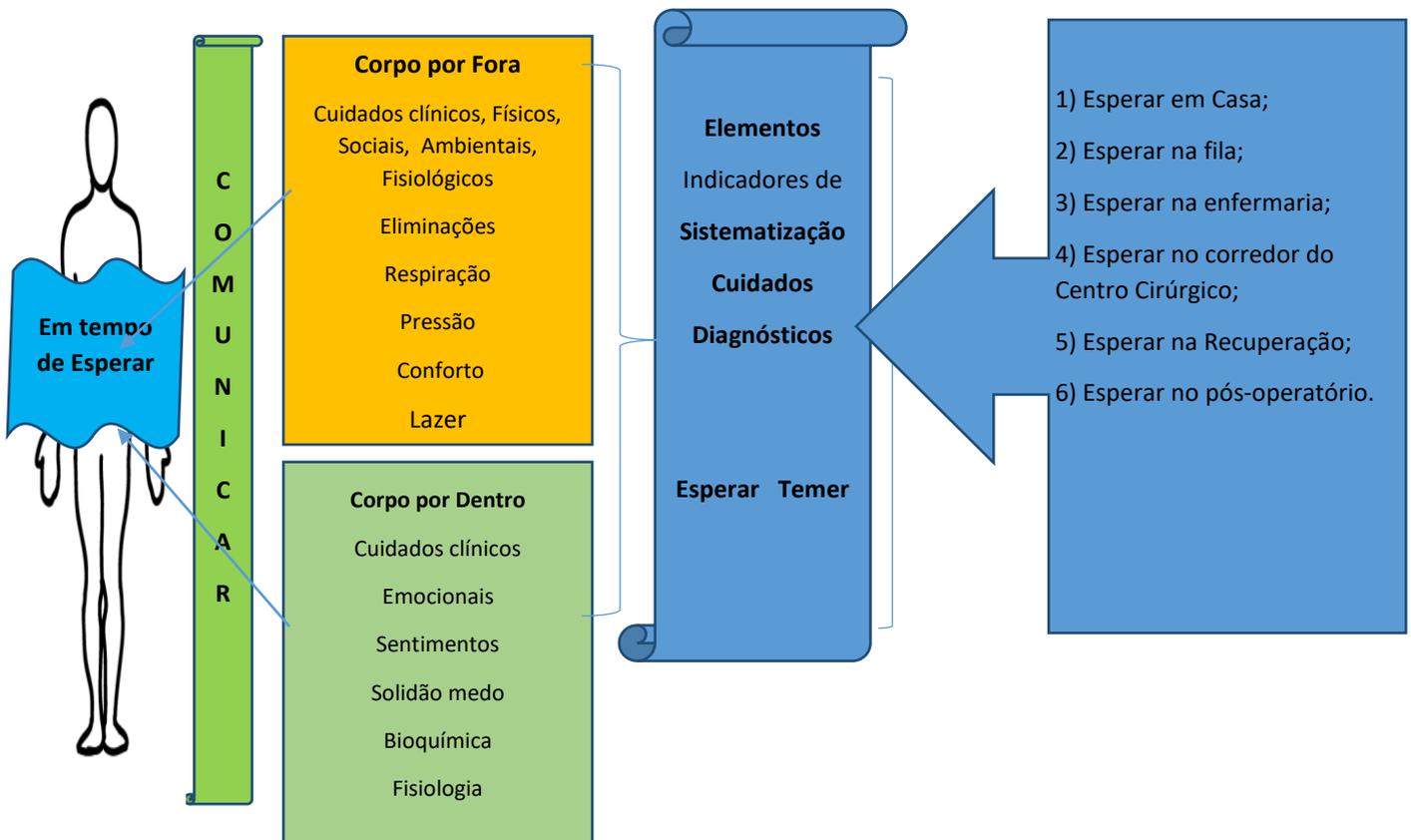


Figura 9 - Sistematização do cuidado

Finalmente as discussões nas duas categorias reafirmam a compatibilidade que envolve uma **Sistematização do Cuidado** para o cliente que é único, singular, livre onde o ponto comum entre eles é **Espera e Temer**. Sua complexidade é humana o que os faz, diferentes, entender diferente, querer coisas e ambientes diferentes. Num determinado momento ele apresenta um desejo, que no outro cliente é inversamente o contrário (como

sentir calor, frio, gosto do alimento, ruído, iluminação, etc.). Se uns acham que o cuidado é bom e outros sugerem melhoria do cuidado, da comunicação e do ambiente o que indica o quão é difícil pensar holístico (para todos), pois cada um exige um cuidado diferenciado. Agora é só esperar o eu este estudo pode provocar na Enfermagem neste momento ou, quem sabe, deixar para depois, para novos estudos ou novas ordens.

6 REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO AS SAÚDE. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília,2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acessado em 04/07/2013.
- BARDIN, Laurence- **Análise de Conteúdo** edição revista, Edições 70 LTDA, Lisboa 2011.
- BRUSTSCHER, OPSM- Humanização: Enfermeira do Centro Cirúrgico e o Paciente de Cirurgia, Enfoque. São Paulo, Vol. 14; nº 1; p4-6, 1986
- CASTELLANOS BEP; JOUCLAS, VMG – Assistência de Enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. Rev. Isc. Enf. USP 24(3):359-370, 1990.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Cirurgia Segura**. Artigo de atualização escrito por Carmem Ligia Sanches de Salles, Dirceu Carrara, Denise Miyuki Kusahara. Revisão. Maria de Jesus Castro Souza Harada. Membros da Câmara Técnica do COREn SP. São Paulo, fevereiro de 2011.Boas práticas. Disponível em <<http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/cirurgia-segura.pdf>>Acessado em: 04/07/2013.
- CIANCIARULLO, Tamara I; GUALDA D.M.R; MELLEIRO M.M; ANABUKI M.H. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo; Ícone, 2008.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.
- FIGUEIREDO, Nébia M.A. de. **Diagnóstico de Enfermagem-** São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2004.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Diagnóstico de Enfermagem- adaptando a taxonomia a realidade**, 2º edição, Yendis, São Paulo, 2009.
- GIL, A.C.- **Como elaborar Projetos de Pesquisa-** São Paulo: Atlas, 2002.
- LEITE J.L. e MACHADO, W.C.A. – **Centro Cirúrgico - atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**, São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, ed.2006
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (ORG.). **Pesquisa social** : teoria, método e criatividade. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80p.

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

SILVA, e Roberto C. L. da: PORTO, Isaura S; FIGUEIREDO, Nébia M. A. de e PRAÇA, Barbara- **Cuidados do cliente no Pré-operatório e no transoperatório-** Capítulo 3 do (p37a46) de autoria de FIGUEIREDO, N.M

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) /** Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PADILHA, M. Itayara C. de Souza – **Prevenção/Promoção/Proteção/Recuperação e Educação para a saúde dos clientes no ambiente Hospitalar-** Terceira parte do capítulo II p 159-179 IN:SANTOS, Iraci e cols.- Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar- Realidade- Questões- Soluções- São Paulo- Ed. Atheneu, 2004 (serie atualização em Enfermagem)

VIANA, D.L- **Boas Práticas de Enfermagem-** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010

WACHTER, Robert M. – **Compreendendo a Segurança do Paciente.** 2ª ed. Porto Alegre: AMGH,2013

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1

7.1.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: TEMPOS E ESPAÇOS DE ESPERAR A CIRURGIA: UM ESTUDO SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

OBJETIVO DO ESTUDO: Mapear o fluxo que o cliente em pré-operatório faz a partir de sua chegada à enfermaria até o centro cirúrgico, considerando as intervenções de enfermagem. Construir um protocolo para clientes em situação de pré-operatório que considere os aspectos específicos do ser humano, de segurança através da prevenção de riscos (qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrências de uma doença ou agravamento à saúde), a partir dos elementos sugeridos no fluxo e testar o protocolo.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações sobre questões pertinentes aos riscos (possível prejuízo ou dano) físicos, biológicos e emocionais e a segurança de clientes submetidos a cirurgia, destacando a trajetória percorrida pelo cliente até sua chegada ao Centro Cirúrgico. É um estudo que centra sua preocupação em prevenir eventos adversos à partir de intervenções pré-operatórias seguras, abrangendo os aspectos emocionais que emergem deste intenso fluxo itinerante. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida pessoal como cliente do hospital nem no momento operatório.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual aplicada no período pós-operatório, que durará aproximadamente 10 minutos, bem como utilizaremos as informações fornecidas como parte do objeto de pesquisa. Utilizaremos também um formulário para registro da observação não participante feita pelo pesquisador enquanto você faz a sua internação pré-operatória até a chegada ao Centro cirúrgico.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em gravador digital. As gravações serão ouvidas por mim e serão identificadas com a letra maiúscula “E” e o número de identificação seguindo a ordem cronológica das observações e entrevistas e seu nome será utilizado somente durante a coleta de informações e será removido para a divulgação dos resultados do estudo. As informações obtidas nas coletas de dados que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador.

RISCOS: Esta pesquisa não oferece riscos potenciais. Caso você se sinta incomodado com determinadas perguntas, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais, a pesquisadora oferecerá a assistência necessária. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua participação ajudará a reduzir a exposição dos clientes a riscos da assistência no período trans e pós-operatório, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para o próprio hospital.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar- Mestrado Profissional, sendo a aluna Milena Banic pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Milena Banic no telefone (21) 988309639, e-mail etnabanic@hotmail.com ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar em caso de necessidade.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este (a) participante e, em minha opinião, ele (a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: Milena Banic

Data: _____

7.2 Anexo 2

7.2.1 Instrumento I – Caracterização dos Sujeitos

Q1. Qual o pseudônimo (apelido) você gostaria de utilizar?

Q2. Data e horário do preenchimento do questionário:

Data:	Horário:
-------	----------

Q3. Assinale seu sexo e idade:

Sexo:	Idade:
-------	--------

Q4. Assinale seu estado civil:

Casado (a):	<input type="checkbox"/>	Solteiro (a):	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a) / Separado (a):	<input type="checkbox"/>	Viúvo (a):	<input type="checkbox"/>

Q5. Tem filhos? Quantos?

Q6. Em que bairro mora?

Q7. Qual o seu grau de instrução?

Q8. Qual a religião que professa?

Q9. Qual cirurgia você fará?

Q10. Internou-se anteriormente?

Sim: Não:

Q11. Se sim qual o motivo da internação?

Q12. Já fez cirurgia anteriormente?

Sim: Não:

Q13. Como chegou ao hospital?

Carro particular: Ônibus:
Metrô: Trem:
Andando por morar perto:

Q14. Veio sozinho (a)?

Sim: Não:

Q15. Veio acompanhado (a)?

Sim: Não:

Q16. No percurso de sua residência para o hospital o que passou pela sua cabeça? O que pensava?

Q17. Sente necessidade de conhecer as pessoas que vão cuidar de você?

Sim: Não:

7.2.2 Instrumento II – Específicos do objeto de estudo Diagnóstico sobre os 5 tempos de espera

1) Tempo de chegar

Q1. Foi fácil encontrar o ambulatório ou a enfermaria?

Sim: Não:

Q2. Como você estava se sentindo ao chegar para se internar?

Tranquilo (a)	<input type="checkbox"/>
Preocupado (a)	<input type="checkbox"/>
Nervoso (a)	<input type="checkbox"/>
Com medo	<input type="checkbox"/>
Indiferente	<input type="checkbox"/>

Explique a resposta:

<hr/> <hr/>

Q3. Quem lhe recebeu no ambulatório/enfermaria?

Enfermeiro (a)	<input type="checkbox"/>
Médico (a)	<input type="checkbox"/>
Técnico (a) de enfermagem	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/>

Q4. Quem se identificou dizendo que ia cuidar do senhor (a)?

Enfermeiro (a)	<input type="checkbox"/>
Médico (a)	<input type="checkbox"/>
Técnico (a) de enfermagem	<input type="checkbox"/>
Outros a especificar	<input type="checkbox"/>

Q5. Qual a impressão que o senhor (a) teve da equipe?

Equipe:

<hr/> <hr/>

Ambiente:

<hr/> <hr/>

Do seu leito:

<hr/> <hr/>

Alimentação:

<hr/> <hr/>

Q6. Como se sentiu após ser preparado (a) aguardando o momento de ser encaminhado ao Centro Cirúrgico?

<hr/> <hr/>

2) Tempo de esperar a cirurgia:

Q1. Qual a impressão que o senhor (a) teve da equipe?

Equipe:

<hr/> <hr/>

Ambiente:

<hr/> <hr/>

Do seu leito:

<hr/> <hr/>

Jejum:

<hr/> <hr/>

3) Tempo de operar

Q1. O que sentiu no Centro Cirúrgico?

Q2. Diga o que pode melhorar?

4) Tempo de recuperar

Q1. Como foi ficar na sala de recuperação pós-anestésica?

Q2. Liste o que você sugere para que as pessoas que estão em pré-operatório possam se sentir melhor?

Chegada:

Na internação:

No Centro Cirúrgico:

Na enfermaria (pós-operatório):

5) Tempo de retornar à enfermaria

Q1. Depois da cirurgia como foram seus dias no pós-operatório?

Equipe:

Ambiente:

Leito:

Alimentação:

Q2. Quais foram as dificuldades encontradas no pós-operatório?

Q3. Em sua opinião o que precisa melhorar?

7.2.3 Instrumento III- Fluxo

1) Sobre o fluxo

O paciente saiu de casa às _____ e chegou no Hospital às _____;

Ficou _____ no ambulatório _____, levou _____ para se registrar e chegou na enfermaria às _____.

2) O que farei com o cliente

a) Do portão de entrada ao ambulatório quantos passos o cliente deu?

b) E quantos passos do ambulatório ao SAME?

c) Voltou do SAME para o ambulatório?

Sim: <input type="checkbox"/>	Não: <input type="checkbox"/>	Quantos passos?
-------------------------------	-------------------------------	-----------------

d) Foi direto para enfermaria?

Sim: <input type="checkbox"/>	Não: <input type="checkbox"/>	Quantos passos?
-------------------------------	-------------------------------	-----------------

e) Houve alguma intercorrência no percurso?

Sim: <input type="checkbox"/>	Não: <input type="checkbox"/>	Quantos passos?
-------------------------------	-------------------------------	-----------------

Se sim qual? _____

3) Cartografia do caminho

PACIENTE CHEGOU	AMBULATÓRIO	ENFERMARIA	CENTRO CIRÚRGICO
Esperou sentado Esperou em pé	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Em pé		
O leito estava pronto?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Esperou pelo leito sentado? Esperou pelo leito em pé? Foi encaminhado para o C.C.: De maca? Ou andando?		<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Em pé	<input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Andando

Obrigada pela sua inestimável cooperação.

Prof.^a Dra. Nébia Maria A. de Figueiredo
Orientadora

Enf.^a Milena Banic
Mestranda

7.2.4 Instrumento IV – Identificação dos registros

Utilizaremos instrumentos para a coleta de dados de forma a favorecer a anotação dos achados sobre registros do fluxo do paciente desde a sua chegada ao hospital até o seu encaminhamento para o Centro Cirúrgico. Serão pesquisadas as fichas da recepção do atendimento no Serviço Social, no SEMAL, no livro de ordens e ocorrências da enfermaria e na folha de evolução de enfermagem do prontuário do paciente.

Analisaremos:

- Existem registros da equipe de enfermagem no prontuário?
- Quem faz a admissão dos clientes em pré-operatório?
- O que é registrado?
- Existem registros de enfermagem no momento do encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico? Quem faz esse registro?
- O cliente foi identificado através de pulseiras com seus dados?

Será cronometrado também o tempo gasto pelo paciente em cada atendimento na sua chegada ao hospital de forma a permitir o estudo do tempo/fluxo da internação.

7.3 Anexo 3

7.3.1 Artigo I



Período PRÉ-OPERATÓRIO: Contribuição dos registros da equipe de enfermagem para a segurança do cliente

MILENA BANIC

MARIA INES KLÔH

NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

Rio de Janeiro

2014

¹ Enfermeira do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional/UNIRIO.

¹ Enfermeira do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional/UNIRIO.

¹ Doutora em Enfermagem. Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental/Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional/UNIRIO.Orientadora.

**Período PRÉ-OPERATÓRIO: Contribuição dos registros da equipe de enfermagem
para a segurança do cliente**

Pre-operative period: Nursing staff records contribution towards the client security

Período Pré-operatório: Contribución de los registros del equipo de enfermería para la seguridad del cliente

Milena Banic¹

Maria Ines Klôh²

Nébia Maria Almeida de Figueiredo³

¹ Enfermeira do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional/UNIRIO.

² Enfermeira do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional/UNIRIO.

³ Doutora em Enfermagem. Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental/Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional/UNIRIO. Orientadora.

1. **RESUMO:** Trata-se de um artigo oriundo da dissertação de mestrado intitulada *Tempos e espaços de esperar a cirurgia: um estudo sobre sistematização do cuidado*. A questão norteadora deste artigo é o que o enfermeiro registra nos prontuários dos clientes em situação de pré-operatório? Os objetivos propostos foram identificar o que o enfermeiro registra nos prontuários dos clientes em pré-operatório e discutir os resultados frente as diretrizes do Conselho Regional de Enfermagem (COREn) sobre pré-operatório e normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Utilizou-se o método qualitativo, exploratório, com pesquisa em evolução clínica de dez prontuários do cliente em pré-operatório, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). A coleta de dados ocorreu em setembro de 2014, com a utilização de um instrumento tipo *checklist* tendo como parâmetro as orientações do COREn e ANVISA sobre comunicação e registros. O estudo foi submetido ao comitê de ética do HUGG e aprovado pelo parecer nº 35322514.5.0000.5258. Os resultados foram ordenados em tipos de registros admissão, anamnese, demanda de cuidados, registros objetivos, subjetivos, nível de consciência, sinais vitais e antecedentes alérgicos, classificados quanto sua presença ou não nas evoluções. A análise aponta que existem poucos registros e com mensagens incompletas sobre o cuidado ao cliente. Conclui-se que os registros realizados não são sistematizados, não denotam preocupação com a segurança embora indiquem uma reorganização para atender aos indicadores de registros.

Descritores: Registros de Enfermagem: Assistência perioperatória. Segurança do paciente. Enfermeiro.

ABSTRACT:

It is about an article formed from the mastering dissertation named *Time And Spaces of a surgery waiting: a study about the systematization of caring*. The guiding question of this article is: What does a nurse registrate on the clients records in pre-operative situations? Besides that goal, there is the one to discuss the results compared to the guidelines of the Nursing Regional Counsel (COREn) about pre-operatives and norms of the National Sanitary Surveillance Agency (ANVISA). The used method was qualitative and exploratory, with research in the clinical evolution of ten pre-operatories records of clients from the University Hospital Gaffrée and Guingle (HUGG). The data collect happened September of 2014, with the use of a checklist equipment having as parameters the orientations of COREn and ANVISA about communication and records. This study was submitted to the HUGG Ethic Committee and approved by the nº 35322514.5.0000.5258 opinion. The results were orderly in types of admission records, anamnesis, caring demand, objective and subjective records, conscience levels, vital signs and allergic history, classified as its presence or absence in the evolutions. The analysis shows that there are few records and with incomplete messages regarding the clients. It's concluded that the made records aren't systematized, don't show concern about the security, although indicate a reorganization to attend the records parameters.

Key words: Nursing records. Pre-operative assistance. Patient security. Nurse.

RESUMÉN:

El artículo se centra en los datos recopilados por el enfermero en los preoperatorios. Su objetivo es identificar la información que el enfermero registra de los pacientes en el preoperatorio y comparar los resultados con las directrices del Consejo Regional de Enfermería (COREn) sobre preoperatorios y las normas de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). Para el estudio se utilizó un método cualitativo, analizando los archivos de los preoperatorios de los pacientes del Hospital Universitario Gaffrée e Guinle (HUGG). Los datos fueron recogidos en septiembre del 2014 mediante un cuestionario “*checklist*” teniendo en cuenta los parámetros y orientaciones tanto del COREn como de ANVISA sobre comunicación y registros. El estudio recibió la aprobación del comité de ética del HUGG (nº 35322514.5.0000.5258). Los resultados fueron ordenados en tipos de registros de admisión, anamnesis, demandas de cuidados, registros de objetivos, registros subjetivos, nivel de consciencia, signos vitales y antecedentes alérgicos, clasificados en caso o no de presencia de evoluciones. El análisis realizado indica que existen pocos registros y que estos muestran mensajes incompletos sobre los cuidados realizados al paciente. Concluyendo que estos no son realizados de forma sistemática y no muestran preocupación por la seguridad. Proponiendo una reorganización para atender a los indicadores adecuadamente.

Palabras clave: Registros de enfermería; Asistencia perioperatoria; Seguridad del cliente; Enfermera

INTRODUÇÃO

Na atualidade o que mais tem-se falado é sobre segurança, ambiente, sustentabilidade como um conjunto de temas que devem interessar a todos, principalmente para os enfermeiros quando cuidamos de clientes. O simples fato de estar internado no Hospital já é uma situação de risco para o cliente, que merece toda atenção.

A mídia veicula diariamente sobre os riscos a que são submetidos os clientes hospitalizados, principalmente quando se encontram em situações de pré-operatório, uma vez que muitos os riscos relacionados ao ato cirúrgico, como troca de órgão ou de lateralidade de membro a ser operado. Na verdade, o que tem ocorrido envolve o indicador de qualidade “Cirurgia Segura”, o que implica em afirmar que os profissionais de saúde não estão dando o devido cuidado aos clientes no pré-operatório.

Nesse contexto, é possível pensar que ações de prevenção de riscos podem estar nos **registros** que os enfermeiros fazem quando admitem os clientes em clínicas cirúrgicas e se elas estão preocupadas em seguir as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013a) quanto a CIRURGIA SEGURA, e em observância a nova Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), quando foi instituído o **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Neste Programa, o registro é um dos indicadores de qualidade. Seguindo também a lei do exercício profissional temos o Decreto 50.387/61,

que regulamenta a Lei 2.604/55 que é **obrigação legal do pessoal de enfermagem registrar no prontuário, “tudo que se relacionar com o doente e com a enfermagem”**.

Mesmo assim, fazendo uma leitura flutuante nos prontuários dos clientes identifica-se a necessidade de fazer uma busca detalhada nos prontuários a partir da seguinte questão norteadora: **o que registra o enfermeiro nos prontuários dos clientes em situação de pré-operatório?**

De um modo geral, todos nós enfermeiros, trabalhamos com clientes em situação de pré-operatório e temos preocupações diversas voltadas para ele, principalmente agora com a orientação do indicador de cirurgia segura, como orienta a ANVISA (BRASIL 2013a). O modo do enfermeiro atuar e registrar sobre a condição do cliente no pré-operatório pode indicar se ele está atento ou não as orientações de segurança para com eles, quer nas ações diretas de cuidar e ou de orientá-los. Cada vez mais fala-se em **segurança** como indicados de cuidado e de como devemos agir para evitar danos irreversíveis ou eventos adversos aos clientes, como operar o rim direito quando deveria ser o esquerdo, situação que aparece com frequência na mídia sobre os erros cometidos nos centros cirúrgicos.

Registrar o que se faz é um modo de controle de qualidade que envolve aspectos legais, de memória/história do cliente e da instituição, além de ser um modo de informar à equipe de saúde o que foi realizado e o que precisa ser feito ou está pendente. Também importante para casos judiciais, nos quais os advogados necessitam do prontuário para fazer seus recursos jurídicos.

Por maior cuidado que os profissionais tenham, a possibilidade de erros é real e uma atenção cuidadosa pode evitar danos aos clientes à espera da cirurgia. Essa atenção é marcadamente realizada por enfermeiros e médicos como aqueles que estão muito próximos dos clientes antes e durante a cirurgia geralmente os **registros** sobre cuidados, orientações para um outro espaço, no Centro Cirúrgico, os enfermeiros e sua equipe trabalham para que o ato cirúrgico aconteça, criando infraestrutura para médicos e anestesista, auxiliares de cirurgias e de sala. Como enfermeira que supervisiona enfermarias cirúrgicas tenho me dado conta de que não temos dado a devida atenção quanto aos registros e em especial as questões que envolvem o processo pré-operatório.

Para dar conta dessas questões problema foram estabelecidos os seguintes objetivos: Os objetivos propostos foram identificar o que o enfermeiro registra nos prontuários dos clientes em pré-operatório e discutir os resultados frente as diretrizes do COREn sobre pré-operatório e normatizações da Anvisa.

A justificativa do estudo, inicialmente, centrou-se na exigência do Programa de Mestrado Profissional do desenvolvimento de um estudo que contribua para a dissertação

em desenvolvimento. Assim, a exigência vem contribuir para a elaboração do instrumento de pesquisa, porque:

- a) Indicaria revisão nos registros específicos para clientes em situação de pré-operatório;
- b) Os registros encontrados nos prontuários poderão indicar ou não mudança na forma e nos elementos que interessam a Cirurgia Segura;
- c) Os resultados poderão contribuir com a identificação de indicadores mais apropriados na prevenção de riscos em clientes em pré-operatório;
- d) O próprio estudo poderá desencadear reflexões sobre o que estamos registrando e que avaliação devemos fazer sobre nossos registros. Consequentemente poderemos criar para anexar em protocolos já existentes, elementos que considerem a situação da pessoa em pré-operatório;
- e) Buscar contribuições, principalmente sobre registro e sobre a prática de enfermagem para que seja legal e segura;
- f) Os resultados devem ajudar a rever o questionário proposto no projeto de dissertação sobre cirurgia segura e também acreditamos que é uma forma de aproximação entre o discurso e os registros sobre cirurgia segura e a prática dos enfermeiros;
- g) Finalmente e também uma oportunidade para averiguar como são feitos os registros e que orientações são dadas e registradas;
- h) Despertar a equipe de enfermagem para a importância dos registros como garantia de segurança não só para os clientes como para os próprios profissionais.

Fundamento teórico sobre registro e segurança do cliente em Pré-operatório

Os estudos sobre registros da Enfermagem no pré-operatório ainda são escassos. Aqueles que tratam desses assuntos mostram que os enfermeiros não registram devidamente o que fazem e quando registram, se conteúdo pouco diz por causa dos conteúdos inadequados, pouco explicitados, incoerentes. De um modo geral os registros são feitos por técnicos de enfermagem que registram o mínimo necessário, como: aceitou o alimento, fez RX, ficar em jejum, está orientado, dormiu bem e outros.

Ao optar neste estudo sobre o que e como os enfermeiros registram, destaca-se os achados de Machado (2010) que indicam a necessidade de melhorar o que os enfermeiros escrevem. Isto nos remete ao século XIX, quando Florence Nightingale (NIGHTINGALE,

1989) institui anotação das observações acerca do estado de saúde detalhado dos doentes em um relatório diário, dando origem ao que atualmente chamamos de “evolução de enfermagem” (SILVA, 1995).

Apesar da antiguidade desta atividade, há dificuldades em registrar o que os enfermeiros fazem. Assim, pode-se inferir que o processo de enfermagem ainda levará algum tempo para ser objetivado. Mesmo e apesar das orientações legais para que a assistência seja sistematizada, esta ação é lenta, como atendimento legal. Os motivos responsáveis para que isso aconteça ainda são desconhecidos.

O Conselho Regional de Enfermagem (COREn) tem ofertado capacitações com frequência aos profissionais da prática. Neste sentido, Figueiredo e Machado (2009, p. 1) referem que:

A sistematização e os registros da intervenção de enfermeiros e das respostas do corpo do cliente aos cuidados de enfermagem, além da terapêutica médica, são fundamentais para o reconhecimento de uma profissão que é de necessidade social e se diz “arte-ciência-ideal”.

Atualmente, além das preocupações profissionais sobre a necessidade de registros, a ANVISA exige uma prática segura e dentre os seis indicadores de saúde, um deles trata especificamente de comunicação/registros: melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde. Considerando o protocolo estabelecido pela Anvisa pode-se inferir que os registros específicos do paciente em pré-operatório, devem contemplar alguns itens da lista de verificação na entrada do paciente no centro cirúrgico, de forma que reflitam uma assistência qualificada. Os itens de registros sugeridos a baixo estão diretamente relacionados ao *checklist* de cirurgia segura e refere-se a:

- a) Identificar sintomas de refluxo ou resíduo gástrico - via aérea difícil;
- b) Verificar se o cliente tem alergias conhecidas;
- c) Confirmar marcação do sitio cirúrgico;
- d) Confirmar a identidade do cliente por pulseira e conferencia dos demais documentos;
- e) Checar presença de exames complementares de imagem e laboratório no portuário;
- f) Verificar acesso venoso adequado e planejamento para fluidos;
- g) Aprimoramento de comunicação oral e escrita entre os membros da equipe.

Assim, os registros dos enfermeiros nas evoluções do cliente no pré-operatório devem apontar a segurança como um indicador de cuidado, atenuando os atos considerados inseguros e que refletem direta ou indiretamente na qualidade assistencial.

Observa-se a veiculação em várias mídias de assuntos voltados a segurança dos clientes que é missão essencial em favor do ser humano, voltando o olhar dos profissionais para o incremento da eficiência e eficácia nos processos de assistência hospitalar.

Há um crescente relato no aprimoramento da qualidade da gestão e da assistência discutida em âmbito nacional e internacional, com uso de tecnologia de ponta e pouca evolução quando se trata de registros de enfermagem. Dormimos em berço esplêndido

Observando pelo aspecto legal, os registros de enfermagem além de garantir a comunicação efetiva entre toda a equipe de saúde também fornecem respaldo legal e conseqüentemente, segurança, pois constituem um documento onde é relatado todas as ações da enfermagem junto ao cliente.

É preconizado pelo COREn-SP (2009) normas que devem constar no registro do cliente em Pré-operatório:

- a) Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos - acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições de pele, etc.);
- b) Tempo de jejum;
- c) Orientações prestadas;
- d) Esvaziamento de bexiga;
- e) Administração de pré-anestésicos;
- f) Encaminhamento /transferência para o Centro Cirúrgico.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013a) quando fala de Segurança do Paciente clama pela qualidade em saúde e segurança do paciente, estimulando e lembrando a todos da área de saúde que a segurança é um aspecto fundamental. O lançamento em 1º de abril de 2013 da Portaria nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), reforça essa recomendação. A Portaria tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Quando a ANVISA (BRASIL, 2013 Série - Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.) relaciona os eventos adversos (incidente que atingi o paciente e resulta num dano ou

lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde).

Eventos adversos relacionados à identificação do paciente (onde o cliente perde sua personalidade passando a ser mais um número ou uma patologia);

Eventos adversos relacionados à comunicação no ambiente dos serviços de saúde (onde o alto fluxo de informações são perdidas entre os profissionais de diferentes equipes levando o prejuízo no atendimento ao cliente com perdas de informações, falhas no atendimento e demora em resoluções e posteriormente podendo acarretar erros e falhas em procedimentos).

Além dos registros, é fundamental considerar o cliente em pré-operatório, como aquele que aguarda um evento, um tipo de agressão que seu corpo será submetido e que ao chegar para internar-se provavelmente traz consigo muitos medos e expectativas que merecem ser consideradas, investigadas no momento da admissão.

É nesse momento que se inicia a uma preocupação particular que envolve outro indicador: Cirurgia Segura.

Em 2009, foi lançado pelo Ministério da Saúde do Brasil em parceria com a OPAS/OMS o Manual de Implementação de Medidas para o projeto de segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam vidas”.

Segundo o manual,

Não há somente uma única solução que promoverá a melhora da segurança cirúrgica, requerer-se a conclusão de uma sequência de etapas necessárias na assistência, não apenas pelo cirurgião, mas pela equipe de profissionais de assistência à saúde; trabalhando juntos em um sistema de saúde que os apoie para benefício do paciente (BRASIL, 2009, p. 19).

O Manual e a lista de verificação seguem uma estrutura estabelecida para a assistência transoperatória segura em hospitais. Isto envolve uma sequência rotineira de eventos-avaliação pré-operatória do paciente, intervenção cirúrgica e preparação correta para assistência pós-operatória cada um com riscos específicos que devem ser minimizados ou eliminados na fase pré-operatória, por meio da obtenção do consentimento informado, a confirmação da identidade do paciente, do sítio a ser operado; da demarcação do local a ser operado e do procedimento a ser realizado, e a existência e disponibilidade de exames diagnósticos bem como prontuário completo do paciente (anamnese e exame físico, avaliação pré-anestésico, etc).

Atualmente muitos dos preparos que eram realizados na enfermaria, hoje são realizados no centro cirúrgico. Mesmo assim, os clientes merecem saber tudo o que acontecerá no processo-antes-durante-depois da cirurgia.

Metodologia

A escolha foi pelo método qualitativo exploratório, que se utilizou do prontuário do cliente em pré-operatório, entendido como documento escrito e oficial (que pertencem ao cliente e ao hospital).

A pesquisa qualitativa se justifica por ser capaz de responder as questões muito singulares e subjetivas, possibilitando trabalhar com um inverso de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (Minayo,2000)

A abordagem qualitativa também reforçada por Deslandes e Assis (2002, p. 195) quando faz diferença entre os métodos quantitativo e qualitativo, dizendo que o método qualitativo “explica em profundidade a compreensão dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre saúde, a doença as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde”.

Quanto à escolha do documento como fonte de pesquisa, os prontuários dos clientes em pré-operatório são fontes ideais para tentar responder à questão desse estudo. Algumas dificuldades neste tipo de investigação são apontadas por Ketele e Roegiers (1993) como o de saber que em os estudos documentais que dependerão da natureza do documento a ser analisado e da quantidade prontuário, folha única onde técnicos de enfermagem também registram sobre o cliente no pré-operatório. As mesmas autoras orientam que quando colhemos informações, há necessidade de uma reflexão epistemológica dizendo que “é particularmente importante saber que todo processo de coleta de informações passa por um filtro epistêmico. Por trás de qualquer observação, de qualquer inquérito existe sempre um referencial mais ou menos partilhado pelos diferentes atores [...]” (KETELE; ROEGIERS, 1993, p. 41).

Os espaços para a busca dos registros foram as evoluções clínicas dos prontuários de clientes internados nas enfermarias cirúrgicas do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), em situação de pré-operatório. Foram pesquisados dez prontuários, escolhidos aleatoriamente entre as seis enfermarias cirúrgicas considerando o critério de saturação. Este Hospital utiliza prontuários tradicionais e os registros dos enfermeiros são realizados em impresso denominado **Evolução Clínica**. Nesta folha, os profissionais de saúde

registram informações sobre as condições de saúde do cliente. Foram avaliadas as evoluções clínicas dos clientes cirúrgicos desde a internação até a cirurgia.

Foram incluídos no estudo prontuários de pré-operatório de clientes adultos submetidos a cirurgias eletivas, com no mínimo vinte quatro horas de internação, qualquer tipo de cirurgia. Como critério de exclusão prontuários de clientes em situação emergência e clientes pediátricos.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG nº 35322514.5.0000.5258

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2014 no momento de Pós-Operatório Imediato (POI) dos clientes para evitar a perda de algum registro a ser lançado no prontuário no momento do encaminhamento ao Centro Cirúrgico. Foi elaborado um **instrumento** para a busca das informações pretendidas nos objetivos estabelecidos do tipo *checklist* tendo como parâmetro as orientações do COREn e ANVISA sobre comunicação e registros.

Os prontuários foram identificados por números de 01 a 10 e xenografados para favorecer o destaque com lápis marcador do conteúdo dos registros.

Foi utilizada a análise de conteúdo para discussão dos dados.

Organização dos dados-resultados

Após a leitura dos registros realizados pelos enfermeiros em 10 prontuários (que foram sorteados) de clientes em situação de pré-operatório sobre os registros realizados pela Equipe de saúde desde o dia da internação até a cirurgia, identificamos um modo “único” mecanizado de realizar os registros. Observamos um olhar do enfermeiro voltado para o corpo e pouco olhar para o sujeito “seres humanos amarrados a teia de significado” (M Weber). Quando digo que os registros são uma ação “Mecânica” é por que são sempre os mesmos itens, nos quais as singularidades ou especificidades do cliente não existe. Um único registro serve a todos (Quadro 2). Não é possível identificar as necessidades dos clientes, suas angústias e seus medos.

Os Resultados

Após os destaques nos prontuários eles foram checados no quadro referente ao instrumento.

Após a leitura dos registros realizados nos 10 prontuários de clientes em situação de pré-operatório realizados pelos enfermeiros desde o dia da internação até a cirurgia, identificamos um modo “único” mecanizado de realizar os registros onde observamos um olhar voltado para o corpo e pouco olhar para o sujeito “seres humanos amarrados a teia de significado” (M Weber). Quando digo que os registros são uma ação “Mecânica” é por que são sempre os mesmos itens, nos quais as singularidades ou especificidades do cliente não existem, um único registro serve a todos, não é possível identificar suas necessidades suas angústias e seus medos, como mostraremos a seguir no quadro 1.

QUADRO 1 - Tipos de registros de enfermeiros identificados nos prontuários de clientes em pré-operatório, classificados em “faz” “completo”, “incompleto” e “não faz”

Ord.	Tipos de registro	Faz	Completo.	Incompleto	Não Faz
1	Admissão do cliente na enfermaria	X	Não	Sim	-
2	Anamnese	-	-	-	X
3	Diagnóstico de demanda de cuidados	-	-	-	X
4	Registro o que vê ou é dito	X	Não	Sim	-
5	Busca identificar situações não ditas	-	-	-	X
6	Informa nível de consciência	X	Não	Sim	-
7	Verifica sinais vitais	X	Não	Sim	-
8	Antecedentes alérgicos	X	Não	Sim	-

Legenda: Comp. = completo Incomp. = incompleto.

A primeira avaliação que fazemos é de que os registros quando realizados eles não seguem uma orientação sistematizadora e quando realizados são incompletos, não há uma explicação quando, por exemplo: “verificado sinais vitais” não há registros sobre os parâmetros encontrados (quadro 1)

Queixas álgicas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	6
Anictérico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
Tomou banho	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
Em Jejum	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	4
Quadro clínico estável	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Nega alergias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	5
Nega medicações regulares	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Com queixas de mal-estar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Aguardando cirurgia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	3
Sono regular	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Passou gel no cabelo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Relata cirurgias anteriores sem complicações	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	3
Registros identificados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Sentado no leito	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Em uso de medicações regulares	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	2
Sem acesso venoso	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	2
Com/sem acompanhante	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	5
Deambulando com dificuldade	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Orientado quanto ao preparo cirúrgico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Abdômen flácido e indolor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1
Membro inferior D edemaciado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	1

Legenda:

■ = Elemento presente no registro

■ = Não está presente no registro

Nos Registro dos prontuários:

- (08) deles dão atenção para registros sobre nível de consciência;
- (07) para respiração;
- (05) afirmam que o cliente que já fez cirurgias anteriores;
- (05) informam sobre coloração do corpo;
- (05) que os clientes respondem as solicitações;
- (07) estão com temperatura normal (sem especificar);
- (07) ligados a presença de diurese;
- (07) a eliminações intestinais;
- (04) a cor da pele;
- (04) a aceitação da dieta;

- (04) tensão arterial;
- (06) são relativos sem queixas álgicas;
- (05) ao tipo de cirurgia;
- (05) relativo ao banho;
- (05) ausência de acompanhantes;
- (04) tabagismo/etilismo;
- (05) relativo a alergias.

Análise e discussão

Esses registros, para nós, se expressam como uma ação “Mecânica” e desordenada sem sentido porque todas são iguais, sem considerar singularidades e especificidades de cada cliente em pré-operatório, reforçando o que está dito nas teses de mestrados produzidas no HUGG. Também não existe uma ordem para registrar e muito menos em relação à situação dos clientes (que são únicos). A evolução não tem conexão com os dias anteriores, dependendo do que cada um quer registrar ver ou identificar a demanda não é do cliente, mas de quem registra.

O primeiro quadro, nosso “*checklist*” não há nenhuma identificação que eles seguem a orientação da Sistematização da Enfermagem e muito menos parece que é de interesse pensar numa enfermagem Legal e Segura como está no Quadro 3.

Quadro 3 - Situação dos Registros de enfermeiros identificados nos prontuários de clientes em pré-operatório

Nº	Situação dos Registros
1	Não existe anamnese - História de vida História social História familiar
2	Não existe exame físico que detecte sinais físicos no corpo
3	Não há informações sobre o funcionamento dos sentidos - ouvir, ver, sentir
4	Não há registros sobre os sinais vitais no que diz respeito aos níveis pressóricos, de temperatura e respiração
5	Não há diagnóstico de demandas de cuidados
6	Não há registros específicos sobre sentimentos e expectativas

A ausência desses itens, pelo menos na admissão é algo preocupante para um Hospital de Ensino, para uma Enfermagem que vem desde a década de 70 orientando, preparando profissionais para a importância da Sistematização da assistência.

O Quadro nº 3 mostra que é uma preocupação que se confirma, mesmo num estudo que se inicia e que o N pode ser pequeno para afirmações mais ousadas.

Discutindo o que é registrado, percebemos que existe um descompromisso ou falta de uma sistematização que indique uma qualidade que é sugerida na forma legal como: Histórico: Levantamento de Problemas: Diagnóstico; Prescrição de cuidados e Evolução.

Pensando nos indicadores de qualidade é conveniente pensar na acreditação hospitalar na qual um dos seus objetivos é a “análise de documentos escritos, como normas procedimentos, planos de orientação e treinamento, plano de documentos orçamentos e garantia de qualidade”.

Se os registros são imagens de uma comunicação da enfermagem sobre alguém para o outro que lê, nesses registros imprimimos uma linguagem técnica sobre alguém, como ler essa mensagem se ela é incompleta, cifrada. Registrar é se comunicar e se comunicar é um instrumento básico de cuidado de enfermagem, fundamental para a manutenção da interação entre as pessoas, neste caso, se comunicar com aqueles que cuidam dos clientes - enfermeiros, técnicos, médicos, etc.

Para (Stefanelli, 1996), se comunicar é um processo de partilhar e compreender a mensagem, contudo, essas mensagens podem exercer influência direta no comportamento daqueles envolvidos na comunicação.

Os registros da forma como foram identificados, pouco facilitam a compreensão “geral” de quem é o cliente como ele está e o que ele quer ou deseja principalmente em relação as necessidades humanas básicas mais subjetivas.

Segundo Ferreira (1993, p.124) “comunicação é a capacidade de trocar ideias, dialogar, conversar [...]”.

O que nos parece possível de inferir é que as enfermeiras e ou técnicos de enfermagem quando fazem seus registros não se dão conta da importância legal-profissional, tanto para o cliente como para eles até mesmo para Instituição quando se detecta problemas e necessitam de registros para identificar a causa.

Não há no ato da admissão dos clientes nenhum registro sobre características físicas, como aparência do corpo, sua forma, higiene, objetos usados pelo cliente (joias, roupas, aliança, etc) e nem que signos de expressão seu corpo mostra possíveis de serem significados através da linguagem corporal (angústia, tristeza, ansiedade, medo e possíveis sinais que podem estar associados a esses sentimentos).

As informações não dão conta de tudo que se necessita saber para que ao ler o registro fiquemos atentos. Também não há nenhum registro sobre o ambiente do cliente que pode demandar providências com necessidade de conforto: temperatura, ventilação, iluminação a partir do que ele poderia ter informado se lhe fosse questionado e registrado.

Ao dizer que o cliente tem alergia (uma das preocupações da cirurgia segura), o registro adequado evitará a indução de um evento adverso a drogas como alergias sabidamente de risco para o cliente, se ele foi identificado na hora dessa informação.

Considerações Finais

Os resultados produzidos neste estudo indicam a necessidade de intervenção no plano dos registros, de sua ordenação, se sua coerência embasada no que orienta a sistematização dos cuidados e de assumir que registrar é uma atividade legal, reafirmada na Lei do Exercício Profissional e nas normas do COFEn e COREn. O reconhecimento de que os registros nos asseguram informações seguras sobre os clientes em situação de pré-operatório; nos indicam uma evolução adequada sobre possíveis riscos, orientações sobre as situações que serão vividas, que nesse estudo concentra-se apenas em nível de consciência, algumas necessidades humanas básicas como oxigenação, eliminações e sinais vitais. Mesmo assim, os itens encontrados e listados no Quadro 2 são indicadores de uma reorganização, inclusive da linguagem, com contribuição para os resultados da Dissertação. Os registros encontrados denotam preocupação com a segurança, mas merecem ser aperfeiçoados para uma proximidade da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica preconizada pela Anvisa.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Copyright, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529*, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 04 jul. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (São Paulo). *Anotações de Enfermagem*, São Paulo, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp-pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

- Deslandes SF; ASSIS SG. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diferenças.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MACHADO, William César Alves. *Corpo e saúde: condutas clínicas de cuidar*. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.
- KETELE, Jean Marie de; ROEGIERS, Xavier. *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações de questionários de entrevista e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.
- MACHADO, Daniel Aragão. *Registros de enfermagem: a mensagem sobre o cuidado contido na linguagem escrita*, 2010.
- MINAYO, Cecilia de Souza et al. *Pesquisa social teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- NIGHTINGALE, Florence. *Notas sobre enfermagem. O que é e o que não é*. São Paulo: Cortez/Ribeirão Preto: ABEn-CEPEEn, 1989.
- SILVA, Alcione Leite da. O saber de Nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, Vera Regina et al. *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- STEFANELLI, M. C. *Comunicação tem remédio nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente, 1996.
- STEFANELLI, M. C. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. São Paulo: Robe Editorial; 1993.
- Resolução 5518, da 55ª Assembleia Mundial de Saúde

7.4 Anexo 4

7.4.1 Artigo II



Tempos e Espaços de Esperar a Cirurgia: Um Estudo sobre sistematização do Cuidado no Pré-operatório

Milena Banic¹;

Nébia Maria Almeida de Figueiredo²;

Maria Ines Klôh³

¹Enfermeira Supervisora do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle-UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional – UNIRIO

³Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

²Enfermeira Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle-UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional – UNIRIO.

RESUMO

Trata-se de um artigo oriundo da Dissertação de Mestrado profissional que tem como objetivo a partir dos resultados encontrados após estudos sobre: **O cliente no tempo de esperar a cirurgia podem nos indicar elementos de uma sistematização de cuidados no pré-operatório?** Essa é a questão central deste estudo onde o cliente que recebe a notícia de sua cirurgia e atravessa por diversas passagens repletas de rituais onde o chegar e esperar surgem como um padrão para uma intervenção da enfermagem. Assim nosso objetivo é mostrar indicadores surgidos nas experiências dos clientes que esperam a cirurgia: propor uma sistematização de cuidados para pré-operatórios para clientes que esperam a cirurgia considerando a prevenção de risco; criar indicadores de cuidados e a criação de uma **cartilha orientadora** para clientes que esperam a cirurgia. O método de escolha é qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso. Foram convidados clientes em pré-operatório de cirurgias eletivas maiores de 21 anos que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após submissão ao comitê de ética respeitando a resolução

CNS 466/12 bem como autorização para pesquisa no campo. Este estudo foi realizado Hospital Universitário Federal da cidade do Rio de Janeiro em abril, maio e junho de 2015. Os resultados encontram-se no painel onde destacamos em vermelho as necessidades e sentimentos dos clientes em pré-operatório. A conclusão é de que os clientes indicam o que devemos fazer no tempo de esperar destacando cuidados, ambiente e comunicação a serem revistos e considerados.

Descritores: Assistência perioperatória. Segurança do paciente. Enfermagem

INTRODUÇÃO

A minha experiência como enfermeira acumulou um saber-fazer nas várias áreas de conhecimento da Enfermagem articulado com o saber médico sobre situações clínicas e cirúrgicas. Em 32 anos, me vi em muitas situações de cuidar lidando com questões que envolvem **a espera do cliente** e o que fazemos para com ele neste tempo que diz respeito aos procedimentos, riscos nas práticas e nas comunicações, na falta de registros adequados sobre eles que deveriam estar numa sistematização de cuidados de enfermagem.

Dentre tantos problemas aqui destacados, na minha experiência vivida de cuidar dos clientes em situação de pré-operatório, agora me vejo implicada com a segurança deles quando esperam a cirurgia. Nessa implicação me encontro dentro do espaço imediato do tempo que se situa entre a véspera e a chegada do cliente ao centro cirúrgico, o que inclui o tempo de chegar, o tempo de esperar, o tempo de se submeter a cirurgia, tempo de recuperar e tempo de retornar à enfermaria. Estas implicações indicam que o objeto de Estudo é: **Indicadores de sistematização de cuidados nas experiências dos clientes quando esperam a cirurgia.**

Ampliando e decodificando mais os problemas aqui destacados e que precisam ser melhor investigados, que trata da ausência de uma Sistematização de Enfermagem para estes clientes associada a ausência de registros detalhados sobre sua situação, sobre a identificação de necessidades e expectativas dele acerca do ato cirúrgico. Quem sabe do medo, da insegurança não expressa no encontro deles com o enfermeiro. Observamos que não tem sido possível um aprofundamento de suas condições clínicas e nem “escaneado” o espaço do corpo onde o ato cirúrgico será realizado, o que implica em não atendimento do que sugere a Anvisa sobre cirurgia segura.

Vale destacar que é imprescindível o papel que desempenha a Enfermagem no processo de pré-operatório e do argumento incontestável de que a presença da enfermagem nestas situações cirúrgicas, em que somos:

- Prestadores de cuidados;
- Mantenedores da segurança do cliente, que se expressa na sua internação;
- No preparo para o enfrentamento do ato cirúrgico;
- Preparo de material a ser usado nele como roupas e instrumentais cirúrgicos;
- Com o cuidado com o ambiente, que pode indicar elementos que estão presentes ou ausentes de uma sistematização que é orientado e não executada.

Com essas considerações problemas definimos como Questão de pesquisa:

O cliente no tempo de esperar a cirurgia pode nos indicar elementos de uma sistematização de cuidados pré-operatório?

Essa é a questão central neste estudo e que necessita de resposta daquilo que mais nos incomoda que é a sistematização do cuidado para eles. Assim, nos parece imprescindível, para aliviar ou prevenir transtornos advindos destas situações, tentar encontrar elementos para a construção de indicadores de cuidados e controle de riscos para eles nestas condições que dê conta de um tempo que é rápido.

Não queremos cair na armadilha de optar por um protocolo racional, baseado na biomedicina apenas, mas que ele privilegie o ser, com seus medos, inseguranças, certezas e que considere suas experiências, o caminho que fazem até sua chegada e espera até a entrada no centro cirúrgico.

Assim consideramos os seguintes Objetivos:

- Mostrar indicadores surgidos nas experiências dos clientes que esperam a cirurgia;
- Propor uma sistematização de cuidados para clientes em pré-operatório que esperam a cirurgia considerando prevenção de riscos.
- Criar uma cartilha orientadora para clientes que esperam a cirurgia.

JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica por tratar de:

f) Um tema de interesse geral da enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) sobre risco e segurança de clientes submetidos a cirurgia;

g) Um estudo que centra sua preocupação na segurança do cliente objetivando prevenir eventos adversos a partir de intervenções pré-operatórias seguras;

h) Um estudo que amplia a preocupação com o cliente de pré-operatório, voltando o olhar também para os aspectos emocionais que são desencadeados no fluxo de tempo de chegar, esperar e submeter-se a cirurgia, que acontece num espaço desconhecido em que a enfermagem precisa cuidar para evitar riscos no acolhimento e acomodação. Desta forma, olhamos o cliente nos aspectos específicos do ser humano, de segurança por meio da prevenção de riscos;

i) Um estudo que interessa a Anvisa, ao Ministério da Saúde e a enfermagem de um modo geral;

j) Porque pretendemos ampliar indicadores de segurança nos diversos tempos de permanência do cliente no Hospital, que iniciam com identificação e registros sobre o cliente.

Aspectos Teóricos do Estudo

Sistematização de Enfermagem

Protocolo e Indicadores de Segurança

As considerações introdutórias para escolha dos fundamentos que sustentam a escolha de nosso objeto passam por entendimentos da enfermagem que atua no centro cirúrgico (corpo, ambiente e cuidado), preconizada por rotinas e normas técnicas dando atenção ao funcionamento dos aparelhos, dos gases que serão usados neles e da necessidade de uma recepção acolhedora ao cliente no ato dele chegar ao centro cirúrgico. Atenta também as considerações de Nightingale (1989) sobre o sofrimento como uma atenção de alívio e da prevenção de riscos, e exige um olhar-ação para situações de complexidade, além de uma observação pela enfermagem nas várias fases de internação, quando: com maior antecedência, no pré-operatório mediato permitindo exames detalhados de seu corpo ou avaliação pela enfermagem, e que possibilitaria levantar informações importantes para enfermagem do centro cirúrgico como: situação emocional, sinais vitais, alergias diversas, tipo de cirurgia, preparo e local do ato cirúrgico.

O estudo está fundamentado nestes três temas para dá conta de um discurso teórico sobre cliente em situação pré-operatória e a função do enfermeiro na manutenção de sua segurança e prevenção de riscos.

Saber sobre local da cirurgia, sitio cirúrgico antes do ato cirúrgico, não deve apenas ao médico, mas ao enfermeiro do ambulatório, da enfermaria e da equipe do centro cirúrgico. Todos somos responsáveis na prevenção de eventos adversos e quando eles acontecem, há um sub-entendimento de que é preciso “guardar segredo”, em nome da proteção institucional (que somos nós). Mesmo sabendo que é dever legal falar e apontar resoluções para evitar que riscos ocorram em clientes como cirurgias trocadas e em local do corpo errado. Isso prova a necessidade de que condutas de enfermagem sejam estabelecidas para prevenir riscos físicos, desconfortos emocionais e ambientais, técnicas inadequadas e/ ou contaminadas.

Além disso, a constatação de registros inadequados, pouco explicativos ou explicitados no prontuário, e ou evolução do cliente em pré-operatório são ausentes em sua maioria, merecendo revisão e intervenção de condutas profissionais, como foi constatada no primeiro diagnóstico sobre registros para nos aproximar do que ele é para este estudo.

Antes porem é importante considerar as preocupações mais recentes quanto as orientações pela Organização Mundial de Saúde OMS (2009) que dispõe sobre cirurgia segura, e seu objetivo primeiro tem como tema a identificação correta do cliente onde a equipe identificará o local a ser operado: **cliente correto e o local correto.**

Sobre Sistematização do Cuidado de Enfermagem

O tema de que trata esse item está ligado diretamente ao Diagnóstico de Enfermagem que envolve situações diversas dos clientes, nesse caso, em situação de pré-operatório e que diz respeito a uma prática científica, uma prática clínica, uma prática preventiva de riscos, uma prática de segurança.

Trata do tempo de esperar, como parada obrigatória, na qual nós não sabemos o que passa nos pensamentos dos clientes e que experiências e sentimentos pairam nesse tempo.

Sistematizar os cuidados está no centro das preocupações da enfermagem, embora ainda, não tenha sido absorvida pela maioria dos exercestes/profissionais enfermeiros e que mesmo fazendo diariamente um processo de cuidar, a sua maneira, eles não se dão conta de que existe uma sistematização no seu cotidiano de cuidar, para os clientes que cuidam. Para fazer isso é necessário que estejamos fazendo Diagnósticos como o exercício de uma prática científica e legal.

Assim é preciso pensar no que (FIGUEIREDO, 2009) nos diz:

A sistematização e os registros da intervenção de enfermeiros e das respostas do corpo do cliente aos cuidados de enfermagem, além da terapêutica médica, são fundamentais para o reconhecimento de uma profissão que é de necessidade social e se diz “arte-ciência-ideal”. A compreensão, na prática, dessa ação que merece investigação sobre como ela acontece.

Vale destacar que, quando falamos de Diagnósticos, é fundamental recorrer ao que está estabelecido pela **North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)**:

como o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou comunidade, dos problemas de saúde/processos vitais, ou parciais. O diagnóstico proporciona base para a solução de intervenções de enfermagem visando o alcance de resultados pelos quais a enfermagem é responsável (1980).

Nesse caso é preciso reflexões sobre o que fazemos nesse sentido para os clientes que esperam a cirurgia.

Desse modo, sistematizar cuidados nos tempos de esperar a cirurgia pode ser um desafio instigante que exige de nós a busca de referenciais sobre os temas aqui destacados.

Insistir na importância da **Sistematização** nos leva a pensar em duas “Teóricas Brasileiras como Vanda Horta e Lygia Paim que iniciaram ações de pensar sobre ela a partir do Diagnostico de enfermagem; IN FIGUEIREDO (2009) cada uma delas, como; (HORTA, 1967) afirmava que:

o futuro da enfermagem como ciência e a autonomia profissional estavam fundamentados no processo de enfermagem; que ela só afirmará sua responsabilidade legal perante o ser humano e comunidade sob sua responsabilidade, quando aplicar sistematicamente uma metodologia de Enfermagem.

Sabemos, empiricamente que existe uma sistematização “mental”, escondida no nosso trabalho que merece ser investigada e que esta investigação deve considerar as vivencias do cliente que espera a cirurgia.

A **NANDA** sugere a utilização do Padrão que serve para avaliar fenômenos encontrados e tomar providencias, através de uma lista de verbos que tem objetivos específicos para cada fenômeno identificado e que pode ser da área de intervenção de enfermagem ou de implementação terapêutica médica. **PADRÃO** entendido como: **aquilo que serve de base ou**

norma para avaliação de qualidade ou quantidade, medida, modelo oficial de pesos e medidas, padronizar; modelo de cuidar, de administrar o cuidado, de ensinar a cuidar.

Os verbos são:

- ❖ Trocar;
- ❖ Escolher;
- ❖ Relacionar;
- ❖ Sentir;
- ❖ Mover;
- ❖ Perceber;
- ❖ Valorizar;
- ❖ Conhecer;
- ❖ Comunicar.



**TODOS SÃO UTILIZADOS
DE ACORDO COM OS
FENÔMENOS/PROBLEMAS
ENCONTRADOS**



**Padrão - Chegar e
Esperar**

Sobre o Cuidado no Pré-Operatório

As considerações teóricas são de diversas abordagens e exige que pensemos na pessoa que se interna para ser operado, que chega do ambulatório para a enfermaria ou imediatamente para o centro cirúrgico.

É sempre importante, pensar que o cliente pode estar ou não preparado para a situação e que em cirurgia eletiva ou em emergência sempre o coloca em situação de tensão, de medo, de estresse, de insegurança, pois qualquer uma das duas situações aqui colocadas, elas são carregadas de imagens e signos identificados no imaginário das pessoas sobre os profissionais e o espaço onde a cirurgia acontece, como a morte pode ser eminente e está associada a anestesia- quando pensam que podem não acordar mais e esses sentimentos estão descritos em muitos estudos e um dos principais é o medo, carro chefe de todos os sintomas.

Para (SILVA et all,2006, p37):

o medo é um fenômeno que merece atenção da enfermagem no que diz respeito ao espaço onde o cliente se encontra, o centro cirúrgico, um lugar estranho e cheio de pessoas desconhecidas. Cabe ao enfermeiro entender e saber lidar com esse medo. Sua origem normalmente é de ordem psicológica e pode ter várias causas, como a Hospitalização, por exemplo, que representa o afastamento da família e do lugar de convívio, saudades de entes queridos e da vida que levava...(...)

Assim, os clientes desse estudo são aqueles que estão em uma pré-experiência anunciada e por isso eles deixam de fazer suas próprias escolhas, suas necessidades e desejos estão afetados e por isso podem tornar-se diferentes, inseguros e preocupados.

É nesse momento que a enfermagem deve entrar em ação, criando condições para que o cliente participe do processo e expresse o que está sentindo e de como gostaria de ser tratado.

Conhecer as pessoas e o centro cirúrgico parece uma medida acertada, que pode aumentar a segurança e diminuir os riscos.

Sobre Segurança

Em atenção à Resolução 5518, da 55ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em maio de 2002, que recomendou a própria Organização da Saúde (OMS) e aos Estados Membros uma maior atenção ao problema da Segurança do Paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em outubro de 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

Esta Aliança tem o objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais.

Um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. A cada ano, a aliança organiza programas que buscam melhorar essa segurança, e a cada dois anos um novo Desafio é formulado para fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS.

Método e Metodologia

O método de escolha é qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso e pode dar conta do que queremos saber sobre atitude e significados do cliente que espera uma cirurgia. A contribuição da pesquisa qualitativa provoca no pesquisador a responsabilidade de rastrear e descrever objetos que trazem em si um lado mais subjetivo e de uma profundidade que outro método, mais racional, não dá.

1.Campo da Pesquisa

O campo selecionado para realizar a pesquisa foram as enfermarias cirúrgicas de clientes adultos de um Hospital Universitário que está inserido em uma Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, que tem como objetivo promover a assistência à saúde, formar e qualificar recursos humanos e produzir conhecimentos. Fica situado na Tijuca, bairro da zona norte do Rio de Janeiro, e oferece a comunidade práticas assistências complexas.

2.Período de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em dois tempos. O primeiro foi realizado em setembro/outubro de 2014 que gerou o 1º artigo intitulado, **Período Pré-Operatório: Contribuição dos Registros da Equipe de Enfermagem para a Segurança do Cliente**. O segundo período foi de abril a julho de 2015.

3.Critérios de Inclusão

Foram clientes em pré-operatório, nas 24 h antes da cirurgia, orientado no tempo e no espaço, capaz de responder as solicitações, maiores de 21 anos, e que estavam incluídos em cirurgias eletivas.

Os clientes da pesquisa foram convidados a participar do estudo a partir da explicação dos objetivos do estudo e que estratégias/instrumentos seriam utilizadas. Ao aceitarem, assinaram o termo de conhecimento livre e esclarecido anexado e após ter passado pelo comitê de ética.

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital respeitada a Resolução CNS 466/12 e está registrado sob o nº **35322514.5.00005228** (apêndice1)

4. A Construção do Instrumento

- Instrumentos Sócio Demográficos; (apêndice 2)
- Instrumentos que trata dos aspectos específicos da produção de dados sobre o objeto de investigação
- Sobre Registros;
- Instrumento sobre fluxo.

“Modus operandi” de produzir os dados.

Participaram deste estudo vinte e dois (22) clientes em situação de esperar que aceiraram responder o instrumento. Foram informados sobre os objetivos do estudo. Em seguida agendamos nossos encontros a partir do tempo disponível que eles tinham para nos atender.

Os instrumentos foram respondidos na presença do pesquisador, que foi decodificando com eles respostas que não estavam claras ou não respondiam a pergunta e os resultados se apresentam a seguir. Identificados as respostas como Q1C1=

Questionario1 cliente 1, seguido a mesma orientação para todos os itens e clientes.

Resultados

Após a análise de todos os quadros para o encontro das categorias fizemos uma síntese de todos os dados produzidos que se encontram no Painel a seguir.

PAINEL

Q13	Q14	Q15
NECESSIDADES DE CUIDADOS AINDA EM CASA E AS EXPECTATIVAS NO PERCURSO PARA O HOSPITAL	NECESSIDADE DE CONHECER AS PESSOAS QUE CUIDAM EXPECTATIVAS NO HOSPITAL	OS CAMINHOS PERCORRIDOS NO HOSPITAL NECESSIDADES DE SINALIZAÇÃO
Q16	Q17	Q18
SITUAÇÃO PESSOAL QUANDO CHEGOU AO HOSPITAL NECESSIDADE DE CONFORTO E ACOLHIMENTO PARA AMENIZAR SENTIMENTOS	SITUAÇÃO DE SER RECEBIDO NO AMBULATÓRIO NECESSIDADE DE SABER QUEM O RECEBEU	IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NECESSIDADE DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS QUE VÃO CUIDAR DELE
Q19	Q20	Q21
IMPRESSÕES SOBRE A EQUIPE AO CHEGAR A ENFERMARIA NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DE SITUAÇÃO DE CONFORTO E DE INTERVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE DESCONFORTO	IMPRESSÕES SOBRE O AMBIENTE NECESSIDADE DE CONFORTO RELACIONADOS A TEMPERATURA E RUÍDOS, HIGIENE E PRESENÇA DE MOSQUITOS	IMPRESSÕES SOBRE O LEITO UTILIZADO DURANTE A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES POSITIVAS E DE INTERVENÇÃO DE HIGIENE, ROUPA DE CAMA FUNCIONANDO
Q22	Q23	
IMPRESSÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO E NECESSIDADE DE CUIDADOS DE ENCAMINHAMENTO A NUTRIÇÃO PARA RESOLUÇÃO DE AJUSTES NA ALIMENTAÇÃO	IMPRESSÕES SOBRE O TEMPO DE ESPERAR A CIRURGIA, SOBRE AMBIENTE, SOBRE O LEITO E DO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO. NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DE ASPECTOS POSITIVOS E INTERVENÇÃO DE SITUAÇÕES DESCONFORTANTES: HIGIENE, RUÍDOS LEITO FRACIONADO, JEJUM, TEMPERATURA.	
Q24	Q25	Q26
Q24	Q25	Q26

<p>SENTIMENTOS QUANDO ESTAVA NO CC E A NECESSIDADE DE COMPANHIA E COMUNICAÇÃO DENTRO DO CC QUANDO ESPERA A CIRURGIA PARA ALIVIO DO MEDO E DA ANGUSTIA</p>	<p>POSIÇÕES DOS CLIENTES SOBRE O QUE MELHORAR NECESSIDADE DE REVER TEMPO DE ESPERA, VÊ O MEDICO QUE VAI OPERA-LO PRESENÇA DE ALGUEM COM ELE E DIMINUIR O FRIO</p>	<p>SENTIMENTOS SOBRE A RECUPERAÇÃO E A NECESSIDADE DE VER A TEMPERATURA DO AMBIENTE, DA DOR E DOS RUIDOS PÓS- - IMEDIATO</p>
--	--	---

Q 27

SUGESTÕES SOBRE A CHEGADA PARA INTERNAÇÃO DEPOIS NA ENFERMARIA, CENTRO CIRURGICO E ENFERMARIA JÁ NO PÓS-OPERATÓRIO NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO PARA NÃO FICAR NA FILA, BOM ATENDIEMNTTO (COMUNICAÇÃO) TER CARTÃO E MATRICULA ANTECIPADA; PROBLEMA NO AMBIENTE: TEMPERATURA, RUIDOS, COMPANHIA, INTERVENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO AFETAR TRANQUILIDADE, SILENCIO, DESCANSO, NÃO FICAR SÓ; AR CONDICIONADO

Q 28

SENTIMENTOS DEPOIS DA CIRURGIA ACERCA DO AMBIENTE, EQUIPE, LEITO E ALIMENTAÇÃO. NECESSIDADE DE CUIDADOS COM A HIGIENE DO AMBIENTE, DAS ROUPAS, ELIMINAÇÕES DE MOSQUITOS RUIDOS, TEMPERATURA, COLCHÃO QUENTE, MANUTENÇÃO DA RELAÇÃO ADEQUADA COM A EQUIPE E ENCAMINHAMENTO A NUTRIÇÃO PARA RESOLUÇÃO DE ALIMENTAÇÃO

Q 29

DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PÓS-OPERATÓRIO NECESIDADES PARA INTERVENÇÃO NOS RUIDOS, ELIMINAÇÃO, DOR, CONFORTO DURANTE A PERMANENCIA NO LEITO MOBILIZAÇÃO, TROCA DE BOLSA

Q30

O QUE PRECISA MELHORAR NO PERIODO DE INTERNAÇÃO QUE ENVOLVE. NECESSIDADE DE AMENIZAR A SOLIDÃO; TEMPERATURA, RUIDOS, ELIMINAR MOSQUITOS E DISTRAÇÃO NA ENFERMARIA (TV), HIGIENE DOS BANHEIROS

Após destaque na análise de cada quadro encontramos elementos indicadores de uma sistematização para o cuidado a clientes em pré e pós-operatório que codificamos como:

a) Elementos indicadores de cuidados enquanto aguarda a cirurgia.

Cuidados para o Corpo - clínicos emocionais, sociais, físico, fisiológico
Cuidados para o Ambiente – higiene, ruídos, temperatura e móveis (cama)
Cuidados para Conforto
Cuidados para Eliminação de Solidão
Cuidados para o Lazer

b) Elementos indicadores de cuidados enquanto aguarda a cirurgia.

Cuidados no Tempo de Esperar em Casa
Cuidados no Tempo de Esperar na Fila para Internação
Cuidados no Tempo de Esperar na Enfermaria
Cuidados no Pré-operatório
Cuidados no Tempo de Recuperar
Cuidados no Tempo Pós-operatório

Discussão do Resultado

Como uma pesquisa primeira algumas dificuldades encontradas nos pareceram esperadas que envolviam as reações dos próprios clientes em querer responder as questões do instrumento a partir das 18hs.

Ressaltamos também como foi importante essa experiência de pesquisa quando identificamos muitos elementos que formam uma lista de problemas que são **Indicadores** de qualidade, com vista a uma sistematização específica para clientes os clientes que esperam a cirurgia desde o momento que saem de casa até a chegada ao Hospital, na internação, na enfermaria, no centro cirúrgico e de volta para enfermaria e depois, finalmente, para casa.

Mesmo assim, encontramos respostas que dão conta daquilo que queríamos saber. A seguir apresentamos a discussão das categorias.

A primeira – O Tempo de Esperar: diagnóstico e intervenção de enfermagem: impressões dos clientes

Ao responderem sobre **Esperar para** operar enquanto aguardam internados na enfermaria: “está muito bom”, apesar de não conhecer a equipe que cuida dela; de esperar a cirurgia na maca sozinho de todo o tempo ter medo, ansiedade, preocupação no ambiente que é quente (calor) que tem mosquito e cama que sabe como manipular; alimentação ruim; sem gosto, sem sal e sem boa aparência

Essas formas de identificar o que “está muito bom” surgem como indicadores para acrescentar aos padrões de NANDA, quando estávamos fazendo o diagnóstico de

cuidados dos clientes que esperam a cirurgia. **Esperar** carregado de elementos indicadores de cuidados de enfermagem mostram para nós que precisamos encontrar uma base ou norma para avaliar a qualidade e a quantidade dos cuidados necessários para eles no tempo de esperar e rever modelos e padronização de cuidar e de administrar o cuidado.

Fazer um diagnóstico que inclua o “padrão esperar” (ainda entre parêntese) é o início de um desafio para nós, como ainda é a sistematização do processo de cuidar que, segundo Figueiredo (2004p1):

em 1970 aparentemente, a sistematização não foi uma orientação absorvida pela grande maioria dos profissionais enfermeiros, que não sabia e nem percebia que podia pensar a sistematização em seu processo de cuidar; mesmo que HORTA E PAIM (1967) tenham dado o primeiro passo para instalar o processo de enfermagem dizendo que era necessário que “a preocupação da enfermeira em se iniciar na utilização de uma abordagem mais individualizada para o cliente, centrando seu ponto de vista nas necessidades humanas

Onde esperar não faz parte delas.

Nesta categoria, as necessidades estão ligadas diretamente a um espaço de tempo de “Esperar” que aparentemente não temos controle sobre o tempo de espera que se inicia no ambulatório quando o cliente recebe a notícia, isto é, algo que aparece nessa primeira reflexão que assumimos como: **Padrão de Esperar**, como um momento que se inicia a busca de um diagnóstico cirúrgico a partir de sinais que o corpo indica. Adoecer começa em casa, confirmando-se no ambulatório, resolvendo-se no centro cirúrgico, recuperando-se na enfermaria.

Também ousamos afirmar que o tempo de operar acontece num espaço rico em “rituais de passagem”, que exija da enfermagem do pré-operatório e do centro cirúrgico, desafios de cuidar onde tempo, ambiente e cliente são objetos de sua atenção, quando precisa considerar, todos os movimentos que ele faz.

Esperar é sempre uma situação que coloca aquele que espera a sentir sensações de alegria, desconforto, desprazer, angústia, medo. Esperar é ficar expectante com o que irá acontecer. É só pensar como ser humano, quando espera alguém amado para que o corpo se encha de vigor, de calor, de alegria ou de esperar algo que não queremos, de visitas ou situações indesejadas, que podem ser danosas, ariscadas para o corpo que age e reage fisiobioquimicamente.

Neste momento pensamos como cuidar deles que estão em casa e de repente lembramos dos Programas de Saúde da Família que não dão conta desta questão específica “pré-operatório” que nos parece indicadora de uma outra perspectiva – pensar no “modo de viver” enquanto de compreender essa enfermagem à distância, de Saúde Comunitária articulado ao hospital, a cirurgia que acontecerá, sem data marcada. O doente/cliente fica à espera de um toque do telefone chamando-o para cirurgia. Parece-nos que estamos precisando de uma abordagem diferente na busca de um cuidado que valorize à espera do cliente e de seus familiares. Essa é a posição da busca de uma diferente abordagem trazida por (FIGUEIREDO E IRACI, 1998p455), como paradigma no pré-operatório:

(...)a invenção de um novo paradigma científico incluem estratégias para a prática de cuidar e do ensinar a cuidar; a conhecer o sujeito que se encontra no

mundo, na família, no social e consigo mesmo, intervir na perspectiva de melhorar seu bem-estar construindo um espaço de comunicação, transformação e produção de saberes e tecnologias, considerando os aspectos econômicos, culturais e político-sociais(...)

Aqui seria valorizar **“Espera”** com um padrão de cuidado, uma espera saudável, que deve manter a qualidade de vida daquele que espera.

A reflexão que fazemos nesta categoria é a de acreditar que é preciso ter enfermeiras no ambulatório de cirurgia para que façam um primeiro diagnóstico e que seja articulado ao Programa de Saúde da Família, quando a enfermeira deste programa poderia cuidar dele enquanto espera a internação, com visitas, orientações e quem sabe, até se comunicar com a enfermeira do ambulatório de cirurgia.

Também implicaria que esta primeira consulta fosse considerada pelos enfermeiros da enfermagem que reforçariam o diagnóstico já identificado e acrescentariam outros problemas no pré-operatório quando da consulta na internação. Segundo PADILHA (2004p 162):

a consulta é uma atividade diretamente prestada pelo enfermeiro ao cliente, através da qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuem a promoção , proteção, recuperação ou reabilitação do cliente”.

Aqui estamos querendo incluir o tempo de esperar como indicador de cuidados, considerando as diversas passagens entre esperar e chegar ao centro cirúrgico.

Enquanto esperava a cirurgia os clientes indicaram no ato de internar fenômenos advindos do ESPERAR a cirurgia e os RISCOS nas falas que identificamos como sugestivas de indicadores de qualidade a serem considerados na sistematização, como:

- Medo
- Preocupação
- Angústia
- Ficar esperando o preparo do leito
- Ficar no corredor na maca dentro do centro cirúrgico esperando ser operado
- Sentir calor (na enfermagem), frio no centro cirúrgico/recuperação
- Não conhecer quem vai cuidar dele
- Ninguém se identificar para ele
- Corpo manipulado com gestos duros (brutos)
- Falta de conversa e acolhimento como necessidade

São ações de cuidados nas passagens que se movimento num campo subjetivo e concreto que envolvem pessoas que cuidam do corpo que espera a cirurgia – corpo do ser humano que tem necessidade singular, particular, o que difere uns dos outros e por isso estar no pré-operatório nos obriga saber o que ARAUJO e cols. (2004p209) nos dizem:

a experiência de submeter-se a um procedimento anestésico cirúrgico representa um evento marcante na vida de cada ser humano. Ter que ser operado implica ter que deixar de realizar muitas escolhas, ver suas necessidades básicas afetadas como um todo e, mais, confrontar-se com dificuldades de ordem físico, psicológico, social e até espiritual.

Buscando incluir o **Esperar** como cuidado perioperatório encontramos dois objetivos propostos por CASTELLANOS E JOUCAS (1990p353) definidos como:

O primeiro trata da ajuda ao paciente e sua família, a compreender seu problema de saúde, a preparar para o tratamento anestésico cirúrgico proposto e suas consequências e a utilizar seus mecanismos de defesa, fisiológicos e psicológicos durante este período. O segundo, diminuir o máximo de riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação e, a utilização dos materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento dos procedimentos anestésicos cirúrgicos, bem como colaborar na consecução destes procedimentos”.

Agora eles esperam a passagem da Enfermaria para dentro do Centro Cirúrgico trazendo marcas de experiências de ser cuidado sem conhecer a equipe, de estar com medo, ansioso, de não ser manipulado com delicadeza e da lembrança de um ambiente quente e cheio de mosquitos e de uma alimentação ruim.

O amanhã do **Esperar** pode ser desencadeador de tensões e ficamos pensando que conhecer o cliente antes da cirurgia, nós enfermeiros das enfermarias, mas do que a equipe do centro cirúrgico: cirurgião, anestesista, enfermeiro, maqueiro estamos envolvidos nesse **cuidado** de pré-passagem, como mostrar o centro cirúrgico e os equipamentos para eles.

Entrar no centro cirúrgico é o limite do **Esperar** quando eles mudam de sentimento a esperança é real ou ainda acreditam que tudo vai dar certo. É o ritual da passagem da enfermaria para dentro do centro cirúrgico: outros espaços, outras expectativas, outras esperanças.

A segunda categoria DEPOIS de ESPERAR: a cirurgia e as intervenções de cuidar, trata de sentimentos após a cirurgia e de impressões sobre o tempo de operar, sobre ambiente, leito, jejum, centro cirúrgico; o que deve melhorar, pós-cirurgia, no centro cirúrgico; depois da cirurgia, sobre recuperar, dificuldades encontradas nos **Quadros** 28 e 29.

Finalmente, todos 22 clientes comprovaram que o tempo gasto de saída de casa até chegar na Enfermaria **Quadro** 31 é sempre um indicador que não é entendido como elemento do cuidado de enfermagem e que vale a pena pensar sobre ele.

Dentro do centro cirúrgico além de nossas preocupações imediatas, é de estar atentos a sua segurança, se os exames pré-operatório estão no prontuário, se os cuidados propostos foram feitos, se “ele é ele mesmo”, se o sítio cirúrgico está delimitado e se é mesmo o local certo, além das informações sobre alergias.

Adormecido as preocupações com os sinais e reações de vida são do anestesista, mas uma enfermagem atenta pode também, contribuir com a detecção de problemas vitais principalmente nos momentos em que o anestesista sai da cena. A enfermagem circulante

dentro da sala é a que faz e produz comunicação, além de atender as solicitações do cirurgião, do instrumentador e na reposição de material, medicamentos, transfusão e etc.

Segundo ARAUJO e cols. (2004p227) as intervenções de enfermagem no intraoperatório, são assim entendidas:

a atenção a atividade na sala cirúrgica é focalizada sobre os aspectos psicológicos e sobre as reações fisiológicas do cliente. Como a cirurgia é geralmente um processo estressante, ele precisa da segurança de saber que alguém está lhe proporcionando proteção durante os procedimentos, desde o seu transporte da maca para a mesa cirúrgica até a indução da anestésica, bem como seu retorno ao vínculo de internação, após a recuperação da consciência no término da cirurgia.

Acabou a cirurgia, a passagem é pela recuperação, momento em que a enfermagem retoma para si os cuidados com o corpo biofisiológico com atenção para os sinais vitais, nível de consciência, eliminações, sangramentos, dor e administração de medicamentos, conforto o momento em que a maioria dos clientes em pós-operatório imediato ainda sonolento, acordando da anestesia (para novamente se descobrir no mundo real). Quem ele vê e a necessidade de se identificar.

Na passagem da Recuperação para Enfermaria, ele volta para um lugar, aparentemente, seguro o leito que já conhece. Mas a cirurgia pode ser acompanhada de dor, desconforto por uso de sondas ou impossibilidade de andar e as mesmos problemas anteriores relacionados ao ambiente: mosquitos, barulhos, iluminação, aeração (calor e frio), que chamamos de necessidades indicadoras de intervenção.

O medo continua, se antes era do desconhecido, agora é dúvida se vai ficar bom, quando vai tirar a sonda, poder comer e fazer o que fazia antes, principalmente quando a cirurgia é mutilante ou que muda um funcionamento normal, como uma colostomia.

Nos resultados também surgem indicadores, **TEMER algo ou TER MEDO** é também um padrão a ser considerado que envolve ações práticas e subjetivas para aliviar os vários sentimentos/emoções que nascem deste temer, segundo ARAUJO e cols. (2004 p246) “o medo talvez seja um dos sentimentos mais presentes no indivíduo que se encontra hospitalizado. A ansiedade e os temores vivenciados por eles podem ser estendidos muitas vezes, até o pós-operatório”.

Lembrando que a intensidade do medo e da ansiedade variam de pessoa para pessoa, o que implica numa atenção também variada para uma mesma situação e pessoas diferentes” Segundo BRUSTCHER (1986) IN:Araujo:

afirma que a Hospitalização, mais do que a própria doença pode perturbar a vida de um cliente e sua família, contribuindo para sua inquietação e ansiedade. Lembra, ainda que frequentemente, demonstrações de coragem e segurança servem para mascarar uma verdadeira condição psicológica de desconforto e temor decorrente da turbulência que a internação Hospitalar lhe causa...(…)...

Foi no pós-operatório, quando sugerem mudanças na Equipe no ambiente e no cuidado que eles desdizem as impressões positivas expressadas em diversos quadros e que estão na síntese da análise dos quadros, que deram origem a essas categorias (Q20 ao Q30). Os motivos para estas respostas são diversos e, que sabemos sem significados empiricamente construídos no cotidiano de cuidar.

Na verdade, o que eles nos dizem a beira do leito, quando chegam é de que sua única preocupação é fazer a cirurgia, é como se fosse um sorteio lotérico principalmente em termos atuais onde as demandas são grandes e no número de cirurgia é pequeno. Ser operado para eles é uma benção.

Os sentimentos e as impressões deles vão se ampliando a medida que vão vivendo a experiência de estar à espera da cirurgia e de tudo que acontece depois dela. É o tempo do depois de se darem conta de suas possibilidades, de suas implicações cotidianas de viver, de suas limitações e possibilidades.

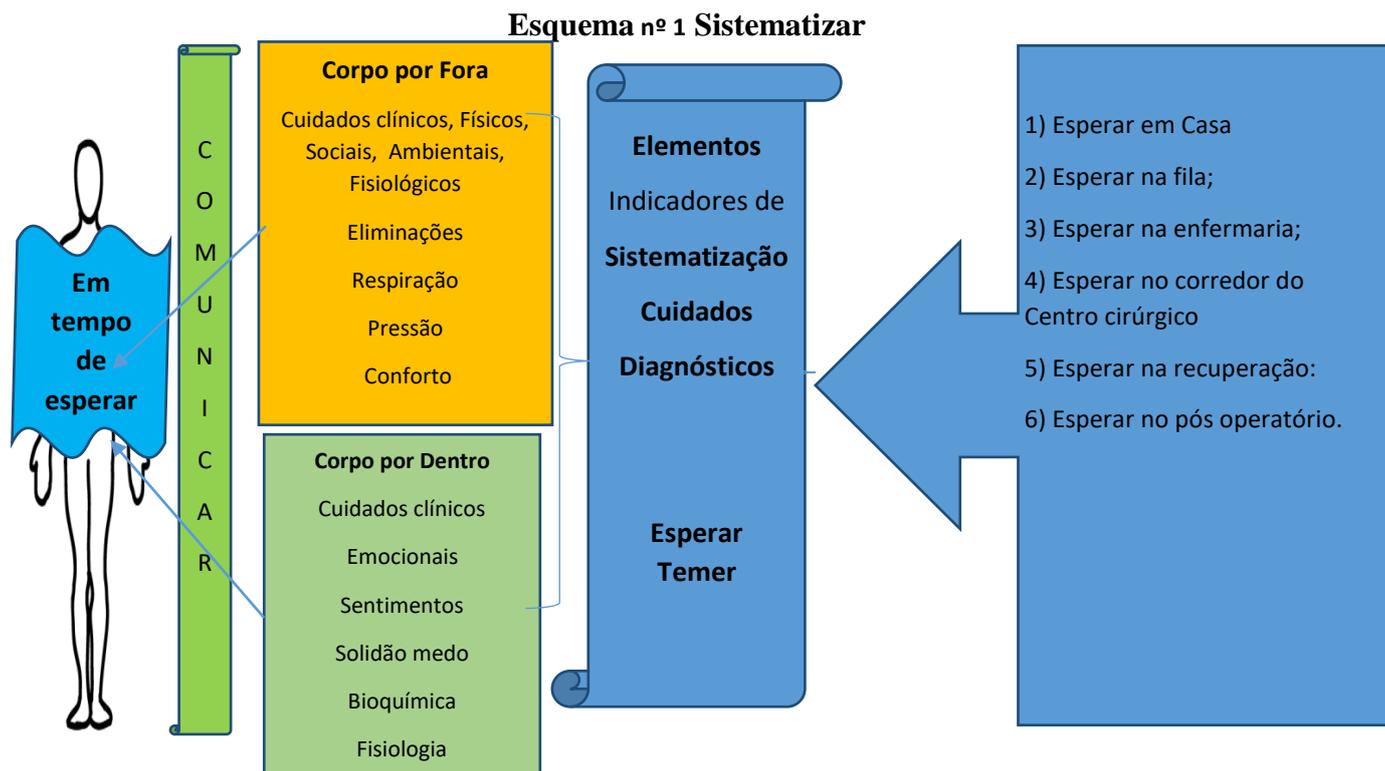
É nesse DEPOIS (pós-operatório) que algumas situações esperadas ou não podem fazer com que compreendamos a função da enfermeira no pós-operatório dos clientes submetidos as cirurgias e anestésias. Compreensão de uma ação que pode ser de menor de média ou grande complexidade..

Considerações Finais

Este estudo produziu indicadores de sistematização do cuidado como PADRÃO ESPERAR E TEMER a cirurgia.

Uma outra questão que foi identificada além de Esperar e Temer é de que precisa mudar o modo de cuidado com a saúde e/ou doença realizados (necessitam ser revistos). Quanto a nós esta revisão diz respeito aos cuidados inexistentes com dimensionamento de pessoal, de infraestrutura, de gestão um modo geral que não provocam no cliente nenhuma reação por que não sabem “como cidadãos” ou por falta de conhecimento dos DEVERES do estado para com eles e dos DIREITOS que tem em exigir cuidados SEGUROS, ÉTICOS e de QUQLIDADE, por isso a afirmativa de “muito bom” merece reflexão –ação dos gestores e profissionais que cuidam e que atendem aos clientes.

As considerações aqui colocadas são primeiras e não podemos achar que os dados produzidos são únicos. É preciso replicar e ampliar o número de participantes dos envolvidos no estudo se os REGITROS e o DIAGNÓSTICO de necessidades de cuidados se tornarem uma exigência cotidiana a partir do Esquema 1 que consideramos como que é aquele que dá conta de uma sistematização.



Finalmente as discussões nas duas categorias reafirmam a compatibilidade que envolve uma **Sistematização do Cuidado** para o cliente que é único, singular, livre onde o ponto comum entre eles é **Espera e Temer**. Sua complexidade é humana o que os faz, diferentes, entender diferente, querer coisas e ambientes diferentes. Num determinado momento ele apresenta um desejo, que no outro cliente é inversamente o contrário (como sentir calor, frio, gosto do alimento, ruído, iluminação, etc.). Se uns acham que o cuidado é bom e outros sugerem melhoria do cuidado, da comunicação e do ambiente o que indica o quão é difícil pensar holístico (para todos), pois cada um exige um cuidado diferenciado. Agora é só esperar o eu este estudo pode provocar na Enfermagem neste momento ou, quem sabe, deixar para depois, para novos estudos ou novas ordens.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO AS SAÚDE. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília,2013. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acessado em 04/07/2013.

BARDIN, Laurence- **Análise de Conteúdo** edição revista, Edições 70 LTDA, Lisboa 2011.

BRUSTSCHER, OPSM- Humanização: Enfermeira do Centro Cirúrgico e o Paciente de Cirurgia, Enfoque. São Paulo, Vol. 14; nº 1; p4-6, 1986

CASTELLANOS BEP; JOUCLAS, VMG – Assistência de Enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. Rev. Isc. Enf. USP 24(3):359-370, 1990.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Cirurgia Segura**. Artigo de atualização escrito por Carmem Ligia Sanches de Salles, Dirceu Carrara, Denise Miyuki Kusahara. Revisão. Maria de Jesus Castro Souza Harada. Membros da Câmara Técnica do COREn SP. São Paulo, fevereiro de 2011. Boas práticas. Disponível em <<http://coren-sp.gov.br/sites/default/files/cirurgia-segura.pdf>> Acessado em: 04/07/2013.

CIANCIARULLO, Tamara I; GUALDA D.M.R; MELLEIRO M.M; ANABUKI M.H. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo; Ícone, 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FIGUEIREDO, Nélia M.A. de. **Diagnóstico de Enfermagem-** São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Diagnóstico de Enfermagem- adaptando a taxinomia a realidade**, 2º edição, Yendis, São Paulo, 2009.

GIL, A.C.- **Como elaborar Projetos de Pesquisa-** São Paulo: Atlas, 2002.

LEITE J.L. e MACHADO, W.C.A. – **Centro Cirúrgico - atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**, São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, ed.2006

MINAYO, Maria Cecília de Souza (ORG.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80p.

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

SILVA, e Roberto C. L. da: PORTO, Isaura S; FIGUEIREDO, Nélia M. A. de e PRAÇA, Barbara- **Cuidados do cliente no Pré-operatório e no transoperatório-** Capítulo 3 do (p37a46) de autoria de FIGUEIREDO, N.M

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PADILHA, M. Itayara C. de Souza – **Prevenção/Promoção/Proteção/Recuperação e Educação para a saúde dos clientes no ambiente Hospitalar-** Terceira parte do capítulo II p 159-179 IN:SANTOS, Iraci e cols- Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar- Realidade- Questões- Soluções- São Paulo- Ed. Atheneu, 2004 (serie atualização em Enfermagem)

VIANA, D.L- **Boas Práticas de Enfermagem-** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010

WACHTER, Robert M. – **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH,2013

