

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LUANA DE CARLI NIERO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA-
CONHECENDO O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO CIRÚRGICO**

VITÓRIA
2014

LUANA DE CARLI NIERO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA-
CONHECENDO O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Salesiana de Vitória Apresentado como requisito para aprovação na Graduação em Enfermagem.

Prof^a. Orientadora: Maristela Villarinho de Oliveira

VITÓRIA

2014

LUANA DE CARLI NIERO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA-
CONHECENDO O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO CIRÚRGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Salesiana de Vitória Apresentado como requisito para aprovação na Graduação em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof. - Orientador

Prof. - Instituição

Prof. - Instituição

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse.

Aos meus pais e meu irmão, Sebastião, Geziane e Luan, pelo apoio, incentivo, compreensão, amor e principalmente pelo companheirismo estando sempre ao meu lado quando precisei.

Ao meu namorado, Diego pela dedicação, amor, compreensão e paciência naqueles dias que tudo parecia difícil.

A minha orientadora Maristela pelo auxílio prestado durante a realização desta pesquisa.

Agradeço aos familiares e amigos, em especial a Lidiane, cujo apoio, incentivo e torcida foram fundamentais para o meu sucesso.

Aos companheiros de turma e os amigos de estágio, pelos inesquecíveis momentos que juntos desfrutamos.

Em especial a minha comadre Schirlane pelas rezas e telefonemas nos momentos em que tudo parecia dar errado.

“Existem duas formas de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos, nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença”.

(Roberto Shinyashiki)

RESUMO

Discutindo a temática Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: tecendo uma rede de saberes e fazeres para conhecer o papel do enfermeiro a proposta deste estudo é identificar a importância da Sistematização de Enfermagem Perioperatória destacando as três etapas da assistência de enfermagem individual, com vistas a garantir o conforto e a segurança do paciente e auxiliar a restabelecer o seu equilíbrio fisiológico e independência após o procedimento cirúrgico. Para alcançar este objetivo, o referencial teórico deu ênfase à Sistematização da Assistência de Enfermagem que direciona as ações do profissional e a Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatório que consiste em uma metodologia de trabalho do enfermeiro no cuidado com pacientes no Centro Cirúrgico e, ainda, o papel da enfermagem e do enfermeiro neste ambiente de trabalho. A metodologia aplicada consistiu em um levantamento bibliográfico que teve como base trabalhos de diferentes autores: Adamy, Tosatti (2012); Avelar, Silva (2005); Cavalcante e outros (2011); Conselho Federal de Enfermagem (2009); Christóforo, Carvalho (2009); Fernandes (2010); Fonseca, Peniche (2010); Passos (2012) entre outros. O levantamento bibliográfico permitiu constatar a importância do conhecimento, organização e planejamento do enfermeiro enquanto personagem principal do processo de enfermagem, sendo a sistematização função privativa dele e também intensifica através de constatações científicas a obtenção de melhores resultados decorrentes da melhora na qualidade de assistência devido a implantação de um método sistematizado.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatório. Centro Cirúrgico. Enfermeiro.

ABSTRACT

Discussing the topic of Systematic perioperative nursing care: weaving a network of knowledge and practices to meet the nurse's role in this proposed study is to identify the importance of systematization of Perioperative Nursing highlighting the three stages of individual nursing care in order to ensure comfort and patient safety and help restore its physiological balance and independence after surgery. To accomplish this, the theoretical framework emphasized the systematization of nursing care that directs the actions of the professional and systematization of Perioperative Nursing Care consisting of a methodology of work of nurses in caring for patients in the operating room, and also the role of nursing and nurses in this environment. The applied methodology consisted of a literature that was based on the work of different authors: Adamy, Tosatti (2012); Avelar, Silva (2005); Cavalcante and others (2011); Federal Board of Nursing (2009); Christoforo, Carvalho (2009); Fernandes (2010); Fonseca, Peniche (2010); Steps (2012) among others. The literature survey revealed the importance of knowledge, organization and planning of the nurse as the main character of the nursing process, and the systematization private function and it also intensifies through scientific findings to obtain better results from the improved quality of care due to implement a systematized method.

Keywords: Systematization of Nursing. Systematization of Perioperative Nursing Care. Surgical Center. Nurse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 Pirâmide das necessidades de Maslow	29
Figura 02 Recursos humanos na saúde: aspectos estruturais.....	30
Figura 03 Evolução da produção científica sobre a SAE	32
Figura 04 Centro Cirúrgico de uma unidade hospitalar	38

LISTA DE SIGLAS

BIREME	Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
CC	Centro Cirúrgico (CC).
CEF	Conselho Federal de Enfermagem
PA	Pronto
OS	Pronto Socorro
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	Scientific Electronic Library Online

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM	25
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	31
2.2.1 Processo de Enfermagem	36
2.3 CENTRO CIRÚRGICO.....	38
2.4 PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	42
2.4.1 Classificação e características das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória	44
2.4.1.1 Pré-operatório	45
2.4.1.2 Transoperatório	48
2.4.1.3 Pós-operatório	48
2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO.....	50
2.5.1 No Centro Cirúrgico	52
2.5.2 Junto à família	54
2.5.3 Humanização do trabalho de enfermagem: requisito para a qualidade da assistência	56
2.5.3.1 Relacionamento interpessoal interfere na humanização do atendimento em saúde	60
2.5.4 Qualidade e humanização: diferencial está na formação continuada	61
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	71

1 INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem é uma das principais ações no cuidado da saúde do paciente, daí a importância da formação continuada para qualificar o profissional e promover a saúde. Normatizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (CFE), a Resolução nº. 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no setor público e privado destacando no art. 2º, Incisos I, II, III, IV e V as atividades que devem ser realizadas que consistem em “[...] coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem” (BRASÍLIA, 2009, p. 317).

A SAE direciona a atuação do enfermeiro no exercício de suas atividades profissionais e facilita o desenvolvimento da assistência ao paciente. Neste contexto, “a implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado [...]” (PICCOLI; GALVÃO, 2001, p. 38).

A proposta da SAE permite armazenar informações com qualidade, melhora a comunicação entre enfermeiro e paciente. “Comunicar consiste em ato de enriquecimento mútuo, tanto do emissor quanto do receptor” (SILVA; NAKATA, 2005, p. 674).

Há diferentes maneiras de sistematizar a assistência de enfermagem, entre elas podemos mencionar “os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem” (CARVALHO; BACHION, 2009, p. 466).

O processo de enfermagem (PE) trata-se de um método empregado para organizar a assistência de enfermagem, sendo privativo do enfermeiro, e quando aplicado de forma correta possibilita a prestação de uma assistência segura, dinâmica e humanizada (HORTA, 1979).

O cuidar em enfermagem resume-se em ser solidário e colocar-se no lugar do outro tendo como objetivo promover uma melhor qualidade de vida a este paciente. (SOUZA, 2000).

Percebe-se que a SAE contribui significativamente com o Processo de Enfermagem (PE) que segundo estudos de Horta (1979) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano, por isso é um importante “[...] recurso que o enfermeiro dispõe para aplicar e demonstrar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos no cuidado ao paciente e caracterizar sua prática profissional” (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004, p. 33).

O profissional de enfermagem atua em diferentes frentes ao prestar assistência ao paciente, tais como no setor de urgência-emergência, Pronto Atendimento (PA), Pronto Socorro (PS), Centro Cirúrgico (CC). Na assistência ao paciente no Centro Cirúrgico a comunicação é um fator importante “[...] entre a equipe e as outras unidades, pois, interfere na dinâmica de funcionamento [...]” (STRUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006, p. 468).

Analisando as necessidades específicas das funções do profissional, na assistência ao paciente cirúrgico é importante melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. É preciso lembrar que a “evolução cirúrgica e novas descobertas de tecnologias auxiliam significativamente a enfermagem avançar na assistência perioperatória” (ADAMY; TOSATTI, 2012, p.301).

Com as novas tecnologias é possível “[...] alcançar esta qualidade por meio da utilização do processo de enfermagem aplicado ao paciente cirúrgico, denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP)” (CHISTÓFORO, CARVALHO, 2009, p. 15).

Além de melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem, a SAEP amplia a integração entre o paciente e o profissional enfermeiro e também contribui para satisfação das necessidades humanas básicas e segurança emocional “por meio da visita pré-operatória e da aproximação do profissional de enfermagem do centro cirúrgico com os pacientes” (THIESEN, 2005, p.57).

A implementação da SAE na prática assistencial vem ocorrendo cada vez mais, possibilitando uma maior segurança aos pacientes e favorecendo a prestação de uma assistência eficiente, além, promover uma maior autonomia aos enfermeiros (TANNURE, 2011). Por meio da SAE é possível direcionar a atuação do enfermeiro em suas ações, facilitando o desenvolvimento da assistência de enfermagem (PICCOLI; GALVÃO, 2001).

Na prática de enfermagem, o profissional está habilitado a desenvolver várias atividades. Nesse, por ser uma metodologia de trabalho com objetivo de aperfeiçoar e qualificar a assistência, a SAEP abrange atividades inerentes a três fases: pré-operatória, intraoperatória ou transoperatória e pós-operatória apresentadas nos estudos de Smeltzer e outros (2009).

Para que as fases alcancem seus objetivos, a SAEP possui um padrão assistencial no qual destaca que a sua implantação no campo da saúde brasileira contribui num “[...] ritmo crescente para a construção do conhecimento e influenciando positivamente o enfermeiro para um bom desempenho da assistência ao paciente cirúrgico e sua família.” (FONSECA; PENICHE, 2009, p.432).

A relevância da SAEP na recuperação da “integridade e plenitude biológica, psicológica, social e espiritual do paciente não tem sido o suficiente pra garantir efetiva assistência de enfermagem perioperatória” (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006, p.246).

Algumas dificuldades revela a percepção dos enfermeiros de um hospital de ensino, entre elas estão: agregação de funções administrativa e assistencial concomitantes, falta de tempo, horário de internamento, escassez de recursos humanos, falta de ficha específica para a visita, excesso de rotinas nas unidades, falta de planejamento, falta de um protocolo na instituição para realização da visita, rotina de serviço que impede a saída da unidade, mapa cirúrgico não confiável, falta de prioridade à visita, dados desnecessários na ficha de visita que é utilizada atualmente (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

Rotina de trabalho é algo quase inexistente no âmbito da enfermagem em se tratando da assistência profissional devido às características que envolve as atividades e funções do enfermeiro (BARRETO, 2012).

Nesta perspectiva, este estudo tem como propósito destacar os meios favoráveis à ampliação do contexto da assistência de enfermagem perioperatória apresentando os conceitos gerais e destacar a importância da implementação da SAEP. Nesse sentido, definiu-se como problema de pesquisa: partindo dos pressupostos da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória qual o papel do enfermeiro no processo cirúrgico?

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo consiste em verificar no processo cirúrgico a importância do profissional enfermeiro na Sistematização de Enfermagem Perioperatória.

Os objetivos específicos consistem em: descrever as etapas do processo cirúrgico; apontar a importância do papel do Enfermeiro no processo cirúrgico; verificar a SAEP como ferramenta de uma assistência individualizada, integral e de qualidade ao paciente cirúrgico e indicar o papel do Enfermeiro na SAEP.

O tema foi escolhido devido à relevância social, científica e profissional da prática de enfermagem no cuidado e assistência do paciente na perspectiva da Sistematização de Assistência da Enfermagem Perioperatória no Centro Cirúrgico. Estes fatores justificam o desenvolvimento desta pesquisa que é uma temática que tem grande repercussão na população e importante, principalmente nos dias atuais, quando muito se critica a atuação profissional do enfermeiro. Assim, destacar como se processa o trabalho e suas exigências para o exercício profissional serve para apontar à sociedade que o enfermeiro tem capacidade, habilidade, conhecimento e técnica na condução e efetivação de suas atividades e funções.

Esta é uma pesquisa do tipo exploratória, realizada através de uma pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2002, p. 44) se desenvolve com base em “material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos. No caso deste estudo, serão utilizados em maior quantidade, os livros”.

As etapas da elaboração desta revisão foram as seguintes: definição do objetivo da revisão; determinação dos critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); análise dos resultados, discussão e conclusão.

Estabeleceu-se como universo de fontes de dados para este estudo artigos científicos e dissertações indexadas nas bases de dados Bireme (Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde); SciELO (Scientific Electronic Library Online); e livros, publicados de janeiro de 1998 a agosto de 2014. Foram obtidos através das seguintes palavras-chave isoladas e agrupadas: assistência ao paciente, sistematização da assistência de enfermagem, assistência perioperatória, cuidados de enfermagem; no idioma português. Foram excluídos artigos científicos que apresentavam apenas o resumo e publicações com datas a mais de cinco anos de aprovação.

A estrutura de desenvolvimento deste estudo ficou assim definida:

Na Introdução, apresentação do tema, problema, objetivos, justificativa e metodologia.

No capítulo 2, Revisão da Literatura, abordagem destaca os principais aspectos e dados da prática de enfermagem, qualidade dos serviços e da assistência, atribuições do enfermeiro, centro cirúrgico, processo de enfermagem, humanização do atendimento e Sistematização de Enfermagem Perioperatória e suas etapas descrendo as características de cada uma.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

Amigo, guardião, fiel, socorrista e ainda o profissional que auxilia a recuperar a saúde são algumas das características atribuídas ao enfermeiro e são elementos que constroem a sua relação com o paciente (VALE, 2008).

Assistência à saúde deu origem à enfermagem que resultou no produto de seu trabalho, ou seja, serviço, pois cuidar do ser humano é importante para que a vida seja mantida até o seu limite. Desta forma, na definição de Rodrigues e outros (2003, p.26), a enfermagem consiste em uma prática social cooperativa destinada ao desenvolvimento de ações “assistenciais, administrativas e educativas, exercida por várias categorias profissionais, hierarquizadas por complexidade de concepção e execução”.

Este trabalho que exige conhecimento científico, estabelecimento de relações profissionais e interpessoais. A enfermagem enquanto atividade básica de assistência ao indivíduo, tem como característica ser institucionalizada em função de ser desenvolvida, prioritariamente em instituições de saúde pública ou privada (RODRIGUES et al., 2003).

Em seus estudos de Leopardi e outros (2001, p.39) destacam “o trabalho de enfermagem possui processo complicado e contribuem apontando uma combinação tripla de ações básicas não dissociadas: educação, cuidado e gerência dos serviços de enfermagem” e as características de cada uma das ações que formam compõem a frente de trabalho da enfermagem propostas pelo autor consistem em:

- a) **O processo de trabalho cuidar:** basicamente atua como um identificador da profissão, através e no qual a atuação da enfermagem visa atender as necessidades relacionadas à saúde do ser vivo.
- b) **O processo de trabalho educar:** o foco é despertar a sensibilidade acerca da conscientização dos assuntos relacionados à saúde individual e coletiva, fundamentado no respeito, crenças, hábitos, valores e conhecimentos das partes envolvidas. A comunicação exige planejamento de acordo a quem se destina, ou seja, em conformidade com o objeto de trabalho.

c) **O processo de trabalho gerenciar:** privativo do enfermeiro tem como característica a atividade provedora de recursos humanos, físicos e materiais no desenvolvimento do cuidado e/ou da educação. Em síntese, é a organização.

Várias são as tentativas para conceituar enfermagem com objetivo de poder articular claramente os papéis e funções deste profissional. Apesar da evolução das definições de Enfermagem não existe, no entanto, uma definição aceita universalmente (SANTOS, 2005).

Em seus estudos, Rocha; Almeida (2000, p. 3) apresentam uma definição de enfermagem e aponta a sua principalmente responsabilidade quando afirmam:

Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde. A enfermagem é descrita como um processo que pode integrar a relação entre estes componentes.

Abrangente, a função da enfermagem está intimamente relacionada ao cuidado do indivíduo, saudável ou doente, na realização de suas funções de forma ajudá-lo a manter a sua saúde ou recuperação, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência (REME, 1997).

Uma das funções do enfermeiro é auxiliar o paciente a satisfazer suas necessidades estimulando o autocuidado e, em caso algum, substituir a pessoa nas atividades que ela possa realizar por si. A definição apresentada por Forigo (2011, p. 33) diz a enfermagem é no essencial “ encontro do enfermeiro com um doente e sua família, no qual observa, ajuda, comunica, entende e ensina e contribui para a conservação de um estado ótimo de saúde [...]”.

Ao profissional enfermeiro é necessário conhecimento técnico, habilidades, apreensão das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente e, ainda, elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando, ao mesmo tempo, consciente de que as utilizações de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resultam não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio (ZURRIAGA et al.,1995).

Para apreender um maior entendimento do que é a enfermagem na atualidade da área da saúde é importante estabelecer um paralelo do que ela foi e como essa profissão surgiu. A história muito tem a nos mostrar e nos fazer compreender a visão ao abordar a preocupação da enfermagem destaca que ela, teoricamente, nasceu com Florence Nightingale afirmava que a enfermagem “requer conhecimentos e suas premissas estabelecem um conhecimento direcionado às pessoas, às condições em que elas viviam e em como o ambiente poderia atuar, positivamente ou não, sobre a saúde delas” (NIGHTINGALE, 1989, p. 15 apud TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Fica evidenciado que em décadas passadas, já existia certo incômodo e preocupação com a saúde das pessoas, ou seja, o cuidado humano estava sendo inserido neste momento quando Florence entende que o indivíduo vai além do visível, do palpável, da patologia e que cuidar é um processo. Nightingale idealizou a enfermagem alicerçada em reflexões e questionamentos com o objetivo de construí-la sob um arcabouço de conhecimentos técnico-científicos distintos do modelo existente, ou seja, o biomédico (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Diante disso, entende-se que a profissão nasce sob a concepção de que o modelo biomédico que trata a doença, não era o que caracterizaria a enfermagem, que trata o ser humano em sua totalidade, de forma única, mas, por inteiro. A enfermagem desde então já traz consigo o sentido real de cuidado, de humanizar, de olhar para o outro e enxergar além (PEREIRA, LIMA 2006).

Entretanto a enfermagem no decorrer da história assume uma postura contrária à idealizada por Nightingale, deixando a orientação de o imediatismo dirigir a referência profissional. Baseando-se agora em rotinas práticas, de modo empírico e não sistematizado (SOUZA, 1984 apud TANNURE; PINHEIRO, 2011).

A enfermagem perde o foco e acaba também perdendo seu espaço. Ficando assim, estagnada no tempo, e dependente de conhecimentos e conceitos preexistentes. Tornando suas ações mecanizadas e ditadas por outros profissionais (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Foi nesse mesmo período que diante da influência dos decorrentes acontecimentos tais como as guerras mundiais, movimentos femininos, desenvolvimento das ciências e da educação, modificações socioeconômicas e políticas, que a

enfermagem através das enfermeiras iniciam vários questionamentos sobre o estado atual da prática profissional e então passam a refletir sobre ela (PEREIRA, LIMA 2006).

A visão dominante quanto ao cuidado vinculado apenas aos sistemas biológicos começou a ser enriquecida com um novo enfoque do ser humano enfatizou o “cuidado de enfermagem como um processo interpessoal, centrando na assistência de enfermagem na pessoa e na promoção da sua integridade, percebendo-se o doente como pessoa com necessidades [...]” (TANURE; PINHEIRO, 2011, p. 6).

A enfermagem do trabalho no Brasil ganhou destaque e teve seu marco histórico a partir do ingresso de Enfermeiros em empresas de outros países, mas é fato que há cerca de quarenta anos empresas que multinacionais que se encontravam em território nacional já incorporavam o Enfermeiro nas práticas de saúde ocupacional. A profissão de enfermagem exige constante treinamento, aprimoramento do conhecimento teórico, habilidades técnicas e, principalmente, de formação específica e no âmbito organizacional as atividades são exercidas com base na higiene e segurança do trabalho (GENTIL, RAMOS, WHITAKER, 2008).

Assim a profissão de enfermagem percorre um longo trajeto. Um caminho marcado de altos e baixos que possibilitaram o desenvolvimento de métodos que auxiliam no processo do cuidado. No Brasil o planejamento da assistência surge quando Wanda de Aguiar Horta o enfatiza na tentativa de tornar a profissão de enfermagem autônoma, caracterizando-a como ciência. E isso por meio da implementação do método definido como SAE (GONÇALVES, 2004).

Outra relevante colocação é de Horta (1979, p. 17 apud TANNURE; PINHEIRO, 2011) relatando que a inserção do processo de enfermagem sistematizado no Brasil mostra que o primeiro profissional de enfermagem a abordar esta questão teve como base a

[...] teoria da motivação humana de Abraham Maslow e na teoria de João Mohana para elaborar a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). Ela propôs então as enfermeiras brasileiras uma assistência de enfermagem sistematizada que fez surgir no Brasil uma nova visão de enfermagem.

Voltada para o ambiente administrativo, a Teoria de Maslow tem como base as necessidades humanas, que se classificam em: **primárias** (fisiológicas e de segurança), dizem respeito à sobrevivência da pessoa: salário, casa própria, seguro-

saúde, aposentadoria e até emprego; **secundárias** (afetivo-sociais) têm relação com a estima e autorrealização: desejo de reconhecimento, status, prestígio, realização do próprio potencial, tarefas desafiadoras. “As necessidades humanas apresentam níveis diferentes de força”. O psicólogo americano Abraham Maslow, chegou mesmo a estabelecer uma hierarquia de necessidades (GIL, 2001, p. 122). A Figura 2 mostra a pirâmide da hierarquia das necessidades apresentada por Maslow.

Figura 1 – Pirâmide das necessidades de Maslow

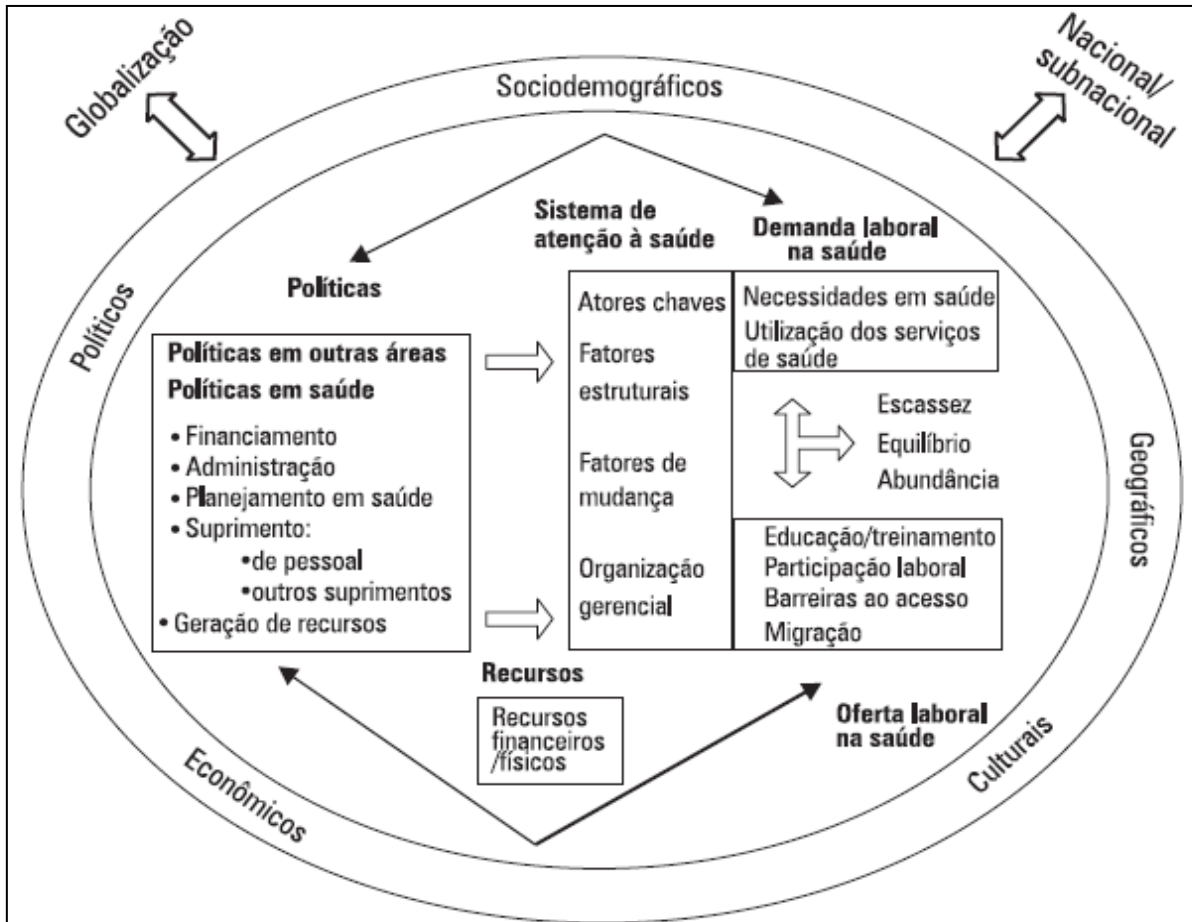


Fonte: Adaptado de Chiavenato (2000).

Em cada fase da pirâmide - básica e de crescimento - há necessidades que devem ser satisfeitas que contribuem para o profissional agregar valor ao seu desempenho. No contexto da saúde, na concepção de Pierantoni (2002), a gestão deve ter seu trabalho centrado em vertentes: orientação de comportamentos singulares dos profissionais subordinados à sua condução; operacionalização da política de saúde. Deve, ainda, focar os resultados nos atos, resolvendo os problemas e não se restringir apenas a cumprir normas, leis e diretrizes.

Com base na concepção de Mercer (apud PIERANTONI, 2002), a Figura 3 representa os aspectos estruturais, apontando a intersectorialidade e a complexidade das ações que envolvem as políticas de recursos humanos para a saúde.

Figura 2 – Recursos humanos na saúde: aspectos estruturais



Fonte: Mercer et. al. (apud PIERANTONI 2002, p.55).

Explicando esses aspectos estruturais dos recursos humanos, Pierantoni (2002, p.58) esclarece que em relação a capacidade gestora em se tratando da profissionalização da gestão em função da necessidade de qualificação, o conservador e patrimonialista se contrapõe à administração pública “profissionalizada que utiliza a valorização, profissionalização do trabalhador com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras”.

O fato de o Enfermeiro do trabalho executar suas atividades dentro de um tempo no qual o inesperado pode acontecer, além de atender as exigências e necessidades dos grupos de trabalho da empresa ou de um trabalhador em particular, exige esforços redobrados. Mesmo dividindo seu tempo entre pensar e agir, acaba gerando um desgaste físico e mental, pois não consegue desligar-se de uma obrigação enquanto realiza a outra (SCHIMIDT et al., 2009).

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

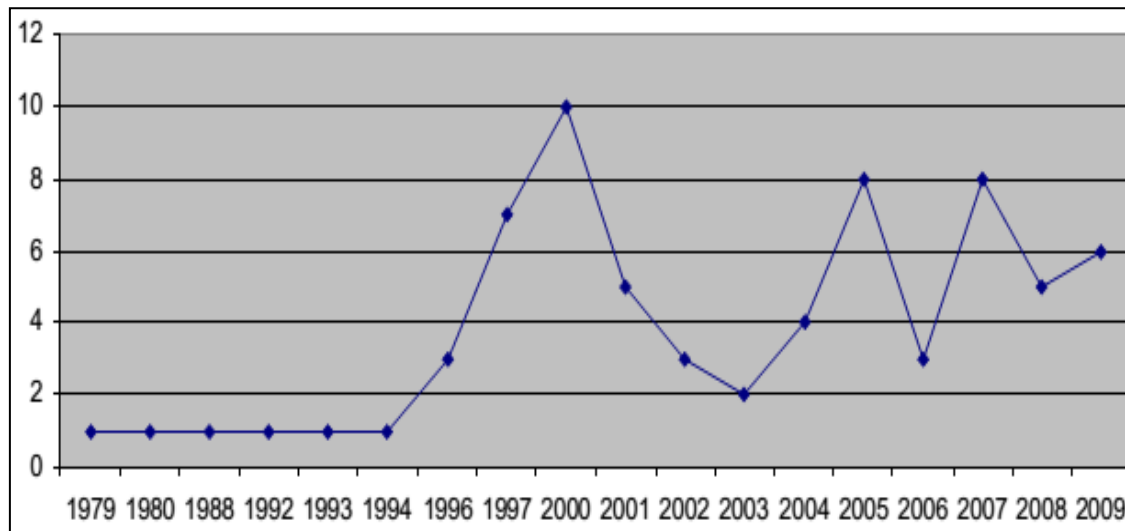
A Resolução 358/09 do COFEN determinou, a partir de 2009, a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todo território nacional. A SAE é uma metodologia que possibilita a organização e a sistematização do cuidado com base no conhecimento científico, permitindo ao “enfermeiro aplicá-los na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, além da promoção de maior segurança e qualidade durante a assistência prestada” (CALVACANTE, et al, 2011, p. 462).

No entanto, desde os anos de 1970 a SAE é um tema discutido no cenário da enfermagem. Esse processo de buscar a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem em termos de publicação de trabalhos científicos sobre a temática, segundo Cavalcante e outros (2011) registra:

- entre as décadas de 1970-1980: poucos, mas constantes trabalhos científicos foram publicados;
- entre 1990-2000: ocorre um crescimento significativo o que demonstra a importância e relevância do tema;
- 2002: ano em que se deu a legalização da proposta de implantação da SAE, as publicações sobre o tema diminuem. “Desde então, a produção científica indexada sobre o assunto vem oscilando com tendências ao crescimento até os dias atuais” (CAVALCANTE et al., 2011, p. 3).

A Figura 4 mostra a linha de evolução das produções científicas sobre a SAE no período de 1979 a 2009, na qual é possível observar que entre 1996-2000 são anos nos quais a elevação é maior.

Figura 3 – Evolução da produção científica sobre a SAE.



Fonte: Cavalcante et al. (2011).

O trabalho de assistência de enfermagem não é uma tarefa simples e descomplicada. Desta forma, havendo metodologias que auxiliem na execução os serviços serão de melhor qualidade. É importante ressaltar que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, um elemento de trabalho favorável para qualidade da assistência. “A implementação da SAE constitui efetivamente uma possibilidade de melhora na qualidade da assistência de enfermagem” (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004, p. 35).

Nesta perspectiva, Sistematização da Assistência de Enfermagem não é tão nova quanto parece. Ela já foi pensada e inserida nas rotinas do profissional de enfermagem há muito tempo, porém, ficou perdida, foi achada, retomou seu processo de desenvolvimento e conseguiu alcançar nos dias de hoje o pódio na área de saúde, sendo um assunto de fundamental relevância para enfermagem (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

Enquanto um instrumento metodológico no exercício profissional de enfermagem, a SAE corrobora com a expansão do conhecimento e influencia na dedicação e comprometimento da enfermagem com seus pacientes. Além disto, busca promover “[...] uma assistência holística, individualizada e mais qualificada ao paciente consolidando o comprometimento e a responsabilidade do profissional perante os pacientes, familiares e comunidade” (ADAMY; TOSATTI, 2012, p. 301).

Visando melhor entendimento e compreensão sobre o que é a sistematização da

assistência de enfermagem alguns conceitos são descritos. Segundo Moraes e Peniche (2003, p. 35) a SAE é uma metodologia de trabalho e requer do enfermeiro “interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas”.

Por outro prisma, Silva e outros (2011, p. 2) conceituam a SAE sendo um “[...] método de prestação de cuidado para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, tendo em vista reduzir as complicações no decorrer do tratamento, facilitando a adaptação e recuperação do paciente”.

O que se observa nos conceitos apresentados é que os autores consideram a SAE um tipo de metodologia. “[...] A SAE é uma metodologia científica de que o profissional enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes” (TANNURE; PINHEIRO, 2002, p. 09).

Segundo Menezes; Priel; Pereira (2011, p. 02), “[...] a SAE representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com o objetivo de identificação das necessidades do paciente que apresenta uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionado a equipe de enfermagem nas ações realizadas”.

Sendo a SAE é uma ferramenta que propicia qualidade na assistência, isto será possível desde que seja utilizada com seriedade, conhecimento e responsabilidade. Seguindo cada etapa de acordo como preconizado para execução do processo de enfermagem (PIVOTTO; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2004).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem encontra respaldo também na Constituição Federal de 1988 que a trata como o exercício profissional da enfermagem assegurado pelo Decreto 94.406/87 que regulamenta a Lei 7.498/86, destaca-se a alínea c, parágrafo I do art. 8º que trata das atividades privativas dos enfermeiros, especificando-a de forma clara “como tarefa privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços do processo de enfermagem” (COFEN, 2009).

Para reforçar ainda mais este respaldo legal, vale ressaltar que Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução 358/2009 tem preconizado que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o processo de

enfermagem. Reconhecida por profissionais de enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem é “considerada um marco institucionalizado nos serviços de saúde e importante ferramenta gerencial utilizada para planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos pacientes” (COFEN, 2009, p. 2).

Com a obrigatoriedade estabelecida na implantação e execução da SAE nas instituições de saúde, com respaldo legal e nas resoluções do COFEN, concebe-se a teoria de enfermagem seja um conjunto de afirmações sistemáticas, relacionadas com questões importantes de uma disciplina, comunicadas coerentemente, compostas por conceitos que se relacionam entre si e que contém aspectos da realidade comunicados que descrevem fenômenos, explicam as relações entre eles, prevê consequências e prescreve os cuidados de enfermagem (MELEIS, 2007).

Complementando, quando se trata da escolha de uma teoria de enfermagem com o propósito de fundamentar a prática de enfermagem, o profissional precisa ter “conhecimento da realidade do seu setor de trabalho, o perfil dos enfermeiros que da unidade, clientela atendida, uma vez que essa caracterização deve estar de acordo com os conceitos da teoria selecionada” (TANNURE; PINHEIRO, 2011, p. 20).

Em todo este contexto e devido as especificidades do ambiente de trabalho da enfermagem o que se espera do enfermeiro é que estude as teorias avaliando os conceitos estipulados por quem os desenvolveu e a conformidade dos enfermeiros com o dia a dia de trabalho (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O conhecimento possibilita ao profissional ampliar seu universo profissional e tornado de qualidade. Nesse sentido, Kobayashi, Leite (2010, p.2) afirmam que “diante de tais fatores e compreendendo que para a organização acompanhar as mudanças do mundo do trabalho os profissionais devem ser cada vez mais qualificados, atualizados [...]”.

Com os avanços, e contínuas mudanças da sociedade moderna, atualmente o comportamento do enfermeiro encontra-se em constante necessidade de mudança. Passando a assistir as pessoas - que se tornaram mais exigentes, mais informadas de seus direitos - com foco não apenas na esfera biológica, mas principalmente de uma forma mais ampla e completa, ou seja, na dimensão social, psíquica e até mesmo espiritual. Portanto, as necessidade das pessoas exigem que as teorias vêm

sendo cada vez mais implementadas na prática. O que tem aumentado a possibilidade de melhora na qualidade da assistência (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Essa constatação pode ser reforçada conforme o que Tannure e Pinheiro (2011, p. 18), afirmando que "[...] as teorias são tão importantes para a assistência profissional quanto para a técnica, a comunicação ou interação, uma vez que servem de guia para o contexto assistencial".

As teorias tem o propósito de possibilitar um melhor conhecimento do campo de estudo e da área profissional. Nesse sentido, ao propor a estruturação e organização do conhecimento de enfermagem, usar as teorias é uma forma de proporcionar sistematicamente a coleta de dados que permite explicar, descrever e promover a "[...] a prática racional e sistemática, torna a prática direcionada por metas e resultados, determina a finalidade da pratica de enfermagem e promove um cuidado coordenado e menos fragmentado" (TANNURE; PINHEIRO, 2011, p. 18).

Desse modo fica esclarecido a importância da SAE como metodologia e teoria técnico-científica que promove melhor qualidade na assistência tanto para o profissional, quanto para o paciente. Nesta perspectiva, são incontestáveis as "[...] vantagens e propriedade de estabelecer a SAE na prática. A teoria auxilia, facilita e direciona a organização das observações realizadas na pratica e a condução das ações [...]" (TANNURE; PINHEIRO, 2011, p. 22).

Os objetivos com propósito de assistência total ao paciente cirúrgico são inúmeros buscam "[...] ajudar o paciente e a família a compreender seu problema de saúde e a preparar-se para o ato anestésico cirúrgico proposto e suas conseqüências [...]" (MORAES; PENICHE, 2003, p. 36).

Em seus estudos acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem, Castellanos e Jouclas (1990, p. 9) descreveram uma proposta de modelo conceitual da SAEP "[...] que abrange os conceitos da assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada". São conceitos importantes e que podem facilitar a prática de enfermagem devido a sua abrangência em relação ao processo de enfermagem.

2.2.1 Processo de Enfermagem

A origem do processo de enfermagem possui raízes fincadas em Nightingale, mas até nos dias de hoje busca-se a evolução acerca do conhecimento a respeito do ato de cuidar, levando em consideração a essência do conhecimento e da prática (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006 apud GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Complementando as colocações acima, Garcia e Nóbrega (2009, p. 189) relatam que:

[...] A expressão Processo de Enfermagem ainda não era utilizada na segunda metade do século XIX, muito embora, à época, Florence já enfatizava a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas. Sua introdução formal na linguagem profissional ocorreu nos anos 50 do século XX, sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, mensuração e análise de dados.

O processo de enfermagem é o método pelo qual se implanta uma teoria preexistente, a qual possibilita a implementação dos cuidados de enfermagem na prática profissional. Dessa forma, teoria e método andam juntos, sendo a execução do método impossibilitado senão houver a teoria para facilitar sua implantação e aplicação. Diante disso pode-se definir o processo de enfermagem de acordo com o que Tannure e Pinheiro (2011, p. 27) afirmam, "[...] é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem [...]".

Segundo o que afirmam as autoras Garcia e Nóbrega (2009, p. 190),

[...] O processo de enfermagem é aplicável em uma ampla variedade de ambientes (instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar ou de serviços ambulatoriais de saúde, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros); e em uma ampla variedade de situações clínicas em que as observações sobre as necessidades humanas da clientela acompanham, *pari passu*, o processo de tomada de decisão acerca do cuidado requerido e a avaliação posterior dos resultados que se obtêm com a ação/intervenção profissional.

Desta forma, compreende-se o quão importante é a tomada de decisões, a execução das atividades de enfermagem e a assistência de forma geral embasados em um método que tem seu alicerce em uma teoria técnico-científica. Onde o profissional aliado a esses fatores agrupa também seus conhecimentos, responsabilidades, autonomia e segurança em seu cotidiano profissional. "Acreditamos que a autonomia na profissão só será alcançada quando toda a classe

começar a utilizar essa metodologia científica - ou seja, quando estiver em prática a aplicação sistemática do processo de enfermagem" (TANNURE; PINHEIRO, 2011, p. 28).

Sendo assim, fica entendido que para o enfermeiro colocar em prática o processo de enfermagem de forma a obter resultados significativos na assistência prestada ao cliente, o mesmo deve lançar mão do conhecimento em anatomia, fisiologia, patologia, semiologia e também conhecer de fato a metodologia e a teoria que o farão aplicar o cuidado de forma eficaz (KOBAYASHI; LEITE, 2010)

Pois, o profissional precisa entender em sua totalidade todo o processo de enfermagem e cuidado para melhor desenvolvê-lo e obter melhores resultados. Em seus estudos, De Domênico (2005, p. 2 apud KOBAYASHI; LEITE, 2010) destacam que no processo de ensino que tem como base a "[...] construção de competências, primordialmente significa reconhecer que as relações do mundo estão mudadas, e que sendo assim, a formação educacional do profissional precisa ser outra".

O processo de enfermagem se desenvolve e é operacionalizado a partir de etapas que variam conforme o entendimento do autor que analisa quanto ao número e a temática utilizada. "A maioria dos autores é acorde quanto à necessidade de quatro etapas no processo de enfermagem: investigação ou histórico, diagnóstico, intervenção ou implementação, evolução ou avaliação de enfermagem" (TANNURE; PINHEIRO, 2011, p. 29).

A literatura discute também que o processo de enfermagem pode ser estudado didaticamente porque suas etapas são separadas e segundo Bub, Benedet (1996, p. 28) com a proposta de facilitar o "aprendizado e sua aplicação, por isso, dentro do processo de enfermagem as etapas não ocorrem isoladas ou linearmente, mas, ligadas uma a outra, se relacionam e sua aplicação ocorre concomitantemente" (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O que se observa a partir das colocações de diferentes autores é que o processo de enfermagem subsidia a estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem tornando-a mais científica e menos intuitiva. Mas, independente da área de foco do processo de enfermagem, conhecimento, habilidade, técnica e precisão são elementos fundamentais. Na assistência ao paciente no Centro Cirúrgico (CC) não é diferente, haja vista que antigamente, o profissional de

enfermagem era o responsável pela organização do setor, de forma a mantê-lo seguro, confortável e limpo para a realização da operação (SILVA, POPV, 2010).

Nesse contexto é importante descrever o que é um Centro Cirúrgico, seus objetivos e utilidade no campo da saúde para descrever o papel do enfermeiro neste setor.

2.3 CENTRO CIRÚRGICO

Em seus estudos e pesquisas, Ghellere; Antonio; Souza (1993, p. 17) definiram o Centro Cirúrgico como “[...] umas das unidades mais complexas e estressante do ambiente hospitalar, por sua especificidade e também por ser setor de alto risco para pacientes submetidos á intervenção cirúrgica” (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Figura 3 – Centro Cirúrgico de uma unidade hospitalar.



Fonte: <http://heg.com.br/centro-cirurgico>

Por suas características, o Centro Cirúrgico é considerado uma unidade de alerta máximo, levando em conta a necessidade contínua de prevenção e controle de riscos associados à condição que determinou a intervenção cirúrgica do paciente na internação, a tecnologia de intervenção e a capacidade instalada da unidade com destaque para as condições de trabalho e o preparo dos recursos humanos (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Diferentes relatos e a descrição física do Centro Cirúrgico (CC) descrevem o “barulho, a temperatura fora do padrão, falta de iluminação e infraestrutura inadequada e sendo taxado de caos organizado, onde os trabalhadores encontram-se ajustados, porém nem sempre confortáveis [...]” (SILVA; POPV, 2010, p. 229).

As cirurgias e os centros cirúrgicos entram em processo de evolução a partir do uso da anestesia nos procedimentos em 1846, haja vista que a maior preocupação dos profissionais cirurgiões era com a pré-anestesia em relação à cicatrização e com o tempo necessário para o processo acontecer (TOWNSEND et.al.,2005).

As principais características que descrevem um Centro Cirúrgico são: a equipe que atua é multiprofissional, os equipamentos e materiais de consumo são bem específicos para funções que mantêm a vida do paciente (RODRIGUES; SOUZA, 2003).

De acordo Rodrigues, Sousa (1993, p.24) nos dias de hoje, o CC:

[...] é uma área física do hospital, com uma equipe multiprofissional, equipamento e material de consumo adequado à execução do processo cirúrgico, sendo que a sua finalidade é fornecer subsídios que propiciem o desenrolar do processo do ato terapêutico – a cirurgia- oferecendo condições para que a equipe médica e de enfermagem possam planejar as necessidades dos pacientes antes, durante e após a cirurgia.

A atenção da equipe de enfermagem deve ser constante, pois o paciente cirúrgico está exposto à situação de crise. Assim, os enfermeiros desempenham papéis e tem várias responsabilidades no cuidado ao paciente cirúrgico, o que contribui para sua recuperação/reabilitação (PEDROLO et al, 2001).

Com a crescente demanda de atividades da enfermagem na área perioperatória torna-se mais complexo e estressante o trabalho desse profissional. O papel do enfermeiro “[...] no CC tem se tornado mais complexo a cada dia, na medida em que necessita integrar as atividades que abrangem a área técnica, administrativa, assistência, de ensino e pesquisa” (FONSECA; PENICHE, 2009, p. 429).

O centro cirúrgico torna-se um ambiente hostil para o paciente e seus familiares, por isso, a comunicação é uma parte fundamental no processo terapêutico. Segundo Silva e Nakata (2005), para que o profissional de saúde, particularmente enfermeiro, possa se relacionar adequadamente com o paciente, ele deve saber se comunicar, pois a comunicação é uma exigência da própria natureza humana. Além disso, o enfermeiro lida com profissionais heterogêneos e isso pode gerar conflitos e

estresse.

As condições de trabalho do Enfermeiro por suas características próprias são bastante estressantes: a correria, a demanda elevada entre outras. No ambiente organizacional, a situação não é diferente, embora a demanda seja menos elevada do que em instituições de saúde. Mas, contrapondo essa realidade, há constante preocupação com os riscos de acidentes e com o trabalho preventivo de doenças ocupacionais (SCHIMIDT et al., 2009).

O fato de o Enfermeiro do trabalho executar suas atividades dentro de um tempo no qual o inesperado pode acontecer, além de atender as exigências e necessidades dos grupos de trabalho da empresa ou de um trabalhador em particular, exige esforços redobrados. Mesmo dividindo seu tempo entre pensar e agir, acaba gerando um desgaste físico e mental, pois não consegue desligar-se de uma obrigação enquanto realiza a outra (SCHIMIDT et al., 2009).

No espaço organizacional as principais características do estresse é ser uma constante fonte de preocupação e um dos principais riscos que danifica o bem-estar psicossocial do trabalhador. Rossi (2005) em seus estudos destaca que inúmeros estudos abordam a complexidade do estresse, o que evidencia a necessidade de pesquisas mais direcionadas à etiologia do problema. Como queda no desempenho, baixa autoestima e moral, elevação dos índices de rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (SCHIMIDT et al., 2009).

O enfermeiro coordenador de um centro cirúrgico necessita estar atento às características individuais dos diferentes profissionais que atuam na unidade, buscando conhecer como cada um age e reage frente às situações, para melhor conduzir sua equipe, bem como sua relação com a equipe médica (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

O procedimento cirúrgico proporciona sentimento de medo e ansiedade ao pacientes, por isso, o enfermeiro tem um importante papel para minimizar esses fatores, seja por meio do dialogo ou procedimento técnico e prático (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

O papel do enfermeiro no CC tem se tornado mais complexo a cada dia, haja vista que as atividades precisam estar integradas e os profissionais envolvidos no

processo de assistência devem interagir entre si, ocasião em que as relações interpessoais sadias ganham maior importância porque o ambiente e as condições de trabalho são diferenciados e ocorrem em um setor com características e objetivos específicos (FONSECA e PENICHE, 2009).

O enfermeiro do centro cirúrgico deve ter interação com paciente, avaliar a ansiedade, reforçar as informações e dúvidas, promover segurança e conforto não só para o paciente, mas também aos familiares esclarecendo rotinas e procedimentos. No entanto, quando se trata da SAE em algumas instituições que o a prática profissional exercida pode-se se desviar de sua função e buscar outros caminhos, como, por exemplo, o gerenciamento do processo. É assim que desponta questionamento e dilemas relacionados ao trabalho do enfermeiro do Centro Cirúrgico na sistematização da assistência (FONSECA; PENICHE, 2009).

No Processo de Enfermagem a prioridade da implementação é a assistência prestada que evidencia o conhecimento científico do profissional, mas é preciso destacar que também que é grande a demanda esta atividade e que isso exige maior dedicação do profissional e também habilidade e responsabilidade para colocar prática e executar as estas atividades em tempo hábil na preparação do paciente para o procedimento da aplicação da anestesia e da cirurgia (STUMM et. al., 2006).

O profissional de enfermagem dispõe de inúmeros métodos de trabalho, em conformidade com a prática que exerce. Esse método indutivo facilita identificar os problemas do paciente ou cliente no centro cirúrgico e segundo Stumm e outros:

O enfermeiro coordenador de um centro cirúrgico necessita estar atento às características individuais dos diferentes profissionais que atuam na unidade, buscando conhecer como cada um age e reage frente às situações, para melhor conduzir sua equipe, bem como sua relação com a equipe médica. A partir do momento em que ele age desta forma, terá maiores subsídios para administrar situações conflitantes que se apresentarem, reduzindo desentendimentos, discussões e, principalmente, ampliando a satisfação dos profissionais, com repercussões positivas na assistência ao paciente (STUMM et. al., 2006, p.465).

A melhor maneira de aplicar o processo seria conhecer o paciente antes no perioperatório, onde a assistência do enfermeiro buscaria as necessidades básicas e conduzindo a satisfação profissional da equipe e principalmente pensando no bem-estar do paciente. “A melhoria da qualidade na assistência de enfermagem tem configurado uma necessidade de modificar a prática e o papel do profissional de

enfermagem no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação” (OLIVEIRA; EVANGELISTA, 2001, p. 84).

Ter conhecimento teórico sobre sua atividade profissional é um requisito básico que o profissional enfermeiro, mas a aprendizagem continuada amplia a sua capacidade de reflexão, de criticidade e o habilita a ser um profissional com potencial de transformação e de promover mudanças (CECAGNO, 2003).

2.4 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória caracteriza como um método específico de cuidados ao paciente diante do procedimento cirúrgico. Segundo Avelar e Silva (2005, p. 47), “a assistência de enfermagem perioperatória, voltada a satisfação das necessidades dos indivíduos na fase anestésico-cirúrgica vem carecendo de uma abordagem reflexiva quanto ao seu processo de ensino”.

Isto a torna indispensável para o profissional que trabalha na área perioperatória seja capacitado e treinado a atuar de maneira individual, atendendo o paciente em suas necessidades. Os enfermeiros que atuam no período perioperatório devem fundamentar suas ações na aplicação criativa desses conhecimentos e ter habilidades e competências que visem um cuidado individualizado ao paciente cirúrgico (VELAR; SILVA, 2005).

A prática de enfermagem perioperatória exige do enfermeiro competência e ser capacidade de proporcionar resultados positivos nos cuidados aos pacientes cirúrgicos. Do enfermeiro perioperatório espera-se que seja “[...] competente tecnicamente, demonstre julgamentos independentes e tenha habilidade para tomada de decisão” (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p. 694).

É possível observar a importância do enfermeiro na assistência perioperatória. Para Frias, Costa e Sampaio (2010), a assistência de enfermagem perioperatória exige do enfermeiro uma visão integral das necessidades humanas do paciente e de sua família. Essa assistência deve nortear ações para beneficiar a sistematização garantindo a qualidade e segurança dos pacientes.

A visão de Babosa, Oliva e Sousa Neto (2011, p. 40) destaca que somente a

“sistematização da assistência de enfermagem perioperatória pautada em pressupostos teórico-científicos poderá sustentar a integralidade do cuidado do paciente cirúrgico, tendo em vista a excelência na qualidade da assistência”.

Os avanços tecnológicos no campo cirúrgico têm colaborado para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. “A segurança e o bem-estar do cliente constituem o principal objetivo durante todas as fases da experiência perioperatória (PEDROLO et al, 2001, p. 36).

É importante enfatizar o processo de enfermagem como meio de assistência e conforto do paciente. Nesse contexto, segundo Flório e Galvão (2003, p. 632) o “enfermeiro utiliza o processo de enfermagem como metodologia assistencial para o planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem no período perioperatório”.

Para Matos e Piccolli (2004), a implementação desse processo direciona a prática do enfermeiro e proporciona autonomia profissional, que mantém, promove e restaura a saúde do indivíduo. Para a implementação da assistência perioperatória o enfermeiro precisa de um ambiente organizado, recursos e tempo para aplicação das necessidades da mudança na assistência.

O planejamento da assistência de enfermagem no período perioperatório proporcionará uma assistência integral e individualizada para o paciente cirúrgico e sua família, possibilitando a implementação de intervenções que atendam as reais necessidades do paciente, minimizando sua ansiedade e os riscos inerentes ao procedimento anestésico cirúrgico (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p. 694).

Observa-se que a enfermagem perioperatória é um campo amplo de atuação na assistência ao cuidado em pacientes cirúrgicos, que requer atenção integral e individualizada do enfermeiro, abrangendo as etapas da SAEP. Moraes e Peniche (2003, p. 36) reafirmam que “o conceito de prática perioperatória traz tanto as atividades desenvolvidas durante a assistência, pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória”.

A última fase da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é o período pós-operatório, e a equipe de enfermagem necessita estar preparada para possíveis complicações que possam ocorrer ao paciente nesse período (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Para Santos, Sousa e Turrini (2012), essa fase requer uma assistência de

enfermagem específica, continua e qualificada, que contribua para a recuperação do paciente e o atendimento de suas reais necessidades. Importante ressaltar que as informações escritas são essenciais para a orientação e cuidado do paciente.

Uma das exigências no processo de assistência de enfermagem é o registro de todo o processo realizado junto ao paciente, pois estas anotações auxiliam na continuidade da prática profissional ao longo de todo o tratamento (FONSECA; PENICHE, 2009).

A intervenção de enfermagem relacionada ao cuidado tem o propósito de apoiar ou promover a integridade do paciente de forma holística. O papel da enfermagem é manter a integridade da pessoa como um todo, utilizando os recursos de energia para restaurar o equilíbrio do organismo humano (FLÓRIO; GALVÃO, 2003).

Recomenda-se que a sala de recuperação deve ter condições e profissionais treinados para receber o paciente com qualidade, segurança e conforto a fim de manter o equilíbrio fisiológico. A dinâmica de funcionamento da unidade também é importante para que a assistência de enfermagem seja efetiva (MORAES; PENICHE, 2003).

2.4.1 Classificação e características das etapas da Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória

Para discutir a assistência de enfermagem nas três etapas da SAEP é preciso apresentar o conceito de paciente cirúrgico. Segundo Pitrez, Pioner (2003, p.19) “paciente cirúrgico aquele que o tratamento requer intervenção cirúrgica, não deve ser visto apenas como um ser físico, mas um ser que possui sentimentos muitas vezes não enxergados devido a rotina dos cuidados de enfermagem”.

A percepção do paciente cirúrgico como um ser de sentimento enfatiza a importância do cuidado de enfermagem, como instrumento para conquistar a sua confiança. Nesse sentido, Geovanini e outros (2005, p. 258) destaca que o profissional de enfermagem tem sua imagem caracterizada como “céticos, frios, desumanos e mecânicos, uma área do exercício profissional que envolve dor, sofrimento, angústia, insegurança, dependência e fragilidade humana”.

A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória aborda três fases distintas: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. O pré-operatório é a primeira etapa, quando ocorre o primeiro contato da pessoa em condição de cirurgia com o enfermeiro, ou seja, é o momento em que pacientes e enfermeiro se conhecem (THIESEN, 2005).

Estudos de Smeltzer e outros (2009, p. 403) destacam as especificidades de cada etapa:

A fase pré-operatória começa quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência para a sala de cirurgia; intra-operatório começa quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia e termina com a admissão na unidade de recuperação pós-anestésica (URPA); pós-operatório começa com a admissão do paciente na URPA e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou em casa.

2.4.1.1 Pré-operatório

Nesta etapa é feita a avaliação, uma análise do histórico de saúde e o exame físico. A consulta pré-operatória e pré-anestésica é fundamental para a qualidade da assistência em procedimentos cirúrgicos (FERNANDES, et al, 2010).

O enfermeiro realiza a avaliação pré-operatória a fim de identificar problemas e elaborar um plano de cuidados. Para alcançar a integralidade no atendimento, é de extrema importância que o enfermeiro conheça o indivíduo a quem irá prestar assistência (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010).

Por meio da avaliação pré-operatória enfermeiro pode identificar possíveis problemas e complicações ao paciente sujeito ao ato cirúrgico anestésico a partir das informações contidas no diagnóstico de enfermagem que possibilita ao profissional desenvolver e/ou estabelecer ações caso alguma interferência ocorra na fase de preparo para o procedimento cirúrgico e que podem afetar a recuperação na fase transoperatória (GALDEANO, et al, 2003).

A equipe de enfermagem deve fornecer cuidados especializados a cada paciente atendendo suas necessidades preparando, definindo e executando a sua prática profissional por meio de ações que envolvem atenção, cuidado e procedimentos necessários ao paciente antes de sua entrada no Centro Cirúrgico para o procedimento em conformidade com o tipo de cirurgia a que será submetido

(CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

É fundamental preparar o paciente para o ato cirúrgico. O período pré-operatório é o momento mais adequado para o relacionamento interpessoal, é quando o enfermeiro deverá aprofundar o preparo emocional do paciente em face de suas ansiedades quanto a cirurgia à que irá se submeter (SILVA; NAKATA, 2005).

Os cuidados do profissional enfermeiro na assistência pré-operatória de acordo com Souza, Souza e Felini (2003, p.3) envolve “ preparar física emocionalmente o paciente, avaliar e encaminhá-lo ao centro cirúrgico para diminuir os riscos, promover a recuperação, evitar complicações” na maioria dos casos estão correlacionada com a um serviço preparo pré-operatório inadequado.

Há necessidade de estar atendo a uma questão importante na assistência a pacientes cirúrgicos, ou seja , o período de internação que antecede os serviços propicia pouca informação acerca do que acontecerá no ambiente. Neste contexto, a orientação se torna um instrumento esclarecedor de dúvidas para o profissional enfermeiro que precisa ter preparo “moral e legal para o exercício para preparar o paciente e sobre os cuidados que a assistência precisa no sentido de evitar e diminuir os riscos e aumentar os benefícios” e para isso, o enfermeiro deve utilizar uma linguagem de fácil entendimento, clara e objetiva (AURICCHIO; MASSAROLO, 2007, p. 15).

As características do paciente cirúrgico, a literatura destaca a e enfatiza a importância da qualidade da assistência que é um requisito para sua prática profissional. Nessa perspectiva, a qualidade se caracteriza pelo seu caráter quantitativo em relação ao cuidado com o paciente e com a assistência é prestada. Assim, usar a qualidade para avaliar os serviços de saúde é monitorar o desempenho dos serviços, programar ações de melhoria de qualidade e a orientar os pacientes em relação a suas escolhas que devem ser o mais informativa possível. Assim, o que caracteriza a qualidade nos serviços de assistência são a validade, confiabilidade e viabilidade dos mesmos (GOUVEA; TRAVASSO, 2010).

A qualidade da assistência de enfermagem e da saúde na concepção da OMS estar em ser um processo que requer elevado nível de competência, eficiência em relação ao uso dos recursos, grau mínimo de riscos e alto nível de satisfação. A avaliação da qualidade neste contexto parte de variáveis associadas à gestão, portanto, os serviços são avaliados a partir de alguns elementos, como por exemplo, as

“condições estruturais dos serviços, parâmetros físicos, habilitação de pessoal, e/ou do desempenho do equipamento e ainda pelos indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência médica [...]” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2004, p. 88).

Na assistência pré-operatória a qualidade dos serviços caracterizados pela utilização do processo de enfermagem aplicado ao paciente cirúrgico, ou seja, a SAEP, haja vista que a chegada do paciente sujeito a algum tipo de intervenção cirúrgica começa a partir da sua entrada no hospital e estende-se até 48 horas (GALVÃO; SAWADA ROSSI, 2002).

Os elementos que compõem a qualidade da assistência na saúde são: observar as reações adversas, diminuir os índices de infecção, permitir o contato com o paciente, diminuir erros na administração de medicamentos e melhorar a evolução do tratamento. Assim como as grandes empresas possuem uma política de qualidade, no campo da saúde a situação não deve ser diferente, pelo contrário, deve ser um requisito. D’Innocenzo; Adami e Cunha (2004) desenvolveram um estudo sobre a qualidade dos serviços em saúde e nele apresentam a trajetória dos principais fatos que caracterizam a trajetória do movimento em busca da qualidade nesta área no mundo e no cenário brasileiro:

- América Latina: a identificação de ações voltadas para a qualidade dos serviços em saúde não é tão expressiva como nos Estados Unidos, Canadá e na Europa, mas a “Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais propôs um modelo de acreditação de hospitais, discutido em diversos países e considerado passível de adoção dada sua flexibilidade” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2004, p. 86);

- México: cobertura, acessibilidade e qualidade nos serviços de saúde são significativas e refletem melhoria nos principais indicadores de saúde da população infantil e materna, mas D’Innocenzo; Adami; Cunha (2004) destacam que os resultados podem não ser conquista única do programa;

- Estados Unidos: buscam a melhoria dos hospitais e faculdades de medicina desde o começo do século 20 Estados Unidos desde o início do século 20 e o processo de fiscalização e monitoramento é competência de uma comissão conjunta de associações de saúde de diferentes áreas (hospitais, profissionais médicos e

enfermeiros, odontólogos, etc.).

- Brasil: a projeção dos movimentos e ações em busca da qualidade dos serviços de saúde se tornam evidentes nos anos de 1990 envolvendo a área pública e instituições particulares, uma conotação social decorrente do Código de Defesa do Consumidor, Manual dos Direitos do Paciente e da Constituição da República Federativa Brasileira canais abertos para “orientação, conhecimento, responsabilidades dos direitos do cidadão, melhorando a relação entre profissionais de saúde, pacientes e clientes e humanização do atendimento” (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2004, p. 87).

2.4.1.2 Transoperatório

Segunda etapa da SAEP. Para Galdeano et al (2003, p.200) o período transoperatório, “corresponde ao momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico até sua transferência para a Unidade de Recuperação Anestésica, é normalmente considerado um período crítico para o paciente[...]”. É preciso que o enfermeiro responsável pelo centro cirúrgico acompanhe passo a passo as fases da SAEP, principalmente no pré-operatório para minimizar a ansiedade, proporcionando um conforto e segurança no trans- operatório.

O trabalho de assistência de enfermagem ao doente não ocorre apenas em um momento, mas ao longo de todo o processo, ou seja, da chegada à saída com plena recuperação. Em se tratando de casos de pacientes recebidos no Centro Cirúrgico até o termino do procedimento o profissional enfermeiro coloca em prática ações anteriormente planejadas e que necessariamente se aplicam aos cuidados voltados para a segurança e recuperação do paciente (PICCOLI; GALVÃO, 2001).

2.4.1.3 Pós-operatório

É a ultima etapa da SAEP. Segundo Passos (2012, p.14), o período pós-operatório “estende-se desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até a última visita de acompanhamento com o cirurgião”. Este período também é conhecido como recuperação pós-anestésica.

Nesta etapa, “os pacientes que necessitam de observação contínua e de cuidados

específicos após a utilização de agentes anestésicos são encaminhados a sala de recuperação anestésica” (MORAES; PENICHE, 2003, p.37).

A anestesia é uma das partes do tratamento de pacientes que necessita de procedimento cirúrgico e essa prática profissional envolve e requer muito cuidado e atenção. O processo de recuperação do paciente começa com ele sendo levado para uma sala específica, ou seja, para a unidade pós-operatória logo após o término da cirurgia e ainda sob o efeito anestésico. Nesta sala o paciente receberá cuidados e monitoração de seu estado pós-cirurgia (PASSOS, 2012).

É importante frisar que desde 1993, o Decreto-Lei (Resolução CFM nº 1363/93) “estabeleceu que este período deveria ocorrer em área física planejada, denominada de sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com uma equipe multiprofissional” (CUNHA; PENICHE, 2007, p. 152).

O enfermeiro necessita manter monitorização constante da sala de recuperação, para detectar possíveis complicações e intervir o quanto antes. Fonseca e Peniche (2009, p.413), ressalta a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é uma fase delicada e importante na recuperação do paciente submetido à intervenção cirúrgica [...].

A sala de recuperação pós-operatória requer uma equipe habilitada para oferecer suporte ao paciente em meio sua estabilidade fisiológica:

A SRPA é o local destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato submetidos às anestésias geral e / ou locorregional, onde são implementados cuidados intensivos, até o momento em que o paciente esteja consciente, com reflexos protetores presente e com estabilidade de sinais vitais (POPOV; PENICHE, 2009, p.954).

O paciente ao deixar o centro cirúrgico necessita de mais cuidado e atenção por parte da assistência de enfermagem haja vista que no processo pós-operatório é preciso identificar e evitar possíveis complicações que possam surgir e, ainda, evitar dentro das possibilidades de cada caso que o paciente sofra com dores e promover o restabelecimento seguro de sua saúde física, mental. Nessa etapa cabe à equipe multiprofissional assegurar a qualidade de assistência ao paciente (SANTOS; SOUSA; TURRINI, 2012).

Garantir um processo de recuperação seguro e eficiente do paciente que passou por um procedimento cirúrgico é um dos objetivos da assistência de enfermagem e esta

segurança se alcança com uma prática profissional de qualidade e centrada na prevenção para evitar complicações (ROSSI, et al., 2000).

O contexto no qual a prática de enfermagem ocorre e as condições de trabalho exige que o profissional “[...] conheça paciente como um todo, único e indivisível, e não apenas a parte afetada pela enfermidade para que possa prestar a uma assistência de qualidade, este requisito é indispensável” (PITREZ; PIONER, 2003, p. 24).

Também enfatizando a importância da assistência de qualidade, Possari (2004, p.210) ressalta que “a proposta de sistematizar a assistência significa individualizar, humanizar e respaldar as ações de enfermagem, pois visa organizar o cuidado individualizado e administrar assistência adequada ao paciente [...]”.

2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO

A definição da prática de enfermagem é prestar assistência à saúde. Trata-se de um trabalho social cujo objetivo é desenvolver ações assistenciais, administrativas e educativas de várias categorias profissionais no campo da saúde, hierarquizadas por com base em sua complexidade de concepção e execução, que requer conhecimento científico, que relações profissionais e interpessoais sejam estabelecidas. A enfermagem tem como principal característica ser desenvolvida em instituições de saúde pública ou privada, ou seja, é institucionalizada (RODRIGUES; PACHECO, 2007).

Conhecimento científico, as relações profissionais e interpessoais estão associados ao exercício e ao desempenho de suas funções que ocorre a partir de processos classificados como simples ou complexos. Na enfermagem, processo é complexo e para ser satisfatório deve combinar três ações básicas e não dissociadas: educação, cuidado e gerência dos serviços de enfermagem (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

Profissionalmente, a formação do profissional enfermeiro o habilita para exercer diferentes atividades em sua prática de assistência à equipe de enfermagem e ao paciente. Essa amplitude de trabalho cria a necessidade do enfermeiro se manter atualizado e marcar presença em cursos de formação contínua para estar seguro

quanto as possíveis mudanças que podem afetar e/ou aprimorar sua prática e conhecimentos e habilidades técnicas (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Basicamente as ações características da prática de enfermagem, segundo Leopardi e outros (2001) consistem em:

- educar (sensibilizar sobre a conscientização dos assuntos de saúde individual e coletiva tendo como base o respeito, crenças, hábitos, valores e conhecimentos das partes envolvidas);
- cuidar (identificador da profissão e sua atuação busca atender as necessidades e demandas da saúde);
- comunicar: esta ação precisa de planejamento conforme a quem se destina ou com o objeto de trabalho e o trabalho gerenciar, pois sendo privativo do enfermeiro sua principal característica é a atividade provedora de recursos humanos, físicos e materiais no desenvolvimento do cuidado e/ou da educação.

Quando se discute o papel do enfermeiro é preciso considerar as quatro fases que envolvem a organização do processo de enfermagem apontadas por Smeltzer, Bare (2002, p.308) que são “o histórico, o diagnóstico, o planejamento e metas da incluem aliviar a ansiedade pré-operatória e o aumentar o conhecimento sobre o preparo pré-operatório e expectativas pós-operatórias e a prescrição de enfermagem” .

Cada uma dessas fases apresentam características específicas: o histórico (avaliação de fatores físicos e psicológicos), o diagnóstico de enfermagem (identifica as situações de assistência para a elaboração da prescrição de enfermagem), , a prescrição de enfermagem reduz ansiedade pré-operatória(SMELTZER; BARE, 2002).

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes cirúrgicos cada fase da metodologia envolve uma prática que tem como base evidências dos dados coletados pelo profissional enfermeiro e julgamento clínico, mas há cuidados “desenvolvidos na prática que podem ser questionados quanto a sua origem se a base for evidências científicas e ou a opinião de profissionais e ainda se há necessidade deles e são efetivos” (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002, p.293).

2.5.1 No Centro Cirúrgico

Em uma unidade hospitalar, o Centro Cirúrgico é a área física que precisa de uma “equipe multiprofissional, equipamento e material de consumo para a execução da cirurgia, com subsídios necessários e condições para que médicos e enfermeiros planejem as necessidades dos pacientes antes, durante e após o processo” (RODRIGUES; SOUSA, 1993, p. 24).

No Centro Cirúrgico é preciso que haja uma dinâmica de trabalho, associada ao relacionamento entre os profissionais que nele atuam, para que proporcione um ambiente harmonioso, pois a demanda de trabalho é rotineira e intensa principalmente para a equipe de enfermagem, onde além do conhecimento é necessário agilidade. De acordo com Stumm, Maçalai e Kirchner (2006, p. 465) neste setor o papel do enfermeiro exige além de conhecimento científico, “responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional, aliados ao conhecimento de relações humanas, favorecendo a administração de conflitos, que são frequentes, em especial, pela diversidade dos profissionais ali atuantes”.

Em seus estudos Fonseca (2008) ao fazer uma análise do trabalho na com base nos propósitos da SAEP do profissional no Centro Cirúrgico destaca que o dia-a-dia constitui um dilema quando se trata das atribuições rotineiras e ocorre um conflito no processo de tomada de decisões em relação ao que o profissional tem condições de fazer e a dificuldade se amplia com a falta de compreensão da administração das instituições de saúde quanto “[...] a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente cirúrgico no período perioperatório, perdendo o foco da função assistencial para a gerencial” (BARRETO, 2012, p. 18).

O enfermeiro deve ser compreensivo diante das aflições do paciente cirúrgico. Christóforo e Carvalho (2009, p. 15) lembram, dessa maneira, o cuidado prestado ao paciente durante o período pré-operatório deve ser planejado de acordo com a individualidade de cada paciente [...].

Neste período normalmente é solicitado uma avaliação pré-operatória com a finalidade de suavizar as condições clínicas do indivíduo prestes a realizar um procedimento cirúrgico “a avaliação pré-operatória requer a realização da anamnese, exame físico e, quando necessário, exames complementares, sendo

esses definitivos a partir de dados sugestivos encontrados na história e no exame físico e, também, na necessidade de monitorar condições clínicas específicas que possam sofrer alterações durante as cirurgias ou procedimentos associados (FERNANDES, et al, 2010, p.241).

O enfermeiro deve estabelecer uma relação de confiança com o paciente, pois o evento cirúrgico demanda um preparo tanto do paciente quanto da família, que necessita de uma comunicação clara e de fácil entendimento. O enfermeiro deve considerar a comunicação com o paciente como um processo recíproco (SILVA; NAKATA, 2005).

Atuar no centro cirúrgico atribui ao enfermeiro a responsabilidade de receber o paciente e respeitar individualidades, ser educado e compreensivo, considerar as condições de estar sob o efeito de medicamentos pré-anestésicos, sua prática às vezes se limita a ouvir, segurar as mãos e posicioná-lo na mesa cirúrgica (FIGUEIREDO, 2002).

O paciente após a intervenção cirúrgica é encaminhado pelo enfermeiro para a sala de recuperação pós-anestésica. Dependendo dos resultados, ou seja, da condição hemodinâmica for positiva em muitos casos paciente não recebe a atenção que merece, muitas vezes ficam por minutos e até horas sozinho na sala de recuperação quando deveria receber uma atenção maior e dedicada sem depender da sua condição pós-cirúrgica (GUEDES et al., 2001).

O profissional enfermeiro não deve condicionar a assistência que presta o paciente cirúrgico à condição positiva, ao sucesso da cirúrgica. Nesse sentido, Guedes e outros (2001, p. 25) afirmam:

O enfermeiro é o responsável pelo cuidado do paciente do centro cirúrgico e, se ele não o coloca em primeiro plano, irá atender à cirurgia e não ao paciente, promovendo, assim o controle de material, equipamentos e pessoal voltado para a cirurgia, tornando o paciente um objeto de trabalho, mas não o ser principal, sujeito desencadeante do processo.

Essa situação não caracteriza a assistência de enfermagem em todo o seu contexto. Mas há profissionais que apenas executam suas atividades, mantêm a imagem de frios, competentes e que não devem se envolver com o assistido. Mas, é preciso ter sempre em mente que “no centro cirúrgico, a assistência ao paciente ocorre de forma mecânica, impessoal e seus problemas de natureza psicológica ou mesmo social muitas vezes são ignorados [...]”, daí a importância de evitar esse tipo de

serviço (SANTOS et al., 2002, p. 24).

O mesmo autor relata que o trabalho de assistência de enfermagem não se limita apenas ao paciente, mas também à família.

2.5.2 Junto a Família

A família é principal elemento de apoio nesse processo de envelhecimento, além de ser um significativo agente influenciador das orientações terapêuticas, pois os valores, as crenças e os hábitos de vida são construídos por através de processos comunicacionais e solidificado no ambiente familiar. Família é um grupo de indivíduos em interação simbólica, chegando às situações com os outros significantes ou grupos de referência, com símbolos, perspectivas, mente e habilidade para assumir papéis (ANGELO; BUSSO, 2003).

A partir desta definição e dos objetivos da enfermagem, no exercício de suas atividades profissionais o enfermeiro necessita de conhecimento científico, relações profissionais e interpessoais, pois suas ações básicas estão relacionadas com a educação, com o cuidado e com a gerência dos serviços de enfermagem. Quando se trata da atuação do profissional junto à família é preciso lembrar que a saúde brasileira é tradicionalmente assistencial cuja característica é a prática hospitalocêntrica, individualista e uso desmedido dos recursos tecnológicos (SOUZA, 2000).

No âmbito da saúde pública, para tornar mais efetiva a atuação do enfermeiro junto à família, a saúde pública brasileira criou o Programa de Saúde da Família (PSF) com a proposta de reorientar e reestruturar o atendimento, prevenir doenças por meio de informações e de orientações de cuidados de saúde realizadas pelos agentes comunitários sob a supervisão do enfermeiro. O sistema nacional de saúde, especialmente no campo de atenção básica, precisa de diretrizes mais claras para superar os obstáculos operacionais e funcionais e buscar alternativas estratégicas para enfrentar os desafios que se apresentam (TEIXEIRA et al., 2000).

Segundo Carvalho (2001), predominou uma aliança entre o pensamento médico-liberal (situado no comando do INAMPS) e técnicos vinculados ao projeto contra-hegemônico (situado no aparelho previdenciário), com a derrota do segmento

privado contratado. As ações do órgão combinaram uma lógica de modernização, controle e austeridade gerencial com a crítica ao modelo médico-assistencial privatista vigente, em algumas de suas relações: público-privado, ambulatório-hospital e prestadores-clientela. Propôs-se, como princípio estratégico, o gradualismo político (alcance gradual de metas) na mudança do sistema, sem afetar, de imediato, o setor privado e o centralismo, e com um esboço de participação social.

Os cuidados e a assistência do enfermeiro focado no paciente e na família surgiram quando se tornou necessário compreender a família como elemento fundamental no cuidado de seus membros e que o isolamento social é um fator de risco, principalmente para indivíduos dependentes jovens, mais velhos e aqueles com doença crônica. Essa relação requer do profissional enfermeiro a iniciativa de estimular a manutenção deste vínculo de forma natural para a continuidade da ligação entre a maioria dos pacientes e suas famílias e sua rede de apoio (ANGELO; BUSSO, 2003).

A atuação do enfermeiro junto à família depende do tipo de assistência que está sendo prestado, pois é sua prática profissional envolve diferentes áreas no campo da saúde e o torna capaz de desempenhar diferentes atividades na assistência à equipe de enfermagem e ao paciente, daí a necessidade de manter-se em constante processo de formação contínua em relação aos dispositivos legais que regulamentam a profissão, nas mudanças que podem afetar e/ou aprimorar sua prática e conhecimentos e habilidades técnicas (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

No ambiente da Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro assume muitas responsabilidades e suas atribuições além da assistência envolve a educação “integral em todas as fases do ciclo da vida, com a criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, através do planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação, tanto na unidade quanto no domicílio” (BRASIL, 2001, p. 3).

Nesta relação paciente, família e profissional é que a educação em saúde assume maior importância, pois se torna o elo de interseção entre dois campos, ou seja, “em qualquer nível da atenção à saúde e aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde, pois utilizam um ciclo permanente de ensinar e aprender”

(PEREIRA, 2003, p.3).

A família é um dos tripés que compõem a formação social e quando associada às questões de saúde ganha maior importância por ser considerada o meio de sustentação do paciente em vários aspectos: no cuidado, na prevenção, no tratamento, na recuperação e, principalmente, no equilíbrio psicológico e emocional (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2006).

2.5.3 Humanização do trabalho de enfermagem: requisito para a qualidade da assistência

Em qualquer atividade profissional a qualidade dos serviços prestados se tornou um pré-requisito. No campo da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que a qualidade deve atender cinco dimensões, ou seja: segurança (evitar lesões e danos); efetividade (conhecimento científico); atenção centrada no paciente (respeito e responsividade); oportunidade/ acesso (reduzir tempo de espera e atrasos) eficiência (evitar desperdício, mas sem interferência na qualidade do cuidado); equidade (qualidade invariável no cuidado) (ANVISA, 2013).

Segurança o objetivo central da qualidade da assistência e assegurar que as instituições de saúde sejam públicas ou privadas proporcionem segurança ao paciente é a prioridade da Organização Mundial de Saúde. São propósitos que para serem alcançados dependem de ações e atitudes que minimizem ao máximo os “riscos e danos desnecessários a um percentual mínimo de aceitação levando em conta aquilo que é viável diante do conhecimento, recursos disponíveis e contexto no qual a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento” (BRASIL, 2013, p. 4).

Essa questão da segurança é importante considerando que o enfermeiro tem uma grande responsabilidade profissional e os inúmeros papéis sociais que a prática de enfermagem lhe atribui, condições de trabalho insatisfatórias são fatores que contribuem e criam dificuldades em manter relações pessoais saudáveis. A sobrecarga de trabalho originada pela jornada de trabalho exaustiva e longa, ritmo acelerado, esforços físicos representam de 52,6% a 70% do total de eventos adversos que colocam em risco a segurança do paciente (NASCIMENTO et al.

2008).

Importante para a segurança do paciente é a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, cuja responsabilidade na saúde brasileira fica a cargo do Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess) apresentar a metodologia de avaliação levando em conta a segurança, cuidado com a qualidade e os indicadores para trabalhar cada uma das dimensões. Na busca de ampliar e tornar a segurança mais efetiva e diminuir os riscos que podem decorrer do trabalho de enfermagem, a Organização Mundial de Saúde inseriu critérios básicos que visam assegurar a qualidade da assistência, dos serviços e a segurança do paciente (VIACAVA et al., 2012).

Quadro 2 – Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS: conceitos.

Classificação Internacional de Segurança do Paciente	
Segurança	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Danos	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Ministério da Saúde, PNSP (Brasil, 2014, p. 7).

Toda ação que busca resultados positivos precisa de regulamentação. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em art. 1º dispõe: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

Exercendo assim a responsabilidade que lhe compete e de acordo com o código de ética em seu art. 18 o profissional enfermeiro deve “respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto, e bem estar”.

Nesta perspectiva, é preciso cuidado quando se discute a questão da humanização do trabalho de enfermagem, pois em sua função e objetivos está intrínseco que na assistência de enfermagem o cuidado não pode ser de outra maneira se não a humana. Mas, a ‘humanização’ está associada a tornar o atendimento menos impessoal, mais afetiva e respeitosa, sem colocar a técnica em segundo plano. A atividade em saúde, pelas características do serviço e das condições em que ele ocorre exige que o profissional seja mais frio diante os contextos (COSTA; LUNARDI; SOARES, 2003).

Na literatura que aborda a questão da humanização na assistência de enfermagem há autores que criticam e/ou questionam o significado do termo humanizar por concebê-lo como uma expressão que de antemão já afirma que o trabalho de assistência à saúde é e/ou já desumano. Nesta perspectiva é preciso cuidado e atenção quando se aplica se faz referência à humanização da assistência de enfermagem que tem mais relação com a qualidade da prática profissional (SOUZA, PEGORARO, 2009).

Na relação paciente-enfermeiro é preciso considerar outro aspecto importante e que evidencia a necessidade de tornar a assistência cada vez mais humanizada: os recursos oferecidos pela tecnologia que na análise de Bedin, Ribeiro, Barreto (2004, p. 401) que por estarem, cada vez mais vinculados à necessidade de controle levou o “enfermeiro passou a assumir mais encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo à necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem”.

No contexto brasileiro, a humanização dos profissionais de saúde é uma crescente, exigindo atenção em inúmeros aspectos. Portanto, humanizar os cuidados em saúde tem como pressuposto a essência do ser, respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. É dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A humanização e trabalho de enfermagem são convergentes, contudo, nem por isto essa proposta deve ser concebida, no âmbito da profissão, como mero modismo. Devemos lembrar que os profissionais de enfermagem também necessitam de cuidados e a qualidade da assistência ao paciente pode cair face a decepção e

desmotivação (COSTA; LUNARDI; SOARES, 2003).

Neste ambiente, uma das características da humanização é aliar cuidado, técnica, conforto à valorização da subjetividade e aos aspectos culturais individuais, não excluindo a relação de diálogo que deve predominar entre os enfermeiros. Portanto, entende-se que a humanização no campo da saúde e das atividades dos enfermeiros deve buscar e pautar-se no resgate da dignidade humana que neste cenário, é considerada “perdida” (SILVA, PORTO, FIGUEIREDO, 2008).

A assistência de enfermagem com caráter humanitário exige preparo técnico e teórico do profissional e nessa perspectiva o torna responsável por uma atitude individual voltada para o resgate dessa humanização em relação à predominância dos recursos tecnológicos nesses ambientes. O ser humano, independente de estar ou não com problemas graves de saúde, ao sinal de um algum problema que pode levá-lo a perder sua liberdade e independência já se torna carente de cuidados e atenção em maior proporção (CAETANO et al., 2007).

Nesse sentido, Benevides e Passos (2005) alertam para não tomarmos a humanização como “conceito-sintoma”, ou seja, para não nos prendermos a uma noção que reproduza um sentido já dado para a humanização. Os autores acreditam que há uma tendência a nos guiarmos por uma noção de homem-figura-ideal, isto é, do “bom humano”, que, na verdade, não coincide com nenhuma existência concreta de homem.

Esta noção idealizada do humano colabora, conseqüentemente, para que universalizemos uma ideia do que seja uma “relação humanizada”, pautada numa visão essencialista e absolutista de homem. Para pensar o homem e suas relações, Teixeira (2005) serve-se das contribuições da obra de Maturana, Deleuze e Espinosa e intensifica uma discussão a respeito da potência dos encontros, ao invés de se guiar por uma essência de humano, a qual, ele acredita, costuma regular todas as relações, inclusive as relações que se dão no campo da saúde (TEIXEIRA, 2005).

Inspirado pelas ideias Espinosa, Silva (2005) defende que o homem “é” sua própria potência, ou seja, sua capacidade de singularidade; e não uma essência em si mesma. O que regula o grau de intensidade da potência é a maneira como cada singularidade se relaciona com outras singularidades nas relações, nos encontros.

Nesse sentido, podemos entender que a potência não é dada; ela “habita” um plano de possíveis e é nos encontros que a potência do homem se cria, se move e se diversifica.

Para o exercício profissional é preciso refletir sobre alguns aspectos: se o enfermeiro foi formado, se o meio ambiente de trabalho é favorável para o relacionamento mais humano, pois as produções científicas que abordam essa temática apontam que a forma como o trabalho do enfermeiro tem sido concebido e de acordo com suas atribuições, as suas atividades tornam-se dispostas de forma fragmentada. “Se o enfermeiro não for respeitado e considerado integralmente como ser humano pode apresentar dificuldades para se ver e se relacionar de forma diferente com o outro”(SILVA; POPV, 2010, p. 32).

2.5.3.1 Relacionamento interpessoal interfere na humanização do atendimento em saúde

O ambiente de trabalho em qualquer profissão sempre apresenta situações que interferem no estabelecimento de um bom relacionamento interpessoal e quando se trata da prática de enfermagem a pressão, o ritmo acelerado de trabalho, o elevado nível de responsabilidade e funções muitas vezes de alta complexidade contribuem para tornar a assistência não desumanizada, mas menos afetiva em relação ao paciente também aos colegas de trabalho (SILVA; POPOV, 2010).

Para Oliveira (apud BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004, p. 401) a característica de humanizar está em “[...] colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se sincera e lealmente ao outro, ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem cresce [...]”.

Porém ao longo da vida profissional, a equipe de enfermagem vem desenvolvendo algum grau de estresse e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), influenciando negativamente na humanização deste meio ambiente de trabalho “há um favorecimento da saúde física e mental quando o trabalho se adapta às condições do trabalhador e quando os riscos para a saúde estão sob controle”.

Nas pesquisas realizadas por Silva e Popov (2010) é identificado o *déficit* do relacionamento interpessoal, decorrente pela má administração do CC, devido aos

recursos humanos insuficiente, gerando a sobre carga, turnos rotativos e a falta de reuniões e oportunidades de expressão de sentimento, conseqüente a este clima podendo em algumas pessoas acarretar no desrespeito, em desentendimentos e na falta de comprometimento entre eles, entretanto, essa relação humana acaba ocasionando a depressão, a mágoa, e o sentimento de injustiça entre a equipe multiprofissional.

O trabalho de assistência do enfermeiro tem relação direta com currículo da profissão que constitui instrumento que define a linha de ação dos conhecimentos a transmitidos, por isso, alguns elementos são inseparáveis e se desenvolvem de forma conjunta: o saber e a ação, a teoria e a prática. Contudo, a aprendizagem formal, ao longo do seu processo de desenvolvimento e da aquisição da experiência profissional carece de ser reconstruída e aprimorada para dar ênfase maior à importância e relevância da integração aprender-conhecer, aprender-fazer, aprender-se e aprender-viver juntos, ou seja, promover a efetivação destes que são os pilares da educação (DELORS, 2001).

Essa realidade mostra um fator essencial para a prática profissional que é a formação continuada.

2.5.4 Qualidade e humanização na enfermagem: o diferencial está na formação continuada

Até estar pronto para o exercício da prática I, o enfermeiro precisa receber educação profissional de enfermagem que está prevista no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN), art. 18 que versa sobre os direitos e responsabilidades dos profissionais, dando ênfase à prioridade que é “manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento da profissão” (MAGALHÃES, IDE, 2000).

A assistência humanizada contribui para eliminar a impessoalidade do atendimento profissional ao cliente, além de tornar mais afetiva e respeitosa a relação entre enfermeiro e paciente sem, necessariamente, deixar de lado a técnica que o atendimento exige. Desta forma, será possível identificar a diminuição de traumas do pacientes, famílias, bem como o processo de orientação dos profissionais no sentido

de exercer sua função, atividades e profissão de maneira menos mecanizada, mas destacando o valor e contribuição dos recursos tecnológicos na assistência, cuidados e sobrevivência dos pacientes (BARRA et al., 2005).

Para complementar a regulamentação do exercício profissional, o Decreto 94.406/87 especifica no art. 8º, II, que uma das aprendizagens do enfermeiro “[...] é participar de programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada”.

Uma forma eficaz de treinamento e qualificação é a formação continuada que em função do ritmo e condições de trabalho é um dos requisitos fundamentais para a prática de enfermagem, pois as atividades e funções desempenhadas e executadas pelo enfermeiro demanda atenção integral a saúde e o aprimoramento do conhecimento e de suas técnicas possibilitam que prestem uma assistência de qualidade ao paciente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na prática de assistência de enfermagem um elemento estratégico e diferencial para alcançar resultados positivos é a formação e educação continuada, considerando que na maioria das instituições de saúde as condições e infraestrutura dos serviços prestados aos pacientes tem como características “[...] fragmentações em se tratando do cuidado, desempenho da equipe e todo o processo de trabalho pois são atividades centradas no desempenho individual das funções e da técnica de divisão” (RIBEIRO; MOTTA, 2007, p. 2).

Outro fator importante para a prática de assistência de enfermagem é a educação em saúde que amplia o conhecimento teórico e prático, promove a melhoria, motiva mudança de atitudes nos comportamentos no contexto geral da saúde. O enfermeiro deve e tem como aplicar a educação à saúde por ser uma ação de cunho político e social, portanto, possui embasamento artíficos, métodos, técnicas que promovam a desalienação, transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos (GUEDES et al., 2010).

Em muitos casos, a educação perde a sua característica quando se torna meramente informativa e normativa. No entanto, mudanças ocorrem a partir do momento em que os usuários refletem acerca das bases sociais de sua vida e concebem a saúde como um direito e não uma concessão. O desempenho profissional e qualidade da assistência em enfermagem, além da formação continua se respalda na consulta de

saúde porque a sistematização da assistência prioriza o atendimento efetivo e humanizado, amplia a sua percepção em identificar problemas e favorece a criação de um plano de ações que contribui para a recuperação da saúde do paciente (ALFARO-LEFREVE, 2005).

Os elementos básicos da consulta de enfermagem são: entrevista para coleta de dados, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, cuidados e orientação. O diagnóstico de enfermagem, trata-se de um tipo de documento que direciona a conduta pois adota “[...] as condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação” (MACIEL, ARAÚJO, 2003, p. 208).

Todos esses elementos que tem relação com a educação do enfermeiro e contribuem significativamente com a sua prática profissional e com a promoção da saúde tem como base fortalecer a atenção básica e a gestão organizando com o propósito de atender em grande número os problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção da saúde e de prevenção (DILÉLIO et al., 2011).

A questão qualidade de vida ganha, a cada dia, mais destaque nas publicações sobre administração e psicologia do trabalho, em nível mundial e no Brasil a partir do avanço após a divulgação das modernas técnicas administrativas, utilizadas principalmente no Japão, voltadas para o alcance da qualidade total. A abordagem da qualidade de vida era aplicada à situação de trabalho, mas representa o aspecto globalizante do que antes era abordado através de estudos de motivação, de fatores ambientais, ergonômicos e de satisfação no trabalho (VALDISSER, 2005).

Mas, estudos de Minayo (2000) destaca que nos anos de 1940, Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida eliminando de seu conceito a característica de ser ausência de doença ou enfermidade, mas a presença de bem-estar físico, mental e social. Recentemente tem sido reforçado o uso da qualidade de vida como um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde.

Mas este conceito também evoluiu e de acordo com Seidl, Zannon (2004), a nova definição apresentada pela OMS é mais abrangente e diz que em se tratando de qualidade de vida [...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Independente da abrangência do conceito, a qualidade de vida é uma necessidade do ser humano. Vale lembrar que a ausência de enfermidade não significa, literalmente, qualidade de vida, pois esse processo está associado a outras necessidades e exigências do homem. A Tabela 4 apresenta uma taxonomia das definições de qualidade de vida na perspectiva de Farquhar (apud SEIDL, ZANNON, 2004).

Tabela 1 - Definições de qualidade de vida

I – Definição global	Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 80. Muito gerais, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
II – Definição com em componentes.	Surgem nos anos 80. Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
III – Definição focalizada	Definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.
IV – Definição combinada	Definições incorporam aspectos dos Tipos II e III: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Fonte: Seidl, Zannon (2006, p. 580).

Essas definições mostram a evolução do processo da qualidade de vida. Assim, a questão da promoção da saúde muitos países, como por exemplo, Espanha, Turquia, entre outros, apresentam estudos voltados para a qualidade de vida da população de um modo geral (SEIDL; ZANNON, 2006).

No cenário brasileiro, a medição da qualidade de vida geraria informações que “poderiam ser usadas para rastrear e identificar as necessidades de saúde da população, decidir as prioridades em assistir determinados setores, alocar recursos e comparar estados de saúde de diferentes tipos de tratamentos” (CAMPOS, NETO,

2008, p.236).

A utilização de instrumentos específicos para medir a qualidade de vida relacionada à saúde, bem como aquelas associadas à experiência de doenças, agravos ou intervenções (problemas neurológicos pós-traumáticos, transplantes, uso de insulina e outros medicamentos de uso prolongado), contribuirá para a “tomada de decisão pelos gestores, clínicos e usuários do sistema de saúde. A avaliação quantitativa pode ser usada em ensaios clínicos e estudos de modelos econômicos” (CAMPOS, NETO, 2008, p. 236).

Os dados apurados após a medição e o número de óbitos permitiriam um estudo comparatório entre diversas populações e enfermidades. Na avaliação de Minayo (2000, p. 16)

A proposta nacional da política pública de saúde visa promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A qualidade de vida se efetiva com ações centradas no cuidado com a saúde, principalmente na prevenção e adotando meios que possibilitem o paciente desenvolver este processo tais como autonomia, condições de bem-estar (SEIDL apud CAMPOS, NETO, 2008).

Interessante também são as disposições do art. 3º que determina: “toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde” e destaca que a qualidade, continuidade são os principais aspectos a serem considerados a agilidade do atendimento ao paciente, além de destacar as informações que devem ser coletadas acerca da condição de saúde, equipe multiprofissional entre outras determinações expressas em nove incisos (BRASIL, 2009).

Também faz parte do direito assegurado ao paciente ser atendimento dentro dos padrões de humanização que se propõe a assistência à saúde, por parte de médicos e equipe de enfermagem, principalmente, além de contar profissionais habilitados e qualificados, condições ambientais ideais e conforto. No contexto brasileiro, a humanização dos profissionais de saúde é uma crescente, exigindo atenção em inúmeros aspectos. Portanto, humanizar os cuidados em saúde tem como pressuposto a essência do ser, respeito à individualidade e a necessidade da

construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. É dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este discutiu a importância do profissional enfermeiro na Sistematização de Enfermagem Perioperatória e descreveu o percurso histórico da enfermagem, atuação e atribuições do profissional enfermeiro, como se processa a assistência e as etapas do processo cirúrgico mostrando sua classificação e característica, além de destacar a importância da humanização dos serviços de saúde e na prática de enfermagem.

O trabalho em enfermagem se caracteriza como único considerando que em função da dinâmica das relações ele não se repete e na maioria das vezes se consolida de modo espontâneo, carregando desarmonia e conflitos que transformam o trabalho em uma jornada de sofrimento e desprazer.

No tocante às discussões acerca da humanização profissional/pacientes observou-se que elas ampliam e se tornam cada vez mais enfáticas em apontar dados que evidenciam a urgência e necessidade de humanizar essa relação. Neste estudo, ficou clara que o número maior participação está no Brasil, talvez em função das condições do sistema brasileiro de saúde.

A assistência de enfermagem, em função das especificidades da profissão, ambiente de trabalho, atenção redobrada no cuidado ao paciente costuma ser fria, ainda que seja eficiente, mas é distante. Embora seja ampla publicação científica voltada para a temática humanização do profissional/pacientes em unidades coronarianas, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos e pesquisas centradas nas questões centrais e não resolvidas apontadas pelos diferentes autores.

Outro fator que ficou evidente é a importância da formação continuada que aprimora e ampliar conhecimentos é uma forma de o profissional qualificar a assistência que presta ao paciente e agrega valor à saúde pois vai além da simplicidade de discutir os limites da capacidade profissional para assumir ou não as suas funções e responsabilidades de enfermeiros, de cuidadores e guardiões da saúde.

Em se tratando da importância e atribuições do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória este estudo mostra ser necessário que o enfermeiro elabore planos de cuidados específicos e individuais, por meio de conhecimento técnico e científico, contribuindo para diminuição dos transtornos

causados durante sua internação. O estudo contribuiu para um planejamento de cuidados aos pacientes visando a melhora da qualidade da assistência de enfermagem, zelando então pela manutenção da segurança do paciente.

Sendo assim o profissional enfermeiro deve fundamentar suas ações na aplicação criativa, lembrando o quanto se faz necessário o direcionamento do cuidado perioperatório humanizado estabelecendo assim vínculos de afetividade, respeito e empatia para com os pacientes.

Por mais que seja um processo lento vale a pena investir, por que quando implantada a Sistematização de Enfermagem Perioperatória vem para organizar as ações assistenciais e com isso gerar um atendimento com mais qualidade, segurança e direcionamento reduzindo tempo, custo resultando em uma equipe mais unida e com menos estresses. Gerando benefícios para instituição, equipe e principalmente para o cliente.

Portanto, é de suma importância que o enfermeiro ponha em prática seus conhecimentos técnico-científico e seus argumentos para a implantação da SAEP comprovando na prática do dia-dia a eficiência da Sistematização de Enfermagem Perioperatória, podendo assim conquistar o valor do seu trabalho, colaborando para o desenvolvimento da evolução desse paciente, evitando-se desgastes futuros gerados pelos estresses profissionais e o risco de uma assistência inadequada.

Como resposta ao problema de pesquisa, que investigou a importância e o papel do enfermeiro na Sistematização de Enfermagem Perioperatória pode-se concluir que formação adequada, conhecimento e formação continuada a qualidade da assistência pode ser comprometida e deixa de promover a saúde, além de reduzir as possibilidades do profissional de enfermagem construir e consolidar serviços que atendam as necessidades dos pacientes de maneira satisfatória.

Acredita-se que o tema deste estudo possa ser de grande relevância para a equipe de enfermagem, considerando que ter um procedimento cirúrgico seguro e dinâmico deve ser o propósito de todos os pacientes cirúrgicos e dever da enfermagem trabalhar com essa meta, de praticar o cuidado da assistência com o benefício de restabelecer o estado de saúde deste paciente.

Mas, percebeu-se que há uma grande possibilidade de aprofundamento sobre o

tema, devido à escassez de trabalhos nessa área, principalmente no Brasil, onde as pesquisas são incipientes. Uma proposta para estudos futuros é a realização de uma pesquisa em que se observe os aspectos primordiais da relação da atuação e importância do enfermeiro na Sistematização de Enfermagem Perioperatória.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E, K.; TOSATTI, M.; Sistematização da Assistência de Enfermagem no Período Perioperatório: Visão da Equipe de Enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.2, n. 2, p.300-310, mai./ ago.2012.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. trad.: Regina Garcez. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005.
- ANGELO M, BOUSSO R.S. A enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. **Manual de enfermagem**. 2001. Disponível em <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em set. 2014.
- AVELAR, M. C. Q.; SILVA, A.; Assistência de Enfermagem Perioperatória: ensino em cursos de enfermagem. *Rev. Esc. Enfermagem*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 46-52, 2005.
- ANVISA. **Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília. v.1, n.1, p. 1-12. Jan-Jul. de 2011. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>> Acesso em: out. 2014.
- BARBOSA, M. H.; OLIVA, A. M. B.; SOUSA NETO, A. L. Ocorrência de Lesões Perioperatórias por Posicionamento Cirúrgico. **Revista Cubana de Enfermaria**, Habana, v. 27, n. 1, p. 31-41. 2011.
- BEDIN, E.; RIBEIRO, L.B.M; BARRETO, R.A.S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em out. 2014.
- BARRA, Daniela Couto Carvalho; JUSTINA, Anelice Della; BERNARDES, Jane Fonseca de Lacerda; VESPOLI, Fabíola; REBOUÇAS, Ula; CADETE, Matilde Meire Miranda. Processo de humanização e a tecnologia para o paciente internado em uma unidade de terapia intensiva.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRUNNER & SUDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2009
- CAETANO, J.Á; SOARES, E; ANDRADE, L.M; PONTE, R.M. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**; 11(2):325-330, jun. 2007.
- CAMPOS, MO; NETO, JFR. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.32, n.2, p.232-240- maio/ago. 2008.

Disponível em < <http://artigocientifico.uol.com.br>>. Acesso em OUT. 2014..

CAVALCANTE, R. B. et al. Experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 3, p. 461-471, set. / dez. 2011.

CECAGNO, D. **Serviço de educação continuada na enfermagem nas instituições de saúde do município do Rio Grande**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem/Saúde), FURG/RS. 2003. Disponível em <http://www2.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_01281.pdf>. Acesso em out. 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. 14 (1); 41-65, 2004.

COSTA, C. A; LUNAARDI, F. W. D; SOARES, N. V. Assistência humanizada. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 310-314, 2003.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de Enfermagem realizados no paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispões sobre a Sistematização de Enfermagem e a implantação do processo de enfermagem nas instituições assistenciais de saúde públicas e privadas. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 20 out. 2013.

CUNHA, A. L. S. M.; PENICHE, A. C. G.; Validação de Instrumento de Registro para Sala de Recuperação Pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 151-160. ago. / jan. 2007.

DELORS, J. **Educação. Um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 2001.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, 2004.

DILÉLIO AS, et al. **Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**: diferenças por modelo de atenção. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

D'INNOCENZO, M.; FRANCO, J.N; RIBEIRO, G.; BARROS, B.P. A. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev. bras. enferm**. v.63 n.6. p. 927-932. Brasília Nov./Dec. 2010.

FERNANDES, E. O. et al. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgias eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Rio Grande do Sul, v. 54, n. 2, p. 240-258, abr-jun. 2010.

FONSECA, R. M.; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 428-33, mar. / set. 2009.

FLÓRIO, M. C. S.; GALVÃO, C. M.; Cirurgia Ambulatorial: Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem no Período Perioperatório. **Rev. Latino-AM Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 5, p. 630-637, set. / out. 2003.

FÓRIGO FC. Medidas para minimizar as implacacoes do processo de trabalho do enfermeiro para a sua saúde. 2011. Prjeto técnico (EspecialzACP em Gestão de Saúde). Paranaguá: Univesidade Federal do Paraná, 2011.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C. M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O Impacto da Visita Pré-operatória de Enfermagem no Nível de Assistência de Pacientes Cirúrgicos. **Rev. Mineira Enfermagem**, Minas Gerais, v. 14, n. 3, p. 345-352, jul. / set. 2010.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 199-206, março-abril. 2003.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A Prática Baseada em Evidencias: Considerações Teóricas para sua Implementação na Enfermagem Perioperatória. **Rev. Lantino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10 n. 5, p. 690-695. 2002.

GENTIL, R.C.; RAMOS, L.H.; WHITAKER, I.Y. **Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar**. Rev. Latino-am Enfermagem. v.16, n.2, p. XX-xx, mar-abr. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_04.pdf>. Acesso em out. 2014.

GOUVEA, S.S.D., TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>>. Acesso em set. 2014.

GUEDES, N.G. et al. **Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão**. 2010. Disponível em <<http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=1&item=26>>. Acesso em set. 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRITTE, L.; MEIER, M. J.; GAEVICZ, A. P.; Visita Pré-operatória de Enfermagem: Percepções dos Enfermeiros de um Hospital de Ensino. **Cogitare Enferm**. Paraná, v. 11, n. 3, p. 245-251. out. / nov. 2006.

HORTA, W. A. **Processos de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LEOPARDI, M. T; GELBCKE, F. L; RAMOS, F .R .S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, vol. 10, n. 1, p.32-49, jan./ abr. 2001.

MACIEL, I.C.F.; ARAÚJO, T.L. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.2, mar. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em set. 2014.

MATOS, F. G. O, A.; PICCOLI, M. Diagnóstico de Enfermagem Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento Identificado no Período Transoperatório. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 3, n. 2, p. 195-201. mai. / ago. 2004.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MEDEIROS, J. B.; Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO MCS; HARTZ, ZMA; BUSS PM. **Qualidade de vida e saúde**: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.

MORAES, L. O; PENICHE, A. A. G. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 34-42, abr. / maio 2003.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.42, n.4, p.643-648. 2008. Disponível em <<http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012.pf>>. Acesso em abr. 2014.

PASSOS, A. P. P.; O Cuidado da Enfermagem ao Paciente Cirúrgico Frente ao Ato Anestésico. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 14-19, 2012.

PEDROLO, F. T. et al. A Experiência de Cuidar do Paciente Cirúrgico: As Percepções dos Alunos de um Curso de Graduação em Enfermagem. **Revista Esc. Enfermagem**, São Paulo, v.35, n. 1, p. 35-40, mar. 2001.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo, Edições Loyola: 2004.

PICCOLI, M.; GALVÃO, C. N. Enfermagem Perioperatória: Identificação do m Diagnóstico de Enfermagem Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Conceitual de Levine. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 9 n. 4, jul. 2001.

PIERANTONI, C. R; FRANÇA T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: FALCÃO, A. et al (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PIVOTTO, F.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; Prescrição de Enfermagem: dos Motivos da Não Realização às Possíveis Estratégias de Implementação. **Portal de Revista da Enfermagem**, Paraná, v. 9, n. 2, p. 32-42, jul. / dez. 2004.

POPOV, D. C. S.; PENICHE, A. C. G. As Intervenções do Enfermeiro e as Complicações em Sala de Recuperação Pós-anestésica. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 43 n. 4, p. 953-961. 2009.

RIBEIRO, E. C de. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de Saúde.** Disponível em <<http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.048.pdf>>. Acesso em out. 2014.

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P.O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2000, vol.8, n.6, pp. 96-101. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600014>.

RODRIGUES, R. A. P.; SOUSA, F. A. E. F.; O Trabalho da Enfermagem em Centro Cirúrgico – Análise de Depoimentos. **Rev. Latino – am. Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.21-34, junho 1993.21-

SANTOS, M. R. M.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; Percepção dos Pacientes Submetidos à Cirurgia Ortognática sobre o Cuidado Pós-operatório. **Rev. Esc. de Enferm.** São Paulo, v. 46, n. 6, p. 78-85, abr. / maio 2012.

SANTOS R.R A importância da ginástica laboral, como forma de prevenção ao estresse ocupacional em profissionais da área de enfermagem. Monografia (Graduação Fisioterapia). Universidade do Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2005.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: Uma Necessidade Percebida no Período Pré-operatório de Pacientes Cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n. 6, p. 673-676. 2005.

SILVA, R.C.; PORTO, I.S.; FIGUEIREDO, N.M.A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**; 12(1):156-159, mar. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392002000200007&script=sci_arttext> Acesso em: OUT. 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. HINKLE, J. L.; CHEEEEVER, K .H. **Brunner & Suddart** Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 4v.

SOUZA, M. F.; A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enf.** v.53, n Esp., p. 25-30, 2000.

SOUZA, Kátia Ovídia José de; PEGORARO, Renata Fabiana. Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. Aletheia n.29 Canoas jun. 2009. Disponível em

<<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-8arttext>> Acesso em: 09 out. 2014.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A.D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2006, vol.19, n.3, pp. 279-283. ISSN 1982-0194. Acesso em out. 2014.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo, Edições Loyola: 2004.

SEIDL, E. M. F., ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, 20, 580-588. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico>>. Acesso em out. 2014.

SCHMIDT, D.R.C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto em Enfermagem**, v. 18, n. 2, p 330-337, 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G **Tratado de Enfermagem médico cirúrgico**. 10ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

STUMM, E. M. F.; MAÇALAI, R. T.; KIRCHNER, R. M. Dificuldades Enfermeiros em um Centro Cirúrgico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 464-471, jul. /set. 2006.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIM A.S. M.; PEREIRA, M. J. B. O Trabalho de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde – A Assistência à Saúde da Família. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v.53, n.2, p.193-206, 2000.

THIESEN, M.; **Sistematização da Assistência de Enfermagem Peroperatória: Contribuição para Bem Estar da Pessoa Cirúrgica**. 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101843/231725.pdf?sequenc e=1>>. Acesso em: 27 out. 2014.

ZEITOUNE, R.C.G A prática de Enfermagem do trabalho. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990. Disponível em <http://teses.ufrj.br/EEAN_d/SergioLimaDaSilva.pdf>. Acesso em out. 2014.