

**LAURA DE AZEVEDO GUIDO**

**A INTERAÇÃO/ TRANSAÇÃO ENFERMEIRO/ CLIENTE:  
UMA METODOLOGIA PARA ASSISTÊNCIA AO  
CLIENTE CIRÚRGICO-AMBULATORIAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
- ENFERMAGEM -**

**Florianópolis, maio de 1996**

**A INTERAÇÃO/ TRANSAÇÃO ENFERMEIRO/ CLIENTE:  
UMA METODOLOGIA PARA ASSISTÊNCIA AO  
CLIENTE CIRÚRGICO-AMBULATORIAL**

por

Laura de Azevedo Guido

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, como requisito para a obtenção do grau de MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Orientadora:

Dra. Fanny Viviana López Alegria.

Co-orientadora:

Dr<sup>da</sup> Vera Regina Dias Real.

Florianópolis - SC

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - Universidade Conveniada  
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
**REPENSUL**  
EXPANSÃO PÓLO III

Título: A INTERAÇÃO/TRANSAÇÃO ENFERMEIRO/CLIENTE: UMA METODOLOGIA  
PARA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE CIRÚRGICO-AMBULATORIAL

Autora: Laura de Azevedo Guido

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca  
Examinadora para a obtenção do título de

Mestre em Assistência de Enfermagem

sendo APROVADA e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-  
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Banca Examinadora:

*Fanny López*

Dra. Fanny Viviana López Alegria  
(Presidente)

*Maria Tereza Leopardi*

Dra. Maria Tereza Leopardi  
(membro examinador)

*Lygia Paim Müller Dias*

Dra. Lygia Paim Müller Dias  
(membro examinador)

*Estela Regina Ferraz Bianchi*

Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi  
(membro examinador)

*Elisabeta Albertina Nietsche*

Msc. Elisabeta Albertina Nietsche  
(membro examinador)

Dra. Mercedes Trentini  
(suplente)

*É minha lei, é minha questão  
Virar esse mundo  
Criar este chão  
Não importa saber se  
É terrível demais*

.....  
*E assim, seja lá como for,  
Vai ter fim a infinita aflição  
E o mundo vai ver uma flor  
Brotar do impossível chão.*

(Francisco Buarque de Holanda)

## AGRADECIMENTOS

*Ao concluir esta dissertação não poderia deixar de agradecer a colaboração, o apoio e o carinho de muitas pessoas que contribuíram para o desenvolvimento e conclusão da mesma.*

*Aos meus pais, Guido e Aurinha, pela presença, pelo carinho, pelo modelo e estímulo constantes.*

*Ao Paulo, o companheirismo, a estrutura, o amor, a compreensão, o respeito e a valorização pessoal e profissional.*

*Ao Fabrício, pela compreensão da ausência.*

*Ao Pedro, meu "companheirinho" de todas as horas: viagens, estudos, madrugadas.*

*À Carmen, Rosa, Helena, Maria Augusta, Margrid e Celeste, colegas de mestrado, grandes responsáveis por inúmeras reflexões e sólidas transformações.*

*Às colegas do Departamento de Enfermagem da UFSM, pela colaboração, pelo estímulo e interesse.*

*À minha orientadora, Dra. Fanny, que, mesmo não atuando na área por mim escolhida, assumiu comigo esta busca.*

*À Vera Real, minha professora na graduação, colega, agora, no departamento e co-orientadora deste trabalho, pelo exemplo e apoio constante, pela disponibilidade e capacidade, pelas idéias.*

*Às colegas Elizabeta Nietche e Vânia Backes, pelo carinho, pelo companheirismo e pelas valiosas contribuições.*

*À colega Carmem Colomé Beck, pela companhia, estímulo e sugestões.*

*À Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi, pelo exemplo de enfermeiro de Centro Cirúrgico, docente e pesquisador.*

*À Direção de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, pela possibilidade e confiança na liberação do campo para realização deste trabalho.*

*À Márcia Félix, Ana Beatriz Fontoura, Naura Coutinho, Ivana Caetano, Márcia Marzzari e toda a equipe de enfermagem do HUSM pelas sugestões, pelo apoio, pelo interesse, pela possibilidade de convívio.*

*À Jacinta Espíndola Pereira, pelo interesse, pela curiosidade, colaboração e, principalmente, pelo exemplo de humanização da assistência de enfermagem.*

*Aos clientes cirúrgico-ambulatoriais do HUSM, que permitiram esta busca e colaboraram para sua efetivação.*

*Aos professores do curso de mestrado expandido da UFSC, pelo crescimento pessoal e profissional, em especial à Tetê, pelo convívio mais longo e pela proximidade permitida; à Kenya, pelo sorriso e pelo estímulo; à Lidvina, pela coerência, pelo carinho, pela valorização enquanto profissional.*

*À Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico - SOBECC, em especial à Aninha, Neide, Lourdes e Nazaré, pela valorização profissional e estímulo pessoal.*

*Aos anestesistas, cirurgiões e médicos residentes do HUSM, pelo interesse e colaboração.*

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	vii
RESUMO .....	viii
ABSTRACT .....	x
LISTA DE QUADROS .....	xiv
LISTA DE FIGURAS.....	xv
LISTA DE ANEXOS.....	xvi
1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA .....	01
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	08
2.1 A prática assistencial ao cliente cirúrgico-ambulatorial: em busca da humanização .....	08
2.2 A cirurgia ambulatorial e a assistência de enfermagem: uma realidade crescente .....	20
2.3 O ambiente da cirurgia ambulatorial .....	27
2.3.1 A sala de espera: uma situação de estresse.....	28
2.3.2 A Sala de recuperação anestésica: uma situação de risco.....	29
2.4 A comunicação enfermeiro-cliente: um caminho para a interação.....	36
2.5 As teorias de enfermagem e a prática assistencial: um elo para o desenvolvimento profissional da enfermagem .....	39
2.5.1 Imogene King e a teoria do alcance dos objetivos .....	41
2.5.2 Imogene King e o processo de enfermagem.....	47
2.5.3 A aplicabilidade dos conceitos de Imogene King em diferentes práticas assistenciais de acordo com a vivência de alguns enfermeiros brasileiros .....	52

3	CONSTRUINDO UM MARCO CONCEITUAL PARA FUNDAMENTAR A PRÁTICA ASSISTENCIAL AO CLIENTE CIRÚRGICO-AMBULATORIAL .....	58
3.1	Pressupostos que fundamentaram a prática assistencial de enfermagem ao cliente cirúrgico-ambulatorial, baseados nos pressupostos de KING (1981) e nas minhas crenças e valores ..	60
3.2	O marco conceitual construído .....	62
4	PERCURSO METODOLÓGICO .....	70
5	DESCREVENDO A VIVÊNCIA COM OS CLIENTES CIRÚRGICO-AMBULATORIAIS DO HUSM A PARTIR DAS ENTREVISTAS .....	85
6	ANALISANDO, REFLETINDO E AVALIANDO OS CONCEITOS DO MARCO CONCEITUAL NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE CIRÚRGICO-AMBULATORIAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM COM ELES DESENVOLVIDOS .....	113
6.1	Análise e reflexão dos conceitos .....	114
6.2	Análise e reflexão da aplicação do processo de enfermagem .....	123
6.3	Avaliação da assistência de enfermagem prestada aos clientes cirúrgico-ambulatoriais do HUSM.....	131
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	133
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	140
	ANEXOS.....	148

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CC - CENTRO CIRÚRGICO**

**CME - CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO**

**FACEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM NOSSA  
SENHORA MEDIANEIRA DE SANTA MARIA**

**HUSM - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

**PA - PRONTO ATENDIMENTO**

**REPENSUL - REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL**

**SRA - SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA**

**SRAE - SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA  
EXTERNA**

**TAO - TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS**

**UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA**

**UFSM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

**USP - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

## RESUMO

### **A INTERAÇÃO / TRANSAÇÃO ENFERMEIRO / CLIENTE: UMA METODOLOGIA PARA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE CIRÚRGICO-AMBULATORIAL**

Com a realização do presente estudo, busquei descrever um método de assistência de enfermagem para o cliente cirúrgico-ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria, a fim de promover humanização, integração, conforto e segurança para o mesmo. Optei por desenvolver esta prática assistencial fundamentada por um marco conceitual construído como guia para o processo assistencial a partir da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King. Foram assistidos trinta clientes provenientes dos ambulatórios do Hospital Universitário de Santa Maria, ambulatórios do município e de consultórios médicos particulares. O critério de seleção dos mesmos foi priorizado em função da capacidade de comunicação, idade superior a quinze anos e de ambos os sexos. O aspecto metodológico norteou-se pela abordagem qualitativa, sendo que, para a realização do trabalho de campo foi desenvolvida uma prática assistencial, com base em um marco conceitual, onde a comunicação, percepção e interação do cliente e do enfermeiro, corresponderam a base da assistência. O objetivo do estudo foi plenamente alcançado, uma vez que foi possível constatar que a Teoria do Alcance dos Objetivos tornou viável a assistência do cliente cirúrgico-ambulatorial, permitindo

a integração e favorecendo o conforto, a segurança e a humanização da assistência de enfermagem, possibilitando, dessa forma, a tramação enfermeiro/cliente cirúrgico ambulatorial.

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Autora: Laura de Azevedo Guido

Orientadora: Dra. Fanny Viviana López Alegria

Título: A Interação / Transação Cliente / Enfermeiro: Uma Metodologia para  
Assistência ao Cliente Cirúrgico-Ambulatorial

Dissertação de Mestrado em Enfermagem

Florianópolis - SC, 02/maio/1996.

## **ABSTRACT**

### **THE INTERACTION / TRANSACTION CLIENT / NURSE: A NURSING AIDED METHODOLOGY DIRECTED TO THE AMBULATORIAL-SURGICAL CLIENT**

With this study i have applied a nursing aided methodology directed to the ambulatorial - surgical client of the Hospital Universitário of Santa Maria, with the purpose of promoting humanization, integration, confort and protection for him/her. I have decided to develop this aided pratice based on theoretical foundations which were constructed as guides for the aided process deriving from the objetives reaching theory of Imogene King. Thirty clients, coming from the Hospital Universitário of Santa Maria Clinic, from the toron Clinic and from private physician's offices were selected. Criteria for selecting the clients has taken into account their communicative strategies, with age superior to fifteen years, from both sexes. The methodological aspect has followed a qualitative approach, being that for the field work it was developed an aided practice, based on a conceptual frame, where the communication, perception and interaction of the client and the nurse, corresponded to the assistance foundations. The objective of the study was reached completely, because it was possible to see that the objectives reaching theory made the aid viable to the surgical - clinical

client, thus allowing the integration and favouring confort, confidence and the humanization of the nursing assistance, making it possible the transaction nurse/surgical - clinic client.

Federal University of Santa Catarina - UFSC

Federal University of Santa Maria - UFSM

Pós-Graduation in Nursing

Author: Laura de Azevedo Guido

Adviser: Dra. Fanny Viviana López Alegría

Title: The Interaction/Transaction client/nurse: a nursing aided methodology directed to the ambulatorial-surgical client

Dissertation of Master in Nursing

Florianópolis - SC, 02/may/1996.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização da população assistida no período de agosto a outubro de 1995 quanto ao procedimento cirúrgico agendado à Clínica de procedência, o sexo e a idade .....	87
QUADRO 2 - Vivência nº 2.....	126
QUADRO 3 - Vivência nº 3.....	127
QUADRO 4 - Vivência nº 5.....	128
QUADRO 5 - Vivência nº 16.....	129
QUADRO 6 - Vivência nº 26.....	130

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1 - Sistemas Dinâmicos de interação .....</b>	<b>43</b>
<b>FIGURA 2 - Processo de Interação Enfermeiro/Cliente .....</b>	<b>45</b>
<b>FIGURA 3 - Diagrama Esquemático da Teoria do Alcance dos Objetivos.....</b>	<b>47</b>
<b>FIGURA 4 - Fluxograma do cliente cirúrgico-ambulatorial no HUSM.....</b>	<b>77</b>

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO 1 - Roteiro para entrevista no período pré-operatório.....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO 2 - Diário de Campo - 1ª parte .....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO 3 - Roteiro para entrevista no período pós-operatório .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO 4 - Diário de Campo - 2ª parte .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO 5 - Distribuição dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e diagnósticos do HUSM nos meses de agosto a outubro de 1995 .....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO 6 - Distribuição dos procedimentos anestésico cirúrgicos e/ou diagnósticos a clientes ambulatoriais de acordo com o procedimento anestésico .....</b>	<b>154</b>

## **1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA**

Meu interesse em buscar uma vivência mais próxima aos clientes cirúrgicos, no ambiente de Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica, relaciona-se com minha própria vida acadêmica e profissional.

Minha atuação profissional está vinculada à área de Centro Cirúrgico, especialmente sala de recuperação anestésica, desde a formação acadêmica vivida na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (FACEM) em Santa Maria.

A fim de melhor elucidar minhas inquietações, neste momento de conclusão da dissertação, acredito na importância do relato de minha trajetória profissional, como justificativa aos questionamentos que ora são postos.

Após a graduação em Enfermagem e Obstetrícia e com Habilitação em Licenciatura em Enfermagem, em 1981, iniciei uma caminhada profissional voltada ao cliente, no ambiente de centro cirúrgico, motivada por um grande interesse no ato cirúrgico, assim como pela possibilidade de participar desse período de insegurança e ansiedade para qualquer cliente.

Minha atuação profissional teve início no mesmo ano em um Hospital-Escola (Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM), onde as atividades propostas corresponderam à montagem e à organização de um centro de material e esterilização.

O interesse pelo ato cirúrgico, então, passava a ser uma grande

preocupação. Sentia necessidade de aperfeiçoamento e organização a fim de adequar o Centro de Material e Esterilização, da melhor maneira possível, às reais necessidades dos clientes, das equipes médicas e de enfermagem.

Em 1983, iniciei a carreira docente, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), assumindo a disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico, onde eram trabalhados conteúdos relacionados às áreas de Centro de Material e Esterilização (CME), Centro Cirúrgico (CC) e Sala de Recuperação Anestésica (SRA).

O CME representava para mim a área em que eu tinha maior conhecimento e domínio, conseqüentemente, aquela que me deixava com maior segurança; CC, uma área de grande interesse, um fascínio muito grande, um desafio constante, uma grande realização; e SRA, uma preocupação que se revertia em constante busca e aperfeiçoamento.

Em 1988, tive a oportunidade de participar do primeiro curso de especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), o que correspondeu a um grande anseio pessoal e resultou em importante experiência profissional, bem como motivação para perseguir novos objetivos na área de Centro Cirúrgico, reafirmando minhas preocupações.

Como conclusão do curso, houve a necessidade de realização de um estágio e elaboração de uma monografia. Optei, então, pelo trabalho em uma Sala de Recuperação Anestésica.

A partir desse momento, minha trajetória profissional direcionou-se, cada vez mais, às unidades de CC, CME e SRA. A preocupação crescente com a qualidade da assistência de enfermagem prestada,

nessas unidades, e a adequação do ensino às mesmas estimulavam a busca constante de aprendizado e aperfeiçoamento.

Em 1994, com a participação no curso de mestrado expandido em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e, a partir de uma proposta de três disciplinas, em que foram trabalhados de forma integrada conteúdos relacionados a aspectos éticos, educacionais e assistenciais, vivenciei a oportunidade de atuar com base em um marco conceitual elaborado a partir de uma teoria de enfermagem, momento em que busquei uma proposta de assistência de enfermagem com vistas à sistematização e à humanização da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico-ambulatorial do HUSM.

Minhas preocupações e inquietações tornaram-se reais e, a partir dessa vivência, optei por aprofundar meus estudos e desenvolver esta dissertação com o cliente cirúrgico-ambulatorial.

Partindo dos dados que obtive, através do acompanhamento de alguns clientes que foram submetidos a procedimento cirúrgico-ambulatorial, no HUSM, no período de 01/09 a 15/10/94, concluí que 48,6% do movimento anestésico-cirúrgico total correspondeu a clientes ambulatoriais (GUIDO, 1996).

Com o desenvolvimento desta prática assistencial, proposta por mim, foi possível perceber o alto grau de ansiedade que esses clientes experimentavam. O cliente cirúrgico-ambulatorial corresponde a uma parcela muito importante de pessoas assistidas na SRA do HUSM, com algumas peculiaridades que interferem diretamente na assistência de enfermagem do serviço, como: não é um cliente considerado grave; normalmente observa tudo o que acontece na unidade, como os profissionais de enfermagem atuam; participa na recuperação dos

outros clientes que se encontram na unidade; ouve as conversas e os movimentos da equipe; vivencia toda a rotina da unidade. Uma vez acordado, é estimulado a levantar a cabeceira, sentar, urinar, na tentativa de obter alta com maior segurança e brevidade. Por essas e outras razões, o cliente cirúrgico-ambulatorial necessita de uma atenção especial por parte da equipe de enfermagem.

Os familiares desse tipo de cliente também representam um fator de constante preocupação para a equipe de enfermagem da SRA, porque, com a necessidade de o mesmo permanecer em uma unidade fechada até a estabilização dos sinais vitais e a obtenção de condições para deambulação e alta do serviço, ansiosamente questionam sobre as condições do cliente. Com frequência, expressam não ter recebido orientação sobre o tempo que o cliente permanecerá na SRA, assim como sobre as condições necessárias para que ele possa ser liberado para alta.

Com a vivência oportunizada pela prática assistencial, pelo acompanhamento e orientação de alunos em aulas práticas, a SRA corresponde a uma das maiores ansiedades que já vivenciei, quer pelo período instável e de risco em que os clientes se encontram, quer pela falta de normas, rotinas e orientações escritas que facilitem aos profissionais e aos alunos a compreensão e a dinâmica das atividades ali desenvolvidas.

O desafio de vivenciar uma prática assistencial orientada por um marco conceitual, adaptado a uma situação específica e operacionalizada através do processo de enfermagem, foi facilitado e estimulado pelas experiências acadêmicas anteriores.

Considero importante salientar, outrossim, que desde o início do curso de mestrado meu interesse em desenvolver um trabalho voltado

ao cliente cirúrgico era muito grande, direcionado especialmente à SRA. No entanto, no momento de definição do tema a ser trabalhado, na prática assistencial, procurei as enfermeiras responsáveis pela chefia do CC e da SRA do HUSM para que, juntas, pudéssemos definir o objeto de estudo que satisfizesse minhas inquietações e, ao mesmo tempo, contribuísse efetivamente com o serviço. Foi nesse momento, em discussões informais com os enfermeiros e alguns funcionários do CC e da SRA, que pude perceber que o cliente ambulatorial (paciente externo) correspondia a uma das suas maiores fontes de ansiedades, uma vez que é um cliente que vem de seu domicílio para o Centro Cirúrgico, é submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico e, após a recuperação da anestesia, é liberado para retomar à sua residência.

Por isso percebi uma lacuna no que tange à assistência de enfermagem a esse tipo de cliente. Dessa forma, tive a certeza de que realizar um trabalho com esses clientes representaria um salto qualitativo na assistência de enfermagem.

A opção pela Teoria de Imogene King deu-se a partir de seminários vividos na disciplina *Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem*, quando foi oportunizada uma relação mais próxima dos mestrandos com diversas teorias e, nesse momento, o estudo e apresentação da Teoria de King ficou sob minha responsabilidade, o que me possibilitou um estudo mais minucioso do trabalho da teórica. Posteriormente, o uso e adequação de uma teoria como suporte a uma prática assistencial, vivenciada na disciplina "Prática Assistencial de Enfermagem", quando também optei por trabalhar com King, culminando, agora, com o trabalho de dissertação.

Tentando desmitificar a dita *robotização* do enfermeiro em centro cirúrgico e a falácia de que a assistência de enfermagem ali não é

individualizada, é que optei pela *Teoria do Alcance dos Objetivos*, de Imogene King, para fundamentar o marco conceitual elaborado e direcionar essa prática assistencial, bem como por acreditar que os clientes cirúrgico-ambulatoriais são seres sociais, conscientes, racionais e perceptivos, com capacidade de agir, reagir e definir objetivos, conforme propõe King.

Além de encontrar, na própria teoria, um desafio na busca de sua aplicação para direcionar a assistência de enfermagem a esse grupo de clientes, o período de permanência, na unidade, restrito a dois momentos, antes e após o procedimento anestésico-cirúrgico, não permitia vários encontros enfermeiro-cliente, correspondeu, dessa forma, a outro importante desafio.

Nessa situação, fiz o possível para que a ação/reação/interação/transação, propostas por King, ocorressem em um mesmo dia, tendo início no período pré-operatório e culminando no pós-operatório.

Acredito que uma assistência interacionista seja importante, pelo fato de o cliente se encontrar freqüentemente temeroso, apreensivo e inseguro com a necessidade de um procedimento anestésico-cirúrgico e sujeito a uma situação sobre a qual ele tem pouco ou nenhum controle.

A Teoria de King propõe que o cliente, como indivíduo, participe na operacionalização de sua assistência, tendo acesso às informações sobre sua saúde e interagindo nas decisões por uma ou outra alternativa terapêutica.

Justifico, portanto, a importância dessa prática assistencial pelos dados estatísticos da SRA do HUSM, pelas características próprias desse tipo de cliente e pela preocupação que os profissionais de

enfermagem têm revelado, além do número reduzido de trabalhos publicados que permitem um maior embasamento para análise e adequação da SRA do HUSM, bem como a busca pela humanização da assistência ao cliente cirúrgico-ambulatorial.

Considerando o exposto, são objetivos deste estudo:

### **Objetivo geral**

Descrever um método de assistência de enfermagem para o Cliente Cirúrgico-ambulatorial, a fim de promover a humanização, visando a maior integração, conforto e segurança para o mesmo, com base no marco conceitual, elaborado a partir da *Teoria do Alcance dos Objetivos*, de Imogene King.

### **Objetivos específicos**

a) prestar assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico-ambulatorial do HUSM, no momento em que é recebido no CC.

b) identificar, no período pré-operatório imediato, questões que os clientes verbalizem, a fim de planejar a assistência de enfermagem individual e humanizada;

c) buscar, no período pós-operatório imediato, a percepção dos clientes recebidos e assistidos no pré-operatório, sobre a SRA e a assistência de enfermagem nela prestada;

d) fazer uma avaliação do marco conceitual, elaborado a partir da *Teoria do Alcance dos Objetivos*, aplicado ao cliente cirúrgico-ambulatorial do HUSM.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A prática assistencial ao cliente cirúrgico ambulatorial: em busca da humanização**

Para PADOVANI et al (1988), a intervenção cirúrgica constitui para o cliente cirúrgico um acontecimento que envolve risco de vida, devido à própria agressão da cirurgia e à utilização de drogas no procedimento anestésico-cirúrgico.

Os profissionais de enfermagem têm mostrado preocupação com os clientes nos períodos pré, trans e pós-operatório e, nesse sentido, têm procurado desenvolver trabalhos, com a finalidade de oferecer uma assistência de enfermagem integral, segura, sistematizada e humanizada para todo cliente cirúrgico.

O enfermeiro, como membro da equipe cirúrgica, tem procurado acompanhar a evolução técnico-científica da cirurgia, aprofundando os conhecimentos adquiridos, buscando atuar efetivamente na assistência aos clientes.

Para URSI; MACUL (1987), o período que antecede à cirurgia dá sensações de alta tensão e ansiedade nos clientes cirúrgicos. Acreditam os autores que o enfermeiro de centro cirúrgico é o elemento mais próximo do cliente na fase pré-cirúrgica e terá de conhecer e resolver a situação conflitante em que ele se encontra.

A postura desses autores, no meu modo de ver, atribuem ao enfermeiro uma responsabilidade de onipotência o que é questionável,

pois, será correto "resolver" por alguém? Ou devemos propiciar condições para que os clientes resolvam?

Os mesmos autores prosseguem sugerindo a visita pré-operatória como instrumento para conhecimento dos problemas que o cliente vivencia nesse período. O que entendo seja de grande valia.

Esses mesmos autores afirmam que a fase crítica para todo cliente cirúrgico concentra-se no período pré-operatório, e que, por esse motivo, a atuação da equipe de enfermagem, nessa fase, aumenta a confiança, a segurança, a auto-estima e a aceitação do cliente. Destacam o enfermeiro de Centro Cirúrgico como sendo o elemento que poderá, transmitir-lhe algumas informações no pré-operatório para auxiliá-lo a enfrentar o procedimento anestésico-cirúrgico de maneira mais tranqüila e segura.

No mesmo sentido, Gilbertoni, citado por BRUTSCHER et al (1986), diz que, como membro da equipe cirúrgica, cabe ao enfermeiro importante papel no preparo dos clientes no pré-operatório, o que contribuirá para uma recuperação anestésica mais rápida e agradável, bem como na profilaxia de complicações pós-operatórias.

<sup>C</sup> Segundo MASON (1978), a enfermeira é o profissional que tem condições de pressupor a emoção sentida pelo cliente cirúrgico, o qual pode apresentar as mais diferentes reações, definidas como medo ou ansiedade e que pode envolver seus familiares.<sup>F</sup> No meu entender, é audacioso demais, a autora atribuir ao enfermeiro a capacidade de pressupor a emoção dos clientes.

Acredito que a enfermeira tenha condições de perceber essa ansiedade, embora, não esquecendo que a individualidade de cada cliente, as necessidades e a ansiedade de cada um possam ser expressas de maneira diferente.

Com um suporte emocional e com esclarecimento de dúvidas no período pré-operatório, as complicações pós-operatórias tendem a diminuir, oportunizando aos clientes recuperação mais rápida e com menores riscos!

BIANCHI; CASTELLANOS (1983) afirmam que a assistência de enfermagem no pré-operatório imediato, além de preparar o cliente fisicamente para o ato anestésico-cirúrgico em termos de higiene, jejum, tricotomia e enterocлизма, também o prepara emocionalmente como pessoa, preocupada com seu EU e com o que ocorrerá com seu corpo.

SILVA (1987), citando Kamiyama, Jouclas, Alcoforado et al., Fontes et al., Gonçalves, Lottermann, Menezes, Panza, Salzano e outros, comenta que a ansiedade e as inquietações dos clientes vão aumentando progressivamente à medida que a cirurgia se aproxima. Afirma também que a agonia que o cliente vivencia pode levá-lo ao pânico, aumentando o estresse e podendo acarretar sérias complicações antes, durante e após a cirurgia.

Sabendo-se que o cliente mais ansioso no pré-operatório poderá vivenciar um pós-operatório mais problemático, é que se justifica a importância da interação do enfermeiro com o cliente no período pré-operatório.

McPHAIL (1974) defende a idéia de que o enfermeiro é o profissional indicado para prestar assistência integral ao cliente planejando seus cuidados.

RODRIGUES (1979), além de enfatizar a importância da assistência integral, salienta a necessidade de individualização dos cuidados.

STEFANELLI (1983), citando Mellow (1966), afirma que a

enfermeira está numa situação privilegiada e única, pois pode manter-se em interação com o cliente por tempo mais prolongado que os outros profissionais da equipe; assim, ajudá-lo na recuperação por meio do relacionamento que estabelece com ele.

A visita pré-operatória, como suporte emocional, é importante fator amenizador do estresse e da diminuição dos riscos pós-operatórios e vem sendo defendida e divulgada por muitos enfermeiros pesquisadores. Eles consideram a visita como importante momento de interação enfermeiro-cliente, antevendo uma assistência de enfermagem mais qualificada e individualizada, a que todo cliente tem direito.

Para SANTOS; CABERLON (1981), a vivência de vários anos de desempenho de atividades em Centro Cirúrgico e Unidade de Internação Cirúrgica demonstrou-lhes que a principal preocupação dos clientes, quando visitados no período pré-operatório, era quanto ao desconhecido, isto é, a anestesia, a cirurgia propriamente dita, o ambiente hospitalar, o relacionamento com pessoas estranhas, os resultados, ou, ainda, as perspectivas de seu restabelecimento. Nesse sentido, as referidas autoras reforçam a presença do profissional de enfermagem como contribuição para o alívio da tensão dos clientes e concluem que a realização das visitas pré-operatórias mostram-se eficientes, pois, permitem dar ao cliente uma assistência mais qualificada e individualizada, reduzindo o nível de ansiedade.

Uma mudança de comportamento foi observada por SANTOS; CABERLON (1981) na maioria dos clientes que foram visitados no pré-operatório. Comentam os autores que diversos fatores influíram para que essas mudanças ocorressem, tais como: esclarecimento de dúvidas, interação enfermeiro-cliente, alívio das tensões ao discutir

seus medos e angústias previamente. Observam também uma diminuição marcante no nível de ansiedade e complicações no pós-operatório em clientes submetidos a esse preparo.

Acreditando que a visita pré-operatória corresponde à importante momento de interação enfermeiro/cliente/família, assim como de preparo para a cirurgia, julgo de grande valia a sistematização da mesma nos serviços hospitalares.

No entanto, tenho consciência de que, para a realização da visita pré-operatória, faz-se necessário um número maior de enfermeiros lotados no CC e SRA, uma vez que pelo menos um deve deslocar-se para as unidades de internação a fim de realizar a visita aos clientes antes da cirurgia!

No que diz respeito ao cliente cirúrgico-ambulatorial, a situação torna-se mais difícil pelo fato de o cliente vir de sua residência para o hospital no dia da cirurgia. Acredito que a visita seria substituída pela recepção e interação enfermeiro/cliente no período pré-operatório, momento em que o cliente seria orientado e teria esclarecidas suas dúvidas e amenizada sua ansiedade.

OLIVEIRA et al (1979) sugerem que a equipe de saúde deve estar alerta para alguns tipos de dificuldades a serem enfrentadas pelo cliente cirúrgico e sua família, e, para diminuir as tensões, recomenda que, na medida do possível, o enfermeiro procure a família para esclarecimento de dúvidas e orientações.

Nesse sentido, KAMIYAMA (1972) afirma que todo ser humano tem medo do desconhecido; o que é desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrolável.

Para FONTES et al (1980), é necessário que a equipe compreenda a reação emocional do cliente diante da cirurgia,

que poderá ser exteriorizada sob diversas formas, porém, sempre estão relacionadas com a ansiedade, o medo do desconhecido e a incógnita do ato cirúrgico.

Essas mesmas autoras realizaram um trabalho em que estudaram a influência das orientações pré-operatórias sobre as principais alterações apresentadas por clientes em pós-operatório imediato e concluíram que a maioria dos clientes que colaboraram na sua assistência foram orientados no pré-operatório; que o maior número de complicações ocorreu entre o grupo não orientado e que os aspectos analisados permitiram comprovar que o grupo submetido à ação sistemática da enfermagem, voltada para orientação prévia, acatou melhor a terapêutica proposta, a assistência da equipe de enfermagem e médica, além de mostrar-se mais seguro, colaborando melhor e menos susceptível a alterações físicas e comportamentais.

As autoras evidenciaram também a importância da ação da enfermagem no que concerne à *Educação em Saúde*, incluindo que esta se constituiu em uma das atividades de maior destaque.

Para ZAGO (1993), uma das formas de atuação do enfermeiro é representada pelo ensino, que consiste na ação educativa do enfermeiro para com o cliente. Esta educação pode ser encarada como um meio pelo qual o cliente pode adquirir conhecimentos e habilidades, ser encorajado a participar do seu tratamento, tomando decisões e assumindo responsabilidades.

A referida autora afirma que o ensino, no pré-operatório, influencia as fases posteriores da cirurgia, levando à redução do tempo de hospitalização e de complicações pós-cirúrgicas, neutralizando os sentimentos de desespero e de insegurança que agravam a ansiedade de qualquer cliente.

BELAND; PASSOS (1979) também entendem ser atribuição da enfermeira ajudar o cliente a compreender seus problemas e a preparar-se para enfrentar a cirurgia proposta, utilizando todo seu potencial de defesa durante todas as fases do processo cirúrgico. Acreditam as autoras que o ensino ou a orientação pré-operatória seja muito importante.

Entretanto, o ensino do cliente só será efetivo, se for adequado às necessidades de cada um, às características individuais de aprendizagem, ao tipo e às conseqüências que a intervenção cirúrgica pode ocasionar.

O enfermeiro, ao exercer o papel de educador, promove condições favoráveis junto ao cliente, esclarecendo dúvidas, fortalecendo hábitos de saúde e direcionando para a importância da atenção e do cuidado de sua saúde.

McPHAIL (1974) afirma que o enfermeiro é o profissional educado para assistir o cliente como um todo, identificando suas necessidades e planejando sua intervenção.

De acordo com LAGANÁ (1989):

*se o enfermeiro quiser, eficazmente, atender ao homem, deve observar as necessidades que ele prioriza para si (...) a educação deve partir justamente dessa vivência pessoal, guiada, apenas, pelo conhecimento técnico do profissional (p. 151).*

Parece que a prática assistencial exercida pelo enfermeiro, hoje, tende a vincular às necessidades de restabelecimento de cada cliente, a preocupação crescente de adequação da teoria à prática e de valorização de sua saúde para uma conscientização da importância de seu papel na sua recuperação e conseqüente manutenção da saúde.

Cuidando dos clientes, difundindo e estimulando a educação

para a saúde, criando melhores condições de trabalho, estabelecendo interação enfermeiro-cliente-equipe, bem como oportunizando a assistência global do ser humano, o enfermeiro de CC e SRA está fortificando sua posição frente à equipe de saúde e à sociedade.

Através da assistência individualizada e demonstrando empatia, envolvimento e sensibilidade, o enfermeiro terá condições de compartilhar com o cliente os momentos de insegurança e de medo, os quais, muitas vezes, lhe causam grandes desconfortos.

O relacionamento de troca, oportunizado pelo enfermeiro, deve ser a base da assistência, onde a educação para o autocuidado e o esclarecimento de dúvidas possam promover uma recuperação mais tranqüila, com acontecimentos previsíveis e possibilitando um planejamento adequado da assistência a cada cliente.

A orientação pré-operatória corresponde à parte do processo de enfermagem que permite ao cliente o atendimento de suas necessidades básicas e a sua independência em relação à assistência, permitindo sua atuação e colaboração no pós-operatório.

A atividade educativa do enfermeiro visa à diminuição de riscos e de complicações pós-operatórias dos clientes, sendo considerada por alguns autores como importante atividade preventiva.

Para Abdellah, citado por RIZZARDI et al. (1983), a assistência de enfermagem é ineficiente se não for considerada também a avaliação dos cuidados feita pelo próprio cliente quanto às necessidades por ele sentidas. Relatam ainda, que se não ouvirmos o cliente, não oportunizamos sua avaliação, e que, talvez, estejamos satisfazendo as necessidades dos hospitais, dos médicos e dos próprios enfermeiros, mas não as dos clientes.

RIZZARDI et al. (1983), citando Kamiyama, enfocam que a enfermagem deve prestar a assistência que o cliente necessita e não apenas a que deseja receber, não esquecendo que o atendimento dos problemas considerados pelo enfermeiro como prioritários devem ser individualizados e integrais.

Em algumas situações, o cliente mostra-se resistente a algum procedimento técnico e cabe ao enfermeiro esclarecer e justificar a importância desse cuidado, mostrando-lhe a necessidade do mesmo para sua recuperação.

A assistência de enfermagem que é oferecida na sala de recuperação anestésica procura prevenir complicações anestésicas ou cirúrgicas e detectar precocemente sinais de alteração das condições do cliente, assim como atuar nessas situações.

É importante ressaltar que a assistência ao cliente submetido a procedimento anestésico-cirúrgico não deve ser limitada à SRA. Nas primeiras 24 horas de pós-operatório, a situação é considerada crítica, mesmo o cliente tendo alta da SRA e sendo encaminhado para a unidade ou para sua residência, onde a atenção deve ser mantida.

A assistência de enfermagem na SRA deve ter como objetivo principal o cuidado individualizado, centrado nas necessidades de cada cliente, estabelecendo prioridades no atendimento e na prevenção de complicações pós-operatórias. Como a segurança é a tônica dos cuidados para com o cliente, é de extrema importância uma equipe de enfermagem bem treinada e especializada para atuar frente a esses clientes, não esquecendo, porém, que segurança não se dissocia de humanização.

A assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico é permeada, portanto, por muitos fatores estressantes, que têm sua origem diante

da necessidade e da expectativa da cirurgia e ocasionam as mais diversas reações emocionais.

RODRIGUES (1979), estudando a percepção e a opinião dos clientes em relação ao período trans-operatório, comenta que o Centro Cirúrgico torna-se cada vez mais complexo, verificando-se um acentuado dualismo entre tecnologia e humanismo, de modo que, muitas vezes, o cliente na sala de cirurgia é tratado como um caso ou uma cirurgia a mais, sugerindo ao enfermeiro uma atenção direcionada aos clientes no sentido de evitar este dualismo, que hoje faz parte do cotidiano da maioria das profissões.

Há necessidade de atenuar essa problemática, uma vez que, de um lado, o crescimento tecnológico é buscado numa intensidade alarmante e, em decorrência, a humanização, nos serviços, facilmente é deixada de lado. É claro que o desenvolvimento tecnológico deve ser buscado cada vez mais e usado em favor do cliente. Isso também é humanização.

Outros autores, como CASTELLANOS & MENDELBAUN (1985) e PANZA (1977), também preocupados com os clientes no período trans-operatório, ressaltam a importância da interação do enfermeiro de Centro Cirúrgico com o cliente e da comunicação eficaz entre eles.

Buscando, então, um entrosamento e uma adequação da assistência de enfermagem às reais necessidades de cada cliente, vários autores têm escrito sobre suas preocupações em busca da humanização da assistência.

Para ROCKENBACH (1985), “falar em humanização do paciente supõe uma equipe humanizada” (p. 49).

Neste sentido, a mesma autora se refere ao trabalho da enfermagem como contínuo e ininterrupto e, assim sendo, faz com que

a equipe de enfermagem necessite de boas condições de trabalho, para que a assistência prestada seja adequada e eficaz.

A humanização não corresponde a um símbolo ou posição que possa ser assumida momentaneamente, mas sim a uma característica individual, espontânea, que pode ser trabalhada e desenvolvida a partir do interesse de um grupo de pessoas e, com freqüência, vinculada à vivência, à cultura e às características do grupo.

Na minha compreensão, a humanização é uma nova forma de conceber a assistência. Acredito que seja uma filosofia de atuação que deve ser expressa em todas as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

LERCH (1983) ressalta que:

*a humanização nos hospitais não pode ser fruto de uma ação momentânea, de esforço limitado, mas deve integrar-se num plano contínuo, complexo, permanente e evolutivo em que estão em jogo diversos níveis de responsabilidade que devem ser coordenados (p.11).*

BERRY; KOHN (1977) são unânimes em afirmar que o relacionamento do enfermeiro com o cliente no pré-operatório faz com que a confiança seja inspirada e a apreensão reduzida.

Cada pessoa apresenta uma reação diferente diante de situações idênticas, o que exige da enfermagem grande preparo e capacidade de relação interpessoal. É preciso muito empenho do enfermeiro para que assimile o progresso da tecnologia e da ciência e não se preocupe somente com o maquinário, mantendo as relações enfermeiro-cliente integradas e humanizadas.

ZEN; BRUTSCHER (1989) concluem que é necessário muito empenho e perspicácia por parte do enfermeiro, para evitar que o progresso científico e tecnológico afaste a profissão do seu conteúdo

humano.

Para LERCH (1983), a humanização é a própria razão de ser e o objetivo primordial dos serviços que são oferecidos no hospital como empresa prestadora de serviços.

Essa afirmação de LERCH está um tanto equivocada uma vez que a razão primeira dos serviços hospitalares não é a humanização. Essa é, no meu entender, uma busca que deve ser associada à assistência como um todo, o que permitiria um direcionamento das ações da equipe de saúde junto aos clientes e familiares no sentido de promovê-la.

Acredito que a humanização deva permear a assistência como um todo, qualificando-a.

A referida autora diz, também, que vivemos num contexto social em que os verdadeiros valores da vida foram negados em favor do *ter* e em prejuízo do *ser*, gerando cada vez mais uma sensação de inquietação, de insatisfação e de infelicidade. Para ela, o segredo da humanização reside na sua filosofia que propõe, antes de tudo, o bem-estar físico, social e moral do cliente. É o cliente o sentido do nosso trabalho e a finalidade primeira da nossa ação humanizadora.

Acredito que a humanização ao cliente cirúrgico-ambulatorial seria permitida e facilitada se a equipe de enfermagem fosse preparada para estabelecer uma comunicação adequada com ele o que tornaria mais fácil o processo de interação no período pré-operatório, obtendo uma repercussão positiva na assistência transoperatória e pós-operatória.

## **2.2 A cirurgia ambulatorial e a assistência de enfermagem: uma realidade crescente**

O desenvolvimento tecnológico e o aperfeiçoamento técnico dos profissionais da saúde, associados ao alto custo da hospitalização, além da deficiência do número de leitos e do risco das infecções cruzadas, levaram ao desenvolvimento dos serviços hospitalares de cirurgias ambulatoriais, onde este tipo de procedimento, de acordo com SNOW (1979), é efetuado na base de um dia.

Com os custos cada vez maiores da assistência os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais passaram a constituir uma tendência na realização de cirurgias, pois permitem a redução da permanência hospitalar. Em contrapartida é impossível negar que outro problema se criaria, pois, uma vez antecipada a alta hospitalar, o cliente sairia com o ônus de uma prescrição de medicamentos e/ou procedimentos, na maioria das vezes de custo elevado. O profissional de saúde deve estar atento para as reais condições do cliente, pois não pode ser ingênuo a ponto de defender a cirurgia ambulatorial apenas pelo lado do baixo custo, o que, muitas vezes, traria benefícios somente para a instituição. Cabe lembrar, também, que a questão da economia não deve ser dissociada da segurança do cliente, o que julgo não menos importante.

De acordo com POZZE e colaboradores (1995), a realização de cirurgia ambulatorial, sem a hospitalização do cliente não é uma inovação de nossa geração, porém, afirmam os referidos autores que, nas últimas três décadas, ocorreu sua redescoberta, aprimoramento e ampliação.

Nesse sentido, buscando respaldo em literatura estrangeira,

descrevem os mesmos autores que, em 1961, foi aberto em Michigan um programa moderno para cirurgia ambulatorial, e que, no ano seguinte, um serviço semelhante foi criado por dois anestesiologistas, na Universidade da Califórnia, onde afirmavam ser uma prática segura a da cirurgia ambulatorial, se empreendida com seriedade e controles rígidos.

Ainda POZZE e colaboradores (1995) comentam que:

*a cirurgia ambulatorial pretende outorgar atenção médico-cirúrgica de boa qualidade com caráter humanitário por meio de participação de uma equipe multidisciplinar (p. 15).*

Assim, a prática assistencial em enfermagem tem sido direcionada para o alcance da qualidade. A operacionalização desta meta ocorre seguindo um processo planejado, sistemático e contínuo, que busca uma assistência individualizada, humanizada e adequada às necessidades e expectativas dos clientes e integrando as equipes de saúde.

A integração entre a equipe de enfermagem e demais equipes de saúde, representa, hoje, uma realidade, e na medida em que os diferentes grupos de profissionais aceitam e se empenham em trabalhar a questão da cirurgia ambulatorial, tomam cada vez mais exequível esse serviço, favorecendo e garantindo aos clientes uma assistência qualificada, segura e com o mínimo de tempo de permanência no hospital.

No que se refere aos fatores que influenciam a seleção dos clientes para cirurgia ambulatorial ou a indicação dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, SNOW (1979) refere que a simplicidade da operação, a baixa incidência de complicações pós-operatórias, o bom estado geral do cliente, a aceitação psicológica do procedimento pelo

cliente e a cooperação do cirurgião e do anestesista correspondem a fatores preponderantes.

De acordo com MILLER (1981), os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais oferecem numerosas vantagens, sendo uma das mais óbvias a grande economia, principalmente pela ausência de encargos com a diária de um quarto.

Para a mesma autora, uma intervenção cirúrgica, por menor que seja, é psicológica e emocionalmente estressante. Esta realidade pode ser minimizada oferecendo aos clientes a oportunidade de escolha para sua assistência e encorajando os membros da família e os amigos a participarem nas orientações pré e pós-operatórias, proporcionando, assim, uma atmosfera relaxada e amigável, enfatizando mais o bem-estar que as condições patológicas.

Ainda MILLER (1981), neste sentido, comenta que, no Hospital da Universidade de Washington, Seattle, Washington:

*quando é constatado que tanto o paciente quanto o procedimento são apropriados para cirurgia ambulatorial, o paciente recebe um livreto que fornece informações acerca da unidade, das instruções pré e pós-operatórias, da anestesia, das despesas e de um número telefônico a ser chamado, se houver alguma mudança em seu estado físico. Existe também um espaço onde a clínica que fez o encaminhamento escreve a hora da cirurgia, com instruções, para chegar uma hora antes da operação (p.768).*

NOCITE (1994), em entrevista para publicação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, lista algumas vantagens da realização de cirurgias em regime ambulatorial, como, e principalmente, a redução de custos do atendimento médico-hospitalar, aumento da disponibilidade de leitos hospitalares e ausência de inconvenientes da hospitalização como separação da família e infecção cruzada.

Para SELIGMAN et al (1992), as principais vantagens da cirurgia ambulatorial são: maior capacidade de atendimento cirúrgico à população, reduzindo o tempo de espera entre a marcação e a data da cirurgia, diminuição do custo de procedimentos e maior conforto ao cliente e aos familiares, abreviando o período de afastamento do lar e diminuindo os riscos de infecção hospitalar.

O mesmo autor refere, ainda, que devem ser evitados, no entanto, procedimentos com alta incidência de complicações pós-operatórias, cirurgias com grandes perdas e reposições freqüentes, casos que necessitam de imobilização prolongada, procedimentos que requeiram analgesia pós-operatória potente e procedimentos de clientes desacompanhados.

No que se refere às desvantagens da cirurgia ambulatorial, Davis (1987), citado por POZZE et al (1995), destaca a falta de observação às instruções pré-operatórias por parte dos clientes; a não disposição de transporte para o hospital e retorno ao lar; ausência de ajuda competente no lar e, ainda, preocupação dos clientes com a falta de retaguarda e apoio imediato, se necessário.

Nesse sentido, os autores citados acima referem que, na realidade que vivenciam em São Paulo, observaram que as desvantagens listadas por Davis, para cirurgia ambulatorial, estavam ocorrendo, com freqüência acentuada e, assim, parte do investimento no preparo do atendimento aos clientes era praticamente perdida. Observaram, também, que havia uma lacuna na comunicação, durante o processo de orientação pré-operatória dos clientes que seriam submetidos à cirurgia ambulatorial e sugeriam que as orientações aos clientes, além de verbais, fossem passadas por escrito.

Com esse pensamento, BEYERS; DUDAS (1989) acreditam que

os clientes cirúrgicos ambulatoriais requerem que o enfermeiro lhes dê, por escrito, orientações que incluam aspectos da assistência necessários no pré-operatório, bem como os cuidados a serem continuados no pós-operatório e após a alta hospitalar.

De acordo com Monahan (1994), citado por POZZE e colaboradores (1995), o ensino pré-operatório deve iniciar-se logo após a indicação da cirurgia ambulatorial através de livretos informativos ou instruções escritas para reforçar a orientação verbal. As instruções devem abranger o preparo pré-operatório e o período intra-operatório, o autor destaca também a importância de encorajar o cliente a expressar suas ansiedades e dúvidas:

Considerando o aumento da prática de cirurgia ambulatorial, em nível hospitalar ou não, e partindo de muitas outras considerações, o Conselho Federal de Medicina, através da resolução CFM nº 1409/94, regulamenta a prática de cirurgia ambulatorial, estabelecendo condições mínimas para a realização dos procedimentos, lista critérios para seleção do cliente e determina condições de alta da unidade (Conselho Federal de Medicina, 1994).

Entendendo a importância do trabalho conjunto da equipe médica e de enfermagem, faz-se necessária a definição de critérios para a realização dos procedimentos anestésico-cirúrgico-ambulatoriais, vinculados às reais necessidades de cada instituição e às características da equipe multiprofissional atuante no setor.

No que se refere à avaliação do cliente para alta, NOCITE (1994) sugere que a mesma aconteça em duas etapas, sendo que, na primeira, o anestesista procura verificar se o cliente está acordado e bem orientado, utilizando vários métodos para esta avaliação; na segunda etapa da avaliação, estando em condições de se levantar e

andar, devem ser oferecidos líquidos por via oral e deve ser estimulado a andar até o banheiro e urinar. Tendo tolerado líquidos por via oral e urinado, estando apto a andar sem auxílio e não apresentando vômitos e dor, o cliente pode receber alta e deixar a unidade acompanhado por um responsável.

Na primeira etapa da avaliação, NOCITE (1994) cita dois métodos: um proposto por Saraiva, que discorre sobre os estágios clínicos da regressão da anestesia e outro proposto por Aldrete e Kroulik, ambos considerados os mais empregados pelo referido autor.

Com relação à assistência de enfermagem, a avaliação também deve ter suporte em alguns critérios estabelecidos previamente, de acordo com a realidade de cada serviço. Comumente se vê o índice proposto por Aldrete e Kroulik sendo utilizado. No entanto, não podemos deixar de citar o proposto por POSSO (1975).

O índice proposto por ALDRETE; KROULIK (1970), inspirado no método de avaliação de recém-nascidos de Apgar (1958), foi criado para avaliar o estado físico dos clientes em recuperação de anestesia, independente de sexo, idade e tipo de anestesia. Neste índice, são atribuídos valores aos seguintes parâmetros: circulação, consciência, respiração e coloração de mucosas e extremidades.

O método sugerido por POSSO (1975) preconiza a adoção de um instrumento que permite e padroniza o controle das condições dos clientes na SRA, objetivando uma assistência de enfermagem com qualidade e, com isso, determinando o tempo de permanência dos pacientes na unidade.

Os critérios sugeridos por POSSO (1975) incluem os propostos por Aldrete e Kroulik, somando-se a eles a avaliação da temperatura, da incisão cirúrgica e do comportamento do cliente.

A mesma autora salienta que o tempo de permanência exagerado, na sala de recuperação, ocasionará um aumento no trabalho da equipe de enfermagem e uma diminuição do cuidado e da atenção aos clientes que realmente necessitam.

De acordo com ZEN; BRUTSCHER (1989), o mais nobre objetivo da enfermagem é a administração da assistência ao cliente, através da análise cientificamente fundamentada, correspondendo à base para a devida intervenção e a adequada prestação de cuidados.

A fim de tornar ideal um setor cirúrgico-ambulatorial para clientes ortopédicos, MILLER (1981) lista alguns fatores, que considero importantes para clientes provenientes de qualquer clínica.

São eles: boa saúde prévia; um problema localizado que não afete o funcionamento sistêmico; uma intervenção cirúrgica que costume ser de curta duração e sem previsão de complicações cirúrgicas ou anestésicas e uma forte motivação para retornar ao funcionamento normal.

A mesma autora acredita ainda que, para que o sucesso de um procedimento cirúrgico aconteça, o cliente deve querer aceitar os conceitos da cirurgia ambulatorial e, uma vez reconhecida esta aceitação, um dos principais elementos da enfermagem passa a ser centralizado no preparo adequado do cliente.

A assistência de enfermagem prestada na SRA deve ser de modo que permita uma continuidade nos cuidados dispensados ao cliente, ultrapassando a assistência física e o conhecimento técnico e científico em relação à doença e/ou ao tratamento, atingindo, também, o atendimento de suas necessidades emocionais e sociais, e abrangendo a utilização de técnicas adequadas de comunicação.

### **2.3. O ambiente da cirurgia ambulatorial**

A necessidade de um tratamento cirúrgico e a proximidade de sua realização fazem com que qualquer cliente apresente uma série de medos e desconfortos que podem até mesmo levá-lo ao pânico.

O que causa o temor com maior ou menor intensidade nos clientes é o medo do desconhecido; de não acordar mais; de acordar durante o procedimento anestésico-cirúrgico; de relatar segredos; de perder a integridade física; de sentir dor; de morrer; de ser abandonado; de ser maltratado. Medos estes que podem se manifestar através de diferentes reações.

O ambiente de Centro Cirúrgico corresponde a uma das causas de ansiedade dos clientes, por ser, na maioria das vezes, um ambiente totalmente desconhecido e muito diferente das outras unidades do hospital. Os equipamentos, as atividades desenvolvidas e a roupa privativa das equipes que ali atuam podem corresponder à fonte geradora de estresse, ocasionando insegurança, dificuldade de comunicação, depressão, agitação, desconfortos físicos e outros.

Por ser o Centro Cirúrgico um dos setores mais complexos e importantes do hospital, sendo o local onde procedimentos invasivos são realizados, é uma unidade que requer dos profissionais de enfermagem um contínuo aperfeiçoamento, a fim de acompanhar as evoluções técnicas e científicas das indústrias que oferecem suporte a esses procedimentos, porém, não esquecendo jamais que toda evolução tem como objetivo primordial a melhoria da qualidade da assistência ao ser humano.

### 2.3.1 A sala de espera: uma situação de estresse

Para RIBEIRO et al (1976), a espera da cirurgia, em ambiente desconhecido, faz com que o cliente sinta-se desprotegido, inseguro, com pensamentos pessimistas, aumentando a angústia e o *stress* emocional o que poderá acarretar muitos prejuízos na cirurgia, assim como crises hipertensivas que retardam ou suspendem cirurgias.

Ainda RIBEIRO et al (1976), citando Hofling, comentam que as mais importantes necessidades básicas dos clientes são representadas pela sensação de ser amado, impressão de confiança, estima, respeito próprio, sentido de dependência, interdependência e independência.

Na maioria dos hospitais, a sala de espera para o cliente cirúrgico é o próprio corredor da unidade. O cliente é encaminhado da unidade de origem e aguarda o procedimento anestésico-cirúrgico no corredor.

Os familiares desse cliente aguardam notícias dele nos corredores próximos, no *hall* de entrada do CC ou em capelas e ambientes adaptados para abrigá-los.

Os clientes ambulatoriais que vêm de sua residência para o hospital, aguardam junto com seus familiares em ambientes, na maioria das vezes, inadequados.

Para SILVA et al (1982) o encaminhamento do cliente direto à sala cirúrgica é um cuidado a ser observado, evitando a espera do mesmo no corredor por longo tempo, o que contribuiria ainda mais para aumentar o medo e a insegurança.

As mesmas autoras afirmam que seria ideal que a recepção e a identificação do cliente no CC fossem feitas pelo enfermeiro, por ser o

profissional mais capacitado para observar seu estado físico e emocional e orientá-lo no que for solicitado.

### **2.3.2 A sala de recuperação anestésica: uma situação de risco**

Segundo DEL NERO (1976), foi durante e após a Segunda Grande Guerra que a idéia de Unidades de Supervisão Especial tornou-se aceita, a ponto de, em 1949, o Operating Room Comitee for New York ter concluído que um serviço adequado de sala de recuperação passava a ser uma necessidade em qualquer hospital que utilizasse moderna terapia cirúrgica.

Para FERRAZ (1980), a sala de recuperação é:

*o local onde o paciente permanece até que haja a recuperação da consciência, a normalização dos reflexos e dos sinais vitais sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, a fim de prevenir as intercorrências do período pós-anestésico e atender prontamente as mesmas (p. 123). f*

DRAIN; SHIPLEY (1981) afirmam que a sala de recuperação deveria ser projetada para permitir máxima segurança para o cliente pós-cirúrgico, a fim de contribuir para seu conforto e permitir observação e prevenção de complicações. Deve, ainda, propiciar ações de emergência, a fim de controlar complicações que possam surgir, como: obstrução de vias aéreas, vômitos e conseqüente aspiração, hipovolemia, choques, arritmias e outras.

ELTRINGHAM et al. (1986) definem a sala de recuperação como: "um setor do centro cirúrgico onde são dispensados cuidados intensivos após anestesia e cirurgia" (p.19).

Os mesmos autores frisam a importância de se anteciparem às ocorrências na SRA e também afirmam ser essencial que os padrões

de assistência do transoperatório sejam mantidos no pós-operatório até que os efeitos da anestesia estejam dissipados e o cliente possa retornar com segurança ao leito hospitalar ou à sua residência.

GUIDO; SILVA (1990), analisando historicamente a evolução da sala de recuperação, observaram que Florence Nightingale, em 1863, já previa a necessidade de os clientes operados serem agrupados para facilitar o atendimento nas primeiras horas após a cirurgia.

DEL NERO (1976), em conferência realizada na XXII Jornada Paulista de Administração Hospitalar, em Franca (SP), afirmou que um cirurgião francês, chamado René Leriche, no início do século, sugeriu a criação de uma dependência onde permanecessem os recém-operados, mostrando preocupação também com o material necessário para prestar a assistência, principalmente, em emergências.

No Brasil, o primeiro serviço a montar sua sala de recuperação anestésica foi o Hospital Pronto Socorro do Rio de Janeiro, sob a supervisão de um médico anestesista, em 1956 (DEL NERO, 1976).

Em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, a primeira sala de recuperação anestésica foi organizada e passou a funcionar no início de 1962, no Hospital Ernesto Dornelles (MILANEZ, 1982).

Muitos trabalhos científicos são encontrados nas literaturas nacional e estrangeira, afirmando que é na fase de recuperação que acontecem os mais graves acidentes e complicações anestésico-cirúrgicas, o que confirma a preocupação de vários autores, inclusive Florence, quando justificam a importância de uma SRA.

DEL NERO (1976) afirma que:

*é fato reconhecido que a mortalidade cirúrgica ocorre em grande parte, nas 24 horas do pós-operatório imediato e as principais complicações, mais agudas, entre 4 e 6 horas do pós-anestésico imediato, após as*

*quais ou o paciente já está consciente, ou sem condições de alta, devendo permanecer na unidade ou ser transferido para a unidade de tratamento intensivo (p. 172).*

ELTRINGHAM et al. (1986) também reconhecem que o cliente fica vulnerável às complicações respiratórias e circulatórias no período pós-operatório. Mostram, a partir de alguns dados estatísticos, o valor de uma sala de recuperação que permita uma adequada monitorização do cliente e a detecção precoce de fatores que o coloquem em risco, assim como a correção de complicações em um curto espaço de tempo.

— A área de uma SRA deve depender do número de leitos do hospital, tipo de hospital, número de salas cirúrgicas, movimento cirúrgico (número, tipo e duração média das cirurgias), tipo de anestesia e dos critérios de admissão e alta dos clientes, nessa unidade, conforme afirma FERRAZ (1980).

No momento da criação de um hospital e da instalação da SRA, é importante que sejam lembrados alguns pontos:

- evitar distância das salas de cirurgia, considerar a proximidade de áreas de apoio (centro de material e esterilização, raios-X, laboratório, banco de sangue, farmácia, etc.);

- proporcionar conforto e segurança máximos para clientes, familiares e equipes;

- permitir observação e prevenção de complicações, além de propiciar ações de emergência.

Para AVELAR et al. (1991), o local ideal para a SRA é aquele anexo às salas de cirurgia. Implantá-la em local de difícil acesso ao ambiente cirúrgico significa ignorar a natureza dos cuidados de enfermagem, bem como a necessidade de acompanhamento por parte do anestesiológico e a evolução pós-anestésica de cada cliente.

O número de leitos de uma sala de recuperação corresponde a uma grande preocupação e ponto de divergência de pesquisadores. Essas divergências relacionam-se ao estabelecimento do número de leitos frente ao número de salas de cirurgia, volume e tipo de cirurgia, área física disponível e outros. A seguir relaciono as estimativas de diversos autores acerca do assunto. DRAIN; SHIPLEY (1981) sugerem dois leitos de recuperação para cada quatro ou cinco procedimentos cirúrgicos gerais realizados em 24 horas.

DEL NERO (1976) sugere um leito e meio a dois para cada sala de operação, propondo um mínimo de cinco ou que se calcule o número de leitos de recuperação considerando de 5 a 7% do total de leitos cirúrgicos do hospital.

ELTRINGHAM et al. (1986), citando o Departamento de Saúde e Seguro Social, aconselha a existência de três leitos de recuperação para cirurgia geral em um CC com duas salas cirúrgicas, o que, na prática, representa um número maior de leitos de recuperação, tendo em vista a necessidade ocasional de ventilação com pressão positiva intermitente após a cirurgia.

Farman (1978), citado também por ELTRINGHAM et al. (1986), afirma que, para uma unidade de oito salas cirúrgicas, doze leitos de recuperação são suficientes.

FERRAZ (1980) sugere que o cálculo do número de leitos seja feito na proporção de um leito de recuperação para cada sala de cirurgia mais 25%.

Uma vez que a área física e o número de leitos de recuperação sejam definidos, outra preocupação emerge, principalmente se abordadas as questões referentes à privacidade e à segurança dos clientes para prestação da assistência e deslocamento dos leitos da

saia de recuperação.

Albuquerque (1985), citado por GHELLERE et al. (1993), sugere que para cada leito deve-se ter uma área de sete metros quadrados proporcionando, assim, o atendimento em todos os ângulos da cama do paciente quando ele for necessário.

Outros autores, como DEL NERO (1976), DRAIN; SHIPLEY (1981), ressaltam a importância de dispor espaço de aproximadamente 1,22 m, para manobra dos leitos em ambos os lados além de um espaço adicional para equipamentos especiais e para posto de enfermagem, preparo de medicação e sala de abastecimento.

Muitos são os fatores estruturais a serem observados e minuciosamente trabalhados em uma sala de recuperação anestésica, de maneira que o cliente tenha asseguradas as necessidades de observação e o atendimento constante em um período tão importante como o de sua recuperação dos procedimentos anestésico e cirúrgico.

De acordo com ELTRINGHAM et al. (1986): "deve-se ter sempre em mente que operações de curta duração nem sempre significam um período de recuperação tranquilo e igualmente curto" (p.21).

Cabe à equipe de enfermagem estar atenta no sentido de prevenir complicações e oferecer segurança aos clientes, não se descuidando em todos tipos de procedimento anestésico-cirúrgico.

De acordo com DRAIN; SHIPLEY (1981): "o ingrediente mais importante em uma recuperação bem sucedida é uma equipe de enfermagem bem treinada, altamente habilitada" (p. 13).

A assistência de enfermagem, em um serviço, deve ter como objetivo primordial a sistematização, a individualização e a humanização do cuidado com segurança, e isso será viável se a equipe de enfermagem for cuidadosamente selecionada e treinada, o

que para uma SRA é fundamental pela situação instável e de risco em que o cliente se encontra.

Conforme afirmam ELTRINGHAM et al. (1986):

*só a vigilância constante pode garantir que a evolução do paciente seja adequada e as complicações sejam tratadas na ocasião oportuna. Um procedimento cirúrgico menor não exclui, necessariamente, um período de recuperação tumultuado (p. 33).*

A equipe de enfermagem que deverá atuar na sala de recuperação deve ser proporcional ao número de leitos de que a unidade dispõe. Assim como a determinação desse número de leitos corresponde a um ponto de divergência de muitos pesquisadores, o cálculo de pessoal de enfermagem também não apresenta consenso.

FRAGOSO (1970) diz ser necessário um enfermeiro e um auxiliar para cada quatro leitos.

DEL NERO (1976) defende a proporção de um enfermeiro para cada três clientes, enfocando a necessidade de um número maior de enfermeiros no horário de maior movimento na unidade (9h às 17h) e sugerindo a necessidade da presença de dois enfermeiros, sempre, em qualquer sala de recuperação.

DRAIN; SHIPLEY (1981) defendem a proporção de um enfermeiro para cada 2,5 leitos e mais um enfermeiro chefe.

ELTRINGHAM et al. (1986) sugerem a presença de um enfermeiro chefe como alguém responsável para a direção da unidade. No entanto, alertam quanto à importância da qualificação e da experiência desse profissional, além de focar a necessidade de ensino, treinamento e entusiasmo de toda a equipe de enfermagem do setor.

Por outro lado, CREIGHTON (1987) defende a presença de um

enfermeiro, na sala de recuperação anestésica, capacitado para utilização de manobras de ressuscitação e manutenção da vida, através de equipamentos, na ausência do médico.

A Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94406, em 08 de junho de 1987, dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem e prevê, no artigo 11, nas atribuições privativas do enfermeiro: "cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves e com risco de vida" (BRASIL, 1987).

A adequação da equipe de enfermagem qualitativa e quantitativamente, em uma sala de recuperação anestésica, corresponde a importante etapa para consolidação de uma assistência de enfermagem individualizada, humanizada e segura.

Concordando com McCONNELL (1980), o objetivo da enfermagem em recuperação anestésica é promover cuidado de enfermagem seguro, com conhecimento científico, educativo, individualizado e dirigido ao cliente e à família no período pós-anestésico imediato. A aplicação de conhecimentos técnicos, científicos e habilidades promove, restaura e mantém o estado fisiológico do cliente, em segurança e conforto, facilitando sua adaptação às experiências anestésica e cirúrgica.

A determinação dos objetivos e a filosofia de trabalho da equipe de enfermagem, em uma sala de recuperação, correspondem a importante suporte de qualidade da assistência.

Na prática, esse suporte pode ser viabilizado através de padrões que direcionam a atividade dos profissionais de enfermagem em seu benefício, dos clientes e da equipe multiprofissional.

Os padrões mínimos estabelecidos para uma SRA, além de oportunizarem um controle de qualidade na prática assistencial, podem

ser usados como importantes instrumentos educacionais e de avaliação da assistência.

#### **2.4 A comunicação enfermeiro-cliente: um caminho para a interação**

De acordo com STEFANELLI (1985), "é a comunicação que torna possível ao homem existir no mundo em interação com seus semelhantes" (p.02).

É possível observar que o termo comunicação é usado em grande parte nas publicações de enfermagem, especialmente, nas que se referem à saúde mental e à psiquiatria.

O conceito de comunicação também aparece com muita freqüência nas teorias de enfermagem.

STEFANELLI (1985), resgatando Florence, afirma que a teorista em 1859, já mostrava preocupação com a comunicação que se desenvolve entre a enfermeira e o cliente. A mesma autora diz, ainda, que é possível inferir, portanto, que a comunicação integrava os primeiros instrumentos da assistência de enfermagem tal como conhecemos hoje.

Para Skipper e colaboradores (1964), citados por STEFANELLI (1985), a comunicação que ocorre entre o cliente e os profissionais que o assistem é extremamente importante. No pensamento desses autores, o profissional que interage com o cliente de forma clara e objetiva, atendendo a seus interesses e fornecendo-lhe informações, é a pessoa que lhe oferece segurança e que pode promover satisfação de suas necessidades.

Como instrumento básico para a enfermagem, a comunicação

deve permear todas as atividades do enfermeiro.

HORTA (1979) enfatiza a necessidade de habilidades de comunicação do enfermeiro para a execução do processo de enfermagem, principalmente, no levantamento de dados para realização do histórico de enfermagem.

STEFANELLI (1985) cita Altschuel (1970), que comenta sobre a necessidade de encorajar os enfermeiros a falarem com seus clientes, reforça, ainda, que vários estudiosos americanos têm apontado a comunicação como uma contribuição importante para o cuidado de enfermagem. Esse mesmo autor, citado por Stefanelli, acrescenta que a conversa com o cliente tem um propósito terapêutico, e recomenda que o enfermeiro busque desenvolver suas habilidades no uso da comunicação terapêutica.

Entendendo comunicação como um processo no qual pensamentos e opiniões são trocados entre clientes, enfermeiros e outros profissionais, através de condutas verbais ou não verbais, e sendo o centro cirúrgico o local onde se realizam diferentes intervenções anestésicas e cirúrgicas, a comunicação efetiva entre todas as pessoas envolvidas, nesse processo, corresponde a fator de grande importância para tornar a experiência menos traumática para os clientes e permitir uma assistência contínua individualizada e segura.

Para KING (1981), a comunicação é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os indivíduos. A comunicação verbal é eficaz quando satisfaz os desejos básicos do reconhecimento, participação e auto-realização por contato direto entre as pessoas. A comunicação não verbal inclui gestos, expressões faciais, ações e posturas ao escutar e ao sentir. A comunicação é o meio pelo qual se

chega à interação social e à transação. Para ser eficaz, a comunicação deve ocorrer em uma atmosfera de respeito mútuo e desejo de entendimento.

Assim, para King, a enfermeira usa a comunicação interpessoal a fim de ajudar o cliente a mover-se em direção à saúde. O cliente e o ambiente constituem o centro de atenção da enfermagem, portanto, a comunicação leva à interação que permite a identificação de problemas dos clientes em relação à experiência que está sendo vivida e facilita a determinação das metas a serem buscadas no decorrer da assistência de enfermagem.

Sem a comunicação é impossível alcançar a interação enfermeiro/cliente e, conseqüentemente, a qualidade da assistência que o cliente merece receber será comprometida.

Para FERRAZ (1978), algo deve ser feito para amenizar a situação de tensão que o cliente tem de enfrentar no centro cirúrgico. Acredita a autora que esta diminuição da tensão só pode ser alcançada por meio da efetiva comunicação entre enfermeiro e cliente.

STEFANELLI (1985), em sua tese de doutoramento, apresenta o ensino de algumas técnicas de comunicação terapêutica entre enfermeira e cliente, as quais ajudam a descrição e a expressão de pensamentos e sentimentos, como por exemplo: permanecer em silêncio, ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação, verbalizar interesse, usar frases incompletas, repetir comentários feitos pelo cliente, repetir as últimas palavras ditas pelo cliente, fazer perguntas, entre outras.

Com base nessas técnicas sugeridas por Stefanelli, sem dúvida, o processo de comunicação enfermeiro-cliente será facilitado, e a assistência de enfermagem ocorrerá de maneira mais adequada pela

interação que a comunicação favorece.

## **2.5 As teorias de enfermagem e a prática assistencial: um elo para o desenvolvimento profissional da enfermagem**

Entendo que o estudo das Teorias de Enfermagem é fundamental para que possamos embasar, elaborar e divulgar um modelo de prática assistencial diária, desenvolvendo-se, assim, o conhecimento científico da enfermagem, baseado no cotidiano de uma assistência integral e qualificada.

As teorias de enfermagem representam diferentes momentos, interesses e realidades das pessoas que as propuseram. O reflexo das várias teorias de enfermagem permeia nossa prática assistencial e é inegável ao crescimento e ao desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão.

Para Meleis, apud NEVES (1985), as teorias de enfermagem refletem algumas realidades das diferentes épocas em que foram desenvolvidas. Hoje, elas estão ajudando a dar forma às realidades de nossa época.

KAMIYAMA (1984), em artigo publicado a partir de uma conferência internacional sobre as teorias de enfermagem, que aconteceu no Canadá, em maio de 1984, comenta que a Dra. Mac Phail relatou que os primeiros ensaios visando à sistematização dos conhecimentos de enfermagem e formulação dos conceitos tiveram início no final da década de 1950. Afirma, ainda, que, na década de 1960, outras teóricas aderiam a esse movimento, tentando organizar o corpo de conhecimento específico para a consolidação da Enfermagem como ciência, com base em análises sobre a natureza do

ser humano e suas relações com o ambiente.

De acordo com LEOPARDI (1988), se analisarmos a enfermagem, desde Florence Nightingale até 1950, podemos observar que evoluiu de uma disciplina eminentemente prática para a busca da sistematização de conceitos.

Nesse sentido, a mesma autora comenta, também, que, nos Estados Unidos, cresceu essa sistematização a partir da necessidade de confirmar que a enfermagem é uma disciplina científica.

Na década de 1950, surgiram as primeiras estudiosas da enfermagem, organizando conceitos e sistematizando teorias, como: H. Peplau, V. Henderson, D. Johnson, L. Hall. Já na década de 1960 aderiram a esse movimento: F. Abdellah, I. Orlando, J. Travelbee, M. Levine, I. King e outras.

Além disso, LEOPARDI (1988) comenta que, no Brasil, isso aconteceu um pouco mais tarde, na década de 1970, com o trabalho de Wanda Horta, *Contribuição a uma teoria sobre enfermagem*.

Hoje, acredito que os enfermeiros estejam buscando o crescimento da enfermagem enquanto discutem a questão do método e processo de enfermagem para assistir com maior segurança e coerência os diferentes grupos de clientes.

Para LEOPARDI (1988), o marco inicial para os debates sobre a questão metodológica da enfermagem foi a publicação de trabalhos propondo a necessidade de atribuir à atividade do enfermeiro um caráter metódico.

A mesma autora, nesse sentido, afirma que o processo de enfermagem começa a aparecer como a forma científica de fazer enfermagem e começa a ganhar um lugar de destaque no discurso e na prática dos enfermeiros.

CIANCIARULLO (1994) diz que:

*a maior parte do desenvolvimento da enfermagem originou-se dos estudos teóricos que proporcionaram aos enfermeiros um magnífico acervo de teorias, modelos teóricos e conceitualizações, a respeito de o que é, a quem se destina, onde se realiza, para que serve a enfermagem, e com que instrumentos e conhecimentos se executam os cuidados de enfermagem (p.9).*

Para a referida autora, com o passar dos anos, é cada vez maior o número de enfermeiros, em todo Brasil, que busca trazer e levar, num ir e vir contínuo, da teoria à prática e da prática à teoria, os conceitos, os pressupostos, os princípios e os significados pertinentes à ciência da enfermagem.

Assumindo o pensamento dessas estudiosas da enfermagem, no Brasil, e tentando, cada vez mais, aproximar os conhecimentos teóricos à vivência prática diária, é que estaremos permitindo o crescimento e o desenvolvimento da enfermagem e favorecendo a assistência aos clientes que dela necessitam, além de diminuir a dicotomia entre o saber e o fazer, a teoria e a prática, o ensino e a assistência.

Para CIANCIARULLO (1994, p.9), “a evolução na busca do domínio da essência da enfermagem é nosso futuro”.

### **2.5.1 IMOGENE KING e a Teoria do Alcance dos Objetivos**

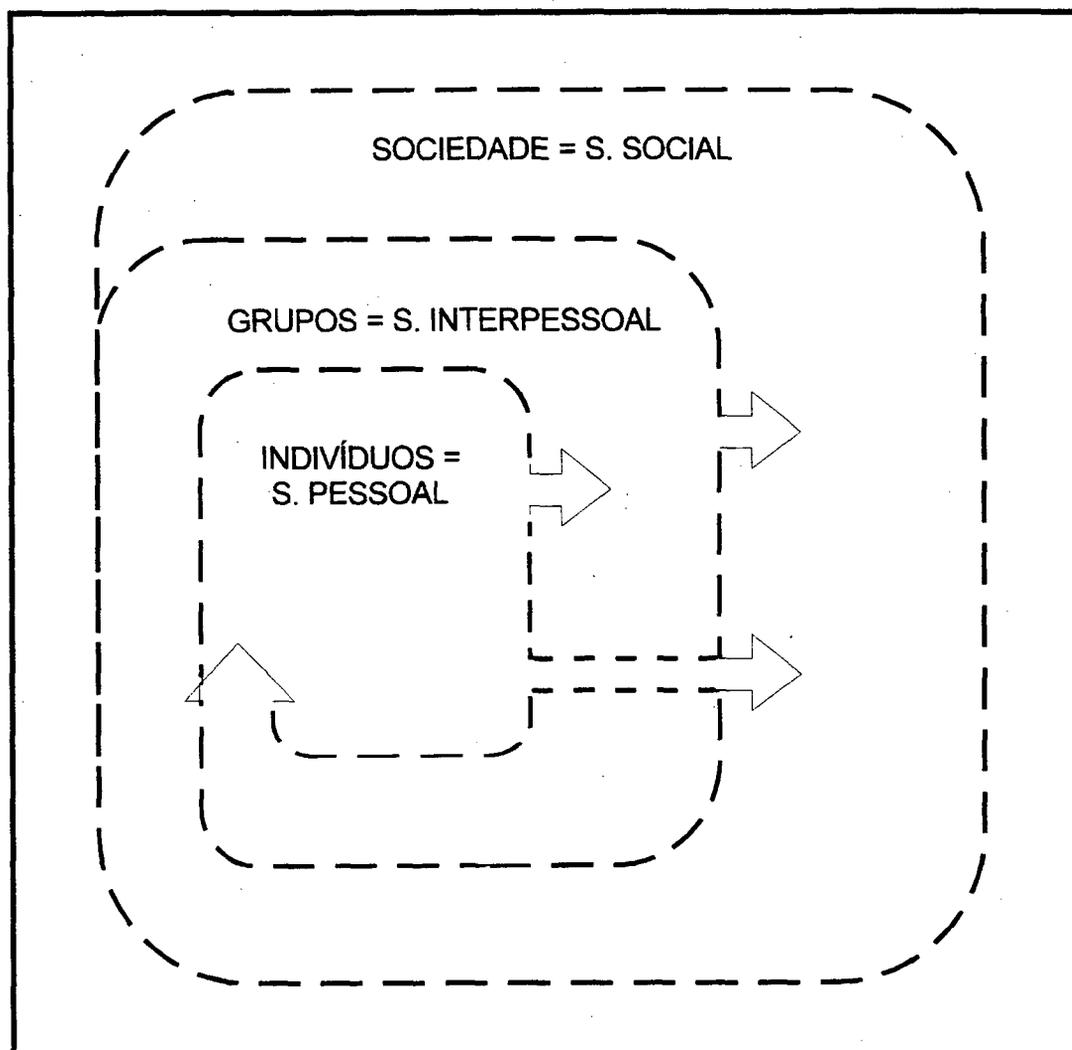
Cientista, nascida em 1923, King completou a educação básica em enfermagem em 1946 na Escola de Enfermagem do Hospital St. John em St. Louis, Missouri. Obteve o grau de Bacharel em Educação de Enfermagem em 1948. Em 1957, conquistou o título de Mestre em Enfermagem e, em 1961, de Doutor em Educação, ambos no Teachers

College - Columbia University, em Nova Iorque.

King, na enfermagem, atuou como educadora, administradora e assistente. É autora de dois livros. O primeiro, intitulado *No Sentido de Uma Teoria de Enfermagem: Conceitos Gerais e Comportamento Humano*, foi publicado em 1971, onde declara estar propondo uma estrutura conceitual à enfermagem e não uma teoria; porém, já evidencia seu propósito de auxiliar no direcionamento de uma teoria de enfermagem.

O segundo livro de King foi publicado em 1981, no qual a autora indica ter ampliado e construído sobre a estrutura original. Em *A Teoria de Enfermagem: Sistemas, Conceitos e Processo*, a autora oferece uma abordagem ao desenvolvimento de alguns conceitos e à aplicação de conhecimentos de enfermagem, e apresenta uma teoria derivada da estrutura conceitual proposta anteriormente, a qual denominou *Teoria do Alcance dos Objetivos*.

KING (1981) construiu a *Teoria do Alcance dos Objetivos* a partir de uma estrutura de sistemas abertos, no qual o indivíduo constitui um tipo de sistema do ambiente denominado sistema pessoal. Os indivíduos interagem para formar díades, tríades e grupos que constituem outro sistema, o interpessoal. Reunindo grupos com objetivos ou interesses comuns e com necessidades de organização que caracterizam comunidades ou sociedades, formam-se os chamados sistemas sociais. Estes três sistemas são dinâmicos e interativos.

**FIGURA 1 - SISTEMAS DINÂMICOS DE INTERAÇÃO**

Fonte: King, 1971. (King, I. Toward a Theory for Nursing, New York, John Wiley Sons, inc. USA, 1971, p.20).

Neste sentido, KING (1981) define seu marco dizendo que o fenômeno de enfermagem está organizado dentro da interação dinâmica de três sistemas: sistema pessoal (indivíduos); sistema interpessoal (pequenos ou grandes grupos); e o sistema social (família, escola, indústria, organizações sociais e sistemas de cuidados à saúde).

A estrutura conceitual de King, de sistemas interativos, consiste

na organização do conhecimento para direcionar a prática da enfermagem, cujo objetivo é o homem, como um sistema aberto, interagindo com o ambiente. A interação enfermeiro/cliente se processa a nível interpessoal influenciando e sendo influenciada pelas ocorrências.

Para a teórica, cada indivíduo é um sistema pessoal em interação consigo mesmo, no seu mundo; assim sendo, raciocinam e são conscientes, agem e reagem como sistemas abertos através da *percepção*, da consciência do "eu" (*self*), do *crescimento e desenvolvimento da imagem corporal*, do *tempo e do espaço*.

Os sistemas interpessoais de King são formados por seres humanos em interação, com os objetos e com o ambiente, quanto maior o número de indivíduos que interagem maior a complexidade das interações. Os conceitos relevantes do sistema interpessoal são: *interação, comunicação, transação, papel e estresse*.

Os sistemas interpessoais se unem para formar sistemas maiores, conhecidos como sistemas sociais. As forças motivadoras na enfermagem estão em constante movimento dentro dos sistemas sociais, e a dinâmica dessas forças influencia o comportamento social, interação, percepção e saúde. Medo, esperança, ansiedade, solidão e dor são alguns dos estados emocionais, os quais vão enfrentar os enfermeiros nas suas relações com os indivíduos em diferentes situações. Os enfermeiros também estão envolvidos no dia-a-dia em mudanças no grau de uma ou mais forças sociais.

King destaca como conceitos importantes do sistema social: *organização, poder, autoridade, status, tomada de decisão e função*.

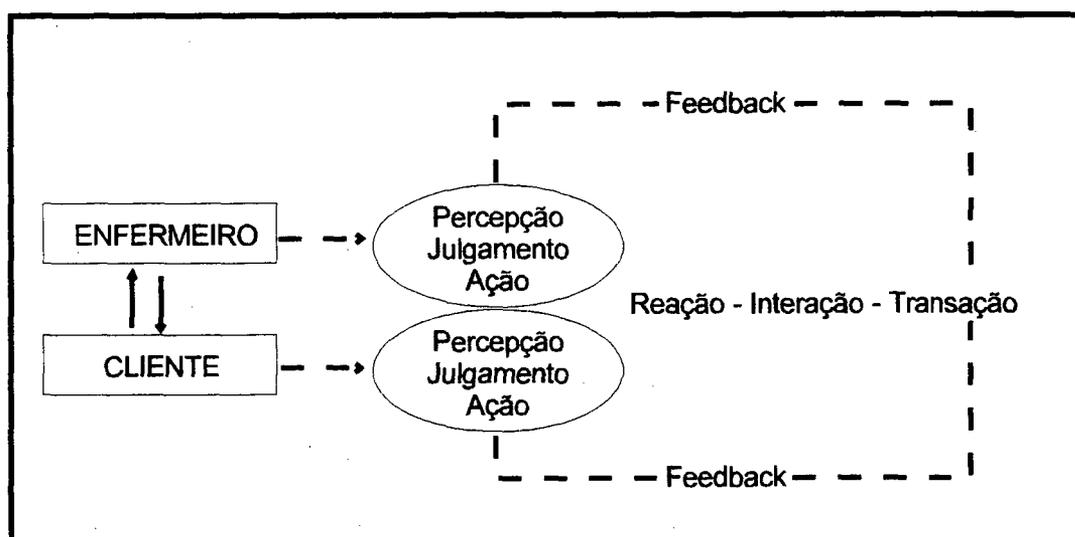
Para GEORGE et al. (1993), os elementos principais da teoria de King são encontrados nos sistemas interpessoais, onde pessoas

estranhas aproximam-se, em uma instituição de saúde, para ajudarem ou serem ajudadas a manter um estado de saúde que permita o funcionamento em torno de diferentes papéis.

Assim, KING (1981) diz que uma enfermeira, com conhecimento e habilidades especiais, e um cliente com necessidade de atendimento, com conhecimento do "self", das percepções e problemas pessoais, encontram-se como estranhos em um ambiente natural. Eles interagem, identificam problemas, estabelecem e alcançam metas. O sistema pessoal do enfermeiro e o sistema pessoal do cliente encontram-se em interação constituindo um sistema interpessoal que é influenciado pelos sistemas sociais que os cercam, bem como pelos respectivos sistemas pessoais.

Para KING (1981), o foco principal da teoria é que "cada ser humano percebe o mundo como uma pessoa total à medida que estabelece transação com indivíduos e coisas no ambiente" (p. 141).

**FIGURA 2 - PROCESSO DE INTERAÇÃO ENFERMEIRO/CLIENTE**



Fonte: KING, I. Toward a Theory for Nursing, New York. John Wiley and Sons, inc. USA, 1971. p.92.

No processo de interação, enfermeiro e cliente compartilham informações através da percepção e comunicação e buscam estabelecer transações.

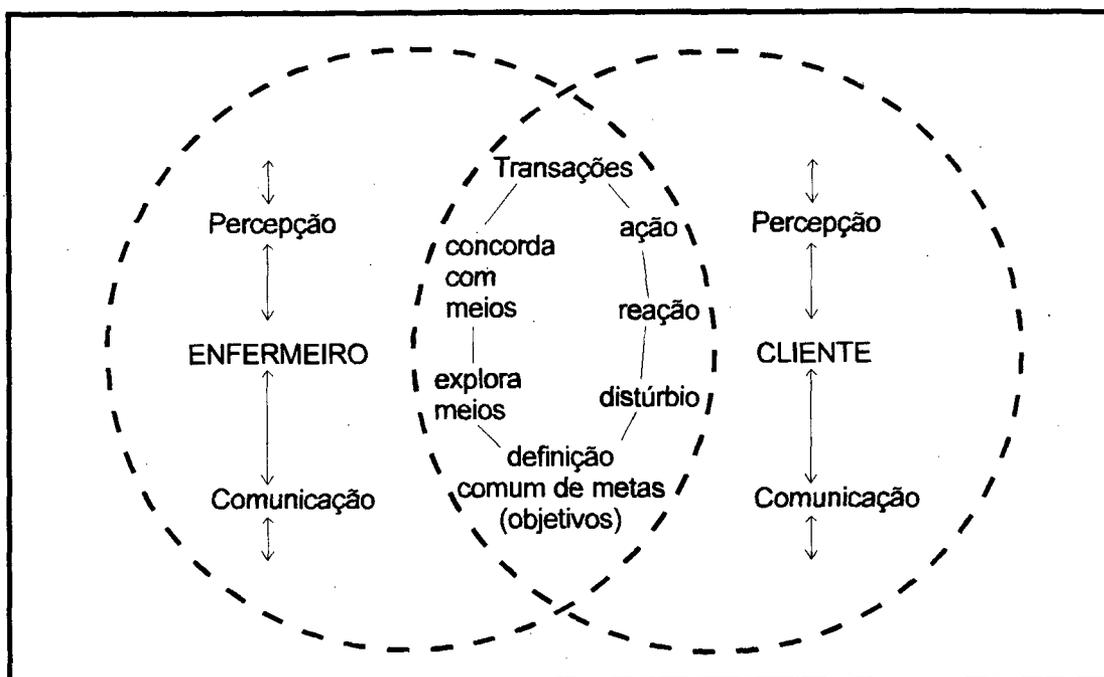
A ação ocorre quando um membro da díade (enfermeiro / cliente) inicia o comportamento, a reação é o comportamento da resposta ao anterior. Quando a ação e a reação são inibidas ora prejudicadas, fica evidenciado o distúrbio, que ocorre quando algum dos membros ou ambos notam a presença de algum desconforto ou problema. O estabelecimento de objetivos ocorre quando se conseguiu superar a ação e reação.

A exploração dos meios pode ser iniciada por um dos elementos da díade (enfermeiro / cliente), mas é realizada por ambos.

É condição básica para o alcance do objetivo, a concordância sobre os meios, que, inicialmente, podem não ser os mesmos da díade, mas podem ser negociados.

A transação só se completa com o alcance dos objetivos. No entanto, depende da interação a negociação entre enfermeiro e cliente. Quando os objetivos do enfermeiro e do cliente são incongruentes, ocorre conflito e aumenta o estresse, dificultando ou impedindo a transação.

**FIGURA 3 - DIAGRAMA ESQUEMÁTICO DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS**



Fonte: King, 1981, p.157. (King, I.: A Theory for nursing: Systems, concepts, process. New York: John Wiley & sons, 1991, p. 157)

Esta teoria descreve a natureza das interações enfermeiro-cliente como guia para o alcance dos objetivos; o enfermeiro tem o propósito de interagir com o cliente para que, de forma mútua, estabeleçam objetivos, explorem e concordem com os meios para atingi-los, chegando à denominada transação.

### 2.5.2 Imogene King e o Processo de Enfermagem

A enfermagem vem desenvolvendo um conjunto de conhecimentos e práticas desde a década de 60 e, nesse contexto, o processo de enfermagem tem conquistado espaço como um procedimento aceito e de grande aplicabilidade e importância na

prática assistencial diária.

O processo de enfermagem é composto por etapas ou fases que se relacionam dinamicamente entre si e visam à sistematização da assistência, com base nos passos do método científico.

Daunbenmire e King, citados por NEVES et al (1984), conceituam o processo de enfermagem como:

*um processo dinâmico interpessoal em curso no qual enfermeiro e cliente são vistos como um sistema, cada qual afetando o comportamento do outro e ambos sendo afetados pelos fatores dentro da situação (p. 13).*

SANTOS (1990) comenta que:

*sendo o enfermeiro o agente e o instrumento do processo de enfermagem, necessário se faz que possua habilidade de comunicação, senso de observação e percepção desenvolvidos, conhecimento científico, habilidades técnicas, capacidade de planejamento e organização e criatividade (p.43).*

Ainda a mesma autora afirma que:

*esta metodologia de operacionalização do conhecimento científico, oriundo de um referencial teórico, fará com que, o processo de enfermagem esteja fundamentado nos conceitos e proposições do marco conceitual adotado (p. 43).*

KING (1981) vê o processo de enfermagem como um método empregado pela maioria dos enfermeiros para estimar, planejar, pôr em prática e avaliar o cuidado prestado ao cliente. Em suas publicações, a teórica propõe como processo a seqüência dos seguintes passos: - dados de base; - lista de problemas; - lista de objetivos; - plano de evolução, não explicitando como deva ser implementado este plano na prática.

a - Dados de base:

São todas as informações colhidas no primeiro contato do cliente com a equipe de enfermagem no serviço. KING (1981) propôs um instrumento para coleta de dados, composto basicamente por: identificação, sinais vitais, duração da doença, queixa principal, previsão da hospitalização, experiências de hospitalização, hábitos pessoais e alimentares, história social e recreação, estado de saúde dos diversos sistemas fisiológicos, medicações, atitudes gerais e cuidados imediatos de enfermagem.

b - Lista de problemas:

KING (1981) não define problemas e sim que esses são identificados a partir da análise dos dados de base, numerados, classificados e listados no prontuário. A relação de sinais e sintomas de transtorno ou interferência na habilidade do cliente para desempenhar seus papéis, servem de guia para identificar o diagnóstico de enfermagem e para planejar a assistência. Após a identificação dos problemas, eles são listados no prontuário, enumerados e agrupados e podem ou não se constituírem em diagnóstico de enfermagem.

Segundo KING (1981, p. 170), "a lista de problemas é atualizada na medida em que se obtém e se interpreta nova informação, se identificam novos problemas e se resolvem outros anteriores".

### c - Lista de objetivos:

Proporciona meios para a continuidade dos cuidados, possibilita a participação do cliente, desde que esteja em condições de tomar decisões e de concordar ou não com as metas que se pretende alcançar.

Os objetivos são estabelecidos pelo enfermeiro e cliente após a identificação dos problemas. Assim como os problemas, os objetivos são listados, podendo para cada problema ser estabelecido mais de um objetivo.

Os objetivos servem para guiar os enfermeiros e clientes com vistas a garantir a solução dos problemas. Com isso serão evitados transtornos ou interferências, além de permitir que, durante esse processo, os objetivos sejam constantemente avaliados e refeitos quando necessário. A partir do estabelecimento de objetivos mútuos, os enfermeiros interagem com os clientes, compartilham informações e exploram os meios para alcançar os objetivos. Essa é uma fase de empenho mútuo para alcançar a esperada transação.

### d - Plano de ação de enfermagem:

É traçado a partir dos dados de base, lista de problemas e objetivos. Inclui os meios, que, enfermeiro e cliente utilizam para resolverem o problema e alcançarem os objetivos.

Para KING (1981), esse é o momento em que se efetiva a transação, a qual envolve uma troca mútua entre o cliente e o enfermeiro.

#### e - Evolução:

É a fase em que culmina o processo de enfermagem, chamada por King de notas de progresso. Neste momento, descrevem-se os resultados e identifica-se até onde os objetivos foram alcançados ou não.

KING (1981) sugere três tipos de evolução: a narrativa, o quadro de controle e o sumário final ou nota de alta. A narrativa é um sumário conciso e objetivo da evolução do cliente; o quadro de controle é utilizado para registrar os cuidados de rotina em uma unidade hospitalar; o sumário final é onde se avalia até que ponto os objetivos foram ou não alcançados e a necessidade de definir ou não objetivos futuros.

King, apud GEORGE et al. (1993):

*aponta que a avaliação ocorrerá durante a interação da enfermeira com o cliente que provavelmente encontram-se como estranhos... Habilidade de avaliação, entrevista e comunicação são necessárias por parte da enfermeira, da mesma forma que a habilidade para integrar conhecimentos das ciências naturais e comportamentais para aplicação em situações concretas (p. 184).*

GEORGE et al. (1993) também comentam que, embora todos os conceitos da teoria de King apliquem-se ao longo do processo de enfermagem, a comunicação, a percepção, a interação e a transação são fundamentais ao alcance dos objetivos e precisam estar claras em cada fase.

KING (1981) enfatiza a importância da participação mútua na interação, que centraliza seu foco sobre as necessidades e o bem estar do cliente, assim como a verificação das percepções do enfermeiro e do cliente, enquanto planejam as atividades para

alcançarem metas.

Sugere como forma de documentação o que chamou de GOAL - Oriented Nursing Record (GONR), ou seja, Registro de Enfermagem Orientado para Objetivos, adaptando-o do sistema preconizado por Laurence Weed, proposto em 1966.

Para KING (1981) os componentes do processo de enfermagem são: ação, reação, interação e transação.

O enfermeiro, com sua capacidade de percepção e com conhecimento científico sobre assistir em enfermagem, faz propostas e desencadeia ações, para as quais o cliente desenvolve reações. No processo de ação-reação acontecem a interação e a transação.

KAMIYAMA (1984) acredita que a teoria de King difere significativamente das demais quando faz o processo de enfermagem ultrapassar os limites da interação entre pessoas, chegando à transação entre elas para atingir os objetivos ligados à saúde. Refere, ainda, a mesma autora que King chama a atenção na operacionalização da assistência, para o direito e dever do cliente de conhecer a si próprio, ter acesso às informações sobre sua saúde e optar por uma outra alternativa terapêutica.

### **2.5.3 A aplicabilidade dos conceitos de Imogene King em diferentes práticas assistenciais de acordo com a vivência de alguns enfermeiros brasileiros**

Buscando, através de uma revisão de literatura, conhecer trabalhos que tivessem utilizado os conceitos de King como base para fundamentar o desenvolvimento de diferentes práticas assistenciais, pude perceber claramente que, no Brasil, na Universidade Federal de

Santa Catarina (UFSC), encontra-se um número significativo de dissertações de mestrado (GUIDO, 1994).

Mesmo sendo a Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King e a estrutura conceitual que originou a teoria, elaboradas a partir de uma realidade norte-americana, pode perceber que sua adaptação e aplicação têm alcançado resultados positivos em diferentes realidades.

Procurei, neste momento, analisar os trabalhos desenvolvidos a partir dos conceitos de King e aplicados na realidade brasileira.

Neste sentido, NEVES et al (1984), em trabalho intitulado: *A Teoria de Imogene King: Considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem*, utilizaram um marco conceitual, elaborado com base na teoria de King, e concluíram seu trabalho afirmando que esta teoria tem sido útil no direcionamento da prática da enfermagem a clientes oncológicos, favorecendo a interação enfermeiro-cliente, e exigindo um contínuo aprimoramento dos conhecimentos sobre ciências do comportamento, das habilidades no estabelecimento das relações interpessoais e no que se refere aos aspectos relacionados com a doença dos clientes que procuram o serviço de oncologia.

SANTOS (1990), em sua dissertação de mestrado, propõe uma prática assistencial de enfermagem para idosos crônicos. Conclui que a implementação da assistência de enfermagem a esse tipo de cliente, a nível hospitalar, domiciliar e ambulatorial, baseada no marco conceitual e na teoria de King, foi viável e favoreceu um atendimento holístico e integrado do indivíduo idoso em diferentes situações.

A referida autora representou graficamente o marco conceitual, elaborado para fundamentar a assistência aos idosos crônicos, e destacou a importância da comunicação, da percepção e da interação

para que a transação ocorresse.

No mesmo sentido, ROCHA (1991) implementou um marco de referência e o processo de enfermagem fundamentados no marco conceitual e na teoria de Imogene King. Esta assistência aconteceu a clientes traumato-ortopédicos em um hospital geral e a nível domiciliar em Florianópolis. Conclui que é possível aplicar o modelo assistencial proposto, desde que se possua conhecimentos e habilidades gerais e específicos em enfermagem e em aspectos psicossociais e de relacionamento humano, para interagir efetivamente com clientes e familiares; é sensato utilizar um marco referencial teórico para direcionar as ações do enfermeiro na prática, e é preciso que se desenvolva uma forma mais simples e objetiva de documentar o processo de enfermagem, a fim de favorecer sua viabilização.

A autora afirma que, após contato com várias teorias de enfermagem, foi possível reconhecer que as proposições de King favoreciam uma abordagem aproximada do que estava por ela sendo observado, e que, sendo uma teoria que vê o homem como um sistema aberto interagindo consigo mesmo, com grupos e com a sociedade, percebeu a possibilidade de utilizar conceitos teóricos de King para fundamentar a assistência ao cliente traumato-ortopédico (p.6).

ROCHA (1991), em seu levantamento bibliográfico, comenta os trabalhos de Bagnara (1985 e 1986), onde a referida autora utilizou um marco de referência baseado na teoria de King com clientes cirúrgicos (1985), com clientes em crise (1986) e com clientes em clínica médica e cirúrgica, junto a alunos de graduação (Bagnara, Prado 1986). Comentando esses trabalhos, ROCHA (1991) diz que as autoras perceberam que as interações enfermeiro-cliente não ocorrem de

forma abstrata, são concretas e surgem de situações reais e específicas entre duas ou mais pessoas. Ressaltam como vantagens e facilidades que a teoria oferece: a percepção por parte da enfermeira de problemas do cliente; a utilização do toque pela enfermeira como meio para comunicar proteção e segurança e favorecimento da aplicabilidade do processo de enfermagem na prática assistencial.

Como dificuldades no emprego da teoria, Bagnara (1986), citada por ROCHA (1991), aponta o não estabelecimento de objetivos mútuos com clientes graves ou em crise; passividade dos clientes em participar do estabelecimento de objetivos mútuos, e dependência da enfermeira para iniciar resolução de problemas.

NASCIMENTO (1991) desenvolveu uma assistência de enfermagem a nível de internação hospitalar a indivíduos com infarto agudo do miocárdio. Esta assistência se deu em unidade de terapia intensiva e foi fundamentada na teoria de Imogene King.

A autora concluiu que, a partir da assistência prestada, todos os conceitos do marco conceitual puderam ser operacionalizados, e enfoca a necessidade e a dificuldade de operacionalização dos conceitos relacionados com a administração da assistência de enfermagem. Justifica essa dificuldade pelo número insuficiente de enfermeiros, e destaca a necessidade da relação de um cliente para uma pessoa da equipe de enfermagem para a aplicação da Teoria. Recomenda o uso de alguns conceitos como comunicação, percepção e interação na assistência no dia-a-dia para tornar a assistência mais humanizada e menos tecnicista.

RODRIGUES (1992) descreve a experiência de buscar um marco conceitual e uma metodologia baseados em Imogene King, para assistir clientes adultos diabéticos. Considera a definição de um marco

e de uma metodologia de enfermagem para a prática como um processo tridimensional (que envolve o pensar, o fazer e o sentir) e que é aprendido e mobilizante de emoções e conflitos para os quais precisamos de tempo para reflexão e incorporação das mudanças.

Considera, ainda, que, na operacionalização do processo de enfermagem, percebeu incongruência entre o estabelecimento de meios da enfermeira e do cliente e destaca que King não fez referência à mesma, recomendando que outros estudos sejam feitos para refutar ou corroborar sua percepção.

Afirma terem sido fundamentais, na implementação do marco, as ações de enfermagem a partir das necessidades de saúde comunicadas pelo cliente, e sugere que outros pesquisadores aprofundem essas questões.

VECCHIETTI (1991) faz, em sua dissertação, um estudo descritivo decorrente de uma análise de resultados de uma prática do processo de assistência de enfermagem comunitária, em uma metodologia participativa entre enfermeira e comunidade-cliente, à luz do marco teórico e processo de Imogene King. Identificou e compreendeu alguns fenômenos que envolveram saúde e doença e o comportamento social dos clientes. Concluiu que os fenômenos estão diretamente condicionados às raízes culturais e históricas da vida das pessoas envolvidas, às filosofias individuais e grupais sobre saúde-doença e às estruturas socio-político-econômicas dos seus mundos, bem como às ações do cotidiano, ao trabalho, os quais mobilizam os interesses de cada ser humano e profissional. A aplicação do processo de enfermagem, em seis etapas metodológicas, permitiu identificar os diferentes determinantes humanos e ambientais que interferem favoravelmente ou não no processo de saúde e doença da comunidade

estudada. Recomenda que este estudo seja prosseguido frente à necessidade de continuar estudando a multiplicidade de fatores causais na determinação do processo saúde e doença e conseqüente assistência de uma comunidade.

A partir deste levantamento, é importante ressaltar que são variadas as aplicações dos conceitos de King, contudo, não é possível esquecer que ela é adequada e adaptável a locais onde é preciso que os clientes mantenham ou desenvolvam sua autonomia e participem ativamente no processo saúde-doença, assumindo compromisso com sua saúde.

No entanto, a interação enfermeiro-cliente é necessária para o estabelecimento de uma relação interpessoal em que os indivíduos enfrentem a realidade do processo saúde-doença e o enfermeiro, que pretende administrar esta assistência, precisa ter paciência e permitir que o cliente amadureça e participe das decisões ativa e mutuamente; assim, o enfermeiro para atuar de acordo com o pensamento de King, deve ter capacidade de comunicação, percepção e interação como forma de permitir a transação proposta por ela.

Esses trabalhos contribuíram efetivamente para ampliar o corpo de conhecimentos da enfermagem, assim como permitiram uma maior compreensão no que tange à prática assistencial fundamentada por um marco conceitual.

### **3 CONSTRUINDO UM MARCO CONCEITUAL PARA FUNDAMENTAR A PRÁTICA ASSISTENCIAL AO CLIENTE CIRÚRGICO AMBULATORIAL**

O conhecimento técnico e o avanço do conhecimento científico da enfermagem têm representado fatores de grande importância para a solidificação do espaço profissional e social do enfermeiro. A busca por uma assistência com qualidade, voltada às reais necessidades de cada cliente, deve corresponder à importante meta dos profissionais da enfermagem.

Neste sentido, os enfermeiros têm buscado um novo direcionamento para a prática assistencial a que se propõem, e, de acordo com MONTICELI (1994), a necessidade de elaboração de marcos conceituais que sirvam de guia para o processo assistencial parece ser uma prática que já não pode ser negada.

Segundo a mesma autora, os estudos sobre marcos conceituais estão dando base para que os enfermeiros desenvolvam suas práticas e ampliem os conhecimentos da enfermagem.

SOUZA (1984) enfatiza que, para construir marcos conceituais, o enfermeiro pode utilizar dedutivamente conhecimentos gerais e de outras ciências ou partir indutivamente da prática profissional no sentido de construir explicações sobre o homem, a saúde e a natureza da enfermagem.

NEVES; GONÇALVES (1984) entendem marco conceitual como uma construção mental, logicamente organizada, que serve para dirigir um processo de investigação.

TRENTINI (1987) refere-se ao marco conceitual como um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados, com a finalidade de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de uma maneira exigente.

Com a preocupação de desenvolver uma assistência de enfermagem individualizada, humanizada, com segurança e conforto para o cliente cirúrgico ambulatorial e para a equipe de enfermagem, busquei alguns conceitos formulados por Imogene King para fundamentar esta prática.

Acreditando que as ações de enfermagem tornam-se mais efetivas e organizadas, quando orientadas por uma metodologia que se alicerce em um marco conceitual, e, entendendo que a manutenção da integridade emocional de um indivíduo no pré-operatório é de suma importância para que o trans e o pós-operatório aconteçam com tranquilidade para o cliente, e não constituam mais uma ameaça para sua condição física e emocional, é que selecionei alguns conceitos formulados por King para fundamentar e direcionar uma proposta de prática assistencial aos clientes cirúrgico-ambulatoriais do Hospital Universitário de Santa Maria.

Acredito que o relacionamento enfermeiro/cliente corresponde a uma troca de experiência, onde esta díade funciona como um sistema aberto, interagindo de forma que sejam solucionados ou amenizados desconfortos e inseguranças, ocasionados pela necessidade do procedimento cirúrgico, assim como preservada a integridade física, emocional e social do cliente, permitindo sua participação nas decisões relativas a seu tratamento e, conseqüentemente, individualizando a assistência de enfermagem.

Nesta perspectiva, o enfermeiro deve atuar buscando constante

ação/reação/interação/transação com o cliente cirúrgico-ambulatorial, para o alcance dos objetivos ou metas traçadas conjuntamente.

### **3.1 Pressupostos que fundamentaram a prática assistencial de enfermagem ao cliente cirúrgico-ambulatorial, baseados nos pressupostos de KING (1981) e nas minhas próprias crenças e valores**

Entendendo pressupostos como crenças, valores, *coisas* em que se acredita, apresento a seguir alguns estabelecidos por King, que foram adaptados para o marco conceitual, na situação específica de interação do enfermeiro e do cliente cirúrgico-ambulatorial:

- os clientes cirúrgicos-ambulatoriais e o enfermeiro têm capacidade de interação e estabelecimento de metas;
- os clientes cirúrgicos-ambulatoriais têm direito a compartilhar informações com o enfermeiro sobre sua doença e seu tratamento cirúrgico, participando ativamente das decisões que influenciam seu processo de saúde-doença;
- os clientes cirúrgicos-ambulatoriais, ao chegarem ao centro cirúrgico, sentem-se distantes da realidade em que vivem, se angustiam e sentem medo, e nem sempre têm oportunidade de expressar suas necessidades, para tornar mais simples e menos desgastante essa experiência;
- o cliente cirúrgico-ambulatorial é um ser social que pensa, sente, percebe e reage às situações às quais se vê exposto;
- a preocupação com a cirurgia, o medo da anestesia, o medo da morte, da dependência de outras pessoas, da interrupção de suas atividades rotineiras, a separação dos familiares e a ausência de

informação correspondem a alguns dos fatores que poderão interferir no seu processo de interação e nos procedimentos anestésicos-cirúrgico e de recuperação;

- todo cliente cirúrgico-ambulatorial tem direito de receber uma assistência de enfermagem individualizada, continuada e sem riscos desnecessários;

- o enfermeiro, ao assistir um cliente ambulatorial, deve sempre levar em consideração a sua cultura, as suas crenças e os seus valores, buscando, assim, interagir com este cliente e esclarecer suas dúvidas, medos, necessidades e expectativas, minimizando o impacto da cirurgia e da hospitalização (mesmo que breve), buscando a assistência individualizada;

- os profissionais de saúde têm a responsabilidade de compartilhar informações que ajudem o cliente cirúrgico-ambulatorial a tomar decisões;

- os profissionais de saúde têm o dever de manter o respeito à privacidade e à individualidade dos clientes no que tange às suas necessidades e expectativas relacionadas à crença e aos valores culturais, filosóficos, espirituais e familiares;

- os profissionais de saúde têm o dever de tratar o cliente cirúrgico-ambulatorial como um ser global, único, que tem o direito de receber a assistência com o mínimo de riscos;

- os clientes cirúrgicos-ambulatoriais e os profissionais de saúde podem ter percepções e necessidades diferentes dentro de um processo de interação;

- os clientes cirúrgicos-ambulatoriais e o enfermeiro têm o dever de negociar os objetivos a serem atingidos em processo de mutualidade, é a interação avançando num caminho de construção da

transação;

- os clientes cirúrgicos-ambulatoriais fazem parte de uma família e de um círculo de amizades com os quais os profissionais de saúde também devem interagir para o alcance dos objetivos (se necessário ou oportuno);

- a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico-ambulatorial deve ocorrer como um processo dinâmico, onde a ação, a reação, a interação e a transação estejam presentes.

Mediante esses pressupostos, acredito que o enfermeiro encontre embasamento para direcionar a assistência de enfermagem a essa clientela.

Como os pressupostos são relativos à cultura das pessoas, o fato de ter adaptado o pensamento de King ao meu e à vivência anterior, não significa que todos os enfermeiros pensem e direcionem suas ações da mesma forma. É importante registrar que, muitas vezes, a vontade de fazer está dissociada da ação, em virtude de vários fatores. É comum no discurso dos enfermeiros a queixa de que a sobrecarga administrativa os faz relegar a segundo plano as atividades de natureza humanística, o que nem sempre deve ser atribuído à falta de consciência dos mesmos.

Tendo conhecimento da importância da participação do cliente, no processo de interação, cabe ressaltar que enfermeiro e cliente devem estar conscientes de seus papéis e dispostos a interagir na busca de objetivos comuns.

### **3.2 O marco conceitual construído**

A apropriação de alguns conceitos de KING (1981) para

fundamentar este marco conceitual corresponde à grande parte deste estudo. No entanto, no processo de adequação dos conceitos à vivência profissional, procurei relacionar as concepções já sedimentadas ao longo de 14 anos de vivência profissional nas unidades de Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica, assim como a interpretação dos conceitos de King realizada por outros estudiosos em enfermagem.

Os conceitos de KING (1981) apropriados para fundamentar a prática assistencial foram: *ser humano, crescimento e desenvolvimento, saúde, doença, ambiente, percepção, transação e enfermagem.*

**Ser Humano (indivíduo):**

*Ser social, racional e consciente.*

*Através da linguagem os seres humanos encontram uma maneira simbólica de comunicar pensamentos, ações, costumes e crenças. As pessoas exibem algumas características comuns, tais como habilidade para perceber, para pensar, sentir, para escolher cursos alternativos de ação, para estabelecer metas, para selecionar os meios de realizar as metas e para tomar decisões. Estas características indicam que os seres humanos são seres dotados de capacidade de reagir (KING, 1981, p. 19).*

Com base neste conceito, acredito que o ser humano, independente de sua idade ou de sua classe social, é um ser que se comunica e interage com outros seres humanos e com objetos, no ambiente em que se encontra, para o alcance de objetivos que, conseqüentemente, venham a favorecer sua vida e saúde.

O cliente cirúrgico-ambulatorial é um ser social, racional, consciente e perceptivo no seu processo de vida, saúde e doença, e busca uma solução para o conflito que o acompanha: o procedimento cirúrgico e o seu mais completo restabelecimento. É um ser em

contínuo crescimento e desenvolvimento, com habilidade para tomar decisões, e que necessita da enfermagem quando há dificuldade no ajustamento aos estressores no seu ambiente.

**Crescimento e desenvolvimento:**

*podem ser definidos como processos, na vida das pessoas, através dos quais elas vão de um potencial para a conquista e atualização do self (King apud GEORGE et al. , 1993, p. 176).*

Para King o crescimento e o desenvolvimento incluem mudanças de maneira organizada, previsível, com variações individuais, de experiências significativas e satisfatórias de um ambiente que leve ao ato de ajudar os indivíduos a evoluírem na direção da maturidade.

Em qualquer situação de enfermagem, o conceito de crescimento e desenvolvimento inclui mudanças no comportamento do cliente e do enfermeiro. Essas mudanças variam conforme as diferenças individuais das pessoas nas relações interpessoais.

**Saúde:**

*experiências dinâmicas de vida dos seres humanos, que implicam ajustamento aos estressores no ambiente interno e externo através da ótima utilização dos recursos individuais para atingir o potencial máximo para viver no dia-a-dia (KING, 1981, p. 5).*

Assim, a saúde é um processo de crescimento e desenvolvimento que nem sempre transcorre sem conflitos. Resulta do enfrentamento diário das pessoas consigo mesmas, com outras e com o ambiente, o que lhes permite perceber, comunicar, interagir e transacionar, plenamente, o desempenho de seus papéis, colaborando para o alcance das metas.

Para o cliente cirúrgico-ambulatorial, o procedimento cirúrgico e a dependência de diferentes profissionais interferem diretamente na

sua capacidade de percepção, comunicação, interação e transação. Acredito que, sendo assistido individualmente, oportunizando a verbalização e o esclarecimento de dúvidas, serão favorecidos o seu crescimento e o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, facilitado o processo de interação e transação enfermeiro/cliente.

#### **Doença:**

*O desvio do normal, isto é, um desequilíbrio na estrutura biológica de uma pessoa ou na sua formação e equilíbrio psicológico, ou um conflito nos relacionamentos sociais de uma pessoa (KING, 1981, p. 5).*

Na prática assistencial com os clientes cirúrgicos-ambulatoriais, acredito que a doença corresponda ao processo sentido, percebido e mensurado da perda da capacidade de manter o equilíbrio, no processo de crescimento e desenvolvimento, na troca resultante da falta de ajustamento das pessoas a si mesmas, às outras e ao ambiente, assim como de enfrentarem o estresse decorrente dessas relações em forma não produtiva.

Conhecendo a forma como os clientes interagem com eles mesmos e com o meio em que se encontram, assim como os recursos usados para manter sua saúde, acredito que o enfermeiro encontrará condições para auxiliar na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no alcance das metas estabelecidas conjuntamente.

Com relação aos conceitos de **ambiente / sociedade**, King não os define especificamente, apesar de serem indicados como conceitos importantes em sua estrutura.

De acordo com GEORGE et al (1993), a sociedade pode ser encarada como a porção de sistemas sociais da estrutura de sistemas abertos de King.

Continuando, as mesmas autoras comentam que o termo *ambiente* é utilizado pela teórica no conceito de saúde onde são mencionados o ambiente interno e o externo; assim como afirmam que a implicação usual de ambiente para King diz respeito ao ambiente externo.

Ainda GEORGE et al (1993), seguindo esse pensamento comentam que o ambiente externo para um sistema é a porção do mundo que existe do lado de fora de um determinado limite.

Para King (1981), apud ROCHA (1991):

*no mundo há seres humanos e objetos que interatuam no ambiente. Uma situação requerida da enfermagem é o meio ambiente imediato do espaço temporal, no qual o enfermeiro e o cliente estabelecem uma relação para enfrentar diferentes estados de saúde e ajustar-se à mudanças nas atividades diárias e nas demandas da adaptação exigidas pela situação (p. 53).*

Acredito que, para o sucesso da prática assistencial ao cliente cirúrgico-ambulatorial, faz-se necessária a disponibilidade de um ambiente em que o enfermeiro e o cliente possam estabelecer uma relação, interagir e definir metas em busca de uma transação. Com a inexistência de um ambiente dessa natureza, as transações não ocorrem, porquanto as negociações para a obtenção de objetos dependem também de fatores ambientais.

Concordando com KING (1981), enfermagem é perceber, pensar, relacionar, julgar e agir face ao comportamento de indivíduos que manifestam a necessidade de seus cuidados.

#### **Enfermagem:**

*um processo de interação em que enfermeiro e paciente compartilham informações acerca de suas percepções na situação de enfermagem. Através desta comunicação identificam os problemas, as metas e interesses*

*específicos (KING, 1981, p. 02).*

De acordo com KAMIYAMA (1984), King descreve a enfermagem como uma ciência, cujo foco é a capacidade seletiva das percepções humanas sobre as pessoas, coisas e acontecimentos, o que influencia seu comportamento, relações sociais e posições em face ao processo de saúde-doença ao longo do ciclo vital.

A mesma autora, citando King, diz que a teorista, em conferência mundial sobre teorias de enfermagem, no Canadá, em 1984, destacou quatro componentes básicos para explicitar sua teoria:

- *objetivos*, referem-se à saúde em todos os aspectos;
- *estrutura*, engloba o ser humano, o seu meio e as inter-relações entre eles;
- *funções*, processo de enfermagem (ação / reação / interação / transação) visando a objetivos relacionados à saúde;
- *recursos*, sistemas sociais organizados.

Nesse processo de interação, o enfermeiro e o cliente cirúrgico-ambulatorial percebem-se, comunicam-se e interagem para definir recíproca e deliberadamente o tipo de intervenção necessária para evitar o estresse que possa interferir no desempenho, na auto-realização e no alcance das metas programadas em conjunto.

É objetivo da equipe de enfermagem interagir com os seres humanos, individualmente e em grupos, em determinado ambiente, de maneira que consigam a auto-realização e o alcance dos objetivos preestabelecidos.

O ambiente interno do cliente ambulatorial encontra-se alterado pela necessidade da cirurgia que, por sua vez, leva à transformação do seu ambiente externo. Neste momento, é importante a atuação do enfermeiro junto ao cliente, procurando ajustá-lo aos estressores de

seus ambientes interno e externo, adequando-o da melhor maneira possível à necessidade da cirurgia, à ansiedade e à insegurança em busca de um nível satisfatório de saúde.

Cabe ao enfermeiro atuar no sentido de minimizar os componentes estressores internos e externos que, nesta hora fundem-se e ampliam sua intensidade.

Nesse contexto, fez-se presente a necessidade de buscar o conceito de percepção, usado por King, que o considerou como principal conceito do sistema pessoal.

A percepção é vivenciada de maneira única em cada indivíduo. É orientada para o presente e se baseia nas informações e nas experiências que cada pessoa tem disponíveis.

**KING (1981) define percepção como:**

*representação de cada pessoa sobre a realidade, uma conscientização das pessoas, objetivos e eventos. É o processo de organização, interpretação e transformação dos dados sensitivos da memória. É um processo de transação humana com o ambiente. A percepção dá sentido à experiência de cada um, representa a imagem da realidade de cada um (p. 30).*

Sendo o cliente cirúrgico-ambulatorial um ser humano em constante crescimento e desenvolvimento, apresenta condição de perceber o ambiente e interagir com o enfermeiro, adequando sua percepção individual às necessidades que o cercam no momento.

Os profissionais de saúde que passam a maior parte do tempo com o cliente são da equipe de enfermagem. O cliente se expressa com mais liberdade quando o enfermeiro se mostra sensível aos seus sentimentos, interessando-se pela sua pessoa e compreendendo os seus medos e os seus problemas.

**Transação:**

*Processo de interação no qual seres humanos se comunicam com o ambiente buscando alcançar objetivos que são valorizados por ambos. As transações são condutas humanas encaminhadas por objetivos (KING, 1981, p. 82).*

No momento em que o enfermeiro propõe-se a esclarecer dúvidas e a fornecer uma orientação sistemática do serviço (rotinas e dinâmicas de funcionamento) ao cliente, ele percebe, sente, age, reage, prestando uma assistência de enfermagem individualizada e qualificada. Em situações de enfermagem como essa, enfermeiros e clientes se comunicam, interagem e buscam definir os objetivos mutuamente. A exploração dos meios viáveis no ambiente e no tempo em que ambos dispõem, corresponde a fator preponderante no sentido da busca da transação. Esta meta requer um intercâmbio muito grande entre enfermeiro e cliente.

Este intercâmbio, para KING (1981), é a comunicação, onde pensamentos e opiniões dos indivíduos são permutados, verbalmente ou através de gestos, expressões faciais, ações...

Continuando, KING (1981) reforça dizendo que a comunicação é o meio pelo qual se chega à interação social e dela à transação. Para ser eficaz, deve ocorrer em uma atmosfera de respeito mútuo e desejo de entendimento.

#### **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

O presente estudo baseia-se em uma abordagem qualitativa, sendo que, para a realização do trabalho de campo foi desenvolvida uma prática assistencial, com base em um marco conceitual, onde a comunicação, percepção e interação do cliente e do enfermeiro, corresponderam à base da assistência de enfermagem a caminho da transação proposta por King.

Com a prática assistencial prevista para o mês de agosto, optei por dar início à proposta de assistência de enfermagem a que me dispus em julho, buscando maior entrosamento com os instrumentos elaborados como roteiros para entrevista pré e pós-operatória assim como objetivando alcançar uma maior segurança na relação interpessoal enfermeira/cliente.

No início desse período, sentia-me satisfeita com o grande número de procedimentos anestésico-cirúrgicos agendados em alguns dias (10 a 15 procedimentos), visualizava uma grande possibilidade de atuação. Com o decorrer desse período, pude avaliar melhor e perceber que, quanto maior o número de cirurgias agendadas, menores eram minhas condições de trabalho, principalmente pelo grande fluxo de pessoas em ambiente tão restrito como SRAE.

Decidi, então, nesse momento, trabalhar com os clientes de modo que fosse viável uma assistência de enfermagem individualizada e com o máximo de qualidade e humanização que o tempo e a área física me permitiam.

Com esta vivência, pude validar meus instrumentos (entrevistas) e minha capacidade e naturalidade de ação, reação e interação, além de poder escolher a forma de conduzir a assistência de enfermagem e conseqüente levantamento de dados.

Optei, então, no primeiro encontro (período pré-operatório), por não registrar os dados levantados a partir da entrevista na frente do cliente, por ter percebido a sua inibição e preocupação com o registro de situações vivenciadas e, muitas vezes, criticadas. Após o primeiro momento de interação, registrava na presença de cada cliente os dados levantados, baseados no levantamento de problemas orientado por eles mesmos (plano de assistência), a fim de que pudéssemos checar as evoluções no pós-operatório.

No segundo encontro (período pós-operatório), como as questões eram mais polêmicas, senti que se não registrasse durante a entrevista, poderia perder muitos dados e passei, assim, a anotar todos os depoimentos, durante o período em que os clientes falavam, com o seu consentimento.

Com o redimensionamento de minha forma de agir, procurei, da melhor forma possível, expor os objetivos do trabalho e focar a importância da participação de cada cliente.

No final do mês de julho, pude sentir que a interação havia se efetivado e que a transação acontecia e podia ser avaliada pela segurança e tranquilidade com que os clientes verbalizavam, elogiavam e criticavam as situações vivenciadas.

A prática assistencial a que me propus foi, então, desenvolvida efetivamente, com clientes cirúrgico-ambulatoriais, no Centro Cirúrgico e na Sala de Recuperação Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria, nos meses de agosto, setembro e outubro de 1995.

A fim de facilitar a construção e descrição desse percurso, fracionei minha proposta de trabalho em quatro etapas:

- a primeira corresponde à caracterização e funcionamento do local da prática;
- a segunda aborda a descrição da clientela assistida;
- a terceira é representada pela descrição da vivência / assistência a um grupo de clientes cirúrgico-ambulatoriais do HUSM, fundamentada pelo marco conceitual adaptado à clientela assistida e
- a quarta etapa corresponde à análise da vivência /assistência.

Para o desenvolvimento dessas quatro etapas, utilizei como instrumentos: minha vivência profissional anterior; análise de prontuários e registros de clientes; consulta aos mapas de programação cirúrgica diária; livros de registros e arquivos do CC, SRA e SRAE do HUSM; relatórios estatísticos mensais da direção do hospital além da observação participativa na unidade e informações de familiares e acompanhantes.

Durante o período em que foi prestada assistência de enfermagem, foram levantados alguns dados, exclusivamente por mim, tendo como guia dois roteiros de entrevista (Anexos 01 e 03).

De acordo com LÜDKE; ANDRÉ (1988) e MINAYO (1983), a entrevista corresponde a uma das técnicas mais usadas nos trabalhos de campo.

LÜDKE; ANDRÉ (1988) consideram importante salientar o caráter de interação que permeia a entrevista, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde.

Com relação às vantagens da entrevista, os autores anteriormente citados consideram que ela permite a captação imediata

e coerente de informação desejada, com qualquer tipo de informante e nos mais variados tópicos.

Durante o período de desenvolvimento da prática assistencial, busquei registrar todos os dados vivenciados no dia-a-dia, anotando os comentários e as percepções dos clientes, as minhas observações e percepções, no sentido de buscar uma assistência de enfermagem humanizada, com qualidade e segurança a este grupo significativo de clientes assistidos no HUSM.

ANDRADE et al. (1987), citando Spradley, definem diário de campo como um registro de experiências, idéias, temores, erros, confusões, pontos de penetração e problemas que surgem. Para estes autores o diário de campo inclui as reações do pesquisador e do pesquisado além das percepções, sentimentos e reações dos dois. É um tipo de registro onde o pesquisador anota diariamente uma variedade de informações relacionadas consigo mesmo e com o método de trabalho.

Com este espírito, optei então pela utilização de um diário de campo para registrar a vivência com os clientes cirúrgico-ambulatoriais que assistia.

O diário de campo foi organizado em duas partes. Na primeira, encontrava-se o roteiro para entrevista pré-operatória (Anexo 1) e as anotações relativas aos meus sentimentos quanto à vivência de assistir um grupo de clientes com características tão peculiares quanto o cliente cirúrgico-ambulatorial, além do tempo disponível e das condições de área física para prestar assistência individualizada e humanizada (Anexo 2).

Na segunda parte, eram registrados os dados levantados com a entrevista pós-operatória (Anexo 3) e, da mesma forma que o primeiro,

as observações e percepções minhas e do cliente, o que me permitia uma avaliação contínua e dinâmica da assistência desenvolvida e do marco conceitual elaborado para fundamentá-la (Anexo 4).

A fim de facilitar a avaliação da assistência e a aplicação do processo de enfermagem, criei, no diário de campo (Anexo 4), um espaço em que transcrevia algumas falas dos clientes, vinculando-as aos conceitos que compuseram o marco conceitual, o que permitiu uma visualização e evolução de todo processo assistencial desenvolvido.

Aos clientes cirúrgico-ambulatoriais que participaram deste estudo foi assegurado o aspecto facultativo de suas participações. Todos os clientes questionados se dispuseram a colaborar e a participar do processo de interação / transação a que me propunha.

Logo que me apresentava a cada cliente, justificava meu interesse em assisti-lo, apresentando os objetivos da prática assistencial; orientando-os sobre qual seria nossa metodologia de trabalho e questionando se o mesmo concordava.

Fazia uma exposição da importância dos dados levantados através de nossa interação para equipe de enfermagem do HUSM, para o hospital e equipes multiprofissionais e, principalmente, para ele e os novos clientes cirúrgico-ambulatoriais.

Garanti aos clientes o sigilo e o anonimato na divulgação dos dados, assim como o respeito e a privacidade na assistência a ser prestada.

A identificação dos clientes, feita no trabalho, é fictícia, as iniciais utilizadas não correspondem às de seu nome verdadeiro.

## **1ª Etapa: caracterização e funcionamento do local na prática**

O HUSM é um hospital geral, situado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, na cidade de Santa Maria. Foi criado com o objetivo de receber alunos dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde e oferecer-lhes campo para aulas práticas. Tem como finalidades o ensino, a pesquisa e a assistência, sendo considerado como centro de referência para a região (hospital de nível terciário). Conta, hoje, com 274 leitos gerais para clínica e cirurgia, 60 leitos na ala destinada à psiquiatria e, nos ambulatórios, dispõe de 92 salas.

O Centro Cirúrgico (CC) do HUSM conta com seis salas cirúrgicas, sendo cinco ativadas, em pleno funcionamento, e uma momentaneamente desativada por questões administrativas. Está situado no subsolo do hospital, onde, anexo a ele, encontra-se a Sala de Recuperação Anestésica (SRA), com dez leitos para adultos, uma cama infantil e um berço aquecido. A SRA localiza-se próxima à porta do corredor central do CC, onde acontece a troca de macas do cliente internado, que é encaminhado para ser submetido a procedimento anestésico-cirúrgico.

O cliente cirúrgico-ambulatorial tem seu acesso ao CC através de uma sala situada entre o corredor central e o lateral do CC, denominada Sala de Recuperação Anestésica Externa (SRAE), que dispõe de um vestiário com sanitário, dois leitos para adulto, e duas poltronas, ambiente destinado à recepção, recuperação e alta dos clientes cirúrgico-ambulatoriais.

Os clientes ambulatoriais, submetidos à anestesia geral ou a bloqueio condutivo, são encaminhados para o pós-operatório imediato

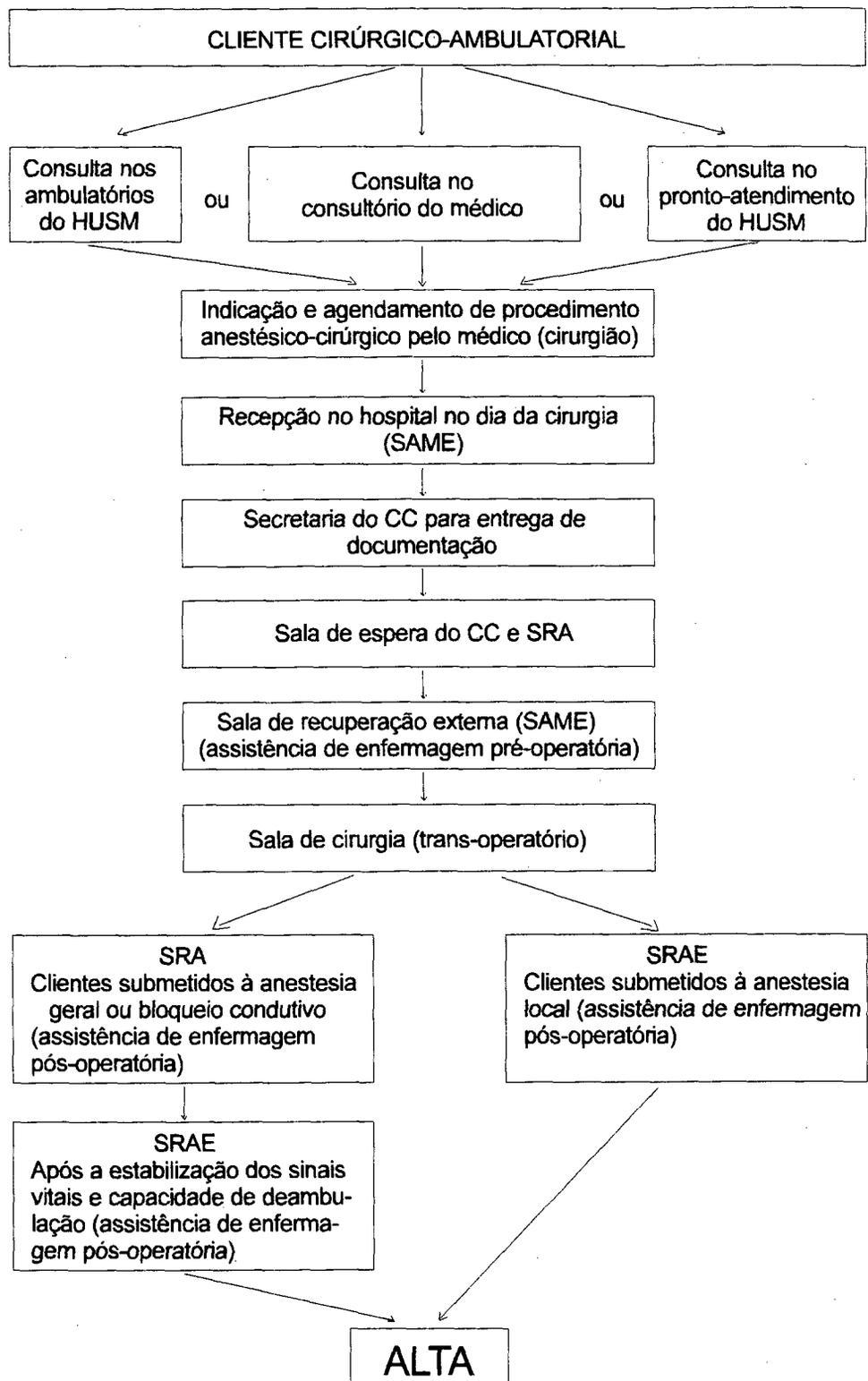
na SRA, e os que se submetem à anestesia local se recuperam na SRAE.

É importante ressaltar que o ambiente restrito para recepção, recuperação e alta do cliente ambulatorial no CC do HUSM (SRAE) é utilizado também como ambulatório para tratamento e controle da dor crônica, uma vez que os anestesistas são os responsáveis por esses procedimentos, e os clientes requerem assistência médica e de enfermagem durante e após terapêutica medicamentosa.

Os clientes ambulatoriais, que chegam ao CC para serem submetidos a um procedimento cirúrgico, na sua maioria, são provenientes dos ambulatórios do próprio hospital. Eventualmente esses clientes têm seu procedimento agendado pelo pronto-atendimento. Alguns casos, encaminhados de consultórios médicos, correspondem aos clientes particulares ou de algum convênio.

Apresento, a seguir, o fluxograma do cliente cirúrgico-ambulatorial do HUSM, a fim de facilitar a compreensão do trajeto realizado por este cliente, desde a chegada ao hospital para consulta e indicação cirúrgica à alta pós-operatória.

FIGURA 4 - Fluxograma do cliente cirúrgico-ambulatorial no HUSM



## **2ª Etapa: descrição da clientela assistida**

A população deste estudo foi composta por trinta (30) clientes cirúrgico-ambulatoriais do HUSM, assistidos no período compreendido entre 01/08/95 a 31/10/95.

Foram estabelecidos inicialmente alguns critérios como forma de selecionar a clientela a ser assistida:

- idade superior a 15 anos;
- de ambos os sexos;
- orientados, lúcidos e com possibilidade de comunicação;
- provenientes ou não dos ambulatórios do HUSM.

A seleção dos clientes que estavam agendados para realização de procedimento anestésico-cirúrgico-ambulatorial, foi através do mapa diário de programação cirúrgica.

A metodologia de assistência de enfermagem adotada permitia o atendimento de 01 a 03 clientes por dia, incluindo o levantamento, organização e reflexão dos dados levantados.

## **3ª Etapa: a vivência/assistência com os clientes cirúrgicos ambulatoriais**

O início da vivência foi marcado pelo envio de um ofício solicitando à direção de enfermagem do HUSM a permissão para o desenvolvimento do trabalho, e, anexo a este ofício, o projeto de dissertação.

A operacionalização da proposta por mim elaborada teve início com a apresentação do relatório da prática assistencial, vivida em

1994, e do projeto de dissertação aos funcionários do CC, SRA e SRAE do HUSM.

Por solicitação da direção de enfermagem e agendamento prévio da coordenação da área cirúrgica do HUSM, esta apresentação aconteceu em dois momentos, buscando atingir o maior número possível de funcionários, o que foi efetivado.

A apresentação da *Teoria do Alcance dos Objetivos*, nessa mesma ocasião, permitiu aos funcionários do serviço uma maior compreensão de minha proposta de trabalho e, conseqüentemente, maior apoio e colaboração.

Para operacionalização da prática assistencial a que me propus diariamente, à tardinha, procurava me interar dos procedimentos cirúrgicos agendados para o dia seguinte e o horário previsto para o início dos mesmos.

No início da manhã, após a sua identificação, o cliente cirúrgico-ambulatorial, através do mapa de programação cirúrgica diária, era chamado pela secretária do CC que o encaminhava à SRAE.

Nesse momento, eu recebia o cliente, juntamente com um funcionário da equipe de enfermagem responsável pela SRAE, e o encaminhávamos ao vestiário para troca de roupa.

No retorno do cliente à SRAE ele era convidado por mim para uma conversa, procedendo, então, minha apresentação pessoal e procurando criar um ambiente que favorecesse nossa interação.

Após o consentimento do cliente, iniciava a entrevista, segundo roteiro pré-estabelecido (Anexo I).

Nesse momento já nos encontrávamos em interação, na busca da definição de objetivos comuns, partindo, inicialmente, de problemas levantados pelos clientes e/ou questões por mim pontuadas. Dessa

forma, eram traçados em conjunto (enfermeira/cliente) os objetivos e o caminho a seguir.

Sendo o período de permanência do cliente ambulatorial de no máximo 24 horas na unidade de CC e SRA, a avaliação da metodologia proposta necessariamente aconteceu nesse período.

Esse encontro se deu em dois momentos distintos: no pré-operatório, onde o cliente era assistido individualmente, eram prestados esclarecimentos e orientações, assim como encaminhamentos. Após esse primeiro encontro, o cliente era acompanhado e/ou encaminhado à sala de cirurgia.

No primeiro momento de interação, ao conversar, verificar sinais vitais, orientar as rotinas do serviço, identificar e esclarecer dúvidas, fazer encaminhamentos, eram levantados os problemas e a partir deles, definidos com os clientes os principais objetivos a serem alcançados durante o processo de realização e recuperação dos procedimentos anestésico-cirúrgicos. Assim os dados levantados durante a assistência pré-operatória (Anexo 1) colaboraram na elaboração da lista de problemas e, a partir dela, houve um planejamento com os clientes buscando alternativas de solução para os problemas levantados.

No período pós-operatório, na SRA ou na SRAE, acontecia o segundo momento da minha interação com o cliente, seguindo também um roteiro de entrevista (Anexo 3).

Com esses outros dados levantados, foi possível observar a evolução dos problemas identificados e avaliar a assistência de enfermagem prestada.

Esta sistematização favoreceu minha integração com os funcionários das unidades de CC, SRA e SRAE, e nos turnos da

manhã e tarde, além de gerar um grande bem-estar e uma sensação de ter a tarefa adequadamente cumprida, principalmente, pelo longo tempo que eu permanecia na unidade.

### **Processo de enfermagem**

Procurando manter coerência com o marco conceitual elaborado e com as propostas de KING (1981), utilizei o processo sugerido pela teórica, que o reconheceu como um método padronizado utilizado na maioria das situações de enfermagem.

Objetivando a operacionalização do marco conceitual elaborado para fundamentar a prática assistencial ao cliente cirúrgico ambulatorial, desenvolvi o processo de enfermagem, confiante na minha interação com o cliente como um processo natural.

De acordo com a seqüência proposta por King, os passos que segui foram os seguintes:

#### **1º Passo - Dados de Base**

A obtenção desses dados deu-se através do prontuário do cliente, onde os dados de identificação foram localizados e através da entrevista, a partir de roteiro elaborado como guia para a mesma (Anexo 1).

Observações, percepções e reações minhas e do cliente, durante a entrevista, também corresponderam a importantes dados de base.

Os sinais vitais e outras questões (se tem alergia, se fez uso de alguma medicação, se está em jejum) foram pontos questionados e, pelo fato de serem considerados como rotineiros para os clientes,

facilitaram a descontração e oportunizaram o início da interação enfermeiro/cliente.

### **2º Passo - lista de problemas**

Criada a partir dos dados de base e através das preocupações, das necessidades, das dúvidas e dificuldades sentidas ou verbalizadas pelos clientes. Nesse momento, a minha percepção e a do cliente corresponderam a importante fator norteador da listagem de problemas.

A minha reflexão, juntamente com cada cliente, sobre as questões levantadas e a busca de solução para resolvê-las, correspondeu a importante momento de interação.

Durante o encontro e a listagem de problemas, a motivação do cliente para que verbalizasse suas dúvidas e ansiedades favoreceu o levantamento dos mesmos.

### **3º Passo - lista de objetivos/ plano de ação de enfermagem**

Com a minha interação com o cliente e, a partir do levantamento de problemas, foi criada a lista de objetivos e estabelecida a forma de agir para atingir os objetivos a que nos propusemos de maneira viável e realista. O plano de ação aconteceu de forma natural e espontânea, aproveitando-se todos os momentos para efetivá-lo no processo de ação / reação / interação / transação, o que destoa da forma convencional de prescrever em enfermagem.

A elaboração e implementação do plano de ação aconteceram durante a assistência individualizada no período pré-operatório e foram complementadas no pós-operatório conforme necessidade de cada cliente. A transação, ou seja, o alcance de objetivos, ocorreu e se

efetivou sendo favorecida pelas trocas mútuas.

#### **4º Passo - plano de evolução e avaliação da assistência de enfermagem**

Aconteceu no pós-operatório, ao entrevistar novamente o cliente após tê-lo assistido no pré-operatório e com ele traçado objetivos. Optei por avaliar no pós-operatório em virtude de o cliente, nesse momento, já ter se submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico e estar mais entrosado comigo, o que não impedia que o processo avaliativo tivesse início no período pré-operatório.

Percebi que a maioria dos clientes mostrou-se mais seguro e entrosado no ambiente na situação de recuperação de pós-operatório imediato, o que atribuo ao fato de já ter passado o período transoperatório, o que para maioria dos clientes, representava a maior ansiedade.

A avaliação foi feita diariamente durante a prática assistencial e foi parte do processo dinâmico de assistência ao cliente cirúrgico ambulatorial.

#### **4ª etapa: análise vivência/ assistência**

Para análise qualitativa da vivência, foi realizada a leitura, organização, interpretação e reflexão dos dados levantados a partir da assistência prestada, vinculando-os aos próprios conceitos do marco conceitual proposto.

Acredito que uma das formas de caracterizar o cliente cirúrgico-ambulatorial é identificar suas necessidades, buscar soluções e fazer uma análise da assistência prestada a ele.

Procedi, então, à análise qualitativa da vivência com os clientes

nos períodos pré e pós-operatórios, conforme segue:

- identificando questões verbalizadas pelos clientes durante o processo de interação;

- procedendo à análise da vivência/assistência com base nos conceitos do marco conceitual que elegi para a realização da prática assistencial.

A partir desses conceitos, analisei os dados descritos, interpretando-os de acordo com a realidade vivenciada e em coerência com o marco conceitual proposto.

## **5 DESCRREVENDO A VIVÊNCIA COM OS CLIENTES CIRÚRGICO-AMBULATORIAIS DO HUSM A PARTIR DAS ENTREVISTAS**

Neste momento, relato a vivência de prestar uma assistência de enfermagem aos clientes cirúrgicos ambulatoriais, desde sua recepção no CC até a alta hospitalar.

Essa assistência aconteceu a um grupo de trinta clientes, nos meses de agosto, setembro e outubro de 1995.

Nesse período, aconteceram 1.365 procedimentos anestésicos cirúrgicos no HUSM, desses, 512 de clientes ambulatoriais, o que representou 37,51% do movimento anestésico-cirúrgico total (Anexo 5).

Dos 512 procedimentos ambulatoriais, 278 foram encaminhados para a SRA, pois esses clientes foram submetidos à anestesia geral ou bloqueio condutivo para a realização do procedimento cirúrgico, o que representou um percentual de 54,3% do atendimento ambulatorial a clientes cirúrgicos do HUSM; 125 clientes procuraram o ambulatório para tratamento e controle da dor crônica, que funciona na SRAE, o que correspondeu a 24,41% do movimento de clientes ambulatoriais assistidos na SRAE; e 109 clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos com anestesia local e, portanto, encaminhados da sala de cirurgia para a sala de recuperação externa, correspondeu a 21,28% (Anexo 5).

Cabe salientar que os clientes assistidos no ambulatório da dor são cadastrados no livro de registro da SRAE, por esta razão eles

aparecem computados como clientes cirúrgicos-ambulatoriais.

Com esses dados, fica evidente que a população de cirurgia ambulatorial assistida no CC, SRA e SRAE é muito significativa, pois corresponde a 75,58% do movimento anestésico-cirúrgico ambulatorial total. Destacando que os 24,41% restantes correspondem aos clientes assistidos no ambulatório da dor.

Com o objetivo de facilitar a visualização da população assistida, optei por caracterizar o grupo, nesse momento, e comentar os dados levantados e a assistência de enfermagem prestada a partir das entrevistas.

Foram assistidos clientes com idade variando entre 16 e 82 anos, sendo que 47% da população assistida tinha de 16 a 35 anos. Uma população jovem, o que, no meu entender, facilitou o processo de comunicação, interação e transação proposto por King.

QUADRO 1 - Caracterização da população assistida no período de agosto a outubro de 1995 quanto ao procedimento cirúrgico agendado à Clínica de procedência, o sexo e a idade.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO	CLÍNICA / AMBULATÓRIO	SEXO	IDADE
1. exploração escrotal	urologia	Masc.	68
2. varicocelectomia	urologia	Masc.	29
3. esfínterectomia	proctologia	Masc.	56
4. orquiectomia bilateral	urologia	Masc.	82
5. exereses de cisto pilonidal	proctologia	Masc.	29
6. zetaplastia de face	plástica	Masc.	26
7. exploração escrotal	urologia	Masc.	63
8. fistulectomia anal	proctologia	Masc.	27
9. exereses de cisto pilonidal	proctologia	Fem.	16
10. biópsia de laringe	otorrinolaringologia	Fem.	44
11. cisto pilonidal	proctologia	Fem.	32
12. curetagem uterina	ginecologia	Fem.	56
13. esfínterectomia	proctologia	Fem.	17
14. exereses de cisto pilonidal	proctologia	Fem.	21
15. laparoscopia ginecológica	ginecologia	Fem.	33
16. laparoscopia ginecológica	ginecologia	Fem.	43
17. biópsia de mandíbula	buco-facial	Fem.	17
18. curetagem uterina	ginecologia	Fem.	20
19. curetagem uterina	ginecologia	Fem.	19
20. curetagem de cisto pilonidal	proctologia	Fem.	16
21. curetagem uterina	ginecologia	Fem.	55
22. exereses de basocelular	plástica	Masc.	51
23. exereses de Tu face	plástica	Fem.	61
24. exereses de Tu lábio superior	plástica	Fem.	73
25. catarata	oftalmologia	Fem.	80
26. exereses de cisto pilonidal	proctologia	Fem.	24
27. exereses de nódulo de face	plástica	Masc.	43
28. exereses de Tu tórax	plástica	Masc.	42
29. facectomia	oftalmologia	Masc.	71
30. esfínterectomia	proctologia	Fem.	41

Fonte: Mapa de programação cirúrgica diária e prontuário dos clientes do HUSM no período de agosto, setembro e outubro de 1995.

É importante ressaltar que a predominância de algumas clínicas

deu-se em função da minha opção por desenvolver a prática nas quartas, quintas e sextas feiras, uma vez que às segundas e as terças estavam comprometidas com atividades docentes e administrativas no Departamento de Enfermagem.

Como em nenhum momento tive intenção de fazer um diagnóstico das clínicas e sim prestar assistência aos clientes cirúrgico-ambulatoriais e, a partir dessa prática levantar dados que permitissem uma melhor adequação da assistência de enfermagem, em busca da individualização e humanização do cuidado acredito não ter comprometido minha proposta de trabalho.

Buscando, então, adequar a assistência de enfermagem à realidade do serviço e tendo em vista alguns questionamentos resultantes da prática assistencial vivida em 1994, decidi fazer uma visita aos ambulatórios do HUSM com o objetivo de conhecer a estrutura física e organizacional do serviço além de buscar resposta a uma dúvida que me acompanhava:

Existe ou não uma equipe de enfermagem, nos ambulatórios, disponível para prestar esclarecimentos e orientações aos clientes cirúrgicos ambulatoriais do HUSM?

Marquei uma visita aos ambulatórios do HUSM com a enfermeira responsável pelos mesmos.

Julgo importante, neste momento, enfatizar que o enfermeiro, nos ambulatórios, tem o papel de supervisão e manutenção da ordem, previsão e provisão de material, além de ter suas atividades assistenciais voltadas à sala de curativos e à sala destinada à implementação medicamentosa rotineira de clientes adêuticos.

No que se refere aos clientes cirúrgico-ambulatoriais, ficou bastante claro que não existe uma assistência de enfermagem

sistematizada no período pré-operatório, ficando a mesma a cargo do cirurgião e acadêmicos da medicina.

Já no período pós-operatório a assistência de enfermagem está voltada à sala de curativos, onde o cliente recebe algumas orientações.

Dos 30 clientes assistidos, 25 (83,3%) eram provenientes dos ambulatórios do HUSM e somente 05 (16,6%) foram encaminhados de outros serviços (consultório médico e ambulatórios do município), o que correspondeu a um dado importante no sentido de pensarmos em uma assistência de enfermagem sistematizada a esses clientes, nos ambulatórios, quando da indicação da cirurgia. Como é predominante a população proveniente dos ambulatórios do HUSM, a equipe de enfermagem já poderia prestar assistência pré-operatória nos ambulatórios.

Nesse sentido, MILLER (1981), POZZE et al (1995), BEYERS; DUDAS (1989), acreditam na importância das orientações pré-operatórias por parte da equipe de enfermagem bem como orientações relacionadas ao pós-operatório e os cuidados específicos devem ser reforçados. Esses autores sugerem que o enfermeiro, além de orientar verbalmente, faça algumas anotações por escrito, reforçando as orientações verbais e minorando a ansiedade do cliente.

Para FERRAZ (1978), o cliente depende da equipe de enfermagem física, legal, intelectual e emocionalmente.

O grau de escolaridade predominante da clientela assistida é de 1º grau incompleto, alguns analfabetos, dois com 2º grau completo e um com 3º grau.

Dados como esses fazem com que se questione a verdadeira importância das orientações por escrito para os clientes cirúrgicos-

ambulatoriais.

Embora acredite que algumas orientações escritas reforçariam as verbais, fico preocupada e sinto a necessidade de que seja estruturada de maneira muito sólida uma assistência de enfermagem no período pré-operatório, permitindo aos clientes maior entrosamento com a equipe de enfermagem e melhor compreensão de todos os atos que devam realizar. Em situações como essa, em que a maior parte da população assistida possui 1º grau incompleto, as orientações impressas devem ser ilustradas a fim de facilitar a compreensão das mesmas.

Penso que seria imprescindível a presença de um acompanhante (familiar) durante as orientações pré-operatórias a fim de que o cliente possa sentir-se mais seguro.

Todos os clientes estavam acompanhados, o que corresponde a uma norma do HUSM. Questionava cada cliente quanto à sua preferência no sentido de seu acompanhante participar ou não, e nenhum dos clientes assistidos optou por chamar o familiar para participar de nossa interação.

Esse fato causou-me surpresa. Questiono: timidez? pudor? preservar intimidade? preservar os familiares? Vários são os sentimentos que poderiam justificar a atitude dos clientes. Não estimulei a presença dos familiares porque a área física não era favorável. O que acredito tenha sido uma limitação deste estudo uma vez que é a família que vai dar continuidade à assistência prestada ao cliente. Além de acreditar ser um respeito ético ao cliente a opção de ser atendido sozinho.

Os 30 clientes (100%) estavam em jejum de no mínimo 10 horas, todos referiram terem sido orientados pelo médico. Alguns me

questionaram a razão do jejum, mas mesmo sem conhecerem a importância, respeitaram a orientação médica.

Quando perguntados se haviam ingerido alguma medicação no dia da cirurgia, todos os clientes informaram que não, que tinham sido orientados que era necessário o jejum. Pude observar que alguns procedimentos cirúrgicos foram suspensos por crises hipertensivas de clientes hipertensos que não usaram a medicação, assim como clientes com cardiopatias importantes que usavam medicação diariamente e simplesmente não tomaram por não saberem como proceder. Situações como essas reforçam minha preocupação e direcionam para a necessidade de sistematização de orientações pré-operatórias evitando, assim, que os clientes tenham seus procedimentos suspensos por falta de conhecimento e orientação pré-operatória.

Para ALCOFORADO et al (1976), nos momentos que antecedem a cirurgia, o estresse e a ansiedade podem aumentar e, inclusive, ocasionar crises hipertensivas, levando ao adiamento ou suspensão do ato anestésico-cirúrgico.

Alguns enfermeiros como PANZA (1977), JOUCLAS (1977), CASTELLANOS (1978), MENEZES (1978), SANTOS; CABERLON (1981) e outros, acreditam na importância da relação enfermeiro de centro cirúrgico e cliente cirúrgico no período pré-operatório, onde teriam oportunidade de se conhecerem e seria facilitado o planejamento da assistência de enfermagem para os períodos trans e pós-operatório.

Além de ser a visita pré-operatória considerada como um procedimento indispensável para o planejamento da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico, o estresse e a ansiedade podem ser

amenizados. Com a realização da mesma, a enfermeira identifica problemas, avalia as necessidades de cada cliente, presta orientações, esclarece dúvidas e evita que aconteçam situações como as vividas com clientes que não tomaram medicações importantes por não saberem como proceder.

Os clientes também foram questionados se eram alérgicos a alguma medicação ou solução, a maioria referiu não ter alergia nenhuma, dois clientes eram alérgicos à penicilina e um, ao esparadrapo.

Questionados se portadores de alguma infecção, todos referiram que não. Três clientes comentaram os tratamentos feitos no pré-operatório para suprimir o processo infeccioso e obter condições para realização da cirurgia.

Com relação aos exames pré-operatórios, 16 (53,3%) dos clientes referiram ter feito, sendo que 15 estavam com os exames no prontuário ou em seu poder e somente um cliente referiu ter realizado mas não foi encaminhado ao CC; 14 (46,6%) foram submetidos à cirurgia sem nenhum exame pré-operatório. Esses dados me preocupam uma vez que a avaliação e o preparo do cliente no período pré-operatório são de fundamental importância para o desenvolvimento da cirurgia e da anestesia com segurança.

Pude observar que todos os clientes provenientes dos ambulatórios de cirurgia plástica e ginecologia tinham exames pré-operatórios, o que não foi observado nas outras clínicas.

Essas questões todas foram trabalhadas com os clientes no sentido de facilitar o início da interação, questionando situações que os próprios clientes denominaram rotineiras o que facilitou o processo de comunicação-interação.

Ao manifestarem como estavam se sentindo no período pré-operatório, os clientes, na sua maioria, verbalizavam estar bem, mas logo mostravam alguma preocupação, como podemos observar nas suas falas:

*... Bem, a cirurgia é só um "talho" pequeno, logo vou embora... este tipo de cirurgia não mata...*

*A. W. Masc. 68*

*... Bem, preocupado e torcendo para não sentir dor como na vez anterior...*

*H. T. Masc. 27*

*... Bem, não adianta ficar com medo, é preciso operar...*

*V. A. Masc. 51*

Com os sentimentos dos clientes expressos de uma maneira tão clara é possível identificar a ambiguidade e insegurança que eles vivenciam no período pré-operatório.

Outros, no entanto, já conseguiram expressar sua ansiedade e preocupação, como por exemplo:

*... Muito assustada e com medo da anestesia...*

*U.I. Fem. 55*

*... Nervosa, com um pouco de medo, sei dos problemas que minha idade pode dar...*

*Z. C. Fem. 73*

*... Nervosa e como! Todo mundo me assustou com relação à anestesia e eu tenho muito medo de sofrer, de sentir dor, de agulha...*

*A. V. Fem. 24*

Com os comentários tecidos pelos clientes, foi possível sentir a importância das orientações aos mesmos. Conforme afirma ZAGO (1993), o ensino dos clientes cirúrgicos é considerado insubstituível no processo cirúrgico.

A verbalização dos clientes, mesmo tendo recebido orientações

e esclarecimento de dúvidas, mostra que a angústia e o medo são freqüentes, e que a preocupação do enfermeiro em adequar a teoria à prática, valorizando o autocuidado e conscientizando o cliente da importância de seu papel no processo de recuperação é procedente.

Todos os clientes foram questionados se sabiam que cirurgia iam fazer, se tinham recebido orientação prévia sobre a cirurgia e quem os tinha orientado.

Dos 30 clientes assistidos, 50% respondeu que sabia que cirurgia ia fazer e como aconteceria o procedimento. Todos tinham sido claramente orientados pela equipe médica.

Entretanto, os outros 50% não sabiam quase nada e apenas alguns conheciam o nome do procedimento a ser realizado. Cabe ressaltar, no entanto, que nenhum cliente cirúrgico-ambulatorial por mim assistido tinha recebido orientação da equipe de enfermagem no período pré-operatório.

*... Sim, o médico que vai me operar me explicou...*

*F. L. Masc. 26*

*... Sim, o doutor descreveu toda a cirurgia anterior e me explicou a necessidade desta e como ela será realizada...*

*C. X. Masc. 56*

*... Não, não sei. Só sei que para este problema só operação resolve. Eu consultei três doutores e todos disseram igual... É um caso de operação.*

*G. Q. Masc. 63*

*... O nome eu sei mas o que ele quer dizer não. Eu fiquei com vergonha de perguntar, o doutor estava com muitos alunos...*

*N. A. Fem. 21*

Com as falas desses clientes fica evidente a distância que sentem em relação à equipe médica e o desconforto de consultarem

com a presença de alunos, o que pode dificultar a relação médico-cliente, principalmente no que se refere a esclarecimento de dúvidas e diminuição da ansiedade pré-operatória.

Fato esse que reforça a necessidade de um momento de interação da equipe de enfermagem com cada cliente a fim de tornar menos desgastante a experiência cirúrgica.

Todos os clientes foram interrogados se gostariam de me fazer alguma pergunta, de pedir orientação ou explicação.

A maioria mostrou-se satisfeita com as orientações que eu já tinha prestado desde sua recepção até aquele momento, entretanto, alguns clientes fizeram perguntas bem diversificadas como podemos observar em suas falas:

*Como vai ser a minha cirurgia?  
Como vocês trabalham aqui, vão ficar comigo todo tempo? Vou ficar sozinho em algum lugar?...*

*B. Z. Masc. 29*

*...Em que condições vou ser liberado? Fico preocupado com minha esposa, ela é muito nervosa e assustada, se eu ficar tonto ou tiver qualquer complicação prefiro ficar no hospital para ela não se assustar...*

*C. X. Masc. 56*

*...Só quero saber se depois de operar não vou mais ter dor...*

*D. V. Masc. 82*

*... A Sra sabe que eu não sei nada, então, não sei nem o que perguntar. A Sra já me explicou muito...*

*J. P. Fem. 44*

*... Eu tenho diabete e hipertensão, estas doenças podem complicar com a anestesia?...*

*U. I. Fem. 55*

Acredito que questões como essa sejam frequentes a qualquer

cliente que necessite de um procedimento cirúrgico. Cabe à equipe de enfermagem procurar sanar o maior número de dúvidas possíveis, antes da cirurgia.

Como um dos meus objetivos era buscar a percepção dos clientes, recebidos e assistidos no pré-operatório, sobre a SRA e/ou SRAE e a assistência nela prestada, já no pré-operatório os clientes foram questionados se já conheciam alguma SRA, a minoria referiu que já tinha passado por uma SRA, muitos não lembravam e a maioria não conhecia uma SRA.

*...Sim, conheço esta SRA, já fiz três cirurgias neste hospital...*

*A. W. Masc. 68*

*...Sim, de outro hospital, mas não lembro de nada. Foi lá que me atenderam no dia do acidente, mas não sei como é, não sei lhe contar, só lembro que me tiravam a pressão toda hora e cuidavam muito do soro...*

*F. L. Masc. 26*

*... Eu já fui operada, faz 20 anos, mas não lembro da SRA...*

*U. I. Fem. 55*

*... Não conheço nenhuma...*

*A. U. Fem. 24*

Quando perguntado aos clientes o que esperavam da assistência de enfermagem na SRA, a maioria referiu esperar que fosse bem cuidada, que as pessoas a tratassem bem; alguns mostraram-se preocupados em não atrapalhar ou incomodar a equipe de enfermagem e uma minoria mostrou-se com receio de ser maltratado.

*... Que eu seja tão bem assistido como na vez anterior que estive aqui. Tive muita atenção...*

H. T. Masc. 27

*... Que o pessoal que trabalha neste setor tenha bom senso e me trate bem. Estou aqui porque preciso e se vocês trabalham aqui é porque escolheram esta profissão...*

R. F. Fem. 20

*... Que me tratem bem, vou fazer o possível para não dar trabalho...*

V. A. Masc. 51

*...Eu não quero incomodar, vou rezar para passar bem...*

B. T. Masc. 42

*...Que eu seja bem atendido e que me respeitem como você e a moça (funcionária da SRAE) me respeitaram, me receberam e me orientaram tão bem. Tenho medo de que me maltratem...*

A. V. Fem. 24

Nos depoimentos observei sentimentos diversos por parte dos clientes. Alguns achavam que serem bem atendidos era uma decorrência lógica da opção que o enfermeiro fez pela profissão, outros mostraram medo de maus tratos até em função de estarem recebendo uma assistência gratuita.

Fiquei curiosa para saber o que os clientes queriam dizer com "ser bem tratado" e "não dar trabalho". Percebi que todos que usaram expressões como essas pensavam em receber um carinho, uma palavra amiga, ter respeito, e verbalizaram preocupação de não vomitarem, de não terem dor, com receio de causarem transtorno à equipe.

Após esse primeiro momento de interação em que prestava assistência pré-operatória aos clientes, encaminhava-os ou acompanhava-os à sala de cirurgia.

Durante o período transoperatório, não houve nenhuma sistematização de assistência proposta por mim, mas alguns clientes

foram assistidos eventualmente a seu pedido.

Utilizava esse período para realizar as anotações e reflexões da assistência prestada no período pré-operatório.

Já no período pós-operatório na SRA ou na SRAE, voltava a assistir os clientes recebidos no pré-operatório, procurando dar continuidade à assistência de enfermagem com base no marco conceitual elaborado para fundamentar esta prática.

Dando início ao segundo momento de interação, perguntava aos clientes como tinha sido a cirurgia. A grande maioria respondeu que bem, e que não tinha visto nada.

Após, questionava como estavam se sentindo agora (pós-operatório) e a maioria respondeu:

*... Estou bem. O medo maior já passou vou ser bem sincero com a Sra, estou é irritado com o barulho. Se não fosse o barulho... estava ótimo.*

B. Z. Masc. 29

*... Estou bem, me sinto um pouco cansado, minha pressão subiu de novo na hora da operação, esta vez eu estava melhor, com menos dúvidas, eu não gostei da anestesia ... da anestesia, não do doutor anestesista, me senti muito mal nesta hora.*

C. X. Masc. 56

*... Estou muito bem, estou sendo bem tratado, nem esperava...*

B. T. Masc. 42

*... Menos nervoso! Estou bem e impressionado com a paciência e o carinho que as pessoas que trabalham aqui tem com os doentes.*

E. S. Masc. 29

Foram questionados todos os clientes com relação ao ambiente de recuperação; perguntei-lhes o que achavam da SRA ou SRAE, dependendo de onde eles estavam se recuperando.

Optei, didaticamente, por apresentar as observações feitas nesse momento, em separado.

Dos clientes que se recuperavam do procedimento anestésico-cirúrgico na SRAE, a maioria (96%) se referiu ao ambiente como confuso, movimentado, barulhento:

*... É bom, movimentado né? Passa tanta gente... acho que não é bom não, me sinto tonta de tanto movimento...*

D. V. Masc. 82

*... É um ambiente muito confuso e movimentado. Eu não sabia que aqui atendiam pacientes com doenças que não precisava operar. Não sei porque fazem estas injeções para dor que aquela senhora, (acompanhante de um cliente) falou!*

F. L. Masc. 26

*... É bom, só é muita gente para ser atendida neste espaço que é muito pequeno. Eu vi que a outra senhora (cliente) estava com vergonha de estar sem roupa em baixo desta camisola. É muito envergonhador homem e mulher juntos em uma sala tão pequena.*

V. A. Masc. 51

*... É um ambiente crítico, com coisas que chamam a atenção. É pesado, com movimento sempre e as pessoas parecem estar sempre com pressa, sem se preocupar em dar atenção a quem está aqui esperando a recuperação passar. Eu acho que o pior são os gritos... as pessoas falam muito alto, ali na secretaria...*

X. B. Fem. 61

Fiquei surpresa com os comentários tecidos pelos clientes que, apesar do tempo reduzido de permanência na unidade, puderam perceber problemas importantes e reais.

Com relação ao ambiente da SRA, muitos clientes se referiam à organização do setor, outros falaram da ausência de janelas e qualidade do ar e alguns se referiram à assistência de enfermagem

nela prestada.

*... É um lugar muito organizado. Eu vejo as gavetas pequenas que elas abrem para retirar medicação, os vidros de soro e o resto do material também é muito organizado. Todos trabalham muito nesta sala...*

*E. S. Masc. 29*

*... Escuro, muito escuro. Acordei com uma coisa muito ruim na garganta e com a borracha no nariz para respirar. Fiquei muito assustada! Você me explicou como seria mas você não me disse que era escuro, que o cheiro de remédio era muito ruim e que não tinha ar. Parece que o ar desta sala já vai acabar...*

*K. O. Fem. 32*

*... O ar é muito poluído, não tem cheiro de limpeza, tem jeito de sujo. Esta sala tem muito material, caixas armários, aparelhos... além de muita gente...*

*O. C. Fem. 33*

*... As enfermeiras são muito atenciosas, eu acho que devia ter um tipo de separação... fiquei nervosa de ver os outros doentes...*

*R. F. Fem. 20*

Fica evidente a discrepância entre as várias opiniões, conseqüentes aos vários tipos de procedimentos realizados, condições de cada cliente e local de recuperação.

Mas, no âmbito geral, o desconforto causado pela sala fechada, com pouca luz e pouca ventilação, bem como a obrigatoriedade de compartilhar o mesmo espaço físico com outros clientes cirúrgicos, causa um grande constrangimento ao cliente ambulatorial.

Os clientes assistidos foram questionados sobre a presença de algum desconforto durante sua estada na instituição. Observei que alguns referiram não ter nenhum, outros relataram vários tipos de desconforto, como por exemplo:

*... Ardência na hora da operação...*

A. W. Masc. 58

*... Eu tive muito medo... vi muitos pacientes com dor... vi fazer injeção nas costas de um doente... O tempo que tive que esperar para a cirurgia foi muito grande... aquela sala (SRAE) foi o maior desconforto...*

F. L. Masc. 26

*... Ouvir os gritos de uma criança que estava sendo atendida na sala ao lado (Pronto Atendimento). Ela gritava muito, parecia desesperada. Por que não fazem uma parede de tijolo e cimento para isolar a sala de recuperação?...*

H. T. Masc. 27

*... Uma sensação enjoada, parecia não ter a parte de baixo do corpo, faltou ar, senti calor...*

A. U. Fem. 24

Com relação aos medos, todos os clientes foram indagados se tinham sentido medo e de quê? Foram muito interessantes as respostas. A metade dos clientes referiu não ter tido medo mas, nos comentários, pude perceber que eram constantes o medo e a ansiedade pela recuperação rápida e sem complicações, e a outra metade dos clientes verbalizou claramente que o medo era constante como é possível comprovar em suas expressões:

*... Não tenho medo, só um pouco mas nem sei dizer de que...*

R. F. Fem. 20

*... Me pego com Deus e melhora. Só tenho um pouquinho de medo da anestesia, com receio da cirurgia, fico com força e não tenho medo...*

U. I. Fem. 55

*... Eu estaria te mentindo se dissesse que não tive medo, posso te garantir que não foi nenhum medo exagerado...*

L. N. Fem. 56

*... Medo não, pavor! Tive medo de tudo! Da sala, das*

*luzes, do médico, da operação, de sofrer, de falar... acho que só não tive medo de ti...*

C. S. Masc. 71

*... Muito, da anestesia e de sentir dor principalmente...*

X. B. Fem. 61

*... Muito medo de tudo, não sei bem de que. Tudo me assustou, este lugar é apavorante...*

Y. A. Masc. 43

Quando perguntados sobre o que consideraram agradável na SRA ou SRAE, alguns clientes referiram não ter visto nada agradável, e outros, que representaram a maioria, referiram-se à qualidade da assistência de enfermagem.

*... Não sei dizer se tem alguma coisa agradável...*

A. W. Masc. 68

*... O atendimento das moças. Quem são elas? Todas são enfermeiras? Fui muito bem atendido. Foram atenciosas e mostraram competência. Acho que viram que eu era um medroso e me acalmaram...*

B. Z. Masc. 29

*... É muito bom ter carinho, atenção e vocês são muito meigas e atenciosas. Isto foi muito agradável. É impressionante a paciência de vocês e como vêem a pressão e o pulso dos pacientes a toda hora. Me senti seguro... isto é agradável!...*

E. S. Masc. 29

*... O fato de ter sido bem tratada. Pensei que ia sofrer, me diziam que em todo hospital eram muito grosseiras as pessoas que atendiam. Fui mal atendida em outra unidade mas aqui foi diferente, desde a sala de troca de roupa até aqui na SRA fui muito bem tratada...*

M. B. Fem. 17

Com relação ao que consideram desagradável foram variadas as respostas. Alguns clientes se referiram à falta de janelas, outros ao barulho e conversas altas, o ter de conviver com o sofrimento de outras

peessoas, mas a maioria referiu como desagradável o ambiente destinado à espera do procedimento cirúrgico que se localiza próximo à secretaria do CC.

*... A sala de espera para entrar aqui, é um ambiente muito frio, sem nenhuma acomodação, as pessoas não tem nem onde sentar, além de correr um vento gelado, que não sei de onde vem..*

*M. B. Fem. 17*

*... A experiência mais desagradável foi na sala de espera que é abafada, sem ar, é muita gente, não tem abertura nenhuma.*

*São muitos funcionários do hospital buscando material, é muito gente, o ar é ruim, é poluído... tem muitas doenças...*

*U. I. Fem. 55*

*... Minha pior experiência foi a de esperar muitas horas na porta do Centro Cirúrgico, aqui chamam de sala de espera, mas de sala não tem nada.*

*Eu tinha muita dor, não podia sentar em um banco sem encosto... e mesmo que pudesse não tinha espaço. Estavam todos ocupados... É um lugar escuro, frio, muito barulho, muita gente, passa carro com roupa, material esterilizado, comida, paciente...*

*C. X. Masc. 56*

Nesse sentido, RIBEIRO et al (1976) reforçam que a espera da cirurgia, em ambiente desconhecido, faz com que o cliente sinta-se desprotegido, inseguro, com pensamentos pessimistas, o que poderá interferir negativamente no procedimento anestésico-cirúrgico e em sua recuperação.

Da mesma forma, SILVA et al (1982) afirmam que a recepção, identificação e orientação a cada cliente no período pré-operatório seria ideal se fossem feitos pelo enfermeiro e sugerem o encaminhamento direto à sala cirúrgica, evitando a permanência do cliente no corredor por longo tempo, o que contribuiria para aumentar o

medo e a insegurança.

Com o presente trabalho ficou evidente que a sala de espera do CC e SRA é inadequada e requer atenção da direção do HUSM, uma vez que foram muitos os clientes que se referiram a esse espaço como extremamente frio e desumano.

Acredito que pequenas alterações nesse ambiente já permitiram aos clientes cirúrgicos-ambulatoriais e a todos os acompanhantes que se encontram no CC ou na SRA, uma condição mais cômoda e humana de espera.

Quando questionados se sentiram falta de alguém e se gostariam de que pudessem ter ficado com ele, a maioria dos clientes referiu que não, e justificou dizendo que:

*... Esta é uma hora que a família não pode ajudar. Entrar aqui alguém da família só iria atrapalhar...*

*L. N. Fem. 56*

*... Já tem familiares de crianças aqui e de outros clientes e eles falam sem parar, querem saber de todos os doentes, fico tonto, acho bom que os meus me esperem lá fora... que descansem para me cuidar em casa...*

*V. A. Masc. 51*

É importante ressaltar, nesse momento, que a família não foi envolvida desde o início no tratamento do cliente. Entendo ser contraditória a cobrança pela equipe de enfermagem no momento de recuperação, da presença do familiar ou acompanhante.

Quando questionados se a assistência de enfermagem, de um modo geral, na SRA ou SRAE, aconteceu como previa ou esperava, a grande maioria respondeu que foi superior à expectativa.

*... Até melhor, muito melhor! Eu pensei que aqui vocês todos só fizessem injeção, vissem a pressão... mas não, todos conversaram comigo, me deram muita atenção...*

*J. U. Fem. 16*

*... Eu fui muito bem atendida mas achei estranho me deixarem com o aparelho de pressão todo tempo, pensei que botassem cada vez, até perguntei porque, se eu não estava bem?...*

K. O. Fem. 32

*... Fiquei encantada com a atenção das enfermeiras, foi até melhor que eu esperava. Só achei errado os rapazes comentarem de outras operações naquele balcão e rirem muito, junto com as enfermeiras...*

O. C. Fem. 33

*... Eu esperava bem diferente, eu vim de outra cidade para Santa Maria, faz seis meses, o atendimento aqui é muito melhor, eu nunca esperei ser tão bem tratada em um hospital público...*

A. U. Fem. 24

Os comentários unanimemente demonstram satisfação com relação ao atendimento prestado na sala de recuperação pela equipe de enfermagem. Apenas um comentário criticou a postura de alguns alunos que se reuniram em frente ao posto de enfermagem da SRA para comentarem outros procedimentos, o que chocou um cliente que se recuperava. Faz-se necessária a conscientização das pessoas que atuam e das que circulam na SRA quanto ao respeito aos clientes. Éticamente, qualquer comentário deve ser feito cuidadosamente, um cliente não deve vivenciar o problema de outro.

Conforme afirma MC CONNELL (1980), o objetivo da enfermagem em recuperação anestésica é promover cuidado de enfermagem seguro, com conhecimento científico, educativo, individualizado aos clientes e familiares.

Associando o pensamento do referido autor às falas de clientes assistidos, pode-se afirmar que a assistência de enfermagem, na SRA e SRAE da HUSM, vem sendo desenvolvida com qualidade e superando as expectativas da maioria dos clientes.

Todos os clientes assistidos por mim foram indagados no sentido de saber se gostariam de sugerir alguma coisa para melhor desenvolvimento da cirurgia ambulatorial do HUSM. Fiquei surpresa com as respostas, pois foram muito variadas, abrangendo todos os ambientes pelos quais o cliente passou desde a indicação do procedimento cirúrgico até a recuperação anestésica.

*... Isolar a SRA do tal PA. Não é possível as pessoas se recuperarem de uma cirurgia vivendo o sofrimento de quem passa por uma urgência e é atendido num pronto atendimento...*

*B. Z. Masc. 29*

*... Que coloquem um quadro, um móbile ou algo que os pacientes pudessem fixar a visão e relaxar... somente com uma coisa colorida para olhar, o medo e a tensão já diminuíram...*

*B. Z. Masc. 29*

*... Que não deixem tanto tempo um paciente esperando aqui dentro, com fome, nervoso e vendo na mesma sala os outros pacientes tomando coca e comendo bolacha. Não dá né?...*

*F. L. Masc. 26*

*... Que respeitem as pessoas que esperam do lado de fora do CC, não tem vida naquele ambiente, só sofrimento. A vida da gente já é puro sofrimento. Que melhorem aquela sala...*

*H. T. Masc. 27*

*... Orientar os pacientes antes do dia da cirurgia, onde ir na chegada do hospital. É importante orientar, tranquilizar e não atucanar...*

*O. C. Fem. 33*

*... Agilizar as informações, neste hospital existe um jogo de empurra muito grande...*

*T. H. Fem. 16*

Foi possível observar que as queixas dos clientes quanto ao

espaço físico utilizado foram freqüentes. Queixas essas fundamentadas, na minha opinião. E quase todas de fácil solução, uma vez que haja alguém ou uma equipe que se predisponha a buscar junto à direção do HUSM maior empenho nesse sentido.

Acredito ser atribuição dos enfermeiros do CC e SRA tomarem essa decisão e lutarem para que estes objetivos sejam alcançados. Isto só contribuiria para que a assistência de enfermagem no HUSM acontecesse com maior qualidade e com menor estresse dos clientes, familiares e equipe multiprofissional.

Assim como foram solicitadas sugestões, também os clientes tiveram oportunidade de criticar alguma situação vivenciada, e esse foi um momento que me permitiu sentir a confiança dos clientes e favoreceu a interação e a transação propostas por King e esperadas pelo marco conceitual criado para assistir essa clientela.

Muitos clientes, antes de qualquer comentário, reforçavam nossa interação e lembravam da importância de seu anonimato nesse momento.

*... A falta de cuidado de algumas pessoas. É grande o volume de material que é derrubado, só eu levei três sustos, acho que derrubaram as bacias de urinar...*

*C. X. Masc. 56*

*... Que mudem o telefone de sala, ele toca muito alto, acho que na SRA não é lugar de telefone, outra coisa que não acho certo é tirar o paciente da SRA assim que ele melhora um pouco e trazer para esta sala (SRAE). Aqui o tumulto é muito grande e ninguém respeita os doentes...*

*K. O. Fem. 32*

*... O descaso dos médicos e enfermeiros com os pacientes e seus familiares na sala de espera do Centro Cirúrgico...*

*T. H. Fem. 16*

*... A dificuldade de marcar consulta para os ambulatórios e após a consulta e exames feitos, é preciso entrar na fila de novo, antes não era assim. Se a gente consultou e fez exames tem que poder trazer os exames sem passar a noite de novo na fila...*

V. A. Masc. 51

*... Que os papéis dos pacientes fossem organizados e já ficassem no CC permitindo aos pacientes um pouco mais de conforto e menos nervosismo antes da cirurgia...*

A. U. Fem. 24

Situações como essas levaram-me a sérios questionamentos, principalmente, no que se refere à segurança do cliente que é encaminhado para um procedimento anestésico-cirúrgico. A evolução constante das técnicas e a tecnologia não afastam os riscos que permeiam um procedimento cirúrgico, cabendo aos profissionais da saúde manter o zelo até mesmo das coisas que tendem a tornar-se pequenas diante de tanta evolução.

Em circunstâncias semelhantes em que os clientes sentiram-se apoiados e com segurança para elogiar e criticar situações vivenciadas, tive a certeza de ter conseguido agir, reagir, interagir e alcançar a almejada transação proposta por King.

Muitos clientes que, no período pré-operatório, mostravam-se inseguros para tecerem comentários e solicitarem esclarecimentos, no período pós-operatório, verbalizaram a alegria de me ver e de poderem comentar suas vivências.

Pude traduzir essa relação como a transação proposta por King. O meu compromisso de assistir individualmente, ouvindo cada cliente e garantindo sigilo nas suas colocações e, ao mesmo tempo, comprometendo-me em divulgar os resultados do trabalho junto à direção do HUSM, na busca de uma maior qualidade de assistência,

permitiu-me sentir que para os clientes o compromisso ético da equipe é de fundamental importância.

E, finalizando o processo de assistência aos clientes cirúrgico-ambulatoriais, questionava se o cliente gostaria de dar algum recado para o pessoal da SRA ou SRAE.

A grande maioria dos clientes disse que só poderia agradecer a assistência que tiveram, comentaram sobre a atenção o carinho e a paciência da equipe que prestou assistência.

*...Que sejam sempre assim, meigas carinhosas, atendendo bem todos os pacientes...*

*E. S. Masc. 29*

*...Agradeço muito e de todo coração a assistência que me foi prestada...*

*I. U. Fem. 16*

*...Dizer que a enfermagem aqui é extraordinária! Vou embora feliz...*

*A. U. Fem. 24*

*...Agradecer à X.Y., ela é maravilhosa, é muito competente...*

*M. B. Fem. 17*

*...Dizer que vou rezar e pedir a Deus proteção para vocês todos. São muito humanas todas as pessoas aqui, que todos se conscientizem da importância do trabalho deles e que passem seus conhecimentos e formas de trabalho para outros funcionários do hospital...*

*P. D. Fem. 43*

A preocupação demonstrada pelos clientes em agradecer a assistência prestada após tantas críticas parece incoerente, mas vejo de maneira muito clara que as censuras às situações vivenciadas não invalidam a assistência prestada, ao contrário, reforçam a posição de que a área física é responsável pela maior parte das críticas e

insatisfações. Muitos clientes mostravam-se satisfeitos pela possibilidade de colaborarem em um trabalho acadêmico e, em contrapartida, receberem uma assistência de enfermagem diferenciada.

Esse fato me fez sentir que o trabalho proposto atingia os objetivos.

A assistência por mim prestada possibilitou que o cliente se sentisse seguro para manifestar as mais diversas críticas bem como pudesse verbalizar a satisfação de ser atendido de forma tão individualizada.

Os comentários e as percepções dos clientes reforçam a idéia da necessidade de adequação qualitativa e quantitativa da equipe dos profissionais de enfermagem, a fim de que se consolide uma assistência individualizada, humanizada e em segurança.

Pude sentir com muitas colocações dos clientes que a percepção deles corresponde a um ponto relevante e de preocupação de autores como RODRIGUES (1979), que revela que é preciso e urgente que o enfermeiro volte suas atenções para o dualismo tecnologia-humanismo, em que o humanismo está quase esquecido, empreendendo todo esforço necessário para reequilibrar esse dualismo e fazer do homem o centro das atenções das próprias ações humanas.

ZEN; BRUTSCHER (1989) afirmam que é necessário muito empenho e perspicácia por parte do enfermeiro, para evitar, que o progresso científico e tecnológico afaste a profissão do seu conteúdo humano.

A receptividade dos clientes oportuniza a ação educativa do enfermeiro. De acordo com ZAGO (1993), o ensino dos clientes no pré-

operatório, apresenta grandes influências no trans e pós-operatório, além de reduzir o tempo de hospitalização e de complicações pós-operatórias.

Com o final do período destinado ao atendimento desse grupo de clientes e, a partir dos dados levantados com essa vivência, emergem, neste momento, três preocupações que se relacionam ao ambiente destinado à assistência prestada a eles, que são:

- *um único ambiente (SRAE):* para recepção, recuperação e alta dos clientes submetidos à anestesia local; recepção e alta dos clientes submetidos à anestesia geral ou bloqueio condutivo e, ainda, para prestar assistência médica (consulta e medicação) e de enfermagem aos clientes que procuram o ambulatório da dor;

- *dois leitos na SRAE e duas poltronas* para prestar assistência de enfermagem na recepção e recuperação dos clientes, que serão submetidos à cirurgia ambulatorial, e aos clientes que serão assistidos no ambulatório da dor, população que representa 37,51% do atendimento cirúrgico total do HUSM no período ;

- *grande movimento* de pessoas (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, serventes, secretárias, acadêmicos...) que utilizam a SRAE como corredor de acesso à secretaria do CC.

Com essas situações, torna-se difícil para a equipe de enfermagem a prestação de uma assistência organizada, individualizada, em que a necessidade de cada cliente possa ser adequadamente minorada.

Nesse sentido, alguns estudiosos como URSI; MACUL (1987), MASON (1978), BIANCHI; CASTELLANOS (1983), SILVA (1987), são convergentes em suas opiniões e preconizam a todo cliente cirúrgico uma assistência voltada às suas necessidades, assim como alertam

para o aumento da tensão e ansiedade dos clientes no período que antecede a cirurgia, valorizando a atuação da equipe de enfermagem nesse momento.

Esses autores reforçam a importância da orientação e do acompanhamento pré-operatório, assim como um ambiente favorável para tal como fator capaz de minorar as complicações e riscos pós-operatórios, oportunizando aos clientes uma recuperação mais rápida e segura.

SANTOS; CABERLON (1981) reforçam o pensamento desses autores a partir de suas vivências e afirmam que a presença de um profissional de enfermagem contribui para o alívio da tensão dos clientes no pré-operatório, e permite uma assistência mais qualificada e individualizada.

## **6 ANALISANDO, REFLETINDO E AVALIANDO OS CONCEITOS DO MARCO CONCEITUAL NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE CIRÚRGICO-AMBULATORIAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM COM ELES DESENVOLVIDOS**

Neste momento, faço a análise e reflexão dos conceitos da aplicação do marco conceitual na prática vivenciada e da experiência de ter aplicado um modelo de processo de enfermagem a um grupo específico de clientes.

Inicialmente, apresento uma análise dos conceitos que compuseram o marco conceitual, elaborado para fundamentar a assistência ao cliente cirúrgico-ambulatorial, assim como algumas considerações são tecidas vinculando o conceito com o pensamento da teórica à fala dos clientes e a reflexões que a experiência me permite. Procurei vincular cada conceito à situação específica do grupo de clientes assistidos e a minha vivência profissional anterior.

No momento seguinte, faço a análise e reflexão da aplicação de um modelo de processo de enfermagem adaptado de King para essa clientela.

E, finalizando, é realizada uma avaliação da assistência de enfermagem prestada ao grupo de clientes cirúrgico-ambulatoriais do HUSM por mim assistidos, fundamentada pelo marco conceitual e processo de enfermagem propostos.

## 6.1 Análise e reflexão dos conceitos

Importante se faz resgatar o momento de elaboração do marco conceitual, apesar de ter estudado muito a estrutura conceitual de King e sua teoria, a organização dos conceitos com a finalidade de direcionar a prática assistencial não correspondeu á tarefa fácil ou simples.

A experiência inicial, vivida em 1994, com o desenvolvimento da disciplina “Prática Assistencial em Enfermagem”, correspondeu a importante suporte nesse momento.

Optei por utilizar, na construção do marco conceitual, alguns conceitos de King, por acreditar que a teórica destaca com seus conceitos situações importantes, às vezes, corriqueiras para a enfermagem e nem sempre trabalhadas com os clientes.

O agir, reagir e interagir que King propõe em busca da transação correspondeu ao eixo condutor deste trabalho.

A avaliação do marco conceitual na prática assistencial foi um processo contínuo e dinâmico, que ocorreu durante toda implementação do processo de enfermagem.

A prática assistencial desenvolveu-se de forma dinâmica e contínua, ou seja, os obstáculos que iam surgindo, iam sendo trabalhados ou contornados com o apoio de toda equipe que atua no CC, SRA e SRAE, em especial, a equipe de enfermagem.

Neste momento de reflexão, utilizo as falas dos trinta clientes assistidos, escolhendo-as de maneira que representem a maioria dos clientes, procurando, através delas, comprovar a adequação do marco conceitual à prática assistencial direcionada ao cliente cirúrgico-ambulatorial do HUSM.

## Conceito de Ser Humano

Foi possível comprovar, através da prática assistencial, que o conceito de ser humano proposto por King, no qual a teorista diz que é um ser social, racional, consciente, que se comunica, age e reage de acordo com costumes e crenças, que possui características comuns e é dotado de habilidade para perceber, pensar, sentir e escolher cursos alternativos para agir e para estabelecer metas.

É possível exemplificar através das falas de alguns clientes como eles pensaram, sentiram e agiram frente à necessidade e à vivência do procedimento anestésico-cirúrgico e suas reações.

*... não adianta ficar com medo, eu preciso operar. Consultei em um ambulatório, me mandaram para outro, os dois doutores me disseram que era muito importante operar. Estou bem porque confio neles...*

V. A. Masc. 51

*... achei errado deixar gente velha com nenê, os mais velhos sofrem ao ver uma criança doente e as crianças se assustam com os mais velhos... eu virava para o outro lado, não ficava cômodo mas diminuía o sofrimento dele ...*

C. X. Masc. 56

*... falta informação e orientação ... cheguei cedo e vim para o CC, me mandaram para cima fazer papéis ... me mandaram para o ambulatório ... disseram que se não me orientasse eu ia perder a operação porque o médico não tinha tempo de esperar os doentes ... me mandaram ... cheguei aqui quase morrendo, cansada, nervosa, com medo de perder a cirurgia e sem condição de decidir se queria ou não fazer, ... é preciso...*

L. N. Fem. 56

*... que sempre sorriam e tratem bem dos pacientes, mesmos dos velhos e surdos como eu ... que quando acabar este trabalho você faça outro ...*

D. V. Masc. 82

Nas expressões dos clientes, pude perceber que o conceito de Ser Humano permeou as mais diversas situações e reações, mas, também foi possível observar que todos os clientes independente da idade, grau de escolaridade ou classe social, são capazes de agir, reagir e interagir em busca de uma assistência com segurança, com qualidade e humanizada. Também a comunicação com outros seres humanos e com o ambiente permitiu o alcance dos objetivos.

É importante esclarecer que a escolha de uma ou outra fala dos clientes, neste momento, não sofreu influência de nenhum critério preestabelecido. Optei por transcrever as falas relacionadas às diversas situações que vivenciei com os trinta clientes, vinculei a fala do cliente ao pensamento da teórica de acordo com o meu sentimento.

### **Conceito de Saúde e Doença**

King não os define associados. Analisei os dois juntos, porque para a maioria dos clientes ter saúde significa estar bem, ajustado ao ambiente; e doença, o desconforto, a dor, a necessidade de uma intervenção.

Para King a saúde é representada por experiências dinâmicas na vida dos seres humanos, e doença corresponde ao desvio do normal, é um desequilíbrio, um conflito nos relacionamentos.

Na fala dos clientes percebemos os conceitos de King com muita clareza:

*... Estou bem, tenho muita dor de noite, estou contente de operar porque vou dormir e deixar minha velha descansar...*

*D. V. Masc. 82*

*... muito medo ... é um absurdo o que vocês fazem com*

*um homem, botar esta touca e um vestido além de deixarem a gente nu ... além de cortar a pessoa...*

*E. S. Masc. 29*

*... eu preciso ver porque tenho tanta dor e dar jeito de tomar o remédio certo... se é operar o certo tem que resolver logo... eu não posso morrer, minha filha precisa muito de mim... Será que operar resolve? O pior é se operar e não passar a dor!*

*O. C. Fem. 33*

Fica bastante evidente no primeiro depoimento, o conceito de Saúde quando o cliente revela-se satisfeito com a cirurgia, com a possibilidade de uma vida melhor no pós-operatório. Essa é uma experiência dinâmica na vida desse cliente, ele procurou se ajustar aos estressores a fim de melhorar sua vida. Aceitou a cirurgia como uma busca por uma melhor qualidade de vida.

Nos outros depoimentos, percebem-se o desequilíbrio, o conflito no relacionamento, a dificuldade de aceitar a vivência que o procedimento anestésico cirúrgico está exigindo. É o conceito de *Doença* de King sendo evidenciado.

### **Conceito de Crescimento e desenvolvimento**

O crescimento e desenvolvimento para King incluem mudanças de maneira organizada, previsíveis, com variações individuais, que permitem o amadurecimento das pessoas. As mudanças que o crescimento e desenvolvimento estabelecem no comportamento das pessoas (cliente / enfermeiro) variam conforme as diferenças individuais e as relações interpessoais.

*... a Sr.<sup>a</sup> foi muito legal. Eu estava assustada demais e consegui perguntar e entender tudo que eu não sabia ...*

*H. T. Masc. 27*

*... o que me tranqüilizou foi saber que alguém sabia um pouco mais da minha vida, que estava buscando meu*

*sucesso na cirurgia, junto comigo...*

O. C. Fem. 33

O receio de serem identificados, de serem expostos vários clientes demonstraram na fase inicial da prática assistencial, mas o crescimento e desenvolvimento que viveram permitiu que percebessem a assistência de enfermagem e se sentissem seguros com a interação, amadurecendo as relações.

O conceito de crescimento e desenvolvimento permeou, constantemente, as questões trabalhadas no decorrer da prática assistencial, especialmente os conceitos de saúde e doença.

Para mim a implementação desse marco conceitual, na prática, correspondeu a importante processo de crescimento e desenvolvimento, proporcionando aprimoramento pessoal e profissional.

### **Conceito de Ambiente/Sociedade**

Como a estrutura conceitual de King está vinculada a três sistemas: pessoal, interpessoal e social. O ambiente/sociedade pode ser encarado como parte do sistema social para a teórica, assim como o cliente e o enfermeiro pertencem ao sistema pessoal e interpessoal respectivamente.

Neste sentido, o conceito de ambiente/sociedade, nesta prática assistencial, ficou evidenciado na fala dos clientes, como por exemplo:

*... eu não fui para SR porque todas as camas estavam ocupadas. Eu até gostei de ficar na sala de cirurgia porque eu pude olhar e examinar com calma tudo aqui dentro ... parecia na televisão ... a moça me cuidou muito bem ... até melhorou a imagem que eu tinha de uma sala de cirurgia...*

L. N. Fem. 56

*... é muito difícil conversar com tanto movimento, quero*

*aprender sua explicação ... as pessoas gritam muito...  
(SRAE)*

*F. L. masc. 26*

*... esta vez foi mais fácil passar por este ambiente porque minhas dúvidas já tinham sido esclarecidas. Foi mais tranquilo. Eu estava melhor... senti o ambiente melhor ... se tivesse alguma coisa colorida eu teria prestado menos atenção nos outros doentes... (SRA)*

*T. H. Fem. 16*

Embora o cliente cirúrgico tenha consciência da diversidade de situações e de ambientes que vai encontrar, ele sempre se mantém ansioso com a expectativa e o medo do desconhecido.

É possível observar na falas desses três clientes que o ambiente pode exercer papel negativo ou positivo na assistência; pode favorecer ou dificultar a interação, e, de acordo com King, se o ambiente não favorece, a transação pode ser negada até mesmo antes que a interação ocorra.

O conceito de King para ambiente correspondeu a importante eixo do marco conceitual para prática assistencial ao cliente cirúrgico-ambulatorial.

### **Conceito de Interação, Percepção e Transação**

Como o conceito de interação está diretamente ligado ao de percepção e, conseqüentemente, ao de transação, e como todos emergiram de forma bastante evidente nesta prática, optei por comentá-los juntos.

Foi o conceito de percepção que mais contribuiu no desenvolvimento da prática, e também influenciou no processo de interação, favorecendo o planejamento das minhas ações junto com cada cliente, e permitindo que a *transação* acontecesse.

A comunicação foi também um conceito muito importante neste

contexto, não foi evidenciado no marco conceitual inicialmente, mas, no decorrer da prática, mostrou-se bastante útil e permitiu a concretização da interação assim como oportunizou a validação das minhas percepções e as dos clientes. Pude comprovar, em alguns momentos, que a comunicação dificultou a interação e, até mesmo, impossibilitou a interação e a transação. Como, por exemplo, em clientes que quase não falavam português e sim alemão e italiano, assim como clientes idosos com acuidade auditiva acentuada. A comunicação quando perturbada pelo ambiente e pela dinâmica de funcionamento do mesmo, correspondeu à maior limitação da transação proposta por King, e conseqüentemente, desse estudo, uma vez que o serviço de cirurgia ambulatorial do HUSM não dispõe de um ambiente adequado para que o cliente cirúrgico-ambulatorial seja recebido e orientado no período pré-operatório imediato e que permita uma assistência de enfermagem individualizada no pós-operatório.

Foi possível comprovar que algumas técnicas de comunicação preconizadas por STEFANELLI (1985) e citadas anteriormente, mostraram-se adequadas no sentido de facilitar a interação enfermeiro-cliente. Pude sentir o cliente mais seguro para tecer comentários quando eu repetia algumas palavras ditas por ele, quando eu verbalizava interesse e aceitação por seus comentários e principalmente quando eu permanecia, atentamente, em silêncio.

É possível observar, através da *fala* de alguns clientes, que os conceitos descritos por King foram claramente identificados na prática.

*... mais calma, só tinha vontade de ir embora, correr...,  
correr... você conseguiu me acalmar ... você apareceu  
na hora certa ...*

*L. N. Fem. 56*

*... aqui estou bem, me sinto apoiado, lá fora estava*

*muito nervoso...*

*V. A. Masc. 43*

*... eu tenho medo de perguntar, tenho vergonha ... tenho medo que a Sr.<sup>a</sup> fique brava ... eu posso fumar quando sair daqui?..*

*K. O. Fem. 32*

*... fui bem tratada na outra vez (reintervenção trinta dias após a 1<sup>a</sup> cirurgia) e novamente encontrei você! Não posso esperar nada melhor ... estou recebendo uma atenção que todos gostariam e mereceriam...*

*M. B. Fem. 17*

Nos comentários desses clientes, percebi que a comunicação efetiva favoreceu a interação, fazendo com que cada cliente verbalizasse sua percepção sobre diferentes momentos ou situações. Fica evidente, nos comentários desses clientes, que a atenção que eles tiveram no centro cirúrgico e nas salas de recuperação foi muito importante, o que faz com que meu pensamento se reforce no sentido de propor que seja estimulada a comunicação e interação da equipe de saúde com os clientes, visando uma maior humanização da assistência no HUSM em todos os momentos. Evidencio, nesse momento, as diferentes situações de interação vivenciadas.

A percepção dos clientes fica claramente expressa nos comentários seguintes, quando verbalizam seus sentimentos:

*... as enfermeiras atendem direitinho, são atenciosas mas eu acho que devia ter algum tipo de separação, fiquei muito nervosa de ver outros pacientes...*

*R. F. Fem. 20*

*... Deprimente! O mundo todo gira a tua volta mas não se importa contigo ... Estou imóvel, as pessoas estão agitadas, me sinto só. Como é desta parede para lá? O que tem? ... Eu não consegui dormir, a paciente do lado era surda e as pessoas precisavam gritar para falar com ela ... eu me assustava. Do outro lado desta parede (Pronto Atendimento do HUSM), uma criança chorava*

*desesperada, eu queria saber por quê. Me angustiei muito, achei deprimente a SR apesar de ter sido muito bem tratada.*

*A. V. Fem. 24*

King entende percepção como a consciência que o cliente tem das pessoas, objetos, acontecimentos. É um processo de transação do homem com o ambiente. A percepção é subjetiva, pessoal e influencia a interação e a transação interpessoal.

A transação, proposta por King, foi o objetivo maior desta prática assistencial. Foi facilitada com aqueles clientes em que a comunicação permitiu a troca de experiências e a definição de estratégias e meios para o alcance dos objetivos traçados em conjunto.

Fica fácil identificar que houve a transação pelas observações dos clientes, quando questionados sobre nossos encontros. Eis algumas:

*... eu fui muito bem atendido por ti, acho que devo me desculpar fui grosseiro contigo e se estou assim, agora, é graças ao teu atendimento, a tua atenção ... você me ouviu e foi muito importante saber que alguém estava preocupado comigo...*

*E. S. Masc. 29*

*... eu estava com muito medo de ir embora, eu não sabia o que fazer em casa e assim como a Sr.<sup>a</sup> me cuidou e explicou tudo antes da operação, foi melhor ainda agora ... vou embora mais segura, com menos medo de complicação. Não vou complicar por falta de cuidado certo...*

*M. B. Fem. 17*

*... Na primeira cirurgia eu já tinha gostado do seu modo de cuidar mas quando foi necessária outra, eu só pensava na Sr.<sup>a</sup> e torcia para encontrá-la. Eu fui privilegiada...*

*T. H. Fem. 16*

Como pude observar, nesses depoimentos, a interação ocorreu

e favoreceu a transação, em outros, foi dificultada, por exemplo:

*... eu gostei tanto de conversar com a Sr.<sup>a</sup> ! Mas achei que se as pessoas não fossem passando eu teria aproveitado mais a sua boa vontade e atenção...*

G. Q. Masc. 63

*... esta sala é muito tumultuada ... só posso te dizer que teu atendimento foi o mais importante que tive neste hospital, me senti gente...Gente grande...*

J. P. Fem. 44

*... Não vou fazer a operação, não vai ser preciso a Sr.<sup>a</sup> me cuidar... mas vou embora mais tranqüilo com as explicações e vou consultar no outro ambulatório como combinamos. Quando estiver bem, volto para operar. Quero encontrá-la... (cirurgia suspensa, cliente hipertenso)*

G. Q. Masc. 63

Nesses depoimentos é possível perceber que houve a interação, que a comunicação favoreceu a percepção e a interação, mas que o ambiente dificultou a transação. No último depoimento, foram possíveis a comunicação, a interação a percepção e, até mesmo, a transação, embora o cliente não tenha sido submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico. O atendimento pré-operatório foi tão amplo e representou tanto suporte para o cliente que acredito ter atingido a transação. Foram realizadas orientações e encaminhamentos, partindo da necessidade do cliente, e em conjunto com ele.

## **6.2 Análise e reflexão da aplicação do processo de enfermagem**

Após a análise geral dos conceitos, neste momento, será analisado o processo de enfermagem, baseado em King e aplicado aos clientes cirúrgico-ambulatoriais.

Utilizei, como recurso para fazer as anotações, um diário de

campo, no qual, para facilitar a visualização dos conceitos do marco conceitual, exemplifiquei cada conceito com as falas dos clientes, o que, didaticamente, permitiu uma visualização e evolução de todo o processo assistencial desenvolvido com cada um (Quadros 2, 3, 4, 5 e 6).

Como os instrumentos utilizados como roteiro para as entrevistas pré e pós-operatórias foram organizados em partes, compondo o diário de campo e, após a assistência prestada e anotações realizadas, transcrevia, no diário, as falas dos clientes vinculando-as aos conceitos, o que permitiu a reflexão e a avaliação de cada experiência vivida.

Para analisar nesta situação de dissertação e para não tornar cansativo e monótono este momento, dada a repetição de muitas situações, vivências e comentários dos clientes, selecionei cinco dos trinta clientes sistematicamente assistidos para mostrar neste registro.

As razões que me levaram a esta escolha foram muitas, em especial a de um cliente, que apesar de ter 1º grau incompleto, mostrou uma grande capacidade de comunicação e expressão; outro cliente foi escolhido por ter sido visível a transformação que ele sofreu desde a recepção no CC até a alta da SRA, sendo atribuída esta mudança, pelo próprio cliente e pela equipe de enfermagem da SRA, à assistência por mim prestada. Mas a razão principal de escolha foi porque estes cinco clientes mostraram, de maneira muito clara, que foi, através da minha interação com eles e a partir da influência mútua, viável o partilhar de informações e a transação proposta por King, e esperada pelo marco conceitual organizado para prestar a assistência.

Foi então o conceito de interação, proposto por King, que permeou e favoreceu a implementação do processo de enfermagem e

permitiu a transação enfermeiro/cliente.

Nos quadros que seguem, estão grifados alguns problemas que foram sendo trabalhados à medida que eram evidenciados, configurando-se, assim, o plano de ação de enfermagem.

Consta também, nos quadros, uma coluna na qual foram anotados alguns dados subjetivos, como meus sentimentos e minhas percepções sobre a assistência prestada.

Esta forma de registrar a vivência permitiu e favoreceu a avaliação contínua da assistência prestada e manteve coerência com o marco conceitual proposto, fazendo com que o mesmo estivesse sempre presente durante a prática assistencial vivida.

Quadro 2 - Vivência nº 02

Conceitos que compuseram o marco conceitual						
Dados de Base	Ser humano	Saúde / doença	Ambiente/ Sociedade	Percepção	Transação	Minha percepção
B. Z. 29 anos, casado, comerciante. Não dos ambulatoriais do HUSM, veio para submeter-se à varicolectomia. Procurou o médico porque a esposa não engravidava e já tinha sido submetido a muitos exames. Por sugestão do ginecologista da esposa, iniciou uma investigação que culminou com o diagnóstico de varicocele bilateral. Foi submetido a uma cirurgia no interior "não obtendo resultado" (continuou com espermograma baixo). Por solicitação da esposa procurou outro médico e, então, foi agendada a cirurgia. Bastante ansioso e com medo do procedimento anestésico-cirúrgico. Inseguro com relação ao resultado da intervenção cirúrgica.	"Preciso fazer a cirurgia espero que agora dê certo, só quero voltar a um hospital quando minha esposa for ganhar nenê. Se eu puder ter filhos, né?" "Eu quero fazer a cirurgia, mas se a minha esposa viesse comigo eu estaria melhor, menos nervoso. Eu gosto do meu pai, ele veio para me dar força, mas ele me deixa mais preocupado."	"Eu não sinto nada, vou fazer a cirurgia para poder ter um filho... eu sei que pode não dar certo... já não deu uma vez, nesta vou conseguir." "As pessoas falam muito de choque eu não entendo muito disto, sei que é devido à perda de sangue, mas acho que eu não vou ter o choque..."	"A Senhora sabe que esta espera aqui é para matar qualquer homem... é uma sala que assusta, com estas camas, estas roupas e gente esperando, e gente esperando... (SRAE) seria melhor que marcassem a hora certa e logo a cirurgia começasse." "Foi muito difícil viver o sofrimento de outras pessoas como eu vivi. Tinham um paciente nesta sala ao lado (PA) que se batia e algumas pessoas tentavam segurá-lo. Muita gente falava ao mesmo tempo e o paciente, além de agitado, gemia..."	"As pessoas, aqui, são muito atenciosas, antes da cirurgia eu estava com medo e até lhe pedi que me acompanhassem e me cuidassem bem... né? Agora preciso agradecer e dizer que fui atendido por todos com muito carinho e atenção. Você embora muito satisfeito, principalmente, pela equipe de enfermagem deste hospital..." "Acho que viram que eu era um medroso e me acalmaram"	"... depois de tanta conversa, de tanto interesse, acho que a senhora deve estar contente, no início fiquei com um pouco de medo de falar, mas a senhora mostra com os olhos que está interessada..." "Eu posso falar do teu trabalho? Achei muito importante e acho que as pessoas devem esperar pelos pacientes, conversar e explicar para o médico a gente tem medo e vergonha de perguntar..."	Paciente muito ansioso extremamente inseguro, no pré-operatório, sentindo a falta da esposa, bom nível sócio-econômico-cultural o que facilitou a interação em menor tempo. Questionou como ia contar a história dele sem identificá-lo, mostrou interesse em ler o trabalho, mostrando-se mais tranqüilo e confiante no período pós-operatório. Preocupado em valorizar a assistência de enfermagem recebida.

Quadro 3 - Vivência nº 03

Dados de Base	Conceitos que compuseram o marco conceitual					Minha percepção
	Ser humano	Saúde / doença	Ambiente Sociedade	Percepção	Transação	
<p>C. X. 56 anos, masculino, casado, <u>não</u> proveniente dos ambulatórios do HUSM. Começou a apresentar <u>dor</u> para <u>evacuar</u> e <u>mal-estar</u> geral, procurou atendimento médico, foram realizados exames de laboratório e RX e, segundo o cliente, nada foi identificado. Dois dias após, apresentou um <u>abcesso anal</u>, procurou outro médico e foi colocado dreno. O <u>mal-estar</u> e a <u>dor</u> aumentaram muito e o <u>medo</u> de uma "doença grave" fizeram com que procurasse o <u>serviço</u> médico do HUSM. Foi submetido, no mesmo dia, à cirurgia e identificado o problema, havia ingerido um fragmento de osso de galinha e perfurado o reto. Hoje 20 dias após este procedimento, será submetido à esfincterotomia anal e fechamento de fistula.</p>	<p>... "<u>Os</u> <u>mais</u> <u>velhos</u> <u>sufrem</u> <u>ao</u> <u>ver</u> <u>uma</u> <u>criança</u> <u>doente</u> e as <u>crianças</u> <u>se</u> <u>assustam</u> <u>com</u> <u>os</u> <u>mais</u> <u>velhos</u> . A <u>senhora</u> <u>vê</u>, <u>esta</u> <u>pobre</u> <u>criança</u> <u>olha</u> <u>para</u> <u>cá</u> <u>e</u> <u>me</u> <u>vê</u>, <u>olha</u> <u>para</u> <u>outro</u> <u>lado</u> <u>e</u> <u>vê</u> <u>aquela</u> <u>senhca</u> <u>pior</u> <u>do</u> <u>que</u> <u>eu</u>.. é <u>muito</u> <u>assustador</u>. Tenho <u>pena</u> <u>desta</u> <u>criança</u>".</p>	<p>"Estou me sentido muito bem, eu fui muito bem atendido, o médico foi muito atencioso e muito esclarecedor... O <u>doutor</u> <u>descreveu</u> <u>toda</u> <u>cirurgia</u> <u>anterior</u> <u>e</u> <u>me</u> <u>explicou</u> <u>a</u> <u>necessidade</u> <u>desta</u> <u>e</u> <u>como</u> <u>ela</u> <u>será</u> <u>realizada</u>." "Fico <u>muito</u> <u>preocupado</u> <u>com</u> <u>minha</u> <u>esposa</u>, <u>ela</u> <u>é</u> <u>muito</u> <u>nervosa</u> <u>e</u> <u>assustada</u> <u>se</u> <u>eu</u> <u>ficar</u> <u>tonto</u> <u>ou</u> <u>tiver</u> <u>qualquer</u> <u>complicação</u> <u>prefiro</u> <u>ficar</u> <u>aqui</u> <u>para</u> <u>ela</u> <u>não</u> <u>se</u> <u>assustar</u>..."</p>	<p>"O <u>grande</u> <u>volume</u> <u>de</u> <u>material</u> <u>que</u> <u>é</u> <u>derrubado</u>. Só eu levei <u>três</u> <u>sustos</u>, <u>acho</u> <u>que</u> <u>derrubaram</u> <u>as</u> <u>bacias</u> <u>de</u> <u>uninar</u>."</p>	<p>"Este <u>ambiente</u> (SRA) é <u>muito</u> <u>agitado</u>, <u>tem</u> <u>muito</u> <u>barulho</u>. As <u>enfermeiras</u> <u>mandam</u> <u>a</u> <u>gente</u> <u>descansar</u> <u>e</u> <u>dormir</u> <u>mas</u> <u>não</u> <u>dá</u>." "desagradável é o <u>barulho</u> e a <u>falta</u> <u>de</u> <u>respeito</u> <u>à</u> <u>individualidade</u> <u>dos</u> <u>pacientes</u>"... "a <u>minha</u> <u>cirurgia</u> <u>foi</u> <u>bem</u> <u>mas</u> <u>novamente</u> <u>minha</u> <u>pressão</u> <u>subiu</u>, <u>esta</u> <u>vez</u> <u>eu</u> <u>não</u> <u>gostei</u> <u>da</u> <u>anestesia</u>, <u>foi</u> <u>difícil</u>."</p>	<p>"Que bom se todas as pessoas que trabalham nos hospitais fossem como você e se preocupassem com a humanização dos pacientes. Realmente eu me senti gente e gente querida, valorizada por poder colaborar no teu trabalho e receber toda atenção e dedicação que recebi..."</p>	<p>Paciente esclarecido, tranqüilo, muito bem orientado pela equipe média com relação ao problema vivenciado (engoliu um fragmento de osso perfurou o reto, fez um abcesso, drenou em outro serviço, foi piorando até procurar o médico que está lhe assistindo no HUSM). Refere ter sido muito bem atendido pela equipe de enfermagem do HUSM.</p>

Quadro 4 - Vivência nº 05

Conceitos que compuseram o marco conceitual						
Dados de Base	Ser humano	Saúde / doença	Ambiente/ Sociedade	Percepção	Transação	Minha percepção
<p>E. S. 29 anos, masc., solteiro e agricultor comerciante, do proveniente interior. Veio ao HUSM para exereze de cisto pilonidal. Não consultou período no pré-operatório, o irmão conseguiu agendar a cirurgia diretamente com a equipe médica.</p> <p>Extremamente ansioso e inseguro, o que parecia representar uma pessoa desequilibrada mentalmente.</p>	<p>“ É um absurdo o que vocês fazem com um homem, botar esta touca e um vestido como este, além de deixarem a gente nu...”</p> <p>“Tu não sabe como é estar deitado aqui, esperando só o tempo passar... saber que vinha para alguém conversar comigo e que queria minha recuperação mais rápida e segura foi muito bom... tu foi muito importante para mim.”</p>	<p>“Eu não espero nada na recuperação, eu não vou fazer a tal anestesia, homem da minha terra cerra dentes e não grita e agüenta a dor...”</p> <p>“pensei que aqui judiassem da gente toda fincassem hora”</p> <p>“me disseram que a anestesia na espinha era muito perigosa, minha namorada que é mais experiente tem, 51 anos, disse que por um bom tempo não vou funcionar como homem.”</p>	<p>“Quando eu cheguei aqui (CC), aquele montão de gente no banco... olhando... eu ter que entrar sozinho nesta sala, duas camas e muitos doentes (SRAE) me assustei muito. Aqui na SRA é muito bem organizado.”</p> <p>“Tem muitos doentes aqui, todas as camas têm gente né? É criança, mulher, velho, tem até um mal, elas taparam com aquela parede de pano... mas eu vi que ele tá mal.”</p> <p>“Mesmo com um homem mal as moças não se irritam e nem perdem a calma...”</p>	<p>“Eu estou impressionado com a paciência e o carinho que as pessoas que trabalham aqui tem com os doentes.”</p> <p>“Todas são muito meigas, carinhosas e atenciosas, isto é muito bom”</p> <p>“Se o que tu estás fazendo comigo faz parte do teu trabalho os outros que se operam não tem uma enfermeira que fale e que cuide deles antes e depois da operação... isto é errado porque o que mais me fez bem foi tu me cuidar.”</p>	<p>“Eu estava louco antes da operação, estava com muito medo de morrer... Eu fui muito bem atendido, acho que devo me desculpar, fui grosseiro, e contigo e se estou assim agora é graças ao teu atendimento, a tua atenção...”</p> <p>“Foi muito importante saber que alguém estava preocupado comigo...”</p>	<p>No período pré-operatório o cliente mostrou-se agressivo e agitado, parecendo ser uma pessoa com problemas psicológicos...</p> <p>No período pós-operatório parecia outra pessoa, calmo, tranqüilo, seguro, agradecendo a assistência prestada e valorizando todas as ações da equipe de enfermagem.</p> <p>Colaborou e riu muito quando peguei o plano de ação elaborado com ele no período pré-operatório, para que pudéssemos juntos avaliar sua evolução. Foi muito válida a experiência, principalmente pela percepção que o cliente teve de seu próprio comportamento no período pré-operatório.</p>

Quadro 5 - Vivência nº 16

Conceitos que compuseram o marco conceitual						
Dados de Base	Ser humano	Saúde / doença	Ambiente/ Sociedade	Percepção	Transação	Minha percepção:
P. D.43 anos, feminina, casada, não proveniente dos ambulatórios do HUSM. Procurou atendimento médico em um ambulatório do município porque apresentava muita dor abdominal no período menstrual além de sangramento em grande quantidade. Realizou alguns exames (RX e ultrassonografia) e não foi possível o estabelecimento de um diagnóstico. Foi então encaminhada ao HUSM para realização de uma laparoscopia diagnóstica. Refere ser alérgica à penicilina.	"O maior problema é que não dão informação nenhuma para a gente, na internação não informam nada. Pensam que não somos gente, e que fazer uma cirurgia é uma coisa muito fácil" "Uma pessoa chegou na SRA e gritou com a criança que não chorou! calma! fica quieto, cara! ... Eu fiquei muito assustada porque parece que a criança não podia chorar depois da operação. E se ele estivesse com dor?"	"Eu acho que não tenho nada sério, é só da idade mas eu já queria ir embora... se você não conversasse comigo, acho que não teria agüentado a espera da cirurgia".	"aquele espaço que tem ali fora para que se espere é muito frio, tem jeito de sujo, tem muita gente e pouco banco, só vivendo aquilo para saber o que é esperar ali..." "É um absurdo o agito na SRA E" "O ar é muito poluído, não tem cheiro de limpeza, tem jeito de sujo ... Esta sala tem muito material, caixas, armários, aparelhos... além de muitos pacientes e é claro que isto tudo dificulta a limpeza". (SRA)	... todos atendem direitinho, mas a gente se choca". " ... no ambulatório eu sofri muito, me examinaram e ninguém me perguntou se estava bem, se tinha dor... tive medo de reclamar, tive muita dor..." "misturar criança e adulto na mesma sala, acho que os doentes sofrem e as crianças choram sofrendo, também fazendo os adultos e as mães crianças sofrerem muito..." (SRA)	" ... O que me tranqüilizou foi saber que alguém sabia um pouco mais da minha vida, que estava buscando o meu sucesso na cirurgia junto comigo. E também foi importante ver como a moça (SRAE) e a 1ª da SRA trabalham juntas..."	Ciente bastante ansiosa no período pré-operatório, muito crítica e comunicativa. Parecia ter necessidade de comentar toda sua vivência no período pré-operatório (no ambulatório do município e no HUSM) No período pós-operatório fez algumas considerações acerca da SRA e SRAE, procurando soluções inclusive para sugerir a equipe de enfermagem. Mostrou-se sensível e receptível às informações.

Quadro 6 - Vivência nº 26

Conceitos que compuseram o marco conceitual						
Dados de Base	Ser humano	Saúde / doença	Ambiente/ Sociedade	Percepção	Transação	Minha percepção
<p>A. U. 24 anos, fem. casada proveniente dos ambulatórios do HUSM. Relata ter procurado atendimento médico porque apareceu uma espinha na altura do cóccix que doía um pouco, como foi aumentando o tamanho e a dor, pensou ser um furúnculo e procurou um médico. Já sentia dor para sentar, deitar e até mesmo para mover as pernas. Fez uma drenagem com anestesia local em outro serviço médico, sentiu muita dor. Passados três meses reapareceu o problema. Marcou consulta no ambulatório do HUSM e sua cirurgia foi agendada para a semana seguinte.</p> <p>Mostrou-se surpresa e satisfeita com a qualidade e agilidade do serviço.</p>	<p>"... é constrangedor um monte de estagiários na sala de operações, vem um e te destapa, vem outro e olha; me senti muito mal de ficar tão exposta. Tinham no mínimo 10 pessoas na sala e ninguém em preocupação em preservar minha intimidade. Como eles (alunos) vão tratar os pacientes quando se formarem? Eles são frios até no olhar, eu me senti um cadáver sendo estudado. Falou respeito. Me senti congelada com alguns olhares..."</p>	<p>"Eu vivi três tempos de uma só vez: - ansiedade - na sala de espera (horível) e na sala de troca de roupa; - exposição total e informação só do essencial - na SO; - insegurança - na SRA, com tudo que tínhamos conversado, cheguei na SRA insegura com relação ao que me esperava, sem saber o que iam fazer comigo, se as coisas iam realmente acontecer conversamos, aí, o médico que me trouxe explicou tudo que se passou na sala de cirurgia na minha frente. Sem se preocupar com meus nervos! Imagina se ainda não tivesse teu apoio?..."</p>	<p>"A sala de espera do CC foi a pior experiência, é horrível, o cheiro é ruim, é um velório sem morto. Muita gente sofrendo, com cara de sofrimento. Seria necessário algo que desviasse a atenção das pessoas, que permitisse que se pensasse em coisas diferentes. Aquela parede de telha de madeira.. quando a porta branca se abre é como se abrisse a porta do céu - para chamar o próximo ou para mandar alguém embora."</p>	<p>Nesta sala, não se consegue dormir, é muita gente falando ao mesmo tempo. É muita agitação. O tempo parece passar mas na realidade leva muito tempo para passar 1 ou 2 min. O ambiente (SRA) é deprimenté, parece que tudo gira ao teu redor, o teto, as paredes, os aparelhos, mas nada tem a ver contigo... Estou imóvel, minhas pernas estão fracas mas as pessoas são rápidas, são agitadas, me senti tão só!</p> <p>Parece que esta sala está em reforma! (SRA)</p>	<p>"Eu adorei te conhecer, te esperei aqui na SRA, sabia que vinha para me cuidar, para rir comigo, seria fundamental que todos os pacientes tivessem a oportunidade que tive de contar com teu cuidado. Sem falar no que ajudaria o paciente na parte psicológica. Minha cabeça deu mil voltas aqui dentro e eu não sabia nunca onde ela ia chegar, pensava então em ti, no teu trabalho e como eu achei importante eu poder te ajudar porque tu me ajudou muito."</p>	<p>Fiquei impressionada com a percepção desta cliente e com a capacidade de comunicação, verbalização dos sentimentos e coerência dos comentários. No período pré-operatório mostrou-se receptível e ansiosa por informações, verbalizando sua "preocupação e medo do desconhecido" que viveria. No pós-operatório, valorizando muito a equipe de enfermagem e médicos residentes da anestesia, teceu comentários de toda vivência no CC e SRA, também com muita segurança e coerência. Frisou a instabilidade emocional em que se encontrava e valorizou a proposta do trabalho por mim apresentada.</p>

### **6.3 Avaliação da assistência de enfermagem prestada aos clientes cirúrgico-ambulatoriais do HUSM**

Tendo em vista a análise e reflexão dos conceitos que compuseram o marco conceitual, elaborado para fundamentar a prática assistencial ao cliente cirúrgico-ambulatorial e a análise e reflexão da aplicação do processo de enfermagem a esta clientela, feitas anteriormente, cabe ressaltar:

- todos os conceitos do marco conceitual elaborado para prestar assistência de enfermagem a este grupo de clientes puderam ser operacionalizados, o que representou grande satisfação e segurança para que houvesse a assistência de enfermagem com mais qualidade;

- a oportunidade de estimular a participação dos clientes nas decisões sobre seu tratamento assim como a observação da evolução e modificação de comportamento da maioria dos clientes do pré-operatório para o pós-operatório correspondeu a importante momento da prática assistencial e também à satisfação pessoal;

- a minha conscientização quanto à importância da comunicação e interação com o cliente como forma de assistência, permitindo que o cliente orientasse ou sugerisse o caminho a ser percorrido, e não impondo uma assistência de enfermagem pré-estabelecida, correspondeu a fator de crescimento pessoal e permitiu uma nova visão da prática assistencial da enfermagem;

- a humanização por mim proposta no início da prática foi favorecida pela opção da *Teoria de King* onde a ação / reação / interação / transação enfermeiro / cliente aconteceu de forma natural e tranqüila, com o mínimo desgaste físico e emocional, o que representava para mim uma preocupação.

A partir destas considerações e com a sensação de ter atingido, com êxito, a sistematização e humanização da assistência a um grupo de clientes cirúrgico-ambulatoriais do HUSM, reporte-me a LERCH (1983). Ela ressalta que a humanização, nos hospitais, não pode ser fruto de ações limitadas mas integrada à continuidade e complexidade da assistência nos vários níveis de responsabilidade.

Com estudos como este, é viável à enfermagem o respaldo de suas atividades no sentido de buscar uma assistência individualizada e humanizada, e ao mesmo tempo, de lutar por uma qualidade de serviço que permita uma humanização constante e não eventual.

Muitos enfermeiros têm estudado e comprovado a importância da sistematização e humanização da assistência e a necessidade de humanização da equipe de enfermagem.

Não se pode, então, esquecer que a humanização não corresponde a um símbolo ou posição assumida momentaneamente mas a uma característica individual e espontânea que é viável de ser trabalhada e desenvolvida a partir de interesses pessoais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivenciada na prática assistencial, desenvolvida em 1994, com clientes cirúrgicos-ambulatoriais e ao término deste estudo, julgo oportuno pontuar alguns fatores, eixos norteadores do estudo, estabelecendo relações com a prática vivenciada. Assim, procurei, neste momento, destacar alguns pontos-chave, como: Marco conceitual basilar do Processo de Enfermagem; Teoria de sustentação do estudo; Pressupostos que fundamentaram a prática assistencial; Prática assistencial; Metodologia adotada para análise da vivência/assistência e Objetivos norteadores do estudo.

Considerarei estes tópicos como sustentáculos para o desenvolvimento do estudo que, ora, concluo, e possibilitaram que emitisse meu pensamento a respeito do que foi evidenciado.

Primeiramente, destaco a simbiose perfeita entre o marco conceitual, a teoria eleita e o processo de enfermagem. Considero este o ponto alto do estudo, pois superou o convencional, uma vez que permitiu uma gama de possibilidades inovadoras no modo de assistir em enfermagem em centro cirúrgico.

Foi possível comprovar a importância da comunicação para efetivação da assistência de enfermagem de forma individualizada e diferenciada.

A comunicação favoreceu a interação enfermeiro/cliente/equipe de saúde o que permitiu que a transação proposta por King fosse efetivada. Nesse contexto, os conceitos de percepção e interação

foram os mais trabalhados.

O tempo disponível para a relação enfermeiro/cliente representou um grande desafio inicialmente. Pensava que a natureza da cirurgia ambulatorial não possibilitaria a aplicação, com êxito, de uma teoria, mas me foi mostrado o contrário. O marco conceitual e o processo de enfermagem, elaborados e implementados com os clientes cirúrgico-ambulatoriais e fundamentados em King, mostraram-se adequados para atendê-los mesmo em um curto espaço de tempo.

Os conceitos propostos pelo marco conceitual enriqueceram a assistência, uma vez que a tornaram sistematizada, individualizada e humanizada, o que também possibilitou o resgate da íntima relação da teoria com a prática.

Destacaria, com ênfase, que a eleição desses conceitos enriqueceram sobremaneira o estudo, permitiram e garantiram a lógica e a clareza na condução da vivência/assistência e, conseqüentemente a análise da mesma.

Foi permitida uma vinculação muito clara e objetiva dos conceitos que compuseram o marco conceitual com as falas e percepções dos clientes assim como aos meus sentimentos e percepções.

A direção do marco conceitual proposto, a realidade do serviço e a teoria de Imogene King mostravam-se adequados à prestação da assistência de enfermagem ao cliente-cirúrgico ambulatorial.

Isto reafirma o acerto na opção metodológica dentro da abordagem qualitativa.

No que se refere aos pressupostos que fundamentaram essa prática, é importante ressaltar que representaram importante eixo condutor no direcionamento da assistência aos clientes cirúrgicos-

ambulatoriais assim como facilitaram o elo de ligação dos mesmos com os conceitos escolhidos para compor o marco conceitual.

Foi possível comprovar que todos os pressupostos adaptados para a assistência do cliente cirúrgico-ambulatorial puderam ser observados na prática vivenciada. Alguns com maior frequência.

Acredito que o pressuposto de que os profissionais de saúde têm responsabilidade de compartilhar informações que ajudem o cliente cirúrgico-ambulatorial a tomar decisões corresponde à importante meta a ser buscada pelas equipes de saúde dos serviços de cirurgia ambulatorial, uma vez que a tendência das pessoas é decidir pelo cliente, impor situações. Pude vivenciar claramente o quão importante é para cada cliente a possibilidade de opinar e decidir sobre seu tratamento.

Acredito que o objetivo norteador deste estudo foi plenamente alcançado, uma vez que foi possível constatar que a *Teoria do Alcance dos Objetivos* de Imogene King que preconiza essencialmente a ação / reação / interação / transação enfermeiro / cliente, tornou viável a assistência ao cliente cirúrgico-ambulatorial, permitindo a integração e favorecendo o conforto, a segurança e a humanização da assistência de enfermagem desenvolvida.

No que tange à prática assistencial propriamente dita registro que:

- a apresentação dos dados resultantes da primeira experiência de realização da prática assistencial (1994), a apresentação do marco conceitual e da *Teoria de King* e a apresentação do projeto de dissertação aos funcionários do CC, e SRA e SRAE foi muito importante; pude constatar que, a partir desses momentos, a grande maioria se mostrou comprometida e interessada em meu trabalho;

- o interesse dos profissionais de enfermagem, especialmente da SRA e SRAE, em conhecer e entender meu trabalho, correspondeu à importante motivação para um envolvimento cada vez maior com o serviço;

- o apoio recebido pela equipe de enfermagem do CC e da SRA correspondeu à importante mola propulsora para a busca de uma melhor qualidade de assistência de enfermagem no CC e SRA;

- a assistência a um grupo de clientes, com base em um marco conceitual, inicialmente, representou uma dificuldade, mas logo transformou-se em facilidade pelo método de trabalho e pela segurança que o marco conceitual representou;

- o fato de nunca ter assistido tantos clientes cirúrgico-ambulatoriais e de ter sistematizado esta assistência, facilitou e estimulou a continuidade do trabalho;

- a permanência no CC, SRA e SRAE por longo período (manhã e tarde), diariamente, assistindo e acompanhando os clientes em várias etapas do processo terapêutico, permitiu um entrosamento muito grande com as equipes de saúde do serviço;

- a receptividade, colaboração e interesse dos clientes, ao demonstrarem alegria, confiança e segurança com a assistência prestada, correspondeu ao momento de maior segurança quanto à importância da sistematização e fundamentação técnico-científica, social e ética da assistência de enfermagem;

- o apoio e interesse de alguns médicos residentes, assim como cirurgiões e anestesistas, também correspondeu à facilidade, uma vez que procuram integrar-se dos objetivos do trabalho e apresentaram sugestões de grande valia;

Alguns fatores vivenciados, no decorrer da prática assistencial,

corresponderam a limitações deste estudo. Julgo oportuno listá-los a fim de que contribuam na promoção de acertos.

Sendo o HUSM um hospital de nível terciário e um hospital-escola, com um grande afluxo de pessoas, diariamente, e o número de procedimentos cirúrgico-ambulatoriais relativamente alto, uma das principais limitações correspondeu à falta de um ambiente adequado para prestar assistência individualizada e humanizada.

- ambiente único para recepção e preparo dos clientes cirúrgico-ambulatoriais, consulta e terapêutica medicamentosa dos clientes do ambulatório da dor e recuperação de todos esses clientes, dificulta e, às vezes, impede a ação da equipe de enfermagem;

- não ter acesso ao prontuário dos clientes antes de recebê-los, a maioria dos prontuários é encaminhada ao CC na hora do procedimento cirúrgico;

- grande movimento de pessoas na SRAE, integrantes da equipe de saúde, serventes, secretárias, familiares de clientes... ;

- a recepção e o preparo do cliente cirúrgico-ambulatorial, que será submetido à anestesia local, muitas vezes, é maior do que o próprio período destinado ao procedimento cirúrgico, fazendo com que haja uma sobrelotação da SRAE;

- a falta de um espaço (área física / ambiente) para dar atenção aos familiares dos clientes, o que contribuiu para que não estimulasse a participação dos mesmos no momento de interação enfermeiro / cliente;

- divergência de informações prestadas ao cliente, dificuldade de compreensão das orientações sentida pela maioria dos clientes e informações restritas para equipe de enfermagem;

- grande número de clientes com dificuldade de comunicação,

especialmente os clientes provenientes dos ambulatórios de oftalmologia, devido a dificuldades auditivas (clientes idosos) e alguns com pouco ou nenhum conhecimento da língua portuguesa, por serem imigrantes italianos e alemães na sua maioria;

- os livros de registros da SRA e SRAE apresentam-se, eventualmente, incompletos ou preenchidos com uma grafia de difícil compreensão;

- diversidade de protocolos de atendimento pelas equipes médicas, por ser o HUSM um hospital-escola, em alguns momentos representou limitações na orientação dos clientes.

Tendo por base o êxito obtido com este estudo, sugiro que outros estudos se realizem, pois a área é vasta e complexa. Há necessidade, em primeiro lugar, da tomada de consciência por parte dos profissionais envolvidos com a cirurgia ambulatorial no HUSM.

Assim, acredito ser importante para o ensino, pesquisa e serviço:

- proporcionar aos alunos da graduação e pós-graduação o estudo e o emprego das teorias de enfermagem e a aplicação de marcos conceituais que fundamentem a assistência prestada nos serviços;

- estimular o estudo de técnicas de comunicação e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades nas relações interpessoais;

- permitir aos clientes a participação nas decisões relativas ao seu tratamento e sua saúde;

- favorecer o intercâmbio de idéias, conhecimentos e vivências dos enfermeiros docentes e assistenciais, acadêmicos de enfermagem e demais profissionais da enfermagem;

- estimular enfermeiros, docentes e assistenciais, e acadêmicos de enfermagem a registrarem as situações vivenciadas na prática e a buscarem o aprofundamento e a divulgação de conhecimentos, visando ao desenvolvimento de metodologias objetivas, eficazes e seguras para o atendimento dos clientes, em especial, dos clientes cirúrgico-ambulatoriais.

Ao enumerar sugestões, não poderia deixar de destacar algumas que os clientes assistidos evidenciaram:

- reorganizar a sala de espera do CC, procurando torná-la mais cômoda e aconchegante;

- isolar a SRA do PA, evitando que os clientes em recuperação vivenciem a assistência prestada no PA;

- dividir a SRA em duas partes, uma para o atendimento de adultos e outra para crianças;

- criar uma nova SRAE, deixando a atual como área para recepção de clientes e corredor dos funcionários;

- colocar “algo” colorido na unidade com o objetivo de permitir aos clientes o desvio da atenção de outros clientes e, até mesmo, de seus “problemas”;

- orientar onde ir e o que fazer antes da cirurgia, aos clientes e familiares (agilizar informações).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCOFORADO, L. M. A et al. Humanização no atendimento do paciente cirúrgico. **Enfoque**, São Paulo, v. 5, p. 7-9, jun. 1976. Edição especial.
- ALDRETE, J. A., KROULIK, D. A. Postanesthetic recovery score curr. **Rev. Anesth. Analg.**, Cleveland, v. 49, n. 6, p. 924-33, 1970.
- ANDRADE, S. J, SHEDLIN, M.E, BONILLA C. E. **Métodos cualitativos para la evaluación de programas**: un manual para programas de Salud, planificación familiar y servicios sociales. USA:The Pathfinder Fund, 1987.
- AVELAR, M. C.O. et al. Validação dos padrões de assistência de enfermagem em recuperação anestésica. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, p. 11-18, jul. 1991. Edição especial.
- BELAND, I, PASSOS, J. **Enfermagem clínica**. 3.ed. São Paulo: EPU, 1979. v.3.
- BERRY, E. C., KOHN, M. L. **A técnica na sala de operação**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977. 248 p.
- BEYERS, M., DUDAS. **Enfermagem médico-cirúrgica: tratado de prática clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. v. 1.
- BIANCHI, E. R. F., CASTELLANOS, B. E. P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de Centro Cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.3, n.5, p.161-166, out./dez. 1983.
- BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 25 jul. 1988. Seção 1.
- BRUTSCHER, S. et al. Humanização: enfermeira de Centro Cirúrgico e o paciente de cirurgia. **Enfoque**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 4-6, 1986.

- CASTELLANOS, B. E. P., MANDELBAUN, M. H. S. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 15-20, jan./mar. 1985.
- . Aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.12, n.3, p.170-186, dez. 1978.
- CIANCIARULLO, T. I. Quando a prática se aproxima da teoria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n.1, p. 9, abr.1994.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - Regulamenta a prática de cirurgia ambulatorial. **Analgesia em Revista**, Rio de Janeiro, v.44, n. 3, p. 20, maio/jun. 1994.
- CREIGHTOM, H. Recovery room nurses: legal implications. **Nurs Monage**, Chicago, v. 18, n. 1, p. 22-3, 1987.
- DEL NERO, R. R. Salas de recuperação. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v.24, n. 4, p. 170-175, abr. 1976.
- DRAIN, C. B., SHIPLEY, S. B. **Enfermagem em sala de recuperação**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. 645 p.
- ELTRINGHAM, M. et al. **Recuperação pós-anestésica**. Rio de Janeiro: Colina, 1986. 144 p.
- FERRAZ, E. R. Focalizando o paciente no Centro Cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 167-169, 1978.
- FERRAZ, E. R. Requisitos mínimos para organização da sala de recuperação pós-anestésica e a assistência de enfermagem nela prestada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 14, n.2, p. 123-31, 1980.
- FONTES, M. C. et al. O trauma cirúrgico: importância da orientação pré-operatória. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.33, p.194-200, 1980.
- FRAGOSO, E. B. Centro de recuperação: organização e equipamento. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 43-6, 1970.

- GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Trad. de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 338.
- GHELLERE, et al. **Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1993.
- GUIDO, L. A. Acompanhamento ao cliente cirúrgico-ambulatorial fundamentado em King: relato da experiência de aplicar um marco conceitual e propor uma assistência de enfermagem alicerçada na perspectiva da humanização. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v.1, n.1, 8-13, abr./jun., 1996.
- GUIDO, L. A, SILVA, M. V. G. **Recuperação anestésica: estudo avaliativo em um hospital privado**. In: ENCONTRO NACIONAL DE PROFISSIONAIS EM CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO DE MATERIAL. ENCENF RIO. 1990, Rio de Janeiro.
- GUIDO, L. A. A teoria do alcance dos objetivos de Imogene King: pressupostos, conceitos, aplicações e limitações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46., 1994, **Anais**. p.359-360. Porto Alegre, 1994.
- HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
- JOUCLAS, W.M.G. **Elaboração e avaliação de um instrumento de comunicação que favoreça a assistência de enfermagem no transoperatório**. São Paulo: USP, 1977. 85p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1977.
- KAMIYAMA, Y. **O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas**. São Paulo: USP, 1972. Tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1972.
- . Teorias de enfermagem: conferência internacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 8, n. 3, p.139-207, 1984.
- KING, J. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: John Wiley & Sons, 1981. 181 p.
- KING, J. M. **Toward a theory for nursing: general concepts of human behavior**. New York: John Wiley & Sons, 1971.

- LAGANÁ, M. T. C. A educação para a saúde: o cliente como sujeito da ação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 91-98, abr. 1989.
- LEOPARDI, M.T. **Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem**. Florianópolis, 1988, 72 p. (mimeografado).
- LERCH, J. E. Humanização no hospital. **Enfoque**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7-11, mar. 1983.
- LUDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1988.
- MASON, M. A. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978, p. 4-7.
- McCONNELL, D. Applying recovery room standarts. **Aorn Journal**, Denver, v. 31, n. 5, p. 781-96, 1980.
- McPHAIL, J. L. A plea for the professional nurse in the OR. **Aorn Journal**, Denver, v. 19, n.4,p. 872-6, 1974.
- MENEZES, A.R. A problemática de enfermagem dos pacientes no período transoperatório: um estudo dos problemas sentidos e observados. São Paulo: USP, 1978. 81p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1978.
- MILANEZ, H. M. **Estudo comparativo entre dois tipos de fichas para registro das ações de enfermagem na sala de recuperação anestésica**. Porto Alegre: UFRGS, 1982. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1982. 77 p.
- MILLER, L. Pacientes ortopédicos num setor de cirurgia ambulatorial. **Clínicas de Enfermagem da América do Norte**, Rio de Janeiro, p.761. dez.1981.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1983. 269 p.

- MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado da enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1994. 260 p.
- NASCIMENTO, E. R. P. **Assistência de Enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio fundamentada na Teoria de Imogene King.** Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. 223 p.
- NEVES, E. P. **Teoria de enfermagem: uma miragem ilusória ou um espelho da realidade.** Florianópolis: UFSC, 1985. (Traduzido de MELLEIS, A theoretical nursing development & progress. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., cap. 8, p. 169-94.
- NEVES, E.P., GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. **Anais.** Florianópolis, 1984. p.210-229.
- NEVES, E. P. et al. A teoria de Imogene King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 36., São Paulo, 1984. Resumos. Florianópolis, 1984. 21 p.(mimeo).
- NOCITE, J. R. Anestesia ambulatorial. **Anestesia em Revista**, Rio de Janeiro, v.44, n. 4, p. 8-9, jul./ago. 1994.
- OLIVEIRA, Janeide I. de S. C. et al. Assistência de Enfermagem à família do paciente cirúrgico. **Enfoque**, São Paulo, v.8., n.2, p.12-14, 1979.
- PADOVANI, P. et al. Ficha de recuperação anestésica. (avaliação dos dados oferecidos para o planejamento da assistência de enfermagem no pós-operatório imediato). **Enfoque**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 45-48, jul. 1988.
- PANZA, A. M. M. **Efeito da visita pré-operatória da enfermeira do Centro Cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório.** São Paulo: USP, 1977. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1977.

- POZZE, R. B et al. Proposta de orientação no pré-operatório de cirurgias ambulatoriais ortopédicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2., São Paulo, 1995. **Anais**. p. 15-23.
- POSSO, M. B. S. Avaliação das condições dos pacientes na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 7-23, 1975.
- RIBEIRO, E.S. et al. Humanização no atendimento do paciente cirúrgico. **Enfoque**. p.7-9, jun., 1976. Edição especial.
- RIZZARDI, E. M. B. et al. Adequação da assistência de enfermagem às necessidades e expectativas de pacientes cirúrgicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 169-187, jul. 1983.
- ROCHA, M. L. **Assistência de enfermagem a clientes traumatopédicos fundamentados no marco conceitual e teoria de Imogene King**. Florianópolis: UFSC, 1991. 144p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- ROCKENBACH, L. H. A enfermagem e a humanização do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.38, n.1, p.49-54. jan./mar. 1985.
- RODRIGUES, A. I. **O paciente no sistema C.C.: um estudo sobre as percepções e opiniões dos pacientes em relação ao período transoperatório**. São Paulo: USP, 1979. 150p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1979.
- RODRIGUES, M.F. **Buscando um marco conceitual e uma metodologia baseados em Imogene King: experiência com clientes adultos diabéticos**. Florianópolis, 1992. 195p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- SANTOS, E., CABERLON, I.C. Visita pré e pós - operatória dos pacientes. **Enfoque**, São Paulo, v.9, n.6, p.41-45, 1981.
- SANTOS, S. M. A. **Prática assistencial de enfermagem a idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de Imogene King**. Florianópolis: UFSC, 1990. 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

- SELIGMAN, R. et al. Anestesia em cirurgia ambulatorial. In: MÂNICA, J. T. et al. **Anestesiologia: princípios e técnicas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 445-61.
- SILVA, A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira do Centro Cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 145-160, ago. 1987.
- SILVA, M. A., RODRIGUES, A. L., CEZARETI, I. U. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. São Paulo: EPU, 1982. 89 p.
- SNOW, I. C. **Manual de anestesia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979. 365 p.
- SOUZA, M. F. Referencial teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.18, n.3, p. 223-224, 1984.
- STEFANELLI, M. C. **Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente**. São Paulo: USP, 1985. 163p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1985.
- STEFANELLI, M. C. Relacionamento terapêutico enfermeira - paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.17, n.1, p.39-45, abr. 1983.
- TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.21, n.2, p.135-143, ago. 1987.
- URSI, E. S., MACUL, S. F. Atuação do Enfermeiro de CC em visitas pré e pós-operatórias. **Enfoque**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 4 - 6, 1987.
- VECCHIETTI, E. C. **Um processo participativo de enfermagem comunitária fundamentado em King: experiência em um centro de ensino universitário**. Florianópolis: UFSC, 1991. 183p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- ZAGO, M. M. F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 67-71, abr. 1993.

ZEN, O. P., BRUTSCHER, S. M. Humanização: enfermeira de Centro Cirúrgico e o paciente de cirurgia. **Enfoque**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 4-6, 1989.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA  
NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**

**Dados de Identificação:**

Nome:

Idade:

Sexo:

Nº do prontuário:

Categoria:

Cirurgia Prevista:

Médico responsável:

Horário de chegada no CC:

Horário

previsto

p/

cirurgia:

Proveniente dos ambulatórios do HUSM?

Qual?

**Tem acompanhante?**

Quem?

Gostaria que participasse de nossa conversa?

**Você está em jejum?** SIM ( ) NÃO ( )

Quantas horas?

Foi orientado em relação ao jejum?

Por quem?

**Tomou alguma medicação hoje?**

Foi prescrita por quem?

Quando?

**Tem alergia a alguma medicação ou solução?**

SIM ( )

NÃO ( )

**É portador de alguma infecção?**

**Tem exames laboratoriais?**

Outros?

Quais?

**Foram retiradas jóias, adornos, próteses?**

SiM ( )

NÃO ( )

**Higiene pessoal:**

**Sinais vitais do pré-operatório:**

PA:

FC:

Tº:

Resp.:

**Como você está se sentindo agora?**

**Você sabe que cirurgia vai fazer?**

Recebeu alguma orientação prévia sobre a cirurgia?

Quem orientou?

Medo?

**Você gostaria de me fazer alguma pergunta?**

Quer alguma explicação ou orientação?

Tem dúvidas?

**Você já conhece alguma SRA?**

**O que você espera da assistência de enfermagem na SRA?**

Início:

Término:

**ANEXO 2 - DIÁRIO DE CAMPO - 1ª parte**

## DIÁRIO DE CAMPO - 1ª PARTE

### **Notas pessoais:**

- meus sentimentos quanto à vivência;
- tempo disponível para assistência a cada cliente;
- condições da área física para prestar assistência individualizada e humanizada;
- facilidades e dificuldades em relação à vivência com o cliente, com as equipes e o serviço.

### **Notas da entrevista:**

- Processo de Enfermagem

**ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA NO  
PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO**

Cirurgia realizada:

Procedimento anestésico:

Período de duração:

Intercorrências:

Como foi a cirurgia?

Como você está se sentindo agora?

O que você acha desse ambiente (SR)?

Você sentiu algum desconforto? Qual?

Você sentiu medo? De quê? Por quê?

O que você considera agradável na SRA?

O que você considera desagradável?

Você sentiu falta de alguém? De quem?

Gostaria que pudesse ter ficado com você?

A assistência de enfermagem na SRA aconteceu como você previa ou esperava?

Você gostaria de sugerir alguma alteração para melhor desenvolvimento da cirurgia ambulatorial do HUSM?

Você gostaria de criticar alguma situação vivenciada?

Você gostaria de dar algum recado para o pessoal da SRA?

Início:

Término:

**ANEXO 4 - DIÁRIO DE CAMPO - 2ª parte**

## DIÁRIO DE CAMPO - 2ª PARTE

### Notas Reflexivas:

- Reflexão e avaliação da adequação e aplicabilidade do marco conceitual;
- Sentimentos e comentários de pessoas ( funcionários / acadêmicos / familiares) que acompanharam / participaram do processo de assistência (eventualmente).

Dados de Base	Conceitos que compuseram o marco conceitual					Minha Percepção
	Ser Humano	Saúde / Doença	Ambiente / Sociedade	Percepção	Transação	

**ANEXO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ANESTÉSICO-  
CIRÚRGICOS E DIAGNÓSTICOS DO HUSM NOS MESES  
DE AGOSTO A OUTUBRO DE 1995**

**Distribuição dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e diagnósticos do HUSM nos meses de agosto a outubro de 1995**

DISTRIBUIÇÃO	AGO	SET	OUT	TOTAL
Procedimentos anestésico-cirúrgicos a clientes internados no HUSM	282	263	308	853
Procedimentos anestésico-cirúrgicos a clientes ambulatoriais do HUSM.	180	162	170	512
<b>TOTAL</b>	<b>462</b>	<b>425</b>	<b>478</b>	<b>1365</b>

**Nº total de procedimentos anestésico-cirúrgicos do HUSM = 1365**

Clientes internados 853 = 62,49 %

Clientes ambulatoriais 512 = 37,51 %

Fonte: Livros de registro da SRA e SRAE do HUSM

**ANEXO 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ANESTÉSICO-  
CIRÚRGICOS E/OU DIAGNÓSTICOS A CLIENTES  
AMBULATORIAIS DO HUSM DE ACORDO COM  
O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO**

**Distribuição dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e/ou diagnósticos a clientes ambulatoriais do HUSM de acordo com o procedimento anestésico**

<b>DISTRIBUIÇÃO</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>TOTAL</b>
Submetidos à anestesia geral ou bloqueio condutivo (encaminhados à SRA)	82	100	96	278
Submetidos à anestesia local e encaminhados à SRA	47	26	36	109
Clientes ambulatoriais para tratamento e controle da dor crônica na SRAE	48	35	42	125
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>161</b>	<b>174</b>	<b>512</b>

**Nº Total de clientes ambulatoriais = 512 = 100 %**

Na SRA	= 278	= 54,30 %
Na SRAE	= 234	= 45,70 %

*Fonte:* Livros de registro da SRA e SRAE do HUSM