



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO
ESPAÇO HOSPITALAR

Maria Ines Klôh

SEGURANÇA PARA O CLIENTE QUE CHEGA DA RUA PARA A
CIRURGIA: um estudo de enfermagem sobre instrumento de cuidados

Rio de Janeiro

2015

Maria Ines Klôh

**SEGURANÇA PARA O CLIENTE QUE CHEGA DA RUA PARA A CIRURGIA:
um estudo de enfermagem sobre instrumento de cuidados**

Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, com requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

2015

K66 Klôh, Maria Ines.
Segurança para o cliente que chega da rua para a cirurgia: um estudo de enfermagem sobre instrumento de cuidados / Maria Ines Klôh, 2015.
102 f. ; 30 cm

Orientadora: Nêbia Maria Almeida de Figueiredo.
Dissertação (Mestrado profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Enfermagem. 2. Centro Cirúrgico Hospitalar. 3. Cuidados Pré-Operatórios. 4. Segurança do Paciente. 5. Relações Enfermeiro-Paciente. I. Figueiredo, Nêbia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. III. Título.

CDD – 610.73

Maria Ines Klôh

**SEGURANÇA PARA O CLIENTE QUE CHEGA DA RUA PARA A CIRURGIA:
um estudo de enfermagem sobre instrumento de cuidados**

Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, com requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Aprovada em: em novembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Ribeiro Garrido Iglesias
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Enfermeira Dra. Sandra Rocha
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Mônica de Almeida Carreiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu filho, João Victor, amor maior, que nem sempre entende a importância dos meus momentos de trabalho e estudo, mas que é o exemplo maior que posso lhe dar, a certeza que teremos muitos momentos só nossos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo meu trabalho que me faz levantar a cada manhã disposta a enfrentar as adversidades para construir uma enfermagem melhor, pelos amigos que nele fiz e com quem pude aprender sempre mais e pelos clientes que me motivam a melhorar sempre como profissional e ser humano.

Agradeço à minha mãe pelo imenso amor e carinho, pelo seu jeito alegre e divertido, que me mostram como a vida pode ser vivida da forma mais bela.

Ao meu pai que me deixou no caminho dessa jornada, mas que talvez seja o maior responsável por ter chegado até aqui, me incentivando e me mostrando sempre que sou capaz, saudades eternas.

Ao companheiro na tarefa de fazer de nosso filho um cidadão pronto para o mundo, obrigada sempre Ivo Thadeu.

Às amigas Luzia de Guadalupe e Milena Banic' sempre juntas nessa jornada.

A Marise Gouvea, Monick Nowotny e Monica Carreiro por toda ajuda.

Aos residentes de cirurgia na pessoa do Eduardo Camara.

A Evany Matias, com quem é muito bom dividir tarefas e por saber que podia me dedicar a esse trabalho e que o Centro Cirúrgico estaria nas melhores mãos.

A toda equipe do Centro Cirúrgico.

HOMENAGEM

Como chegar até aqui sem ela, minha colega de trabalho, que foi como a conheci, minha chefe e minha orientadora, incentivadora, amiga, disposta sempre a dar a mão. Obrigada Nébia, assim posso chamá-la, por tudo.

Mesmo que já tenha feito uma longa caminhada,
sempre haverá mais um caminho a percorrer.

Santo Agostinho

RESUMO

O objetivo deste estudo é propor um instrumento de segurança a partir dos aspectos identificados na investigação dos clientes que chegam ao hospital no dia da cirurgia e as implicações para a sua segurança a ser utilizado pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico. Trata-se de um trabalho de campo de natureza descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado em um hospital universitário federal da cidade do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados, num primeiro momento utilizamos o método observacional e após a cirurgia, uma entrevista. As considerações que fazemos após a análise dos dados é que a relação enfermagem/paciente se dá num momento e espaço único, nos quais a preocupação deles era a de fazer sua internação e a nossa de criar uma empatia impossível.

Palavras-chave: Enfermagem. Centro Cirúrgico Hospitalar. Cuidados pré-operatórios.

ABSTRACT

The aim of this study is to propose a security instrument from those identified in the customer research that arrive at the hospital the day of surgery and the implications for their security to be used by the client coming from the street to the operating room. Is an exploratory descriptive fieldwork with a qualitative approach of a case study conducted in a federal university hospital in the city of Rio de Janeiro. To collect data, at first, we used the observational method and after surgery, an interview. The considerations we do after the data analysis is that the relationship nurse/patient takes place at a time and only space in which the concern was to make your stay and our creating an impossible empathy.

Keywords: Nursing. Operating room. Preoperative care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Intervenção de manutenção do equilíbrio	28
Quadro 2 –	Descrição dos setores e o tempo dispendido em cada um deles	29
Quadro 3 –	O fluxo	30
Quadro 4 –	Os dados demográficos	31
Quadro 5 –	Dados sobre a cirurgia, o tempo de espera e orientações	33
Quadro 6 –	Sentimento dos clientes no trajeto de casa ao hospital	35
Quadro 7 –	A espera	35
Quadro 8 –	Sentimentos	36
Quadro 9 –	A cirurgia	36
Quadro 10 –	Preocupações com o cliente	36
Quadro 11 –	Após a cirurgia lhes foi perguntado o que deveria ser feito para ele desde a chegada ao hospital, como sugestões	37
Quadro 12 –	As falas	38
Quadro 13 –	Incômodos no Centro Cirúrgico	38
Quadro 14 –	Sugestões sobre a enfermaria e recuperação	39
Figura 1 -	Fluxo de chegada	43
Figura 2 -	Chegar de casa para o centro cirúrgico	51

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	11
1.1 O Tema e o Problema	11
1.2 Questões Norteadoras	14
1.3 Pressuposto do Estudo	14
1.4 Objetivos	15
1.5 Justificativa	15
CAPITULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 Sobre Cliente, Segurança e Ambiente	17
2.2 Sobre Segurança e Cliente	17
2.3 Sobre o Corpo que chega ao Centro Cirúrgico e a Enfermagem que Cuida	19
CAPÍTULO III - O MÉTODO E A METODOLOGIA	24
3.1 Tipo de Estudo	24
3.2 O Local	25
3.3 Os Sujeitos do Estudo	25
3.4 Os Momentos do Desenvolvimento	26
3.5 Aspectos Éticos	27
3.6 Organização dos Dados	27
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
5.1 A Organização da Análise: em busca dos elementos de um instrumento de cuidado para um desenho “protocolar de cuidado”	40
5.2 Esperar a Cirurgia e as Implicações de Fluxo, Comunicação e Cuidados	41
5.3 Considerações de Passagem	49
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
APÊNDICE B - Instrumento 1 – Check list de Observação não participante	56
APÊNDICE C - Dados Demográficos	57
APÊNDICE D - Instrumento 2	58
APÊNDICE E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	60
APÊNDICE F - Artigo I	64
APÊNDICE G - Artigo II	79
APÊNDICE H - Produto Acadêmico	93

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 O Tema e o Problema

O objeto de investigação deste estudo é a experiência dos clientes que chegam ao hospital no dia da cirurgia e as implicações para sua segurança, já esclarecendo que por ser uma primeira experiência de investigar esse fenômeno poderemos identificar ou não elementos orientadores para um cuidado que se inicia à distância que é parte de nosso cotidiano empírico.

Há anos atuando no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) busco orientar minha conduta profissional em políticas, manuais e normas técnicas em saúde para que os clientes possam ter qualidade no cuidado prestado pela equipe de saúde e segurança¹, no sentido de se evitar incidentes², danos³ ou eventos adversos⁴ a ele ao submeter-se ao ato cirúrgico.

A unidade de Centro Cirúrgico contém elementos destinados às atividades anestésico-cirúrgicas. É um ambiente fechado, com alta complexidade dos procedimentos realizados, como também um ambiente estressante tanto para o cliente como para a equipe de saúde que trabalha lá. Neste cenário o cliente se insere na fase pré-operatória, considerada como aquela que tem início quando a intervenção cirúrgica é decidida, seja ela de urgência, emergência ou eletiva, e termina quando o cliente está na mesa de cirurgia.

É exatamente nesse espaço que se insere o cliente, que não está internado e o seu pré-operatório inicia-se em casa, continua num ônibus ou outro transporte a caminho do Centro Cirúrgico que aguarda sua chegada. Normalmente, uma chegada que envolve um processo cansativo que é: sair de casa, enfrentar o trânsito, chegar no hospital, ir até a enfermaria, ir ao Serviço de Matrícula e Alta (SEMAL) para registrar-se, voltar para a enfermaria e depois para o Centro Cirúrgico.

¹ Segurança do cliente - redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

² Incidentes - evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

³ Danos - comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

⁴ Eventos adversos - incidente que resulta em dano à saúde (Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

No hospital campo desta pesquisa, o cliente ao chegar, é encaminhado a enfermaria onde recebe do residente médico responsável o formulário Laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar⁵ (AIH), e assim inicia sua caminhada sendo orientado a dirigir-se em seguida ao Setor de Matrícula e Alta (SEMAL). No SEMAL o cliente enfrenta fila juntamente com os demais que aguardam atendimento, e é emitida a AIH. Na sequência segue para o Serviço Social, onde recebe orientações sobre horários de visita, direito a acompanhante e refeições dos mesmos e só depois retorna para a enfermaria onde, muitas vezes, já está sendo aguardado pelo maqueiro para transportá-lo ao centro cirúrgico (CC).

Essa situação faz com que o cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico não viva a fase pré-operatória, mediata e imediata, que oportuniza que sejam fornecidas ao cliente orientações sobre a cirurgia, bem como o preparo do seu estado físico e emocional de forma a promovê-lo e minimizar os riscos de complicações trans e pós-operatórias. Para a maioria dos clientes submetidos a cirurgias eletivas, esta fase inicia-se na admissão. Os clientes cirúrgicos em geral, são internados na véspera da cirurgia e submetidos ao preparo físico em que a enfermagem é responsável pela sua execução. São cuidados como o jejum, preparos específicos para cada cirurgia e visita pré-anestésica. No dia da cirurgia, os clientes são encaminhados ao Centro Cirúrgico, conforme o previsto no mapa cirúrgico e recebidos pela enfermeira, que seguirá uma rotina de levantamentos por meio de uma breve entrevista sobre a realização dos cuidados pré-operatórios, conferência do prontuário, formulário de internação, presença de exames e rápida somatoscopia, uma etapa do processo de segurança.

Também não participa da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem do Centro Cirúrgico, cenário desta pesquisa, voltava-se mais para cuidados indiretos ao cliente, como os aspectos operacionais, ambientais, caracterizados basicamente pelo planejamento, pela avaliação e a continuidade do serviço como organização das salas de cirurgia, limpeza de ambiente e esterilização de materiais utilizados como roupas, instrumentais, compressas etc, seguindo com rigor rotinas técnicas existentes no hospital para cada tipo de intervenção cirúrgica.

Tudo isso acontece devido ao aumento da demanda de cirurgias no Centro Cirúrgico Geral e a necessidade da otimização dos leitos hospitalares, muitos clientes passaram a ser agendados pelos médicos cirurgiões para se internarem no dia da cirurgia, quando não, na

⁵ O laudo contém dados de identificação do cliente, as informações de anamnese, exame físico, resultados de exames complementares, e a descrição das condições que justificam a internação do cliente, além da hipótese diagnóstica inicial ou do diagnóstico definitivo.

hora de realização das mesmas, uma vez que a primeira cirurgia do dia é marcada para ter início às 8 horas, decisão tomada para resolver um problema, criou, conseqüentemente, outros que merecem ser melhor investigados e neste caso envolveu principalmente segurança para os clientes que não estão internados e as conseqüências se traduzem como os problemas básicos deste estudo:

- a) o cliente que chega ao hospital para submeter-se a uma intervenção cirúrgica, sendo procedente da rua, enfrenta uma fatigante jornada antes de chegar ao Centro Cirúrgico, e este fato ainda não foi alvo de investigação;
- b) por já estar sendo aguardado no Centro Cirúrgico e muitas vezes por seu leito de internação ainda não estar definido, esse cliente troca a sua roupa no banheiro da enfermaria e segue para o Centro Cirúrgico. A equipe de enfermagem da enfermaria muitas vezes não tem contato com ele antes do procedimento cirúrgico. Vale lembrar que por desconhecer a planta física do hospital e a localização dos setores acima mencionados, o cliente que chega da rua na hora da cirurgia, fica exposto a riscos físicos, biológicos e emocionais referentes ao movimento da internação. Neste contexto da prática os tramites burocráticos se sobrepõem aos aspectos emocionais do cliente e a sua segurança;
- c) não atender a orientação de que todo cliente em processo de internação pré-operatória de cirurgias eletivas é submetido a esses trâmites, mas o foco deste estudo, embora trate das mesmas questões, centra-se no cliente que chega diretamente de seu domicílio para submeter-se a cirurgia. Se estamos preocupados com a identificação do cliente que vem das enfermarias, imagine as diversas preocupações que devemos ter com o cliente nessa situação;
- d) ao considerarmos a norma hospitalar de que as cirurgias só podem ocorrer com o cliente devidamente internado, inicia-se então uma longa caminhada dele para a sua internação administrativa a que denominamos de fluxo, que envolve desgaste físico, emocional e de tempo do cliente procedente da rua que chega ao Centro Cirúrgico para submeter-se a uma intervenção.

Esses problemas são de ordem de fluxo e tempo, de esforço físico e emocional e de organização de espaço.

É neste contexto, como coordenadora do Centro Cirúrgico, que passei a me preocupar com a segurança desses clientes e várias tem sido as reflexões que faço nesse estudo: quem é esse cliente; o que ele sabe sobre o procedimento pelo qual será submetido; será que foi informado sobre os riscos do ato cirúrgico; de onde vem; será que está preparado para a cirurgia. Estas reflexões são pertinentes se concordamos com Bohomol (2010), que lista alguns itens imprescindíveis para uma boa prática de segurança no centro cirúrgico, dentre eles a avaliação minuciosa do cliente, disponibilizar exames pré-operatórios e prontuário completo, manter boa comunicação com os membros da equipe, família e cliente, obter consentimento informado por meio de informações completas ao cliente e demarcação do sítio cirúrgico.

Com base nas reflexões descritas definimos como objeto de investigação a experiência dos clientes que chegam ao hospital da rua para a cirurgia e a construção de um instrumento de internação, como um cuidado fora do Centro Cirúrgico.

1.2 Questões Norteadoras

- a) Quais são as possíveis implicações que o fluxo de clientes que chegam da rua para o Centro Cirúrgico pode provocar em seu corpo?
- b) O fluxo desenhado por esse cliente antes da cirurgia pode trazer riscos emocionais e físicos para seu tratamento e colocar em risco o discurso da OMS sobre cirurgias seguras?
- c) É possível propor um instrumento de segurança a partir da demarcação do fluxo de clientes que chegam da rua para o Centro Cirúrgico

1.3 Pressuposto do Estudo

O pressuposto desse estudo é que o cliente que chega direto da rua para o Centro Cirúrgico está submetido a riscos nos aspectos físicos e emocionais e que o fluxo percorrido antes da cirurgia pode ser um indicador de descuido.

Responder às questões e confirmar ou não o pressuposto depende dos objetivos a seguir.

1.4 Objetivos

- a) Desenhar o fluxo feito pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico, destacando a segurança e o desconforto para ele;
- b) Identificar aspectos físico-emocionais descritos por eles desde o momento que chegam ao hospital até o Centro Cirúrgico;
- c) Propor um instrumento de segurança a partir dos aspectos identificados a ser utilizado pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico.

1.5 Justificativa

O presente estudo se justifica, pois além de abordar um tema de interesse comum a equipe multiprofissional e em particular a equipe de enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), relaciona questões pertinentes aos riscos infecciosos, físicos, biológicos e emocionais e a segurança cirúrgica, destacando a trajetória percorrida pelo cliente até sua chegada ao Centro Cirúrgico. É um estudo que centra sua preocupação em prevenir eventos adversos a partir do atendimento a lista de verificação de segurança abrangendo os aspectos emocionais que emergem deste intenso fluxo itinerante, contribuindo para a implantação dos protocolos de segurança nos Hospitais, previstos na Política de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Evidencia-se também a relevância deste estudo pela sua contribuição ao conhecimento do cuidado de enfermagem no centro cirúrgico subsidiando o conhecimento científico já existente, e a sociedade em geral, por meio de estratégias de identificação e proposta de intervenção para a solução dos problemas. É necessário um estudo do processo para sistematizar a vigilância e as medidas preventivas de agravos e risco ao cliente.

O resultado desta pesquisa fortalecerá o Núcleo de Segurança do Paciente implantado no HUGG, bem como a Linha de pesquisa Cuidado em saúde no espaço hospitalar – diagnóstico, tratamento e intervenção do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Com o fortalecimento desta linha de pesquisa, visamos contribuir para aprofundar as técnicas em pesquisa que levam a um aprimoramento de um processo de cuidado já existente, produzindo uma prática profissional que seja transformadora dos ambientes de trabalho, neste caso o Centro Cirúrgico.

A contribuição de projetos de pesquisa que emergjam da prática, realizados por profissionais da prática, ou seja, da assistência propicia que eles se aproximem da pesquisa e seja uma alavanca para a investigação de outros problemas da prática que mereçam ser conhecidos e investigados tendo com resultado intervenções para a resolução deles.

Além disso, ele se justifica nesse momento porque pretendemos intervir em questões que estão ligadas a segurança e cuidados de clientes em pré-operatório consideramos que:

- a) podemos, também, rever práticas e discursos sobre o pré-operatório e os efeitos dessa espera pela cirurgia no que diz respeito aos aspectos da condição humana;
- b) podemos atentar para a inclusão de ações que são específicas para clientes que chegam da rua, reorientando fluxos e processos;
- c) por contribuir com o hospital indicando, a partir dos resultados objetivos, modos e maneiras de proceder para agilizar o processo que é feito hoje pelo cliente;
- d) podemos contribuir para diminuir cansaços e tensões físicas-emocionais antes da cirurgia;
- e) finalmente podemos contribuir para qualificar processos de cuidados e do fluxo que o cliente deve fazer sugerindo o uso de um protocolo decorrente desse estudo. Além disso, contribuir para um diagnóstico que se desenvolve atualmente no HUGG sobre segurança do paciente, que é de interesse da Enfermagem, que vem pesquisando outros aspectos.

CAPITULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Sobre Cliente, Segurança e Ambiente

Neste capítulo, tratamos do cliente em pré-operatório que chega ao Centro Cirúrgico diretamente da rua, ou seja, de casa, pode ser potencialmente de risco para desenvolver complicações clínicas, como por exemplo, pulmonares, ou ser portador de fatores de risco para agravos. Estes fatores incluem a sua idade, seu estado nutricional, ser portador de doenças respiratórias, tabagismo, entre outros. Estas são situações clínicas que devem ter sido vistas no ambulatório, entretanto podem merecer atenção especial quando intensificadas/exacerbadas naquele cliente que é admitido no momento da sua cirurgia, e experimenta angústia ou outro desequilíbrio emocional no período pré-operatório imediato, elevando a possibilidade de riscos para o procedimento.

2.2 Sobre Segurança e Cliente

O ser humano quando afetado por uma enfermidade ou agravo se torna vulnerável, desenvolvendo medos e angústias relacionadas ao desconhecido, à dependência, a invalidez e a morte. Estes sentimentos devem ser valorizados, observados e atendidos com atenção e acolhimento pelo profissional da saúde. No entanto, para oferecer assistência de enfermagem pré-operatória a tais problemas, é necessário tempo para a interação e a comunicação.

Embora o avanço tecnológico e científico tenha trazido transformações ao processo de trabalho em Centro Cirúrgico, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas, agilizando procedimentos e tempos cirúrgicos, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o cliente e levar à incapacidade ou à morte. Esta tendência mundial gerou estratégias propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), baseadas em dois desafios mundiais, a saber: “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura” e “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, para a melhoria da segurança do cliente nos ambientes de saúde. Associada às estratégias propostas pela OPAS, a Agência Nacional de Vigilância a Saúde (ANVISA, 2013) desenvolveu ações nacionais estabelecidas pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

A ANVISA destaca que os problemas associados à segurança cirúrgica são bastante conhecidos e investigados nos países em desenvolvimento. Esses problemas envolvem com maior incidência as cirurgias em local errado (13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados) e a retirada de órgãos saudáveis. Estima-se que as cirurgias em local errado e no cliente errado ocorram em cerca de um em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano (BRASIL, 2013). Não temos registros no Hospital investigado para fazer as comparações.

Em 2008, o Ministério da Saúde aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas que sugeria a adoção de uma lista de verificações padronizadas para auxiliar as equipes cirúrgicas a redução de riscos e danos aos pacientes⁶. Estas verificações deveriam ser realizadas em todas as cirurgias, em três momentos: antes da anestesia do paciente, antes da incisão da pele e antes da saída dos pacientes do centro cirúrgico. Ressalta-se ainda que orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009, p.25) indicam que:

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo.
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, rotina e resultados cirúrgicos.

⁶ O termo paciente será utilizado neste texto em respeito a forma de citação adotada pela ANVISA em suas resoluções e Política de Segurança do Paciente, embora concordemos com Canguilhem (2010) quando define paciente como aquele que é visto mais como objeto do que como sujeito, aquele que concorda em ser manipulado, tratado e avaliado passivamente. Por outro lado, o termo cliente significa aquele consumidor que busca ter acesso a todos os benefícios e aos tratamentos e tecnologias de ponta. Não utilizaremos o termo doente, definido como aquele que tem consciência de uma situação favorável ou desfavorável na existência, pois nem todos os clientes cirúrgicos são doentes (CANGUILHEM, 2010). O MS em sua Política de Nacional de Humanização (HumanizaSUS) adota o termo usuário.

A análise destes itens nos reporta a situações da prática em que ainda não faz parte do processo de trabalho de alguns centros cirúrgicos a identificação e supervisão de clientes com base no parâmetro Cirurgia Segura, assim como percebemos relatos e registros insuficientes no prontuário de clientes, que informem dados de importância para a execução do ato cirúrgico, como o tipo de cirurgia, a área do corpo a ser operada e a identificação do membro ou órgão que sofrerá intervenção, ou seja, a falta destes dificulta a sua checagem e o desenvolvimento de procedimentos de segurança.

2.3 Sobre o Corpo que chega ao Centro Cirúrgico e a Enfermagem que Cuida

A enfermagem sempre se dispõe a pensar os seus clientes nos diversos espaços de viver e de trabalhar como aqueles possíveis de provocar cura ou adoecimento e se fundamenta no que Nightingale (1989) nos orienta sobre a atenção para o ambiente de cuidar.

Ampliado por Figueiredo e Machado (2009, p.426) que o chama também espaço, assim

o ambiente é o contexto e o espaço interno (íntimo) e externo em que nascem e vivem, coexistem e convivem pessoas e coletividades. Espaço político de ação, de prática e, de saberes e é onde se encontram as pessoas que cuidam e que são cuidadas. Isso se dá no microespaço, microambiente (a família, o hospital) e no microambiente/macroespaço coletivo e comunitário, local de construção e de técnicas e tecnologias, produção de processos de cuidar, eco espaço onde estão os riscos ou não no ambiente (onde o cliente vive, trabalha ou estuda), de experiências pessoais e coletivas, onde luz, água, ar, ruídos, mobiliários, pertences de clientes e profissionais; higiene responsável por cuidados com os riscos biológicos, químicos, físicos, incluindo as relações humanas; ambiente/espaço onde existem tensões, desafetos, alegrias, prazeres e onde se vivem modelos, tecnologias e modos de trabalhar, de cuidar, de se relacionar, de prevenir. Todo ambiente tem uma história.

É importante a atenção da enfermeira ao cuidar do cliente e que depende não só de sua perícia, mas conhecimento para colocá-lo nas melhores condições de segurança “para que a natureza exerça sua cura”. No caso desse estudo a questão do ambiente está relacionada em saber de onde vem o cliente, como é sua casa, sua família, se chegou só ou acompanhado ao hospital e se tem condições de cuidar do seu processo de internação, imediatamente antes da sua cirurgia e que provavelmente os riscos estão no fluxo que faz, no tempo de espera, nos labirintos de andar para encontrar a enfermaria, o SEMAL, o Centro Cirúrgico.

Tudo isso pode nos indicar que é necessário pensar em construir protocolos de segurança para estes clientes, e, estes se iniciam em sua casa, no caminho que faz até chegar

ao hospital. Neste percurso as emoções e os medos que deve ter, as esperanças, a falta ou não de segurança – tudo isso como situações que lhe afetam, não só o físico, mas sua alma, sua subjetividade. O ponto final de sua chegada é o Centro Cirúrgico, o local da invasão da privacidade, da violência sobre o seu corpo, que sob o efeito da anestesia não sente, não pode reagir. Figueiredo et al. (2010) referem que o Centro Cirúrgico, ou Unidade Cirúrgica é um espaço isolado, geralmente localizado no primeiro ou último andar de um hospital, longe da circulação principal. É assim porque se pretende evitar infecção hospitalar, desvio de material e melhorar o controle de material e equipamentos... É neste ambiente que ele chega, cansado, não conhece ninguém, muitas vezes não sabe o que tem e nem o que irão fazer com ele.

Mas estamos buscando fundamento para evitar danos a este cliente que chega. Estamos falando de segurança, evitar riscos e isso está intimamente ligado aos indicadores de qualidade de cuidados de enfermagem e a posição de Nogueira (1999, p. 94) sobre isso é:

atender as necessidades e expectativas dos usuários dos serviços de saúde de modo adequado (eficaz e eficiente) é uma questão norteadora de pressupostos filosóficos. Também reporta-se nas ações e gestão da qualidade de cuidados para atender as expectativas dos usuários. Assim é possível considerar que a enfermagem enfrenta inúmeros desafios no sentido de atender as demandas dos clientes internos e externos, visando uma qualidade de cuidados [...].

Os cuidados aqui colocados dizem respeito, também, a metodologia de cuidar e de registrar sobre os clientes que chegam para submeter-se a cirurgias. Estar preocupada com este cliente que vem da rua, que não foi preparado para cirurgia, que não sabe como ele se sente e também não há indicadores de qualidade de cuidados para eles e isso é confirmado pela American Nurses Association (ANA, 1999) quando preconiza seus indicadores, como:

- a) Queda de pacientes;
- b) Queda de pacientes com consequências;
- c) Graus de consequência da queda;
- d) Índice de úlceras por compressão na admissão;
- e) Índice de úlceras por compressão adquiridas durante a hospitalização;
- f) Satisfação da equipe de saúde com o trabalho;
- g) Horas de enfermagem por paciente/dia;
- h) Satisfação do paciente com o gerenciamento da dor;
- i) Horas de treinamento;
- j) Flebite relacionada a acesso venoso;
- k) Contenção de paciente;
- l) Lesão músculo esquelética da equipe de enfermagem, embora não exista nada para o cliente nesse estudo.

Ao pensar em instrumentos de cuidados para eles, que chegam sem estar internados, dependemos de fundamentos teóricos e práticos, inicialmente sobre o corpo a ser submetido e

de nos pautar na validade e confiabilidade dos indicadores que também pouco falam sobre conforto e tranquilidade do cliente que chega ao Centro Cirúrgico. Para nós são indicadores de qualidade. Este corpo em pré-operatório, que sai de casa para a cirurgia, pensa, reage, sente, se emociona, se cansa, se irrita e sente raiva. Reações que podem colocar seu funcionamento biológico em risco, fazer adoecer, diminuir sua imunidade, sua esperança, sua fé.

Se o corpo que chega vive um processo natural de ser e se tornar humano, é preciso considerar o que Wunenburger (2006, p. 193) nos diz e reforça nossa preocupação em pensar este corpo como necessário, pois ele designa em primeiro lugar “uma realidade objetiva e biológica, dotada de órgãos, funções, fronteiras e superfícies e que nossa relação pessoal, subjetiva e íntima com o ele se desenvolve por meio de um conjunto de representações que o modificam, o sobrecarregam de valores negativos ou positivos, transformam seu estado natural ou suas aparências sensíveis [...]”. É assim que ele se apresenta à enfermagem do Centro Cirúrgico e é assim que ele deve ser considerado em sua biologia e subjetividade. Assegurar-se de que é possível encontrar indicadores para desenvolver um protocolo de segurança é preciso pontuar este corpo que chega para pensar a partir do que ele é, como afirma Figueiredo et al. (2010, p. 34).

- a) Anatomia e fisiologia;
- b) Química;
- c) Expressão e comunicação;
- d) Sentidos e sentir;
- e) Emoção;
- f) Sentimentos;
- g) Reações e efeitos;
- h) Alimento e nutrição;
- i) Político;
- j) Histórico;
- k) Arte;
- l) Sobre ambiente e natureza.

Assim é preciso pensar cuidados para ele que sejam capazes de lhe confortar após o ritual-fluxo de andar para ter o direito de ser operado. Que ele não pode ser cuidado, apenas, pelo olhar biomédico – corpo dos sinais e sintomas, dos órgãos e sistemas; mas de descobrir nele expressões significativas de como está, do que sente, do que espera e de como cuidar dele antes da cirurgia, ali no Centro Cirúrgico. Ele é um corpo que chega a um espaço específico do hospital, que ele só pode entrar se estiver preparado, limpo, descansado, confortado e se sentindo seguro.

Corpo - entendido como espaço mínimo que é humano-livre, humano-ativo, dono de

suas próprias ideias, opiniões, valores, medos, ambição e visão do mundo. Corpo infragmentável, biológico, emocional, psicológico, cultural, político, social, histórico, mas que ao entrar no Centro Cirúrgico perde sua natureza, seus desejos, sua família e fica a mercê de outras pessoas.

É preciso encontrar as implicações desta situação, implicações que Barbier (2007, p. 22) chama de “sistema de valores últimos (os que o ligam à vida) manifestados em última instância, de uma maneira consciente ou inconsciente, por um sujeito em interação na sua relação com o mundo, e sem a qual não poderia haver comunicação” e que é abordado em três níveis: psicoafetivo, histórico assistencial e estrutural profissional.

Assim é preciso, também, nos implicar diante da situação existencial desse cliente que chega, que não sabemos de onde e que não existe nenhum registro de enfermagem de como ele está e nem perguntamos o que ele espera na sua chegada. É tudo tão apressado que a comunicação como cuidado se perde.

Nessa experiência de chegar e de uma prática proposta de cuidar pela enfermagem existe um processo que está escondido, ainda não explicitado que envolve diversos movimentos dos corpos envolvidos no cuidado, diz respeito a áreas físico-geográficas do hospital, a ações de admissão, de autorização e de ato cirúrgico; ações e atos de cuidar embutidos nos diversos procedimentos de cuidar do corpo antes da cirurgia. Dentre as atividades/ações desenvolvidas pela enfermagem, Santos (2013) destaca diversas, e dentre elas, selecionamos aquelas que interessam, como:

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

Na verdade esse corpo que chega se coloca em evidência para a enfermagem do Centro Cirúrgico que tem a função de cuidar dele antes-durante-recuperação, até que seja encaminhado à enfermaria e/ou ambulatório, pode ou não sofrer influências das ações profissionais.

É um corpo que chega examinado e olhado pelo viés da medicina, como bem destacam Ortega e Zorzanelli (2010, p. 66):

a tradição hipocrática já concebia uma noção de corpo unificado. Graças à prática da dietética, reservada para doenças internas, e a prática cirúrgica reservada, exclusiva

das doenças externas, os médicos adquiriram familiaridade com o corpo humano. O corpo cirúrgico, no entanto, permanecia um objeto superfície, não sendo propriamente um corpo anatômico com o sentido que conhecemos [...].

Neste estudo, a nossa preocupação com este corpo que “anda muito” até chegar no Centro Cirúrgico, ao invés do olhar da enfermagem que investe numa abordagem Hipocrática e Nightingaliana é de aliviar o sofrimento das pessoas que nos procuram, nossa preocupação é com ele que merece chegar ao Centro Cirúrgico higienizado, de preferência relaxado, tranquilo, orientado sobre o que acontecerá com ele. O olhar da enfermagem inclui um corpo subjetivo-objetivo que é infragmentável, que de um outro modo – medido e quantificado – perde o sentido para a enfermagem ou pelo menos deveria perder.

Para uma enfermagem do Centro Cirúrgico, sua habilidade em utilizar os sentidos é fundamental, já que o cliente é passagem e sua permanência rápida impede a criação de vínculos ou empatias, mas que merece estar em segurança. Por isso o diagnóstico que as enfermeiras fazem, neste momento, quando eles chegam exige ampliação dos sentidos para identificar signos não expressos pela fala, mas na expressão corporal, que emoções estão contidas no corpo. Isso exige uma comunicação que emerge de um momento singular que devemos atentar para a construção de um protocolo. Ortega e Zorzanelli (2010, p. 66) nos dão pistas sobre esta questão quando referem que

a tendência à somatização e externalização da subjetividade inclui tanto o campo da normalidade quanto o da patologia. No primeiro, está o homem considerado saudável, que passa a desenvolver uma série de preocupações físicas e estéticas, desde o controle de índices metabólicos, até a busca de padrões de beleza e longevidade. Já no território das patologias, aparecem novas modalidades de sofrimento físico e mental, nas quais se destacam sintomas somáticos [...] por último, mas não menos importante, as práticas de somatização e exteriorização se fazem notar e são alimentadas pelo registro das inovações comunicacionais, que muito contribuem para a alteração dos modos de relação entre os homens [...].

Há de pensar que pensar em um protocolo para uma situação tão específica, onde a demanda de cuidados para o cliente que chega da rua não pode ser unificada, até porque não existe nenhuma experiência anterior. O que sei é que ele faz um longo fluxo para chegar até o Centro Cirúrgico e nós precisamos saber como isso acontece, que situações são vividas que podem influenciar em sua recuperação.

Sabemos que existem fronteiras na relação da equipe de enfermagem com ele e que precisamos identificar o processo e de como utilizar o que sabemos para amenizar o sofrimento, melhorar o processo de chegar.

CAPÍTULO III - O MÉTODO E A METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um trabalho de campo de natureza descritiva exploratória com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O estudo pretendeu descrever todo o processo de internação do cliente que chega ao hospital na hora da cirurgia, delineando a realidade vivida por ele, registrando e analisando as impressões de como esse cliente se sente e se comporta a cada passo que dá rumo ao seu objetivo, que é chegar ao Centro Cirúrgico para submeter-se a cirurgia proposta.

O estudo de caso encerra alguns aspectos essenciais que nos fazem escolhê-lo como método para a presente pesquisa uma vez que, segundo Ludke e André (1986, p. 17), “o seu foco de interesse dirige-se para aquilo que ele tem de particular, de único”. Segundo os mesmos autores ele permite ainda “compreender a realidade estudada e é pertinente para se desvendar o problema em foco” (p. 18-20). Para Minayo (2008, p. 165), é também “útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança” e “evidenciam ligações causais entre intervenções e situações de vida real”.

Sobre o método qualitativo podemos dizer “que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus afetos e a si mesmos, sentem e pensam”. Permite ainda “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares” (MINAYO, 2008, p. 57).

Para a coleta dos dados, num primeiro momento, utilizamos o método observacional, que de acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001, p. 177), presta-se quando enfermeiros interessam-se por determinar “como os sujeitos da pesquisa se comportam sob certas condições” e após a cirurgia uma entrevista que também para a mesma autora, são importantes as informações do cliente e isso só pode ser obtido perguntando-se ao sujeito da pesquisa.

Desse modo, pretendemos, ao final desse estudo entender o processo físico e emocional pelo qual passa o cliente na sua trajetória de chegar ao Centro Cirúrgico. Através das percepções, dos sentimentos e das colocações na fala de cada um a respeito desse momento e a partir da análise do conteúdo proposto por Bardin (1977), poderemos explicitar a

organização e a análise dos dados.

3.2 O Local

O campo de pesquisa foi o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, um hospital universitário de médio porte, localizado da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, nos vários espaços nos quais o cliente caminha desde sua entrada no hospital no dia da internação até sua chegada ao Centro Cirúrgico Geral. Estes espaços envolvem a recepção, o ambulatório, as enfermarias e o centro cirúrgico geral. No Centro Cirúrgico acontecem em média 200 cirurgias/mês, distribuídas nas especialidades cirurgia geral, ginecologia, urologia, neurocirurgia, oftalmologia e otorrinolaringologia. A programação das cirurgias pelo CC Geral é feita no dia anterior, onde as requisições médicas são entregues até às 10 horas, quando a enfermeira faz a distribuição das cirurgias em 7 salas, ficando uma delas exclusiva para oftalmologia e outra para pequenos procedimentos cirúrgicos com anestesia local. O anestesista escala a sua equipe e o mapa é digitado e impresso para distribuição nas clínicas/enfermarias e serviços de apoio, como nutrição, unidade transfusional, rouparia e patologia. Os clientes que chegarão da rua na hora da cirurgia não são sinalizados neste mapa cirúrgico, causando todo o transtorno já descrito anteriormente.

Este hospital ainda contempla os centros cirúrgicos ortopédico e obstétrico, que não serão campo deste estudo.

3.3 Os Sujeitos do Estudo

Foram clientes em pré-operatório imediato, de qualquer tipo ou área de cirurgia, que atendam ao critério de inclusão de ter sua cirurgia programada para o primeiro horário do mapa cirúrgico, pela manhã, que chegam da rua diretamente para resolver problemas de internação para em seguida ir para o Centro Cirúrgico, onde uma sala está a sua espera. Não houve exclusão para o tipo ou área da cirurgia. As crianças foram incluídas, sendo representadas pelos pais ou responsáveis.

Foram excluídos do estudo os clientes que não verbalizam, os mentalmente incapazes e os internados nos dias anteriores à cirurgia. Será seguida a Resolução CNS nº 466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), que dispõe diretrizes e normas

regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). No momento em que foi solicitada a sua aquiescência e assinatura no termo, e, também, esclarecido ao cliente a relevância deste estudo, os benefícios diretos e indiretos bem como os riscos mínimos que as técnicas de pesquisa podem ocasionar nele, assegurando que a pesquisadora dará assistência ao cliente, se necessário.

Foi também assegurado o princípio da autonomia podendo o cliente recusar e retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma. Foi garantido o sigilo e privacidade do cliente na pesquisa para a divulgação do resultado. Para isso os instrumentos de coleta de dados foram identificados com as iniciais do cliente apenas durante o período de coleta de dados de forma a propiciar o acompanhamento do processo.

3.4 Os Momentos do Desenvolvimento

Primeiro – acompanhamento o cliente

A pesquisadora, nos dias de cirurgia, permaneceu na entrada principal do hospital identificando por meio de abordagem direta os clientes previstos para a cirurgia do dia, triando-os conforme o critério de inclusão, ocasião em que foi demarcado tempo e espaço por onde circularam até entrar no Centro Cirúrgico e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Segundo – a construção de dois instrumentos

O primeiro foi um instrumento para observação tipo *check list*, como um diário de campo para registro da observação do fluxo realizado pelo cliente quando ele chegou ao hospital e o tempo que ele gastou desde a sua chegada até o Centro Cirúrgico, além de suas condições físicas e emocionais (APÊNDICE B).

O segundo instrumento foi uma entrevista no pós-operatório mediato (manhã do dia seguinte a cirurgia) com os dados de identificação do cliente e os dados relativos a cirurgia (APÊNDICE C) e uma entrevista com 18 questões abertas e sobre a itinerância do cliente que chega, sobre seus sentimentos, dificuldades vividas até chegar ao Centro Cirúrgico e ao sair dele, como Recuperação Pós-Anestésica e Enfermaria (APÊNDICE D). As entrevistas não puderam ser gravadas dada a dificuldade da maioria dos clientes por se encontrarem em pós-operatório.

Terceiro – a coleta de dados

Feita no mês de março de 2015 no período da manhã.

Quarto – Organização e análise dos dados coletados. Os dados coletados foram tratados com base na análise de conteúdo de Bardin (1977) que propõe a leitura flutuante exaustiva das respostas para formular questões norteadoras e hipóteses, selecionando as unidades de significação e as categorias temáticas de análise que orientarão a construção do protocolo.

Quinto – Os resultados, discussão e considerações finais, com a proposta de um instrumento de segurança a partir dos aspectos identificados no fluxo de circulação e da compreensão do problema, de forma que seja utilizado pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico.

3.5 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Pesquisa da Instituição proponente, liberado sob o número P 35481414.3.0000.5258.

3.6 Organização dos Dados

Algumas considerações devem ser feitas neste momento para justificar o “N” da pesquisa e das prováveis implicações que possam ter em algumas de nossas afirmações. No período de coleta tivemos algumas dificuldades institucionais como o fechamento de enfermarias, diminuição do número de leitos e de cirurgias, onde cada clínica somente podia operar dois clientes por sala cirúrgica e a impossibilidade de esperar mais tempo aguardando novos clientes nas condições propostas neste estudo: vir de casa para o Centro Cirúrgico. Também a escolha de ser cliente programado para o primeiro tempo diminuiu a possibilidade de aumento do número de participantes.

Os dados foram organizados de acordo com o *check list* de observação não participante a partir dos itens a seguir:

O primeiro item tratou da identificação do cliente pela pesquisadora na entrada do

hospital, como se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1 – Intervenção de manutenção do equilíbrio

	Identificação	Data	Local onde encontrou	Hora	Situação de Acompanhamento	Deambulação	Estado emocional	Condições de Higiene	Estado físico
1	A	9/3/15	Amb	7h05m	esposo	Com dificuldade	Aparentemente tranquila	Boa	Bom
2	B	13/3/15	Entrada	7h	irmã	Sem dificuldade	Ansioso, chegou cedo e ficou esperando a portaria abrir	Boa	Bom
3	C	13/3/15	Enfermaria	7h05m	esposo	Sem dificuldade	Ansiosa para resolver o problema	Suada com cabelos em desalinho	Bom
4	D	16/3/15	Amb	7h05m	só	Sem dificuldade	Pareceu-me tranquila	Bom	Bom
5	E	16/3/15	Amb	7h12m	Pais e irmãos	Sem dificuldade	Feliz	Bom	Bom
6	F	17/3/15	Enfermaria	7h12m	esposo	Sem dificuldade	Tranquila, marido ansioso	Bom	Bom

Quadro 2 – Descrição dos setores e o tempo despendido em cada um deles

Cliente	Setor	Tempo	Total	Intercorrências
	HUGG	6h10m		
	Ambulatório ORL	7h		
A	Internação	7h19m	2h55m	Faltaram cópias dos documentos
	Serviço Social	8h13m		
	Enfermaria	8h22m		Não havia roupa de cama
	Leito	8h53m		
	Centro Cirúrgico	9h05m		Direto para S. O.
	HUGG	7h		
	Enfermaria	7h03m		R1 que checkou os exames
	Internação	7h20m		
B	Serviço Social	7h30m	2h02m	
	Enfermaria	7h40m		
	Centro Cirúrgico	9h05m		
	Enfermaria	7h05m		Recebida pela R1
	Internação	7h28m		
C	Serviço Social	7h35m	1h50m	
	Enfermaria	7h45m		
	Centro Cirúrgico	8h55m		
	Ambulatório ORL	7h05m		Examinada pela R1
	Internação	7h16m		
D	Serviço Social	7h28m	5h10m	
	Enfermaria	7h35m		Encaminhada ao Leito
	Centro Cirúrgico	12h15m		
	Ambulatório ORL	7h10m		Examinada pela R1
	Internação	7h24m		Acompanhada da R1
E	Serviço Social	7h37m	1h20m	
	Enfermaria	7h45m		Admitido, pesado, medido e verificado SV
	Centro Cirúrgico	8h30m		
	Enfermaria	7h20m		Esperou pelo R1 que chegou às 7h50m
	Internação	8h		
F	Serviço Social	8h13m	1h20m	Voltou à internação para verificar cartão SUS com nome de solteira
	Enfermaria	8h26m		
	Centro Cirúrgico	8h45m		

Legenda: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG); Otorrinolaringologia (ORL); Sala de operações (S. O.); Residente do primeiro ano (R1); Sinais vitais (SV); Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 3 – O fluxo

Cliente	Ambulatório	Internação	Serviço Social	Enfermaria	Leito	Centro Cirúrgico
A	X	X	X	X	X	X
B		X	X	XX		X
C		X	X	XX		X
D	X	X	X	X		X
E	X	X	X	X		X
F		X	X	XX		X

Quadro 4 – Os dados demográficos (continua)

Dados de identificação					
Data	09/03/2015				
Identificação:	A	Idade: 45	Sexo:	masc. ()	fem. (X)
Estado civil:	Solteiro ()	Casado (X)	Divorciado ()	Outros ()	
Escolaridade:	1º grau incompleto	Religião:	Testemunha de Jeová	Ocupação:	Costureira
Cidade onde reside:	RJ	Bairro	Magalhães Bastos		
Quanto tempo levou de casa até o hospital no dia da cirurgia?		1 hora	Meio de transporte:	Carro ()	Trem (X)
Ônibus ()	Metrô ()	Outro () Qual?			
Veio acompanhado:	Sim (X)	Não ()	Por quem?	Esposo	
Data:	13/03/2015				
Identificação:	B	Idade: 45	Sexo:	masc. (X)	fem. ()
Estado civil:	Solteiro (X)	Casado ()	Divorciado ()	Outros ()	
Escolaridade:	2º grau	Religião:	católico	Ocupação:	Aux. de escritório
Cidade onde reside:	RJ	Bairro	Alto da Boavista		
Quanto tempo levou de casa até o hospital no dia da cirurgia?		40m	Meio de transporte:	Carro ()	Trem ()
Ônibus (X)	Metrô ()	Outro () Qual?			
Veio acompanhado:	Sim (X)	Não ()	Por quem?	irmã	
Data:	13/03/2015				
Identificação:	C	Idade: 46	Sexo:	masc. ()	fem. (X)
Estado civil:	Solteiro ()	Casado (X)	Divorciado ()	Outros ()	
Escolaridade:	1º grau incompleto	Religião:	Cristã	Ocupação:	Do lar
Cidade onde reside:	RJ	Bairro	Coelho da Rocha		
Quanto tempo levou de casa até o hospital no dia da cirurgia?		1h30m	Meio de transporte:	Carro ()	Trem (X)
Ônibus ()	Metrô ()	Outro () Qual?			
Veio acompanhado:	Sim (X)	Não ()	Por quem?	esposo	

Quadro 4 – Os dados demográficos (conclusão)

Dados de identificação					
Data:	16/03/2015				
Identificação:	D	Idade:	Sexo:	masc. ()	fem. (X)
Estado civil:	Solteiro ()	Casado (X)	Divorciado ()	Outros ()	
Escolaridade:	2º grau	Religião:	evangélica	Ocupação:	vendedora
Cidade onde reside:	São João de Meriti	Bairro Centro			
Quanto tempo levou de casa até o hospital no dia da cirurgia?	1h20m	Meio de transporte:	Carro ()	Trem ()	
Ônibus (X)	Metrô (X)	Outro () Qual?			
Veio acompanhado:	Sim ()	Não (X)	Por quem?		
Data:	16/03/2015				
Identificação:	E	Idade: 4a2m	Sexo:	masc. (X)	fem. ()
Estado civil:	Solteiro (X)	Casado ()	Divorciado ()	Outros ()	
Escolaridade:	Cursando Pré I	Religião:	católico	Ocupação:	estudante
Cidade onde reside:	Campo Grande	Bairro Vila São João			
Quanto tempo levou de casa até o hospital no dia da cirurgia?	2h10m	Meio de transporte:	Carro ()	Trem (X)	
Ônibus ()	Metrô ()	Outro () Qual?			
Veio acompanhado:	Sim (X)	Não ()	Por quem?	Pais e irmão	
Data:	17/03/2015				
Identificação:	F	Idade: 27	Sexo:	masc. ()	fem. (X)
Estado civil:	Solteiro ()	Casado (X)	Divorciado ()	Outros ()	
Escolaridade:	Ensino Fundamental	Religião:	Evangélica	Ocupação:	Do lar
Cidade onde reside:	Caxias	Bairro	Jardim Anhangá		
Quanto tempo levou de casa até o hospital no dia da cirurgia?	1h	Meio de transporte:	Carro (X)	Trem ()	
Ônibus ()	Metrô ()	Outro () Qual?			
Veio acompanhado:	Sim (X)	Não ()	Por quem?	esposo	

Quadro 5 – Dados sobre a cirurgia, o tempo de espera e orientações (continua)

Cliente	A	Data	09/03/2015	
Cirurgia a que foi submetido	Mastoidectomia OE			
Quanto tempo estava aguardando?	1 mês ()	2 a 6 meses (X)	6 meses a 1 ano ()	+ de 1 ano ()
Recebeu informações sobre a cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente ORL	Local: Ambulatório
E sobre anestesia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente ORL	Local Ambulatório
E sobre o pós-operatório?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente ORL	Local Ambulatório
Foi informado dos riscos da cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente ORL	Local Ambulatório
Estava acompanhado?	Sim ()	Não (X)	Por quem?	
Suas dúvidas foram sanadas?	Sim			
Cliente:	B	Data	13/03/2015	
Cirurgia a que foi submetido	CVL			
Quanto tempo estava aguardando?	1 mês ()	2 a 6 meses (X)	6 meses a 1 ano ()	+ de 1 ano ()
Recebeu informações sobre a cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local: Ambulatório
E sobre anestesia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local Ambulatório
E sobre o pós-operatório?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local Ambulatório
Foi informado dos riscos da cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local Ambulatório
Estava acompanhado?	Sim ()	Não (X)	Por quem?	
Suas dúvidas foram sanadas?	Sim			
Cliente	C		13/03/2015	
Cirurgia a que foi submetido	Polipectomia retal			
Quanto tempo estava aguardando?	1 mês ()	2 a 6 meses (X)	6 meses a 1 ano ()	+ de 1 ano ()
Recebeu informações sobre a cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Cirurgiã	Local: Ambulatório
E sobre anestesia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Cirurgiã	Local CC
E sobre o pós-operatório?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Cirurgiã	Local Ambulatório
Foi informado dos riscos da cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Cirurgiã	Local
Estava acompanhado?	Sim (X)	Não ()	Por quem?	Esposo
Suas dúvidas foram sanadas?	Sim			

Quadro 5 – Dados sobre a cirurgia, o tempo de espera e orientações (conclusão)

Cliente	D	Data	16/03/2015	
Cirurgia a que foi submetido	Timpanoplastia O E			
Quanto tempo estava aguardando?	1 mês ()	2 a 6 meses (X)	6 meses a 1 ano ()	+ de 1 ano ()
Recebeu informações sobre a cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local: Ambulatório
E sobre anestesia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Anestesista	Local CC
E sobre o pós-operatório?	Sim ()	Não (X)	Por quem?	Local
Foi informado dos riscos da cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem?	Local
Estava acompanhado?	Sim ()	Não (X)	Por quem?	
Suas dúvidas foram sanadas?	Sim			
Cliente	E	Data	16/03/2015	
Cirurgia a que foi submetido	Adenoamigdalectomia			
Quanto tempo estava aguardando?	1 mês ()	2 a 6 meses ()	6 meses a 1 ano (X)	+ de 1 ano ()
Recebeu informações sobre a cirurgia?	Sim ()	Não (X)	Por quem?	Local:
E sobre anestesia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Anestesista	Local CC
E sobre o pós-operatório?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local Ambulatório
Foi informado dos riscos da cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local Ambulatório
Estava acompanhado?	Sim (X)	Não ()	Por quem? mãe	
Suas dúvidas foram sanadas?	Sim			
Cliente	F	Data	17/03/2015	
Cirurgia a que foi submetido	CVL			
Quanto tempo estava aguardando?	1 mês ()	2 a 6 meses (.)	6 meses a 1 ano (X)	+ de 1 ano()
Recebeu informações sobre a cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem?	Local:
E sobre anestesia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Anestesista	Local CC
E sobre o pós-operatório?	Sim ()	Não (X)	Por quem?	Local
Foi informado dos riscos da cirurgia?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Residente	Local Ambulatório
Estava acompanhado?	Sim (X)	Não ()	Por quem? Esposo	
Suas dúvidas foram sanadas?	Sim			

A organização dos dados possíveis de serem mensurados nos Quadros 2 a 5 indicam que existe uma aparente condição de estabilidade física e emocional quando eles chegam ao

hospital, que trata de um primeiro encontro onde o tempo é mínimo para chegar ao Centro Cirúrgico, tendo que passar por vários espaços, quando devemos considerar que existe uma sala reservada, com hora marcada para a cirurgia. Esses dados iniciais trazem elementos de ações de manutenção das condições apresentadas e de intervenção para aqueles (2) que sentiam angústia ao chegar ao hospital.

Sobre os dados da Entrevista, nos quais destacamos os conteúdos a partir de cada item, transformados nos Quadros 6 e 7.

Quadro 6 – Sentimento dos clientes no trajeto de casa ao hospital

Cliente	Sentimentos
A	Referiu ter ficado um pouco nervosa, mas disse achar isso normal
B	Ansioso
C	Um pouco nervosa, pois essa seria a terceira intervenção cirúrgica para resolver o problema
D	Tranquila
E	Nervosa, porém o que a tranquilizava um pouco é que a criança estava feliz
F	Tranquila, porém o esposo estava muito nervoso

Quadro 7 – A espera

Cliente	Quando chegou ao hospital o que fez até a hora de entrar ao Centro Cirúrgico
A	Esperou por cerca de uma hora até que o hospital abrisse e não sabia exatamente para onde se dirigir, foi até o ambulatório de Otorrinolaringologia, que ainda se encontrava fechado e ficou aguardando até que fosse encaminhada para a internação, onde esperou que o esposo tirasse a cópia dos documentos. De lá foi ao Serviço Social e para a enfermaria, onde aguardou durante aproximadamente 30m até a chegada da roupa de cama. Do leito foi encaminhada ao Centro Cirúrgico.
B	Esperou a abertura do hospital, foi para a enfermaria, voltou para fazer a internação e ficou aguardando a ida para o Centro Cirúrgico.
C	Ficou no pátio até a abertura do hospital, depois foi para a enfermaria e fazer a internação.
D	Esperou até a abertura do hospital, foi ao ambulatório, fez a internação e dirigiu-se a enfermaria onde foi encaminhada ao leito e ficou deitada até o a chegada do maqueiro.
E	Esperaram no pátio do hospital, depois dirigiram-se ao ambulatório, depois internação e enfermaria de pediatria.
F	Ficou dormindo no carro até a hora de entrar no hospital, dirigiu-se a enfermaria, fez a internação e voltou sendo colocada no leito e orientada a trocar de roupa.

As informações no conteúdo deste quadro indicam que o elemento destacado por eles é ESPERAR para resolver sua internação e assim operar-se.

Quadro 8 - Sentimentos

Cliente	Como se sentiu durante o caminhar pelos diversos setores até chegar ao Centro Cirúrgico
A	Um pouco perdida
B	Ótimo
C	Ansiosa
D	Tranquila
E	Um pouco perdida, o hospital é grande
F	Tranquila

Se considerarmos que os clientes acordam cedo, enfrentam o trânsito para chegar ao hospital, normalmente estão tranquilos, ansiosos e um pouco perdidos no fluxo que fazem desde a hora que chegam até a entrada no Centro Cirúrgico (Quadro 8).

Quadro 9 – A cirurgia

Cliente	O que falaram sobre a cirurgia
A	Falaram dos riscos da perda de audição, mas segundo a mesma, na audiometria anterior a cirurgia, já havia sido constatada a perda total da audição do ouvido esquerdo
B	Explicaram a cirurgia e a retirada das pedras da vesícula
C	Já havia feito a mesma cirurgia anteriormente
D	Apenas que iam fechar o tímpano
E	Sem resposta
F	Apenas que seu problema seria resolvido na cirurgia

Apesar de falarem que alguém falou com eles sobre a cirurgia, nos pareceu que as orientações são pontuais (ligados somente ao problema cirúrgico); informação lacônica e com linguagem que nem sempre o cliente sabe o que é (Quadro 9).

Quadro 10 – Preocupações com o cliente

Questões	A	B	C	D	E	F
Sabia o local da cirurgia	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Perguntaram como estava se sentindo	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Se conhecia alguém que ia cuidar dele	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

Quadro 11 – Após a cirurgia lhes foi perguntado o que deveria ser feito para ele desde a chegada ao hospital, como sugestões

Cliente	Sugestões
A	• Melhorar o fluxo • Melhorar a comunicação – melhorar a informação • Melhorar o cuidado • Melhorar o lugar: Ambulatório ▪ Centro cirúrgico ▪ Sala de recuperação – não lembra muito, apenas da informação de que estava voltando para a enfermaria ▪ Enfermaria
B	• Melhorar o fluxo – internar antes • Melhorar a comunicação • Melhorar o cuidado • Melhorar o lugar: Ambulatório – esperar menos pelo atendimento ▪ Centro cirúrgico – menos barulho ▪ Sala de recuperação – não lembra ▪ Enfermaria – instalação de ar condicionado
C	• Melhorar o fluxo • Melhorar a comunicação • Melhorar o cuidado • Melhorar o lugar: Ambulatório ▪ Centro cirúrgico – menos barulho ▪ Sala de recuperação ▪ Enfermaria
D	• Melhorar o fluxo • Melhorar a comunicação • Melhorar o cuidado • Melhorar o lugar: Ambulatório ▪ Centro cirúrgico ▪ Sala de recuperação ▪ Enfermaria
E	• Melhorar o fluxo • Melhorar a comunicação • Melhorar o cuidado • Melhorar o lugar: Ambulatório ▪ Centro cirúrgico ▪ Sala de recuperação ▪ Enfermaria
F	• Melhorar o fluxo • Melhorar a comunicação • Melhorar o cuidado • Melhorar o lugar: Ambulatório ▪ Centro cirúrgico ▪ Sala de recuperação ▪ Enfermaria

Apesar de inicialmente tudo estar bem é unânime que muita coisa deve melhorar, destacando fluxo, comunicação e cuidado como elementos centrais desencadeados na

experiência vivida por eles, como está no Quadro 12, como outros elementos encontrados.

Quadro 12 – As falas

Situação	Conteúdo das Falas
Situação Pessoal Familiar	Expectativa do resultado da cirurgia Medo, angústia, ansiedade, pavor Insegurança Esperou admissão Querendo ligar para a família Desconfortável por permanecer de camisola na recepção da enfermaria Deixou filhos (gêmeos) pequenos
Organização Administração	Falta de orientação Falta de material no Centro Cirúrgico Falta de roupa para arrumar o leito Não foi informado que precisava cópia dos documentos
Lembrança de Experiência Anterior	Medo da suspensão da cirurgia, pois na cesariana sua pressão se elevou
Condições do Ambiente	Desconforto em relação ao banheiro, pois estava sujo
Orientações no Pré-operatório	Tomou café e água Nenhum foi orientado a banhar-se antes da ida para o Centro Cirúrgico

Quadro 13 – Incômodos no Centro Cirúrgico

Cliente	Conteúdo
A	A cirurgia foi muito rápida, não deu para identificar problemas
B	O frio
C	A luz
D	Nada a reclamar
E	Convidada a entrar no Centro Cirúrgico com o filho, ficou incomodada e assustada com a indução da anestesia
F	As conversas e ruídos

Ao falar dos incômodos, eles indicam que há muito que falar sobre eles, que apenas são a ponta de um problema maior e de que o ambiente do Centro Cirúrgico é indutor de desconfortos (Quadro 13).

Quadro 14 – Sugestões sobre a enfermaria e recuperação

Cliente	Enfermaria	RPA
A	Refere não ter queixas, teve alta às 10h e me solicitou que informasse ao seu esposo, pois seu celular estava sem bateria. Ao final de nossa entrevista, agradeceu e sugeriu que todos fossem acompanhados durante a internação por alguém do hospital, pois se sentiu acolhida.	Não lembra muito desse setor, apenas da informação que estava indo para a enfermaria
B	Nada	Nada
C	Nada	Nada
D	Nada	Nada
E	Nada	Nada
	Elogiou o hospital	
F	Por ter ficado em quarto externo precisou levantar durante a noite para chamar a enfermagem, pois ficou preocupada com o soro que estava acabando	Nada

Legenda: Recuperação Pós-Anestésica (RPA).

Sobre sugestões (imediatas) sobre enfermaria que eles ainda não conhecem e sobre recuperação (vivência pós-anestésica) procede quando suas respostas são “aparentemente” aceitáveis, se considerarmos os problemas de infraestrutura, de dimensionamento de pessoal, de condições de trabalho e de materiais (Quadro 14).

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 A Organização da Análise: em busca dos elementos de um instrumento de cuidado para um desenho “protocolar de cuidado”

As considerações que fazemos após a construção dos quadros com as falas dos clientes aconteceram num momento e espaço único, nos quais a preocupação deles era a de fazer sua internação e o nosso de criar nesse espaço-temporal uma empatia impossível, enquanto eles faziam seu fluxo dentro do hospital.

As respostas eram rápidas, sentidas por nós mais como delicadeza deles, o que nos fazia duvidar da clareza de suas respostas. Mas acompanhando-as em seu processo de sair de casa, chegar e resolver seus problemas através do fluxo identificado, íamos fazendo uma leitura corporal, mesmo que rápida e inquieta de que, seus corpos estavam expectantes, cansados, suados, buscando o caminho dentro do hospital, esperando que a porta do hospital fosse aberta, que fosse chamado no guichê do Serviço de Matrícula e Alta (SEMAL), no corredor do Serviço Social ou esperando sua internação na enfermaria.

Descobrimos o quanto é dócil nosso povo e de como se sentem bem atendidos a partir de um simples gesto de alguém que os atendia.

Foram nesses momentos que identificamos muitos elementos “não ditos”, mas expressos e sutilmente contidos em suas respostas, como o de constatar que:

- a) Enquanto eles ESPERAM, nós temos PRESSA em achar que o encontro com eles quando chegam ao hospital pode facilitar algum tipo de relação que podemos chamar de CUIDADO para a SEGURANÇA;
- b) Que após a ESPERA depois da cirurgia eles nos DIZEM que é preciso MUDAR o FLUXO, a COMUNICAÇÃO e a forma de CUIDAR.

Estas constatações nos sugerem uma categoria de análise.

5.2 Esperar a Cirurgia e as Implicações de Fluxo, Comunicação e Cuidados

Os resultados em termos quantitativos podem “aparentemente” não significar muito, mas desvelou para nós, no processo de acompanhar estes clientes uma primeira experiência concreta de sentir na nossa pele o que eles podem estar sentindo quando vem de casa para o Centro Cirúrgico, num caminho longo e demorado, trazendo com ele medos e angústias próprias de qualquer pré-operatório e que a enfermagem não conhece esse cliente no seu caminho percorrido até a chegada ao hospital, além de não ter a oportunidade de fazê-lo na internação, já que na maioria das vezes são admitidos fora do leito e com o horário corrido para dar conta de sua chegada ao Centro Cirúrgico.

Não temos dúvidas que o momento de esperar a cirurgia é cheio de sentimentos que são gerados pela emoção, que nós sequer sabemos por que não temos tempo de perguntar; não temos um processo de cuidado que apoie o cliente quando ele recebe o diagnóstico, a notícia de estar doente, da cirurgia, da anestesia que gera tanto medo, apontada em estudos sobre os temores do cliente no pré-operatório.

A palavra/verbo ESPERAR tem implicações e significados, como esperar o que; esperar quem; por que esperar; o que a espera pode causar quando o motivo traz o ato cirúrgico como evento principal.

O verbo ESPERAR, segundo Cunha (1986, p. 322), “diz respeito a aguardar, confiar, ter esperança; do latim desesperação, desesperado, aquele que espera”.

Assim é possível pensar que esperar envolve o cliente que fica em casa a espera de um telefonema sobre a cirurgia e aquele que caminha pelo hospital enquanto se interna.

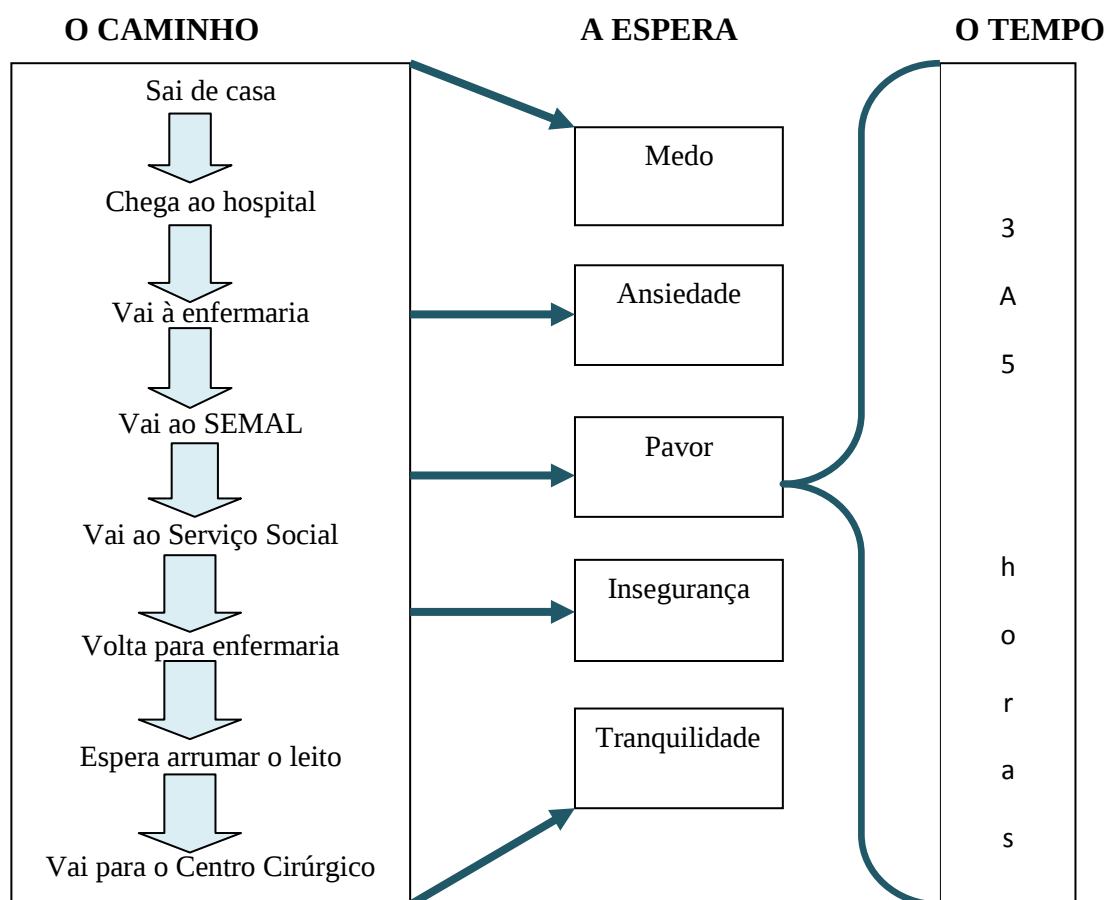
Faz sentido dizer que:

- a) ESPERAR é uma condição do corpo que investe-se de emoção, esperança e medo, e o que nós compreendemos, quando precisamos cuidar deles numa situação imediata, nesse primeiro encontro carregado de tensão, no qual não existe tempo, não é possível parar para conversar. Essa situação está especificada na abordagem antropológica de Collière (2003, p. 152) “que propõe-se descobrir o que faz sentido, o que dá sentido ao que as pessoas exprimem sob forma de expectativas, de desejos ou não desejos, de preocupações e de dificuldades, ligadas a este ou aquele acontecimento que requer cuidados [...]”;

- b) ESPERAR não está na lista padrão orientada pela NANDA para o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade dos problemas de saúde, assim o padrão NANDA para avaliar o fenômeno ESPERAR e tomar providências são: trocar, escolher, relacionar, sentir, mover, perceber, valorizar, conhecer e comunicar;
- c) ESPERAR pode ser uma situação que é subjetiva para cada pessoa que espera. Cuidar na espera é uma atitude ética, que deve incluir o cliente numa prática segura e confortante;
- d) ESPERAR pode ser um indicador de qualidade e segurança durante todo tempo que o cliente espera a cirurgia, que independe da distância espacial (quando ele está em casa) e proximidade quando ele chega. O que é para Morin (2005, p. 29) “é este religado do cliente, um ato moral com o outro, com a comunidade, com uma sociedade e, no limite, religação com a espécie humana”. Implica um cuidado que inicia no ambulatório, vai para a casa com o cliente, volta para o hospital e se ele é ético implica segundo Morin (2005, p. 29) “regenerar suas fontes de responsabilidade-solidariedade, e, ao mesmo tempo regenerar o circuito de religação indivíduo-espécie-sociedade Noé pela regeneração de cada uma dessas instâncias”. Isto porque a espera não é apenas dele que vai operar-se, é da família, das pessoas que o cercam. Por isso, pode ser também uma implicação no cuidado ético que, para Morin (2005, p. 29), “despertar o interior da consciência moral do surgimento de uma fé ou de uma esperança, de uma crise, de um sofrimento, de um amor e, hoje, do chamado vindo do vazio ético, da necessidade, que vem da deterioração ética”.

Após esperar em casa ele se prepara para a cirurgia quando é chamado. Nesta imagem desenhamos o fluxo que eles fazem (Figura 1).

Figura 1– Fluxo de chegada



Esse processo envolve tempo, movimento e emoção de um corpo que deveria estar confortado, num lugar seguro e confortável a esperar sua cirurgia. Sabemos que este processo envolve questões políticas, organizacionais e de recursos financeiros para diminuir o tempo de internação, o que muitas vezes desconstrói o discurso de segurança e conforto. É também um problema de organização da atenção do outro, quando sabemos que estes clientes quase sempre não são admitidos, não são recepcionados por um membro da equipe de saúde que gere tranquilidade e segurança, até porque ele está correndo para internar-se. Nessa correria ele cansa e se desconforta por fora e por dentro do corpo e pode contribuir para uma recuperação mais lenta e desconfortante.

É compreender que esse homem como um ser político e cidadão e nós um ser político que o considera da mesma forma se conseguirmos nos imaginar fazendo o caminho que ele faz. Compreender que o cuidado, nesta situação ora discutida, traz em si uma complexidade e

uma obrigatoriedade da compreensão de que o que está em nossa “mira” é o ser humano, a pessoa viva.

Compreender, para Arendt (1993, p. 42-43), “precede e sucede o conhecimento, ela baseia-se no conhecimento. Ela é preliminar e está na base de todo conhecimento, é a verdadeira compreensão, que o transcende, tem isso em comum: conferem significado ao conhecimento”.

O fluxo como um conhecimento administrativo, tem sido desenhado por todos eles, que no percurso vivem dificuldades de encontrar os espaços, por isso se perdem, de esperar na fila. Precisamos conhecer o que é isso para compreender que atrás de seus silêncios ou afirmativas de que “algo” está muito bom.

Está tudo muito bom na situação de políticas de gestão em que vivemos, é considerar implicações mais subjetivas que num primeiro momento pode ser apenas especulação. Esse cuidado está na afirmativa de que alguns dos itens que devem ser mudados são FLUXO, COMUNICAÇÃO E CUIDADO.

O Documento base para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) – HmanizaSUS em sua apresentação afirma que “um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (BRASIL, 2008, p. 8).

Assinala ainda como desafios para a produção da saúde “superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais e melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde” (BRASIL, 2008, p. 16).

Quando eles nos apontam a implicação de que é preciso mudar a COMUNICAÇÃO, embora não tenham dito por que, é possível saber que há dificuldades nos caminhos que fazem desde a entrada no hospital até a saída do Centro Cirúrgico/Recuperação; na sinalização adequada e nas próprias relações humanas (nós e eles).

COMUNICAR é um padrão NANDA, que, segundo Ferreira (2010, p. 356), “COMUNICAR é o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber informações, mensagens por meio de métodos ou processos convencionais, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer aparelhamento técnico, especializado, sonoro e ou visual”.

Provavelmente existem desvios de comunicação entre nós, da fala ou da compreensão da fala de outros, por diversos problemas. No encontro com os clientes que chegam, com a enfermagem que o recebe.

Voltando ao HumanizaSUS em suas diretrizes está “sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc” (BRASIL, 2008, p. 27) e realça ainda que com a implementação da PNH, esperam alcançar resultados englobando as seguintes direções: ‘todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral” (BRASIL, 2008, p. 31).

Melhorar a comunicação, provavelmente, para os clientes, deve ser um modo claro, límpido de falar com ele desde o dia que coloca os pés pela primeira vez no hospital, mais especificamente no ambulatório, que é o lugar onde ele recebe a notícia de que será operado, quando podemos perguntar quem o orientou, como foi essa orientação, o que deveria fazer na espera, como se cuidar para internar, num exemplo que se repete destacando a seguir:

Exemplificando, teríamos uma situação quase regular na qual o cliente sai de casa (distante) às 3h30min da manhã para chegar às 7h no hospital e só estar na mesa de cirurgia às 9h. Há todo um caminho a ser percorrido desde sua chegada ao hospital posteriormente até regularizar sua internação.

Nos parâmetros para implementação de ações na atenção hospitalar, o HumanizaSUS (BRASIL, 2008, p. 45) cita, entre outras, a

implantação de mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários e o estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para os pacientes internados (com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais de acordo com as necessidades), com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social.

Quanto a melhorar o cuidado, ele também deve ter sentido falta de algo que ele não sabe explicar muito bem e nós temos pensado como CUIDAR das pessoas nesta situação tem se mostrado um desafio corriqueiro e passageiro quando eles chegam cansados e suados, na maioria das vezes, nos impossibilitando de dedicar uma atenção diferenciada nesse momento. Se acreditamos que um cuidado adequado para eles pode ser uma ação terapêutica e preventiva, a posição de Figueiredo et al. (2010, p. 32) sugere que: “precisamos assumir um comportamento próprio como arte de cuidar, que se utiliza de outras disciplinas para apoiar

sua prática, tais como, Antropologia, Psicologia, Cultura, Economia, Política e Estética, para dar conta da singularidade das pessoas, de seus sofrimentos e medos antes de operar [...]”.

CUIDAR neste caso é acompanhar o cliente nessas passagens, movimentos feitos por ele. Neste processo de caminhar ele é um ser cheio de crenças, valores, tem representações sobre a doença e a cirurgia muitas vezes guardadas e não explicitadas; tem hábitos e costumes que são próprios do seu ser de viver a vida. Isso implica em olhar para ele não apenas como sujeito antropológico e um exemplo sobre isso é dado por Collière (2003, p. 152) quando diz: “não é possível incitar alguém a respeitar uma dieta, seja qual for a doença de que sofre, sem tomar consciência de que comer não é um simples aporte nutritivo de diferentes alimentos, com determinado valor calórico. Comer é um ato social que se pratica em torno de refeições carregadas de símbolos afetivos e sociais”.

Assim, nosso cliente que chega vem de uma sucessão de passagens nas quais pode ter sido ou não bem tratado, bem acolhido como gostaríamos que ele fosse. Que ele se sentisse seguro, nunca perdido dentro do hospital ou das atividades a que será submetido e que se existe ESPERA neste processo, que ela fosse LEGAL e SEGURA. Nesse sentido parece importante citar três definições que fazem parte do glossário do HumanizaSUS (BRASIL, 2008, p. 51-52:

ACOLHIMENTO: processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

ALTERIDADE: Alter: “outro”, em latim. A alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas.

AMBIÊNCIA: Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

Temos a crença empírica de que ele precisa de ajuda, de orientações que inicia-se no telefonema. Provavelmente é a partir desta notícia que ele pode vivenciar dúvidas e sentimentos que demandam cuidados carregados de abordagem antropológica e espiritual, além daquela que envolve as ciências da vida.

O conceito CUIDADO de ENFERMAGEM, considerado por Figueiredo e Machado (2009, p. 414) e aceito neste estudo,

[...] é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos de amor, de ódio, alegria, prazer, esperança, desespero, energia, porque é um sujeito em situação que envolve disponibilidade do corpo que cuida para tocar, manipular humores e odores; que só acontece como ação direta na permanência/presença do que cuida e que necessita de alguns requerimentos de conduta, como refletir sobre o cuidado que está ofertando ao cliente e de tentar colocar-se no seu lugar, dentre outros.

Para nós esse cuidado encontra-se ou deveria estar nas passagens/movimentos destes clientes, momentos singulares de vivências e intercorrências que vão mudando o seu cotidiano de viver.

Passagens explicitadas por Collière (2003, p. 174) como “uma noção universal encontrada em todas as sociedades, desde o nascimento, passagens determinadas da vida, como o sentido de que “isto tem que passar”, acompanhado de muitas inquietações, marcado pela espera “quando passar””.

Collière (2003, p.174) também nos diz que “esta passagem é um acontecimento determinante na vida, fazendo com que a pessoa deixe de ser exatamente como era antes”.

Desse modo, é conveniente acreditar que existem aspectos do cuidado nesta situação, que são de passagem para ajudar o cliente a viver cada fase desse movimento/fluxo e ir avançando para novas etapas e se ajustar às novas situações que virão.

É preciso acreditar que é fundamental que esses clientes em pré-operatório sejam recebidos, orientados e que levem em consideração novas dimensões, além daquelas que já sabemos. Considerar modos de vida, tipo de família, trabalho, ambiente, expressão, signos e significados da experiência, na qual a implicação é de que deva interessar a todos envolvidos na área da Cirurgia e do Centro-Cirúrgico, e, a Enfermagem em particular, entendimento que CUIDAR deles exige um olhar sobre dimensões do corpo que não é apenas biológico, anatômico, bioquímico, mas se expressa, reage, e pode se encaminhar, dependendo de como se coloca, sentir e desejar para um equilíbrio ou desequilíbrio físico-emocional.

Segundo Figueiredo e Machado (2009, p. 32),

essas dimensões devem ser investigadas através de uma semiologia de linguagem, expressa por meio de comunicação verbal ou não verbal; semiologia da história de vida, social e econômica; semiologia do ambiente ou de onde o cliente vive, do espaço onde será internado; na semiologia dos afetos e desafetos, que envolve a criação de uma relação de ajuda e aconselhamento [...].

De imediato perguntamos: mas como fazer isso, em que momento de sua chegada é possível fazer um diagnóstico de sua situação, quando, na maioria das vezes, eles já chegam atrasados ou quando passam sua cirurgia para o segundo horário, obrigando a ampliação da espera, do jejum e das expectativas.

Estas situações, tão comuns, nos clientes que vem direto de casa para o hospital, exigem de nós uma reflexão acerca do que Silva e Nora (2010, p. 10) nos recomendam “na véspera da cirurgia é importante que o cliente converse com o enfermeiro do Centro Cirúrgico para que já conheça alguém no dia da operação, lembrando-nos qualquer que seja a cirurgia, programada ou de emergência colocam-no em situação de tensão, estresse e medo [...]”.

Provavelmente, os clientes que não tem essa oportunidade de conversar, também chegam ao Centro Cirúrgico com medo e precisamos saber que “o medo é um fenômeno que merece atenção da enfermagem no que diz respeito ao espaço onde o cliente se encontra – o Centro Cirúrgico, um lugar estranho e cheio de pessoas desconhecidas” (SILVA; NORA, 2010, p. 10).

As discussões aqui fundamentadas contribuem para o atendimento de nosso terceiro objetivo que é propor um instrumento de segurança para cuidar destes clientes, quando eles nos indicam aspectos subjetivos e aspectos reais a serem modificados, que envolvem as várias situações de esperar, de fluxo, de comunicação, de cuidados e sentimentos expressos por eles.

Portanto, o sentimento registrado como problema no início do estudo permanece como uma principal preocupação reforçada por Damasio (2013, p. 55):

Sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis econômicos tem emoções, estão atentos as emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções e, governam as suas vidas, em grande parte pela procura de uma emoção, a felicidade e pelo evitar emoções desagradáveis.

Desse modo, o instrumento proposto (e a ser testado) neste estudo nos faz reforçar nossas preocupações com os indicadores de qualidade – Cirurgia Segura (um deles), dependendo também

- a) de ações que atendam as expectativas dos clientes, em suas passagens, na situação de esperar e fazer a cirurgia;
- b) de uma proposta de trabalho e do processo de cuidar;
- c) da posição político filosófica dos gestores do HUGG.

Assim o grau de desafio que se apresenta, que é o de atendê-los de acordo com suas demandas de cuidados e do que envolve situações diversas nos processos de trabalho da Equipe de Saúde do Centro Cirúrgico e em particular da Enfermagem e das políticas para atender as orientações da ANVISA.

Para Silva e Nora (2010, p. 3), isso “requer do profissional enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar, de maneira sistemática, os níveis de qualidade dos cuidados prestados”.

No que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados, não é possível esquecer que estamos sempre na mira de Programas de Acreditação Hospitalar e, segundo Aquino, Giaponesi e Santos (2010, p. 10),

a acreditação é focada em garantir a qualidade da atenção prestada aos clientes nos hospitais, além de pretender que conforme os recursos disponíveis haja uma progressiva mudança que impulse os profissionais, em todos os níveis e serviços, para avaliação de falhas, fragilidades, forças e potencialidades da instituição, definindo-se metas claras, com mobilização de todos os envolvidos”.

5.3 Considerações de Passagem

Inicialmente, é preciso dizer que uma passagem é nossa no desenvolvimento deste estudo e o desafio que foi decidir desenvolvê-lo num processo de trabalho que não contempla o interesse por investigações como uma prática legal, fundamental e científica da enfermagem, que é a situação do cliente de casa para o Centro Cirúrgico.

Mudar o olhar baseado num empirismo foi provavelmente uma implicação de mudança profissional, que vale destacar novas posições assumidas como: investir em estudos sobre clientes em pré-operatório, o que exigiu de nós pensar como nos organizarmos para cuidar, que estratégias devem ser implantadas para dar atenção a eles e, fazer isso não depende apenas da enfermagem, mas assumir ser acreditado de forma que atenda aos critérios, a responsabilidade da equipe de saúde e um desses critérios é melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e reduzir riscos para os clientes que são atendidos no hospital.

Ao acreditar que somos responsáveis por esta qualidade assumimos o que Cunha et al. (2003, p. 25), destacam na posição de relevância e importância por assumir diferentes papéis, os enfermeiros devem adquirir

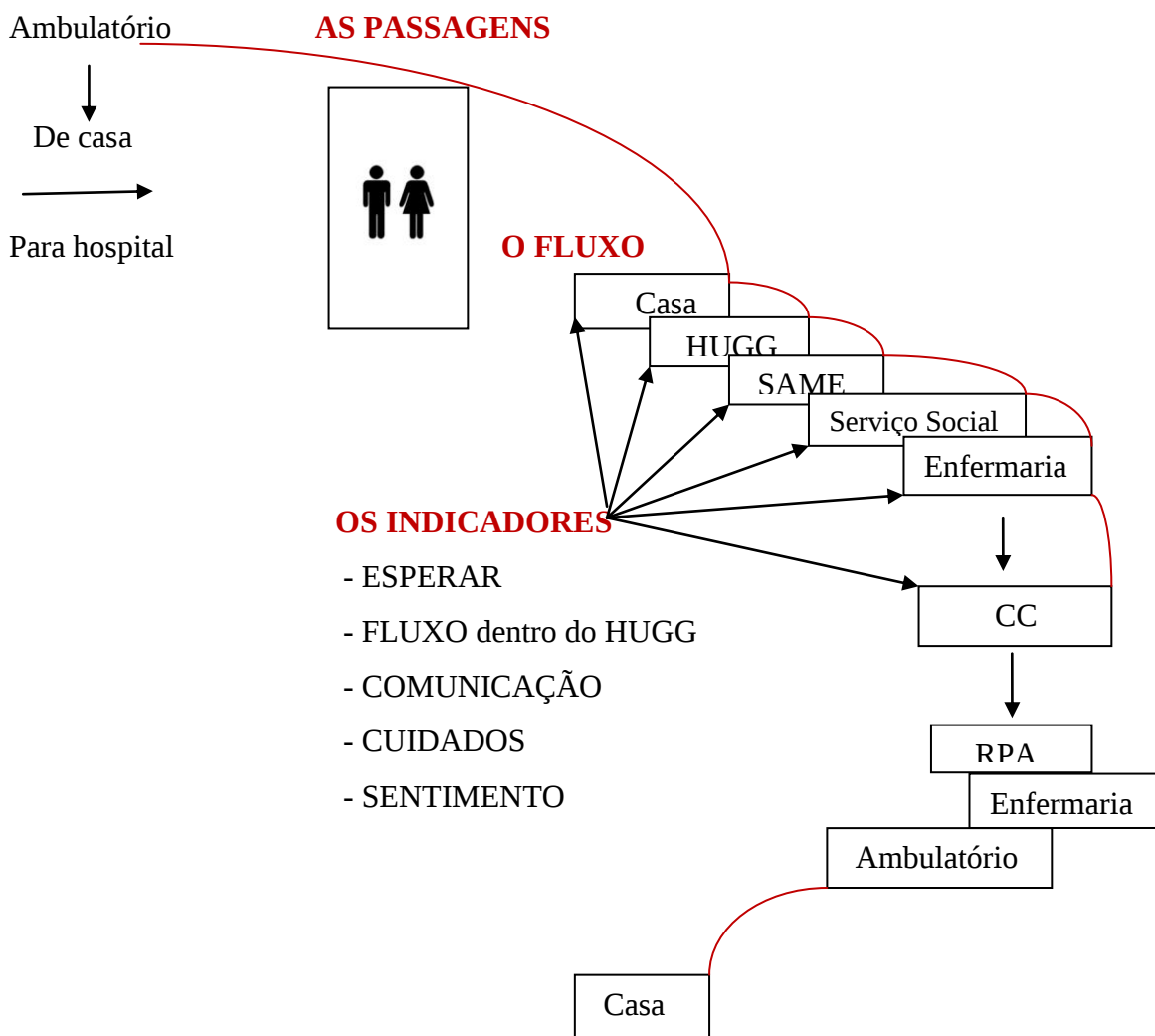
posição decisória para determinar diretrizes e condições para o Serviço de Enfermagem; estratégia que sensibilize e prepare sua equipe para a importância do processo de ajuda a atingir metas institucionais e operacionais, sistematizando a assistência prestada, avaliando sempre estas atividades [...].

Desse modo, ao pretender rever a situação destes clientes, sabemos que é preciso avaliar ou mesmo, ainda, fazer um diagnóstico de como eles chegam ao hospital, cartografar o fluxo desenhado por eles e de como é possível fazer um pré-operatório adequado.

Isso quer dizer que é preciso nos preparar para trabalhar com gestão de riscos, com indicadores de qualidade em prol da segurança deles - CIRURGIA SEGURA - considerando que a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso (riscos) é de todos que trabalham no hospital, para isso é preciso investigar.

As implicações dos dados produzidos indicam como psicoafetividade (apoio, ajuda, comunicação) no processo de esperar a cirurgia em casa; a ausência de um histórico assistencial (registro clínico das condições, necessidades e desejos) e estrutural/profissional (situações físicas e organizacionais de gestão e ausência de uma enfermagem científica, legal, segura e dimensionamento de pessoal, desde a ausência de enfermeiro no ambulatório, pouco pessoal nas enfermarias e falta de tempo no Centro Cirúrgico para acolhê-lo do modo que deveria ser). Ao terminar a organização de tudo que foi possível neste estudo, apresentamos uma segunda imagem sobre o fluxo (Figura 2).

Figura 2 - Chegar de casa para o centro cirúrgico



O estudo também nos deu a oportunidade impar de esperar por eles na sua chegada ao hospital e vivenciar essas passagens, tentando pensar que poderíamos ser um deles.

Nessas andanças, pensamos numa enfermagem da Clínica Cirúrgica e a do Centro Cirúrgico que não tem dado conta das questões que os doentes externos vivem, a primeira por não ter o tempo necessário para admiti-lo, uma vez que ele já está sendo esperado na sala cirúrgica e a segunda, principalmente por trabalhar num espaço restrito e coordenado dentro de uma escala de tempo e tarefas que não pode atrasar.

Distante dela está o doente, que na maioria das vezes mora longe do Hospital e nós não sabemos a que horas saiu de casa, como veio, em que condições físicas e emocionais se encontra e o que ele espera no dia da cirurgia. Na busca de segurança cirúrgica, acreditamos que atentar para as emoções/sentimentos desse cliente pode ser um indicador de cuidados no

pré-operatório, o que nos resta é saber se ele sentiu alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão à notícia de se operar – das emoções mais primárias.

Dependendo da cultura, do conhecimento, dos recursos econômicos eles podem ter outros sentimentos, como também podem responder positiva ou negativamente dependendo da família a que pertence, dependendo de nossas relações com eles, de como cuidamos, ocasião em que podemos manter uma emoção positiva ou negativa neles. A seguir apresentamos o INSTRUMENTO construído, pois concluímos que precisamos criar estratégias institucionais para cuidar desse cliente, começando no ambulatório, no momento que ele é comunicado da necessidade da cirurgia, passando pela administração, que não o distingue, na fila, dos demais clientes até a enfermagem da clínica e do Centro Cirúrgico, que não são informadas quando o cliente vem direto de sua casa.

Só assim, poderemos manter a qualidade necessária e exigida num hospital, que por ser universitário, deve além de atender com primazia seus clientes, servir de modelo para os futuros profissionais que o utilizam para campo de estágio.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Indicadores de Qualidade**. 1999. Disponível em: <www.nursingworld.or>. Acesso em: 06 jul. 2013.
- AQUINO, C. B.; GIAPONESE, A. L. L.; SANTOS, I. N. **Enfermagem e acreditação hospitalar**. In: VIANA, D. L.; LEÃO, E. R.; FIGUEIREDO, N. M. A. Especializações em enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. p.11.
- ARENDT, H. A dignidade da política: ensaios e conferências (1906-1975). In: ABRANCHES, A. **A dignidade da política**. Tradução Helena Martins e outros. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 42-43.
- BARBIER, R. **Pesquisa-ação**. Tradução de Lucie Didio. Brasília, DF: Liber Livro, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOHOMOL, E. **Boas práticas para promoção de segurança em centro cirúrgico**. São Paulo: Yendis, 2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas**. Aliança Mundial para Segurança do Paciente. 2008. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução - RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.com.br/bvs/saudelegis/gm/2013>>. Acesso em: 25 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização-4ed.-Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2010.
- COLLIÈRE, M. F. **Cuidar, a primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2003.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2013.
- CUNHA, A. G. **Dicionário de etimologia**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 322.

CUNHA, A. P. et al. Serviço de enfermagem: um passo decisivo para qualidade. **Nursing**, v. 60, n. 6, p. 25-30, 2003.

DAMASIO, A. **O sentimento de si, corpo, emoção e consciência**. Lisboa: Temas e debates, 2013. p. 55.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Cuidados fundamentais: princípios gerais. In: VIANA, D. L.; LEÃO, E. R.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Especializações em enfermagem**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. p. 28-45.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. **Corpo e saúde**: condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORIN, E. **O método 6: ética**. Tradução de Juremir Machado da Silva. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

NOGUEIRA, I. C. L. **Gerenciamento pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 1999.

ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

SANTOS, V. O. **O profissional de enfermagem no processo de acreditação**. Disponível em: <www.cbacred.org/front/artigos.php>. Acesso em: 06 jul. 2013.

SILVA, C. P. R.; NORA, A. M. Indicadores de qualidade. In: VIANA, D. L.; LEÃO, E. R.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Especializações em enfermagem**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. p. 3-10.

WUNENBERGER, J. J. O arquipélago imaginário do corpo virtual. **Alea**, v. 8, n. 2, p. 193-204, 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: Protocolo de Segurança para o Cliente que chega para Cirurgia: um estudo de enfermagem sobre o Fluxo de Internação e Cuidados

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é desenhar o fluxo feito pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico, destacando a segurança e o desconforto para ele; identificar aspectos físico-emocionais descritos por eles desde o momento que chegam ao hospital até o centro Cirúrgico e propor um protocolo de segurança a partir dos aspectos identificados a ser utilizado pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para desenhar o fluxo feito pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida como cliente deste hospital.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 20 min, bem como observaremos o seu fluxo para internação hospitalar como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a conhecer o fluxo feito pelo cliente que chega da rua para o centro cirúrgico, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

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

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, sendo a aluna Maria Ines Klôh a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo. A investigadora está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte-me no telefone 99869-7200, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-HUGG no telefone 2264-5366 ou e-mail cephugg@gmail.com. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

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

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE B - Instrumento 1 – Check list de Observação não participante

Identificação do cliente

Data

Local onde encontrou o cliente

Hora que encontrou o cliente:

Estava acompanhado? Por quem?

Estava deambulando? Apresentava dificuldades?

Como você percebe o estado emocional do cliente?

Como você percebe o estado de higiene do cliente?

Como você percebe o estado físico do cliente?

Descrição dos setores percorridos e o tempo dispendido em cada um deles

Setor	tempo	intercorrências

Hora que o cliente chegou ao CC?

Ele estava no Mapa cirúrgico?

Quem o recebeu no CC? Como o recebeu?

Ele estava acompanhado por algum funcionário do hospital? Quem?

Onde o acompanhante ficou durante a cirurgia?

O cliente perguntou alguma coisa? O que perguntou? A quem perguntou?

Você percebeu algum desconforto do cliente? Qual?

Algum item do protocolo de cirurgia segura foi seguido? Qual?

Qual a cirurgia que ele fará?

A cirurgia foi realizada?

Qual a duração?

Houve intercorrências no CC? Quais?

APÊNDICE C - Dados Demográficos

Dados de identificação					
Data:	___/___/___				
Identificação:		Idade:	Sexo:	masc. ()	fem. ()
Estado civil:	Solteiro ()	Casado ()	Divorciado ()	Outros ()	
Escolaridade:		Religião:		Ocupação:	
Cidade onde reside:		Bairro			
Quanto tempo levou de casa até o hospital no dia da cirurgia?		Meio de transporte:	Carro ()	Trem ()	
ônibus ()	Metrô ()	Outro () Qual?			
Veio acompanhado:	Sim ()	Não ()	Por quem?		
Dados relativos a cirurgia					
Data:	___/___/___				
Cirurgia a que foi submetido					
Quanto tempo estava aguardando?	1 mês ()	2 a 6 meses ()	6 meses a 1 ano ()	+ de 1 ano ()	
Recebeu informações sobre a cirurgia?	Sim ()	Não ()	Por quem?	Local:	
E sobre anestesia?	Sim ()	Não ()	Por quem?	Local	
E sobre o pós-operatório?	Sim ()	Não ()	Por quem?	Local	
Foi informado dos riscos da cirurgia?	Sim ()	Não ()	Por quem?	Local	
Estava acompanhado?	Sim ()	Não ()	Por quem?		
Suas dúvidas foram sanadas?					

APÊNDICE D - Instrumento 2

- 1- Fale como se sentiu no trajeto de sua residência até o hospital
 - 2- Quando chegou ao hospital o que fez até a hora de entrar no Centro Cirúrgico?
 - 3- Como se sentiu durante o caminhar pelos diversos setores até chegar ao Centro Cirúrgico?
 - 4- Lhe falaram sobre a cirurgia? () sim () não O que falaram?
 - 5- Mostraram o lugar no seu corpo onde ia ser operado? () sim () não
 - 6- Perguntaram o que estava sentindo? () sim () não
 - 7- Conhecia alguém que ia cuidar dele? () sim () não.
 - 8- Pensando no que deveria ser feito com você, desde a chegada ao hospital, o que você sugere para:
 - Melhorar o fluxo
 - Melhorar a comunicação
 - Melhorar o cuidado
 - Melhorar o lugar: Ambulatório
- Centro Cirúrgico
- Sala de recuperação
- Enfermaria
- 9- No Centro Cirúrgico o que mais lhe incomodou?
 - () a luz
 - () o frio
 - () o calor
 - () o escuro
 - () os ruídos dos aparelhos
 - () os ruídos das pessoas
 - () os odores, se sim, de quê? _____
 - () as conversas
 - () outro.....

Na Recuperação

Na Enfermaria

10- Pedir para ele falar como se sentiu no trajeto de sua residência até o hospital

11- Quando chegou no hospital o que fez até a hora de entrar no Centro Cirúrgico

12- Se lhe falaram sobre a cirurgia () () não

13- Se mostraram o lugar no seu corpo onde ia ser operado () sim () não

14- Se perguntaram o que estava sentindo () sim () não

15- Se conhecia alguém que ia cuidar dele () sim () não

16- Coloque no círculo, por ordem de importância do que sentiu em relação a frase que está escrita no centro do círculo, uma frase ou palavra.

Como se sentiu em relação ao cuidado

17- Pensando no que deveria ser feito com você, desde a chegada ao hospital, o que você sugere para:

- Melhorar o fluxo
- Melhorar a comunicação
- Melhorar o cuidado
- Melhorar o lugar: ambulatório

Centro Cirúrgico

Sala de recuperação

Enfermaria

18- No Centro Cirúrgico o que mais lhe incomodou

- () a luz
- () o frio
- () o calor
- () o escuro
- () os ruídos dos aparelhos
- () os ruídos das pessoas
- () os odores, se sim, de quê? _____
- () as conversas

Na Recuperação

Na Enfermaria

APÊNDICE E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO de SEGURANÇA para o CLIENTE que chega da rua para a CIRURGIA: um estudo de Enfermagem sobre fluxo de INTERNAÇÃO e CUIDADOS

Pesquisador: MARIA INÊS KLOH

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35481414.3.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 805.881

Data da Relatoria: 25/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de campo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Versa sobre o processo de internação, circulação e dificuldades de pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais no HUGG, que são provenientes do seu domicílio. O estudo pretende descrever todo o processo de internação do cliente que chega ao hospital na hora da cirurgia, delineando a realidade vivida por ele, registrando e analisando as impressões de como esse cliente se sente e se comporta a cada passo que dá rumo ao seu objetivo, que é chegar ao Centro Cirúrgico para submeter-se a cirurgia proposta.

Objetivo da Pesquisa:

Desenhar o fluxo feito pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico, destacando a segurança e o desconforto para ele;

- Identificar aspectos físico-emocionais descritos por eles desde o momento que chegam ao hospital até o Centro Cirúrgico;
- Propor um protocolo de segurança a partir dos aspectos identificados a ser utilizado pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico.

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1284-5317 Fax: (21)1284-5177 E-mail: ospgugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 805.881

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que os sujeitos da pesquisa estarão sujeitos serão os intrínsecos ao procedimentos de internação e ao ato cirúrgico em si, o projeto não acrescenta nenhum risco a ele. Quanto aos benefícios é de suma importância para a elaboração de um fluxo seguro, eficiente e prático que determine agilidade na internação destes pacientes com esta demanda específica da cirurgia ambulatorial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de vital importância para a realidade da cirurgia ambulatorial, tanto no âmbito da enfermagem, como médicos e para os outros profissionais da área de saúde e administrativos. O fluxo de pacientes ambulatoriais em um hospital geral para realização de cirurgias é complexo e inseguro pois demanda procedimentos diferentes as dos pacientes internados, e não há abundante literatura sobre isto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com a normas CONEP

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1284-5317 Fax: (21)1284-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO**



Continuação do Parecer: 805.881

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que os sujeitos da pesquisa estarão sujeitos serão os intrínsecos ao procedimentos de internação e ao ato cirúrgico em si, o projeto não acrescenta nenhum risco a ele. Quanto aos benefícios é de suma importância para a elaboração de um fluxo seguro, eficiente e prático que determine agilidade na internação destes pacientes com esta demanda específica da cirurgia ambulatorial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de vital importância para a realidade da cirurgia ambulatorial, tanto no âmbito da enfermagem, como médicos e para os outros profissionais da área de saúde e administrativos. O fluxo de pacientes ambulatoriais em um hospital geral para realização de cirurgias é complexo e inseguro pois demanda procedimentos diferentes as dos pacientes internados, e não há abundante literatura sobre isto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com a normas CONEP

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
 Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)1284-5317 Fax: (21)1284-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 805.881

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que os sujeitos da pesquisa estarão sujeitos serão os intrínsecos ao procedimentos de internação e ao ato cirúrgico em si, o projeto não acrescenta nenhum risco a ele. Quanto aos benefícios é de suma importância para a elaboração de um fluxo seguro, eficiente e prático que determine agilidade na internação destes pacientes com esta demanda específica da cirurgia ambulatorial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de vital importância para a realidade da cirurgia ambulatorial, tanto no âmbito da enfermagem, como médicos e para os outros profissionais da área de saúde e administrativos. O fluxo de pacientes ambulatoriais em um hospital geral para realização de cirurgias é complexo e inseguro pois demanda procedimentos diferentes as dos pacientes internados, e não há abundante literatura sobre isto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com a normas CONEP

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1284-5317 Fax: (21)1284-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E
GUINLE/HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 805.881

RIO DE JANEIRO, 25 de Setembro de 2014

Assinado por:
Pedro Eder Portari Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1264-5317 Fax: (21)1264-5177 E-mail: ospugg@gmail.com

APÊNDICE F - Artigo I**ENTRE A CASA E O CENTRO CIRÚRGICO: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM SOBRE O CAMINHO PERCORRIDO PELO CLIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO**

Maria Ines Klôh^I;

Nébia Maria Almeida de Figueiredo^{II};

Antonio Carlos Iglesias^{III};

Milena Banic^{IV};

Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes^V

^IEnfermeira coordenadora do bloco cirúrgico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional - UNIRIO

^{II}Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UNIRIO

^{III}Professor Doutor titular da Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO.

^{IV}Enfermeira Supervisora Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional - UNIRIO

^VEnfermeira da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional - UNIRIO

RESUMO: Este estudo teve como objetivo traçar o fluxo desenhado pelos clientes em pré-operatório de cirurgias eletivas agendadas para o primeiro horário do mapa cirúrgico e que se internaram no dia da cirurgia, desde a saída de sua casa até sua chegada final ao Centro Cirúrgico, e saber que sentimentos são vivenciados ou expressados por eles nesse processo. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório restrito a um hospital universitário federal da região metropolitana do Rio de Janeiro. Os resultados confirmam que eles gastam muito tempo de sua casa até o hospital; esse caminho percorrido produz sentimentos de medo, angústia, pavor, expectativa, ampliados por problemas organizacionais, de descompromisso com o cuidado, de lembranças de experiência anterior, condições do ambiente e

falta de orientação. A conclusão é de que existem elementos para pensar um protocolo de cuidado de qualidade para esses clientes a ser implantado e testado no Centro Cirúrgico.

Descritores: Enfermagem. Centro Cirúrgico Hospitalar. Cuidados Pré-operatórios.

INTRODUÇÃO

As atividades desenvolvidas no Centro Cirúrgico como coordenadora tem me colocado diante de muitas dificuldades que são de ordem técnica, de administração do processo de trabalho, dos recursos humanos, principalmente daquelas que envolvem os clientes no pré-operatório, com destaque para aqueles em pré-operatório de cirurgias eletivas que não estão internados; eles vêm direto de suas casas para o Centro Cirúrgico.

Considerando que o tema aqui apontado deva interessar a todos envolvidos na área da Cirurgia e do Centro-Cirúrgico e a Enfermagem em particular, entendemos que CUIDAR deles exige um olhar sobre seu corpo que não é apenas biológico, anatômico, bioquímico, mas se expressa, reage, e pode se encaminhar, dependendo de como se coloca, sente e deseja, adoecer...

Exemplificando, teríamos uma situação quase regular na qual o cliente sai de casa (distante) às 3h30min da manhã para chegar às 7h no hospital e só estar na mesa de cirurgia às 9h. Há todo um caminho a ser percorrido desde sua chegada ao hospital e posteriormente até regularizar sua internação.

Esse problema é parte de minha dissertação de Mestrado Profissional intitulada de PROTOCOLO de SEGURANÇA para o CLIENTE que chega de CASA para CIRURGIA: UM ESTUDO de Enfermagem sobre o FLUXO de INTERNAÇÃO e cuidados. Os resultados produzidos neste estudo servirão de orientação para temas a serem investigados na produção da dissertação.

Na convivência com estas situações de receber os clientes no Centro-Cirúrgico para cirurgias eletivas tenho percebido que, mesmo que eles tenham suas cirurgias definidas no ambulatório, os agendamentos não são programados, porque normalmente eles são avisados na véspera, por telefone.

Essa situação tem gerado inquietação pessoal, levando a investigação do percurso por eles percorrido, desde a notícia até a entrada ao Centro Cirúrgico.

Se é possível cuidar deles, nesse caminhar poderemos ofertar a possibilidade de conforto para enfrentar a experiência que não deixa de ser um ato agressivo e desconfortante.

As questões que nortearam este estudo foram: como é o caminho percorrido pelo cliente desde sua casa até o Centro Cirúrgico e que sentimentos são vividos ou expressados por eles nesse processo.

Os objetivos propostos pretenderam traçar o fluxo de internação pelos clientes em pré-operatório de cirurgias eletivas, de casa ao Centro Cirúrgico e identificar no processo de esperar a cirurgia até sua realização, ou seja, que sentimentos são revelados por eles.

A justificativa para este estudo, além de ser acadêmica, é decorrente da necessidade de atender, de forma adequada os clientes, para sua segurança. Esse atender envolve ações de cuidado e orientações para ele no pré-operatório, aliviando tensões, minimizando dúvidas a cerca do processo operatório, quando sabemos que por mais simples que seja o ato cirúrgico eles tem medo, insegurança e expectativas. Acrescente-se ainda que embora existam muitos estudos nacionais e internacionais sobre cuidados pré-operatórios, esta é uma situação especial, vivida pela enfermagem deste hospital, relacionando incidências intraoperatórias com avaliação pré-operatória deficiente, já que saem diretamente de sua residência para vivenciarem essa experiência do “novo”. Ressaltando que a avaliação pré-operatória é realizada para assegurar a segurança ao cliente e para melhorar o desempenho no Centro Cirúrgico e respaldando ainda nas orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA¹ sobre os indicadores de qualidade. Finalmente por entender que é necessário rever esse processo que demanda políticas e processos institucionais para que se proceda uma prática efetiva.

FUNDAMENTO TEÓRICO

CUIDADOS em Pré-operatório e INDICADORES de QUALIDADE

CUIDAR das pessoas nesta situação tem se mostrado um desafio corriqueiro e passageiro quando eles chegam cansados e suados, na maioria das vezes, nos impossibilitando de dedicar uma atenção diferenciada nesse momento. Se

acreditamos que um cuidado adequado para eles pode ser uma ação terapêutica e preventiva, “precisamos assumir um comportamento próprio como arte de cuidar, que se utiliza de outras disciplinas para apoiar sua prática, tais como, Antropologia, Psicologia, Cultura, Economia, Política e Estética, para dar conta da singularidade das pessoas, de seus sofrimentos e medos antes de operar [...]”Figueiredo e cols². (2010)

Estes clientes quase sempre não são admitidos, não são recepcionados por um membro da equipe de saúde que gere tranquilidade e segurança, até porque ele está correndo para internar-se. Nessa correria, ele cansa e se desconforta por fora e por dentro do corpo e pode contribuir para uma recuperação mais lenta e desconfortante.

O conceito CUIDADO de ENFERMAGEM considerado neste estudo é Figueiredo e Machado³ (2009)

[...] é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos de amor, de ódio, alegria, prazer, esperança, desespero, energia, porque é um sujeito em situação que envolve disponibilidade do corpo que cuida para tocar, manipular humores e odores; que só acontece como ação direta na permanência/presença do cuidador e que necessita de alguns requerimentos de conduta, como refletir sobre o cuidado que está ofertando ao cliente e de tentar colocar-se no seu lugar, dentre outros.

Temos a crença empírica de que ele precisa de ajuda, de orientações que inicia-se no telefonema. Provavelmente é a partir desta notícia que ele pode vivenciar dúvidas e sentimentos que demandam cuidados carregados de abordagem antropológica e espiritual, além daquela que envolve as ciências da vida.

É preciso acreditar que é fundamental que esses clientes em pré-operatório sejam recebidos, orientados e que levem em consideração novas dimensões, além daquelas que já sabemos. Considerar modos de vida, tipo de família, trabalho, ambiente, expressão, signos e significados da experiência.

“essas dimensões devem ser investigadas através de uma semiologia de linguagem, expressa por meio de comunicação verbal ou não verbal; semiologia da história de vida, social e

econômica; semiologia do ambiente ou de onde o cliente vive, do espaço onde será internado; na semiologia dos afetos e desafetos, que envolve a criação de uma relação de ajuda e aconselhamento” [...].Figueiredo e cols.²(2010)

De imediato pergunto como fazer isso, em que momento de sua chegada é possível fazer um diagnóstico de sua situação, quando na maioria das vezes eles já chegam atrasados ou passam sua cirurgia para o segundo horário.

“na véspera da cirurgia é importante que o cliente converse com o enfermeiro do Centro Cirúrgico para que já conheça alguém no dia da operação, lembrando-nos qualquer que seja a cirurgia, programada ou de emergência colocam-no em situação de tensão, estresse e medo [...]”.Silva e Nora⁴

Precisamos minimizar o estresse do processo cirúrgico, que independe do grau de complexidade da cirurgia.

“por mais simples que seja a cirurgia, poderá ser acompanhada de anseios, dúvidas e medo.” Brlluomine e Tanaka⁵

Dúvidas e incertezas pelo ato anestésico-cirúrgico também são apontadas:

“a própria hospitalização provoca no indivíduo uma ruptura com o seu ambiente habitual, podendo levar ao desequilíbrio orgânico e psicológico”. Smeltzer⁵.

Provavelmente os clientes que não tem essa oportunidade de conversar, também chegam ao Centro Cirúrgico com medo e precisamos que sigam os mesmos autores acima citados que dizem que

“o medo é um fenômeno que merece atenção da enfermagem no que diz respeito ao espaço onde o cliente se encontra - o Centro Cirúrgico, um lugar estranho e cheio de pessoas desconhecidas”.

Por outro lado, nesta questão específica de receber o cliente que vem de casa para operar, me descubro pensando no que é proposto com INDICADORES de QUALIDADE num discurso mais ampliado quando penso nos aspectos não só reais da

cirurgia, mas dos aspectos subjetivos que envolvem medo, angústia, insegurança etc.

Se penso nos os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, acredito que só é possível quando as ações atendem as expectativas dos clientes em situação de pré-operatório e de como o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle se encontra em termos de filosofia institucional e que bases são orientadas para o Centro Cirúrgico para atenção a esses clientes.

Assim o grau de desafio que se apresenta, que é o de atendê-los de acordo com suas demandas de cuidados e do que envolve situações diversas nos processos de trabalho da Equipe de Saúde do Centro Cirúrgico e em particular da Enfermagem.

“isso requer do profissional enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar, de maneira sistemática, os níveis de qualidade dos cuidados prestados”. SILVA e NORA (2010 p3) ⁴

No que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados, não é possível esquecer que “estamos sempre na mira de Programas de Acreditação Hospitalar” AQUINO, GIAPONESI e SANTOS (2010 p10) ⁶

a acreditação é focada em garantir a qualidade da atenção prestada aos clientes nos hospitais, além de pretender que conforme os recursos disponíveis haja uma progressiva mudança que impulsione os profissionais, em todos os níveis e serviços, para avaliação de falhas, fragilidades, forças e potencialidades da instituição, definindo-se metas claras, com mobilização de todos os envolvidos. ^{7:10}

Investir em estudos sobre clientes em pré-operatório exige pensar como nos organizarmos para cuidar, que estratégias devem ser implantadas para dar atenção a eles e, fazer isso não depende apenas da enfermagem, mas assumir ser acreditado de forma que atenda aos critérios, a responsabilidade é da equipe de saúde e um desses critérios é melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e reduzir riscos para os clientes que são atendidos no hospital.

Acreditar que somos responsáveis por esta qualidade nos apoiamos em alguns autores quando destacam a posição de relevância e importância por assumir diferentes papéis, os enfermeiros devem adquirir

“posição decisória para determinar diretrizes e condições para o Serviço de Enfermagem; estratégia que sensibilize e prepare sua equipe para a importância do processo de ajuda a atingir metas institucionais e operacionais, sistematizando a assistência prestada, avaliando sempre estas atividades [...].CUNHA, OROFINO e JUNIOR(2003 p25-30)⁷

Desse modo, ao pretender rever a situação destes clientes, sabemos que é preciso avaliar ou mesmo, ainda, fazer um diagnóstico de como eles chegam ao hospital, cartografar o fluxo desenhado por eles e de como é possível fazer um pré-operatório adequado.

Isso quer dizer que é preciso nos preparar para trabalhar com gestão de riscos, com indicadores de qualidade em prol da segurança deles - CIRURGIA SEGURA ⁸ - considerando que a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso (riscos) é de todos que trabalham no hospital, para isso é preciso investigar.

Quanto aos sentimentos que eles tem, e sabemos no exercício de cuidar deles, é real, a responsabilidade-princípio de enfermagem é de aliviar sofrimentos e não colocar sua saúde em risco.

Portanto, o sentimento registrado como problema no início do estudo permanece como uma principal preocupação e que encontramos em DAMASIO⁹ (2013 p55):

Sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis econômicos têm emoções, estão atentos as emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções e, governam as suas vidas, em grande parte pela procura de uma emoção, a felicidade e pelo evitar emoções desagradáveis.^{9:55}

Não temos dúvidas, que o período de esperar a cirurgia é cheio de sentimentos que são gerados pela emoção, que nós sequer sabemos por que não temos tempo de perguntar; não temos um processo de cuidado que apoie o doente

quando ele recebe o diagnóstico, a notícia de estar doente, da cirurgia, da anestesia que causa tanto medo, apontada em estudos sobre os temores do cliente no pré-operatório.

A enfermagem da Clínica Cirúrgica e a do Centro Cirúrgico não tem dado conta das questões que os clientes externos vivem, a primeira por não ter o tempo necessário para admiti-lo, uma vez que ele já está sendo esperado na sala cirúrgica e a segunda, principalmente por trabalhar num espaço restrito e coordenado dentro de uma escala de tempo e tarefas que não pode atrasar.

Distante dela está o cliente, que na maioria das vezes mora longe do Hospital e nós não sabemos a que horas saiu de casa, como veio, em que condições físicas e emocionais se encontra e o que ele espera no dia da cirurgia. Na busca de segurança cirúrgica, acreditamos que atentar para as emoções/sentimentos desse cliente pode ser um indicador de cuidados no pré-operatório, o que nos resta é saber se ele sentiu alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão à notícia de se operar - das emoções mais primárias.

Dependendo da cultura, do conhecimento, dos recursos econômicos eles podem ter outros sentimentos, como também podem responder positiva ou negativamente dependendo da família a que pertence.

MÉTODO

É um estudo qualitativo, exploratório, restrito a um hospital universitário federal da região metropolitana do Rio de Janeiro com 164 leitos ativos e uma média mensal de 200 cirurgias com clientes em pré-operatório de cirurgias eletivas agendadas para o primeiro horário do mapa cirúrgico, que chegam de casa para a cirurgia, tensões as quais empiricamente estamos acostumados a identificar.

“este método combina as naturezas científica e artística da enfermagem, aumentando a compreensão da experiência de saúde humana; abrange uma multiplicidade de suporte filosófico e métodos de pesquisa. Contribui para o estudo das coisas em seus cenários naturais, tentando compreender ou interpretar fenômenos em termos de significados que as pessoas trazem para eles.” LOBIONDO-WOOD e HABER (1998 p22).¹⁰

Neste estudo, a experiência humana é a da espera da cirurgia e do aviso de que “será operado no dia seguinte” a partir de um telefonema do hospital. Nessa experiência um dos fenômenos envolvidos é o medo e por isso é necessário tentar encontrar o que essa experiência significa para eles.

Ser exploratório ou descritivo, segundo as autoras é utilizado em pesquisa não experimental classificado como desenho de pesquisa que coleta descrições detalhadas de variáveis existentes e usam em dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde. LOBIONDO-WOOD e HABER ¹⁰ (1998 p11).

É uma opção, quando coletamos descrições de determinada situação ou variável existente e usamos dados para justificar e avaliar as condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde.

LOCAL

Clínicas Cirúrgicas de um hospital universitário federal da região metropolitana do Rio de Janeiro para onde os clientes que internam no dia da cirurgia se dirigem quando vem de casa e nem sempre existe o leito definido para recebê-lo.

Foi submetido ao Comitê de Ética da Instituição sob nº P a 35481414.3.0000.5258.

SUJEITOS do ESTUDO

Os clientes em pré-operatório de cirurgia eletiva que tem a notícia da cirurgia na véspera e vem direto de casa para o Centro Cirúrgico, fazendo passagem pela clínica para ser admitido. Optamos por escolher um total de quatro clientes que foram avisados entre os últimos dias de outubro e início de novembro. Como este estudo é uma aproximação de como encontrar elementos para a construção de novos instrumentos para a Dissertação em desenvolvimento, o N conseguido pode nos encaminhar para ampliar instrumentos de investigação.

ESTRATÉGIA

Para produção dos dados optamos por:

- a) Um diário de campo onde eram anotadas as observações feitas desde a hora que ele chegou ao hospital. Para isso, o cliente foi acompanhado durante todo o trajeto: enfermaria (receber guia de internação), Serviço de Matrícula e Alta - SEMAL (fazer a internação), Serviço Social, retorno a enfermaria e em seguida encaminhamento ao Centro Cirúrgico;
- b) Um instrumento com perguntas fechadas, checadas pela pesquisadora, após a cirurgia, na manhã do dia seguinte para fazer um registro de sua situação e neles buscar informações para produção de dados dos dois instrumentos.

RESULTADOS

Organizamos os resultados a partir dos instrumentos utilizados, quando identificamos de onde vem, como vem e o que pensam quando estão nesse processo, que apresentamos nos quadros a seguir:

Quadro 1 - Origem, forma de deslocamento e pensamentos das pacientes que chegam da rua para o Centro Cirúrgico - Nov. 2014

Ordem	Local/Transporte/Pensamentos	Total (n)	Total (%)
1	Região serrana	02	50
	Baixada Fluminense	01	25
	Região Metropolitana	01	25
2	Carro	03	75
	Ônibus	01	25
3	Resolver o problema para trabalhar	01	25
	Preocupação se tudo ia dar certo	01	25
	Pavor	01	25
	Nervosa pelo aviso na véspera	01	25

Eles vieram de longe e se mantiveram com sentimentos de preocupação, medo, nervoso, pavor.

Quadro 2 - Descrição das sensações apresentadas pelo cliente ao chegar no hospital - Nov. 2014

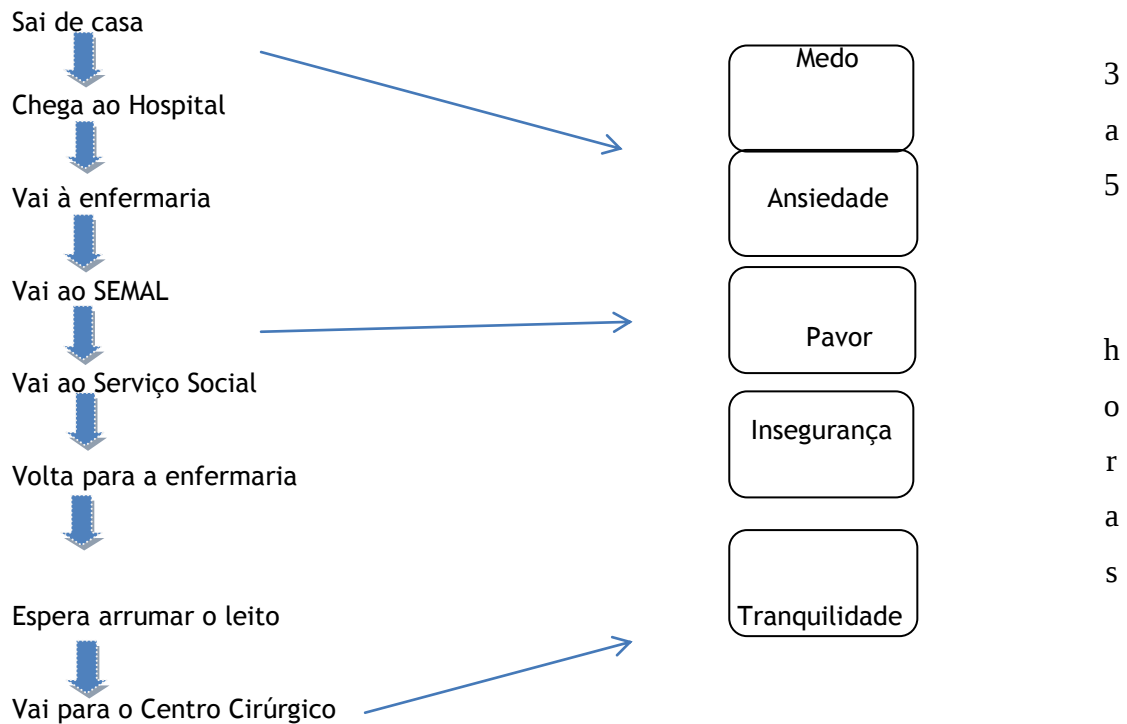
O que foi orientado	Ir direto para a enfermaria	04	100%
Sensações sentidas durante a espera da cirurgia (no hospital)	Ansiedade Medo Insegurança	02 01 01	50% 25% 25%
Chegando na enfermaria	Se sentiu importante Ficaram esperando arrumar o leito O leito já estava definido	01 02 01	25% 50% 25%
Chegando no Centro Cirúrgico	Sabia o que ia operar Sabia o que ia operar mas estava ansioso Estava com medo	01 01 02	25% 25% 50%
Como estava o corpo	Suado, precisando de banho Havia tomado banho em casa	02 02	50% 50%

Quadro 3 - Sensações do cliente enquanto aguardava o chamado para a cirurgia - Nov. 2014

O que fazia	Trabalhavam Cuidava de casa	03 01	75% 25%
Que sensações sentia	Ansiedade Medo/terror Tranquilidade	02 01 01	50% 25% 25%
Qual a maior preocupação	Medo da anestesia Voltar logo para casa Nenhuma	02 01 01	50% 25% 25%

Os quadros mostram elementos que confirmam sentimentos e sensações que são pontuados, mas não decodificados por falta de tempo com eles; do mesmo modo que existem preocupações e são sugestivas para a ampliação do estudo na dissertação que deve produzir um protocolo para esses clientes.

O quarto resultado é o esquema entre a casa e o hospital que indica um fluxo desnecessário articulado com o tempo gasto e as emoções sentidas.



SOBRE OS REGISTROS FEITOS APÓS A CIRURGIA PELA ENFERMEIRA DO CENTRO CIRÚRGICO

Após uma análise flutuante de conteúdo destacamos os mesmos elementos que confirmam os dados dos quadros anteriores: eles chegam cansados, passam muitas horas resolvendo a internação e mantém os medos e as sensações como elementos importantes para pensar o protocolo. Fora dos quadros, eles indicam novos problemas que nos indicam uma nova reorganização para proceder a análise.

Quadro 4 - Situação pessoal e organizacional -Nov. 2014

Situação Pessoal Familiar	Expectativa do resultado da cirurgia Medo, angústia, ansiedade, pavor. Insegurança Esperou a admissão Querendo ligar para a família Desconfortável por permanecer de camisola na recepção da enfermaria Deixou filhos pequenos (gêmeos)
Organização Administração	Falta de orientação Falta de material no Centro Cirúrgico Falta de roupa para arrumar o leito Não foi informado que precisava cópia dos documentos
Lembrança de Experiência Anterior	Medo da suspensão da cirurgia, pois na cesariana sua pressão se elevou
Condições do ambiente	Desconforto em relação ao banheiro pois estava sujo
Orientações no Pré-operatório	Tomou café e água Nenhum foi orientado a banhar-se antes da ida ao Centro Cirúrgico

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise desses quatro casos, podemos perceber que o caminho percorrido pelo cliente que vem de casa para o Centro Cirúrgico é longo e demorado, trazendo com ele medos e angústias próprias de qualquer pré-operatório e que a enfermagem não conhece esse cliente no seu caminho percorrido até a chegada ao hospital, além de não ter a oportunidade de fazê-lo na internação, já que na maioria das vezes são admitidos fora do leito e com o horário corrido para dar conta de sua chegada ao Centro Cirúrgico.

Adentrar para ser operado sem identificação, marcação do sítio cirúrgico e sem observar normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), uma vez que nenhum deles teve orientação de banhar-se antes da troca de roupa. Recebem por telefone, apenas informações do local de chegada (enfermaria) e jejum.

Concluimos que é preciso criar estratégias institucionais para cuidar desse cliente, começando no ambulatório, no momento que ele é comunicado da necessidade da cirurgia, passando pela administração, que não o distingue, na fila, dos demais clientes até a enfermagem da clínica e do Centro Cirúrgico, que não são informadas quando o cliente vem direto de sua casa.

Só assim poderemos manter a qualidade necessária e exigida num hospital, que por ser universitário, deve além de atender com primazia seus clientes, servir de modelo para os futuros profissionais que o utilizam para campo de estágio.

REFERÊNCIAS

- 1(BRASIL,2008) M.S.ANVISA **Conceitos Básicos para a Elaboração de Indicadores.**(Acessado em 10 out 2014).Disponível em <http://www.portal.anvisa.gov.br>
- 2 FIGUEIREDO e cols: Cuidados fundamentais: princípios gerais. In: Viana DL, Leão ER, Figueiredo NMA. Especializações em enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul(SP): Yendis; 2010. p.28-45.
- 3 Figueiredo NMA, Machado WCA. Corpo e saúde: condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada; 2009.
- 4 Silva CPR, Nora AM. Indicadores de Qualidade. In: In: Viana DL, Leão ER, Figueiredo NMA. Especializações em enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul(SP): Yendis; 2010. p. 3-10.
- 5 Belluomine AS,Tanaka LH. Assistência de Enfermagem no Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca: percepção de Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem. Nursing. 2003; 65(6): 21-5
- 6Aquino CB, Giaponesa ALL, Santos IN. Enfermagem e acreditação hospitalar. In: Viana DL, Leão ER, Figueiredo NMA. Especializações em enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul(SP): Yendis; 2010. p.11.
- 7 Cunha AP, Orofino CLF, Costa AP, Junior GD. Serviço de enfermagem: um passo decisivo para qualidade. Nursing. 2003; 60(6): 25-30.
- 8 (BRASIL,2013)M.S.ANVISA **Protocolo n.3 para cirurgia segura. Aliança Mundial pra a Segurança do Paciente, Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, Cirurgias Seguras Salvam Vidas, OMS, 2008**
- 9 Damasio,A. O Sentimento de Si. Corpo, Emoção e Consciência. Temas e debates. 2013. P.55
- 10 Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001

APÊNDICE G - Artigo II

SEGURANÇA para o CLIENTE que chega da rua para a CIRURGIA: um estudo de Enfermagem sobre INSTRUMENTO de CUIDADOS

Maria Ines Kloh^I;

Nébia Maria Almeida de Figueiredo^{II};

Luzia de Guadalupe Carvalho Gomes^{III};

Milena Banic^{IV}

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

^{II}Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

^{III}Enfermeira da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle-UNIRIO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional - UNIRIO.

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

RESUMO

O objetivo deste estudo é propor um instrumento de segurança a partir dos aspectos identificados na investigação dos clientes que chegam ao hospital no dia da cirurgia e as implicações para a sua segurança a ser utilizado pelo cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico. Trata-se de um trabalho de campo de natureza descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado em um hospital universitário federal da cidade do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados, num primeiro momento utilizamos o método observacional e após a cirurgia, uma entrevista. As considerações que fazemos após a análise dos

dados é que a relação enfermagem/paciente se dá num momento e espaço único, nos quais a preocupação deles era a de fazer sua internação e a nossa de criar uma empatia impossível.

Descritores: Enfermagem, Centro Cirúrgico Hospitalar, Cuidados pré-operatórios

INTRODUÇÃO

A unidade de Centro Cirúrgico contém elementos destinados às atividades anestésico-cirúrgicas. É um ambiente fechado, com alta complexidade dos procedimentos realizados, como também um ambiente estressante tanto para o cliente como para a equipe de saúde que trabalha lá. Neste cenário o cliente se insere na fase pré-operatória, considerada como aquela que tem início quando a intervenção cirúrgica é decidida, seja ela de urgência, emergência ou eletiva, e termina quando o cliente está na mesa de cirurgia.

É exatamente nesse espaço que se insere o cliente, que não está internado e o seu pré-operatório inicia-se em casa, continua num ônibus ou outro transporte a caminho do Centro Cirúrgico que aguarda sua chegada. Normalmente uma chegada que envolve um processo cansativo que é: sair de casa, enfrentar o trânsito, chegar no hospital, ir até a enfermaria, ir ao SEMAL (Serviço de Matrícula e Alta) para registrar-se, voltar para a enfermaria e depois para o Centro Cirúrgico.

No hospital campo desta pesquisa, o cliente ao chegar, é encaminhado a enfermaria onde recebe do residente médico responsável o formulário Laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e assim inicia sua caminhada sendo orientado a dirigir-se em seguida ao Setor de Matrícula e Alta (SEMAL). No SEMAL o cliente enfrenta fila juntamente com os demais que aguardam atendimento, e é emitida a AIH. Na sequência segue para o Serviço Social, onde recebe orientações sobre horários de visita, direito a acompanhante e refeições dos mesmos e só depois retorna para a enfermaria onde, muitas vezes, já está sendo aguardado pelo maqueiro para transportá-lo ao Centro Cirúrgico.

Essa situação faz com que o cliente que chega da rua para o Centro Cirúrgico não viva a fase pré-operatória, mediata e imediata, que oportuniza que sejam fornecidas ao cliente orientações sobre a cirurgia, bem como o preparo do seu estado físico e emocional de forma a promovê-lo e minimizar os riscos de complicações trans e pós-operatórias. Para a maioria dos clientes submetidos a

cirurgias eletivas esta fase inicia-se na admissão. Os clientes cirúrgicos em geral, são internados na véspera da cirurgia e submetidos ao preparo físico em que a enfermagem é responsável pela sua execução. São cuidados como o jejum, preparos específicos para cada cirurgia e visita pré-anestésica. No dia da cirurgia os clientes são encaminhados ao Centro Cirúrgico conforme o previsto no mapa cirúrgico e recebidos pela enfermeira, que seguirá uma rotina de levantamentos por meio de uma breve entrevista sobre a realização dos cuidados pré-operatórios, conferência do prontuário, formulário de internação, presença de exames e rápida somatoscopia, uma etapa do processo de segurança.

Também não participa da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem do Centro Cirúrgico, cenário desta pesquisa, voltava-se mais para cuidados indiretos ao cliente, como os aspectos operacionais, ambientais, caracterizados basicamente pelo planejamento, pela avaliação e a continuidade do serviço como organização das salas de cirurgia, limpeza de ambiente e esterilização de materiais utilizados como roupas, instrumentais, compressas etc, seguindo com rigor rotinas técnicas existentes no hospital para cada tipo de intervenção cirúrgica.

Tudo isso acontece devido ao aumento da demanda de cirurgias no Centro Cirúrgico Geral e a necessidade da otimização dos leitos hospitalares, muitos clientes passaram a ser agendados pelos médicos cirurgiões para se internarem no dia da cirurgia, quando não, na hora de realização das mesmas, uma vez que a primeira cirurgia do dia é marcada para ter início às 8 horas, decisão tomada para resolver um problema, criou, conseqüentemente, outros que merecem ser melhor investigados e neste caso envolveu principalmente segurança para os clientes que não estão internados e as cosequências se traduzem como os problemas básicos deste estudo:

- a) o cliente que chega ao hospital para submeter-se a uma intervenção cirúrgica, sendo procedente da rua, enfrenta uma fatigante jornada antes de chegar ao Centro Cirúrgico, e este fato ainda não foi alvo de investigação.
- b) por já estar sendo aguardado no Centro Cirúrgico e muitas vezes por seu leito de internação ainda não estar definido, esse cliente troca a sua roupa no banheiro da enfermaria e segue para o Centro Cirúrgico. A

equipe de enfermagem da enfermaria muitas vezes não tem contato com ele antes do procedimento cirúrgico. Vale lembrar que por desconhecer a planta física do hospital e a localização dos setores acima mencionados, o cliente que chega da rua na hora da cirurgia, fica exposto a riscos físicos, biológicos e emocionais referentes ao movimento da internação. Neste contexto da prática os tramites burocráticos se sobrepõem aos aspectos emocionais do cliente e a sua segurança.

- c) de não atender a orientação de que todo cliente em processo de internação pré-operatória de cirurgias eletivas é submetido a esses trâmites, mas o foco deste estudo, embora trate das mesmas questões, centra-se no cliente que chega diretamente de seu domicílio para submeter-se a cirurgia. Se estamos preocupados com a identificação do cliente que vem das enfermarias, imagine as diversas preocupações que devemos ter com o cliente nessa situação.
- d) ao considerarmos a norma hospitalar de que as cirurgias só podem ocorrer com o cliente devidamente internado, inicia-se então uma longa caminhada dele para a sua internação administrativa a que denominamos de fluxo, que envolve desgaste físico, emocional e de tempo do cliente procedente da rua que chega ao Centro Cirúrgico para submeter-se a uma intervenção.

Esses problemas são de ordem de fluxo e tempo, de esforço físico e emocional e de organização de espaço.

É neste contexto, como coordenadora do Centro Cirúrgico, que passei a me preocupar com a segurança desses clientes e várias tem sido as reflexões que faço nesse estudo: quem é esse cliente; o que ele sabe sobre o procedimento pelo qual será submetido; será que foi informado sobre os riscos do ato cirúrgico; de onde vem; será que está preparado para a cirurgia. Estas reflexões são pertinentes se concordamos com Bohomol¹ (2010) que lista alguns itens imprescindíveis para uma boa prática de segurança no centro cirúrgico, dentre eles a avaliação minuciosa do cliente, disponibilizar exames pré-operatórios e prontuário completo, manter boa comunicação com os membros da equipe, família e cliente, obter consentimento informado por meio de informações completas ao cliente e demarcação do sítio

cirúrgico.

Com base nas reflexões descritas definimos como objeto de investigação a experiência dos clientes que chegam ao hospital da rua para a cirurgia e a construção de um instrumento de internação, como um cuidado fora do Centro Cirúrgico.

As questões que norteiam esse estudo:

- a) Como é possível propor um instrumento de segurança a partir da demarcação do fluxo de clientes que chegam da rua para o Centro Cirúrgico e as possíveis implicações que esse caminhar pode provocar em seu corpo?
- b) O fluxo desenhado por esse cliente antes da cirurgia pode trazer riscos emocionais e físicos para seu tratamento e colocar em risco o discurso da OMS sobre cirurgias seguras?

O pressuposto desse estudo é que o cliente que chega direto da rua para o Centro Cirúrgico está submetido a riscos nos aspectos físicos e emocionais e que o fluxo percorrido antes da cirurgia pode ser um indicador de descuido.

O presente estudo se justifica, pois além de abordar um tema de interesse comum a equipe multiprofissional e em particular a equipe de enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), relaciona questões pertinentes aos riscos infecciosos, físicos, biológicos e emocionais e a segurança cirúrgica, destacando a trajetória percorrida pelo cliente até sua chegada ao Centro Cirúrgico. É um estudo que centra sua preocupação em prevenir eventos adversos a partir do atendimento a lista de verificação de segurança abrangendo os aspectos emocionais que emergem deste intenso fluxo itinerante, contribuindo para a implantação dos protocolos de segurança nos Hospitais, previstos na Política de Segurança do Paciente² (MS).

Embora o avanço tecnológico e científico tenha trazido transformações ao processo de trabalho em Centro Cirúrgico, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas, agilizando procedimentos e tempos cirúrgicos, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o cliente e levar à incapacidade ou à morte. Esta tendência mundial gerou estratégias propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), baseadas em dois desafios mundiais, a saber: “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura”² e “Cirurgias

Seguras Salvam Vidas”³, para a melhoria da segurança do cliente nos ambientes de saúde. Associada às estratégias propostas pela OPAS, a Agência Nacional de Vigilância a Saúde (ANVISA) desenvolveu ações nacionais estabelecidas pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente ²(PNSP).

Estamos buscando fundamento para evitar danos a este cliente que chega. Estamos falando de segurança, evitar riscos e isso está intimamente ligado aos indicadores de qualidade de cuidados de enfermagem e a posição de NOGUEIRA⁴ (1999) sobre isso é:

atender as necessidades e expectativas dos usuários dos serviços de saúde de modo adequado (eficaz e eficiente) é uma questão norteadora de pressupostos filosóficos. Também reporta-se nas ações e gestão da qualidade de cuidados para atender as expectativas dos usuários. Assim é possível considerar que a enfermagem enfrenta inúmeros desafios no sentido de atender as demandas dos clientes internos e externos, visando uma qualidade de cuidados...

MÉTODO

Trata-se de um trabalho de campo de natureza descritiva exploratória com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O estudo pretendeu descrever todo o processo de internação do cliente que chega ao hospital na hora da cirurgia, delineando a realidade vivida por ele, registrando e analisando as impressões de como esse cliente se sente e se comporta a cada passo que dá rumo ao seu objetivo, que é chegar ao Centro Cirúrgico para submeter-se a cirurgia proposta.

O estudo de caso encerra alguns aspectos essenciais que nos fazem escolhê-lo como método para a presente pesquisa uma vez que segundo Ludke e André⁵ (1986, p.17) o seu foco de interesse dirige-se para aquilo que ele tem de particular, de único. Segundo os mesmos autores ele permite ainda compreender a realidade estudada e é pertinente para se desvendar o problema em foco (pp. 18-20). Para Minayo⁷ (2006) é também útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança e evidenciam ligações causais entre intervenções e situações de vida real.

Sobre o método qualitativo podemos dizer que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus afetos e a si mesmos, sentem e pensam. Permite ainda desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares Minayo⁷ (2006).

Para a coleta dos dados, num primeiro momento, utilizamos o método observacional, que de acordo com LoBiondo⁷(2001, p.177) presta-se quando enfermeiros interessam-se por determinar como os sujeitos da pesquisa se comportam sob certas condições e após a cirurgia uma entrevista que também para a mesma autora, são importantes as informações do cliente e isso só pode ser obtido perguntando-se ao sujeito da pesquisa.

O campo de pesquisa foi o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, um hospital universitário de médio porte, localizado da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, nos vários espaços nos quais o cliente caminha desde sua entrada no hospital no dia da internação até sua chegada ao Centro Cirúrgico Geral .Estes espaços envolvem a recepção, o ambulatório, as enfermarias e o centro cirúrgico geral.

Foram clientes em pré-operatório imediato, de qualquer tipo ou área de cirurgia, que atendam ao critério de inclusão de ter sua cirurgia programada para o primeiro horário do mapa cirúrgico, pela manhã, que chegam da rua diretamente para resolver problemas de internação para em seguida ir para o Centro Cirúrgico, onde uma sala está a sua espera.

O projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Pesquisa da Instituição proponente, liberado sob o número P 35481414.3.0000.5258.

A pesquisadora, nos dias de cirurgia, permaneceu na entrada principal do hospital identificando por meio de abordagem direta os clientes previstos para a cirurgia do dia, triando-os conforme o critério de inclusão, ocasião em que foi demarcado tempo e espaço por onde circularam até entrar no Centro Cirúrgico e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado um diário de campo para registro da observação do fluxo realizado pelo cliente quando ele chegou ao hospital e o tempo que ele gastou desde a sua chegada até o Centro Cirúrgico, além de suas condições físicas e emocionais e uma entrevista no pós-operatório mediato (manhã do dia seguinte a cirurgia) com os

dados de identificação do cliente e os dados relativos a cirurgia e uma entrevista com 18 questões abertas e fechadas sobre a itinerância do cliente que chega, sobre seus sentimentos, dificuldades vividas até chegar ao Centro Cirúrgico e ao sair dele, como Recuperação Pós Anestésica e Enfermaria.

Os dados coletados foram tratados com base na análise de conteúdo de Bardin que propõe a leitura flutuante exaustiva das respostas para formular questões norteadoras e hipóteses, selecionando as unidades de significação e as categorias temáticas de análise que orientarão a construção do protocolo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Algumas considerações devem ser feitas neste momento para justificar o “N” da pesquisa e das prováveis implicações que possam ter em algumas de nossas afirmações. No período de coleta tivemos algumas dificuldades institucionais como o fechamento de enfermarias, diminuição do número de leitos e de cirurgias, onde cada clínica somente podia operar 2 (dois) clientes por sala cirúrgica e a impossibilidade de esperar mais tempo aguardando novos clientes nas condições propostas neste estudo: vir de casa para o Centro Cirúrgico. Também a escolha de ser cliente programado para o primeiro tempo diminuiu a possibilidade de aumento do número de participantes.

Os dados foram organizados de acordo com o check list de observação não participante a partir dos itens a seguir:

A organização dos dados possíveis de serem mensurados nos indicam que existe uma aparente condição de estabilidade física e emocional quando eles chegam ao hospital, que trata de um primeiro encontro onde o tempo é mínimo para chegar ao Centro Cirúrgico, tendo que passar por vários espaços, quando devemos considerar que existe uma sala reservada, com hora marcada para a cirurgia.

Sobre os dados da entrevista destacamos:

Sentimento dos clientes no trajeto de casa ao hospital

CLIENTE	SENTIMENTOS
A	Referiu ter ficado um pouco nervosa, mas disse achar isso normal
B	Ansioso
C	Um pouco nervosa pois essa seria a terceira intervenção cirúrgica para resolver o problema
D	Tranquila
E	Nervosa, porém o que a tranquilizava um pouco é que a criança estava feliz
F	Tranquila, porém o esposo estava muito nervoso

A espera

Cliente	Quando chegou ao hospital o que fez até a hora de entrar ao Centro Cirúrgico
A	Esperou por cerca de 1 hora até que o hospital abrisse e não sabia exatamente para onde se dirigir, foi até o ambulatório de ORL, que ainda se encontrava fechado e ficou aguardando até que fosse encaminhada para a internação, onde esperou que o esposo tirasse a cópia dos documentos. De lá foi ao Serviço Social e para a enfermaria, onde aguardou durante aproximadamente 30m até a chegada da roupa de cama. Do leito foi encaminhada ao Centro Cirúrgico.
B	Esperou a abertura do hospital, foi para a enfermaria, voltou para fazer a internação e ficou aguardando a ida para o Centro Cirúrgico
C	Ficou no pátio até a abertura do hospital, depois foi para a enfermaria e fazer a internação
D	Esperou até a abertura do hospital, foi ao ambulatório, fez a internação e dirigiu-se a enfermaria onde foi encaminhada ao leito e ficou deitada até o a chegada do maqueiro
E	Esperaram no pátio do hospital, depois dirigiram-se ao ambulatório, depois internação e enfermaria de pediatria
F	Ficou dormindo no carro até a hora de entrar no hospital, dirigiu-se a enfermaria, fez a internação e voltou sendo colocada no leito e orientada a trocar de roupa

As informações no conteúdo desta tabela indicam que o elemento destacado por eles é ESPERAR para resolver sua internação e assim operar-se.

Sentimentos

Cliente	Como se sentiu durante o caminhar pelos diversos setores até chegar ao Centro Cirúrgico
A	Um pouco perdida
B	Ótimo
C	Ansiosa
D	Tranquila
E	Um pouco perdida, o hospital é grande
F	Tranquila

A cirurgia

Cliente	O que falaram sobre a cirurgia
A	Falaram dos riscos da perda de audição, mas segundo a mesma, na audiometria anterior a cirurgia, já havia sido constatada a perda total da audição do ouvido esquerdo
B	Explicaram a cirurgia e a retirada das pedras da vesícula
C	Já havia feito a mesma cirurgia anteriormente
D	Apenas que iam fechar o tímpano
E	Sem resposta
F	Apenas que seu problema seria resolvido na cirurgia

As falas

SITUAÇÃO	CONTEÚDO DAS FALAS
Situação Pessoal Familiar	Expectativa do resultado da cirurgia Medo, angústia, ansiedade, pavor Insegurança Esperou admissão Querendo ligar para a família Desconfortável por permanecer de camisola na recepção da enfermaria Deixou filhos (gêmeos) pequenos
Organização Administração	Falta de orientação Falta de material no Centro Cirúrgico Falta de roupa para arrumar o leito Não foi informado que precisava cópia dos documentos
Lembrança de Experiência Anterior	Medo da suspensão da cirurgia, pois na cesariana sua pressão se elevou
Condições do Ambiente	Desconforto em relação ao banheiro, pois estava sujo
Orientações no Pré-operatório	Tomou café e água Nenhum foi orientado a banhar-se antes da ida para o Centro Cirúrgico

Incômodos no Centro Cirúrgico

CLIENTE	CONTEÚDO
A	A cirurgia foi muito rápida, não deu para identificar problemas
B	O frio
C	A luz
D	Nada a reclamar
E	Convidada a entrar no Centro Cirúrgico com o filho, ficou incomodada e assustada com a indução da anestesia
F	As conversas e ruídos

Ao falar dos incômodos eles indicam que há muito que falar sobre eles, que apenas são a ponta de um problema maior e de que o ambiente do Centro Cirúrgico é indutor de desconfortos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações que fazemos após a construção dos quadros com as falas dos clientes, aconteceu num momento e espaço único, nos quais a preocupação deles era a de fazer sua internação e o nosso de criar nesse espaço-temporal uma empatia impossível, enquanto eles faziam seu fluxo dentro do hospital.

As respostas eram rápidas, sentidas por nós mais como delicadeza deles, o que nos fazia duvidar da clareza de suas respostas. Mas acompanhando-as em seu processo de sair de casa, chegar e resolver seus problemas através do fluxo identificado, íamos fazendo uma leitura corporal, mesmo que rápida e inquieta de que, seus corpos estavam expectantes, cansados, suados, buscando o caminho dentro do hospital, esperando que a porta do hospital fosse aberta, que fosse chamado no guichê do SEMAL (Serviço de Matrícula e Alta), no corredor do Serviço Social ou esperando sua internação na enfermaria.

Descobrimos o quanto é dócil nosso povo e de como se sentem bem atendidos a partir de um simples gesto de alguém que os atendia.

Foram nesses momentos que identificamos muitos elementos “não ditos”, mas expressos e sutilmente contidos em suas respostas, como o de constatar que:

- a) Enquanto eles ESPERAM, nós temos PRESSA em achar que o encontro com eles quando chegam ao hospital pode facilitar algum tipo de relação que podemos chamar de CUIDADO para a SEGURANÇA.
- b) Que após a ESPERA depois da cirurgia eles nos DIZEM que é preciso MUDAR o FLUXO, a COMUNICAÇÃO e a forma de CUIDAR.

Estas constatações nos sugerem uma categoria de análise:

. ESPERAR a CIRURGIA e as IMPLICAÇÕES de FLUXO, COMUNICAÇÃO e CUIDADOS

Os resultados em termos quantitativos podem “aparentemente” não significar muito, mas desvelou para nós, no processo de acompanhar estes clientes uma primeira experiência concreta de sentir na nossa pele o que eles podem estar sentindo quando vem de casa para o Centro Cirúrgico, num caminho longo e demorado, trazendo com ele medos e angústias próprias de qualquer pré-operatório e que a enfermagem não conhece esse cliente no seu caminho percorrido até a chegada ao hospital, além de não ter a oportunidade de fazê-lo na internação, já que na maioria das vezes são admitidos fora do leito e com o horário corrido para dar conta de sua chegada ao Centro Cirúrgico.

Não temos dúvidas que o momento de esperar a cirurgia é cheio de sentimentos que são gerados pela emoção, que nós sequer sabemos por que não temos tempo de perguntar; não temos um processo de cuidado que apoie o cliente quando ele recebe o diagnóstico, a notícia de estar doente, da cirurgia, da anestesia que gera tanto medo, apontada em estudos sobre os temores do cliente no pré-operatório.

REFERÊNCIAS

- 1Bohomol,E.Boas práticas para promoção de segurança em centro cirúrgico. São Paulo. Yendis Editora Ltda, 2010
- 2(BRASIL,2013)Ministério da Saúde.Portaria nº529, de 1ºde abril de 2013.Brasilia2013.Disponívelem<http://bvsms.saude.gov.com.br/bvs/saudelegis/gm/2013>. Acesso em 25 mai 2015

3(BRASIL,2013)M.S.ANVISA Protocolo n.3 para cirurgia segura. Aliança Mundial pra a Segurança do Paciente, Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, Cirurgias Seguras Salvam Vidas, OMS, 2008

4Nogueira,I.C.L.Gerenciamento pela Qualidade Total na Saúde. Belo Horizonte.MG. Desenvolvimento Gerencial, 1999

5Ludke,M.,André, M.E.D.A.Pesquisa em Educação:abordagens qualitativas. São Paulo:E.P.U.,1986.

6Minayo,M.C.S.O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.9ªEd.São Paulo:HUCITEC,2006

7 Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001

APÊNDICE H - Produto Acadêmico

**INSTRUMENTO de CUIDADOS para o CLIENTE que ESPERA a CIRURGIA em
CASA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE**

PRONTUÁRIO DE BOLSO

(Uma minuta para sugestões da banca)

APRESENTAÇÃO

Este instrumento se destina aos clientes, enfermeiros e técnicos que se encontram em seus movimentos de passagem: casa > ambulatório > casa > internação > enfermaria > Centro Cirúrgico > recuperação > enfermaria > casa > ambulatório > casa.

Foi organizado a partir dos dados produzidos e de orientações sobre Cirurgia Segura. Ele está orientado pelo fluxo (passagem) vivenciado pelo cliente e as necessidades de cuidados.

SEJA BEM VINDO!

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Registro:

CNS:

Endereço:

Telefone residencial:

Telefone celular:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Ocupação:

Religião:

PRIMEIRA PASSAGEM – AMBULATÓRIO***ENTREVISTA DE ENFERMAGEM***

Cirurgia a que irá se submeter

O que sabe sobre a cirurgia?

O que sabe sobre a anestesia?

O que sabe sobre o pré-operatório?

O que sabe sobre o pós-operatório?

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

ANOTAÇÕES

Este espaço está reservado para suas anotações

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

QUEM VAI CUIDAR DE VOCÊ?

MÉDICO(a): _____

ENFERMEIRO(a): _____

ONDE ENCONTRÁ-LOS?

AMBULATÓRIO: _____

TELEFONE: _____

ENFERMARIA: _____

TELEFONE: _____

LIGUE EM CASO DE DÚVIDAS

ORIENTAÇÕES PARA INTERNAÇÃO

- Ao receber o telefonema informando a marcação de sua cirurgia você deve estar atento para data, hora e local de chegada;
- Identificar-se na recepção do hospital na data e hora marcada;
- Dirigir-se ao local onde foi orientado;
- Trazer apenas o necessário para os dias de internação;
- Trazer itens de higiene pessoal como xampu, sabonete, pasta e escova de dentes;
- Procure se manter tranquilo e dormir cedo na véspera da cirurgia;
- Se você é menor de 12 ou maior de 60 anos terá direito a acompanhante;
- Não trazer alimentos;
- Não trazer objetos de valor;
- Não esqueça, você deverá estar em jejum, de acordo com as orientações médicas;
- Você deve tomar banho antes de vir para o hospital, evitando excesso de cremes e óleos na pele e não molhar os cabelos
- Os adornos (relógio, anéis, pulseiras e brincos) devem ser deixados em casa;

NÃO ESQUEÇA SEUS DOCUMENTOS

Comprovante de residência*

Identidade*

CPF*

Cartão do hospital

CNS

Exames

***original e cópia**

HORÁRIO DE VISITA

Diariamente de 16h às 17h

Visita ampliada para apenas um acompanhante de 13h às 16h