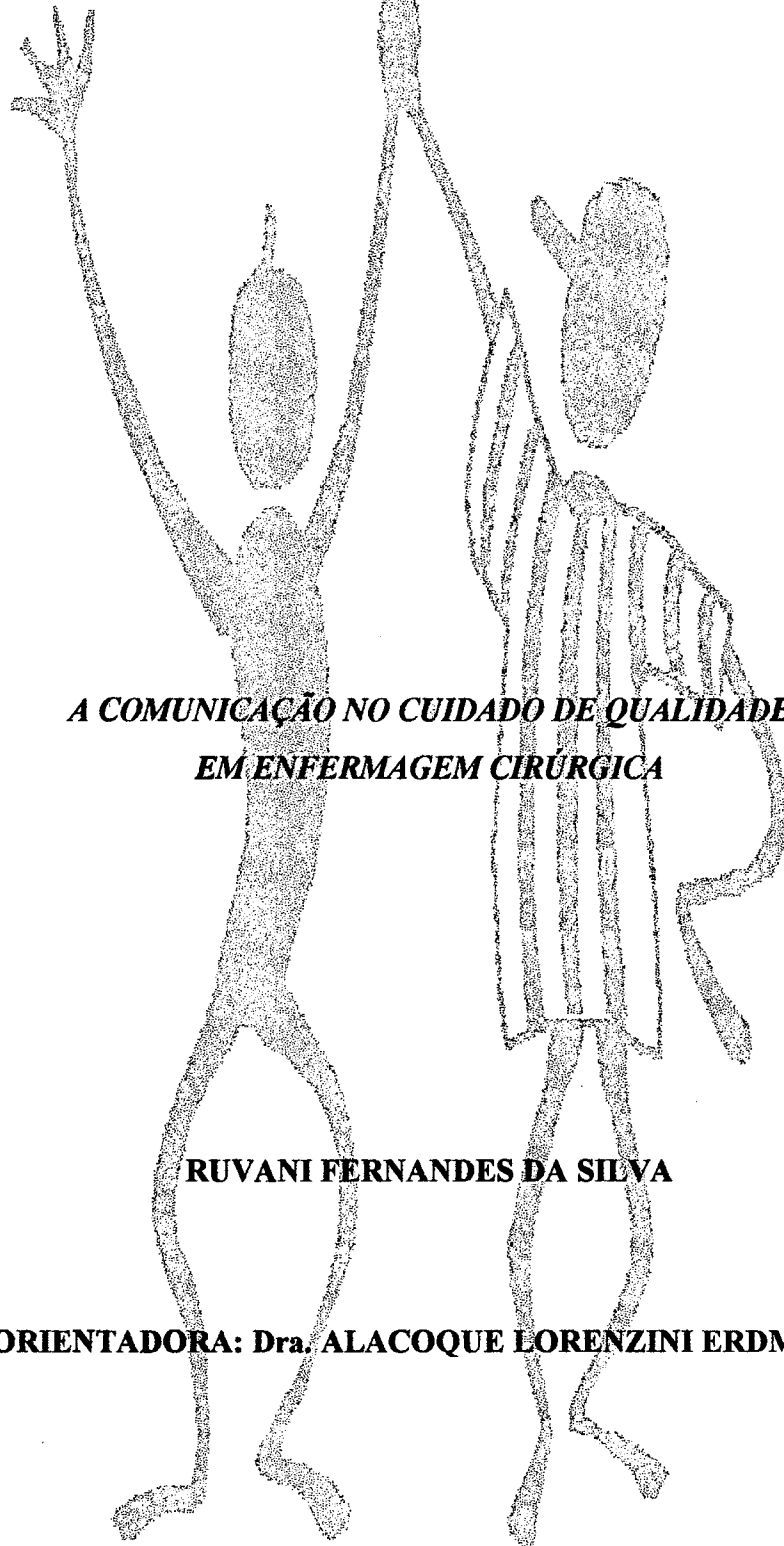


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



***A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE QUALIDADE
EM ENFERMAGEM CIRÚRGICA***

RUVANI FERNANDES DA SILVA

ORIENTADORA: Dra. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

FLORIANÓPOLIS - SC - 1996

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO

***A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE QUALIDADE
EM ENFERMAGEM CIRÚRGICA***

submetida à Banca Examinadora para a obtenção do grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM por:

RUVANI FERNANDES DA SILVA

Aprovada em: 30/10/96

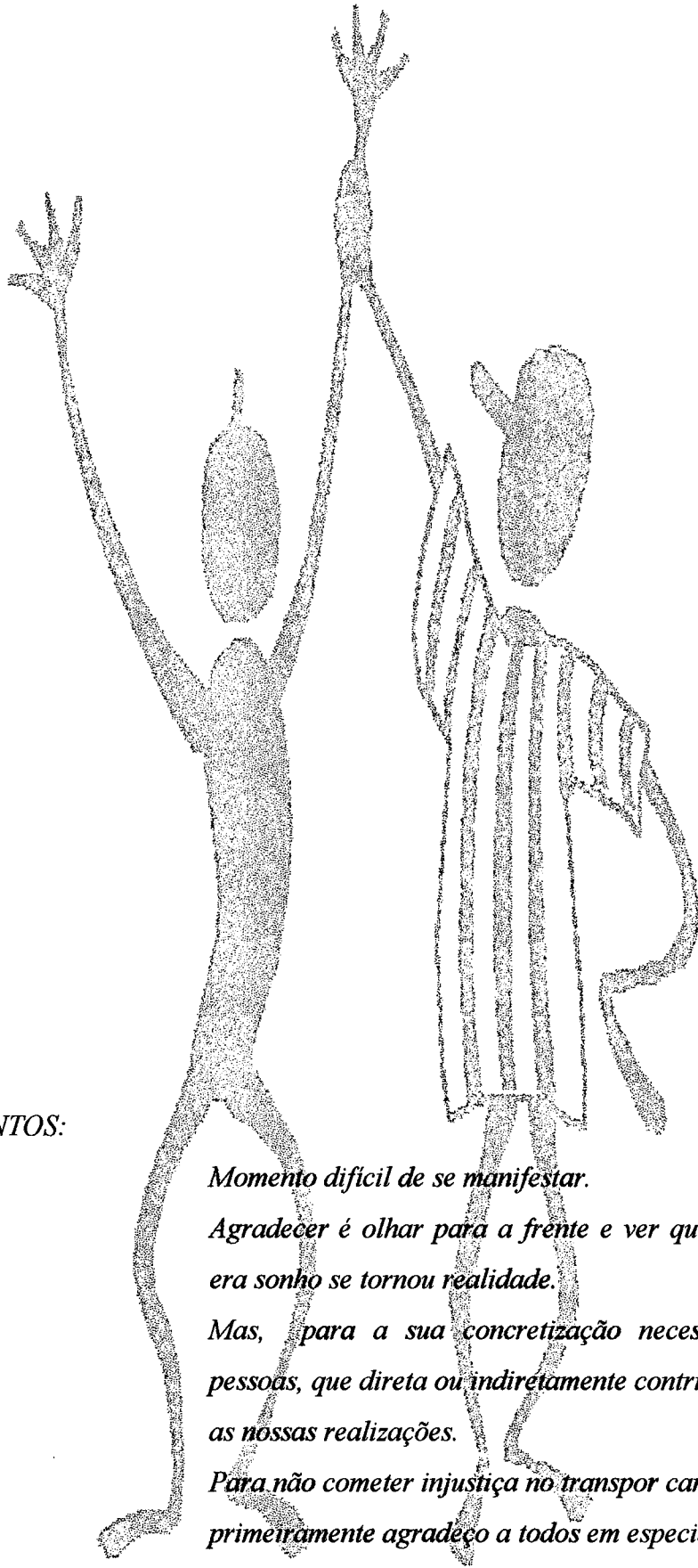

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
(Presidente)


Dra. Zuleica Maria Patrício
(Examinadora)


Dr. Edson Pacheco Paladini
(Examinador)


Doutorando Álvaro Pereira
(Examinador)


Dr. Ivo Gelain
(Examinador Suplente)



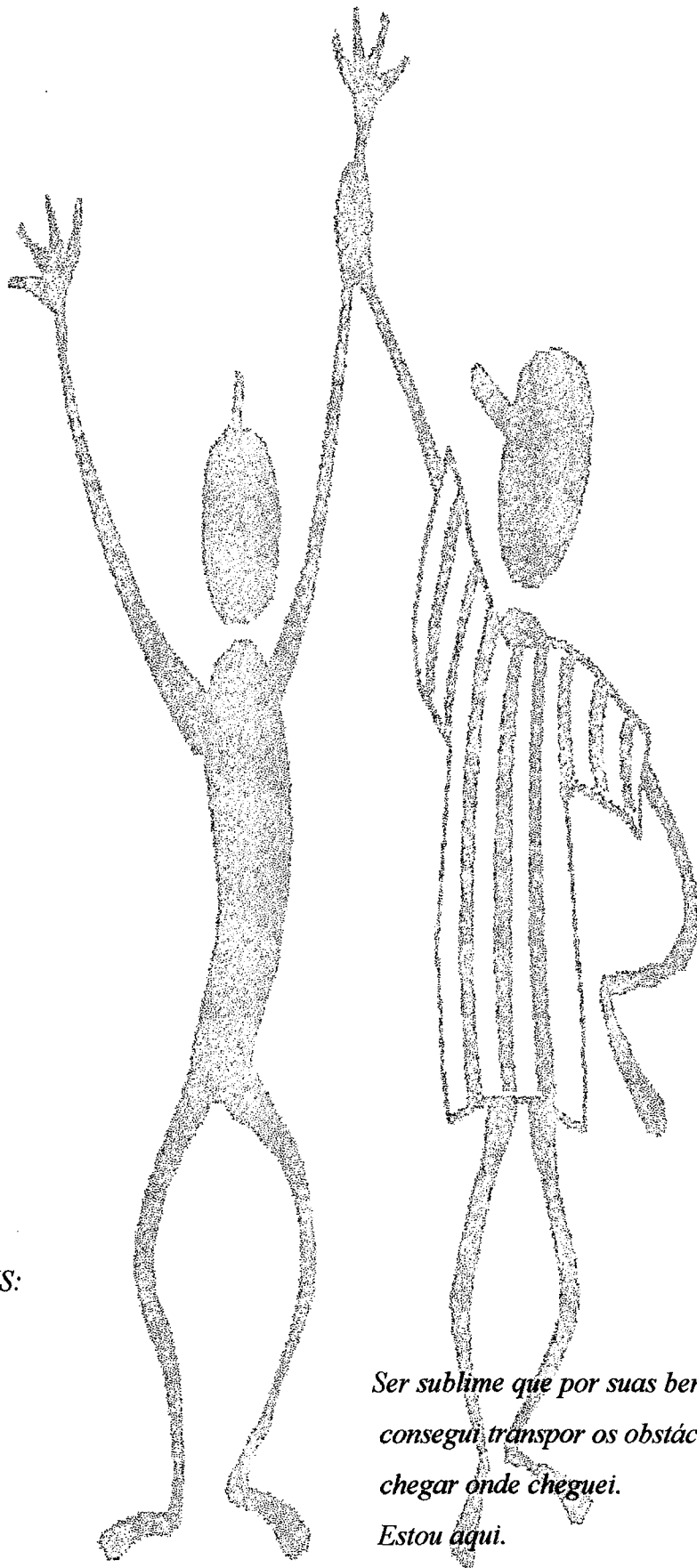
AGRADECIMENTOS:

Momento difícil de se manifestar.

Agradecer é olhar para a frente e ver que aquilo que era sonho se tornou realidade.

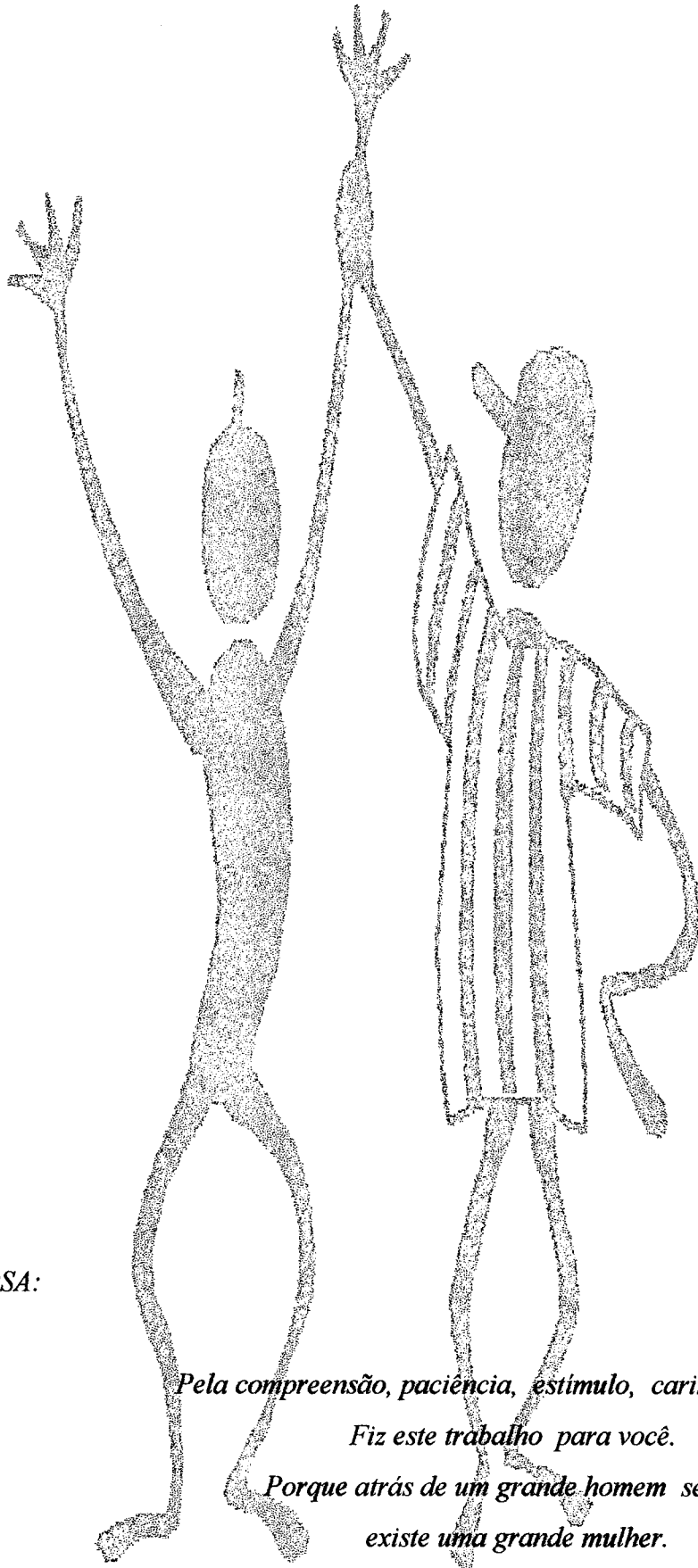
Mas, para a sua concretização necessitamos das pessoas, que direta ou indiretamente contribuem para as nossas realizações.

Para não cometer injustiça no transpor caminhos, primeiramente agradeço a todos em especial.



À DEUS:

*Ser sublime que por suas bênçãos
consegui transpor os obstáculos e
chegar onde cheguei.
Estou aqui.*

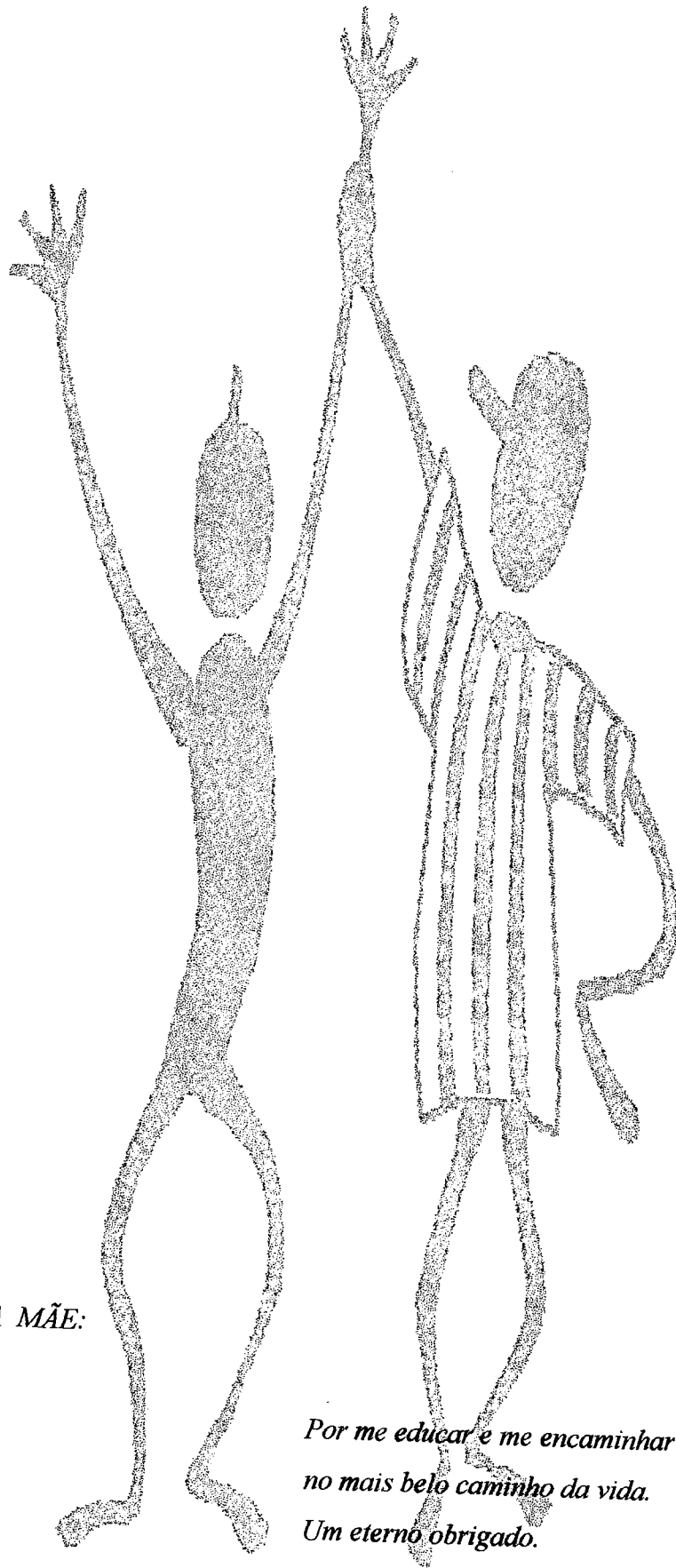


À ESPOSA:

Pela compreensão, paciência, estímulo, carinho e amor.

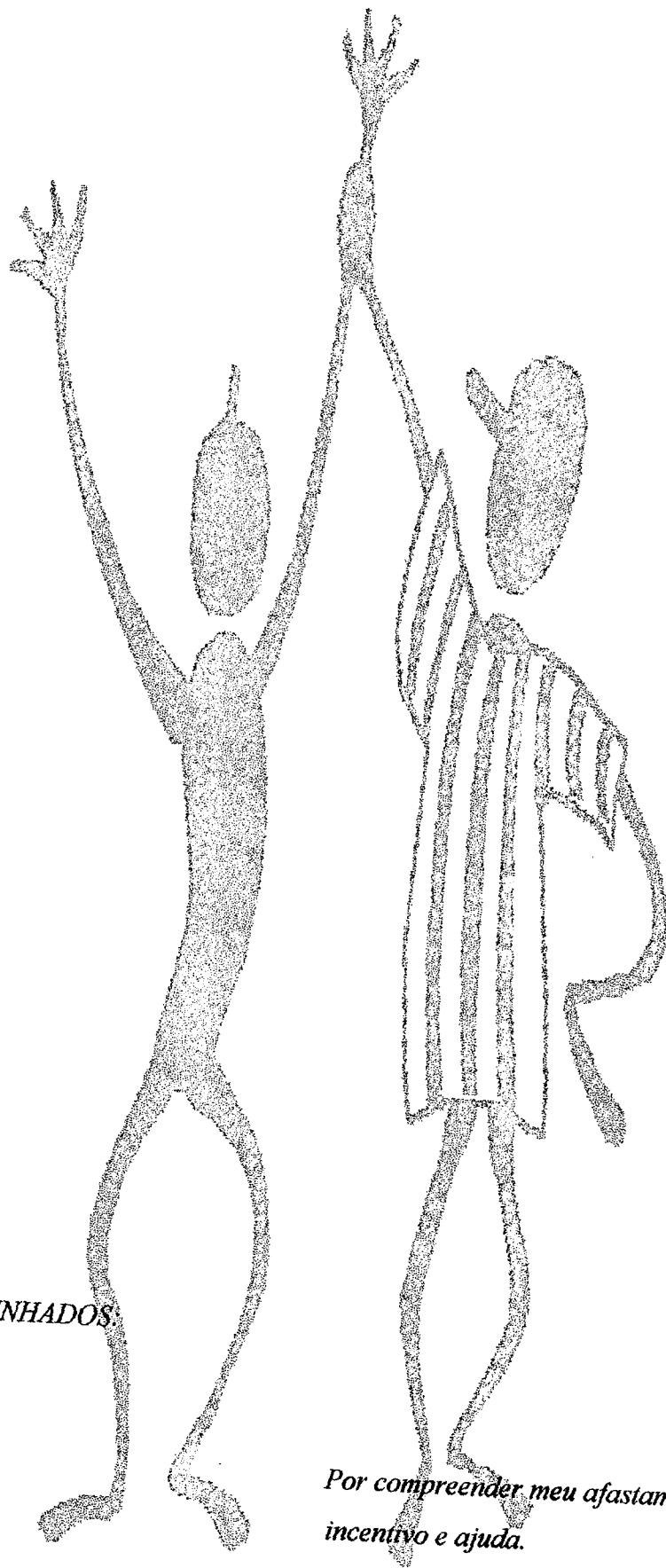
Fiz este trabalho para você.

*Porque atrás de um grande homem sempre
existe uma grande mulher.*



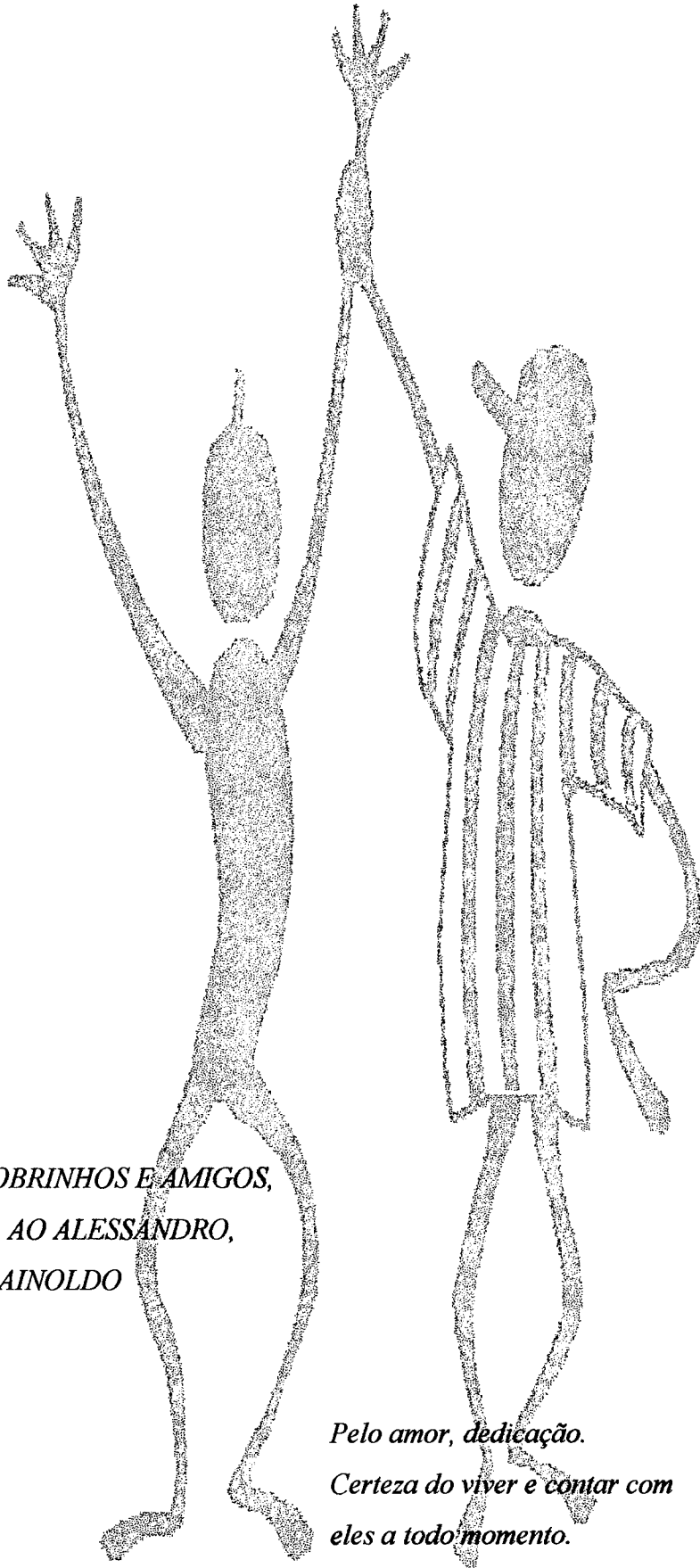
À MINHA MÃE:

*Por me educar e me encaminhar
no mais belo caminho da vida.
Um eterno obrigado.*



AOS IRMÃOS E CUNHADOS

*Por compreender meu afastamento,
incentivo e ajuda.*



*A TODOS OS SOBRINHOS E AMIGOS,
EM ESPECIAL, AO ALESSANDRO,
SAYONARA E RAINOLDO*

*Pelo amor, dedicação.
Certeza do viver e contar com
eles a todo momento.*



À ORIENTADORA E SUA FAMÍLIA

Familia Erdmann!

Descrever o perfil desta família é bastante difícil.

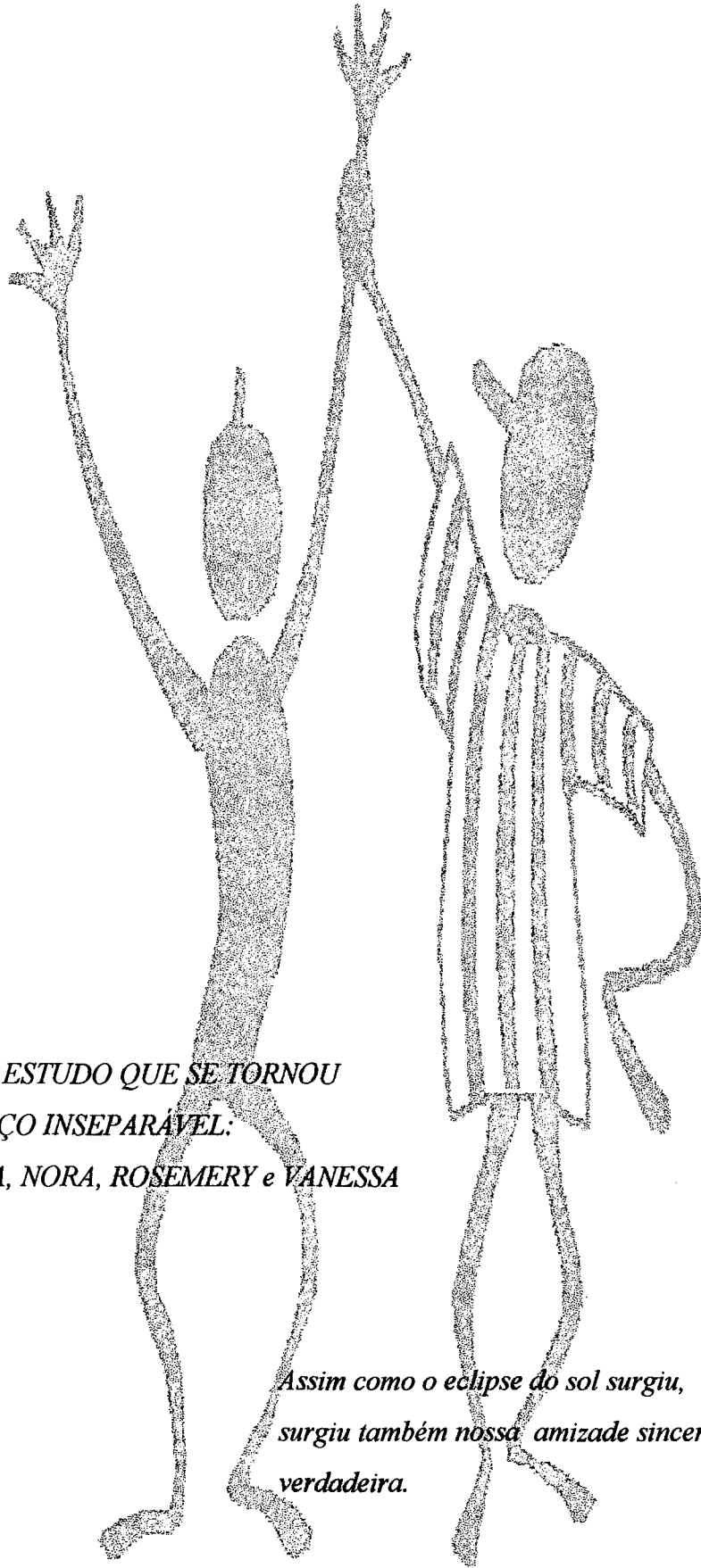
Seus membros Rolf, Alacoque, Anne Gabrielle, Thomas Rolf.

Que em muitos momentos os separei para tentar expor meus sentimentos, o meu muito obrigado.

Neste momento de agradecer, preciso ressaltar, particularmente, ao Rolf pela convivência, contribuições e orientações para a estruturação final deste trabalho.

À Alacoque os motivos de cada lembrança são tão expressivos que sempre estarão condenados a uma palavra, ou significado que possuem para quem viveu cada momento. Entretanto, gostaria de agradecer as orientações, convivência enriquecedora, paciência e habilidade.

Uma palavra poderia expressar minha admiração, sua grandeza interior, compreensão pelo ser humano. Você é gente. Muito obrigado por ter me ajudado a transformar o meu referencial em fato real. Sua pessoa inspirou o desenvolvimento deste trabalho, o meu crescimento e a constante valorização que tornaram possível a realização e apresentação deste trabalho.



*AO GRUPO DE ESTUDO QUE SE TORNOU
UM LAÇO INSEPARÁVEL:
FLÁVIA, NEUSA, NORA, ROSEMERY e VANESSA*

*Assim como o eclipse do sol surgiu,
surgiu também nossa amizade sincera, amiga e
verdadeira.*

Às professoras doutoras Eloita Pereira Neves Arruda e Maria Tereza Leopardi por acreditar no meu potencial, oportunizando-me o aperfeiçoamento contínuo do meu aprendizado.

Aos doutores Edson Pacheco Paladini e Zuleica Maria Patrício por aceitarem participar da Banca Examinadora e pelas relevantes contribuições na busca da satisfação como fator de conformidade para a enfermagem.

Ao doutorando Álvaro Pereira pelas contribuições durante a qualificação do projeto de dissertação à Banca Examinadora e pela disponibilidade e incentivo.

À Direção Geral do Hospital Governador Celso Ramos e todo o Corpo de Funcionários desta Instituição.

Aos colegas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do H.G.C.R, Neusa, Valter e Raquel, pela compreensão ao assumir de alguma forma, as minhas atividades, durante a elaboração deste trabalho participando, mesmo indiretamente, de minhas angústias, ansiedades, aflições e até nos meus excessos.

À Gerência de Controle de Infecção Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da UFSC em especial a VI fase.

À todos os Funcionários do Departamento de Enfermagem e pós Graduação de Enfermagem da UFSC.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesssoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

À turma de Mestrado da UNIVALI, em especial a: Aureo, Anita, Nazaré, Claudete e Márcia pela solidariedade, estímulo, sugestões e a amizade sincera.

Aos Clientes essência e o principal fator de satisfação deste trabalho. Sem os quais a enfermagem não teria sentido.

Às pessoas que direta ou indiretamente participaram deste trabalho por compreender o papel fundamental do enfermeiro.

Às acadêmicas de enfermagem: Michelini, Érica, Karin, Francis e Ivania pela inspiração na validação dos dados coletados.

À II Turma do Curso de Especialização em Qualidade e Produtividade da Engenharia de Produção pela amizade, incentivo, ajuda e a compreensão de nossa participação simultânea em dois cursos de Pós Graduação.

RESUMO

Neste trabalho, apresento uma experiência vivenciada pelo cliente interno (que representa o enfermeiro, que sou eu) e 13 clientes externos que se submetem a uma intervenção cirúrgica, com o objetivo de buscar um processo de melhoria contínua na comunicação entre clientes internos e externos submetidos ao ato de anestesiá-los/operá-los em um Hospital Geral da Grande Florianópolis. Foi desenvolvida uma metodologia para o aperfeiçoamento da comunicação de enfermagem com clientes cirúrgicos, a partir do modelo do ciclo PDCA que é um método de gestão e a elaboração do marco conceitual, associando a Teoria da Qualidade ao processo de comunicação na enfermagem cirúrgica, implementar o marco conceitual, apoiado no Ciclo ECAS (PDCA) e na perspectiva de verificar as melhorias na comunicação utilizando as ferramentas da qualidade, como um guia de orientação. O contato entre os clientes mostrou que, através do processo de enfermagem (comunicação enquanto processo social), foi possível compreender o processo de anestesiá-los/operá-los vivenciado pelo enfermeiro/cliente externo/famílias, fazendo um comparativo deste momento de hospitalização, com experiências anteriores, vivenciadas pelos clientes externos. A comunicação, enquanto processo social, desenvolveu-se em dois tempos. A primeira fase foi chamada de projeção, que através de observações foram levantados alguns problemas enfrentados pelo cliente durante a sua internação, o que propiciou a possibilidade de girar o ciclo ECAS, assim chamado o ciclo PDCA, neste trabalho. A fase de operacionalização começa, cujas estratégias já estavam definidas e conjuntamente com o marco conceitual foi possível acompanhar os clientes externos desde a sua hospitalização até o pós alta através de contatos telefônicos. O marco conceitual e o processo "A comunicação enquanto processo social", nos guiou na prática, contribuindo para descrever o fenômeno anestesiá-los/operá-los. Esta experiência foi descrita em todos os pontos de contatos, observando-se que a presença do enfermeiro junto aos clientes é de suma importância, diminuindo os estressores que representa para cada um o ato anestesiá-los/operá-los. Podemos considerar o marco conceitual, juntamente com o processo, um elo de ligação entre os clientes, e com a comunicação, enquanto processo social, se possa buscar a melhoria contínua para a satisfação. Esta convivência entre cliente interno/externo é fundamental no assistir/cuidar/praticar na busca da satisfação e a qualidade no conviver no anestesiá-los/operá-los. Analisando a sua praticidade, pudemos validar e verificar as melhorias na comunicação, utilizando as ferramentas da qualidade. Os resultados mostram que o marco conceitual elaborado e implementado, na prática, foi adequado, permitindo, além de sua validação, seu aprofundamento.



ABSTRACT

This work shows a experience which was lived by the internal client (wich represents the male nurse, that's me) and 13 external clients that would be submitted to a surgical intervention, with the aim of to search a continuous improvement to the nursing *communication with surgical clients, using the model of the cycle PDCA, and the elaboration of a conceptual framework, joining the Quality Theory to the communication* process in the surgical nursing, with the perspective of actuate with a orientation guide. The contact that happemed between the clients showed that by the communication, while a social process (nursing process), it was possible to understand the process to be anaestesiaded/to be submitted a surgical intervention, which was lived by the nurse/external client/families, doing a comparison of this moment, with past experiences, which were experienced by the external clients. The communication, while social process, was developed in two moments. The first phase was called projection, where by observations were-raised some problems, which the external client had to cope at their hospitalization, and it presented itself as an opportunity and the possibility to go round the ECAS cycle, that is the PDCA cycle, in this work. The phase of operacionalization begins, where the strategies were already defined, and united with the conceptual framework it was possible to follow the external clients, since their hospitalization till the discharge, by telephonic contacts. The conceptual framework, with the process "The communication while social process" guided us in the practical arena, contributing to describe the phenomena to be anaestesiaded/to be submitted to a surgical intervention. This experience was described in all the contact points, observing that the nurse's presence with the clients is very important, lowering the stressors that represents to each one the act to be anaestesiaded/to be submitted to a surgical intervention. It is possible to consider, that the conceptual framework, whith this process, is a link between the clients and the communication, while social process, which allows to reach a continuous improvement to the satisfaction. This close association between internal/external client is of fundamental importance at the to assist/to care/to practice, at the search of the satisfaction and quality in the close association at the experience to be anesthesiaded/to be submitted to a surgical intervention. Analysing its practicity, we could validate and verify the improvements at the communication, utilizing the tools of the quality. The results shows that the conceptual framework developed and implemented practically, were adequate, allowing beyond its validation, its view in deep.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - O TRILHAR DA PRÁTICA COMO PROFISSÃO.....	15
1. O CAMINHAR ENQUANTO PROFISSÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	22
CAPÍTULO II - A QUALIDADE NA COMUNICAÇÃO COMO PRINCÍPIO BÁSICO, MORAL E ÉTICO ENQUANTO SISTEMA CULTURAL.....	23
2.1 PRENÚNCIOS LEGAIS, ÉTICOS E MORAIS NA COMUNICAÇÃO ENQUANTO PROCESSO INTERATIVO.....	24
CAPÍTULO III - OS PILARES DE SUSTENTAÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM CIRÚRGICA.....	36
3.1 EM BUSCA DE CONHECIMENTOS.....	37
3.2 DOS PROCESSOS SOCIAIS À COMUNICAÇÃO	39
3.3 BUSCANDO CONSTANTE MOTIVAÇÃO.....	46
3.4 EMPENHANDO-NOS NA BUSCA DE MELHORIAS.....	51
3.5 A QUALIDADE E SUA EVOLUÇÃO NO DECORRER DO TEMPO.....	60
3.6 FERRAMENTAS DA QUALIDADE ENQUANTO SUPORTE PARA A COMUNICAÇÃO...71	
CAPÍTULO IV - PROPOSTA DE ASSISTIR O CLIENTE/FAMÍLIA NO ATO ANESTESIAR OPERAR.....	87
4.1 - MARCO CONCEITUAL.....	88
4.1.2 - PRESSUPOSTOS, CRENÇAS E VALORES.....	89
4.1.3 - DEFINIÇÕES DOS CONCEITOS.....	92
4.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	110
CAPÍTULO V - O CUIDAR/ASSISTIR/PRATICAR AOS CLIENTES QUE SÃO SUBMETIDOS AO ATO ANESTESIAR/OPERAR.....	117
5.1 FASE DE OPERACIONALIZAÇÃO.....	118
CAPÍTULO VI - REFLEXÕES SOBRE A COMUNICAÇÃO ENQUANTO PROCESSO SOCIAL: COMPORTAMENTO HUMANO, CULTURA E MITOS, SUGESTÕES DE CONTINUIDADE	163
6.1 PONTOS REFLEXIVOS SOBRE A PROPOSTA E SUGESTÕES DE CONTINUIDADE....	164
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	169
ANEXOS.....	173



CAPÍTULO I - O TRILHAR DA PRÁTICA COMO PROFISSÃO

Neste capítulo, pretendo mostrar o meu caminhar na enfermagem enquanto profissional e, a partir de observações, problematizar e descrever os motivos que me induziram a trabalhar a comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica.

Relato neste capítulo minha inquietude quanto à interação/comunicação entre os clientes internos (todo o pessoal pertencente à instituição hospitalar) e os clientes externos (todos os que não pertencem à instituição hospitalar, mas estão envolvidos no sistema direta ou indiretamente). Este relacionamento está voltado principalmente para a solução do problema que no momento o incomoda, porém sem se preocupar com a causa que levou a este problema.

Pensando numa comunicação eficiente é que queremos, construir uma integração dos elementos envolvidos na medida em que focalizo como questão central do estudo a qualidade na comunicação. Usa-se o referencial da melhoria contínua da comunicação no cuidado de enfermagem cirúrgica (centro cirúrgico e unidades de internação cirúrgica) entre os clientes internos e externos visando a satisfação destes clientes, segundo suas necessidades e expectativas através do ciclo PDCA que é um método de gestão. O “controle de processo” é exercido através do CICLO PDCA que é composto de quatro fases básicas (PLAN, DO CHECK, ACTION) ou seja: planejar, executar, verificar e atuar corretivamente.

O CAMINHAR ENQUANTO PROFISSÃO

Ao iniciar minha trajetória como profissional de saúde, um fato curioso me fez relembrar minha infância.

Enquanto garoto, lembro-me que qualquer gota de sangue que via jorrar em alguém era suficiente para me sentir mal e, às vezes, até desmaiar.

Num certo dia, em janeiro de 1972, algo me despertou para que eu viesse a prestar concurso na então Fundação Hospitalar de Santa Catarina para ingressar na Enfermagem como atendente. Ao ser aprovado, naquela época, em casa as brincadeiras eram as mais diversas em relação ao fato acima exposto.

No dia em que soube do resultado e da minha aprovação, iniciou o meu caminhar e a minha pequena parcela de contribuição à Enfermagem. Já decorreram 24 anos na profissão. Nos anos 70 surgiram os primeiros cursos de técnico de enfermagem. Ingressei no ano de 1975 e me formei em 1976. Como não havia vaga para técnico no hospital onde trabalhava e como não queria ser transferido para outra unidade hospitalar, atuei ainda até agosto de 1979 como atendente. Como trabalhava num hospital que muito me ensinou e do qual ainda hoje guardo lembranças, não queria ser transferido para outra unidade hospitalar. Mas como naquela época era difícil surgir vaga, a solução cabível seria a minha transferência.

Em setembro de 1979 foi então realizada a minha transferência para a unidade hospitalar onde atuo até hoje e que também muito contribuiu para a minha formação. Iniciei então no Setor de Emergência como Técnico de Enfermagem atuando nesta função até 1988. Neste período, prestei vestibular para o curso de enfermagem em (1983), graduando-me em agosto de 1987. Como enfermeiro assumi a chefia da Unidade de Centro Cirúrgico neste mesmo ano.

Por ser o Centro Cirúrgico uma unidade especializada, quando designado para chefiar este setor senti que não estava preparado para tal incumbência, porque nossa formação como aluno de graduação se restringe a um pequeno estágio e não nos prepara para tal.

Minha preocupação era então especializar-me e aprofundar-me em assuntos que pudessem capacitar-me para isto. Foi quando, ao participar de uma jornada em Centro

Cirúrgico na Cidade de São Paulo, que soube de um Curso de Especialização na área que, para minha sorte, iria abrir agosto de 1988, na Escola de Enfermagem da USP. Mobilizei-me, preparei-me para a seleção, fui aprovado, e o conclui em novembro de 1988.

Como chefe e Coordenador do Centro cirúrgico atuei até outubro de 1992, quando comecei a atuar no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, permanecendo até os dias atuais neste setor. Nova caminhada me levou a novos aperfeiçoamentos e desafios. Hoje, além de atuar no Serviço, faço parte de uma Comissão de Avaliadores em Controle de Infecção na Secretaria de Estado da Saúde e Pesquisador em Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde.

Durante toda a minha vida profissional e visitas aos mais diversos setores de saúde, principalmente em Hospitais do Estado e também aos mais variados municípios Nacionais, sempre me chamou a atenção a maneira como se dá a interação/comunicação entre o pessoal de enfermagem, em particular, com a pessoa doente e seus familiares.

Minha inquietude maior é que sempre percebo que essa interação/comunicação está voltada principalmente para a solução do problema que no momento o incomoda, porém dificilmente alguém se preocupa com a causa que o levou a este problema!

Portanto, quando participei da primeira seleção de mestrado, já tinha como foco do meu estudo a comunicação, mas como iria desvelar esta situação é que me deixava um tanto confuso, porque a minha intenção era trabalhar a qualidade da mesma.

Novamente me via diante de situação constrangedora para a busca de caminhos que somente na literatura não iria encontrá-la, portanto mais uma vez senti necessidade de procurar algo que me desse subsídios para o meu caminhar. Novamente a sorte estava ao meu lado, pois estava sendo oferecido na engenharia de produção da UFSC o segundo curso de especialização em qualidade e produtividade no qual participei paralelamente ao mestrado, fazendo assim dois cursos de pós-graduação simultaneamente. Assim, pude juntar o útil ao agradável e me sentir a vontade, para no decorrer dessa dissertação, mostrar a importância da comunicação enquanto modelo de satisfação entre as pessoas.

Após a conclusão da especialização me sinto a vontade e tenho subsídios para poder traçar os objetivos que me levaram à elaboração desse estudo intitulado "*A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM CIRÚRGICA*".

Atualmente, acompanhando o cliente cirúrgico na investigação da ferida cirúrgica enquanto controle de infecção, percebo o quanto se torna importante as orientações dadas a ele e sua família e a maneira pela qual são absorvidas estas informações.

Estamos vivendo um momento em que as mudanças vêm ocorrendo com uma velocidade muito acentuada, e às vezes, até assustadora; um momento em que a tônica das discussões nos mais diversos setores de produção e de prestação de serviço é a melhoria da qualidade. Existe um consenso entre aqueles que discutem a qualidade, ao considerar que o enfoque deve se dar no processo e não apenas nos resultados. Ao se discutir a melhoria de qualidade em saúde, este princípio fica ainda mais compreensível, uma vez que falhas no processo de prestação de cuidado ao cliente (todas as pessoas envolvidas no processo) podem representar danos irreversíveis como resultado.

No mundo atual de competições, avanços tecnológicos, clientes mais exigentes e, querendo cada vez mais a sua satisfação, é importante que todos compreendam a importância da qualidade no cuidado da assistência prestada. A instituição, com sua história, cultura e filosofia, precisa utilizar o processo de mudança/evolução/crescimento para poder endereçar as questões críticas ao sucesso em forma não prescritiva, mas flexível.

Segundo Salzano (1994, p.21), “o corpo de conhecimento em enfermagem que deve embasar as ações do enfermeiro encontra-se em um contínuo desenvolvimento, o importante é que, nós enfermeiros, saibamos como implementá-la na nossa atividade diária para alcançarmos nossa finalidade maior, a melhoria da qualidade de vida de nossa população”.

No gerenciamento do cuidado do cliente, o enfermeiro é o principal responsável pela utilização do produto, cabendo a ele conhecer todos os fatores implicados para subsidiar o cuidado da assistência do cliente da melhor qualidade. É importante ressaltar o preparo que deve ter o profissional que irá coordenar esta atividade.

A ação dos profissionais de enfermagem nos programas de saúde parece ser um tema simples, mas, na realidade, consiste num problema complexo, dando margem às várias interpretações. Diríamos que a ação integral dos profissionais de enfermagem nos programas de saúde defronta-se com uma série de obstáculos no dimensionamento de sua operacionalização e isto deve-se a um conjunto de fatores que refletem a estrutura na qual estamos inseridos. O modelo de prestação de serviço de enfermagem voltado para as atividades de caráter coletivo é quase que inexistente, em nossa realidade atual. O que se tem observado é uma escassez de recursos humanos de todos os níveis. Esta escassez é muito questionada porque o enfermeiro tem que se adaptar e a sua insegurança se traduz no fato de que sempre há falta de pessoal. Nota-se a predominância de uma mão-de-obra

elementar não qualificada e, portanto, mais barata, além de uma carência de profissionais de nível superior.

Neste contexto, podemos ressaltar que todo o trabalho dentro do hospital deve ser em equipe e que todos devam estar motivados e satisfeitos com aquilo que fazem. Só assim, teremos um trabalho com qualidade, onde conseguiremos entender/compreender o quanto da importância desta interação para a satisfação dos clientes internos/externos.

Se considerarmos o hospital como macro sistema, teremos todas as suas unidades como sendo um sistema. O centro cirúrgico e as unidades de internação cirúrgica são caracterizados neste contexto como um sistema sócio-técnico-estruturado, composto de subsistemas, entre eles metas e valores, tecnológico, psicossocial, estrutural e administrativo. Esses subsistemas são igualmente importantes para o funcionamento do centro cirúrgico e das unidades de internação cirúrgica, porque de sua interação dependem os resultados que dele se espera. Ou seja, o cliente a ser operado, com todos os recursos humanos e materiais necessários para minimizar as ocorrências de situações que possam colocar em risco sua integridade física e psicológica, devolvendo-o a comunidade sem nenhuma mutilação ou risco que venha a comprometer sua qualidade de vida.

Segundo Aidar (1994, p. 62), “A partir da concepção da organização como um sistema aberto, em interação constante com seu ambiente, outros autores passaram a buscar maior compreensão de como o subsistema técnico ou tecnológico se interrelaciona com o subsistema social ou humano, dentro e fora da instituição”

Olhando por este prisma, podemos perceber que a instituição não é somente tecnológica, nem social. A organização constitui uma estruturação e unificação de várias atividades humanas em torno de avanços tecnológicos. Aidar refere-se ainda, que “enquanto o subsistema tecnológico envolve especialização dos conhecimentos e aptidões necessárias, o subsistema social é composto pelas interações, expectativas e aspirações, opiniões e valores de todas as pessoas que fazem parte da organização”. O mesmo autor, quando se refere à qualidade como parte de um sistema, diz que o mesmo necessita de técnicas e programas estruturados, que caracterizam sua eficiência potencial da mesma forma que requer o comprometimento das pessoas que transformarão sua eficiência potencial em eficiência real.

Portanto, a comunicação na enfermagem abrange um sentido mais amplo, que é o

relacionamento, este como um processo de interação, afinidade, conhecimento recíproco, compreensão e aceitação entre enfermeiro-cliente e familiares. Este relacionamento enfermeiro/cliente só tende a melhorar a compreensão, diminuindo assim as crises existentes e esclarecendo o cliente e deixando-o a par de seu estado atual.

Para Ursi & Macul (1987), “A fase crítica para o doente concentra-se no período pré-operatório, portanto, a atuação da equipe de enfermagem nessa fase visa minimizar este quadro, aumentando a confiança, segurança, auto-estima e aceitações do doente”. Porém, entre as unidades de internação e centro cirúrgico, há pouco intercâmbio de comunicação, sendo esta deficiente. Observa-se que, além do enfermeiro de centro cirúrgico ter pouco tempo disponível e uma sobrecarga de serviço, raramente se empenha em implantar um sistema de assistência de enfermagem ao paciente dentro do centro cirúrgico, implicando numa deficiente informação do paciente, principalmente nas referentes às necessidades emocionais, tendo em mãos somente informações obtidas no prontuário e que quase sempre estão distribuídas de forma desorganizada.

A comunicação é a maneira mais eficaz que o ser humano encontra para se relacionar em seu meio ambiente, é através dela que podemos entender, compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas. É com a comunicação que o ser humano define suas metas, objetivos e retroalimenta seus valores, tendo como intercâmbio nas suas mensagens as influências do seu comportamento. Muito embora a linguagem seja considerada um dos mais importantes meios de comunicação, ela não é o único, podendo ser utilizados símbolos e gestos.

Podemos argumentar que os problemas sociais mais prementes dizem respeito às relações entre pessoas e que estas são partes essenciais e centrais da natureza humana.

Como em toda e qualquer atividade humana, o sistema de comunicação na unidade de internação cirúrgica e centro cirúrgico é de vital importância para o bom desenvolvimento das atividades.

O mais importante é que se estabeleça um sistema de comunicação efetivo, funcional, não só na própria unidade, mas em relação às demais unidades, para obter maior segurança e maior rapidez nos procedimentos realizados.

O hospital depende da comunicação entre seus clientes para atingir o objetivo comum, isto é, a qualidade na prestação de cuidados na assistência. As equipes de

enfermagem das unidades cirúrgicas de internação e do centro cirúrgico precisam estar trabalhando em harmonia.

Analisando a comunicação como uma tentativa de definir a natureza ou aspectos de uma relação em duas formas, complementar e simétrica, podemos inferir que, na prática, no que concerne ao relacionamento enfermeiro/cliente, a situação é inversa: não se verifica alternâncias entre os dois tipos de relação, e sim tendências para uma só direção, onde o enfermeiro ocupa a posição superior da relação.

Pensando numa eficiente comunicação é que queremos, construir uma integração através de um processo de melhoria contínua na comunicação entre clientes internos e externos submetidos ao ato de anestesiari/operar em um Hospital Geral da Grande Florianópolis. quando focalizo como questão central neste estudo a qualidade na comunicação, sendo que, para isto, é preciso promover a melhoria contínua da comunicação no cuidado de enfermagem cirúrgica (centro cirúrgico e unidades de internação cirúrgica) entre os clientes internos e externos visando, a satisfação destes clientes, segundo suas necessidades e expectativas através do ciclo PDCA que é um método de gestão. O “controle de processo” é exercido através do ciclo PDCA que é composto das quatro fases básicas (PLAN, DO CHECK, ACTION) ou seja: planejar, executar, verificar e atuar corretivamente, que é a forma mais simples e reduzida do ciclo.



OBJETIVOS

- Desenvolver uma metodologia para o aperfeiçoamento da comunicação de enfermagem com clientes cirúrgicos a partir do modelo do ciclo PDCA.
- Elaborar um marco conceitual associando a Teoria da Qualidade ao processo de comunicação na enfermagem cirúrgica.
- Implementar o marco conceitual, apoiado no Ciclo ECAS (PDCA).
- Verificar as melhorias na comunicação utilizando as ferramentas da qualidade.



CAPÍTULO II - A QUALIDADE NA COMUNICAÇÃO COMO PRINCÍPIO BÁSICO, MORAL E ÉTICO ENQUANTO SISTEMA CULTURAL

Neste capítulo, faço considerações sobre a enfermagem inserida dentro da ética do mundo.

Situo o papel da Enfermagem e sua história ética dentro da organização, assim como a valorização do trabalho da enfermagem brasileira. Além de alguns pontos para reflexão enquanto dilema ético e os artigos em que o enfermeiro pode ser penalizado ou ter suporte de defesa, assim como os códigos em que o cliente pode responder enquanto aos cuidados com a má qualidade.

Enfocamos o Código de Ética de Enfermagem, Código do Consumidor como também a Constituição da República Federativa do Brasil e o Código Penal e Civil como recursos que nos guiam.

PRENÚNCIOS LEGAIS, ÉTICOS E MORAIS NA COMUNICAÇÃO ENQUANTO PROCESSO INTERATIVO

A enfermagem, assim como qualquer outra profissão, está inserida dentro da ética do mundo. Ética esta que já nasce com o ser humano. São suas crenças e valores, a maneira de ver o mundo, os costumes que estão inseridos dentro da cultura de cada povo.

Gelain (1995, p. 10) acredita que a história da ética da enfermagem brasileira pode ser refletida quer a partir dos modelos éticos que foram trabalhados ao longo dos anos, quer através do enfoque dado pelos Códigos de Ética de Enfermagem ou ainda pelo ensino, pela assistência e pela pesquisa.

Para entender a dinâmica e evolução da ética como fenômeno cultural na enfermagem, devemos compreender o seu significado. Para Watanabe (1985, p. 54), a compreensão do tema “ética” depende de alguns conceitos a respeito de ética e moral, que servirão de base para as discussões posteriores.

Watanabe (1985, p. 54), ao citar Haring apud Gelain, “Ethos compreende os comportamentos que caracterizam uma cultura, um grupo profissional, enquanto faz uso de alguns valores e uma escala deles. Pode-se falar em Ethos do advogado, do militar, do médico”.

Watanabe (1985, p. 54), procurando desenvolver um referencial sobre o Ethos da enfermagem, diz que “é fonte dos princípios morais que orienta a ação do enfermeiro, tendo a vida como valor ético fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerce da integração enfermeiro paciente.

Aproveitando nossas observações dentro deste referencial, podemos citar Paixão in Watanabe (1985, p. 54), quando relata que “na ética podemos encontrar postulados de valores que norteiam as ações dos membros de uma sociedade e que, quando pertencentes ao campo científico, não podem ser contestados”.

Podemos perceber que neste contexto o ser humano se insere num conjunto cultural, onde suas crenças e valores repercutem sobre a organização social que ele sustenta. Portanto, o referencial colocado por Watanabe dá a entender que uma das funções é dar um sentido a suas relações com a natureza. E ao mesmo tempo nos fornecesse, como fala Watanabe (1985, p. 54), em todos os casos, a idéia de moral está ligada às idéias de liberdade e responsabilidade. A liberdade deve existir para que o indivíduo possa escolher o ato moral entre outros inúmeros atos possíveis. Essa opção somente será completa se o

indivíduo, além de livre para escolher, for totalmente responsável, quer pelas suas ações, quer pelas conseqüências das mesmas.

Apoiando nas ciências do comportamento organizacional, estas deram contribuições teóricas e práticas para desenvolver, ao longo do tempo, proposta orientada para o desenvolvimento de uma melhor compreensão do comportamento humano. Na prática, muitas vezes, a sua utilização é satisfeita através de técnicas de motivação, liderança e comunicação. Para Chanlat, os conhecimentos oriundos do sistema de representações simbólicas são o que chamamos de “ciências”, para a natureza, de “consciência”, para as relações sociais, e de “metaciência” para o sistema de representações simbólicas. O conjunto destes conhecimentos confere ao mesmo tempo uma competência social ao indivíduo e um sentido a sua ação sobre a natureza.

Quando nos referimos ao comportamento como característica pessoal, temos o respeito como importante princípio ético que é visto como um direito do ser humano.

Como princípio moral básico adquirido pela cultura ocidental, o respeito é contestado diante de alguns eventos com tendências peculiares quanto à internação, onde, no seu ritual, o cliente passa muitas vezes, do estado de pessoa ao de objeto de cuidados, tendo perdido sua característica de pessoa humana. A violação de sua privacidade é um atentado à sua dignidade, não pelo ato, mas pela maneira como isto ocorre. Assim o cliente poderá sentir-se humilhado, invadido e despersonalizado.

Precisamos procurar alternativas para que haja uma transformação sociocultural, diminuindo assim a instabilidade econômica e política que muitas vezes interfere e distancia o social que se manifesta pelo desprezo, a violência generalizada, o descaso pela vida, a irresponsabilidade social nas relações individuais, que se traduz pelas diferenças nas relações sociais.

Além disso, o enfermeiro e o cliente muitas vezes se confrontam em múltiplas e complexas situações com necessidades de compatibilizar o respeito dos valores humanos.

Ao considerarmos os valores humanos como universais, eles são únicos para cada indivíduo, mas nascem geralmente dos valores básicos de cada cultura.

Assim, os limites impostos às suas decisões pelos condicionamentos, normativos das instituições levam, muitas vezes, em prejuízo dos interesses dos próprios clientes.

Neste sentido, pode-se dizer que os sistemas de valores são ajustados às necessidades dominantes. Correm o risco de sofrerem alterações no decorrer do tempo, perdendo sua definição ética enquanto valores, porque induzem a comportamentos

rotineiros, transformando o cotidiano hospitalar onde a dimensão de cuidado em que os gestos se tornam repetitivos, banais, estereotipados e as vezes atentatórios ao respeito pela dignidade dos clientes.

Neste contexto, podemos afirmar que o respeito pode e deve ser entendido como a arte da conduta. A relação entre os técnicos de saúde e o doente deve ser vivida num ambiente de calor humano, para a manutenção da dignidade e da auto-estima. Este ambiente passa por atitudes básicas verbais e não verbais, como seja um sorriso, um aperto de mão, a cortesia, a disponibilidade, a simples delicadeza de bater à porta, a de chamar o doente pelo nome que prefere, de encorajar a sua individualidade.

Quando falamos de crenças e valores, onde o respeito deve ser um ato comportamental de uma cultura, não podemos deixar de considerar alguns pontos, como ressalta Chanlat (1990, p. 18), que os acontecimentos dramáticos que se observa universalmente, quer se trate da deterioração da condição física, psíquica e cultural de grande parte da humanidade, da violência dos conflitos que minam todos os patamares da sociedade, das ameaças que planam sobre o equilíbrio ecológico do globo e do estado de confusão que reina ao nível dos valores morais e éticos, exigem imperiosamente que nos interroguemos, com maior rigor, sobre as conseqüências do triunfo do economismo de vista curta e sobre as finalidades da empresa, instituição que acabou por se transformar no pivô em torno do qual todas as outras instituições gravitam.

Com bases nas leis universais, todo o componente enquanto profissão deve estar galgado em leis naturais que irão nortear e lhe oferecer um referencial nas tomadas de decisões.

Para Chanlat (1990, p. 19), esta tomada de posição em relação às dimensões do indivíduo nas organizações exige a adoção de um modo de pensar interdisciplinar que coloque em estreita relação as diferentes perspectivas e que manifeste igualmente o interesse por detalhes e por aspectos concretos de cada situação.

Neste contexto, Gelain (1995, p. 10) diz que a preocupação ética é a da sociedade em abundância e liberal. Procuram-se razões que justifiquem, em termos éticos, um liberalismo e ainda justifiquem o "status quo", isto é, a permanência da situação como está.

Diante disso, Chanlat (1990, p. 19) vai mais além, dizendo que o prosseguimento desta tomada de posição que coloca em relevo o papel e o equilíbrio psíquico das pessoas e a compreensão das particularidades do ambiente significa também que se manifesta a preocupação, em todos os momentos, pelas questões éticas que devem ser consideradas

como elemento central de reflexão sobre problemas de gestão, tendo como objetivo primordial promover uma verdadeira ética das relações quotidianas.

Ao mencionar as relações quotidianas, como coloca Chanlat, ao fazermos uma viagem dentro da organização, temos que levar em conta o significado de organização que para Chanlat (1990, p. 49), é uma forma de ação coletiva e que não existe nenhuma razão para considerá-la a priori como forma de ação de segunda categoria em relação ao sujeito. Onde a organização realiza uma ação, é uma realização concreta, da mesma forma como esta seria para o indivíduo. Existe, entretanto, uma diferenciação entre os dois. Enquanto no primeiro caso esta ação implica uma estabilização das relações de poder num contexto organizacional - logo entre numerosas subjetividades - no segundo caso trata-se de uma subjetividade única. Encontra-se esta ideia na linguagem ordinária da teoria das organizações. A definição comum das organizações enquanto entidades formais e orientadas para este fins precisos reconhece na sua dinâmica a natureza contingente da organização. O que frequentemente é problemático com este gênero de definições é que elas são construídas de tal maneira que aceitam esta hipótese. A racionalidade é frequentemente considerada como uma característica constitutiva das organizações. Como isto devesse ser claro não somente para os críticos radicais, esta ação organizacional premeditada depende em primeiro lugar da subordinação das diferentes partes da organização. É sempre a realização desta subordinação, cuja variabilidade é continuamente marcada por uma dialética do poder e da resistência, que se situa no cerne de toda ação coletiva organizacional.

A organização com sua história, filosofia e missão tem compromisso de ajustar os interesses coletivos para um desenvolvimento com eficácia, efetividade em todos os segmentos, buscando assim um marco que servirá de guia para um modelo Solidário entre o profissional e o usuário no esforço de alcançar uma melhor qualidade nos cuidados de enfermagem na assistência e ter uma preocupação mais significativa com a questão social.

Como todas as profissões, a enfermagem tem imbutido em seus alicerces seus valores, suas crenças e o ser humano como instrumento de trabalho. Assim podemos relacionar alguns desses valores profissionais: Valores profissionais: A vida e a saúde, a prudência, a honra, a pontualidade, a lealdade à instituição, a verdade e a sinceridade, a solidariedade, paciência e bondade, o respeito à condição humana (religião, crenças e costumes), a responsabilidade, atuar como elemento de mudança na comunidade, velar pelo engrandecimento da profissão, ajudar no crescimento profissional dos colegas e respeito ao campo profissional de outros profissionais.

Diante desses valores, os profissionais se defrontam com alguns dilemas ou situações que as vezes não conseguem respostas para solucioná-las.

Para Moscovici (1993, p. 37), o homem tem-se defrontado com dilemas durante toda a sua vida. Desde simples dúvidas, perplexidade, inquietações até profundas questões vitais têm marcado a existência humana. A escolha entre isto ou aquilo suscita certo receio, medo de errar, de não fazer a escolha melhor, mais adequada, de sofrer conseqüências desagradáveis, de arrepender-se. Enquanto não se faz a escolha, a tensão interior aumenta, tornando-se desconfortável e forçando, muitas vezes, uma escolha apressada somente para escapar dessa condição.

Este emaranhado de situações conflitantes que muitas vezes levam o profissional enfermeiro a refletir a sua postura e a maneira como ele tenta procurar soluções para o grupo. Estas reflexões relembram como ressalta Chanlat (1990, p. 56), as pessoas não se reduzem a ser apenas mão-de-obra ou criadores de significações. Elas são, necessariamente, ao mesmo tempo sujeitos dos dois e submetidas subjetivamente aos dois, ou seja, elas se definem como mão de obra e ao mesmo tempo como portadoras de diferentes identidades sociais múltiplas e interligadas. Esta identidade baseia-se em etnia, sexo, idade e em fenômenos que se expressam na cultura e em estilos de vida hierarquizados distintos, aos quais correspondem bens particulares, e no capital cultural. Estas identidades sociais formam complexos relacionais que limitam a ação organizacional, determinam o papel de cada um, a maneira, o momento e o lugar, qualquer que seja o objeto ou a ação, a despeito de algumas interdições ou aceitações de identidades sociais que se possam observar em algum tipo de prática.

Estas identidades serão tão mais visíveis quanto mais socialmente reconhecidas e produzem repercussões organizacionais. Se outros traços físicos, como por exemplo, a cor dos olhos, a altura ou a fisionomia, podem constituir aspectos da individualidade corporal ou da cognição organizacional, isto ocorre raramente.

Do ponto de vista individual, é a relação empregador-empregado que é central, pois é ela que fundamenta o contexto de onde vão emergir outras formas de relações sociais organizadas - aquelas que estão contidas na forma de ação dos sindicatos e do movimento operário e no Estado e sua delimitação da cidadania. É pela questão da propriedade ou da não-propriedade, como pelo poder mais ou menos forte que exerce o pessoal sobre os métodos de produção, poder definido em função de exigências formais e informais como em função de qualificações diversas, que outras formas de identidade podem surgir da vida

organizacional.

Neste momento o enfermeiro deve estar preparado para assumir posição que eticamente lhe dá o poder de escolha de decisão. Para tanto, Moscovici (1993, p. 37) coloca que toda decisão envolve uma escolha entre duas ou mais alternativas e por isso constitui uma situação de tensão. Se prolongada e intensa, pode determinar um estado de stress, enquanto não se consegue resolver o conflito interno que se instalou.

O conflito terá maior ou menor impacto, dependendo de variáveis situacionais tais como motivação da pessoa, importância do alvo, consequências prováveis, valores éticos, recursos e energia necessários para cada alternativa.

Mas se nesse momento não estamos alicerçados para tomarmos as decisões cabíveis, nossas atividades serão essencialmente de produção, mas o sistema de crenças dirá como produzir e sobretudo quando produzir. Portanto, Chanlat (1990, p. 87) diz que decorre daí uma produção sem fim, perpétua, pois nunca se consegue satisfazer necessidades ilimitadas.

O sistema de crenças terá por função dar sentido aos objetivos assim produzidos, conferindo-lhes destarte um valor social. Consequentemente, tratar e compreender o valor simbólico dos produtos de uma certa cultura é achar as chaves que nos fornecerão a compreensão desta última. Isto vem reforçar a importância do sistema de crenças que dá sentido às atividades do homem. Para Chanlat (1990, elas também governam as relações que mantêm com seus semelhantes, a medida que lhes fornecem modelos de interação, que se cristalizam em instituições. Cultura e sociedade formam, pois, o sistema social dentro do qual o indivíduo se insere em graus variáveis.

Dentro deste sistema social onde se reconhecem os direitos fundamentais, como sejam a vida, a saúde, a morte, a dignidade e identidade, tem-se uma crescente ênfase nos direitos humanos, um dos quais é o de a pessoa dispor do seu corpo, necessitando qualquer técnico de saúde de assentar a sua ação no consentimento do doente.

Na sua área de intervenção, o enfermeiro, além de ter de tomar em consideração o diagnóstico clínico e os traços de personalidade do doente, tem de ter em atenção o seu nível de cultura e o de todas as pessoas a que está submetido, em suma não apenas o psicológico, mas também o sociopsicológico.

O respeito pela vida humana é o ponto forte para nós enfermeiros, principalmente para as camadas carentes onde as pessoas não dão muita atenção a este fator, portanto, o respeito dedicado à integridade física tem como resultado a valorização do trabalho da

enfermagem pela sociedade.

A maioria dos nossos problemas de comunicação são decorrentes da falta de prática da arte de ouvir com a devida atenção. Talvez o fato de considerarmos a comunicação como nada mais do que transmissão de informações e conhecimentos de uma pessoa para outra, o que, muitas vezes, não produz o efeito desejado e acusamos quem a enviou de não ser bom comunicador; entretanto, é possível que a culpa não seja do emissor/do receptor que não prestou atenção ao que lhe foi comunicado.

Num processo interativo enfermeiro/cliente, precisamos aprender a ouvir atentamente o que nos dizem, sendo essencial para conseguirmos bom relacionamento com os outros para atingir nossas metas. Para se ouvir atentamente é indispensável não somente levar em conta as palavras de quem fala, mas, também, compreender os fatos e os sentimentos que as inspiram. É preciso haver demonstração de verdadeiro respeito pelo valor do interlocutor, levando em consideração o seu direito e confiança na capacidade para dirigir sua própria vida.

A mudança institucional da libertação individual de processos estagnadores da própria realização pessoal, o olhar as práticas quotidianas como quem diagnostica uma situação são atos ou processos onde ocorre alteração ou modificação de uma situação existente, tornando-se diferente.

O método é a maneira sistemática e ordenada de determinar problemas, fazer planos para resolvê-los, executar esses planos ou delegá-los a outros e, por fim, avaliar sua extensão, se houve eficácia na resolução do problema. É o caminho pelo qual fazemos algo. Tudo isto vindo com a história da vida da gente (comportamento), exige olhar para as nações de bem e de mal, de justo e injusto. O “modo de ser” ou “caráter” é um conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos numa sociedade, permanecendo por muito tempo, juntamente com a cultura, que são os valores, crenças, normas e prática de vida que não separa o pensar do saber.

Podemos dizer que a responsabilidade tem significado de obrigação, encargo, compromisso ou dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se convencionou que deva ser satisfeita ou executada ou, ainda, suportar as sanções ou penalidades decorrentes dessa obrigação.

No decorrer da evolução científica e tecnológica que o mundo atual experimenta, trouxe, para a enfermagem, transformações e grandes modificações no papel do enfermeiro, em particular. Todos esses progressos foram possíveis através do homem para o próprio

homem. Havendo também profundas modificações em suas condutas, sua maneira de pensar e até mesmo em suas crenças.

Vendo o ser humano como parte e deixando às vezes de olhar o indivíduo como um todo, em seus aspectos humanos, éticos e religiosos, dando mais importância à máquina do que a si próprio.

A responsabilidade envolve o aspecto do dano ou do prejuízo produzido por alguém que violou direito de terceiros. Sempre que ocorrem tais danos ou prejuízo, cabe reparação, restauração, ou indenização do mal causado. Não haverá responsabilidade jurídica se a violação de um dever não produzir dano, seja pessoal, material ou moral. E, se não nos dermos conta de nós próprios, como poderemos agir em relação aos outros? Como podemos mudar, transformar o nosso estilo, os padrões rotinizados do nosso comportamento? Da mesma forma a auto-realização é entendida em termos de um equilíbrio entre oportunidades e riscos.

O comunicar faz parte do dia-a-dia de todos nós, homens que vivemos em sociedade; a comunicação é um componente essencial da vida de cada um.

Quando falamos no homem e na humanização, é importante deixarmos de informar e passarmos a comunicar com quem estamos diariamente.

Saber comunicar-se é uma arte, de qualquer maneira estamos sempre a comunicar. A incomunicação já é comunicação. Se não comunicarmos algo com o cliente, estamos já de fato a comunicar. Quantas vezes ouvimos da parte do doente, "o enfermeiro hoje não falou comigo, vem mal disposto, as coisas não lhe correram bem, acho que brigou em casa, não dormiu bem", toda a nossa incomunicação vai refletir-se nos outros. O enfermeiro diz sempre qualquer coisa, mesmo quando não diz.

A comunicação que estabelecemos conosco e com os outros, em determinada situação, depende da nossa personalidade e, de algum modo, da observação que fazemos desse momento.

Da observação que fazemos dessas situações (dos nossos colegas de trabalho, do nosso serviço, dos nossos clientes), depende a comunicação, e esta constitui a base de coesão e de desenvolvimento de uma equipe de profissionais de saúde.

A observação constitui para os profissionais de saúde uma estratégia de primordial importância na avaliação das situações, uma vez que permite, por um lado, conhecê-las e, por outro, orientar e orientar-se.

Nas relações entre pessoas e o seu mundo, o observar constitui uma atividade

permanente. Neste sentido devemos ter uma observação a mais correta possível, pois ela é única, assim como eu sou único e o cliente igualmente único; e essa minha observação depende de fatores entre eles, o momento, a duração e o uso de instrumento de observação. Não devemos considerar só a dimensão cognitiva da nossa personalidade, mas também, e em muitas situações, a dimensão afetiva e social. A observação é algo muito importante na nossa profissão. É uma atividade permanente nas relações entre as pessoas e seu mundo.

A observação/comunicação pode variar. Daí a importância dos registros de enfermagem, vendo o cliente como alguém dotado de sentimentos, crenças e valores em toda a sua dimensão.

Muitas vezes nos preocupamos só em eliminar e tratar a doença, onde, na realidade, deveríamos centrar nossos cuidados na pessoa em desequilíbrio e ter por objetivo o restabelecimento desse equilíbrio, ou reequilíbrio, sob novos moldes de ser e de estar. Por mais que se aborde a relação humana no hospital ou em qualquer outra instituição de saúde, é a doença ou o desequilíbrio do indivíduo que desencadeia o encontro enfermeiro/cliente. No entanto, essa situação, mais ou menos dolorosa, traumatizante e limitadora de existência, pretende ser superada no sentido da independência do indivíduo, favorecendo o auto-cuidado e promovendo a sua reintegração social, através da adoção de um estilo de vida saudável, dentro das condições próprias de cada um.

É nesse processo de apoio e libertação que se insere a enfermagem e se enquadra a instituição hospitalar, cada vez menos um asilo e mais uma resposta transitória na vida do cliente. E por inerência da própria filosofia da enfermagem, e a interação com o indivíduo-doente, deverá ter em conta a pessoa, não apenas o corpo biológico, mas a individualidade psicológica, socio-cultural e espiritual.

A dimensão antropológica do homem (psicossociocultural e espiritual) não poderá ser classificada em manuais com descrições pormenorizadas, classificações predefinidas, que permitam aos enfermeiros sistematizar os clientes em tipo de categorias, etc.. Apesar de ser essa tendência do homem, que mentalmente agrupa os seus semelhantes, para mais facilmente lidar com a diferença.

Nesta perspectiva o enfermeiro domina melhor, de forma mais objetiva e concreta, a etiologia, a sintomatologia, o prognóstico e a evolução da patologia, do que o universo pessoal do indivíduo afetado pela patologia causal. Aliás, a própria formação conduziu-o a aprofundar o universo clínico. Apesar de sempre se ouvir e repetir sobre a importância da globalidade do homem, enquanto ser biopsicossocial, quando analisamos o volume de horas

atribuído às diferentes áreas do saber e à aquisição de habilidades, verifica-se que o número de horas atribuído à aquisição dos conhecimentos científicos e das técnicas é manifestamente superior ao concebido à aquisição ou estimulação das capacidades de comunicação/interação.

O enfermeiro, em muitos momentos, delega a sua responsabilidade a outro profissional da equipe por autodecisão e autodeterminação; de um papel de responsabilidade limitada para outro de considerável responsabilidade social”. Como o próprio preâmbulo do Código de Deontologia de Enfermagem prevê: “As profissões são exercidas em função de um conjunto de conhecimentos com predomínio do elemento técnico. Os conhecimentos são postos a serviço do homem como indivíduo e comunidade”.

É ainda o Código Civil (1978) que postula em seu art. 1545 que “...os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento”.

O enfermeiro não está expressamente incluído entre os profissionais relacionados, porque o Código Civil foi aprovado 1916, portanto, antes da criação da primeira escola de enfermagem, dentro do sistema moderno.

Existe um princípio geral que não pode ser esquecido: é a questão da co-autoria. O Código Penal (1985) no seu art. 29 deixa bem claro que “... quem, de qualquer modo, concorre para o crime, incide nas penas a este culminadas, na medida de sua culpabilidade”.

Este mesmo Código, no seu art. 159, menciona que: “...aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano”.

O Código Penal também menciona esses aspectos ao definir o crime culposo em seu art. 18 como sendo aquele em que o “... agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia”.

O Código de Infrações e Penalidade, promulgado pelo Conselho Federal de Enfermagem (1993), estabelece no seu art. 83 que: “...responde pela infração quem cometer ou de qualquer modo concorrer para a sua prática, ou dela se beneficiar”.

Deve-se olhar a prática dos cuidados de enfermagem como uma interação social em termos de aquisição, não se trata de avaliar as qualidades pessoais do enfermeiro, nomeadamente se é ou não simpático ou se manifesta-se como uma pessoa compreensiva. É necessário comunicar enquanto arte profissional; necessita-se aprender, analisar, adaptar, e

sobretudo treinar. E o enfermeiro tem que recorrer a essa arte na sua prática cotidiana, não como mais um instrumento terapêutico, mas como uma atitude terapêutica, que promova a independência do cliente, no sentido de restringir ao mínimo o período de hospitalização, favorecendo a sua alta ou reintegração familiar/social, e a cooperação do cliente nesse processo de independência. Existem várias formas de implicações que envolve a atuação do enfermeiro e equipe. As formas culposas de crime são aquelas em que não há intenção ou vontade deliberada, mas esse fato culposo é decorrente de negligência, imprudência ou imperícia.

O Código de ética dos profissionais de enfermagem (1993), bem como o Código do consumidor (1990), nos incentiva a qualidade que nada mais é do que a satisfação das necessidades dos clientes.

Se seguirmos diversas trilhas no nosso caminhar, iremos nos deparar com situações conflitantes no que diz respeito ao ato de se comunicar em nossa prática assistencial. Muitas são as situações que podemos nos deparar, como: a restrição no leito pode ser considerada uma agressão ou mal trato; os comentários nas rádios, corredores, muitas vezes violam um segredo que o cliente nos relatou com tanta confiança, as brincadeiras de passagem de plantão; a troca de nome por número de leito; o ignorar a falação do paciente quanto a sua angústia; o omitir seu diagnóstico ou mesmo dando-lhe respostas que não são as que queria ouvir ou não lhe interessam; a restrição a sua privacidade de direitos de decidir sobre o seu tratamento e o seu comportamento; injeção de substâncias estranhas; introdução inadvertida de ar por via endovenosa; falta de controle quanto ao correto uso ou funcionamento de equipamentos ligados; falta de vigilância permanente dos pacientes submetidos a tratamento com certos aparelhos ou equipamentos. Quantas vezes o enfermeiro é questionado sobre o prognóstico da doença e, de modo mal disfarçado, responde “está tudo bem”, permitindo ao doente ler no olhar, na expressão do rosto, na tensão com que o enfermeiro o toca, uma resposta contrária, confirmando a idéia prévia, falsa ou verdadeira, de que a sua situação poderá ser grave. A interação com o mundo do outro não passa apenas pela palavra expressa, mas envolve dimensões fundamentais, funcionando como filtros e condicionantes do conteúdo expresso, quer em qualidade, quer no modo.

Como se vê, não é difícil ser envolvido num crime de homicídio culposo em pleno exercício da enfermagem, se não houver diligência, atenção e correta observância das regras técnicas da profissão. ”Todo e qualquer dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental”,

constitui uma lesão corporal. Portanto, a lei prevê dano à saúde que não precisa ser propriamente uma lesão ao corpo. E essa lesão pode ser cometida por ação ou omissão.

O pessoal de enfermagem tem possibilidade de se transformar num veículo importante na transmissão de moléstias graves. A execução de cuidados elementares, tais como lavar as mãos ao término dos cuidados de um cliente, utilizar corretamente as técnicas assépticas e equipamentos de proteção individual podem reduzir o risco de infecção. O Código de direito do consumidor (1990) também é claro nos seus artigos e em seus aspectos gerais como:

- O consumidor é a meta de todo o esforço pela qualidade.
- Compromisso com qualidade: atenção ao consumidor
- Elo entre empresa e consumidor.
- Atender às necessidades conforme suas capacidades e conveniências.

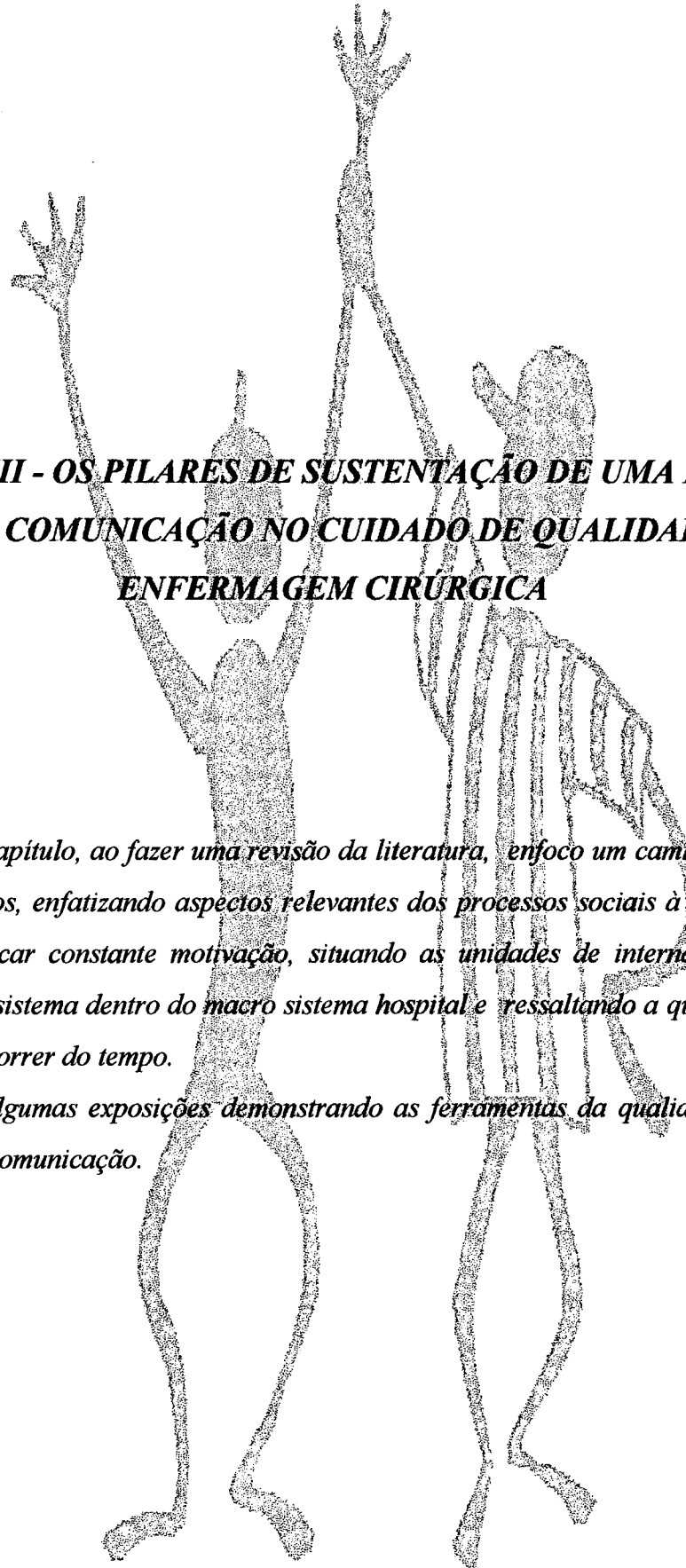
Os clientes que se sentem lesados com mentiras, qualidades incorretas, qualidade inadequada, denunciam aos órgãos competentes, o que também deveria acontecer junto aos conselhos das diversas classes profissionais, onde a enfermagem atua na sua totalidade, com profissionais de nível médio e quem responde por tudo é o enfermeiro.

A meta é educar o consumidor em seus direitos básicos que envolve - proteção da vida, saúde, segurança a riscos de produtos e serviços, qualidade de produtos e serviços, prevenção/reparação de danos.

Portanto, o Código de Ética de Enfermagem aprovado sob a resolução COFEn - 160 de 12 de maio de 1993, a Lei 8078 de 11 de setembro de 1990 que dispõe sobre a proteção do Consumidor como também a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, além do Código Penal e Civil são alguns dos recursos que nos guiam quanto à tomada de decisão pelos nossos clientes.

Ao nos depararmos diante destes instrumentos, vemos que eles nos alicerçam quanto aos direitos, responsabilidade, deveres, proibições como também das infrações e penalidades. Para tanto devemos agir com honestidade, humanidade, lealdade e com todos os preceitos éticos e morais sendo dignos da verdade tanto ao cliente, família e sociedade.

Portanto, temos que ver a enfermagem comprometida, interagindo e comunicando-se com todos os seguimentos da instituição, cliente, família, comunidade e sociedade onde, neste universo, haverá uma interação cultural que interage com representações e sentimentos diversos, nem sempre intercomunicados, devido às próprias expectativas que ambos os intervenientes elaboraram a respeito do outro.



**CAPÍTULO III - OS PILARES DE SUSTENTAÇÃO DE UMA PROPOSTA
PARA A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE QUALIDADE EM
ENFERMAGEM CIRÚRGICA**

Neste capítulo, ao fazer uma revisão da literatura, enfoco um caminho em busca de conhecimentos, enfatizando aspectos relevantes dos processos sociais à comunicação, procurando buscar constante motivação, situando as unidades de internação e centro cirúrgico como sistema dentro do macro sistema hospital e ressaltando a qualidade e sua evolução no decorrer do tempo.

Faço algumas exposições demonstrando as ferramentas da qualidade enquanto suporte para a comunicação.

EM BUSCA DE CONHECIMENTOS

A humanidade é diferenciada das outras espécies por ser racional, ter capacidade de transformar e ser transformada, possuir aptidão e se defrontar com situações de perigo. Este emaranhado de condições que o homem cria coloca em risco e em confronto direto as nações por ter seus povos a ambição por dominar o universo. O que se tem percebido é que o momento atual é crítico tanto política, econômica e socialmente, portanto, causando ao homem a neurose de conquistas cada vez mais impossíveis.

Pignatari (1976, p. 35) coloca muito bem quando diz, “nós continuamos presas a mitos e ritos tradicionais, como se nada estivesse acontecendo, como se o universo fosse estático, sem variações”.

A maneira como se vê o mundo vai da personalidade de cada pessoa, manifestada através de sua configuração, forma de ver e da determinação do momento; por isso, a conduta que tomamos nunca é idêntica para toda a humanidade, e esta pode ter variações conforme sua condição de vida e estímulos do seu próprio meio ambiente.

Hoje a “satisfação” é palavra de ordem em todos os lugares. Em tudo o que fazemos tem que haver conformação para que haja qualidade como reflexo de nossas atitudes.

Desde o seu nascimento, o homem já vivencia a qualidade ao se diferenciar dos outros animais, traços que distinguem suas características como espécie e pessoa, o que não se questiona é que a interação entre animais e ambiente possa ser a fonte da inspiração para a qualidade. Como humanidade e pessoa, estas características dão ao homem momentos importantes de construir e destruir desordenadamente a procura de uma melhor qualidade de vida.

Devido a essa transformação incessante do homem, ele é absorvido e influenciado pelas condições ambientais onde vive e, com isso, procura satisfação em tudo que o faz ou deixa de fazer.

Se levantássemos a questão da insatisfação, as respostas que teríamos seriam: a fome, violência, doença, desonestidade, guerra e a ignorância, que são problemas sérios que a humanidade traz consigo desde o seu aparecimento na face da terra.

Devido a estes conflitos, o homem criou condições globais das quais necessita para sua sobrevivência, como: alimentação, habitação, repouso, educação e outras condições que irão repercutir diretamente no seu crescimento, na resistência e duração da vida e participar

com igualdade na produção social numa melhoria contínua de vida. Esta maneira de viver, seus costumes e hábitos é que lhe dão um estilo de vida.

Neste contexto, ele procura recursos e meios para sobreviver com qualidade de vida digna de um indivíduo capaz de se autodeterminar.

O homem, por ser capaz de imaginar, pensar e agir, pode modificar e ser modificado ao longo do tempo, vendo-se assim em grande crescimento/evolução/transformação na busca da sua satisfação.

O homem pelo fato de ser racional, pensante, diferente dos outros homens, é capaz de perceber e reagir com o meio e a sociedade, através de suas afinidades e da comunicação, traz consigo uma experiência de vida onde contempla-se como um ser histórico e autêntico em suas relações.

As pressuposições específicas sobre a interação do enfermeiro e cliente, em busca de suas satisfações, tornar-se-ão efetivas no momento em que ambos se comunicarem e houver uma confiabilidade entre os mesmos.

No momento desta interação o nível de stress diminuirá, direcionando o enfermeiro e o cliente à obtenção de seus objetivos.

Os clientes têm o direito de participar na tomada de decisão dos cuidados a eles prestados.

O enfermeiro é um educador, como educador deve comunicar-se efetivamente para que o cliente sinta satisfação com suas atividades e habilidades, principalmente no saber falar e ouvir.

O enfermeiro deve ter uma dimensão moral e um comportamento ético, sabendo escutar e guardar segredo quando do cumprimento de sua missão.

A interação enfermeiro e cliente depende da comunicação para planejar a visão de futuro. Os clientes têm o direito de expressarem suas angústias, dúvidas, temores aos enfermeiros e estes devem motivar, capacitar, respeitando a privacidade e vendo o cliente numa abordagem holística e com sua cultura e seus costumes.

A partir da comunicação, os profissionais de saúde podem encontrar as bases conceituais que lhes permitam utilizar práticas menos agressivas para curar problemas de saúde, dando extrema importância à relação mente e corpo, mente e meio ambiente.

Podemos argumentar que enquanto a qualidade técnica significa satisfazer as exigências e expectativas concretas ou objetivas em relação ao serviço, como nível de conformidade e segurança, a qualidade humana significa satisfazer expectativas e desejos

emocionais a partir de atitudes, comportamento, atenção, credibilidade, consciência e lealdade das pessoas.

Toda crítica educativa só traz benefícios para o serviço, pois através dela poderemos ter uma reorganização da situação e termos parâmetros universais para confrontar os dados como dimensão do processo. Então o ritmo e o equilíbrio da ação - reflexão vão de contra partida à autenticidade e compromisso à restituição sistemática e metodológica da situação.

Quando se promove situações para que todos possam opinar, discutir e analisar criticamente a situação vivenciada e ao mesmo tempo estimular o grupo a opinar e dar reformulação e condução ao trabalho, sabendo que, acima de tudo, reconhecer a problemática, fazer parte e envolver-se com a causa, como também ter habilidades de relacionamento interpessoais e, como produto final, a opinião coletiva traz satisfação.

Através de observações, percebemos que, de maneira geral, o relacionamento adequado nem sempre ocorre dependendo dos elementos que compõem a equipe. Existe ainda uma divisão no relacionamento das equipes de enfermagem e médica, notando-se que, com esta última, o relacionamento é muitas vezes estreitado.

DOS PROCESSOS SOCIAIS À COMUNICAÇÃO

A comunicação é o básico, porque necessitamos dela em todos os momentos para que haja uma relação desde a mais simples às mais complexas.

Mesmo sendo a linguagem o meio de comunicação mais importante da vida, ela não é o único. Existem outras maneiras pela qual podemos fazer a comunicação, como através de símbolos, movimentos e gestos.

Mendes (1991, p. 16), quando coloca que os aspectos não verbais na comunicação enfermeiro-cliente são conteúdos tais como: “postura, mímica facial e atitudes que têm significados igual ou talvez maior que palavras expressas, uma vez que essas atitudes, na maioria das vezes, traduzem o estado emocional do cliente”. A mesma autora enfoca esses aspectos de forma bem mais clara quando cita Argyle, que expõe: “os enunciados verbais propriamente ditos são estreitamente dependentes de sinais não-verbais, que mantêm o falante e quem o escuta adequadamente atentos um ao outro, garantem a suave alteração entre falar e ouvir, e acrescentam informação adicional às mensagens literais

transmitidas”. E faz algumas considerações sobre os aspectos da comunicação não verbal, como segue:

Contato físico: este é o tipo mais básico de comportamento social; pode ocorrer de inúmeras maneiras: o bater, o afagar, as saudações, o segurar e o guiar os movimentos do outro. O elemento comum que atravessa a maioria dos tipos de contato físico é uma crescente intensidade de envolvimento com outra pessoa.

Proximidade: quando duas pessoas se envolvem num encontro social, geralmente escolhem algum grau de proximidade física. O limite mais baixo se iguala ao contato físico; o limite mais alto é estabelecido por fatores de viabilidade e audibilidade.

Postura: reflete o estado emocional de uma pessoa. A maneira pela qual as pessoas andam ou sentam e se movem é, em parte, uma questão de convicções culturais e reflete o status relativo das pessoas em questão.

Aparência física: maneira pela qual uma pessoa influencia outra. A maior parte do corpo é escondida pelas roupas, pelo menos nas culturas mais frias e civilizadas, de tal forma que as próprias roupas são um elemento principal na aparência. Além disso, as roupas são inteiramente uma questão de escolha pessoal, de tal forma que o uso de roupas pode ser encarado como um fragmento do comportamento social.

O rosto: uma das áreas mais expressivas do corpo. No homem o rosto é uma área especializada de comunicação.

A expressão facial desempenha vários papéis na interação social humana: ela mostra o estado emocional; fornece um feedback; indica atitudes em relação aos outros e pode agir como uma meta comunicação, modificando ou criticando o que está sendo dito no momento. As mensagens principais, emitidas através da expressão facial, são provavelmente a felicidade, a surpresa, a tristeza, o medo, a raiva, o desgosto, o desdém e o interesse.

As mãos: são as partes mais visíveis e expressivas do corpo, embora delas se espere muito menos do que se espera do rosto. Os movimentos das mãos desempenham, na interação social, um papel bastante diferente da expressão facial. Sua principal função é de ilustradora, acompanhando a fala e substituindo-a como na linguagem dos surdos-mudos.

A cabeça: as posições e os movimentos da cabeça são altamente visíveis, mas a quantidade de informações que eles podem transmitir é limitada. Os acenos de cabeça desempenham um papel importante na interação verbal: um aceno de cabeça dá a outra pessoa permissão para continuar falando e pode atuar como reforço de algum comportamento durante a

interação.

Direção do olhar: a padronização de movimento de olhos é um dos aspectos mais importantes da interação social, vários processos diferentes parecem estar envolvidos na direção do olhar. Em primeiro lugar, quando olhamos para alguém, estamos tentando estabelecer uma relação, e olharemos mais se desejamos estabelecer algum tipo de relação mais íntima; em segundo lugar, olhar para o outro pode ser utilizado para estabelecer um tipo particular de relação.

O tom emocional da fala: grande parte da comunicação envolvida na fala na verdade ocorre num nível não-verbal, como “a coisa” é dita mais do que o que é dito. Este não é o principal objetivo consciente da fala, nos adultos o elo é a parte mais importante da mensagem que convence. Portanto, o determinante mais importante do tom emocional da fala é, obviamente, a emoção do falante.

O silêncio: a resposta é não-verbal, naturalmente, mas pode expressar muito.

O saber ouvir: técnica de comunicação terapêutica, é um recurso que o enfermeiro pode e deve usar na interação com o cliente. O saber ouvir no relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente requer do mesmo esforço de concentração, disponibilidade de tempo para dedicar ao cliente e reflexão profunda para tentar entender o significado da mensagem que o mesmo transmite.

Mendes (1982, p. 21), quando cita alguns autores como Freeman & Holmes, Koontz & O'Donnel, Katz & Kahn, Schaefer, Bobenrieth e Jucius & Schlender, relata com muita propriedade os propósitos, os princípios, os tipos e o modo pelos quais a comunicação se tornaria eficiente, com eficácia e efetividade, a maneira como isto deveria ocorrer dentro da instituição num ambiente organizado como podemos ver a seguir:

Como cita a autora, para Freeman & Holmes os propósitos da comunicação são:

- a - esclarecer o que fazer, como fazer e quem fará.
- b - reforçar a identificação com os fins (objetivo da agência).
- c - transmitir problemas, sugestões e idéias.
- d - informar os progressos.
- e - estimular a colaboração.
- f - fomentar o intercâmbio social.

Já para Koontz & O'Donnel in Mendes (1982, p. 21), os princípios estabelecidos na boa comunicação referem-se a três áreas críticas: qualidade da mensagem; condições para seu recebimento; manutenção de integridade do esforço organizado e aproveitamento de

organização informal. Que se baseiam em:

A - O princípio de clareza, que implica na utilização de linguagem compreensível e formulação clara, a fim de evitar mensagem mal expressa, traduções e transmissões defeituosas, suposições não esclarecidas e necessidade de esclarecimento;

B - O princípio de atenção, que é efetivado no recebimento e compreensão da mensagem, a fim de evitar a perda na transmissão, assimilação imperfeita e atingir a melhoria da qualidade de audição;

C - O princípio de integridade que se relaciona com o propósito das comunicações, que é a utilização desta como um meio para consecução dos objetivos da organização; e,

D - O princípio da utilização estratégica das organizações informais refere-se ao uso construtivo destas, uma vez que elas não podem ser reprimidas por constituírem um dos canais para transmitir e receber informações suplementares.

Katz & Kahn in Mendes (1982, p. 21) consideram a direção do fluxo de comunicação numa organização em três sentidos : descendente, horizontal e ascendente, e para Jucius & Schlender in Mendes (1982, p. 22), uma outra direção, que seria a extra-organizacional. As comunicações descendentes são as mais usadas em qualquer instituição e devem fornecer informações que os funcionários desejam receber e não somente aquelas que os superiores têm necessidade de transmitir. As informações devem chegar aos subordinados o mais rapidamente possível e com a certeza de que foram compreendidas de acordo com o seu verdadeiro sentido.

A comunicação descendente segue o padrão de autoridade das posições hierárquicas e é basicamente de cinco tipos, como relatam Katz & Kahn in Mendes (1982, p. 22):

A - diretrizes específicas de tarefa: instrução sobre cargo, que é feita com especificidade e comunicada através de ordens diretas de sessões, manuais de treinamento e de diretivas escritas;

B - informação destinada a produzir compreensão da tarefa e sua relação com outras tarefas organizacionais: lógica do cargo, que se destina a prover o trabalhador de uma compreensão plena de seu cargo e de como este se encontra conjugado com cargos relacionados no mesmo subsistema;

C - informação sobre procedimentos e práticas organizacionais que influi sobre o cargo, outras obrigações e privilégios como membro da organização (férias, ausência por doença, recompensas, sanções, etc.);

D - “feedback” para o subordinado sobre seu desempenho: o quão bem ele está desempenhando seu cargo que, garante o funcionamento do sistema e proporciona motivação para o executante;

E - informação de caráter ideológico para inculcar um senso de missão; doutrinação sobre metas, seja para o sistema maior, seja para um subsistema importante.

Já a comunicação horizontal ou lateral ocorre entre pessoas no mesmo nível hierárquico, na coordenação de tarefas e apoio emocional e social do indivíduo. É importante considerá-la em termos de função de controle nas organizações. O afunilamento vertical linha acima sem fluxo horizontal de informação é uma base fundamental de controle social na maioria dos sistemas sociais. As pessoas não podem organizar esforços cooperativos quando não podem se comunicar entre si.

A comunicação horizontal pode ocorrer mesmo entre indivíduos de níveis hierárquicos diferentes, desde que possuam a permissão de seus superiores, com a finalidade de agilizar o fluxo, visando maior eficiência (.....). Esta mesma direção, de um subordinado de uma unidade falando com o chefe de uma outra unidade e vice-versa, pode ser fomentada por bloqueio na comunicação vertical - linha abaixo e linha acima e neste caso pode ser chamada de “entrecruzamento”.

A comunicação ascendente pode ser reduzida ao que a pessoa diz sobre si mesma, seu desempenho e seus problemas, sobre terceiros e seus problemas sobre as práticas e diretrizes organizacionais e o que precisa ser feito.

Schaefer in Mendes (1982, p. 23) cita três tipos de comunicações: acumulativas, diferidas e permanentes.

Nas comunicações acumulativas, a informação chega aos destinatários de forma resumida e não como foi transmitida originariamente.

A informação nas comunicações diferidas é arquivada em sua forma original ou reproduzida em fichas ou computadores, de modo a poder ser recuperada mais tarde.

As características das comunicações permanentes assemelham-se às do tipo direto ou diferido. Os meios mais comuns utilizados neste tipo de comunicação são: planos cooperativos, organogramas, gráficos de gastos, descrições de tarefas, orçamentos, documentos contábeis e informações financeiras.

Continuando, Schaefer diz que a comunicação na instituição pode ser feita através de: comunicação verbal oficial, comunicação oficiosa e comunicações exteriores.

A - Comunicação verbal oficial - O suporte do sistema oficial de comunicação da

organização é constituído pelas comunicações escritas, talvez porque as verbais, sejam diretas ou telefônicas, não se prestam ao planejamento ou a controle por seu caráter fugaz e transitório.

Ao contrário, as comunicações verbais de caráter, que dizem respeito a problemas específicos do programa, ocorrem geralmente durante as freqüentes conferências, reuniões de pessoal, nas quais, às vezes, interferem participantes de outros sistemas, diferentes da organização propriamente dita.

B - Comunicação oficiosa - Que se estabelece no sistema, escapa, na maioria das vezes, ao controle do administrador, tendo por base a existência de interesses ou atividades comuns.

C - Comunicações exteriores - Os chefes administrativos recorrem com freqüência aos tipos sociais de comunicação com grupos e interesses externos que consideram amistosas e sensíveis às suas preocupações, com o fim de reforçar as relações essenciais ou diminuir a hostilidade e a opção.

Calender in Mendes (1982, p. 23), levando em consideração a comunicação como fator primordial, as define da seguinte maneira:

A - Comunicação verbal feita diretamente à pessoa ou por telefone; as características deste método, tais como o tom de voz, as palavras que se empregam e as expressões do rosto, são importantes porque influem nas atitudes de quem a recebe.

B - Comunicação não verbal, que inclui a que se faz pela expressão do rosto, movimento do corpo e aspecto pessoal; e,

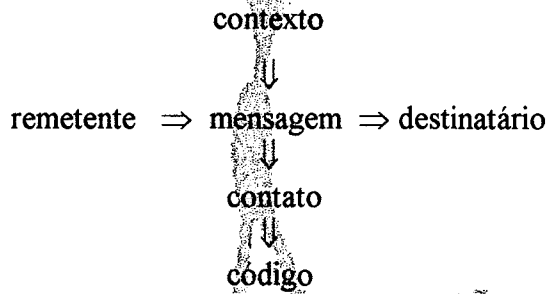
C- Comunicação escrita, que deve ser entendida por quem a recebe sem ajuda de quem a envia; devem ser usadas frases curtas que facilitam o trato pessoal, observando-se as regras gramaticais.

Assim, a comunicação ampla e geral acontecerá, naturalmente, como consequência do diálogo e terá, por isso, força de impressionar e convencer o indivíduo.

Na instituição, o enfermeiro é o receptor e centralizador de todas as informações acerca do cliente, para tanto, a comunicação para ele é de suma importância. O profissional, ao se comunicar com outra pessoa, tem a capacidade de fazê-lo tanto de forma verbal como não verbal; portanto, a comunicação só não é de boa qualidade quando ele não o faz, ou quando o "humano" do enfermeiro não estiver interferindo.

Na comunicação verbal devem estar presentes seis fatores: o remetente, o destinatário, a mensagem, o contexto, o contato (canal) e o código.

Podemos esquematizar da seguinte maneira a comunicação verbal:



Toda mensagem tem um objetivo, por isso se diz que ela tem várias funções e significados. Para que a mensagem se exteriorize e seja entendida pelo destinatário, é preciso que ela tenha um significado e um significante, isto é, um conceito vinculado a uma imagem psíquica, cujo conjunto designamos signos. Para Collin, citado por Angarten (1980, p. 191), signo é a transmissão ou construção mental por via da qual uma pessoa influencia o comportamento ou estudo de outra pessoa, numa situação de comunicação.

Desta forma, como relata Angerami (1982, p. 27), o indivíduo emissor de mensagem, quando deseja comunicar algo a alguém, o faz através de sinais ou símbolos, com o propósito consciente de convencer ou converter receptores a seu modo vivencial ou a sua cosmovisão.

Nesse intercâmbio de mensagens, os indivíduos participantes da comunicação fazem contínuas correções e remanejamentos psicológicos do universo conceitual de maneira a preservar a compreensão.

As mensagens que são transmitidas no prontuário do cliente, da equipe médica para a de enfermagem e vice-versa, deveriam dizer respeito aos problemas dos clientes e soluções encontradas, passando, assim, o problema, do cliente, a ser uma identificação e solução a nível de equipe.

Além desta análise, a autora faz considerações onde num desempenho global destas atividades levanta uma série de questões teóricas acerca destes aspectos e as coloca da seguinte forma: a descoberta do problema em equipe é um assunto pessoal e pode apresentar variações no reconhecimento do problema, na definição, na formulação e no contexto situação/problema. Na descoberta de problemas, as pessoas, num determinado momento, podem sentir e identificar problemas de maneira diferente.

Ao definir o problema, cada profissional o faz sob sua ótica e sua área de responsabilidade. Portanto, quando estamos diante de um problema, sua descrição em relação às anotações deve ter características bem definidas como: ser compacta, clara, especializada, uniforme, detalhada e persuasiva de forma a traduzir o pensamento do

emissor; a composição das mensagens de tal forma que motive o receptor para obtenção da resposta desejada, ou do esforço esperado pelo emissor.

Dependendo do momento e de quem transmite ou recebe a informação, influenciado pelo ambiente, esta se tornará uma comunicação democrática, receptiva e participativa; portanto, no relacionamento enfermeiro-cliente, esta deve ser planejada, estimulada, ter espontaneidade e informalidade de ambos.

A qualidade na comunicação não só começa como também termina nas relações entre os indivíduos. Para Stefanelli (1983, p. 103), a comunicação é condição fundamental da vida humana e abrange todos os procedimentos por meios dos quais um ser humano pode afetar o outro, de modo verbal ou não verbal. Este conceito abrange duas ou mais pessoas em interação e um intercâmbio de mensagem num determinado contexto. A eficácia na comunicação provoca, a curto ou longo prazo, uma mudança no modo de pensar, sentir ou atuar de uma pessoa.

A forma como as pessoas interagem dentro de um processo de comunicação está diretamente ligada às suas crenças e valores por elas compartilhados. Temos que respeitar a cultura de cada pessoa e pelo fato de que toda atividade de enfermagem envolve uma ação interpessoal, sentimo-nos na obrigação de rever nossos padrões habituais de comunicação, torná-los terapêuticos se quisermos realmente ajudar o cliente, e oferecer-lhe um cuidado personalizado e humano.

BUSCANDO CONSTANTE MOTIVAÇÃO

O processo educativo é encarado atualmente como valioso instrumento que assegura a evolução econômica e social, conduzindo o homem a um estado de aptidão que o capacita a aproveitar as possibilidades de valor que se oferecem à construção de sua vida. O preparo para a vida profissional, segundo Chiavenato (1986), compreende três etapas: formação profissional, que prepara o indivíduo para uma profissão; treinamento, que adapta o indivíduo para uma função e aperfeiçoamento, que aprimora o indivíduo para uma carreira. É necessário considerar todos os aspectos do processo educacional do homem para que ele possa se desenvolver continuamente, tomando cada vez mais consciência de suas limitações bem como das possibilidades de participar como criador ou inovador na dinâmica sócio-econômico-cultural.

No momento em que a escola preparar o profissional enfermeiro para a prática hospitalar, a enfermagem começará a evoluir-se, definir-se, rompendo muitas das barreiras

existentes nos aspectos social, cultural, psicológico e definirá seu papel diante da sociedade. Para tanto, academia e hospital deverão dar importância a essa mudança, mudanças essas que vão modificar a base formadora e estimular os enfermeiros assistenciais, considerados e posicionados até agora como profissionais alienados à estrutura docente. Esta integração é o reconhecimento de que os valores e as responsabilidades de ambos devem ser equilibrados. Se houver interesse, cooperação, respeito e união, fica evidente que todos serão beneficiados, mas também quem sentirá mais este reflexo do que aquele para o qual todos nossos objetivos estão direcionados: o cliente.

A natureza intrínseca do papel do enfermeiro fornece a ele maior oportunidade do que a todos os outros no ambiente do cliente para observar seu comportamento de solidão, explorá-lo com sua ajuda e executar medidas de intervenção que proporcionem alívio. A solidão é realmente um problema clínico comum e uma barreira para os relacionamentos interpessoais efetivos entre um cliente e um enfermeiro. Além de administrar a assistência de modo que o cliente sinta que ele é percebido como um ser total, o papel do enfermeiro reside em ajudá-lo a desempenhar o seu papel de cliente, fornecendo a oportunidade de identificar e explorar seus problemas.

O enfermeiro, ao assistir o seu cliente deve explicar o seu papel ao mesmo para que ele possa saber o que ele pode esperar dele, e não deixá-lo descobrir por intuição.

Como relação de ajuda haverá uma interação estruturada, durante a qual desenvolvem-se relações facilitadoras entre duas ou mais pessoas, cujos objetivos são: favorecimento de liberação de atitudes conscientes com vistas a maior participação, responsabilidade, compreensão e solução de problemas. Trata-se de uma situação relacional, criada para proporcionar às pessoas oportunidades de melhorar a comunicação consigo mesmas, com os outros e com o ambiente; deve-se promover o reconhecimento dos limites, capacidades e potencialidades dos indivíduos, descobrindo aptidões e permitindo-lhes novas experiências.

O relacionamento, a integração, o apoio e a cooperação são ingredientes básicos a nível de qualquer profissão.

No momento em que o enfermeiro começa a planejar e orientar em busca de objetivos para que na prática consiga seu intuito, haverá cooperação e sequencialidade no seu papel; só assim, ele compreenderá o teor da profissão.

O enfermeiro deve iniciar a orientação para o cliente e sua família no momento de sua admissão, pois sabe-se que o cliente orientado colabora mais em seu tratamento, assim como, quando seus familiares estão envolvidos e compartilham as experiências do mesmo, a recuperação é mais rápida; para isso o enfermeiro deve estar preparado, para as percepções e observações a serem feitas ao cliente, principalmente quando os mesmos se encontram com stress, tendendo-se a esquecer as explicações verbais; portanto, devem ser dadas a ele explicações por escrito, descrevendo-se as atitudes esperadas. Não se deve esperar que os clientes se lembrem de explicações longas ou de passos específicos de um procedimento que não lhes é familiar. Outra situação é quando há também a consequência da situação de ansiedade, que se exterioriza por alterações emocionais, como chorar, tornar-se zangado, como também por alterações somáticas, pelo débito aumentado de adrenalina, ocasionando, muitas vezes, alterações na frequência do pulso, respiração, pressão arterial, etc.. Tudo isto, podendo ocasionar outros distúrbios, como insônia, perda do apetite, dores abdominais, vômitos, diarreia; é neste momento que o enfermeiro estaria presente, incorporando, em seu agir, toda a sua existência, experiência, anseios e dúvidas.

É neste momento que observamos, como cita Rodrigues (1979) em comentário na intenção de provocar ou incrementar uma reação contra uma atuação exclusivamente técnica do profissional de enfermagem, proeminentes autores têm realçado o lado humanístico integrado a essa atuação. Neste sistema, reconhecidamente, cada vez mais complexo, verifica-se um acentuado desequilíbrio no dualismo tecnologia/humanista.

Desta maneira, podemos dizer que a enfermagem, por estar direta ou indiretamente interessada ou movida em favor de pessoas, é comumente definida como um processo interpessoal. Numa única interação há um fluxo e refluxo de influência no momento em que o enfermeiro e o cliente se observam e comunicam entre si pensamentos, sentimentos e atitudes. Os objetivos do enfermeiro nessa interação geralmente residem em conhecer o cliente, identificar e satisfazer as necessidades do mesmo, e assim alcançar o propósito da enfermagem, qual seja: assistir o indivíduo, família ou comunidade na prevenção da doença e cooperar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, encontrar significado nesta experiência.

Quando conseguimos aumentar o entendimento das pessoas em relação a um determinado assunto, fica mais fácil a mudança de comportamento, atitudes e ações.

O ensino é considerado como sendo uma das principais ações de enfermagem,

destacando o papel do enfermeiro como elemento motivador e orientador do cliente na aprendizagem das atividades que ele necessita saber ou ser capaz de realizar, de maneira a promover seu bem estar. Infere-se que houve aprendizagem a partir de uma mudança de comportamento do cliente.

O enfermeiro desempenha, neste processo educativo, papel de orientador, capaz de contribuir de modo significativo no âmbito da prevenção de doença ou mesmo de complicações que destas possam surgir, por ter inerente em sua função o caráter de educador.

Para que o processo educativo tenha êxito, faz-se mister que este esteja de acordo com a realidade local e que a comunidade desperte para a necessidade de participar deste processo. Deste modo, torna-se imprescindível conhecer as características do grupo, o que é feito através da observação, entrevista e diálogos informais. O diálogo aberto e consecutivo entre todos os elementos envolvidos no processo educativo é a forma mais efetiva de fazer fluir a informação no ambiente hospitalar.

Hoje, não podemos mais admitir dentro de uma organização pessoas que fazem apenas por fazer.

Atualmente “qualidade” é palavra de domínio mundial, todos a reconhecem quando estão diante dela e identificam rapidamente a sua ausência, pois o que é bom dá prazer e o que não presta faz sofrer; neste sentido, só o corpo tem capacidade de sentir prazer ou sofrer.

Todos os seres vivos fazem controle de qualidade e cada qual procura seu habitat para terem melhores condições de vida e adequação ao meio, e o ser humano não foge a esta regra.

Rodrigues (1973, p. 46) relata que “só há desenvolvimento de comunidade quando se opera a nível de atitudes e comportamento, mediante um processo educativo, que torna reais as possibilidades latentes em indivíduos, famílias e comunidades, permitindo-lhes o crescimento através da conscientização.”

Através dos conhecimentos adquiridos, a população conseguirá prevenir ou minimizar inúmeros agravos à saúde e, em decorrência disto, melhorar as condições sócio-econômico-culturais.

É preferível o trabalho em equipe do que o individual, isto está bem definido quando Madeira (1987, p.29) cita Valle e Mendonça, dizendo “que o trabalho desenvolvido através da ação educativa deve permitir uma aprendizagem partilhada pela população e

equipe de saúde, onde haja troca de informação, capacitando o grupo a analisar criticamente sua situação, identificar e priorizar problemas, indicando soluções e se organizando para promover as soluções”.

Em relação a ação educativa como processo de capacitação de indivíduos e grupos para assumirem a solução dos problemas de saúde, Mendonça in Madeira (1987, p.29) diz que “ele deve incluir também o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições da saúde da população”.

Em qualquer influência que faça o cliente mudar seu comportamento em busca de uma melhoria na qualidade da assistência prestada dentro da instituição, haverá um retrocesso para a mudança, assim estaremos diante de um processo educativo.

No momento em que o cliente é admitido no Serviço de Registro Geral ou Emergência se inicia o processo de hospitalização. O cliente passará por diversas etapas e locais dentro do hospital que são desconhecidos dos que com ele está acostumado a conviver.

Dependendo do tipo de cliente, se for clínico ou cirúrgico, seu período de internação será diferente; por exemplo, se o cliente for cirúrgico seu período de internação passará por três momentos distintos: primeiro, o pré-operatório, que já iniciou na sua admissão, o segundo período é o trans-operatório, que será o momento crucial e aliviador do seu problema patológico; e o terceiro, o pós-operatório, período este de convalescência à agressão anestésico-cirúrgica.

Neste momento inicial, é de suma importância o papel do enfermeiro enquanto mediador, educador e motivador no auxílio ao alívio do sofrimento de um ser humano, que deixa todas as suas crenças, valores e estima na porta do hospital. Ouve ainda do pessoal orientações que poderão gerar conflitos como: imposição quanto a horário do banho, hora para dormir, alimentar-se, silêncio, e “o senhor não pode fazer isso ou aquilo”, etc.. Estas megalomias tradicionais só trazem o retardamento na sua recuperação. Existe, hoje, maneiras bem mais simples de tratar o cliente sem causar tantos traumas. Podemos citar a sistemática de assistência de enfermagem perioperatório (SAEP), que muito contribui para diminuir estes estressores que abalam o cliente.

Quando o enfermeiro começa uma interação com o cliente, estará iniciando um processo

educativo, levando o cliente a adquirir confiança, sentir que alguém está preocupado com ele e tem alguém querendo ajudá-lo. É neste momento que se percebe como esta ajuda favorece a sua recuperação.

EMPENHANDO-NOS NA BUSCA DE MELHORIAS

Para se obter êxito, segundo Aristóteles (384-322 a.C.), “começa com idéias definidas, claras e práticas”. Inicia-se com a elaboração de objetivo e meios necessários para atingir a conformação ao atendimento, tendo criatividade na combinação dos elementos para a eficácia das ações.

Segundo Cerqueira Neto (1993, p.3), “ao se observar as sociedades contemporâneas, verifica-se que a maioria sofre, dentre outras, as conseqüências de processos administrativos inadequados e ineficazes que prejudicam a produtividade global das nações, comprometendo o bem-estar físico, mental e social de suas populações. O baixo nível da qualidade de vida que assola a maior parte da humanidade é conseqüência dessa inadequação e ineficácia”.

Assim, continua em nossos dias atuais, onde a sociedade, tentando se organizar, não consegue alcançar seus objetivos devido à má administração e incompetência de seus dirigentes.

Para Cerqueira Neto (1993, p.3), “excessiva burocratização do estado, o conflito de interesses entre os vários grupos que compõem a sociedade e a visão estanque do sistema social, na grande maiorias dos casos, impedem que os países realizem em potencial, criando-se assim, condições propícias para o desperdício de recursos humanos e materiais”.

Quando o enfoque está voltado para a sociedade, o envolvimento como um todo se insere dentro de um espaço do qual denominamos sistema.

Se considerar o ambiente como sendo um subsistema, temos o universo como sendo um macrosistema, e como opção qualquer parte deste como sendo um sistema.

Segundo Cerqueira (1994, p.5), “Sistema é qualquer porção do universo, para a qual se volta a atenção, assim pode-se dizer que sistema é qualquer conjunto de processos, em relação aos quais se tem algum interesse”.

Neste sentido, podemos dizer que a própria organização, de modo geral, pode ser caracterizada como sistema, bem como os processos são interligados e interrelacionados a

fim de atingir os objetivos bem definidos.

O sistema de qualidade é constituído por uma estrutura organizacional, atribuições de responsabilidade e estabelecimento de procedimentos, processos e recursos para a implantação da gestão de qualidade. Deve ser concebido para atender às necessidades e expectativas do cliente e, ao mesmo tempo, para proteger os interesses da organização.

É um valioso recurso gerencial para a otimização e para o controle da qualidade em relação aos fatores de riscos, custos e benefícios.

Quando falamos em sistema de qualidade, devemos trabalhar com entidades reais, sejam técnicas, políticas e culturais.

De acordo com Cerqueira Neto (1992, p.9), “Uma entidade é um objeto, tangível ou intangível, que pode ser considerado individualmente para exame. Tanto pode ser uma estrutura organizacional quanto uma pessoa, uma equipe de ação corretiva, um procedimento escrito, uma empresa, uma responsabilidade”.

Um sistema eficaz e eficiente deve ter seus processos bem definidos. A gestão dos mesmos também deve ser feita de forma a observá-los, corrigi-los e aprimorá-los constantemente. Deve-se ainda manter uma relação do sistema com o todo, pois, caso contrário, a eficácia estará comprometida.

A seleção dos elementos apropriados de sistemas da qualidade e a extensão em que esses elementos são adotados variam também de organização para organização.

Entretanto, o sistema de qualidade adotado deve funcionar de modo a infundir confiança.

Quando o sistema é bem entendido e eficaz, os serviços atendem às expectativas do cliente, é dada ênfase à prevenção de problemas e visa o aprimoramento contínuo da qualidade.

No sistema da qualidade, podemos trabalhar basicamente com três componentes: O componente técnico se relaciona com a soma de conhecimentos empíricos e científicos, ordenados, colocados à disposição do processo de gerar qualidade pretendida pela organização. O componente político se relaciona com as decisões de alocação de poder e autoridade face à qualidade. Já o componente cultural trata da satisfação e insatisfação das pessoas dentro da organização. Trata do clima organizacional adequado para produzir qualidade. Trata da interação entre as pessoas e grupos.

No desenvolvimento do sistema de qualidade o comprometimento da alta administração da organização deverá prever os meios para viabilizar a execução das

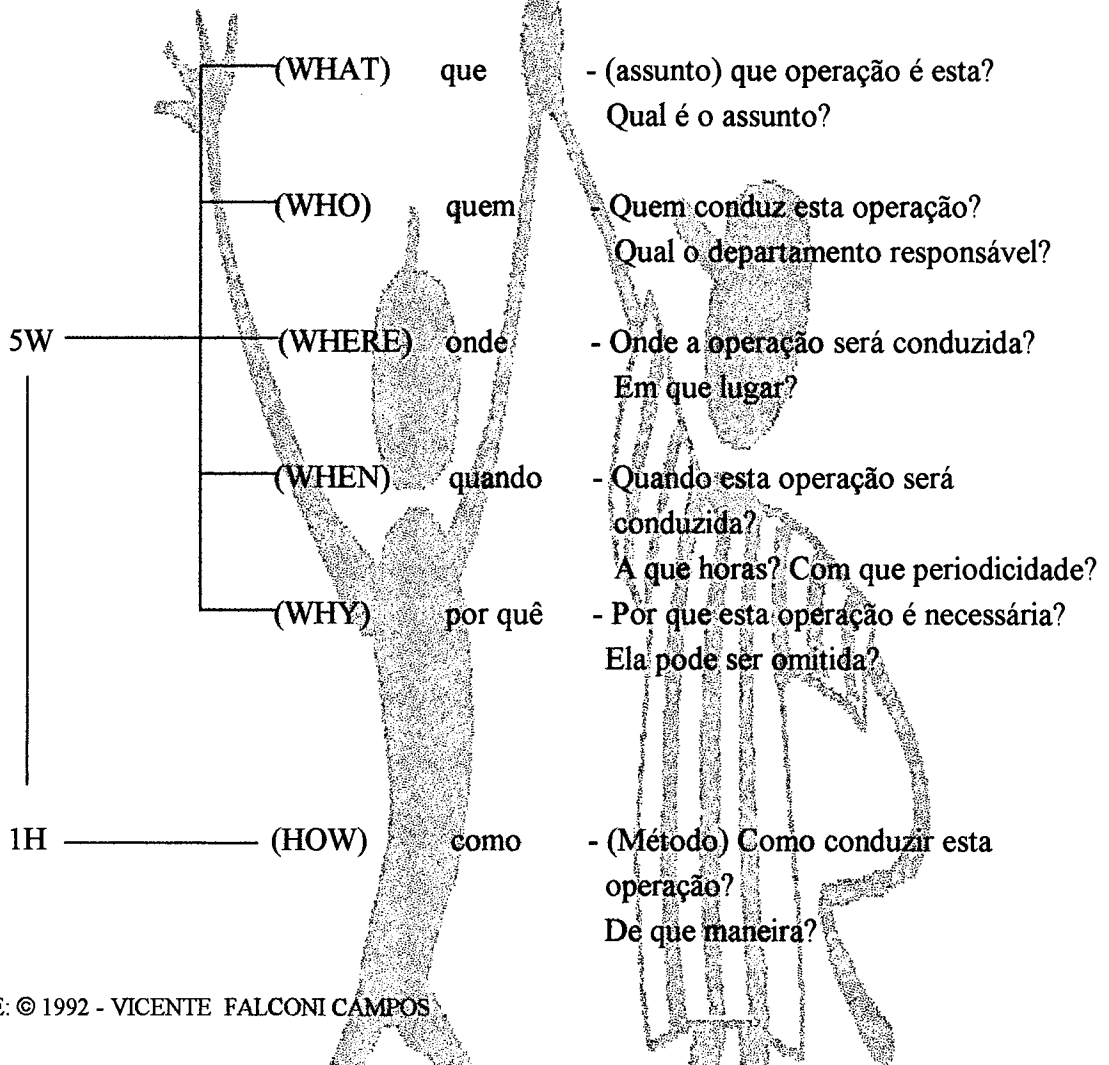
atividades do seu sistema de qualidade, onde a visão do cliente é fundamental na identificação das necessidades implícitas e explícitas dos clientes externos e internos, à organização, tentando avaliá-las sob o ponto de vista deste. A resposta do cliente é uma informação valiosa para a retroalimentação do sistema de qualidade. O aprimoramento contínuo da qualidade deve ser a filosofia básica da organização, devendo ser estabelecidos indicadores precisos com bases em dados concretos e metas a serem atingidas. Dar importância do fator humano na conscientização e capacitação de todos os envolvidos na execução dos serviços é de importância preponderante. Deve ser estabelecido um programa de treinamento permanente para todos os níveis da instituição, fomentando-se a criatividade, a participação e a responsabilidade compartilhada. Quanto à visão sistêmica, as organizações devem gerenciar suas atividades com uma visão global, orgânica, possibilitando dessa forma, analisar todas as interfaces e inter-relacionamento das partes.

O sistema de qualidade visa a atender às necessidades da empresa para alcançar os objetivos através da integração de responsabilidades, estrutura organizacional, procedimentos, processos e recursos. Qualquer organização produtora de bens e serviços realiza tarefas repetitivas, rotineiras. Sua padronização visa a assegurar que a execução, com base em avaliação seja capaz de produzir esforços e ações de manutenção e aprimoramento, com previsibilidade. É um valioso recurso para auxiliar, planejar, observar e aprimorar continuamente todas as atividades sistemáticas.

Os padrões de sistema traduzem os procedimentos, a “maneira de trabalhar” em situações interdepartamentais (como é o caso do sistema de compras ou do sistema de desenvolvimento de novos produtos). São a “planta” ou a “partitura” do gerente e que permitem o aperfeiçoamento contínuo dos sistemas gerenciais. Ao se estabelecer um padrão de sistema, o objetivo é unificar e clarear. Por quê? Unificar para assegurar que o sistema será conduzido sempre do mesmo jeito (mesma “maneira de trabalhar”) para conseguir atingir sempre os mesmos resultados (dentro de faixas aceitáveis, faixa padrão). Clarear porque cada indivíduo, cada seção, cada departamento, tem que saber claramente o que fazer, onde fazer, por quê fazer, quando fazer e como fazer. É evidente que estes padrões devem ser montados com o pleno consenso dos departamentos envolvidos. Nestes casos de padrões de sistema, é estruturado sob forma de fluxograma funcional e tabela estipulando cada passo pelo método 5W 1H, que é um “check list” utilizado para garantir que a operação seja conduzida sem nenhuma dúvida por parte da chefia ou dos

subordinados, como segue:

FIGURA 3.1 - MÉTODO 5 W 1 H.



FONTE: © 1992 - VICENTE FALCONI CAMPOS

Após ser estabelecido, o padrão do sistema deve ser mantido e continuamente aperfeiçoado, introduzindo-se melhorias de tal maneira que o objetivo seja cada vez mais eficazmente alcançado.

Padrões técnicos são todos aqueles padrões relacionados a uma especificação e constituem a base para a satisfação do cliente. Os padrões técnicos lidam com números ou critérios baseados em padrões de comparação que provêm do desdobramento da qualidade e do desdobramento da função qualidade. Sendo assim, se a empresa for dinâmica, estes números estarão sempre mudando na direção de um menor custo, melhor qualidade, maior segurança, maior quantidade.

Os padrões técnicos devem ser compilados em padrões separados pelos respectivos assuntos (materiais, produtos). O objetivo destes padrões deve ser simplificação

e clareza, pelo fato de que estes padrões são o meio de comunicação da empresa para transferência de tecnologia (informação) das áreas técnicas até o operador. Todo o esforço deve ser feito no sentido de que estas informações fluam de forma mais simples e clara possível para que todos possam entender sem dúvidas.

Não precisamos definir participação para podermos compreendê-la. Porém, basta ver o significado contrário para entendermos o fenômeno da marginalidade, onde na sociedade está distorcido ou visto sobre outro ângulo; pois marginalidade significa ficar fora de alguma coisa, às margens de um processo sem nele interferir.

Com os avanços tecnológicos, o mundo hoje é uma grande fonte de informação, informações estas que nos chegam com um volume tão grande que é quase impossível a sua observação. As crises com que nos defrontamos na prática da vida social têm-se constituído numa série de desencontros. A agitação da vida moderna, esse acúmulo de informações, a competitividade excessivamente valorizada como mecanismo de sobrevivência e de promoção, a ambição do homem e as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia para a sua sobrevivência, entre outros fatores, têm contribuído para que os homens se tornem mais passivos ou agressivos diante de situações que o colocam de forma geral, como ouvintes desatentos, como pessoas facilmente irritáveis e perdidas em suas próprias motivações.

Desta forma, a comunicação é um obstáculo concreto e efetivo, passando o ouvinte a perceber somente o que é de seu interesse, sem atentar para a intenção do emissor e desvalorizando a comunicação não-verbal, emitida continuamente, e capaz de facilitar o entendimento ou aceitação do que é verbalizado.

Portanto, se olharmos o transcurso da história, veremos o indivíduo como configuração única num conjunto de sistemas responsáveis pela sua conduta.

Dentro de uma organização, essa relação social tem as dificuldades de comunicação e se tornam reais e atuam como verdadeiros entraves; essa problemática agrava-se ainda mais se observarmos a relação entre o profissional de saúde e o cliente, uma vez que ocorrem, nesse contato, as mesmas limitações acima referidas. E também o estigma da profissão, que nos deixa bem claro que o envolvimento com o cliente deva ser uma barreira no uso desse instrumento de interação social, tornando essa aproximação restrita apenas ao interesse que o profissional tem para fazer sua evolução.

Será que essa aproximação não poderia ser bem mais humanizante traduzindo ao cliente uma paz e segurança e tranquilizando-o quanto ao que lhe afeta neste período de interação quando sua preocupação também está fora deste contexto?

Se considerarmos que todo ser humano possui suas crenças e valores que são princípios que guiam e influenciam cada decisão tomada por um grupo ou um indivíduo, a saúde, o ser humano, a felicidade, a pátria, a liberdade, o amor, a qualidade de vida são alguns dos valores mais comumente apontados, tornando-se assim o oposto do que foi explicitado acima.

As diferentes culturas e a individualização e as diferenças de valores devem ser reconhecidas e aceitas pelos elementos da equipe multi-profissional, evitando que os conflitos pessoais, como a falta de motivação para o trabalho e deficiente desempenho técnico e administrativo, tenham interferência negativa no trabalho.

Concordamos com Chiavenato (1986) quando diz que alguns autores acreditam que a motivação está relacionada com as necessidades do indivíduo e que se apresenta afetada quanto à gama de necessidades satisfeitas ou não. Neste contexto podemos observar o comportamento do homem através das suas necessidades sentidas, afetadas ou não.

Quando estamos motivados para o trabalho, os obstáculos não são empecilhos para a sua realização, portanto, o clima torna-se ameno e a satisfação gera estímulos. Hersey & Blanchard citados por Marra (1988), consideram necessidades e motivos como sinônimos. Para esses autores, os motivos são desejos ou impulsos provenientes da própria pessoa, direcionados para a obtenção de objetivos, podendo ser conscientes ou subconscientes. São a razão do comportamento humano. Em Coradi, citado por Marra (1988), os motivos são fatores internos que levam à motivação. É a própria pessoa que se motiva. Existem fatores externos que contribuem para estimular e despertar os motivos, denominados pelos psicólogos de incentivos. Nem todos os que se dedicam ao estudo da motivação preferem usar esse termo, por acreditar que se confundem com compensações exclusivamente financeiras. O elogio, a consideração social e a aquisição de poder são exemplos de incentivos.

Outra ferramenta de qualidade ligada à motivação é a liderança. Sempre que se exerce alguma influência no comportamento de outra pessoa estamos praticando liderança.

Marra (1988, p. 90), ao citar Hersy e Blanchard, nos dá uma visão nítida de liderança como sendo um “processo de influenciar as atividades do indivíduo ou grupo para a consecução de objetivos numa dada situação”. A liderança implica à realização de objetivos através de pessoas e execução de tarefas, envolve relações humanas e a estruturação dessas tarefas.

Existe hoje um consenso de que os líderes eficazes são aqueles com a capacidade

de adaptar o seu estilo de comportamento às necessidades dos seus liderados e à situação. Essa ênfase conjunta no comportamento humano e no ambiente caracteriza de maneira significativa a contribuição da liderança no surgimento de fatores de motivação no trabalho. Considerar as barreiras existentes como entrave para obter a melhoria da qualidade do trabalho, é desconhecer a importância e alcance de motivação e de liderança.

Se a qualidade é um fator imprescindível no trabalho, temos a satisfação como elemento básico na nossa prática profissional. As medidas estabelecidas como padrões devem seguir as regras, pois nosso produto final é o ser humano recuperado, promovido ou ter uma morte digna independente de nosso desejo ou controle. E, para tanto, os profissionais devem estar habilitados, preparados e motivados como compromisso com o todo.

Um dos instrumentos mais importantes para a obtenção de qualidade no trabalho, com eficiência, eficácia e efetividade é a busca da melhoria contínua, através da assistência à saúde da população, parte dos geradores e os receptores dessa ação.

Retomando a concepção de sistema, Chaves (1978) considera o hospital um sistema aberto, resultante das ações de seus subsistemas, tendo seus objetivos e metas como gerador do processo em busca da satisfação no produto final.

Se olharmos a evolução dos hospitais, podemos perceber que, segundo Beland (1978, p. 63), “antes do século vinte, a maioria das pessoas doentes, com exceção dos indigentes, era tratada em casa. Havia poucas enfermeiras e a maior parte do tratamento durante a doença, era fornecida por médicos e membros da família do paciente. Nos últimos 50 anos, o aumento de leitos hospitalares quadruplicou.

Depois da Segunda Guerra Mundial, aumentou abruptamente o número de leitos em hospitais federais. Depois de 1950, o aumento mais marcante foi em hospitais que fornecem atendimento a curto prazo. Uma das razões para isto é que os hospitais já não são considerados como lugares para morrer. Ao invés disto, o que se espera é que forneçam diagnóstico e tratamento terapêutico sofisticados, proporcionando, assim, ao paciente, a possibilidade de recuperar o melhor estado de saúde possível”

Atualmente o hospital é considerado uma instituição destinada a atender a comunidade. E, como uma organização complexa, possui múltiplas finalidades, tanto para a cura como na prevenção de doenças.

Toda situação que venha gerar transtorno ao cliente deve ser esclarecida para que o trauma não venha lhe causar nenhum dano aos já inseridos na sua hospitalização. Por ser

o centro cirúrgico e unidades de internação cirúrgica locais com assistência especializada, temos imbutido nestes vários subsistemas com ações e relações que interferem na assistência que nele se presta. Segundo Salzano (1984, p. 21), esses subsistemas “compreendem uma variedade de atividades (softwares) e uma variedade de equipamentos (hardwares) necessários, requeridos para a realização das atividades específicas da unidade”.

Laufman, citado por Salzano (1984, p. 21), menciona que “o sistema centro cirúrgico consiste em quatro subsistemas principais: suporte cirúrgico (ambiente); tráfego e comércio (atividades); comunicação e informação (registro) e o de administração (direção-gestão)”. Neste mesmo processo está inserido as unidades de internação cirúrgica, porque, ao avaliar um cliente no centro cirúrgico, podemos detectar problemas referentes a estes subsistemas, como por exemplo: o cliente não foi preparado adequadamente para o ato cirúrgico; o transporte não ocorreu com segurança; não há nada registrado sobre o pré-operatório; não havia ninguém da unidade para liberar o cliente para ser transportado ao centro cirúrgico.

Quando há interação entre a unidade de internação cirúrgica e o centro cirúrgico, o fluxo normal funciona como bem descreve Salzano (1984, p. 21) no “desenvolvimento apropriado destes quatro subsistemas os pacientes são escalados para as operações, conduzidos ao centro cirúrgico, onde recebem a assistência no período transoperatório; e, terminado o ato anestésico-cirúrgico, os pacientes pós-operados são encaminhados à sala de recuperação pós-anestésica ou à unidade de origem”.

Para que o centro cirúrgico funcione eficientemente e a assistência no transoperatório seja segura e eficaz, se faz necessário ressaltar a importância do papel do enfermeiro frente a esta unidade. Como também a sua interação com todo o macrosistema hospital, mais precisamente com as unidades de internação cirúrgica, porque desta sincronia teremos os resultados esperados, o cliente tendo seu tratamento com qualidade e sem nenhum risco.

O efetivo relacionamento entre as unidades de internação cirúrgica e o centro cirúrgico, juntamente com seus clientes internos/externos, tendem a diminuir os problemas enfrentados na hospitalização do cliente.

Esses problemas enfrentados por uma pessoa hospitalizada encontram-se fartamente indicados na literatura de enfermagem. Concordam os autores na importância da comunicação entre os componentes da equipe de saúde e, principalmente, os da equipe de

enfermagem, por seu contato mais direto e contínuo com o paciente, como forma de fazer frente a seus medos, ansiedades e conflitos.

Beland (1978, p. 382), ao focar os aspectos psicossociais da doença, relata que “o paciente e sua família consideram uma doença que envolve hospitalização como uma situação extremamente disruptiva... Ele pode considerar a hospitalização como uma situação de tensão ou uma crise. E a maneira pela qual um paciente encara sua doença depende não só de seus recursos íntimos, mas também de como ele é auxiliado a lidar com a situação em que se encontra”.

No momento em que ocorre o processo de hospitalização, a pessoa que adoece sofre a transposição da situação de “normalidade”, garantida pela condição de saúde, para a de dependência da atuação dos profissionais na resolução de seus problemas que constitui, por si, elemento concreto de desconforto e insegurança.

Se no momento da hospitalização, o cliente é atendido por uma equipe multiprofissional preparada e capaz, esta mudança torna-se de menor peso e seu comportamento é mais propício, estimulando a cura.

A falta de tempo para atuação junto ao cliente tem sido a principal justificativa para o distanciamento do enfermeiro da concretização da assistência de enfermagem.

Estabelece-se, portanto, um desafio para a enfermagem em se reconhecer como profissional capaz e politicamente intermediar as mudanças estruturais que lhe permitem agir como propõe a situação, possibilitando uma interação real, a partir da comunicação, reciprocidade, solidariedade, respeito mútuo, liberdade e acolhimento atuando sobre os entraves de forma a neutralizar, ou ao menos minimizar, seus efeitos sobre a relação pessoa-pessoa, que deve constituir o cerne do cuidado na assistência de enfermagem ao cliente.

Neste sentido vê-se uma prática que não incorporou toda a prescrição teórica de como processar-se a comunicação com o cliente, uma vez que, de modo geral, continua-se no nível de “Bom dia, Sr. João, O Sr. dormiu bem à noite?”.

Durante a internação, devido ao seu estado emocional abalado e a carga de estresse acarretada devido a essa mudança brusca, o primeiro impacto ou recepção é que fica marcado para o cliente. Silva (1980, p. 419), ao citar Favretto, chama a atenção de toda a equipe de saúde para o aspecto fundamental da influência do momento da internação do cliente que o leva a um estado de “trauma psíquico que influi negativamente sobre seu estado de alma e sobre a evolução de sua enfermidade”. A mesma autora relata “como

causa desse trauma a maneira impessoal e desumana em que, muitas vezes, ocorre essa admissão. Salienta ainda o fato da separação do cliente por guichês de vidro, dos funcionários que fazem o seu registro nesse momento. Continua enfatizando esse sistema de separação na própria enfermaria onde é internado o cliente, fazendo suas referências com relação aos pontos de informação, aos sistemas de sinalização, às salas de espera, que muitas vezes não proporcionam o contato necessário da equipe de saúde com o cliente. Continua o autor, referindo-se como causa de grande ansiedade, a percepção, pelo cliente, da perda do bem inestimável, a saúde, dando-lhe a sensação de invalidez. Em tudo isso ele percebe a perda de sua individualidade, quando os aspectos humanos são totalmente sufocados pelos aspectos técnicos e as rotinas hospitalares, utilizados pelo pessoal de saúde”.

A QUALIDADE E SUA EVOLUÇÃO NO DECORRER DO TEMPO

Não existem ações isoladas no universo, mas interações que necessitam da existência de pelo menos duas partes. Sempre haverá a natureza dual (cliente-cliente), onde qualidade é aquilo que cada um pensa e percebe que é, sendo padrão de referência para os clientes na adequação ao uso e na satisfação dos mesmos.

Sempre que atendemos, satisfazemos e superamos as necessidades é porque conseguimos motivar e moldar o comportamento de pessoas.

Sabemos que a necessidade é o fator gerador de todas as coisas. Portanto, a sobrevivência num mercado altamente competitivo e tendo os clientes cada vez mais exigentes têm sido um fator de desafio às empresas produtoras de bens e serviços em superar essas necessidades.

A organização, com suas crenças e valores, desenvolve, ao longo de sua história, um marco cultural, em consequência ao seu envolvimento à sociedade na qual está inserida. No decorrer do tempo, esses valores vão sendo acumulados como experiência de vida. Muitas vezes, esses valores são tão fortes que traduzem o caminhar da organização. Diante desses valores adquiridos ao longo do tempo, a organização molda suas crenças, que irão refletir no seu futuro/presente como condições necessárias a seu sucesso, através das experiências vividas.

Os valores e as crenças geralmente são estabelecidos para guiar os relacionamentos internos e externos das organizações, visando à sua adaptação no contexto que deseja sobreviver e progredir. São relativos aos fatores políticos, tecnológicos e, sobretudo,

culturais, que influenciam as relações com os clientes internos e externos.

Assim, os valores refletem o passado cultural e as crenças o presente. São as diretrizes que irão dar bases de sustentação às organizações e devem ser consideradas como mandatárias para toda atividade gerencial.

Hoje, todos falam de qualidade, porém alguns com conceitos equivocados, principalmente executivos e gerentes que adotam, no sufoco, qualquer linha de ação que lhes seja mais familiar, e, nesta busca, correm o risco de assumir papéis de anti-líderes da qualidade. Cardoso (1995, p. 2). Neste sentido, pouco se dedica ao desenvolvimento de liderança. O que é mais óbvio e simples é que a qualidade para a satisfação dos seus clientes, escolhe a forma adequada de agir, dentro daquilo que a situação exige, compromisso em educar, treinar e fazer uma comunicação clara e cristalina para o entendimento de todos. Quando trabalhamos a qualidade, os problemas são problemas de todos, chegando a todos os níveis, não se detendo em alcançar metas, mas em avaliar o processo, tendo com a essência a melhoria contínua. Devemos ajustar-nos às mudanças sem vê-las como crises ou ameaças, mas oportunidades que garantem a constância das ações, para se atingir resultados diante das observações, encontrando as soluções.

Para Cerqueira (1994, p. 11), a noção do que seja qualidade depende fundamentalmente da percepção de cada um. O que tem qualidade para uns, pode não atender às necessidades de outros. Assim, o primeiro conceito a ser entendido é: A noção da qualidade depende da percepção de cada um.

Para o bom entendimento do que seja qualidade, Cerqueira (1994, p. 11) descreveu alguns aspectos que ajudam essa percepção: “Transcendental - qualidade é excelência em produto e serviço; Baseada no produto - qualidade tem a ver com características e atributos do produto; é fazer a coisa certa e isenta de defeitos; Baseada no processo; qualidade é fazer a coisa de forma certa, conforme padrões preestabelecidos; baseada no valor econômico - a qualidade de um produto ou serviço tem a ver com seu valor econômico; Baseada no usuário - qualidade é atender à satisfação do usuário”.

Se olharmos as instituições de saúde, veremos o quanto ela se insere dentro desta abordagem, quando Cerqueira (1994) diz que do ponto de vista do cliente deve-se considerar que um produto ou serviço de qualidade é aquele que suas características sejam adequadas ao uso e seja isento de defeitos. Na realidade, esta é uma postura em relação ao significado da qualidade que tem a ver com a adequação ao uso. Assim: Qualidade é a totalidade de atributos que deve ter um produto ou serviço para que atenda às expectativas

do usuário final ou supere-as.

A base de atitudes para a qualidade só pode ser estabelecida identificando-se a cultura organizacional, respeitando particularidades de cada empresa, desenvolvendo os valores organizacionais necessários. Cardoso (1995, p. 6).

A qualidade do trabalho inicia-se com a satisfação em casa. É impossível desvincular a expectativa da qualidade de vida da satisfação no trabalho. A qualidade reside no que se faz - aliás, em tudo o que se faz - e não apenas no que se tem como consequência para o cliente.

Para identificar os clientes, deve-se incluir “todas as pessoas que são afetadas por processo ou produtos”. Juran (1990, p. 27). Tais pessoas incluem clientes internos e externos. A primeira etapa no planejamento da qualidade serve-se do produto para ver quem ele afeta. Qualquer um que seja afetado é cliente. A seguir determinam-se as necessidades desses clientes. As necessidades de clientes internos incluem segurança no emprego, auto-respeito, respeito aos outros, continuidade dos hábitos e ainda muitos outros elementos agrupados com o título de valores culturais. O conhecimento de necessidades dos clientes internos pode ser obtido por “levantamento” ou “estudo” do clima organizacional.

Deve ser preocupação das empresas reconhecer a qualidade de vida esperada pela sociedade à que pertence, oportunizando a volta de um indivíduo melhor para a comunidade, pela avaliação de sua qualidade pessoal, refletindo suas experiências no trabalho. O melhor conhecimento por parte da empresa em relação aos fatores de qualidade de vida lhe dá maiores condições de alcançar a produção da qualidade.

É impossível uma empresa pensar em qualidade, sem estruturar-se para isso. Mudanças na organização dos recursos materiais, humanos e financeiros são inevitáveis. Pensa-se, em geral somente no enfoque de tecnologia “melhorada”, limitando-se ao enfoque de mudança comportamental e não se muda a estrutura que viabiliza este comportamento.

Se quisermos atingir a melhoria contínua, é preciso trabalhar em equipe; e, então, alguns fatores de motivação são elementos que devem ser considerados com a realidade local e as estratégias propostas. A motivação influencia a disposição das pessoas para que elas atinjam seus objetivos pessoais e os da instituição.

A capacidade e as percepções do papel das pessoas também são fatores importantes para se saber até que ponto elas terão um bom desempenho. Assim como temos fatores de sucesso, encontraremos também problemas comuns em grupos. Existem boas diretrizes que podem ser adotadas para enfrentar tais problemas ou como prever e evitar os mesmos.

Sempre que possível, deve-se considerar cada problema como um problema do grupo, não ser exagerado, nem muito moderado nas relações. As pessoas trabalham muito e sem sentido porque, não têm resultado. É uma questão de sobrevivência, e quando se dá oportunidades para estas pessoas fazerem, elas farão.

Redesenhar modelos para obter qualidade e produtividade é estratégia que pode ser aplicada com sucesso. A questão do diálogo interno e externo, quando de maneira flexível, a liderança hierárquica horizontal e vertical ligada à administração, e o senso de direção, a autonomia com consciência, entendendo a filosofia da organização onde tem que ser discutida a visão e missão da empresa.

Para Cerqueira Neto (1993 p. 4), existem três subsistemas básicos para o desenvolvimento da qualidade, a saber: O contexto onde a organização e o trabalho da organização estão inseridos ambiente interno, ambiente externo e interface. A interface é uma região entre o lado interno e externo. Nela existem contribuições dos dois ambientes. Essa interface é uma região imaginária, o planejamento, controle e melhoria contínua que são as partes gerenciais básicas para o desenvolvimento da qualidade.

Sempre que estamos diante de um processo de mudanças geramos conflitos aos clientes, principalmente aos internos, pois o desconhecido gera medo e insegurança e os resultados expectativas marcantes para o processo. Cerqueira Neto (1993 p. 55) vê o processo de mudança como um processo sucessivo de descongelamento de idéias, onde as forças externas políticas, culturais e econômicas atuam sobre os sistemas empresariais internos - político, cultural e técnico. Dessa forma, o processo de mudança para aprimorar os atuais níveis da qualidade da empresa caracteriza três problemas diferentes: o projeto técnico da qualidade pretendida, a alocação política de administração da qualidade e o problema cultural/ideológico de que é necessário mudar hábitos e atitudes.

A má qualidade decorre da gerência insuficiente das atividades que influenciam a mesma. Estão fundamentadas na concorrência que a empresa tem no mercado, cada dia mais mutável. Cliente e sua satisfação são premissas. Não existe empresa com problemas. Existe empresa com administração inadequada. Não existe problema de fluxo de caixa. Existem problemas devido a causas do tipo falta de apoio da administração superior, organização, liderança, recursos, tempo e treinamento, entre outros.

Administrar qualidade é, sobretudo, administrar consenso. Assim, todo planejamento que necessite ser implantado, requer conhecimento, análise crítica e aprovação da comunidade de profissionais da organização. É a necessidade de participação como

geradora de sinergia.

Não basta dizer que acredita e que todos os esforços planejados são necessários. É preciso liderar o processo, minimizando os pontos de conflitos.

Numa organização, muitos são os formulários utilizados nas atividades de registros e controle de processo. Alguns, entretanto, são meras planilhas auxiliares utilizadas para gerar os dados que devem ser efetivamente registrados e mantidos, tendo, portanto vida limitada.

No sistema da qualidade devem ser estabelecidos e mantidos procedimentos para controle de registros da Qualidade. Nesse, devem ficar claramente definidos quais os formulários padronizados que são considerados como necessários e suficientes, para demonstrar, por evidências objetivas, que atendem aos requisitos e especificações. O procedimento deve prever qual o tratamento adequado aos Registros da Qualidade e a quem cabe a responsabilidade de mantê-los arquivados por período preestabelecido.

Os Registros da Qualidade em geral têm seus formulários anexados aos Procedimentos Operacionais, mas podem tê-los anexados as Instruções de Trabalho. O importante é definir o tratamento a ser dado para o controle de registros, no procedimento Operacional específico.

O futuro de uma instituição de saúde depende dela conseguir satisfazer requisitos de qualidade do mundo exterior. Ela precisa produzir e prestar serviços que satisfaçam às exigências e expectativas dos clientes.

É difícil imaginar que o mundo em geral ficará satisfeito com o desempenho global de uma instituição ou organização, a menos que cada indivíduo seja motivado a produzir com alto nível de qualidade. Precisamos agregar a qualidade às atividades do dia-a-dia, ou seja, priorizá-la. A linha participativa tem como ponto básico o esforço pela qualidade, é universal. Só a participação e o empenho de todos garantem o sucesso deste esforço. Todos têm inteligência e criatividade e, quem melhor conhece o problema, é quem convive com ele. Já a linha clássica enfatiza a relação desempenho-emprego, ressalta a hierarquia formal, identifica responsáveis e contata-os diretamente e tem como adoção de medidas corretivas: advertência, repreensão, penalização e desligamento. Como também dá as condições para que o "responsável" conheça o seu trabalho e o acompanhamento de perto para responder por defeitos como a identificação de operários exemplares e divulga seu desempenho. A linha promocional utiliza-se de artifícios promocionais. Promoção de campanhas; polariza a atenção no empregado e todos têm uma contribuição útil a fazer, onde qualquer campanha

deve ser bem planejada e coordenada e emprega estratégias usuais: Campanha pela qualidade, uso de meios internos e externos de comunicação, eventos que chamem atenção, cartazes por toda a empresa, mensagens, competições, caixa de sugestões, prêmios a bons desempenhos, etc.. Na linha progressiva há o incentivo à capacidade das pessoas de transpor obstáculos e leva-se o grupo a atingir e ultrapassar índices objetivos e há fixação preliminar para melhorar e manter. Já a linha aderente adapta o sistema de qualidade à realidade da empresa, identifica especificidade do processo, dá ênfase aos pontos críticos e adequação das normas de controle, tem como estratégias: sistema de informações para a qualidade, elemento de aderência (exemplo: custo), visão teórica a partir de aspectos práticos.

As equipes para a qualidade podem desenvolver seu trabalho, utilizando estratégias que ajudarão a criar um plano de melhorias, identificando as informações e recursos necessários durante o projeto. Usando então o plano, e já nesta fase, com o espírito de trabalho em equipe assentado, basta monitorar a execução dos trabalhos e avaliar resultados.

Quando trabalhamos a qualidade nos cuidados da assistência, o conceito adequado para a qualidade dos serviços vai depender de que maneira ela é considerada e qual perspectiva de desenvolvimento desta no mesmo. As implicações deste propósito para um serviço referem-se à visão da qualidade e à ênfase a ser adotada para os fatores humanos; fatores estes que podem ser considerados interligados, quando se adota um conceito de qualidade num serviço, quaisquer que sejam seus produtos.

Não basta, somente, apresentar resultados. Cada vez mais as organizações devem ser capazes de demonstrar como esses resultados foram obtidos. Resultados obtidos sem comprovações do processo de obtenção não são permanentes. Daí que a organização, seja ela de que natureza for, sempre produz resultados. Na saúde esses resultados são consolidados na forma de recuperação ou diminuição ou prevenção/cura de algum problema, assim o papel da maior parte das instituições de saúde é prevenir ou promover a cura na prestação de seus serviços.

Cardoso (1995, p. 27) define serviço como desempenho, isto é, “trabalho executado para alguém”. Juran (1992, p. 10). Partindo deste pressuposto, julga-se que este seja a análise comparativa elaborada com o objetivo não de restringir a orientação a ser adotada, mas de contribuir na definição de uma filosofia que será desdobrada em políticas e diretrizes para a qualidade numa organização. No momento que tomamos alguns autores como: Feigenbaum, Crosby, Juran, Deming, Ishikawa, podemos fazer uma análise

objetiva de como é importante o enfoque dado por cada um quanto a características do sistema de qualidade, visão da qualidade, foco gerencial e fatores humanos, como cita Cardoso (1995).

Como a adoção de um conceito de qualidade direciona a filosofia de uma empresa?

Feigenbaum - Exigências dos clientes concretizadas através de especificações em todas as fases da produção, com qualidade de processos compatível com tais especificações.

Crosby - Cumprimento das especificações estabelecidas para satisfazer aos clientes de modo econômico.

Juran - Adequação ao uso através de percepção das necessidades dos clientes e aperfeiçoamentos introduzidos a partir de níveis de serviço já alcançados.

Deming - Perseguição às necessidades dos clientes e homogeneidade do processo de serviço com baixa variabilidade (previsibilidade).

Ishikawa - Rápida percepção e satisfação das necessidades do mercado, adequação ao uso dos produtos/serviços e homogeneidade dos resultados dos processos (baixa variabilidade).

Quais características básicas e amplitude do sistema de qualidade são necessárias?

Feigenbaum - Baseadas numa forte infra-estrutura técnica-administrativa, com procedimentos estabelecidos detalhadamente integrados dentro da estrutura organizacional; gerenciado por especialistas, dando apoio e assistência a todas as áreas para assegurar integração em torno da função de qualidade.

Crosby - Construídas através do envolvimento de toda a organização em torno de metas da qualidade, firmemente estabelecidas, periodicamente avaliadas através de dados confiáveis de custos, como elementos indicadores de necessidades e concentração de esforços.

Juran - Evidenciadas através das próprias características dos produtos e serviços que garantem a satisfação dos clientes (adequação ao uso) e aprimoradas passo a passo por equipes multifuncionais, com critérios de priorização e garantia de que níveis de qualidade já atingidos serão mantidos e melhorados.

Deming - Direcionadas pelas necessidades do consumidor e desenvolvidas pelo aprimoramento dos processos administrativos numa postura de contínua melhoria numa base objetiva, e conseqüente transferência dos resultados aos clientes.

Ishikawa - instaladas desde o desenvolvimento e projeto de novos produtos e serviços e aperfeiçoadas através da estrutura da empresa, reforçadas para uma rede de relações que cobrem as funções da qualidade, de forma a permitir ao cliente perceber que a qualidade esperada e prometida está garantida.

Como deve ser estruturada a atenção das estratégias gerenciais conforme meios adequados?

Feigenbaum - Gerência enfatiza a responsabilidade da linha de produção de produtos e serviços pela qualidade, e a ferramenta é um sistema de qualidade altamente estruturado.

Crosby - Mecanismos de planejamento e controle alimentados por esquemas eficientes de comunicação.

Juran - Funções gerenciais em qualidade com planejamento, execução e melhoria através de metodologias de resolução de problemas.

Deming - Gerência com ênfase em princípios operacionais e ação pontual, utilizando como ferramenta o controle estatístico de processo adaptado às condições de processo.

Ishikawa - A prioridade é o trabalhador, buscando a valorização do homem, cabendo à gerência a função de ensinar e orientar, a direção deve transferir benefícios alcançados aos colaboradores e sociedade; as ferramentas visam a integração de atividades.

Qual a abordagem para os recursos humanos que deve ser desenvolvida?

Feigenbaum - Desenvolvendo a conscientização em torno da contribuição de cada um para com a função qualidade.

Crosby - Estabelecendo comprometimento, conscientização, comunicação e motivação através de recompensas.

Juran - Mostrando compreensão da qualidade como uma das principais responsabilidades gerenciais, comprometimento da organização com a qualidade objetiva em todos os níveis, conscientização e, conseqüentemente, envolvimento de todos com projeto de melhoria.

Deming - Promovendo comprometimento, conscientização e motivação pela integração de objetivos do desenvolvimento individual através do desenvolvimento da empresa.

Ishikawa - Compreendendo a qualidade como inerente ao trabalho, fazendo parte e sendo resultado do trabalho, com construção da qualidade de vida de cada um e da sociedade.

Paladini (1995, p. 1) cita que alguns pesquisadores tornaram-se famosos, ao longo do tempo, pela sua contribuição para a disseminação do conceito de qualidade nas indústrias e na sociedade em geral, sobretudo através do desenvolvimento de técnicas que tornaram mais acessível a busca pela produção da qualidade e a estruturação de métodos objetivos para avaliá-la.

Ao desenvolver esta proposta, utilizarei a teoria da qualidade, percebendo que a sua aplicação se relaciona à comunicação com bastante afinidade, portanto, a comunicação com qualidade trará a satisfação dos clientes em busca de uma adequação à melhoria

contínua.

A qualidade, segundo sua evolução histórica tem características muito peculiares.

Na antiguidade, a perfeição das pirâmides, a precisão da arquitetura de vários povos, a beleza da literatura grega, a consistência das construções romanas, as contribuições diversas em matemática fundamental, a construção de mapas geográficos e a estruturação do calendário são exemplos de esforços para o alcance da qualidade da era antiga nas mais diversas áreas. Já o controle de qualidade aparece em operações rudimentares a nível de controle das ações de operadores, inspeção de materiais e produtos acabados além de princípios de organização voltados para a qualidade.

Na idade média, os indivíduos ou pequenos grupos de pessoas produziam bens e serviços e eles próprios controlavam a qualidade. Assim, a característica básica destes sistemas produtivos era concentrar, numa só pessoa, o operador e o inspetor. Essa era marca também o advento de muitas associações de artesãos na Europa, que regulavam toda a economia a nível local, inclusive com modelos de monopólios e oligopólios. Essas associações, em seu esforço pela qualidade, fixavam padrões, estipulavam condições de trabalho, regulavam algumas fases específicas do processo produtivo e controlavam, principalmente, matérias-primas. A proteção contra produtos externos e atos dos governos locais era também prioridade destas associações.

Já o período de 1800 a 1930 marca o advento da industrialização. O crescimento das organizações industriais e o desenvolvimento tecnológico resultaram na necessidade de serem criados grupos de trabalhadores para tarefas similares, iniciando-se a era dos supervisores industriais. As empresas ainda eram pequenas, e o dono trabalhava junto aos operários, estando, pois, fisicamente presente na empresa e acompanhando tudo o que se passava. Assim, os padrões de qualidade eram fixados pelo dono da empresa, que também controlava sua execução. Os supervisores trabalhavam mais com os grupos de operários e avaliavam a conformação do trabalho aos padrões fixados pelo dono do empreendimento.

No começo do século atual, com o advento de organizações maiores e mais complexas, começou o trabalho dos supervisores que gerenciavam o processo com maior liberdade e poder de decisão. A inspeção da qualidade do produto, que era essencialmente feita pelos supervisores, começa a migrar para pessoas mais voltadas para este tipo de trabalho. Supervisores e operários, assim, passam a ter mais tempo para as atividades produtivas. Para muitas companhias, entretanto, a inspeção da qualidade não era feita de forma satisfatória ou suficiente para detectar e corrigir defeitos. Surgem, então, os primeiros

métodos de controle estatístico da qualidade em empresa.

Em 1930 o maior desenvolvimento foi a crescente aplicação das técnicas de aceitação por amostragem e a ampla divulgação das idéias sobre controle estatístico da qualidade. Ao mesmo tempo, surgem esforços na área de motivação à qualidade, desenvolvimento de aspectos legais do controle de qualidade para procedimentos de manufatura, processamento e embalagem e a ampliação da avaliação da qualidade para a área do controle por variáveis por Romig em 1939.

Em 1940 nasceu, oficialmente, o controle estatístico de qualidade, que formalizou as técnicas desenvolvidas nos anos anteriores. Com a Segunda Grande Guerra houve uma rápida expansão nas indústrias ligadas a armamentos e foi nelas que se desenvolveram uma série de normas e padrões ligados à inspeção de qualidade. O uso de mão de obra não preparada afetou os níveis de qualidade de produtos e serviços. Estes aspectos geraram a necessidade da estruturação de programas formais de qualificação de pessoal. Nesta década surgem vários grupos de pesquisas que se dedicam a criar novos métodos de controle de qualidade, bem como aperfeiçoar os já existentes. Marcam ainda a criação da American Society for Quality Control, em 1944 e, em 1949, o surgimento das normas do sistema MIL-STD-105, para a avaliação da qualidade por atributos.

Em 1950 há uma solidificação dos conceitos relativos ao controle estatístico da qualidade, bem como uma intensa revisão das normas americanas na área de qualidade, proveniente, originariamente, das Forças Armadas, mas já agora em uso pela indústria em geral. Outra marca relevante desta década é a descoberta da qualidade por parte do Japão, popularizando-se lá os métodos e a essência conceitual do controle de qualidade, a partir, sobretudo, dos trabalhos de Deming e Juran. Em 1955, Ishikawa introduziu técnicas de controle de processos no Japão. A década marca, ainda, a implantação e desenvolvimento de modelos de controle de qualidade em vários outros países.

Já, em 1960, inicia-se a estruturação do Controle Total de Qualidade por Feigenbaum. Em 1963, com expansão em toda a empresa. Nesta mesma época, foi criado o modelo americano do Zero Defeito. No Japão surge o conceito de círculos de qualidade, dentro de um modelo que viria mais tarde a ser conhecido como a "abordagem participativa da qualidade". Surge o modelo japonês do Zero Defeito muito diverso do similar americano. Foi nesta década também que surgiram os veículos de informações importantes sobre qualidade e foram fixadas as primeiras regulamentações legais para a segurança do produto e usuário, voltadas para a manufatura, processamento, embalagem e conservação de

alimentos.

Em 1970 foi o advento de conceitos como o de controle de qualidade por toda a empresa através de Ishikawa, em 1975, ou por toda a organização com Feigenbaum, em 1977. Nesta época há o envolvimento de todos os trabalhadores da empresa no esforço pela qualidade. Surge a abordagem sistêmica da qualidade e o conceito de Controle de Qualidade Participativo, que preconiza o envolvimento pleno dos operários em decisões relativas a seus postos e trabalhos, ambiente e processo de produção e produtos. Na área técnica, a maior inovação surge em 1976, com os diagramas de causa-efeito de Ishikawa e o controle de variações em processo produtivo, com os métodos de Taguchi em 1976/1977. E o uso de computadores ampliou e facilitou o uso de técnicas estatísticas na indústria.

Em 1980 foi marcado pelos slogans criados para a qualidade, que popularizaram muito os esforços pela qualidade e divulgaram, sobremaneira, seu conceito básico. Os maiores desenvolvimentos desta década estão voltados para a gestão da qualidade e, em particular, para o envolvimento do ser humano no esforço pela qualidade. É nesta época que há a popularização do conceito de garantia de qualidade. A melhor forma de entender o que hoje é qualidade consiste em esquecer o que aquilo sempre pareceu ser antes. Qualidade não é condição exclusiva de produtos finais, nem algo definido. Qualidade é tudo o que alguém faz ao longo de um processo para garantir que um cliente, fora ou dentro da organização, obtenha exatamente aquilo que deseja - em termos de características intrínsecas, custo e atendimento. Lobos (1991).

Uma definição simplificada de qualidade é a de "adequação ao uso". O conceito anterior é uma ampliação deste, porque existem muitos usos e usuários.

Atualmente estamos vivenciando uma revisão radical de como as pessoas estão administrando as organizações, maior interesse do consumidor pela qualidade. Como reflexos destas mudanças, podemos destacar o problema ambiental, a estruturação das auditorias de qualidade, o esgotamento de recursos naturais, a transparência em assuntos éticos e a globalidade da economia que envolvem a unificação de função de projeto e produção, desenvolvendo ferramentas e métodos mais eficientes, porque os consumidores estão cada vez mais exigentes. Como catalisadores dessas transformações, entram ainda as novas tecnologia de informática e de comunicações, que viabilizaram o espalhamento de informações quase que instantâneo por toda a superfície do planeta. A impressão, porém, mais atual, é a evolução de um conceito cada vez mais abrangente da qualidade, com o envolvimento de todos, desaparecendo assim setores específicos de qualidade, e a empresa

toda será um laboratório voltado para produzir qualidade.

FERRAMENTAS DA QUALIDADE ENQUANTO SUPORTE PARA A COMUNICAÇÃO.

Na organização todos deveriam estar em contínuo aperfeiçoamento, isto é, uma série de passos contínuos que se inicia com a identificação de problemas ou oportunidades a serem obtidos através das ações corretivas. O ciclo repete-se na medida em que mais causas são descobertas e eliminadas, ou na medida em que novos problemas e soluções são identificados na busca incansável da melhoria da qualidade.

O estabelecimento de medidas significa conhecer o nível de satisfação ou insatisfação dos clientes. A instituição, ao implementar esforços de melhoria da qualidade, precisa da conscientização de todos quanto ao plano de mudança, visando um aperfeiçoamento contínuo. Com isso haverá um crescimento e atendimento das expectativas e necessidades de seus clientes tanto internos como externos.

Dentro da organização existem os processos que norteiam as atividades executadas, que são métodos utilizados para alcançar as metas desejadas.

Entretanto, os gerentes devem ser líderes que, a cada momento, escolhem a forma adequada de agir, dentro daquilo que a situação exige.

O ajuste contínuo leva a um melhor conhecimento de processos, que tendem a se estabilizar atingindo-se a consistência. Consegue-se, assim, a flexibilidade pela noção daquilo que é necessário fazer para respostas rápidas, imprescindíveis para empresas que vêm, em mudanças, novas oportunidades de mercado.

O aprimoramento contínuo da qualidade começa com a necessidade de ensinar-se a todos os funcionários como identificar e analisar qualquer problema relacionado com a qualidade, encontrar as causas primárias desses problemas, partindo dos sintomas identificados. Chegar às suas soluções e, finalmente, manter os ganhos alcançados. As ferramentas estatísticas são indispensáveis como suporte para o sistema e para o sucesso de um programa.

Ao longo dos anos, para ajudar as equipes de melhoria da qualidade a solicitar e utilizar as opiniões, percepções e julgamentos de outros integrantes de trabalho, surgiram várias ferramentas para que fossem introduzidas nos locais de trabalho na instituição.

Assim, poderiam ser vistos os problemas mais claramente e achar soluções para os

mesmos através de achados pela própria equipe, que mais tarde iria solucionar ou achar soluções para tal através dos dados obtidos.

Através dos dados, uma organização pode estudar os fatos pertinentes observando as causas, extensão, escopo e efeitos dos problemas relacionados com a qualidade. Os fatos formam uma base consistente para as ações.

No momentos em que as organizações passam a adotar os conceitos de Gering, Ishikawa, Crosby, Juran e Feigenbaum, surge a necessidade de coletar-se dados e de interpretá-los corretamente de forma a guiar as ações dos executivos no sentido da implantação da qualidade.

A necessidade de dados pode ocorrer quando a equipe está selecionando e definindo seu problema, testando uma teoria sobre as causas, verificando a eficácia de uma solução.

Os simples gráficos e diagramas de melhoria da qualidade industrial geralmente são úteis, aplicáveis e fáceis de ser construídos, que é difícil imaginar um projeto que não se beneficie de seu uso. Os gráficos e diagramas transmitem muito mais informações num único olhar do que as simples tabelas de números.

Os gráficos são uma amostra visual de dados quantitativos em função do tempo. Com o auxílio dos gráficos fica mais fácil verificar-se qualquer padronização ou tendência dos dados. Os gráficos são ferramentas que melhoram o nosso conhecimento e a interpretação de fenômenos complexos.

As ferramentas da qualidade são sistemas altamente estruturados e planejados com mecanismos de controle eficientes de comunicação, baseados em controle estatístico de processo adaptado às condições de processo. A prioridade é o trabalhador buscando a valorização do homem, cabendo à gerência a função de ensinar e orientar. A direção deve transferir benefícios alcançados aos colaboradores e à sociedade, as ferramentas visam a integração de atividades.

São métodos estatísticos, que permitem aplicar e sistematizar as teorias e técnicas do controle da qualidade.

Segundo Berwick (1994, p. 182), tem uma variedade de usos nos processos de melhoria da qualidade, justificam-se a si mesmas e o esforço para aprender, quando, como e porque usá-las, já que facilitam o processo de melhoria. Certas ferramentas são usadas primordialmente para agrupar informações sobre os processos e possíveis causas de problemas. Outras são usadas para coletar informações, algumas para exibir informações e

testar teorias e finalmente há aquelas que servem para monitorar e controlar um processo depois que uma solução tenha sido aplicada.

As ferramentas da qualidade são armas poderosas que servem de guia no momento que necessitamos implantar ou melhorar as ações dentro de uma organização. A seguir citaremos algumas destas ferramentas e comentaremos aquelas que usamos neste trabalho: *CICLO PDCA, FLUXOGRAMA, HISTOGRAMA, DIAGRAMA DE PARETO, DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO, DIAGRAMA DE DISPERSÃO, GRÁFICO DE TENDÊNCIA, GRÁFICO DE CONTROLE, ESTRATIFICAÇÃO e FOLHAS DE COLETA DE DADOS/VERIFICAÇÃO.*

AFINAL, O QUE É O CICLO PDCA?

O CICLO DO PDCA DE CONTROLE DE PROCESSO (MÉTODO GERENCIAL)

É um método de gestão. Método é uma palavra que vem do grego. É a soma das palavras Meta e Hodos. Hodos quer dizer “caminho”. Portanto, método quer dizer “caminho para a meta”. Para se seguir este “caminho”, temos o ciclo PDCA, que é o método de controle para se atingir as metas.

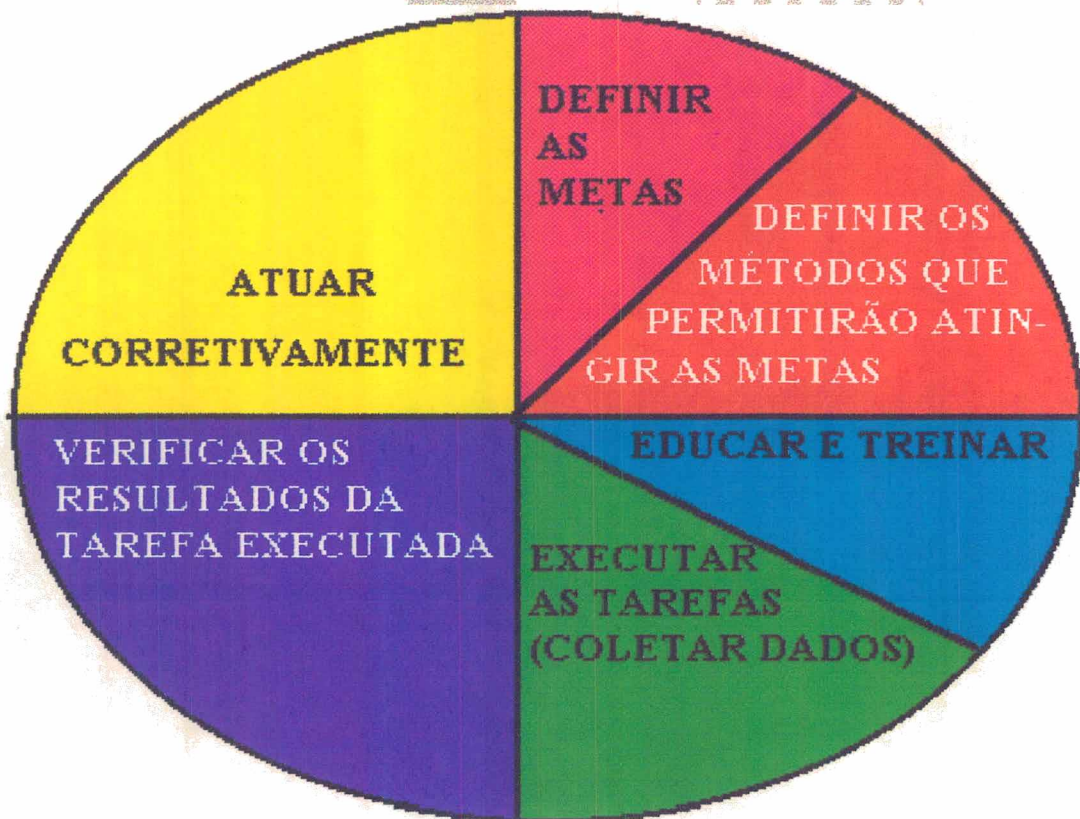
1. Existem dois tipos de metas: metas para manter e metas para melhorar.
2. Metas para manter podem também ser chamadas de metas padrão. Teríamos então qualidade padrão, custo padrão, prazo padrão, etc..
3. As metas padrão são atingidas através de operações padronizadas.
4. Portanto, o plano para se atingir a meta padrão é o Procedimento operacional Padrão.
5. O PDCA utilizado para atingir metas padrão, ou para manter os resultados num certo nível desejado, poderia ser chamado de SDCA (S para Standart ou Padrão).
6. O outro tipo de meta é a meta para melhorar.
7. Para se atingir novas metas ou novos resultados, devemos modificar a maneira de trabalhar, ou seja, modificar os Procedimentos Padrão.
8. Portanto, este PDCA de melhorias modifica o SDCA (para manter).
9. Na verdade, o PDCA coloca o SDCA em outro patamar de desempenho.
10. O PDCA é conduzido pelas funções gerenciais e o SDCA pelas funções operacionais.
11. O PDCA pode ser utilizado para melhorar o processo existente ou para definir um novo processo.

12. A conjugação destes dois tipos de PDCA e do SDCA é que compõe o Melhoria Contínuo.
13. O PDCA é um método de trabalho que leva as pessoas a assumirem responsabilidade, e desejarem o desconhecido (novas metas) e, portanto, a terem vontade de aprender novos conhecimentos.

O “controle de processo” é exercido através do CICLO PDCA. A figura mostra o CICLO PDCA (PLAN, DO CHECK, ACTION) composto das quatro fases básicas do controle: planejar, executar, verificar e atuar corretivamente. É a forma mais simples e reduzida do PDCA.

FIGURA 3.2 - CICLO PDCA DE CONTROLE.

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO CICLO DO PDCA



FONTE: © 1992 - VICENTE FALCONI CAMPOS

No espaço lilás é onde iremos definir nossas metas. No espaço vermelho são os métodos que permitirão atingir as metas propostas. Estes dois espaços são o (P)

PLANEJAMENTO. No espaço azul claro será o momento de educar e treinar, já no espaço verde é o momento de executar as tarefas (coleta de dados). Estes dois espaços são o **(D) EXECUÇÃO**. No azul é onde iremos verificar os resultados das tarefas executadas, este espaço é o **(C) VERIFICAÇÃO**. No amarelo é onde iremos atuar corretivamente, este espaço é o **(A) ATUAÇÃO**.

OS TERMOS NO CICLO PDCA TÊM O SEGUINTE SIGNIFICADO:

PLANEJAMENTO (P)

- 1 - Estabelecer metas.
 - 2 - Estabelecer a maneira (o caminho, o método) para se atingir as metas propostas.
- Esta é a fase do estabelecimento da “diretriz do controle”.

EXECUÇÃO (D)

- 3 - Nesta etapa é essencial o treinamento no trabalho decorrente da fase do planejamento. (educar e treinar).
- 4 - Execução das tarefas exatamente como prevista no plano e coleta de dados.

VERIFICAÇÃO (C)

- 5 - A partir dos dados coletados na execução, compara-se o resultado alcançado com a meta planejada.

ATUAÇÃO CORRETIVA (A)

- 6 - Esta etapa é onde o usuário detectou desvios e atuará no sentido de fazer correções definitivas, de tal modo que o problema nunca volte a ocorrer.

A - ESTABELECIMENTO DA DIRETRIZ DE CONTROLE (PLANEJAMENTO)

Uma diretriz é estabelecida sobre os fins e meios de um processo e consta de:

- A.1. - A meta, que é o nível de controle, ou seja, a faixa de valores desejada para o item de controle (fim).
- A.2. - O método, que são os procedimentos (meios) necessários para se atingir as metas.

O estabelecimento da “diretriz do controle” é também chamado de “planejamento da qualidade”, pois a finalidade do controle é sempre garantir a satisfação das necessidades das pessoas. Esta fase também é conhecida como “estabelecimentos de padrões”.

B - MANUTENÇÃO DO NÍVEL DE CONTROLE

Se todos os padrões estabelecidos na etapa anterior forem cumpridos, resultarão numa qualidade padrão, um moral padrão e segurança padrão. Sempre que ocorrerem desvios deve-se:

B.1 - Atuar no resultado para repor imediatamente o processo em funcionamento.

B.2. - Atuar na causa para prevenir o reaparecimento do desvio.

C - ALTERAÇÃO DA DIRETRIZ DE CONTROLE (MELHORIAS)

Neste mundo, tudo muda constantemente. Mudam as necessidades das pessoas, as matérias-primas, a tecnologia, etc. Portanto, a diretriz do controle deve ser constantemente alterada de tal forma a garantir a sobrevivência do processo.

Quando uma diretriz de controle é alterada deve-se:

C.1. - Alterar a meta, ou seja, alterar a faixa de valores proposta para o item de controle, alterar o nível de controle.

C.2. - Alterar o método, isto é, alterar os procedimentos padrão de tal forma que o novo nível de controle seja atingido.

Dentro do processo de qualidade total, dois objetivos deverão andar juntos, o aperfeiçoamento e o aumento da satisfação dos clientes, para que haja harmonia e assim alcançarmos o máximo dos benefícios. O primeiro passo para o sucesso da implantação ou para a mudança de cultura de qualquer corporação, deve ser um compromisso, suporte e envolvimento constante. O compromisso é a dedicação a um princípio ou objetivo pré estabelecido; o suporte é a combinação do compromisso e providências de recursos para realizar a tarefa, já o envolvimento físico significa fazer parte de todos os pontos visíveis do processo.

FLUXOGRAMA - É uma representação gráfica das etapas seguidas ou executadas em um processo com intuito de mostrar a sua seqüência.

O fluxograma tem inúmeras utilizações, podendo ser usado para compreender e melhorar o processo de trabalho, para criar um procedimento padrão de operação, para mostrar como deve ser feito o trabalho numa organização. Além disso, permite que qualquer elemento envolvido em um processo, depois de registrar o fluxo real deste, possa compará-lo ao fluxo que o processo deveria seguir. Isto freqüentemente permite identificar áreas problemáticas e facilita a melhoria do processo.

O fluxograma nada mais é do que um desenho onde aparecem todos os passos dados e as diversas alternativas para um determinado processo.

É uma ferramenta largamente empregada em qualquer tipo de organização para o melhoramento da qualidade.

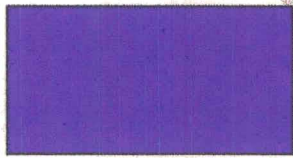
Os fluxogramas de processo usam um conjunto coerente de símbolos, gráficos para

sua confecção, e os mais comuns são os seguintes:

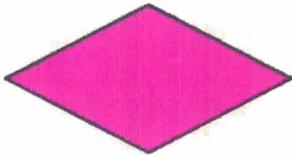
FIGURA 3.3 - SÍMBOLOS GRÁFICOS.



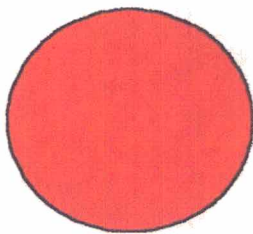
INDICA ONDE UM PROCESSO INICIA E TERMINA



MOSTRA A ETAPA DE UM PROCESSO OU ATIVIDADE DE DENTRO DO PROCESSO



INDICA PONTO ONDE SE TOMAM DECISÕES

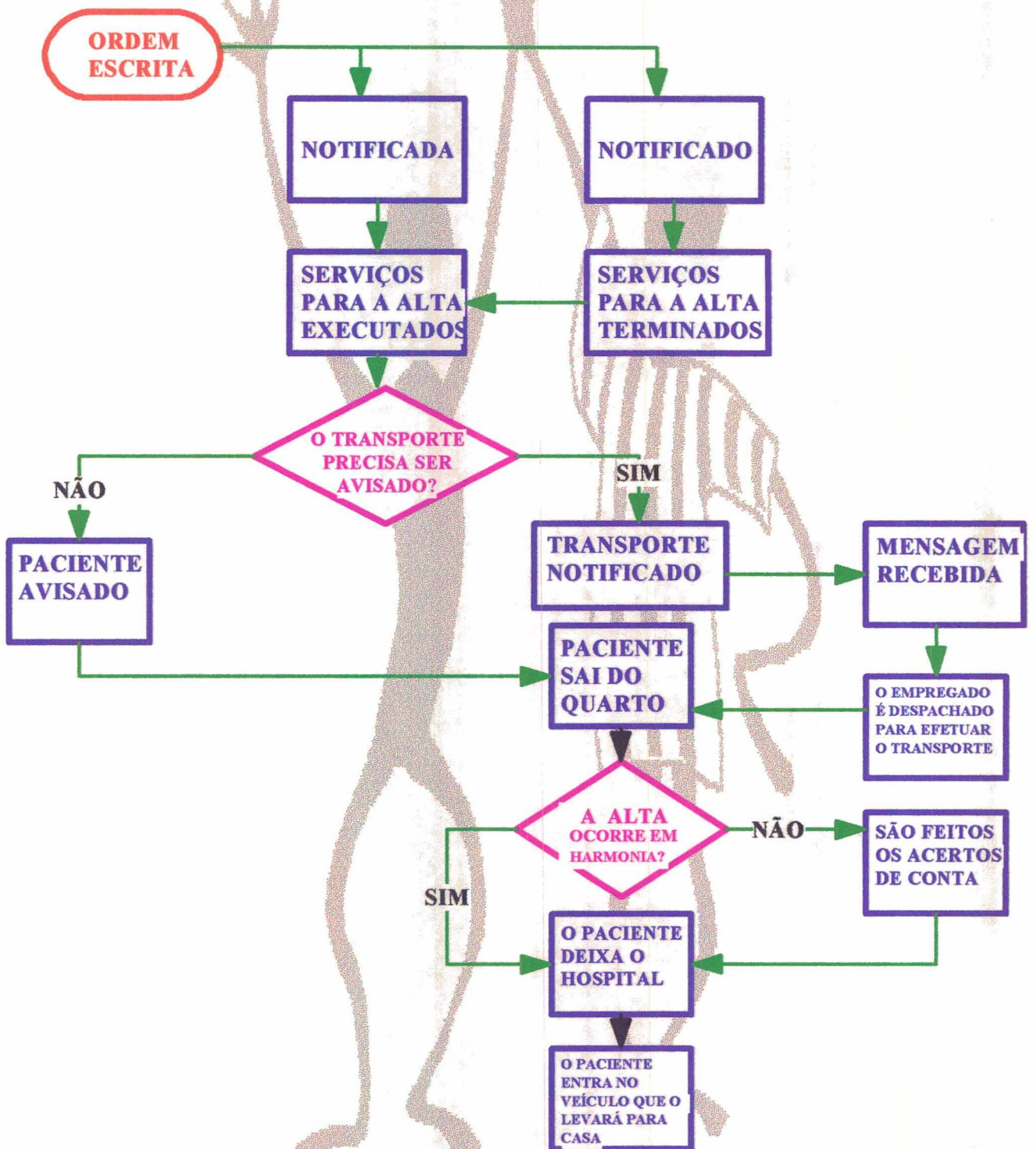


INDICA QUE O FLUXOGRAMA CONTINUA A PARTIR DESTA PONTO. UMA LETRA OU UM NÚMERO APARECE GERALMENTE DENTRO DO CÍRCULO.

FONTE: © 1994 - VICTOR MIRSHAWKA.

FIGURA 3.4 - FLUXOGRAMA DE ALTA E SAÍDA DO CLIENTE DO HOSPITAL.

FLUXOGRAMA DA SAÍDA DE UM PACIENTE DO



As setas do diagrama indicam o fluxo de informações, enquanto que os quadros indicam os vários departamentos ou funções envolvidos.

O macrofluxo, ou, mais especificamente, a discussão em grupo que se desenvolve durante a construção do diagrama, ajuda a estabelecer a comunicação e o entendimento comum que são essenciais à resolução de problemas em equipe e à melhoria da qualidade de processo. Além de ajudar os membros da equipe a entender os departamentos dos outros integrantes, a construção de um macrofluxo muitas vezes pode ajudar o administrador ou supervisor a ver mais claramente o trabalho de seu departamento.

O Fluxograma detalhado é usado para descrever atividades de processo nesse nível de processo. Um fluxograma de um processo mostra as atividades (passos, tarefas, operações e decisões) e as seqüências em que elas se desenvolvem. Por convenção, as tarefas são descritas em quadros, enquanto que as decisões são representadas em símbolos em forma de losango. As setas indicam a seqüência dos eventos.

Uma equipe pode usar um fluxograma para examinar a lógica de um processo e procurar passos desnecessários ou perdulários. Um tipo particular de desperdício, chamado na indústria de “retrabalho”, é especialmente fácil de ser identificado num fluxograma bem construído. As setas de fluxo que saem de um quadro de decisão na forma de losango, levando de volta a atividades anteriores, freqüentemente indicam que o trabalho talvez tenha de ser repetido, porque não foi feito corretamente na primeira vez. Evitar os tipos de erro que podem dar origem a esse denominados “loops de retrabalho” reduz os custos, como os atrasos no processo.

Além de desenvolver um entendimento comum do processo existente e realçar o desperdício e o retrabalho, uma equipe também pode usar um diagrama de fluxo para anular possíveis pontos de grandes falhas de processo.

Para a utilização e confecção de fluxogramas, faz-se importante saber que: As suas principais vantagens são:

- Mostra a ligação entre as atividades e indica claramente a relação cliente-fornecedor onde o próximo processo é cliente do anterior;
- Esclarece e documenta todas as fases do processo;
- Localiza onde e explica como os resultados devem ser medidos dentro do processo;
- É usado como uma ferramenta de diagnóstico para descobrir os problemas no processo;
- Facilita a análise e o melhoramento do processo.

Os fluxogramas só fazem sentido quando existe um fluxo padrão para o processo

de trabalho.

Quando o processo é complexo, deve-se organizar primeiro uma seqüência simples de eventos. Em seguida, fazer um outro fluxograma para mostrar os detalhes das partes complexas do trabalho.

Os fluxogramas podem ser feitos de cima para baixo ou de um lado para o outro, ou, inclusive, indicando quem é o responsável, por cada atividade.

Os fluxogramas revelam duplicidade, influência e mal-entendido.

HISTOGRAMA - Enquanto o gráfico de barras comum é usado para exibir dados que se situam em categorias, o histograma (ou gráfico de distribuição de freqüência) é um tipo especial de gráfico de barras usado para exibir a variação existente em dados contínuos como tempo, peso, tamanho ou temperatura.

O histograma é uma ferramenta gráfica que possibilita que uma equipe de melhoria da qualidade analise esses padrões de distribuição dos dados - padrões que tipicamente não são aparentes quando simplesmente se olha a tabela de dados.

O histograma é uma ferramenta básica, visual, para analisar a variação. A ciência estatística também tem oferecido técnicas analíticas mais sofisticadas para serem usadas por gerentes da qualidade. Essas ferramentas têm ajudado nos esforços de melhoria da qualidade.

Um histograma é usado para exibir dados contínuos (dados mensuráveis, como o tempo) em confronto com dados discretos (dados contáveis, como número de reclamação).

Para organizar esses dados num histograma, nós devemos ter um melhor conhecimento sobre a distribuição dos mesmos.

Constitui-se em um tipo de gráfico de barras ou de retângulos, que mostra a distribuição da variação dos dados que ocorre dentro de um processo.

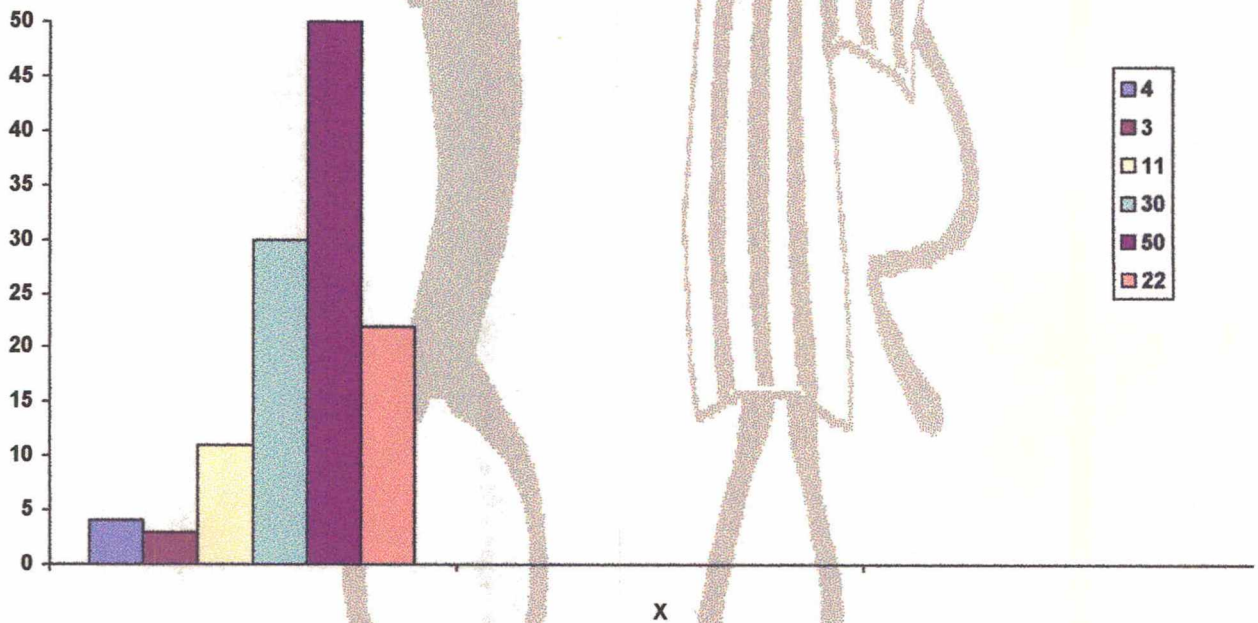
Um histograma pode representar dados de medição, como por exemplo a temperatura do paciente, tempo de espera, permanência no hospital, tempo que a equipe de enfermagem leva para atender a chamada dos pacientes, etc. Mostra uma distribuição sob forma de barras (ou retângulos), onde cada barra corresponde a uma classe, possibilita que sejam feitas previsões probabilísticas.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 3.1 - DADOS DE HORA DE ENTRADA DE 120 PACIENTES NO HOSPITAL

horas do dia	número de pacientes internados
01:00 - 03:59	4
04:00 - 07:59	3
08:00 - 11:59	11
12:00 - 15:59	30
16:00 - 19:59	50
20:00 - 24:59	22
total	120

FONTE: © 1994 - VICTOR MIRSHAWKA.

FIGURA 3.5 - HISTOGRAMA DOS DADOS DA FOLHA DE VERIFICAÇÃO 2.1.



FONTE: © 1994 - VICTOR MIRSHAWKA.

Histograma dos dados da folha de verificação. Ao se utilizar um histograma, há que se considerar que:

O histograma pode mostrar onde o processo está centrado. Indica como é a dispersão do processo.

Identifica a forma de distribuição (simetria ou, no caso de assimetria, para que lado).

DIAGRAMA DE PARETO - É um gráfico de barra ou retângulos que representa, de forma bem destacada, a distribuição dos eventos que estão sendo estudados, chamando-nos a atenção para a ordem dos problemas a serem resolvidos (os vitais).

Mostra quais são os maiores problemas e auxilia a estabelecer prioridades quanto aos que deverão ser resolvidos em primeiro lugar. Assim, podemos distinguir os vitais dos triviais. O evento que ocorre com maior frequência é representado na extremidade esquerda e os demais eventos são representados em ordem decrescente para a direita.

Não se pode, entretanto, achar que sempre os de maior frequência são os vitais, pois isso depende muito do custo que eles provocam!!! Dito de forma mais simples, a regra de Pareto significa que 80% dos efeitos são atribuídos a 20% de causas, e é por isso que o princípio de Pareto tornou-se conhecido como regra dos 80-20.

Identificando o “Pouco vital”. Os diagramas de Pareto estão para a melhoria da qualidade assim como a triagem está para a assistência médica de emergência. Ambos envolvem pesquisar os muitos casos que requerem tratamento a escolher os que exigem atenção mais urgentes.

Os diagramas de Pareto têm esse nome em função do economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923), que observou que relativamente poucos cidadãos retinham a maior parte da riqueza num sistema econômico. Na década de 1950, o especialista em qualidade, Dr. Josep M. Juran notou que a observação de Pareto era verdadeira não somente na economia, mas numa variedade de situações industriais também. Juran formulou o “princípio de Pareto”, que afirma que, quando uma série de fatores individuais contribui para algum efeito global, relativamente poucos desses itens serão responsáveis pelo grosso do efeito. Juran sugeriu que os poucos itens que são responsáveis pela maioria do efeito fossem chamados de “pouco vitais”, distinguindo-os dos numerosos outros fatores que também operam (os “muitos úteis”). Na prática, é crucialmente importante identificar esses problemas de qualidade “pouco vitais”. Uma equipe de melhoria da qualidade não precisa resolver cada problema ou encaminhar cada questão para conseguir melhorias observáveis. Concentrar-se no “pouco vital” possibilita que uma equipe de melhoria da qualidade consiga o mais alto retorno sobre o investimento de seus recursos e esforços. A análise de Pareto é um processo de duas etapas, idealizado para identificar o “pouco vital”: primeiro, compilar dados sobre os fatores contribuintes e, segundo, exibir os dados de forma significativa.

Alguns exemplos que refletem a situação:

80% dos erros são cometidos por 20% do staff.

80% das melhorias no hospital são elaboradas por 20% das pessoas que trabalham nele.

80% das reclamações dos pacientes estão relacionadas com 20% dos problemas.

80% das longas esperas para os serviços de admissão são provocadas por 20% dos procedimentos que envolvem a entrada do paciente no hospital.

80% dos pacientes insatisfeitos correspondem a um grupo de 20% dos enfermeiros.

80% das quebras de equipamentos envolvem apenas 20% de todos os equipamentos.

80% da resistência à estratégia da melhoria da qualidade no hospital é proveniente de 20% das pessoas que trabalham nele.

No diagrama de Pareto, geralmente assume-se que a quantidade corresponde à importância, o que seguramente nem sempre é a verdade, como já foi dito. Por exemplo, num hospital, uma reclamação sobre um atendimento inadequado ou um procedimento feito de forma incorreta durante uma cirurgia é dez vezes ou mais vezes importante do que alguém reclamar da limpeza do quarto ou da pintura nas paredes ou, ainda, da falta de gosto da comida servida aos pacientes. Quando se está coletando e medindo erros, alguns que ocorrem com pouca frequência podem ser muito mais sérios e de conseqüências muito mais drásticas do que os que acontecem de forma bem corriqueira (ainda bem!!!).

É necessário, pois, usar o bom senso quando se interpreta o diagrama de Pareto.

Número de reclamações feitas após a alta do paciente:

problemas no hospital = 102

falta de cortesia dos enfermeiros = 60

médico não atencioso = 35

insatisfação com o tempo de espera = 27

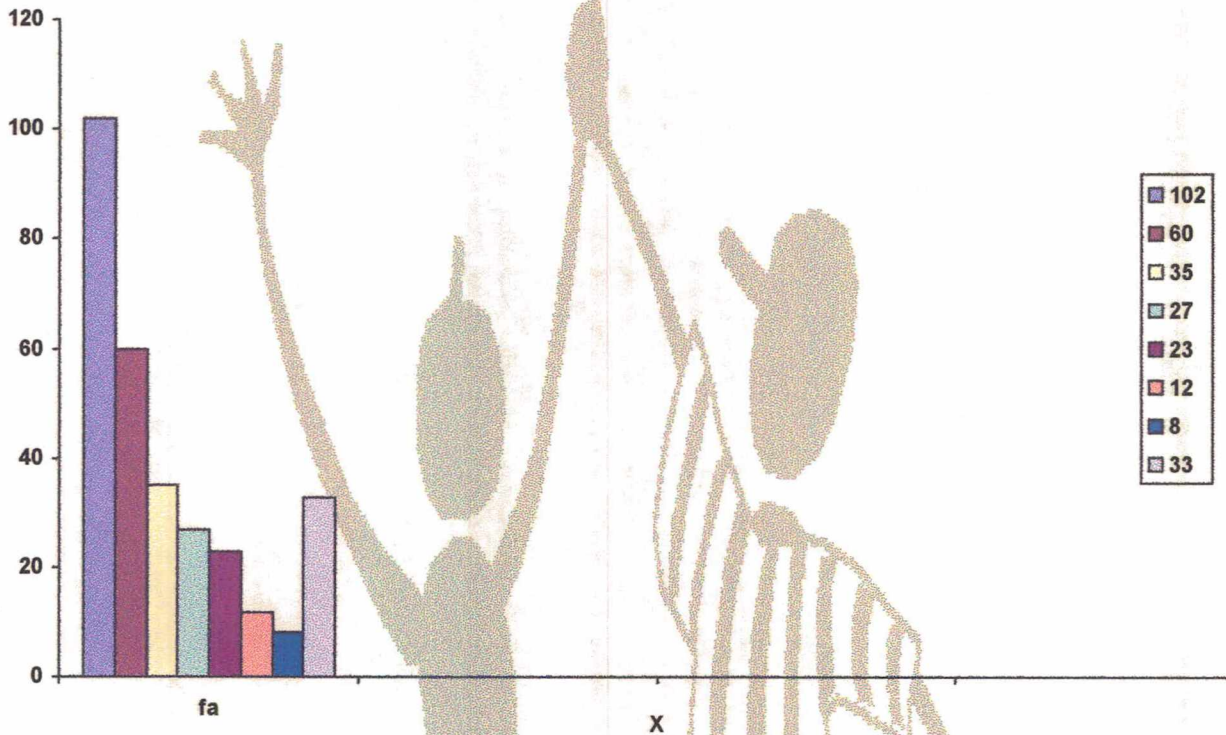
problemas com a política de visitas = 23

comida ruim = 12

limpeza inadequada = 8

outros tipos de problemas.

FIGURA 3.6 - GRÁFICO DE PARETO DAS RECLAMAÇÕES FEITAS APÓS A ALTA DO PACIENTE.

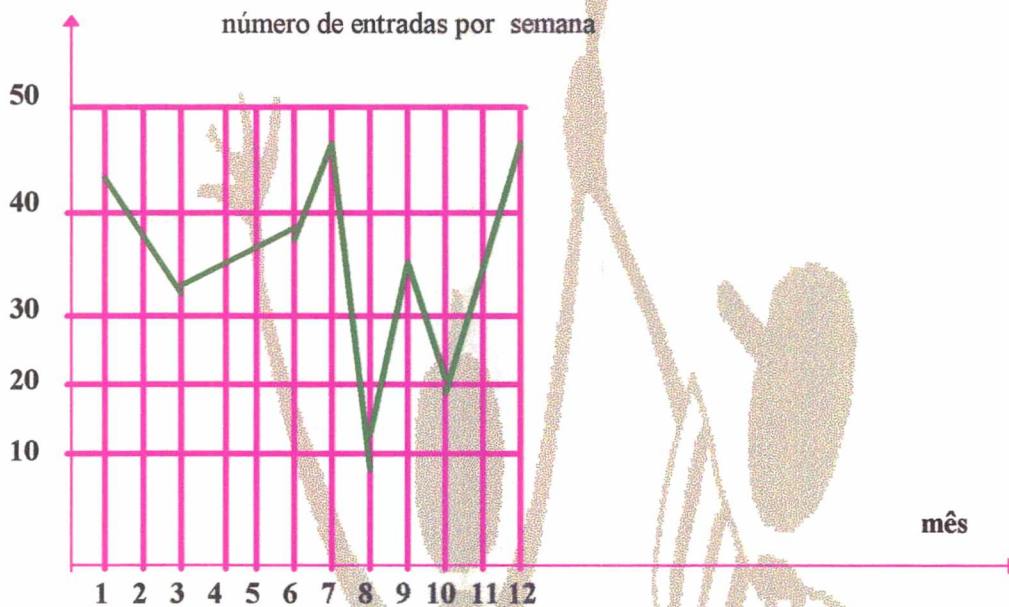


FONTE: © 1994 - VICTOR MIRSHAWKA.

Ao usar o Diagrama de Pareto, deve-se determinar as razões apropriadas perguntando: o quê, onde, quando, quem, como e por quê? É necessário sempre escolher uma medida útil para o eixo vertical, sendo as medidas comuns a frequência, percentual ou custo.

A maioria dos problemas exige mais do que um Diagrama de Pareto, explorando-se uma questão diferente em cada um deles. Caso o Diagrama de Pareto não gere informação suficiente para obter soluções, pelo menos pode sugerir como continuar a investigação.

GRÁFICO DE TENDÊNCIA - O gráfico de tendência é também chamado de gráfico sequencial ou de "corrida". Quando se precisa executar de maneira mais simples a indicação de alguma tendência durante um certo tempo, esse é o gráfico adequado. Por exemplo, para sentir o excesso ou a falta de pessoal para atendimento na emergência de um hospital ou então o tempo que se leva para chegar ao trabalho (hospital) num certo dia, saindo sempre na mesma hora, deve-se usar o gráfico de tendência.

FIGURA 3.7 - EXEMPLO DE GRÁFICO DE TENDÊNCIA.

FONTE: © 1994 - VICTOR MIRSHAWKA.

Ao se elaborar um gráfico de seqüência, é necessário representar os dados na seqüência segundo a qual eles são produzidos, fornecendo sinais de problemas que estão se aproximando, dicas sobre fontes de problemas, padrões dependentes do tempo, principalmente em processos administrativos e educacionais. E comunicação poderosa para alcançar o entendimento e a conscientização no decorrer da implantação do programa de qualidade no serviço.

Exemplos de situações para a elaboração de um diagrama de tendência.

Satisfação dos médicos após a implantação de melhoria no hospital.

Porcentagem de pacientes que são visitados dentro de 30 minutos ou menos após solicitação quando o alvo no hospital é que isto ocorra com 95% dos pedidos dos pacientes.

Tempo dedicado por mês à auto-instrução dos profissionais do hospital quando o alvo é 50 horas.

ESTRATIFICAÇÃO - É a separação dos dados em grupos e subgrupos homogêneos, permitindo assim uma análise mais detalhada.

Os gráficos de estratificação auxiliam a analisar dados que você suspeita estarem escondendo fatos reais. Isto ocorre quando os dados se originam de muitas fontes, mas são tratados como vindos de um lugar só. A estratificação pode ser aplicada a gráficos de dispersão, de barras, etc..

NÃO SE DEVE ESQUECER NUNCA DE QUE A ESTRATIFICAÇÃO FORNECE:

- Um modelo efetivo para isolar a causa de um problema, isto podendo ocorrer nos diagramas de Pareto, nos gráficos de controle, nos diagramas de dispersão, etc..
- Condições para analisar os trabalhos das enfermeiras por idade, por experiência, etc..
- Dados sobre o trabalho feito no tocante ao tempo, ou seja, de manhã, de tarde, ou de noite ou, então, quanto à semana do mês, ou ainda às estações do ano.
- A classificação e a avaliação do desempenho em relação ao ambiente e ao tempo (temperatura do ar, umidade, tempo chuvoso, muito calor, iluminação, barulho, etc..).

FOLHAS DE COLETA DE DADOS/VERIFICAÇÃO - É uma ferramenta extremamente simples, porém altamente eficaz para o relacionamento de problemas ocorridos com os envolvidos na execução de alguma atividade.

Ao juntar dados a partir de observações amostrais, pode-se detectar padrões que servirão para implantar melhorias no hospital. Só tendo dados é que, efetivamente, se pode responder de forma concreta à pergunta: “com que frequência acontecem certas coisas?”.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 3.2 - EXEMPLO DE FOLHA DE VERIFICAÇÃO.

AUSÊNCIAS DE EMPREGADOS NO DIA DA SEMANA							
GRUPO DE TRABALHO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
A							
B							
C							
D							
TOTAIS							

FONTE: © 1994 - VICTOR MIRSHAWKA.

CAPÍTULO IV - PROPOSTA DE ASSISTIR O CLIENTE/FAMÍLIA NO ATO ANESTESIAR/OPERAR.

Neste capítulo procuro mostrar o caminho percorrido para a elaboração teórica de uma proposta para "A comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica", dentro de um processo onde utilizo o ciclo PDCA como modelo norteador.

Este capítulo apresenta-se em três fases. No primeiro momento mostro os aspectos relevantes do ser humano como pressuposto para a prática assistencial, assim como os conceitos elaborados que servirão de guia para esta prática, sua representação gráfica e operacionalização.

Já no segundo momento trilho, o caminho que serviu de suporte no processo assistencial baseado no ciclo PDCA, que neste trabalho é entendido como ciclo ECAS, no qual denominarei de "a comunicação enquanto processo social".

Posteriormente, apresento "A comunicação enquanto processo social", mostrando a forma pela qual foi dado o giro no ciclo ECAS. Sendo a primeira parte denominada de fase de Projeção, e após este giro foi denominada de fase de Operacionalização.

Esta proposta de assistência apresenta a maneira pela qual o enfermeiro do Centro Cirúrgico e Unidade de Internação Cirúrgica possa atuar para que haja a satisfação no ato anestésiar/operar pelo cliente externo/família.

MARCO CONCEITUAL

Assim como na edificação de um prédio, o marco conceitual pode ser comparado como sendo os pilares de sustentação para reforçar toda a estrutura.

No momento em que esta estrutura está bem reforçada há melhor compreensão para o seu entendimento e mais facilmente poderemos guiar as ações que irão nortear nosso processo na prática assistencial.

Então, se consideramos o marco conceitual como suporte para a prática assistencial elaborado mentalmente, concordamos com Neves & Gonçalves (1984, p. 213), ao mencionar o marco como sendo a finalidade dessa construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação durante toda a prática assistencial.

Assim, este nosso suporte alicerçado em alguns autores nos deu subsídios para a sua elaboração através dos conceitos, como acrescenta Trentini (1987), que o marco conceitual é um conjunto de definições e conceitos interrelacionados com a finalidade de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e o de guiar a prática de uma maneira abrangente.

Esta maneira abrangente de ver o marco conceitual na prática assistencial na enfermagem deve fazer parte em todos os momentos, agindo como fator primordial na observação, relacionamento, planejamento e comunicação no agir/interagir com os clientes. Buscando assim a satisfação como um todo, fazendo reflexão e interpretação naquilo que está sendo vivenciando, buscando, assim, uma resposta para o problema que está enfrentando naquele momento.

Neste sentido, o marco conceitual que irá nos guiar neste trabalho foi idealizado através de um referencial teórico que chamamos de os pilares de sustentação de uma proposta para a comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica. Este, na busca de conhecimentos, nos fundamenta enquanto comunicação dos processos sociais à comunicação numa constante motivação através da qualidade, sua evolução no decorrer do tempo, o sistema (hospital) onde nos empenhamos na busca de melhorias representado graficamente através de dados estatísticos nos quais chamamos de ferramentas da qualidade enquanto suporte para a comunicação.

No momento em que tento obter argumentos que possam me orientar no cuidado na assistência de enfermagem no processo a comunicação enquanto processo social, a

qualidade nestes cuidados vai nos levar a uma melhoria contínua, onde os conceitos básicos neste marco são qualidade e cuidado na assistência, em que a interação/comunicação é o ponto fundamental no cuidado na assistência de enfermagem no processo à comunicação.

Para melhor entendimento da articulação da Teoria da Qualidade e da Comunicação, os autores aos quais me apoiarei em busca deste referencial destacam-se: Mendes (1991), Angarten (1980), Stefanelli (1983), Rodrigues (1973), Madeira (1987), Cerqueira Neto (1993), Cerqueira (1994), Salzano (1984), Cardoso (1995), Paladini (1995).

Quando estamos diante de situações que nos incomodam, procuramos formular postulados, proposições e princípios, com a finalidade de formar um corpo de conhecimentos, referencial teórico ou conceitual, adequando-o à assistência (Neves & Gonçalves) citado por Sasso (1994 p. 91). Assim elaboramos alguns conceitos que irão nos guiar enquanto prática assistencial.

PRESSUPOSTOS, CRENÇAS E VALORES.

Os pressupostos aqui apresentados estão baseados nas crenças e valores do autor apoiado em Chanlat (1990).

Há mais de um século, nossa sociedade é palco de inúmeras transformações econômicas, sociais, políticas e culturais. Mudanças que têm origens em épocas mais antigas e desembocaram sobre o acontecimento que o historiador e sociólogo Wallerstein citado por Chanlat (1990), que qualificou de capitalismo histórico.

Assim, desde o seu nascimento, o homem já vivencia a qualidade ao diferenciar-se dos outros animais. Traços que distingue suas características como espécie e pessoa, o que não se questiona é que a interação entre animais e ambiente possa ser a fonte da inspiração para a qualidade. Como humanidade e pessoa, estas características dão ao homem momentos importantes de construir e destruir desordenadamente a procura de uma melhor qualidade de vida.

Devido a essa transformação incessante do homem, ele é absorvido e influenciado pelas condições ambientais onde vive e com isso, procura satisfação em tudo o que faz ou deixa de fazer.

Se levantássemos a questão da insatisfação, as respostas que teríamos seriam: a fome, violência, doença, desonestidade, guerra e a ignorância, que são problemas sérios que

a humanidade traz consigo desde o seu aparecimento na face da terra.

Devido a estes conflitos, o homem criou condições globais das quais necessita para sua sobrevivência, como: alimentação, habitação, repouso, educação e outras condições que irão repercutir diretamente no seu crescimento, na resistência e duração da vida e participar com igualdade na produção social numa melhoria contínua de vida. Esta maneira de viver, seus costumes e hábitos, é que lhe dão um estilo de vida.

O homem, por ser capaz de imaginar, pensar e agir pode modificar e ser modificado ao longo do tempo, vendo-se assim em grande crescimento/evolução/transformação na busca da sua satisfação.

O ser humano é um ser genérico, isto é, uma pessoa que se define por pertencer à espécie humana, pelas características que são sua consequência - bipedia, pensamento, linguagem, liberação das mãos, etc. - e pelo fato de que cada indivíduo carrega consigo, o formato inteiro da humanidade. Aliás, este ser genérico se encarna sem ser em um ser concreto: homem ou mulher. É esta existência singular do indivíduo no mundo que lhe confere sua especificidade. Ou seja, se o homem abstrato existe enquanto representação e categoria intelectual, em troca ele aparece sempre na realidade quotidiana sob a forma concreta particular, numa situação de fato.

Um dos traços característicos da espécie e de todo ser humano é pensar e agir. A reflexão e a ação são duas dimensões fundamentais da humanidade concreta.

O aprendizado mobiliza nos humanos um segundo sistema de sinalização: a linguagem e o pensamento consciente. Este sistema, muito mais complexo do que o primeiro, estabelece nossa singularidade enquanto espécie e enquanto indivíduo.

Em todo sistema social, o ser humano dispõe de uma autonomia relativa. Marcado pelos seus desejos, suas aspirações e suas possibilidades, ele dispõe de um grau de liberdade, sabe o que pode atingir e que preço está disposto a pagar para consegui-lo no plano social.

A construção da realidade e as ações que pode empreender o ser humano não são concebidas sem se recorrer a uma forma qualquer de linguagem. É graças a esta faculdade de expressar em palavras a realidade, tanto interior quanto exterior, que se pode aceder ao mundo das significações, Chanlat (1990).

Reduzir então a comunicação humana nas empresas a uma simples transmissão de informação, é elidir todo problema do sentido e das significações. É esquecer que todo discurso, toda palavra pronunciada ou todo documento escrito se insere em maior ou menor grau na esfera do agir, do fazer, do pensar e do sentimento.

O ser humano não pode reduzir-se a um organismo submetido a um bombardeio de estímulos. Ele é também um ser de desejo, de pulsão e de relação. É através das relações que ele mantém com o outro pelo jogo de identificações - introspecção, projeção, transferências, etc.. - que ele vê seu desejo e sua existência reconhecidos ou não, Chanlat (1990).

Todo ser humano está inserido no espaço e no tempo. Estas duas dimensões, que são inseparáveis, definem os quadros geo-históricos da ação humana, pois um movimento no espaço é também um movimento no tempo. O tempo remete aos ritmos biológicos, psicológicos e sociais que marcam nossas atividades individuais e coletivas.

Todas as consequências e respostas a comportamentos podem ser utilizadas ação-reação.

Então, o homem ou sistema com mais flexibilidade terá maior probabilidade de alcançar a resposta desejada. Será o elemento controlador ou catalítico do sistema.

Os clientes têm o direito de participar na tomada de decisão dos cuidados a eles prestados. A comunicação inadequada gera reações pela falta de entendimento.

O enfermeiro é um educador. Como educador deve comunicar-se efetivamente para que o cliente sinta satisfação com suas atividades e habilidades principalmente no saber falar e ouvir. O enfermeiro deve ter uma dimensão moral e um comportamento ético, sabendo escutar e guardar segredo quando do cumprimento de sua missão.

O cuidado à saúde acontece por procedimentos de ações sucessivas, num processo interacional de compartilhamento entre profissionais e clientes.

As pressuposições específicas sobre a interação do enfermeiro e cliente em busca de suas satisfações se tornarão efetivas no momento em que ambos se comunicarem e houver uma afinidade neste relacionamento.

No momento desta interação, o nível de stress diminuirá direcionando o enfermeiro e cliente à obtenção de seus objetivos. A interação enfermeiro e cliente depende da comunicação para planejar a visão de futuro. Os clientes têm o direito de expressarem suas angústias, dúvidas e temores aos enfermeiros. E estes devem motivar, capacitar, respeitando a privacidade e vendo o cliente como um todo, com sua cultura e seus costumes.

DEFINIÇÕES DOS CONCEITOS

É a representação ou forma que, através de formulações de idéias ou pensamentos expressos por palavras, são definições que irão determinar a extensão ou limites para a explicação do significado na qual se dá a chave para a solução de proposta.

Através desta concepção de ver o mundo em uma construção mental do imaginário, tentei polir minhas idéias na elaboração de pensamentos que servirão de suporte básico e fundamental no caminhar deste processo “a comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica”.

Quando nos propomos a trabalhar “a comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica”, é porque, no decorrer dos anos, percebemos como esse “cuidado” deve ter atenção, cautela e diligência.

Quando alguém se propõe a cuidar de alguém, tem que imaginar, meditar, julgar, prevenir e acautelar-se para poder aplicar a atenção, o pensamento ou a imaginação ao fazer os preparativos para assistir o cliente que nada mais é do que auxiliar. Estar presente no momento em que ele precisa de conforto, acompanhando passo a passo quando este está necessitando ou precisando de ajuda, é a proteção durante o processo de hospitalização.

No processo de hospitalização, o ato ou efeito de assistir o cliente terá seu papel significativo se o enfermeiro, no momento de ajuda e proteção deste cliente, ver, observar, auxiliar e orientar com eficácia “a comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica”. Porque a comunicação dentro deste processo é o ponto fundamental na interação enfermeiro/cliente e para se conseguir esta união devemos fazer a comunicação de boa qualidade.

Os conceitos que utilizei neste processo foram: Qualidade - Cuidado - Assistência de enfermagem - Enfermagem - Homem - Saúde - Educação - Ambiente - Sociedade - Comunicação - Interação.

QUALIDADE - É entendida neste processo como a maneira pela qual o ser humano procura a melhoria contínua para poder de uma forma global atingir objetivos propostos e, através destes, ser participativo, envolver-se, adquirindo conhecimentos e consciência crítica em busca de condição de vida dignas, através da interação, determinação, tendo comprometimento sócio, técnico, cultural, econômico e político.

No momento em que o cirurgião confirma seu diagnóstico e a cirurgia é marcada

surtem então os estressores quanto à hospitalização. Essa transformação no cotidiano do cliente lide traz muitos inconvenientes, a própria internação em si é um deles, o afastamento do seu meio e a incapacidade que terá para o trabalho, etc.. Envolvido neste contexto ainda, tem o hospital como lugar desconhecido, com toda a sua tecnologia, como também anestesia cirúrgica em si e uma equipe de pessoas que não tinha visto anteriormente, tudo isto vai gerar medo, ansiedade, angústia e desconforto. Neste momento de tensão é que a intervenção do enfermeiro vai influenciar positiva ou negativamente. No cuidado ao cliente é fundamental que o enfermeiro oriente e ajude o mesmo e a família no contexto dentro desta situação.

Quando o cliente está satisfeito com aquilo que damos como ajuda em seu favor, é porque estamos aplicando a qualidade, para tanto o enfermeiro deve estar preparado para este enfrentamento, principalmente porque cada cliente é um cliente. Para tanto, devemos respeitar sua cultura, suas crenças e valores.

Na interação com o cliente, o enfermeiro, ao se comunicar deve estar sintonizado para perceber a forma ou a ação a qual nosso cliente está inserido, e de que maneira serão transmitidas as informações ou conselhos que queremos lhe enviar.

Dentro deste processo temos que respeitar seus princípios sem ferir os nossos e os da instituição, levando em conta que cada um é cada um, assim teremos satisfação naquilo que estamos fazendo, deixando também nosso cliente satisfeito.

O enfermeiro, ao prestar cuidados de enfermagem ao cliente cirúrgico, deve ter olho clínico durante sua intervenção para conseguir, de uma forma ou de outra, entender o que mais o preocupa nosso cliente. Só assim, ele poderá solucionar este problema que no momento é o ponto chave desta assistência. O enfermeiro deve procurar, através de observação, orientação, comunicação, buscar achados junto ao cliente e à família para que nesta interação surja a solução para a real situação.

Ao se conseguir satisfazer ambos os lados, então, conseguimos nosso objetivo, que é a qualidade na **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”**.

ENFERMAGEM - Neste contexto é entendida como um processo interativo, abrangente, que engloba criatividade, tendências bio-psico-social e espiritual, buscando a melhoria contínua para o homem, enquanto indivíduo/família/comunidade/sociedade.

Como profissão, a enfermagem, além do conhecimento científico, habilidades e responsabilidade para o desenvolvimento de suas ações, busca soluções para os seus

problemas e os dos clientes autodeterminando-se ao cuidar/orientar o homem, tornando-se agente de mudança no comportamento do homem no momento em que interage através da “comunicação no cuidado de enfermagem cirúrgica”, que num aperfeiçoamento contínuo procura a satisfação.

Atualmente a enfermagem está passando por um processo acelerado de transformações. Transformações estas que estão ligadas ao avanço tecnológico, político, econômico e social. Assim, podemos destacar a humanização como ponto fundamental no desenvolvimento de novos rumos no relacionamento entre enfermeiro/cliente/família, conseguindo com isto resgatar no cuidado de enfermagem uma melhor qualidade de assistência, através do conhecimento recíproco obter com os clientes uma convivência enquanto interação.

O enfermeiro, ao prestar cuidados aos clientes enquanto suas necessidades bio-psico-social e espiritual afetadas, necessita ter um bom relacionamento para conseguir a confiança necessária e ao trocar idéias e experiências obter a cooperação e colaboração, que, através de uma comunicação eficiente, possa estabelecer um equilíbrio com indivíduo/família/comunidade/sociedade quando da prestação dos cuidados.

Angerami (1993), ao situar o espaço do enfermeiro, faz uma análise mostrando a enfermagem e o enfermeiro como fenômeno histórico socialmente situado e sujeito a transformações ocorridas na estrutura social.

O enfermeiro, ao intervir profissionalmente, procura meios eficientes para atuar. Neste sentido, Angerami (1993) diz que “os vários agentes atuantes na enfermagem ocupam lugar social, utilizam meios que a sociedade lhes confere e se relacionam com os outros agentes na consecução de sua finalidade: o cuidado do paciente.

Dentro desta estrutura social, a enfermagem caracteriza-se fundamentalmente quando da interação com pessoas que no seu cotidiano necessitam estabelecer um equilíbrio interno, para que suas necessidades afetadas sejam restabelecidas. E para que esta interação seja eficaz, o enfermeiro necessita de suas habilidades e criatividade ao se comunicar com o cliente.

No momento em que o enfermeiro começa o processo de interação com o cliente, existe a necessidade dele buscar subsídios no seu referencial e no referencial do outro para juntos construírem uma assistência com qualidade, oferecendo assim cuidados mais eficazes. Isto, o enfermeiro só consegue comunicando-se, pois é através da comunicação que ele orienta, educa e tem sugestões para o seu agir.

O enfermeiro, ao assistir o cliente, com seus conhecimentos, sejam eles empíricos, técnicos ou científicos, deve ter bem claro quais as necessidades que estão afetadas para poder nortear as ações de enfermagem. Isto ele só conseguirá com um relacionamento efetivo com o próprio cliente/família/comunidade/sociedade e, inserido neste contexto, o seu próprio ambiente, refletindo assim a individualidade de cada um tentando adaptar essas necessidades a uma sociedade que está atuando constantemente sobre o desenvolvimento dos indivíduos, com a intenção de adequar os cuidados individualizados em relação ao que pensamos e sentimos.

Para Castro e Cols (1979), “ a função de um profissional se explica à medida que ele desenvolve suas atividades, o que importa não é o que ele sabe, ensina ou delega, o que importa é o que ele faz”.

No momento em que os procedimentos de enfermagem são efetuados não é possível evitar o contato com o paciente, portanto, a comunicação é um instrumento dos mais importantes utilizados pelo profissional de enfermagem. Quando interagimos com o cliente, estamos nos comunicando tanto verbal como não - verbal e quando esta é eficaz estamos minimizando a ansiedade, transmitindo-lhe conteúdo e sentimentos. Sawada (1991) ressalta que “o conteúdo frequentemente é transmitido pela mensagem verbal e os sentimentos pela não - verbal.

Para situarmos a enfermagem cirúrgica dentro deste contexto, precisamos referenciar a importância da “comunicação no cuidado em enfermagem” ao cliente desde a indicação da cirurgia. Neste momento começa um transtorno psicológico, econômico e social na vida do cliente e sua família e o enfermeiro deve estar preparado técnico/cientificamente buscando soluções para essa problemática.

A comunicação como instrumento norteador do enfermeiro deve embasar todo o processo no sentido de minimizar esta experiência da hospitalização como desconhecida para quem vivência principalmente pela primeira vez. Toda a problemática referente à doença, o questionamento e interrogações a cerca do tratamento e o amanhã são problemas que com certeza, irão afetar o cliente e família. Toda essa insegurança são fatores que contribuirão para o agravamento da situação se não forem claramente esclarecidos.

Assim como o medo do desconhecido é um fator que gera insegurança, Gonçalves(1979) diz que “... a segurança emocional está ligada às demais necessidades do indivíduo, pode-se pensar que no momento em que houver algum desequilíbrio em alguma necessidade básica do homem, sua segurança emocional estará afetada”.

Quando o homem se sente seguro, ele consegue ajudar auxiliando-se na cooperação de sua recuperação. O enfermeiro deve usar sua habilidade para incentivar os familiares e amigos para que junto participem na promoção e nos cuidados a serem prestados ao cliente pós alta. Esta interação diminuirá a condição que o cliente certamente percebe como desagradável principalmente pela condição de doente, invasão em sua intimidade, perdendo por completo sua identidade, com tantos outros agravantes, como a própria patologia, cirurgia em si, anestesia, enfim, o acordar da anestesia.

Segundo Aquino (1984), “... há evidente necessidade de trazer a família para uma participação na assistência, na fase de hospitalização, pela oportunidade de envolvê-la no processo de assistir, entendendo-se este processo como uma recuperação precoce através de um aprendizado do que se faz, para evitar solução de continuidade após a alta, e, conseqüentemente, atuar como agente catalisador da interação e readaptação do paciente à sociedade”.

O envolvimento da família no tratamento do cliente é de suma importância para que ele não se sinta só como se estivesse abandonado.

Com a sistematização da assistência de enfermagem promovendo a continuidade do cuidado na assistência, com a participação do cliente e família, teremos condições de documentação e de avaliação da assistência prestada.

Ao buscar o significado enquanto cuidado na assistência de enfermagem cirúrgica, traçarei um paralelo ressaltando as diferenças entre assistência, cuidado e prática.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - Segundo Ferreira (1985), assistência é o ato ou efeito de assistir, proteger, ajudar, estar presente, comparecer, ver, observar, auxiliar e socorrer.

Assim, o enfermeiro, ao ajudar o cliente/família a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico cirúrgico proposto e suas conseqüências e a utilizar seus mecanismos de defesa fisiológicos e psicológicos, durante este período, está prestando assistência.

O bem estar do ser humano está diretamente relacionado aos seus padrões. E a comunicação é o instrumento que vai evidenciar a preocupação do enfermeiro enquanto o assistir a pessoa, utilizando-se desta maneira a interação para tornar efetivo o relacionamento enfermeiro/cliente/família oferecendo o que tem de melhor na assistência de enfermagem.

Ao olharmos a assistência de enfermagem cirúrgica temos que ter em mente que neste processo estão incluídos a unidade de internação e o centro cirúrgico. Neste contexto o cliente está inserido desde a sua entrada no hospital, quando se inicia o pré-operatório, a cirurgia em si e o pós-operatório

A assistência de enfermagem cirúrgica pode ser considerada um ritual que se inicia na admissão do cliente (pré-operatório), cirurgia em si (transoperatório) e o readquirir seu estado físico-psico-social espiritual à normalidade ou ao pronto restabelecimento (pós-operatório).

Neste contexto, vimos a assistência de enfermagem como um processo originado na interação enfermeiro/cliente, onde a comunicação é o instrumento que possibilita a execução de suas finalidades.

Neste sentido, devemos estar preparados para desenvolver uma assistência tendo conhecimento da filosofia que irá nortear as ações e oferecer os meios para o seu desenvolvimento.

Para prestar assistência ao cliente, o enfermeiro precisa identificar suas necessidades, interpretar os seus problemas, para determinar um diagnóstico da situação e planejar sua ação.

A qualidade de assistência não depende somente da execução de ações e técnicas bem planejada, mas embuída de um sentimento de empatia.

Olhando a assistência de enfermagem cirúrgica como um processo de trabalho originado da interação entre o profissional (agente), o cliente (objeto de trabalho) e os instrumentos (meios de trabalho), podemos perceber que este conjunto possibilita a execução de sua finalidade, ou seja, a **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”**.

O cliente, ao ser assistido integralmente, com uma assistência individualizada e participativa; durante o período perioperatório, estando ele consciente, semiconsciente e inconsciente vai lhe proporcionar respeito, proteção a seus direitos humanos e à sua dignidade pessoal, satisfação das necessidades sentidas, prevenção de acidentes e lesões passíveis de acontecer por negligência, imperícia ou omissão, e estado de alerta e proteção contra perigos peculiares ao ambiente do centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e/ou procedimentos específicos.

A qualidade da assistência de enfermagem no período perioperatório está vinculada a uma intervenção conjunta dos enfermeiros das unidades de internação e do centro

cirúrgico.

O envolvimento de enfermeiros no período perioperatório na assistência de enfermagem ao cliente está diretamente ligado ao nível de eficiência técnica do como operar, cuidar e manipular equipamentos variados; a ser sensível às necessidades emocionais e de segurança do cliente e sua família. Esta atuação fará com que o enfermeiro determine as prioridades. E este conhecimento o deixará capaz de continuamente priorizar as necessidades perioperatórias do cliente.

A atuação do enfermeiro no perioperatório enquanto visita da fase pré-operatória, na recepção do paciente ao entrar no centro cirúrgico na sala de operações, bem como a visita da fase pós-operatória, podendo ser iniciada no momento em que o paciente está acordado da anestesia, são fatores muito valorizados pelo cliente no momento da alta hospitalar.

A avaliação da assistência prestada ao cliente pelo próprio cliente proporciona subsídios para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, e para o desenvolvimento da profissão.

PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Segundo Ferreira (1985), praticar é fazer, realizar, executar, atuar, manter relações, tratar, procurar adquirir ou adquirir prática ou experiência.

O enfermeiro e a própria enfermagem como profissão estão inseridos dentro deste conceito por se entender que nossas ações são exclusivamente prática social.

Prática esta decorrente das relações/interações estabelecidas entre os homens.

Estas relações do agir no cuidar/cuidando são medidas que o enfermeiro prioriza no seu trabalho sustentado num conjunto de medidas de caráter técnico-científico, em busca de condições que transformarão seu objeto de trabalho.

Ao nos situarmos dentro do contexto de enfermagem cirúrgica fica difícil a sua separação enquanto enfermagem, pois, no meu entendimento, a enfermagem, de um modo geral, tem sua prática igualmente em todos os setores da profissão, diferenciando-se assim nos aspectos relevantes em cada especialidade.

Neste ínterim, podemos salientar que a prática de enfermagem no contexto cirúrgico terá eficiência se a **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”** tiver sua dimensão explorada e o enfermeiro possa identificar as crises que afetam tanto a profissão como o próprio cliente.

Não podemos desvincular a prática de enfermagem da estrutura social onde nos

encontramos inseridos, mantendo uma relação para que no nosso caminhar possamos buscar perspectivas sócio-históricas.

Neste caminhar, a vida da enfermagem passa por transformações assim como a própria sociedade, buscando mudanças em todos os níveis para o seu reconhecimento.

Estas transformações que levam o enfermeiro a buscar alternativas para que não haja deteriorização do cliente enquanto ser social, com suas crenças e valores, necessitam de ajuda como um todo e não simplesmente por partes cada vez menores, onde se busca simplesmente a solução para os sintomas e não para o problema em si.

O enfermeiro está percebendo no seu dia-a-dia que se ele não resgatar ou rever sua forma de atuação haverá um grande afastamento do cliente enquanto cidadão.

Desta maneira, Almeida (1984) diz que “o estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática permitiu identificar a crise da enfermagem brasileira, crise caracterizada primeiramente pelo afastamento da enfermeira de seu pretenso objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem”.

Desta forma o enfermeiro, como parte integrante da sociedade, ao resgatar sua atenção para o cliente/família como um todo, estará atuando de forma significativa enquanto prática de enfermagem.

Como afirma Castro e Cois (1979), “a prática resume o significado de uma profissão na sociedade, porque nela se consubstancia a realização do compromisso social o qual, sendo obrigatório e coletivo” e, por outro lado, garante à profissão sua continuidade no tempo.

Mesmo sendo uma profissão onde sua prática é coletiva, o cuidado a ser prestado ao cliente tem que ser individualizado, porque cada cliente é um cliente.

Almeida (1986) diz que “a prática de enfermagem (no sentido da execução direta da assistência junto ao paciente) não tem sido exercida em toda a extensão pelo enfermeiro que perdeu este espaço ou ainda não o conquistou, como mostra a divisão de trabalho, onde o enfermeiro está envolvido na instituição mais a nível do serviço administrativo/burocrático, relegando a segundo plano a assistência ao cliente.

CUIDADO DE ENFERMAGEM - Segundo Ferreira (1985), cuidar é imaginar, meditar, julgar, supor, aplicar a atenção, o pensamento imaginário, fazer os preparativos, prevenir-se.

Ao imaginar a maneira pela qual iremos assistir o cliente, estamos fazendo os preparativos para o cuidar enquanto ações de enfermagem.

Para Almeida (1986), o cuidado de enfermagem contém em sua estrutura relações sociais específicas e o conhecimento (saber de enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas), visando ao atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas do ponto de vista biológico, psicológico e social.

Com a sistematização dos cuidados de enfermagem cirúrgica, o enfermeiro terá condições de priorizar as necessidades do cliente/família, trabalhando de tal forma que a comunicação neste processo seja o instrumento fortalecedor desta interação.

A sistematização da assistência de enfermagem é, sem dúvida, o prisma pelo qual se vê a enfermagem como ciência, visto que ela fundamenta, organiza, justifica e avalia este cuidado. Essa sistematização está fundamentada em uma ideologia que permite o momento histórico vivido.

Este momento que se inicia para o cliente, com tantas dúvidas e insegurança, mas com essa interação entre o enfermeiro/cliente/família, começa a clarear os pensamentos e as pessoas buscam significados para cada passo vivenciados dentro de um ambiente onde a individualidade e a participação são a ideologia desta sistemática.

Vale aqui lembrar a citação de Chauí, por Nakamae, " Ideologia é um conjunto sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é, portanto, um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preceitos) de caráter prescritivo, normativo, regulador, cuja função é dar aos membros de uma sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais, sem jamais atribuir tais diferenças à divisão da sociedade em diferenças como de classes e de fornecer aos membros da sociedade o sentimento da identidade social, encontrando certos referenciais identificadores de todos para todos ..."

A sistematização dos cuidados prestados ao cliente vai nortear o enfermeiro enquanto a prestação de cuidados sem riscos além dos anestésico-cirúrgicos.

Quando individualizamos os cuidados e nesses houver a participação do cliente/família, fica mais fácil a cooperação dos mesmos e sua aceitação para o tratamento.

Para Rockenbach citado por Gomes (1992), o plano de cuidado constitui o quarto passo do processo de enfermagem e caracteriza-se por ser um roteiro que coordena a ação da equipe de enfermagem diariamente, possibilitando o adequado atendimento às

necessidades básicas e específicas de cada ser humano.

Mesmo com o planejamento dos cuidados de enfermagem em termos de participação do cliente e família, o enfermeiro não pode deixar de dar por escrito todas as informações proferidas para através do feed back, ter certeza do que o que foi feito está sendo assimilado assim o entendimento deste plano de cuidado enquanto ações de enfermagem.

Para Sanchez et al citado por Gomes (1992), o plano de cuidado é um instrumento utilizado para auxiliar na individualização do cuidado do paciente, descrever qual cuidado o paciente deverá receber e como esses cuidados poderão melhor ser executados. Constitui um “roteiro” das ordens ou prescrições de enfermagem e, como tal, só será utilizado mediante planejamento.

Desta maneira, a prática enquanto cuidado de enfermagem deve ser o fio condutor para que o enfermeiro dirija suas ações diferenciadas, isto é, individualizada, participativa, documentada e avaliada no sentido de que todos os envolvidos nestes cuidados tenham em mãos os resultados obtidos enquanto cuidar/assistir como produto final à satisfação na realização desta troca de experiência.

Nesta troca de experiência vivenciada durante todo o processo, o enfermeiro deve utilizar um fluxo por ele proposto para que seja comunicado a todas as pessoas envolvidas, na assistência ao paciente, os dados resultantes da avaliação pós-operatória (equipe de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica, do centro cirúrgico, da unidade de internação de origem do cliente).

Desta forma todos saberão onde aprimorar se por algum motivo houver falha na prestação desses cuidados, pois quando trabalhamos com qualidade, o índice de defeito esperado é zero, principalmente se tratando do ser humano.

Por isso, quando assistimos o cliente, as anotações de enfermagem devem ser escritas de forma organizada e compartilhada com o cliente/família para que a **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”** tenha valor como documento legal de todos os cuidados de enfermagem oferecidos bem como para se constituírem de fontes de informações para o planejamento da assistência na sala de RPA e na UI de origem ou de encaminhamento do paciente.

Com esta instrumentalização preestabelecida o enfermeiro tem condições de praticar a enfermagem de uma forma sistematizada e orientada individualmente para cada cliente.

Atualmente, acredita-se que uma divisão de tarefas é necessária, mas o enfermeiro já sabe, ou está aprendendo, que somente promoverá uma eficaz assistência de enfermagem se estiver próximo do paciente.

Na busca de resgatar seu espaço profissional dentro do contexto do nosso século, caracterizado pelo crescente avanço científico, o enfermeiro busca a sistematização da assistência de enfermagem para que junto com o cliente e família possa evoluir. Evoluindo com a troca de experiência tanto técnico/científico como cultural, pois no contexto de mundo somos todos seres sociais.

Quando sistematizamos e operacionalizamos o nosso assistir enquanto prática no cuidado ao cliente, em hipótese alguma podemos deixar o cliente/família em segundo plano.

Portanto, o enfermeiro, com sua criatividade e habilidade, deve iniciar este envolvimento no momento em que se dá a internação do cliente.

O primeiro contato entre ambos é o cartão de visita para o enfermeiro colocar em prática todo o seu referencial.

O enfermeiro, ao planejar a assistência de um paciente, deverá incluir a família no plano de tratamento e recuperação deste, já que, após a alta hospitalar, será a família que dará continuidade ao plano terapêutico e assistencial. Por isso, Daniel (1977) afirma que “alguns minutos gastos conversando com a família do paciente, de modo racional e observativo, reverterão em ganho de tempo e cooperação mútua”.

Neste processo, podemos observar a importância da **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”** como fator primordial para a qualidade na assistência.

HOMEM - Ser único, racional, singular, intuitivo, sensível e genérico. Com capacidades e potencialidades para se adaptar às mudanças e ao meio ambiente em busca de sua própria identidade, através da melhoria contínua da qualidade de vida, com suas diferenciações, vontades, interesses, expectativas e historicidade em busca da conformação, sendo digno de respeito e tendo idéias críticas e participativas, construindo e destruindo a natureza ao mesmo tempo.

Neste contexto vimos o homem como indivíduo que, para nós são nossos clientes internos e externos; à procura de uma interação para melhor satisfação nas suas relações, possuindo capacidade de refletir, agir, interagir reformulando, adequando e conhecendo com objetivos comuns de preservar a vida e manter um nível de satisfação; à procura de uma interação através da maximização da comunicação.

Na nossa prática assistencial é um indivíduo que, além de possuir características

acima citadas, tem o stress como situação agravante, medo do desconhecido e sua hospitalização vem causar-lhe transtorno por ter que dividir seu espaço com outros indivíduos. Tendo que se submeter a normas, rotinas e ordens de outros indivíduos não familiares e das quais vai ficar totalmente dependente tanto fisicamente, psicologicamente e também socialmente. Neste ínterim, vive um momento de insegurança, sem saber como será seu futuro.

O enfermeiro deve compartilhar neste momento o significado de seu papel e orientar suas ações para que o cliente possa ajudar na **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”**, quebrando, assim, a resistência, que é comum quando vivemos um estado de mudança que, conseqüentemente, gera insegurança.

O enfermeiro, ser humano que desenvolve neste contexto um trabalho profissional, interagindo com o homem e desenvolve papel de interpelador durante o processo de comunicação dentro de um ambiente com qualidade, olhando o outro homem como parte integrante de uma família dentro de uma sociedade democrática onde a participação determina e auxilia na sua recuperação.

SAÚDE - Neste processo é entendida como a globalidade de direitos voltados para a satisfação e bem viver em estado de melhor harmonia e dinamismo. Estes são fundamentais do indivíduo, família e comunidade, e são de natureza bio-psico-social, em caráter constante e permanente de uma condição de equilíbrio biológico ao mais próximo da harmonia, e de melhoria contínua na qualidade de vida, com capacidades e possibilidades de enfrentar riscos e conflitos à saúde. É um processo interativo de capacitação e desenvolvimento que permite se evoluir e se comprometer através de motivação, criatividade, produtividade e desenvolvimento integral, contribuindo para a satisfação das relações homem/ambiente à medida que há crescimento/evolução/transformação.

Em nossa prática assistencial, saúde implica na utilização de recursos que não coloquem em risco ou agressões além do ato anestésico-cirúrgico e ao mesmo tempo a diminuição dos estressores que no momento da hospitalização afetam o indivíduo.

Dentro do processo de vivenciar um período de transformação enquanto procura solucionar um problema de saúde, o homem deve ter iniciativa, habilidades e conhecimentos para que dentro de uma interação possa atuar juntamente na **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”**, opinando e ajudando na busca de caminhos que possam levar o ser humano/família/sociedade um verdadeiro estado de saúde.

Estes caminhos vão proporcionar ao homem a forma de experienciar e produzir mudanças para uma qualidade de vida como a forma de viver saudável e criar novos padrões para a sua satisfação emergente para o futuro.

EDUCAÇÃO - É entendida como um processo interativo e contínuo, onde o ser humano procura se adequar às necessidades e expectativas de modificar suas atitudes e comportamento, através do pensar, formar e aprender para que, com sua competência crítica, possa conviver socialmente e ter consciência de cidadão ao buscar sua práxis.

A motivação é mais forte do que os obstáculos e impulsiona as pessoas no trabalho. A liderança é o elemento responsável pelo grau de positividade necessário à geração do estímulo do qual resulta a motivação. A motivação e a liderança criam uma atmosfera adequada para promover a qualidade do trabalho, pelo desenvolvimento técnico e do potencial humano das pessoas na prevenção da doença e cooperar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, encontrar significado nesta experiência.

O enfermeiro, como educador, tem o compromisso com o cliente na tomada de decisão. Esta deve ser consciente e aberta, estudada e determinada de ser agente acionador das condições que propiciam o alcance do mais alto nível de saúde e qualidade de vida de sua clientela, da comunidade e da sociedade na qual atua e vive.

O enfermeiro deve orientar e conhecer seu cliente para poder planejar a assistência a ser prestada, fornecendo subsídios para que o cliente sinta-se satisfeito e colabore na sua recuperação através de um plano de assistência feito em conjunto.

Sempre que há uma interação entre pessoas, estas entram em sintonia, fazendo, assim, da sua cultura, um instrumento de educação, porque esta relação vai nos trazer a visão de mundo de cada um. Esta contribuição de mundo vai nos proporcionar significados importantes, onde, em união, começamos um processo de “comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”. O enfermeiro, além de sua visão de mundo, juntamente com sua cultura e conhecimento científico da situação, vai contribuir em parceria com o cliente trazendo suporte para o assistir enquanto sua permanência na instituição e seu prosseguimento posteriormente na família/comunidade/sociedade.

AMBIENTE - Entendido neste processo como espaço físico, social e cultural, ocupado pelo ser humano de maneira adequada, isto é, pela qualidade de vida, onde possa ter liberdade de se expressar dentro dos limites da sua utilização, numa abordagem humana e

cultural, num determinado espaço virtual, abrangendo a natureza e a sociedade, com suas relações e interrelações.

Entende-se, neste caso, ambiente como espaço físico da instituição, na sua individualidade, a maneira como é feito seu uso, respeitando seus limites e liberdades com outros indivíduos que provavelmente tendem a compartilhar do mesmo espaço, sendo este diferente do seu ambiente familiar compartilhando dos mesmos interesses.

Ao mudar se do seu contexto habitual, onde não existem “rotinas e normas para tudo”, o cliente sente-se preso a ritos. Estes, no entanto, podem ser modificados quando o enfermeiro interage buscando na **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”** a maneira mais simples para orientar o que se quer com essas normas e rotinas enquanto assistência. E também de que forma o cliente pode ajudar, mostrando, através dos seus costumes, crenças, valores e meio de vida enquanto cidadão e de que maneira ele pode contribuir para a sua satisfação enquanto sua permanência na instituição.

Sempre que há esta troca de experiência enquanto meio, haverá melhor compreensão das partes envolvidas. E o agir/interagir fará com que o ambiente seja acolhedor e positivo enquanto promotor da saúde nesta constante que foi a mudança de padrões e das relações sociais.

SOCIEDADE - Entendida como uma força dinâmica com características para moldar o desenvolvimento, a forma e a qualidade de vida do ser humano, através das relações sociais, econômicas, políticas, culturais e educacionais de forma a organizar seu ambiente através da interação e integração com outros indivíduos, sujeitando-se ao avanço tecnológico, portanto, tornando-se dependente desta tecnologia e, conseqüentemente, agredindo o meio ambiente como tal.

Quando nos deparamos em com uma situação como se fôssemos estar fechados, sem nos comunicarmos, ou diante de pessoas que não estamos acostumados a conviver, é que podemos perceber como é importante a interação interpessoal, social e a vida em sociedade.

Neste momento, descobre-se o seu self e suas características físicas e espelha-se sua imagem corporal e dá-se valor a quem pode compartilhar o seu eu situando-se no ambiente/contexto sua condição de ser humano genérico.

O enfermeiro, como ser social, deve buscar no seu semelhante os traços de sua cultura os quais possam trazer significados importantes para a **“comunicação no cuidado**

em enfermagem cirúrgica”, compreendendo a presença do cliente como passagem pela instituição e fazendo parte deste espaço da sociedade, procurando recursos para sua recuperação, mobilizando forças e fortalecendo-se para o viver com a família/comunidade/sociedade com satisfação e melhor harmonia.

COMUNICAÇÃO - A origem da palavra “comunicar” está no latim “communicare”, que tem por significado “por em comum”. Ela implica em compreensão, pressupõe entendimento das partes envolvidas.

Entendo por comunicação a maneira pela qual enviamos e recebemos mensagens, tanto verbais como não-verbais. Como bem ressalta ELTZ (1994), é a capacidade de entender e de ser entendido de forma adequada, nas mais distintas situações, lugares, e com as mais diferentes pessoas. O mesmo autor diz que “a comunicação não é concordância, mas sim, compreensão. A aceitação desta simples definição muda nossas atitudes, nosso comportamento, nossa vida. Não existirá o entendimento se não houver anteriormente a compreensão”.

No momento em que há a compreensão daquilo que o cliente deseja, é mais fácil atender suas necessidades. Nas interações encontramos os mais variados tipos de comportamento de pessoas e as mais diversas atitudes individuais em relação aos fatos que lá ocorrem. É impossível podermos descrever todos os tipos de pessoas, pois cada um representa uma individualidade diferente. No entanto, para entendermos de forma clara e simples o comportamento humano faz-se necessário estarmos na mesma sintonia. O complexo processo de interação humana exige de cada participante um determinado desempenho, o qual variará em função da dinâmica de sua personalidade, na situação-momento, ou no contexto-tempo. Assim, no plano interpessoal, o indivíduo reagirá em função de suas necessidades motivacionais, sentimentos, crenças e valores, normas interiorizadas, atitudes, habilidades específicas e capacidade de julgamento realístico; no plano interpessoal, influirão as emoções grupais, o sistema de interação, o sistema normativo e a cultura do grupo; no plano situacional, exercerão influência o contexto físico e social imediato, o contexto cultural, o sistema contratado de relações e a dimensão temporal.

A interação enfermeiro-cliente cria uma maior aproximação e a “**comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica**” terá uma melhor compreensão, facilitando um posicionamento pessoal e seguro na “sintonia” entre emissor e receptor, proporcionando, assim, uma assistência de qualidade e em consequência a satisfação do enfermeiro/cliente/

família/comunidade e sociedade.

INTERAÇÃO - Neste processo é a maneira de perceber e comunicar entre clientes, com objetivos definidos, que pode influenciar no comportamento tanto verbal como não verbal. Nele podemos vivenciar experiências acumuladas no tempo, buscando alternativas para as necessidades afetadas, prestando cuidados de enfermagem e intermediar a resolução de outras necessidades ocultas.

Sempre que estamos motivados dentro de um processo onde mantemos uma íntima ligação e que vá influenciar no comportamento de outra pessoa, estamos praticando liderança, que é uma ferramenta da qualidade.

No momento em que estamos influenciando indivíduos e grupos na execução de objetivos, mesmo que estes envolvam relação e estruturação da própria tomada de decisão, estamos diante de um processo de liderança buscando a aceitação numa determinada situação.

O enfermeiro, como agente de mudança, centraliza todas as ações da saúde, não dando chance ao homem no desenvolvimento de suas potencialidades, com isso, concentra o poder de decisão para si.

A enfermagem, como processo social, desenvolve ação interpessoal, social de abrangência política e econômica. Deve utilizar de suas atribuições para conscientizar, educar, esclarecer, apoiar, informar, assistir, orientar e/ou encaminhar o indivíduo, família e a comunidade, em busca da satisfação no intuito de promover, manter e recuperar a saúde.

Quando se procura a satisfação na qualidade de vida, temos que desenvolver ações onde iremos aumentar a internalidade do homem, levando-o a uma maior participação e responsabilidade por sua própria vida, capacitando-o para a identificação e quantificação dos determinantes da saúde para ajudá-lo a lutar para a conquista de melhor qualidade de vida.

Estamos vivendo num mundo onde a palavra de ordem é a qualidade. Esta constante também tem sua participação na enfermagem na busca de novas perspectivas, à procura de sua identidade e em marcha para o desenvolvimento. Neste sentido podemos perceber que a integração e o reconhecimento de que os valores e as responsabilidades de ambos devem ser equilibrados. Se houver interesse, cooperação, respeito e união, fica evidente que todos serão beneficiados, mas também sentirá mais este reflexo do que aquele para o qual todos nossos objetivos devem ser direcionados: o cliente.

Não podemos mais admitir que a equipe de saúde no momento de sua interação, atue de maneira impessoal e desumana, que, de certa forma, muitas vezes, ocorre no momento de sua admissão. Este aspecto é de fundamental importância na influência no momento da internação do cliente, que o leva a um estado de trauma psíquico que influi negativamente sobre seu estado de alma e sobre a evolução de sua enfermidade.

A interação entre enfermeiro e cliente deve ser sempre enfatizada e o sistema deve estar preparado para poder envolver o cliente desde a sua internação e ter suas referências com relação aos pontos de informação aos sistemas de sinalização, as salas de espera, para que haja um contato eficiente entre a equipe de saúde e o cliente. Com isso, iremos diminuir a ansiedade, a percepção, pelo cliente, da perda do bem inestimável, a saúde, dando-lhe a sensação de um ser capaz e não perdendo sua identidade e sua individualidade, não ficando totalmente sufocado pelos aspectos técnicos e pelas rotinas hospitalares, utilizados pelo pessoal de saúde.

Não é aceitável ter nosso cliente como mero “objeto”, algo passivo da ação de enfermagem, nem caracterização de suas atitudes simplesmente como “reações”.

Portanto, a relação entre profissional-cliente, como um encontro real de duas pessoas, serve para experimentarem e estabelecerem um elo de ligação na comunicação em situação significativa para elas. E o encontro seria verificado pela manifestação que ocorreria no olhar, no gesto, no sorriso e no silêncio das pessoas que vivem o processo. Neste momento o homem estaria presente, incorporando, em seu agir, toda a sua existência, experiência, anseios e dúvidas.

O cliente, ao interagir com o enfermeiro, aprende, explora, dinamiza e compartilha símbolos e significados intermediados pelo processo comunicativo.

Processo pelo qual cada cliente compreende o significado da “**comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica**”, onde a percepção é fundamental neste conjunto de processos de comunicação. Esta Interação com o ser humano/família/comunidade e sociedade ocorre em qualquer situação da vida cotidiana. E os estímulos do meio e símbolos aprendidos vão ajudar no processo de viver dos clientes.

Ao concluir este item deste capítulo, podemos perceber que o enfermeiro, quando idealiza o seu marco conceitual, suas ações tornam-se bem mais fáceis de serem aplicadas.

No momento em que estamos assistindo, estamos colocando em prática os cuidados de enfermagem, daí a importância da “**comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica**”, como um processo interativo dentro das ações sociais.

FIGURA 4.1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MARCO CONCEITUAL



A Qualidade como reflexo de uma Sociedade integrada à Educação num Ambiente onde Enfermagem/Homem/Saúde interagem num processo de comunicação numa busca incessante da satisfação dos clientes. Os encaixes da engrenagem Sociedade/Educação estão sempre em movimento, fazendo interagir Enfermagem/Homem/Saúde num ambiente adequado em busca da melhoria contínua, no Comunicar/Interagir-Comunicar/Interagir dentro de um universo chamado qualidade, que está representado no espaço externo da figura 4.1.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

A COMUNICAÇÃO ENQUANTO PROCESSO SOCIAL

Ao ter idéia clara de compreender, ter experiência ou conhecimento do assistir/cuidar/praticar enquanto assistência de enfermagem, alcançamos a significação, o sentido, a idéia de perceber, aplicar-se, ocupar-se de uma metodologia que servirá de guia enquanto processo de enfermagem, a qual denominamos de **“a comunicação enquanto processo social”**. Este processo está alicerçado no marco conceitual onde enfermagem/homem/saúde interagem comunicando-se num ambiente que, através da educação, poderão compreender o sentido real da **“comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica”**, com a participação do cliente/família no seu assistir, dando uma conotação da melhoria contínua, buscando assim a sua satisfação. Nesta interação, **“a comunicação enquanto processo social”** acontece durante todo o ciclo de hospitalização.

Acredito que o processo de enfermagem dentro de uma abordagem com qualidade é aquele que sistematiza e direciona as suas ações, buscando um método que dê satisfação tanto ao cliente interno (todos os funcionários do bloco cirúrgico e unidade de internação cirúrgica) como também ao cliente externo (todos os clientes, família, comunidade e sociedade), através do aperfeiçoamento, que leva à melhoria contínua.

Gomes (1992), ao citar alguns autores como Carlson, Yura, Sanchez e Rockenbach, faz um apanhado sobre o que seja processo de enfermagem e refere-se à afirmativa de Carlson, ou seja, que processo de enfermagem é a soma de atividades executadas conjuntamente pelo paciente e pelo enfermeiro e divide estas atividades em três etapas: levantamento de dados, intervenção e avaliação. Yura vê o processo de enfermagem como uma forma sistemática de determinar os problemas dos clientes, elaborar planos para resolvê-los, implementar o plano, avaliar a extensão do efeito desses planos na resolução dos problemas identificados. Sanchez ressalta que o processo de enfermagem dirige os enfermeiros para uma sistematização da assistência de enfermagem humanizada, atuando como agente de mudança no contexto atual da assistência de enfermagem, definindo, desta forma, o espaço do enfermeiro entre os demais profissionais.

Dentro deste entendimento para compreender, pensar ou conhecer, Rockenbach menciona que cabe ao enfermeiro atuar no processo de assistência de enfermagem, identificando as necessidades de saúde do paciente e sua família; fazer diagnóstico de

enfermagem e a partir dele elaborar o plano de cuidados e executá-lo junto com a equipe.

No momento em que enfermeiro/cliente interagem começa a participação na sistematização da assistência no perioperatório, buscando alternativas que contribuam para o desenvolvimento da **comunicação enquanto processo social**.

Com a interação do cliente, inicia-se o desenvolvimento do processo. Este primeiro encontro vai facilitar e aproximar o enfermeiro/cliente/família que, juntos, irão desenvolver mecanismos para implementar as ações que servirão como guia na **comunicação enquanto processo social**.

Este processo apresenta-se de forma dinâmica onde as ações são integradas e contínuas, interligando todo o período perioperatório.

Desta forma, o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem resulta da interação entre o enfermeiro/cliente/família e neste sentido vemos o enfermeiro como agente - que realiza o trabalho; temos nosso cliente externo como objeto - o elemento sobre o qual se atua; e os meios de trabalho, ou seja, todo o conjunto de instrumentos que os profissionais utilizam para dirigir suas atividades ao objeto de trabalho.

Gomes (1992), ao mencionar Mc Clain e Cragg, ressalta que a finalidade do planejamento assistencial é assegurar a melhor enfermagem possível durante a doença e resolver problemas futuros relativos ao estado do paciente. Significa ainda a atenção com seus hábitos de saúde e com as modificações que os mesmos necessitam para uma vida saudável. O planejamento também significa compreensão do estado do paciente e orientação para que ele possa aprender a exercer certas atividades por conta própria, ou indicar aos familiares a maneira adequada de ajudar, orientar, atuar e como se portar nas suas relações de ajuda entre família.

A **comunicação enquanto processo social** caracterizado por um conjunto de etapas dando uma forma contínua, aberta e dinâmica, representando para o enfermeiro uma visão de futuro de forma abrangente, inspiradora e compartilhada, não sendo, entretanto, permanente. Deve ser avaliada e modificada periodicamente em função da evolução dos interesses dos clientes e, sobretudo, por estar submetida a uma assistência individualizada.

Por ser uma assistência individualizada, a **comunicação enquanto processo social** propõe ao enfermeiro que, ao intervir no planejamento desses cuidados, deve respeitar, além da individualidade, as crenças e valores, que são as diretrizes norteadoras para todas as atividades.

Assim, todo planejamento que necessite ser implantado, requer conhecimento,

análise crítica e aprovação da comunidade de profissionais da organização. É a necessidade de participação como geradora de sinergia.

Não basta dizer que acredita e que todos os esforços planejados são necessários. É preciso liderar o processo, minimizando os pontos de conflitos, buscando os fatores essenciais que deverão ser estudados, analisados e atendidos, tendo em vista remover barreiras e obstáculos que se antepõem ao cumprimento daquilo que foi planejado.

Ao se planejar o processo de enfermagem, sua aplicação ao cuidado do cliente requer primeiramente definir as metas, posteriormente definir o método, que serão organizados em diretrizes significativas para se executar e avaliar de modo a se poder chegar a conclusões lógicas; a intervenção de enfermagem para atingir as necessidades do cliente é baseada nestes fatos. O processo de enfermagem é, portanto, “o processo de organizar o cuidado ao cliente-centrado de um modo lógico e sistemático, por meio de avaliação, planejamento, intervenção e reavaliação, Gomes (1992).

A utilização sistemática de um método científico (o processo de enfermagem) no cuidado de enfermagem ao cliente, não só é requisito essencial à segurança do indivíduo e à eficiência deste cuidado, agregando valores aos mesmos pelo fato de incluir um método de trabalho, como também é conseqüente à necessidade da enfermagem assumir a responsabilidade de documentar e avaliar os serviços que ela presta.

No mundo atual de competições, avanços tecnológicos, clientes mais exigentes e querendo cada vez mais a sua satisfação, é importante que todos compreendam a importância da qualidade na assistência prestada. Para tanto, a instituição, com sua história, cultura e filosofia, precisa utilizar o processo de mudança/evolução/crescimento para poder endereçar as questões críticas ao sucesso em forma não prescritiva e flexível.

O aperfeiçoamento contínuo é uma série de passos sucessivos que se inicia com a identificação de problemas ou oportunidades a serem obtidos através das ações corretivas. O processo é projetado como caminho singular que ajuda os clientes a permanecerem no curso, e que é repetido na medida em que cada problema é atacado. O ciclo emprega quatro ações importantes para solução de problemas: A primeira é planejar uma mudança daquilo que estamos tentando melhorar; a segunda é realizar a mudança em pequena escala; a terceira é observar os resultados e a quarta é estudar os resultados e decidir o que aprendemos com a mudança. Cada pessoa executa, então, o todo do seu processo pelo qual é responsável. O ciclo repete-se na medida em que mais causas são descobertas e eliminadas, ou na medida em que novos problemas e soluções são identificados na busca

incansável da melhoria da qualidade.

O estabelecimento de medidas significa conhecer o nível de satisfação ou insatisfação dos clientes. A instituição ao implementar esforços de melhoria da qualidade precisa da conscientização de todos quanto ao plano de mudança, visando um aperfeiçoamento contínuo. Dessa forma haverá um crescimento e atendimento das expectativas e necessidades de seus clientes, tanto internos como externos.

Quando planejamos a **comunicação enquanto processo social**, utilizamos ferramentas que serviram de suporte, tendo o método como guia norteador das ações para torná-la eficaz.

Para seguir este “caminho”, buscamos no Ciclo PDCA, que é o método de controle, que o mesmo autor menciona ter três ações fundamentais: estabelecimento da diretriz de controle (planejamento); manutenção do nível de controle e alteração da diretriz de controle (melhorias).

O ciclo PDCA serviu de guia para auxiliar na estruturação da **comunicação enquanto processo social**. Vejo esta sistemática como um desafio. Sua utilização é ferramenta de extremo valor no processo de gerenciamento da qualidade, enquanto cuidado, e pode ser aplicado em qualquer atividade quando se está à procura de problemas. E quando se gira o ciclo PDCA, obtem-se o aprimoramento contínuo das tarefas e a elevação do nível da qualidade do que se faz ou se produz.

Não é suficiente o enfermeiro definir fatores críticos de sucesso para a assistência e um lindo fluxo para a prestação de cuidados ao cliente. Há que se definir o modelo de gestão da qualidade, implementá-lo, girando o PDCA nas rotinas definidas para as atividades sempre que apresentar problemas.

Não basta somente o enfermeiro planejar para apresentar resultados. Cada vez mais devemos ser capazes de demonstrar como esses resultados foram obtidos. Resultados obtidos sem comprovações do processo de obtenção não são permanentes. Desta maneira, o enfermeiro deve estar atento ao assistir/cuidar, enquanto prática, para poder demonstrar como foram produzidos estes resultados na assistência prestada.

Desta forma, estamos apresentando como a **comunicação enquanto processo social** foi elaborada, para que a sua aplicação ao cliente se inicie desde a internação na unidade hospitalar até a alta, com orientações para o domicílio.

Quando trabalhamos o ciclo PDCA, sempre que surgirem problemas temos que dar um giro neste ciclo em busca de subsídios para esta questão problema.

Como pretendia trabalhar a **comunicação enquanto processo social**, este plano de trabalho se deu em dois momentos, isto é, foi dado um giro no ciclo ECAS. Assim sendo, a primeira etapa se deu quando da aplicação deste processo na prática assistencial, buscando implantar o gerenciamento do processo, não como um todo, mas fazer ajustamento na metodologia para a análise do valor agregado no processo de interação entre os clientes. Nesta fase houve uma observação e coleta de opinião para que pudéssemos fazer uma análise e obter sugestões de melhoria no assistir/cuidar/praticar onde as atividades não tinham seus valores agregados, tornando esta assistência deficiente e causando a insatisfação no processo como um todo.

Denominamos esta fase do trabalho de **projeção** onde foi definido o processo crítico, feita a análise em busca de problemas e informações para atuar corretivamente através da utilização do **ciclo ECAS**.

FASE DE PROJEÇÃO

(E) ESTRATÉGIAS - Foi elaborado e utilizado um instrumento de observação (ANEXO 1) aos clientes externos desde a sua entrada na portaria do hospital até a alta.

(C) CONCRETIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS - Foram observados 11 clientes externos seguindo-se todos os passos por eles percorridos dentro do hospital, onde nem cliente interno e nem externo soubessem que estavam sendo observados.

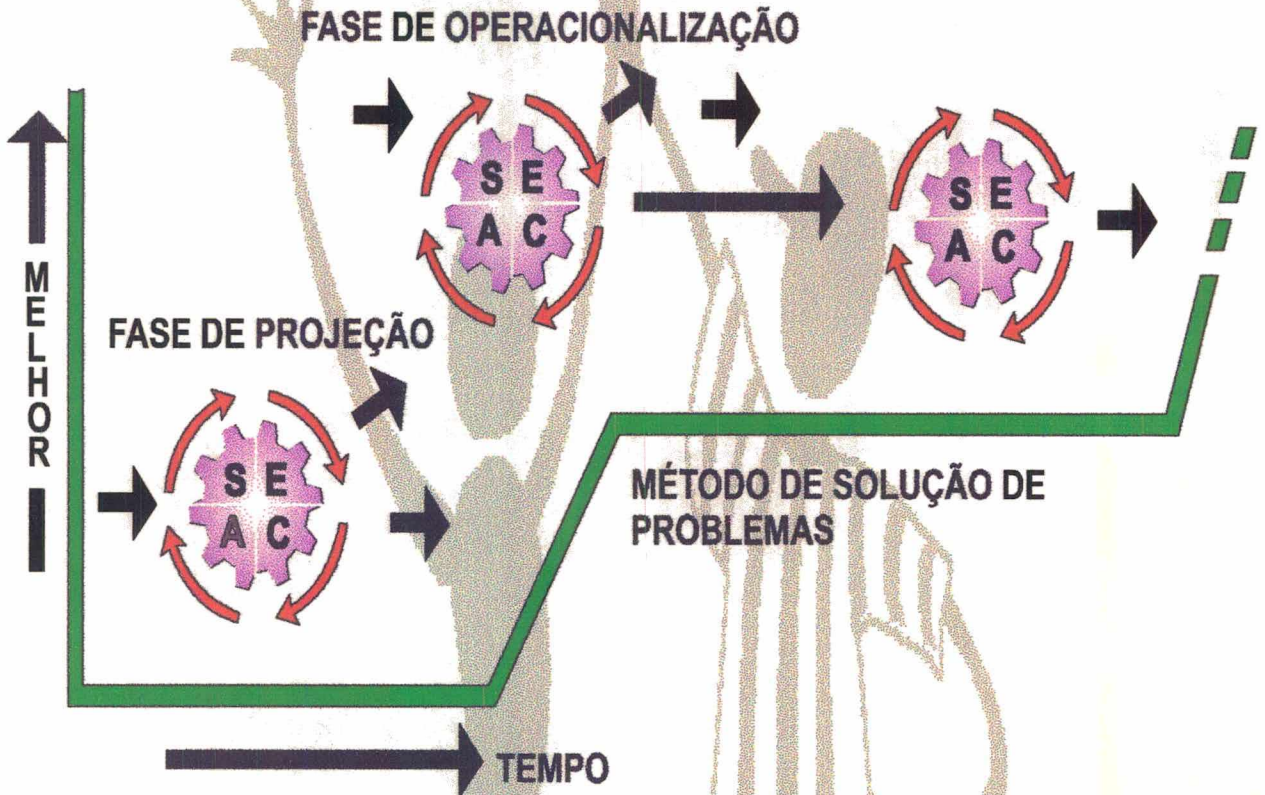
(A) ANALISANDO OS SUBSÍDIOS - Após compilação dos dados, observamos na comunicação entre os clientes internos/externos as deficiências ou problemas.

(S) SOLUÇÕES CORRETIVAS AOS DESVIOS APRESENTADOS - Para podermos atuar em relação à deficiência na comunicação, fomos buscar alternativas para que esse processo comunicativo fosse corrigido.

Na fase de **projeção** foram coletados dados e realizadas descrições detalhadas possíveis de realizar a análise em busca de subsídios do processo crítico, havendo necessidade de girar o **CICLO ECAS**. Concluída a fase de projeção e tendo que dar um giro no **Ciclo ECAS**, inicia-se a fase de **operacionalização** da comunicação enquanto processo social. Na fase de operacionalização utilizou-se algumas ferramentas da qualidade

para que pudéssemos atuar nos pontos gargalos desta instituição. A figura 4.2 mostra a maneira como foi dado o giro no ciclo ECAS após a fase de projeção.

FIGURA 4.2 - GIRO DO CICLO ECAS.



FONTE - ADAPTADO DO ESTABELECIMENTO E MANUTENÇÃO DE SISTEMA DE ACORDO COM MIYAUCHI. © 1992 VIVENTE FALCONI CAMPOS.

No início do giro no **CICLO ECAS**, a **comunicação enquanto processo social** entra numa nova fase, ou seja, a **fase de operacionalização**. Após o giro do **CICLO ECAS** com a definição do processo crítico, investimos nos pontos gargalos, isto é, onde a comunicação como processo social apresentava falhas significativas em prejuízo da assistência ao cliente externo, causando, assim, a sua insatisfação quanto aos cuidados a ele prestados.

FASE DE OPERACIONALIZAÇÃO

(E) **ESTRATÉGIAS** - Utilizamos o instrumento idealizado por Jouclas (ANEXO 2), chamado “assistência de enfermagem no perioperatório”, onde o cliente interno (enfermeiro), juntamente com o cliente externo, elaboram a assistência a ele ser prestada desde a entrada no hospital até o pós-alta. A partir do mapeamento estruturamos um fluxograma funcional, estipulando cada passo pelo método 5W 1H, para garantir que a operacionalização fosse conduzida sem nenhuma dúvida, por parte do cliente interno (enfermeiro).

Após a montagem do diagrama 5W - 1H, organizamos o *Brainstorming* (tempestade de idéias) em todos os pontos de contato entre o cliente interno/externo. Agrupando os problemas prioritários, foi possível identificar as causas e, com a análise de Pareto, conhecer os problemas apresentados, chegando a um consenso de como achar a solução para as causas emergentes.

Com a técnica do *Brainstorming* foram levantadas todas as causas problemas e com a análise do diagrama de Pareto podemos verificar a viabilidade da utilização do instrumento.

(C) **CONCRETIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS** - A aplicação do instrumento se deu em um hospital geral da grande Florianópolis, Santa Catarina. Foram acompanhados 13 clientes externos, escolhidos de forma tal que os mesmos já tivessem sofrido cirurgias anteriores. Este número, pelo volume de dados, poderia ter sido menor, todavia meu interesse também se prendeu a ter um banco de dados das situações mais variadas possíveis. Só assim poderíamos comparar através de opinião/percepção se a assistência perioperatória é satisfatória ou não. Esta interação entre o cliente interno/externo foi trabalhada desde a entrada do cliente externo no hospital através de entrevista semi estruturada, quando coletamos os dados necessários para que fossem discutidos na fase seguinte.

(A) **ANALISANDO OS SUBSÍDIOS** - Nesta fase compara-se os dados coletados na fase anterior com a meta planejada. E através de tabelas, gráficos e diagramas, detectamos os desvios existentes.

(S) **SOLUÇÕES CORRETIVAS AOS DESVIOS APRESENTADOS** - Nesta etapa atua-se no sentido de fazer as correções definitivas de tal modo que o problema não volte a ocorrer. Caso contrário, teremos que dar novo giro no **CICLO ECAS**.

CAPÍTULO V - O CUIDAR/ASSISTIR/PRATICAR AOS CLIENTES QUE SÃO SUBMETIDOS AO ATO ANESTESIAR/OPERAR.

Neste capítulo mostro a maneira como foi operacionalizado o ciclo ECAS após seu giro.

O enfermeiro ao experienciar a utilização das ferramentas da qualidade na assistência ao cliente no perioperatório, através do processo “a comunicação enquanto processo social”, deslumbra sua importância na recuperação pós-anestésica mais tranqüila e a diminuição do tempo de permanência na hospitalização.

A eficiência, eficácia e efetividade são demonstradas pela satisfação dos clientes.

Essa opção para o enfermeiro na assistência de enfermagem contribui e muito, tornando-se um elo de ligação entre o centro cirúrgico e as unidades de internação cirúrgica, tornando-se assim o fio condutor para o envolvimento do enfermeiro/cliente/família na comunicação no cuidado com qualidade.

Finalizando este capítulo, ressaltamos que o ser humano, quando tem poder de decisão no seu tratamento, juntos, enfermeiro/cliente/família acham soluções corretivas para os problemas emergentes, dando assim um novo giro no ciclo para a melhoria contínua e, nesta busca, alcançar a satisfação no cuidar/assistir/praticar, durante o período do anestésiar/operar.

FASE DE OPERACIONALIZAÇÃO

(E) **ESTRATÉGIAS** - Com o objetivo de colocar em prática a assistência de enfermagem no perioperatório, procuramos relacionar a teoria da qualidade, que direciona o esforço da melhoria para a frente, com comprometimento, conscientização, organização, planejamento e responsabilidade. Neste sentido o instrumento proposto responde a todas as questões no diagrama 5W e 1H. A partir da conceituação de “problema” como sendo condições, situações, dificuldades, questão ou fenômenos apresentados na comunicação/interação entre enfermeiro/cliente/família, é que se percebe as necessidades não atendidas adequadamente, dentro do âmbito de situação hospitalar. Procuramos identificar os problemas sentidos pelo cliente/família e os evidenciados pelo enfermeiro durante todo o período de internação.

DIAGRAMA DO 5W 1H - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

(WHAT) QUE

- Que operação é esta?

Relação de ajuda ao cliente e sua família a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico cirúrgico proposto.

- Qual é o assunto?

Assistir o cliente utilizando a assistência de enfermagem perioperatória que abrange os conceitos de assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, operacionalizada por meio da *“sistemática da assistência de enfermagem perioperatória”*.

(WHO) QUEM

- Quem conduz esta operação?

O envolvimento do enfermeiro na assistência perioperatória ao cliente está ligada a nível de eficiência técnica de conhecimento do procedimento anestésico-cirúrgico, cuidar e manipular equipamentos variados; a ser sensível às necessidades emocionais e de segurança do cliente e sua família, coletando e determinando os dados pertinentes ao seu cliente.

- Qual o departamento responsável?

A Unidade de Internação e o Centro Cirúrgico são responsáveis pela assistência perioperatória ao cliente a nível de cuidados pré-operatório, transoperatório e avaliação no pós-operatório.

(WHERE) ONDE - Onde a operação será conduzida?

O objetivo principal é a promoção da continuidade da assistência entre a Unidade de Internação e o Centro Cirúrgico a nível de cuidados pré-trans e pós operatórios, respeitando a individualidade do cliente e a redução de ansiedade do mesmo e da família.

- Em que lugar?

Implementar a assistência de enfermagem para o período perioperatório a nível de fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar na Unidade de Internação e Centro Cirúrgico.

(WHEN) QUANDO - Quando esta operação será conduzida?

Com a identificação dos problemas, o enfermeiro planeja os cuidados a serem implementados na assistência de enfermagem no **perioperatório** e, ao final da cirurgia, prescrição para a fase de recuperação pós-anestésica, prescrição para a unidade de internação e avaliação pós-operatória.

- A que horas? Com que periodicidade?

Durante todo o período de internação do cliente, inclusive orientação para o pós-alta.

(WHY) POR QUE - Por que esta operação é necessária?

Estes conhecimentos deixarão o cliente e família mais tranquilos, diminuindo o estresse.

- Ela pode ser omitida?

No momento em que o enfermeiro se omitir a prestar assistência ao cliente, põe em risco a sua integridade.

(HOW) COMO - Como conduzir esta operação?

A sistematização da assistência de enfermagem envolve a

participação do enfermeiro/cliente/família, dando condições de priorizar, documentar e avaliar a assistência prestada.

- De que maneira?

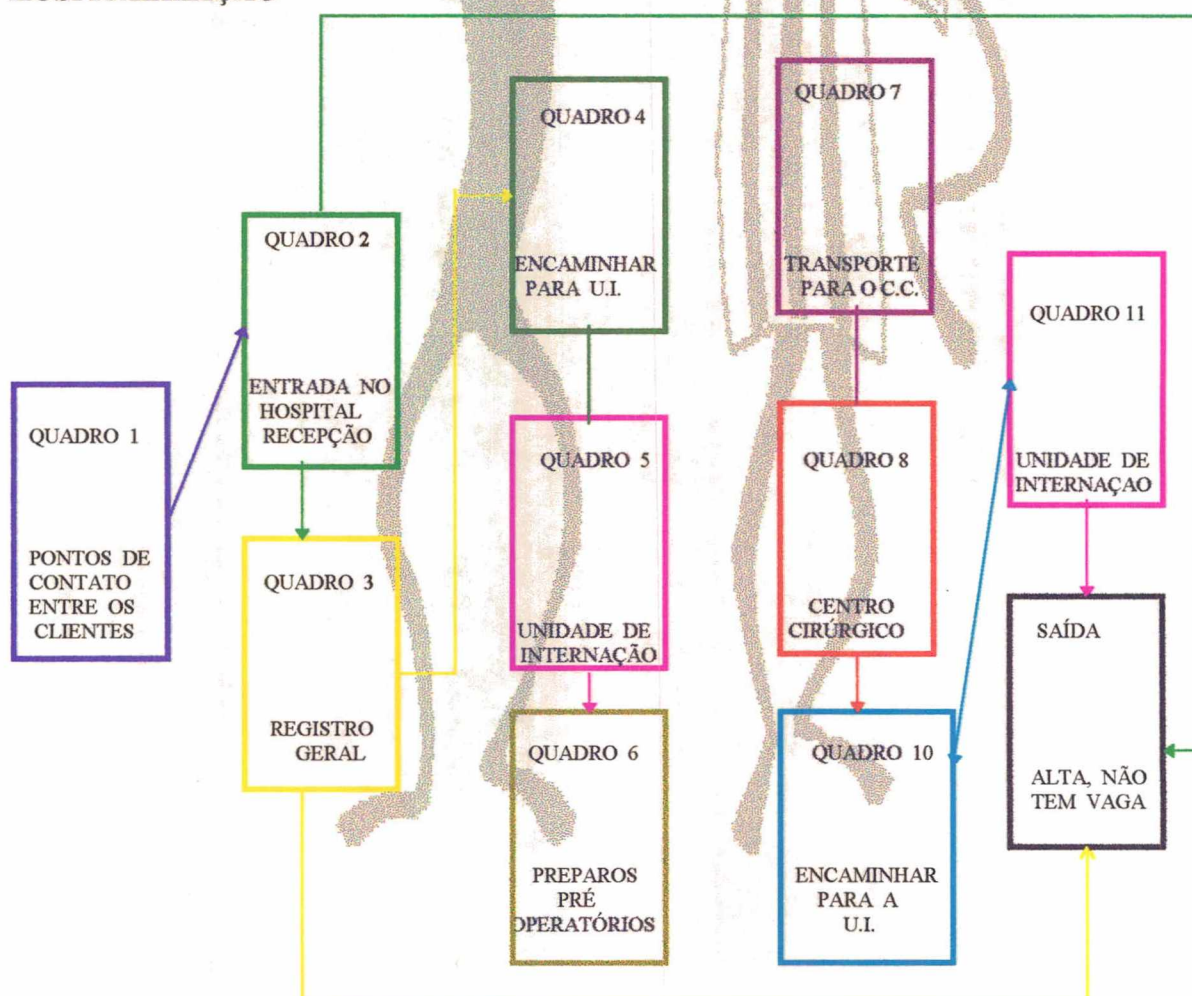
A qualidade da assistência de enfermagem no perioperatório está vinculada a uma intervenção conjunta dos enfermeiros das unidades de internação e do centro cirúrgico.

A assistência de enfermagem promove a educação continuada do pessoal de enfermagem.

A avaliação da assistência prestada proporciona subsídios para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, e para o desenvolvimento da profissão.

A figura 5.1 apresenta o trajeto percorrido pelo cliente externo durante a sua permanência no hospital. O fluxograma foi evitado para não sobrepor informações.

FIGURA 5.1 - PONTOS DE CONTATOS DO CLIENTE EXTERNO DURANTE SUA HOSPITALIZAÇÃO



À medida em que caminhávamos nesta trajetória, procurávamos de forma mais acirrada, verificar como na realidade se davam esses contatos. Assim sendo, pudemos levantar os problemas mais emergentes em cada ponto, apresentados nas folhas de verificações, como segue:

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.1 - PONTOS DE CONTATO ENTRE OS CLIENTES

SETORES	CONTATOS
ENTRADA NO HOSPITAL (RECEPTÃO).....	2 ENTRADA E SAÍDA
REGISTRO GERAL	1 ENTRADA
ENCAMINHAMENTO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	1 ENTRADA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	VÁRIOS
PREPAROS PRÉ-OPERATÓRIOS.....	1 ANTES DA CIRURGIA
TRANSPORTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO.....	1 NO DIA DA CIRURGIA
CENTRO CIRÚRGICO.....	1 NO DIA DA CIRURGIA
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.....	1 APÓS A CIRURGIA
ENCAMINHAMENTO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	1 APÓS A ALTA DA SRPA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	VÁRIOS ATÉ A ALTA

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.2 - ENTRADA NO HOSPITAL (RECEPTÃO)

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • NÃO RECEBEU ORIENTAÇÕES CORRETAS • ESPEROU PARA SER ATENDIDO • NÃO FOI ATENDIDO CORDIALMENTE 	<p>APENAS SÃO DADAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS, MAS MUITAS VEZES INCOMPLETAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • QUANDO O CLIENTE PERGUNTA ONDE É O REGISTRO, TEM-SE AS SEGUINTE RESPOSTAS • É ALI, MOSTRA O CLIENTE INTERNO (APONTANDO O DEDO...) • O SENHOR FICA NESTA FILA QUE O PESSOAL QUE TRABALHA NAQUELA SALA VAI LHE ATENDER • AGUARDE NESTA FILA, O ATENDIMENTO É POR ORDEM DE CHEGADA ALI NAQUELA PORTA, PODE FALAR COM QUALQUER PESSOA

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.3 - REGISTRO GERAL

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • ESPEROU PARA SER ATENDIDO • NÃO FOI ATENDIDO CORDIALMENTE • NÃO RECEBEU ORIENTAÇÕES CORRETAS 	<ul style="list-style-type: none"> • A PREOCUPAÇÃO É PERGUNTAR E PREENCHER O PRONTUÁRIO. • QUANDO NÃO HÁ VAGA (O QUE QUASE SEMPRE ACONTECE) O CLIENTE EXTERNO OU VAI EMBORA OU AGUARDA INTERMINÁVEIS HORAS, SENTADO NUM BANCO SEM NENHUM CONFORTO. <p>E, QUANDO SURGE A VAGA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - QUEM É O (CHAMOU PELO NOME), VAMOS SUBIR PARA O QUARTO - O SENHOR PEGA AS SUAS COISAS QUE VAMOS SUBIR PARA O QUARTO

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.4 - ENCAMINHAMENTO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • NÃO RECEBEU NENHUMA ORIENTAÇÃO DURANTE O TRAJETO ATÉ A UNIDADE DE INTERNAÇÃO • ESPEROU PARA SER RECEBIDO PELO PESSOAL NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO • NÃO FOI ATENDIDO CORDIALMENTE 	<ul style="list-style-type: none"> • CLIENTE INTERNO VAI NA FRENTE E CLIENTE EXTERNO ATRÁS. • CLIENTE COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, MAS , MESMO ASSIM, FOI LEVADO PELA ESCADA E, QUANDO CHEGOU NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO, RECLAMOU DIZENDO: "ESTOU CANSADO DE DESCER A ESCADA" (U.I NO 2º. SUB-SOLO).

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.5 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • QUEM RECEBEU O CLIENTE NA U.I. FOI - AUXILIAR DE ENF. - ATENDENTE • NÃO HOUVE APRESENTAÇÃO MÚTUA • PESSOAL NÃO APRESENTOU A UNIDADE E NEM DEU INFORMAÇÕES DAS ROTINAS • CLIENTE FOI LEVADO AO QUARTO E NÃO HOUVE COMUNICAÇÃO ENTRE PESSOAL/CLIENTE • NÃO FOI EXPLICADO AO CLIENTE QUANTO À DINÂMICA DE ATENDIMENTO E ROTINAS DA U.I. • PESSOAL NÃO APRESENTOU A UNIDADE E LHE DEU INFORMAÇÕES DAS ROTINAS • NÃO HOUVE APRESENTAÇÃO MÚTUA • NÃO FOI EXPLICADO AO CLIENTE QUANTO À DINÂMICA DE ATENDIMENTO E ROTINAS DA UNIDADE 	<ul style="list-style-type: none"> • CLIENTE INTERNO PRIMEIRO TERMINA O QUE ESTÁ FAZENDO PARA DEPOIS VIR ATENDER O PESSOAL DO REGISTRO GERAL - CLIENTE EXTERNO AGUARDOU 4 MINUTOS, ENQUANTO ISSO HAVIA PESSOAL NO POSTO DE ENFERMAGEM CONVERSANDO E COBRANDO DINHEIRO DE RIFA • DIFICILMENTE ALGUÉM SE APRESENTA E A TAREFA É TÃO ROTINEIRA COMO PODEMOS VERIFICAR - DEIXOU CLIENTE EXTERNO ESPERANDO NO CORREDOR E FOI RESOLVER OUTRO PROBLEMA E, CHEGANDO AO QUARTO, SÓ ORIENTOU ONDE FICAVA O BANHEIRO E CAMPAINHA - VAMOS À SALA DE CURATIVO PARA MEDIR E PESAR SEM EXPLICAR NADA E, CHEGANDO AO QUARTO, MOSTROU O LEITO, APONTOU ONDE ERA O BANHEIRO E CAMPAINHA, LOCAL PARA GUARDAR OS PERTENCES E SAIU - FOI CUMPRIMENTADO PELO CLIENTE INTERNO E O MESMO FALOU: VAMOS PESAR. LEVOU O CLIENTE ATÉ O LOCAL, FEZ O PROCEDIMENTO E DISSE: VAMOS AGORA PARA A SUA CAMA. É AQUI QUE O SENHOR VAI FICAR E QUALQUER COISA, TOCA A CAMPAINHA (SEM ORIENTAR O LOCAL)

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.6 - PREPAROS PRÉ-OPERATÓRIOS

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • NÃO FOI ORIENTADO QUANTO AOS PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS • NÃO FOI ORIENTADO QUANTO AO ENCAMINHAMENTO E VESTIMENTA DO CENTRO CIRÚRGICO • NÃO HOUVE APRESENTAÇÃO PELO PESSOAL RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE • MAQUEIRO NÃO INTERAGIU COM O CLIENTE DURANTE O TRANSPORTE 	<ul style="list-style-type: none"> • MAQUEIRO AJUDOU NA TROCA DE ROUPA PORQUE O CLIENTE ESTAVA COM SORO • ENFERMEIRO ORIENTOU NO MOMENTO QUE O CLIENTE IA SUBIR PARA A CIRURGIA • OFERECIDO ÁGUA AO INVÉS DO COMPRIMIDO, MOLHANDO TODA A ROUPA. FOI TROCADO O LENÇOL DA MACA E CLIENTE RIU BASTANTE DIANTE DESTA SITUAÇÃO • VAMOS TROCAR A ROUPA, TIRAR A CALCINHA E TROCAR DE MACA

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.7 - TRANSPORTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • NÃO HOUVE APRESENTAÇÃO PELO PESSOAL RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE • MAQUEIRO NÃO INTERAGIU COM O CLIENTE DURANTE O TRANSPORTE • NÃO RECEBEU ORIENTAÇÕES CORRETAS 	<ul style="list-style-type: none"> • MAQUEIRO CHEGA CANTANDO, NÃO SE APRESENTOU. CLIENTE FALOU QUE IA PARA O AÇOUGUE E A AUXILIAR DE ENFERMAGEM DISSE QUE ERA UM LUGAR BOM. MAQUEIRO SEMPRE CANTANDO.. CLIENTE FALOU: ENQUANTO UNS CANTAM, OUTROS MORREM. MAQUEIRO RESPONDEU DIZENDO QUE NO DIA EM QUE ELE MORRESSE, ALGUÉM IRIA CANTAR TAMBÉM. DURANTE O TRAJETO, TODAS AS PORTAS QUE TERIAM QUE SER ABERTAS O FORAM COM A PRÓPRIA MACA - CLIENTE AGITADO: DENTRO DO ELEVADOR, O MAQUEIRO DELICADAMENTE PEDIU PARA ELE SE ACALMAR QUE JÁ ESTAVAM CHEGANDO

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.8 - CENTRO CIRÚRGICO

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • FUNCIONÁRIO NÃO FOI CORDIAL E SE IDENTIFICOU NA PORTA DO CENTRO CIRÚRGICO • CLIENTE NÃO FOI CHAMADO PELO NOME • NÃO HOUE ORIENTAÇÃO QUANTO A ROTINAS E FUNCIONAMENTO DO CENTRO • ANTES DE SER ENCAMINHADO PARA A SALA, NÃO HAVIA ALGUÉM CONVERSANDO COM O CLIENTE • CLIENTE ESPEROU MUITO PARA IR PARA A SALA DE CIRURGIA • CLIENTE NÃO FOI BEM RECEBIDO NO CENTRO CIRÚRGICO • FUNCIONÁRIO NÃO FOI CORDIAL E SE IDENTIFICOU NA PORTA DO CENTRO CIRÚRGICO • CLIENTE NÃO FOI CHAMADO PELO NOME • NÃO HOUE ORIENTAÇÃO QUANTO A ROTINAS E FUNCIONAMENTO DO CENTRO • ANTES DE SER ENCAMINHADO PARA A SALA, NÃO HAVIA ALGUÉM CONVERSANDO COM O CLIENTE • CLIENTE ESPEROU MUITO PARA IR PARA A SALA DE CIRURGIA 	<ul style="list-style-type: none"> • NA RECEPÇÃO DO CLIENTE NA PORTA DO CENTRO CIRÚRGICO, O QUE CHAMOU A ATENÇÃO ESTÁ RELACIONADO AO NOME DO CLIENTE, QUE PRIMEIRO SE OLHA NO PRONTUÁRIO AO INVÉS DE PERGUNTAR-SE DIRETAMENTE A ELE. (CLIENTE CONSCIENTE) • POR SER A DEMANDA MUITO GRANDE, A MAIORIA DOS CLIENTES FOI ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO COM ANTECEDÊNCIA, ANTES DE HAVER SIDO DESOCUPADA A SALA OU, ENTÃO, PARA FAZER A INDUÇÃO ANESTÉSICA EM SALA ESPECÍFICA • AGUARDARAM MUITO TEMPO SOZINHOS, SEM QUE NINGUÉM PARASSE PARA CONVERSAR. - DEFICIÊNCIA DE PESSOAL? - CLIENTE "UM CASO" A MAIS? • A PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA DIFICULTA A IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS <p>AMBIENTE ESTRANHO E DESCONHECIDO, EM NENHUM MOMENTO HOUE ORIENTAÇÃO SOBRE ROTINAS DE FUNCIONAMENTO, EQUIPAMENTOS E NÚMERO DE PESSOAL EM SALA</p>

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.9 - SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • CLIENTE NÃO FOI EXAMINADO AO CHEGAR A SRPA • HAVIA ALGUÉM EXAMINANDO O PACIENTE COMO UM TODO NA SRPA • NÃO FOI EXAMINADO CLIENTE AO CHEGAR A SRPA • HAVIA ALGUÉM EXAMINANDO O PACIENTE COMO UM TODO NA SRPA • ESPEROU NO CORREDOR PARA IR PARA A SUA UNIDADE 	<ul style="list-style-type: none"> • NO MOMENTO EM QUE OS CLIENTES SÃO ENCAMINHADOS À SALA DE RECUPERAÇÃO, SÃO ACOMPANHADOS PELO ANESTESISTA OU RESIDENTE DE ANESTESIA E O CIRCULANTE DE SALA. SÃO INFORMADAS AS CONDIÇÕES DO CLIENTE SEGUNDO A ANESTESIA APLICADA. É AQUECIDO, VERIFICADO SINAIS VITAIS E INSTALADA MÁSCARA DE OXIGÊNIO E CONTÍNUA OBSERVAÇÃO

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.10 - ENCAMINHAMENTO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • NÃO RECEBEU ORIENTAÇÕES CORRETAS. • ESPEROU PARA SER ATENDIDO. • NÃO FOI ATENDIDO CORDIALMENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> • MAQUEIRO RECEBE O CLIENTE E O TRANSPORTA A SUA UNIDADE. LÁ CHEGANDO, ENTREGA O PRONTUÁRIO NO POSTO DE ENFERMAGEM, PASSA O CLIENTE PARA O SEU LEITO E SAI SEM NADA FALAR SOBRE O MESMO

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.11 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

PROBLEMAS	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
<ul style="list-style-type: none"> • CLIENTE FICOU ESPERANDO PARA IR PARA O LEITO • NÃO FORAM SOLICITADAS PROVIDÊNCIAS PARA AS QUEIXAS DO CLIENTE • NÃO HOUE EXAME FÍSICO DO CLIENTE ANTES E APÓS A COLOCAÇÃO DO MESMO NO LEITO • CLIENTE NÃO FOI OBSERVADO ATENTAMENTE PELO PESSOAL DA UNIDADE 	<ul style="list-style-type: none"> • EM MOMENTO ALGUM SÃO INFORMADAS AS INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS.

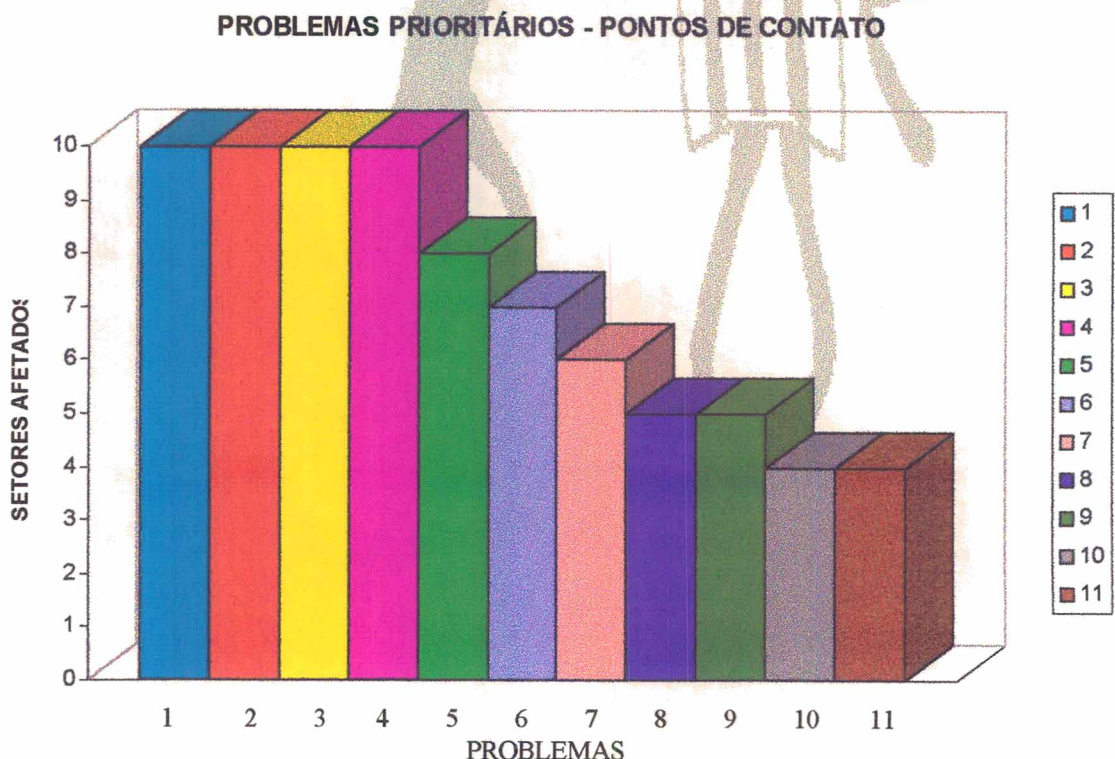
Com o mapeamento do processo por setores, passou-se a analisar a interação entre os clientes, verificando a sua importância de solução como mostra a folha de verificação 5.12 e a figura 5.2 (diagrama de Pareto).

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.12 - PROBLEMAS PRIORITÁRIOS - PONTOS DE CONTATOS.

CÓDIGO	PROBLEMAS	QUANTIDADE DE SETORES AFETADOS	GRAU DE PRIORIDADE
1	FALTA DE ORIENTAÇÕES	10	01
2	NÃO HOUE APRESENTAÇÃO	10	03
3	CLIENTE INTERNO NÃO FOI CORDIAL	10	03
4	NÃO HOUE INTERAÇÃO	10	01
5	NÃO FOI ACOMPANHADO ADEQUADAMENTE	08	03
6	NÃO FOI CHAMADO PELO NOME	07	01
7	NÃO FORAM SUPERVISIONADOS OS PROCEDIMENTOS COMO: SONDAS, CATÉTERES, SOROS, INCISÃO,ETC..	06	01
8	NÃO FOI O ENFERMEIRO QUEM O RECEBEU	05	01
9	NÃO HOUE OBSERVAÇÕES	05	01
10	NÃO HOUE PASSAGEM DE PLANTÃO	04	01
11	NÃO FORAM ATENDIDAS AS SUAS SOLICITAÇÕES	04	02

FONTE: INFORMAÇÕES COLHIDAS DOS INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO DOS CLIENTES DURANTE A SUA TRAJETÓRIA NUM HOSPITAL GERAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS, 1995.

FIGURA 5.2 - DIAGRAMA DE PARETO/ PROBLEMAS PRIORITÁRIOS - PONTOS DE CONTATO.



Com os dados agrupados, podemos verificar e analisar os problemas e as opções de melhoria, nas quais as modificações podem otimizar o processo. Razão pela qual é que pretendemos utilizar o instrumento “assistência de enfermagem no perioperatório”, por entender que o mesmo tem sua sistemática de acompanhamento do cliente externo em todos os setores durante a sua trajetória no hospital.

Enquanto a comunicação verbal/não verbal for de má qualidade, ou seja, não só atende as necessidades do cliente, mas também é incompleta, não registrada, incompleta e omitida, tem-se uma situação problema, onde o resultado é o stress, ocasionando maior permanência do cliente externo em sua hospitalização.

Quando estamos em um ambiente desconhecido cresce ainda mais nossa insegurança e medo. Orientação e explicação daquilo que se espera quebram essa resistência e nos levam a uma relativa segurança. Modernamente, o equilíbrio do cliente é alcançado através de técnicas precisas, medicamentos adequados e, sobretudo, a prática da informação. Todas as necessidades dos clientes devem ser satisfeitas. Precisamos então encaminhar a todos da melhor forma possível. As orientações devem ser simples e claras, não deixando o emocional prejudicar o estado físico. Sempre que houver eficiente comunicação, conseguir-se-á o aperfeiçoamento contínuo, onde a meta é fazer certo desde a primeira vez. Só assim se dará a interação como um todo.

(C) CONCRETIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS - A hospitalização é para qualquer pessoa um transtorno no seu cotidiano. Ao chegar à portaria do hospital, muitas vezes o cliente se depara com situações totalmente diferenciadas daquelas com as quais está acostumado a conviver, considerando as normas e rotinas existentes como grande impecilho no seu tratamento, porque muitas vezes não é orientado e nem se quer toma conhecimento da situação em que se encontra.

Esta falta de comunicação faz com que o cliente externo se sinta inferiorizado por não ter tais orientações, e seus atos, muitas vezes, são podados pelo cliente interno, que, para ele, só sabem cobrar, mas não lhe dão as explicações necessárias.

Para que eu pudesse colocar em prática a comunicação enquanto processo social, alguns arranjos foram realizados para a delimitação do cenário. A Instituição escolhida é um hospital geral, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde (SES). Está localizado no centro de Florianópolis e foi inaugurado no dia 06 de novembro de 1966.

Atualmente com 184 leitos ativados e 66 leitos desativados devido às reformas em

sua planta física.

Apesar das reformas a média mensal de cirurgias é de 223,5 cirurgia/mês. A ênfase cirúrgica é na especialidade de neuro-tramato-ortopedia por ser um hospital de referência nesta especialidade, existindo inclusive uma unidade específica.

Para melhor nos situarmos na instituição, mostrarei a seguir alguns dados estatísticos que revelam as suas características de uma unidade tão especializada. Os dados são referentes aos meses de maio/agosto de 1996, sendo que neste período houve uma baixa nas internações/cirurgias devido à greve na saúde, que aconteceu de 4 de abril a 8 de junho deste ano.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.13 - ACIDENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA

MESES	ACIDENTE DE TRABALHO	ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE MOTO	ÓBITO POR ACIDENTE
MAIO	23	31	-	-
JUNHO	42	21	-	-
JULHO	68	36	02	-
AGOSTO	63	32	01	-
TOTAL	196	120	03	-

FONTE: © 1996. SERVIÇO DE ESTATÍSTICA DA INSTITUIÇÃO EM ESTUDO.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.14 - TOTAL DE CIRURGIAS REALIZADAS

MESES	ORTOPEDIA	NEUROCIRURGIA	OUTRAS	TOTAL DE CIRURGIAS
MAIO	34	17	32	83
JUNHO	54	18	106	178
JULHO	84	19	198	301
AGOSTO	91	22	219	332
TOTAL	263	76	555	894

FONTE: © 1996. SERVIÇO DE ESTATÍSTICA DA INSTITUIÇÃO EM ESTUDO.

O passo seguinte foi encaminhar um ofício à Direção Geral da Instituição, solicitando autorização (ANEXO 3). Em reunião com o corpo de enfermeiros deste hospital, coloquei minha proposta, pedindo opinião sobre o exposto.

“...todos foram unânimes em achar a proposta interessante e querem ver os resultados...”

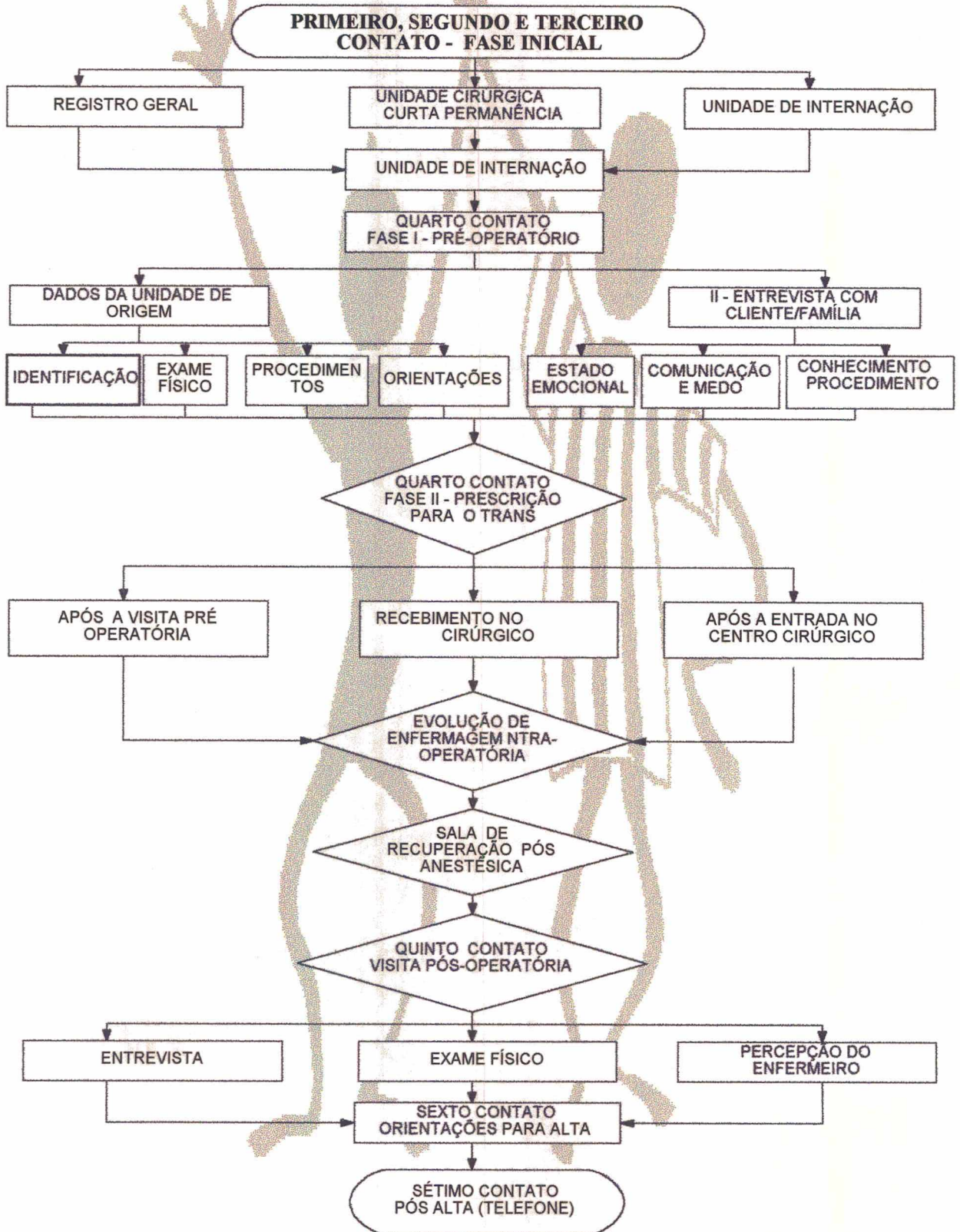
Só coloquei em prática o trabalho após obter resposta afirmativa do ofício encaminhado à Direção da Instituição.

Ao iniciarmos qualquer atividade junto ao cliente/família era colocado para eles o que eu pretendia realizar, a forma como eles poderiam ajudar e que todas as nossas conversas seriam gravadas, transcritas e discutidas. Foram utilizadas declarações para o consentimento do cliente/família para que eu pudesse acompanhá-los. (ANEXO 4).

Em minha caminhada no desenvolvimento da comunicação enquanto processo social, ao me dirigir e me apresentar aos clientes externos, em qualquer momento durante o procedimento de internação, colocando os objetivos da execução deste trabalho e convidando-os para participarem da sua assistência, percebia em suas expressões faciais o quanto a minha participação junto a eles se tornaria importante como elo de ligação, nesta interação, quando iríamos estar juntos.

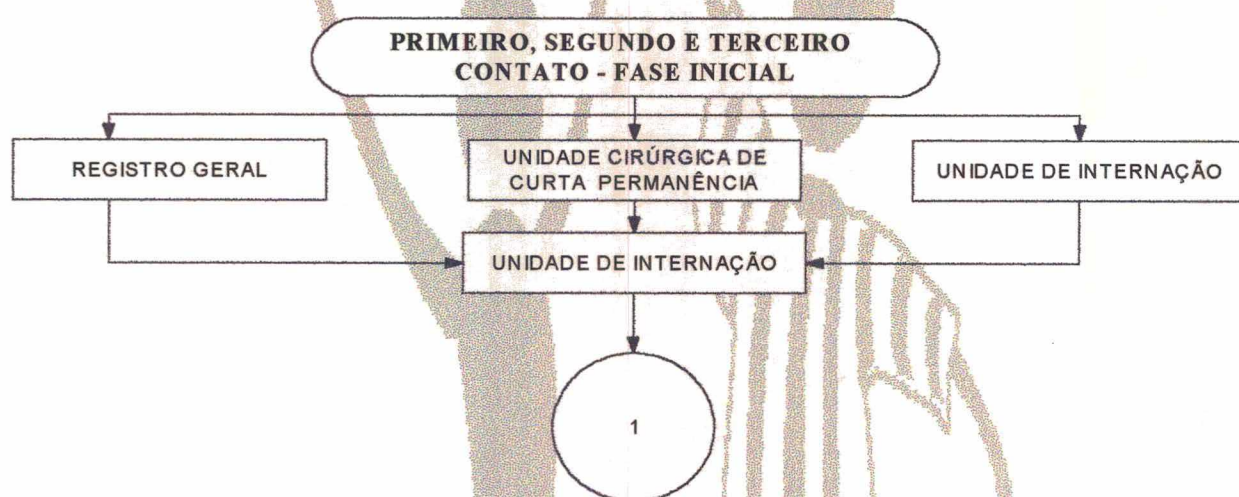
Elaboramos um fluxograma para mostrar como se desenvolveram os contatos entre clientes interno/externo/família durante a comunicação enquanto processo social. Nos passos seqüenciais sempre houve a interação entre clientes interno/externo/família, procurando da maneira mais simples explicar/orientar/sugerir opiniões para o assistir/praticar/cuidar no âmbito dos procedimentos cirúrgicos.

FIGURA 5.3 - FLUXOGRAMA DOS PASSOS SEQUENCIAIS DOS CONTATOS ENTRE CLIENTES INTERNO/EXTERNO/FAMÍLIA DURANTE A COMUNICAÇÃO ENQUANTO PROCESSO SOCIAL.



Para compreender a comunicação enquanto processo social dentro do fluxograma procurei dividi-lo em partes, assim sendo, na primeira parte foram realizados os primeiros, segundos e terceiros contatos, os quais denominei de contatos iniciais, como mostra a figura 5.4, com o objetivo de situar o cliente/família no espaço que ocuparia durante o período de sua hospitalização.

FIGURA 5.4 - FLUXOGRAMA DOS LOCAIS DOS TRÊS PRIMEIROS CONTATOS DURANTE O PERÍODO DE SUA HOSPITALIZAÇÃO.



O número 1 (um) dentro do círculo indica que este fluxograma tem continuidade.

Ao continuar essa trajetória, dando ao cliente todas as informações necessárias tanto referentes ao ato anestésico/cirúrgico como as orientações de rotina da própria unidade de internação, deixando-o a par de todo o processo enquanto trabalho, muitos foram os depoimentos como:

“.....Seu filho achou a idéia interessante, porque as pessoas idosas, quando ficam no hospital, elas, às vezes, ficam sozinhas sem ter ou saber o que fazer. E quando alguém se propõe a estar junto dessas pessoas, não podemos rejeitar, pois, na realidade atual, ele vai embora tranquilo, pois sabe que terá alguém dentro do hospital preocupado com seu pai, e ao chegar em casa, sua mãe ficará ainda mais tranqüila quando ela souber desse privilégio que seu pai terá...”

“....A esposa achou engraçado eu ir perguntar se ele queria participar ou não, porque muitas vezes o pessoal chega para fazer qualquer coisa e nem

sempre explicar o porquê...”

“... A esposa que o acompanhava, achou muito interessante a minha proposta, já que dessa maneira aqueles clientes menos informados teriam oportunidade de opinar e saber da sua realidade...”

Durante todo o processo, os conceitos eram operacionalizados de tal forma que, sem os quais, a comunicação enquanto processo social se tornaria falha. Os conceitos ao serem operacionalizados deixavam bem nítido o que se pretendia à luz de cada um, durante o diálogo e acompanhamento, onde observação/participação, relatos e atuação do enfermeiro/cliente/família, na prestação da assistência, se tornava mais forte a cada momento vivenciado. Esta interação foi o ponto culminante desses encontros se comparados às cirurgias anteriores, com os mais variados depoimentos:

“...Neste hospital foi excelente...”

“...Só o fato de tu estares todo o tempo ao meu lado, me deixaste bastante à vontade e tiraste todas as minhas dúvidas que tinham ficado das outras vezes...”

“...Não lembra de nada da cirurgia, apesar disso, sente-se tranquilo pelas orientações que recebeu no pré-operatório...”

“...Sentiu-se mais seguro quando foi explicado o procedimento anestésico/cirúrgico...”

“... o pessoal da unidade é ótimo, conversa bastante comigo, me atende muito bem, tanto médico como enfermeiros, pessoal da limpeza e cozinha. Interessante que foi diferente da outra vez... será que é por que você está me orientando em tudo e eu assim fico mais esperto?...”

“...Acha que está sendo bem tratado e as orientações são de grande valia para a diminuição de sua ansiedade...”

“... me sinto satisfeito graças a Deus, apesar do hospital não ser lugar para a gente ficar muito tempo, mas está bom...”

“...Boa enquanto foi acompanhado, porém, a assistência hospitalar como um todo, achou ruim pela experiência anterior...”

“...me senti mais calmo e relaxado...”

“...Acha muito importante o cuidado de enfermagem e relata que está recebendo muita atenção das enfermeiras e residentes...”

“...Não se sente bem, acha um ambiente hostil, muito impessoal. A situação não me passa nada de bom. O fato de estar aqui não é nada agradável...”

“...A esposa relatou até, então, estar satisfeita com a assistência de enfermagem e espera que continue assim...”

“...Nenhuma queixa da assistência, muito pelo contrário...”

“...Refere ter sido muito bem cuidado desde que se internou para a cirurgia...”

Este meu caminhar só obteve êxito porque todos os clientes internos/externos se dispuseram imediatamente a participar.

Foram acompanhados 13 clientes externos e o primeiro contato se deu de várias maneiras, ou o cliente já estava internado ou no momento de sua internação, que, nesta instituição pode entrar para a realização de sua cirurgia pela Emergência, direto pelo Registro Geral e ainda via UCCP (Unidade Cirúrgica de Curta Permanência).

Optei por selecionar clientes que já tivessem experiências cirúrgicas anteriores para participar da amostra. Assim, poderíamos traçar um paralelo entre a cirurgia atual e a anterior.

Em média foram realizados de 4 a 11 encontros desde a sua internação, ou dias que antecederam à cirurgia até a alta hospitalar.

O número de encontros variou porque dependia de onde o cliente iria se internar, ou mesmo aqueles que já estavam internados. Na UCCP os clientes permanecem por 24 horas após o ato anestésico/cirúrgico e o seu preparo pré-operatório se inicia no domicílio, e são avaliados pelo anestesista no dia anterior à cirurgia quando é solicitado seu prontuário junto ao Serviço de Arquivo Médico (SAME). O cliente não recebe nenhuma orientação da enfermagem. Todas as orientações são verbalizadas pelo anestesista, inclusive os cuidados pré-operatórios.

Em todos os contatos eram explicados os objetivos deste trabalho. Como também, pedíamos autorização para o uso de gravador e apresentávamos uma declaração para os clientes/família lerem e assinarem, confirmando sua participação. Cada contato acontecia de várias maneiras. Descreverei a seguir um contato que ocorreu após o preenchimento do prontuário no registro geral e o cliente aguardava sua vaga na unidade de internação.

PRIMEIRO CONTATO: 31 - 10 - 95 - TARDE - Cliente chegou para se

internar, afim de se submeter a uma Ressecção trans-uretral (RTU), acompanhado de seu filho. Dirigi-me ao cliente cumprimentando-o e me identificando como enfermeiro e aluno do curso de mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina e estar fazendo um trabalho de pesquisa com os clientes que se submeterão à cirurgia neste hospital. Cliente e filho me escutaram atentamente. Quando perguntei se ele queria participar do meu trabalho, ele disse que sim. Seu filho achou a idéia interessante, porque as pessoas idosas, quando ficam no hospital, às vezes, ficam sozinhas, sem ter ou saber o que fazer. Quando alguém se propõe a estar junto dessas pessoas, não podemos rejeitar. Na realidade atual, ele vai embora tranquilo, pois sabe que terá alguém dentro do hospital, preocupado com seu pai. Chegando em casa, sua mãe ficará ainda mais tranqüila quando souber desse privilégio que seu pai terá. Após seu depoimento, complementei dizendo que este trabalho tem como objetivo coletar a opinião e percepção do cliente quanto à assistência a ele prestada. Coloquei ainda sobre a declaração a ser assinada e o uso do gravador, cliente e filho acharam importante esta minha preocupação. Em seguida acompanhei o cliente até seu quarto e, em conversa com seu filho, percebi que o mesmo estaria indo para casa mais tranquilo. Orientei sobre rotinas e fui até o posto de enfermagem para saber se a cirurgia seria mesmo no outro dia. Ao ter a confirmação da cirurgia para as 8:00 hs da manhã, orientei o cliente que à noite começariam os preparativos para a cirurgia e que na manhã seguinte eu estaria de volta, bem cedo, para subir com ele para o centro cirúrgico. Antes de deixar o quarto dei a declaração para o filho ler e após a leitura ele assinou e me agradeceu. Respondi, quem agradece sou eu. Então fique tranquilo que amanhã estarei aqui. Boa noite, os dois responderam, até amanhã.

Todos os primeiros contatos aconteceram durante o período da tarde, porque a escala de cirurgia é confeccionada após às 17:00hs. Todos os clientes que devem se internar ou serem avaliados são orientados pelo Registro Geral quanto ao horário da internação, que deve ser no período da tarde.

Dentre os 13 clientes que compõem este estudo, 5 estavam internados, 5 o

acompanhamento se deu desde o Registro Geral e 3 ou da portaria ou então no consultório do anestesista, que está localizado no primeiro andar deste hospital. As Unidades de internação cirúrgica estão localizadas no sétimo andar, quarto andar, segundo andar e no segundo subsolo. A Unidade Cirúrgica de Curta Permanência se localiza no segundo subsolo, onde antes da reforma era o repouso da Emergência, sendo que, com a ativação do segundo andar já reformado, esta unidade foi inserida neste local.

Em seguida, eram dadas as orientações necessárias e aguardávamos os horários para os contatos posteriores, dependendo sempre do horário da cirurgia.

No segundo ou terceiro contato já iniciávamos as concretizações das estratégias, que é a segunda fase da comunicação enquanto processo social. Nesta fase, o foco central era a aplicação da assistência de enfermagem no perioperatório, juntamente com um rol de perguntas abertas, colocando em prática todos os conceitos, por mim elaborados, e de que forma esses conceitos seriam operacionalizados na prática.

Estes contatos eram importantes para que os clientes ficassem informados de todos os procedimentos que antecedem à cirurgia e quando alguém da enfermagem fosse começar os preparativos eles já estariam orientados quanto a: jejum, lavagem intestinal, tricotomia, higiene pessoal e outros, dependendo de cada caso. A seguir, exemplificarei estes contatos.

SEGUNDO CONTATO -30 -07 - 96 - TARDE - Boa tarde, como passou? Estou bem. Percebi que o cliente estava tranquilo, orientei que à noite começariam os preparativos para a cirurgia, como: jejum a partir das 22 horas, lavagem intestinal e que na manhã seguinte eu voltaria bem cedo para subir com ele para o centro cirúrgico. Fique tranquilo que amanhã estarei aqui. Boa noite.

TERCEIRO CONTATO - 31 -07 - 96 - MANHÃ - Bom dia! Como passou a noite? Passei bem. Fizeram a lavagem? Sim, e fiquei em jejum. Fez a tricotomia agora pela manhã? Ainda não. Então já irão fazer para depois tomar banho. Assim que ficar pronto, você tomará um comprimido e uma injeção que é para relaxar e o antibiótico para não pegar infecção. Orientei quanto à troca de roupa. Agora que está tudo pronto vamos aguardar o maqueiro para subirmos ao centro cirúrgico.

Em todos os segundos e terceiros contatos, nossa interação com todos os cliente se deram da mesma maneira. Sendo, desta forma, que clientes bem orientados desde a sua internação quanto aos procedimentos implica numa assistência de enfermagem dentro de um sistema de qualidade, traduzindo o controle de tudo o que é realizado e, quando questionados, tem os registros da qualidade pretendida. Assim, ficam claramente definidas quais as ações do enfermeiro que são consideradas como necessárias e suficientes, para demonstrar, por evidências objetivas, que essa preparação do cliente externo atende aos requisitos e especificações dos procedimentos. O enfermeiro, ao prever qual o tratamento adequado e a quem cabe a responsabilidade de mantê-los, traduz ao cliente externo a satisfação. Esta situação é enfatizada por Silva (1989), quando diz que a necessidade dos pacientes é percebida pelos enfermeiros por meio de manifestações verbais e não verbais, ou seja, “falando demais, falando pouco, expressando claramente seus sentimentos, perguntando a respeito da cirurgia, do ambiente do centro cirúrgico, sobre o tempo de internação, pelo olhar, gestos, choro, alteração de pressão arterial, tremor, taquicardia, etc.. Tudo isso ocorre devido à falta de informação da situação ao cliente externo.

Todas as perguntas endereçadas aos clientes externos devem ser elaboradas de tal forma que não induzam as suas respostas para um simples sim ou não. Para tanto empregamos a técnica de entrevista que tivemos a oportunidade de aprender num curso de neurolingüística. Em seguida apresentamos como foram elaboradas as perguntas sobre o que queríamos levantar com os conceitos do marco conceitual por nós elaborados.

SOCIEDADE

- Como o homem percebe sua posição em relação a status social, economia, família ao seu estilo de vida?
- De que maneira esta situação interfere na sua interação com os outros homens e o meio em que vive?
- De que forma a participação do homem poderá influenciar na tomada de decisão quanto às ações deliberativas ao seu tratamento?

EDUCAÇÃO

- De que maneira podemos orientar o homem sem ferir sua identidade, cultura e costumes?
- Como planejar a assistência de enfermagem ao homem para as necessidades e

desenvolvimento da vida diária?

- De que forma podemos buscar atributos para que o homem possa conviver, interagir e relacionar-se com esta agressão?

ENFERMAGEM

- De que forma podemos estabelecer a interação enfermeiro/cliente?
- De que maneira iremos identificar os problemas e como iremos validá-los?
- Como iremos selecionar meios para atingir a conformidade em busca da satisfação?
- Como iremos implementar ações compartilhadas em busca da melhoria contínua?
- De que forma iremos detectar, validar, estabelecer, selecionar e priorizar objetivos, buscando subsídios e ações para implementá-los e solucioná-los com prioridades?

HOMEM

- De que maneira o homem percebe o seu self, o indivíduo e seu meio ambiente?
- Como o homem enfrenta e se adapta às mudanças bruscas de comportamento enquanto saúde?
- De que forma o homem supera a institucionalização?
- Como isto pode repercutir em sua vida?
- De que maneira sua expectativa de vida pode lhe auxiliar na busca de sua satisfação?

SAÚDE

- O que o estado atual implicará nas limitações e/ou incapacidade?
- De que maneira deverá ser prestada a assistência de enfermagem na sua recuperação?
- De que forma o homem pode participar no cuidado à saúde?
- Qual a interferência do seu estado nas suas interações interpessoais e sociais?
- Quais as mudanças que esta situação poderá acarretar ao homem?

AMBIENTE

Como o homem vê sua hospitalização?

- De que maneira ele interage com o hospital e outros clientes?
- Como ele percebe a forma de dividir seu espaço com outros clientes?
- O que mais lhe preocupa em sua hospitalização? Como se sente em poder interagir com os demais membros da instituição?
- O que representa o seu poder de tomada de decisão no seu tratamento?

COMUNICAÇÃO

- De que maneira o homem se comunica com os outros homens e com o seu meio

ambiente?

- Quais as dificuldades que o homem encontra para uma perfeita comunicação?

INTERAÇÃO

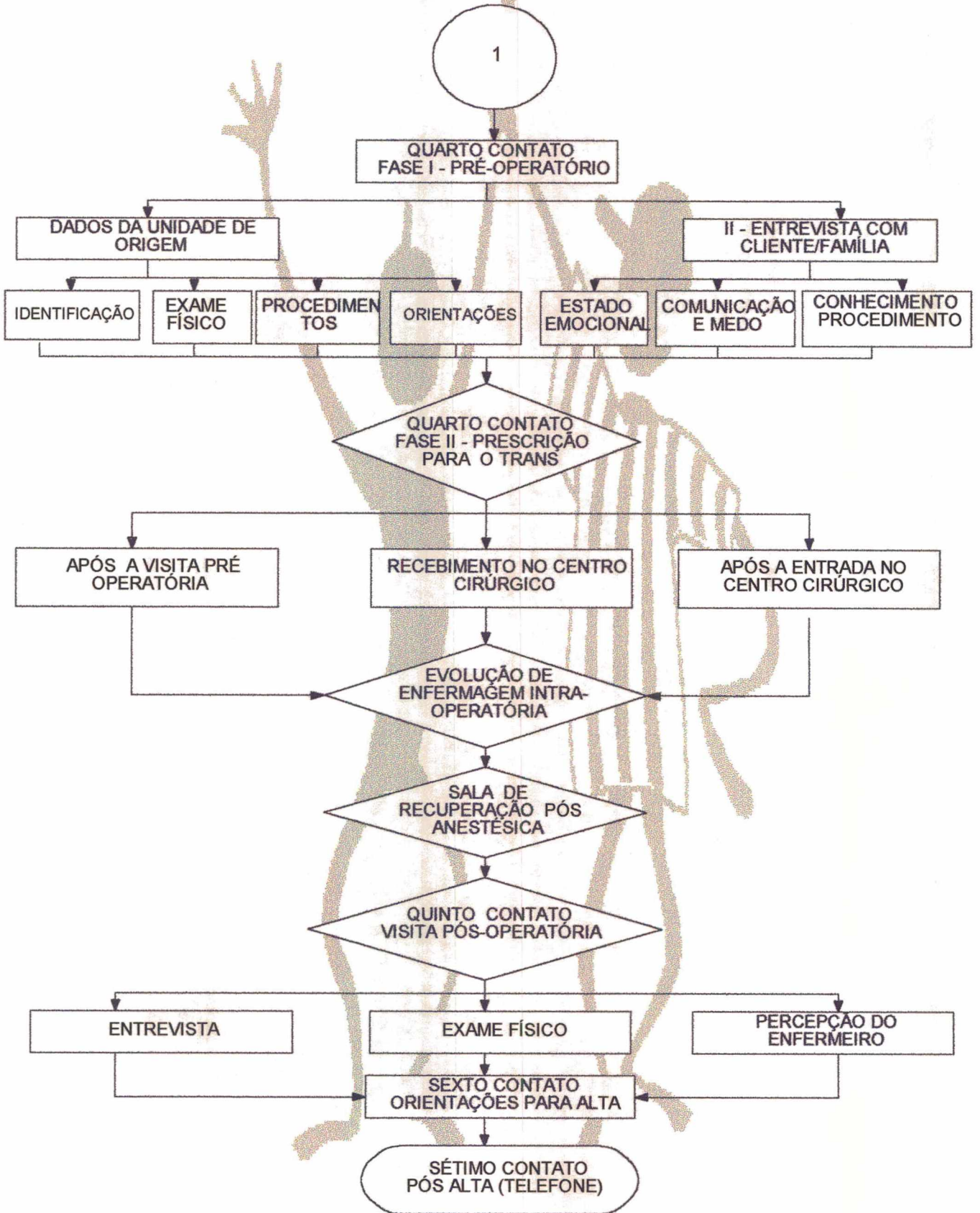
- De que maneira o homem interage com os outros homens e com o seu meio ambiente?
- Que dificuldades o homem encontra nesta interação?

Como forma de proteção ao cliente, apesar de não ter tido nenhum indício que me proibisse utilizar suas iniciais neste trabalho, optei por enumerá-los por ordem das entrevistas.

Os escritos foram realizados com a utilização do instrumento e um rol de perguntas. O instrumento era dividido em partes. Levantamos os dados no pré para evolução e prescrição para o trans. No trans, após a evolução e passagem de plantão na sala de recuperação pós-anestésica, fazia-se a evolução e prescrição a serem aplicados neste local e, com a evolução do cliente e uma breve avaliação, fazia-se a prescrição para o pós na unidade de internação. Através da visita pós-operatória, o enfermeiro tem condições de avaliar a assistência planejada e implementada e, assim, corrigir as falhas detectadas. Esta visita é efetuada entre 24 e 48 horas após o ato anestésico-cirúrgico quando o cliente já está restabelecido da anestesia e, finalmente, a avaliação, percepção e prescrição para o pós alta.

Relatando a forma como se deu esta interação na comunicação enquanto processo social aplicado no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica e com o marco conceitual adotado, temos a qualidade como reflexo de uma Sociedade integrada à Educação, num Ambiente onde Enfermagem/Homem/Saúde interagem num processo de comunicação numa busca incessante da satisfação dos clientes. No momento em que estamos assistindo estamos colocando em prática os cuidados de enfermagem. Daí a importância da “**comunicação no cuidado em enfermagem cirúrgica**” como um processo interativo dentro das ações sociais. A Sociedade/Educação estão sempre em movimento, fazendo interagir enfermagem/Homem/Saúde num ambiente adequado em busca da melhoria contínua no Comunicar/Interagir-Comunicar/Interagir dentro de um universo chamado qualidade como mostra a representação gráfica do marco conceitual. Neste momento inicia-se a terceira fase do ciclo ECAS.

FIGURA 5.4 FLUXOGRAMA DOS LOCAIS DE CONTATO ENTRE OS CLIENTES A PARTIR DO TERCEIRO CONTATO.



(A) ANALISANDO OS SUBSÍDIOS - Na terceira fase do ciclo ECAS, mostrarei as principais características que fizeram com que a assistência de enfermagem prestada se traduzisse em satisfação aos clientes internos/externos e a forma como o marco conceitual foi operacionalizado durante o período perioperatório a 12 clientes. Descreverei na íntegra 1 (um) caso com a aplicação da comunicação enquanto processo social durante o período de internação até o pós alta, através de contatos telefônicos, 15 e 30 dias após a alta (ANEXO 5).

No terceiro ou quarto contato houve variação de cliente para cliente, dependendo do horário da cirurgia, iniciando, então, a **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - FASE I - PRÉ-OPERATÓRIO**, com a coleta de dados do prontuário e checando com os clientes se os dados de identificação estavam corretos ou não.

Na segunda parte, que compreende os contatos (3 ou 4), na Unidade de Internação, discutia-se a fase I, que engloba: I - dados da unidade de origem, II entrevista com clientes externos/famílias. Na Unidade de origem destacaremos a identificação, exame físico, procedimentos pré-operatórios e as devidas orientações. II- Entrevistas com o cliente/família cujo foco era: estado emocional, comunicação e medo e conhecimento e percepção acerca do estado de saúde atual.

À medida que íamos nos inteirando nos contatos, mais forte era a nossa relação e as conversas traziam subsídios que, muitas vezes, como enfermeiro, jamais imaginaria que surgissem. Todos os clientes que residem na grande Florianópolis, mesmo que não fizessem parte das minhas estratégias no acompanhamento no pós-alta, fizeram questão de me procurar no hospital.

FASE I

DADOS DA UNIDADE DE ORIGEM:

Após a coleta de dados, iniciava-se as orientações para os procedimentos pré-operatório que ainda não tinham sido realizados, como: tricotomia, banho, medicação pré-anestésica e orientação quanto à troca de roupas e os encaminhamentos que se fizessem necessários, como também, orientação a cerca da anestesia, cirurgia, sala de recuperação pós-anestésica e seu retorno a unidade de internação. Todas as orientações eram dadas para que o cliente entendesse o processo do anestésico/operar.

Sonabe (1989), ao citar alguns estudos, demonstra que clientes bem orientados no pré-operatório implicam em clientes bem cooperativos no pós-operatório. Isto serve de alerta para a equipe de enfermagem sobre as possíveis complicações que um cliente pode apresentar se houver falha na orientação, ou se não houver orientação prévia a respeito da cirurgia a que será submetido e suas conseqüências positivas e/ou negativas.

Neste sentido, concluímos que os clientes, quando orientados, têm sua recuperação tranqüila, não aparentam medo do desconhecido e captam melhor as orientações para o pós-alta.

Diante do exposto, observamos que os clientes em estudo, ao chegarem no centro cirúrgico, apresentavam-se calmos em relação ao procedimento anestésico/cirúrgico. E aqueles que se apresentavam ansiosos, era por problemas extra cirurgia, e sabiam responder claramente quem lhe recebeu e quem ele já conhecia antes da cirurgia.

Na descrição das fases do instrumento através das respostas obtidas nas entrevistas e para que pudéssemos agrupar os dados, optei por usar respostas fechadas, como: bom, regular, ótimo, ruim, apesar dessas respostas terem sido abertas. Pela riqueza de nossa interação nos contatos com os clientes, além de montar as folhas de verificação (tabelas) e figuras (gráficos), utilizei alguns depoimentos.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.15 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CLIENTE	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	PROCEDÊNCIA	OCUPAÇÃO
2	43	MASC	CASADO	CATÓLICO	FLORIANÓPOLIS	PEDREIRO/CARPINTEIRO
3	42	MASC	CASADO	CATÓLICO	FLORIANÓPOLIS	MILITAR
4	68	MASC	CASADO	CATÓLICO	SÃO JOSÉ	ALFAIATE
5	81	MASC	CASADO	CATÓLICO	FLORIANÓPOLIS	APOSENTADO
6	25	FEM	CASADA	CATÓLICA	PALHOÇA	DO LAR
7	27	MASC	SEPARADO	CATÓLICO	FLORIANÓPOLIS	LETRISTA
8	32	MASC	CASADO	CATÓLICO	FLORIANÓPOLIS	COMERCIÁRIO
9	70	MASC	CASADO	CATÓLICO	FLORIANÓPOLIS	APOSENTADO
10	44	FEM	CASADA	CATÓLICA	FLORIANÓPOLIS	ORIENT. EDUCACIONAL
11	63	FEM	CASADA	CATÓLICA	PALHOÇA	APOSENTADA
12	38	FEM	VIÚVA	CATÓLICA	FLORIANÓPOLIS	DO LAR
13	57	MASC	CASADO	EVANGÉLICO	FLORIANÓPOLIS	APOSENTADO

Os 12 clientes em estudo têm procedência da grande Florianópolis. Idade média de 49,16 anos, sendo 4 do sexo feminino e 8 do sexo masculino, 10 são casados, 1 separado e 1 viúvo. Na maioria são católicos e apenas 1 é evangélico. Quanto à ocupação, 5 dos clientes têm emprego regular, com garantias trabalhistas, 1 é pedreiro/carpinteiro autônomo, pagando sua contribuição previdenciária, 4 são aposentados e 2 são do lar (SIC), têm sua situação financeira estável. Os clientes e suas respectivas famílias nasceram,

na sua maioria, fora da capital e emigraram para a grande Florianópolis. 3 apesar de morarem na grande Florianópolis, nasceram na capital, enquanto que 3, nasceram no interior do estado e 6 nasceram e vivem na capital.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.16 - RELAÇÃO ENTRE A CIRURGIA ATUAL E A ANTERIOR.

CLIENTE	CIRURGIA ANTERIOR	PROBLEMAS	CIRURGIA ATUAL	PROBLEMA
2	TRAT.DE FRAT. DE FÊMUR D	NÃO CONSEGUE FIRMAR PERNA D.	OSTEOSSÍNTESE DE FÊMUR D.	NENHUM
3	TRAT. DE FRAT. DE ANTEBRAÇO D	NENHUM	REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE FRAT.	NENHUM
4	CISTOSCOPIA +RTU	NENHUM	RTU DE PRÓSTATA	NENHUM
5	CISTOSCOPIA	NENHUM	RTU VESICAL	NENHUM
6	AMIGDALECTOMIA	NENHUM	HERNIORRAFIA VIA LAPAROSCÓPICA	NENHUM
7	CORREÇÃO FRAT. TORNOZELO	NENHUM	REDUÇÃO DE FRAT. DO TORNOZELO D	NENHUM
8	TORACOTOMIA EXPLORADORA	HÉMOPTISE MACIÇA	DECORTICAÇÃO PULMONAR	NENHUM
9	TRATAMENTO DE FRAT. DE FÊMUR	IMOBILIZAÇÃO E DESCONFORTO	HÉRNIOGRAFIA D	NENHUM
10	HISTERECTOMIA TOTAL	NÁUSEAS E VÔMITOS	COLEDOCOSTOMIA	NENHUM
11	CATETERISMO CARDÍACO	DOR ABDOMINAL I	COLECISTECTOMIA + EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES	NENHUM
12	TRATAMENTO DE FRAT. DE FÊMUR	DOR AO CAMINHAR	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE FEMURAL D	NENHUM
13	RTU VESICAL + CISTECTOMIA RADICAL	NENHUM	PENECTOMIA	NENHUM

Relacionando as cirurgias atuais com as anteriores observamos na folha de verificação 5.16 que 6 clientes apresentaram problemas nas cirurgias anteriores e na cirurgia atual nada relataram, confirmando que clientes bem orientados conseguem sanar seus problemas corretamente e sabem salientar, de maneira clara, o que foi ou não problema.

EXAME FÍSICO

Ao exame físico, todos apresentavam condições de se submeterem ao ato anestésico/cirúrgico.

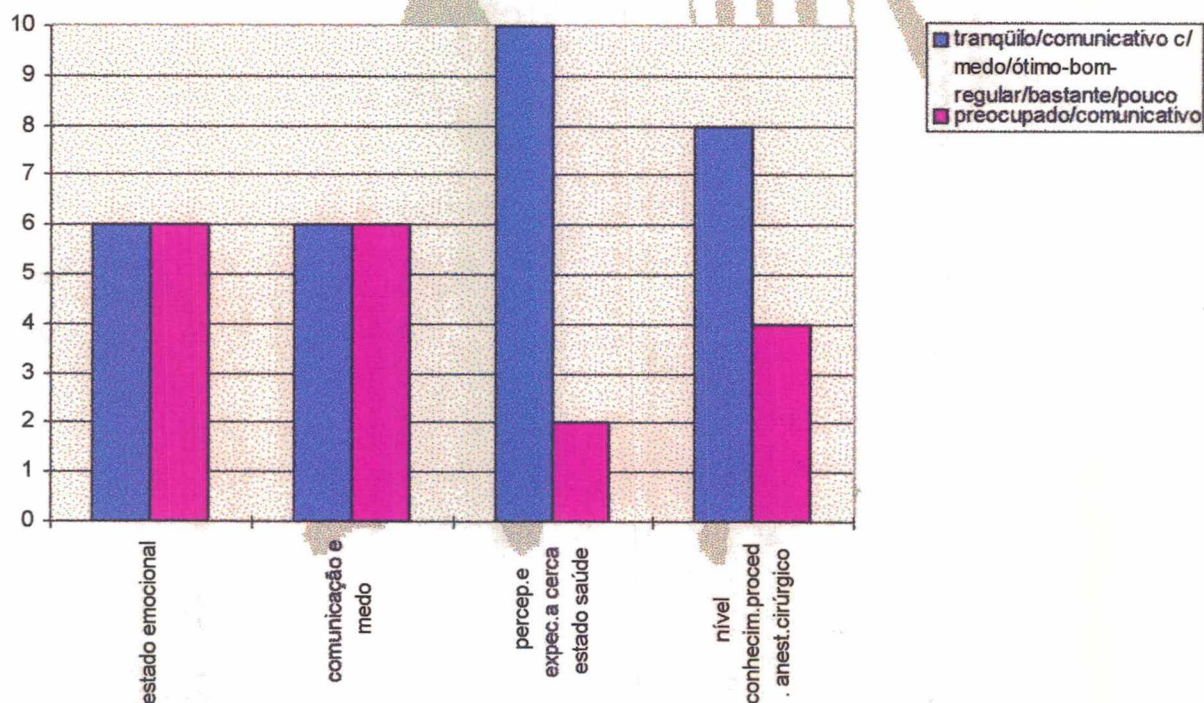
Foram tomados 2 (dois) parâmetros que nos indicariam o grau de risco durante o ato anestésico/cirúrgico: o potencial de contaminação, classificação da Portaria 930 M/S, e o ASA, que é um escore da American of Anesthesiologist que tem sua variação de 1 a 5 antes de iniciar a cirurgia, porque, durante a mesma, acrescenta-se mais um fator de risco

que é a duração (tempo) segundo o Sistema NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance). Todos esses critérios adicionados ao estado geral do cliente são fatores de risco. Dos clientes a serem operados, apenas 1 (um) com diagnóstico de Ca (câncer) como fator de risco e 1(um) com abscesso mediastinal, cujo potencial de contaminação é contaminada. Os demais enquadravam-se dentro de cirurgias limpas e potencialmente contaminadas como preconiza o Ministério da Saúde e sem riscos aparentes.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.18 - ENTREVISTA COM CLIENTE/FAMÍLIA DURANTE A FASE I

CLIENTE	ESTADO EMOCIONAL	COMUNICAÇÃO E MEDO	PERCEPÇÃO E EXPECTATIVA A CERCA DO ESTADO ATUAL DE SAÚDE	NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO
2	PREOCUPADO	COMUNICATIVO E COM MEDO	PÉSSIMO	POUCO
3	PREOCUPADO	COMUNICATIVO E COM MEDO	BOM	NENHUM
4	TRANQUILO	COMUNICATIVO E SEM MEDO	ÓTIMO	BASTANTE
5	TRANQUILO	COMUNICATIVO E SEM MEDO	RUIM	NENHUM
6	PREOCUPADO	COMUNICATIVO E COM MEDO	BOM	NENHUM
7	PREOCUPADO	COMUNICATIVO E COM MEDO	REGULAR	POUCO
8	PREOCUPADO	COMUNICATIVO E COM MEDO	REGULAR	POUCO
9	TRANQUILO	COMUNICATIVO E SEM MEDO	BOM	POUCO
10	TRANQUILO	COMUNICATIVO E SEM MEDO	BOM	POUCO
11	PREOCUPADO	COMUNICATIVO E COM MEDO	ÓTIMO	POUCO
12	TRANQUILO	COMUNICATIVO E SEM MEDO	BOM	NENHUM
13	TRANQUILO	COMUNICATIVO E SEM MEDO	BOM	POUCO

FIGURA 5.5 - AVALIAÇÃO DO CLIENTE/FAMÍLIA APÓS O PRIMEIRO CONTATO



Na figura 5.5, verificamos que 6 (50%) dos clientes apresentavam seu estado emocional abalado em relação às experiências anteriores e, na mesma percentagem, aparentemente tranqüilos. Com o decorrer dos contatos, observava-se a cada momento da nossa interação que essa problemática ia diminuindo, pois, após os primeiros contatos, 7 já demonstravam tranqüilidade, como podemos observar na folha de verificação 5.19.

Silva (1989), ao discutir a importância do apoio emocional às pessoas, principalmente às que se encontram hospitalizadas, afastadas do convívio de seus familiares, do seu lar, preocupadas com seu tratamento, menciona que: “Se o tratamento proposto é cirúrgico, as reações emocionais do paciente poderão ser agravadas, pois se faz presente o medo da anestesia, do sentir dor, medo da morte, preocupação quanto ao resultado da cirurgia. Nos momentos que antecedem a cirurgia, o estresse e a ansiedade podem aumentar e inclusive ocasionar crises hipertensivas, levando ao adiamento/suspensão do ato anestésico-cirúrgico”.

Estes fatos traduzem a falta de orientação necessária aos clientes que, muitas vezes, não sabem nem como será a cirurgia. E isto fica bem claro quando questionados a cerca de seu estado de saúde, percepção e medo.

Quanto à comunicação e medo, no primeiro contato, todos os clientes encontravam-se comunicativos, porém 6 (50%), de algum modo, deixavam transparecer o seu medo e na mesma percentagem, não demonstravam medo. A seguir, algumas manifestações:

“...Na outra cirurgia estava com muito medo, inclusive nesta também porque já é a quarta cirurgia e eu acho que não tem recuperação..”

“...Pretende melhorar, voltar para casa e trabalhar..”

“...Medo de não conseguir mais andar...”

“...Medo em relação ao seu prognóstico...”

“...Medo da cirurgia em si e de morrer...”

Fontes & Cols. (1980) afirmam que “ um contato freqüente com o paciente é extremamente útil, devendo ser orientado no seu preparo em termos de participação mútua, no qual o enfermeiro ajuda o paciente a ajudar-se a si próprio, induzindo-lhe a confiança necessária para a aceitação do procedimento cirúrgico com calma e colaboração. Esta mais íntima relação entre o paciente e o enfermeiro resulta particularmente eficaz no pós-

operatório, quando as solicitações de tosse, deambulação e emocionais são prontamente atendidas. O paciente ansioso e apreensivo tolera pouco a dor e apresenta incidência acentuada e complicações”.

Isto se traduz na percepção e expectativa a cerca do estado atual de saúde, como mostram os dados da figura 5.5 que 6 (50%) vêem como bom, e desses 4 (66,66%) encontravam-se tranqüilos, comunicativos e sem medo e 2 (33,33%) encontravam-se preocupados, comunicativos, porém com medo. 2 (16,66%) vêem seu estado atual de saúde ótimo. Desses 1 (50%) apresentava-se tranqüilo, comunicativo e sem medo, enquanto que na mesma percentagem, apresentava-se preocupado, comunicativo e com medo. 2 (16,66%) vêem o seu estado de saúde atual como regular e apresentavam-se preocupados, comunicativos e com medo. 1 (8,3%) vê o seu estado de saúde atual como péssimo, apresentava-se preocupado, comunicativo e com medo e na mesma percentagem vê como ruim, apresentava-se tranqüilo, comunicativo e sem medo.

PERCEPÇÃO E EXPECTATIVA A CERCA DO ESTADO ATUAL DE SAÚDE

“... É péssimo porque tenho problema de coluna. Inclusive eu estava me tratando da úlcera e aí, se eu operava a úlcera, não posso operar a perna, e o meu negócio é operar a perna porque o parafuso está quase saindo...”

“...Acho que estou com câncer e este irá me matar...”

“... Atualmente, o que mais o preocupa em sua saúde é a hérnia inguinal que já tenho há ± 1 ano e meio...”

“...Preocupado se poderá caminhar normalmente e voltar a fazer todas as atividades que realizava anteriormente...”

“...O aparecimento da hérnia em região inguinal, causando dor intermitente e desconforto físico...”

“...O que me preocupa é a minha alimentação. Será que vou poder comer tudo que comia antes de ficar doente...”

“...Quer sair logo do hospital e andar sem dor...”

“...hoje o que me preocupa na minha saúde está relacionado com a cirurgia...”

A situação do perioperatório vivenciada pelos clientes traz um sentimento de apreensão pela possibilidade de sentir dor no ato cirúrgico, podendo mesmo chegar a um sentimento de medo da dor, medo da anestesia e medo de não acordar ao término da anestesia. Outra situação peculiar a cada cliente cirúrgico, diz respeito à realização da própria cirurgia a que será submetido, enfatizando e permitindo as reações próprias de cada cliente, de acordo com cada órgão que será mutilado ou reparado, bem como, sob o aspecto quantitativo ou de dimensão do ato cirúrgico esta diretamente relacionado às suas respostas, na fase pós-operatória, como refere Cunha (1989).

Dos 7 (58,33%) que sabem pouco e 1 (8,33%) que sabe bastante sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, todos foram orientados pelo médico assistente. Destes 3 (37,5%) além de receberem orientações do staff, receberam também orientações do anestesista e do enfermeiro e 4 (33,33%) não tiveram nenhuma orientação.

Portanto, Silva (1989), ao citar Ujhely, diz que “a capacidade do enfermeiro em atender as necessidades emocionais do paciente depende principalmente do seu conhecimento, de sua experiência vivenciada e de sua habilidade em individualizar a assistência a cada paciente”.

“O paciente se sente apoiado quando percebe que o enfermeiro o atende, o respeita, acredita nele como uma pessoa, com capacidades e direito de tomar decisões sobre sua própria vida, segundo Silva (1989), ao citar Hart & Rohweder”.

NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO

“...O médico me explicou, mas eu não guardei isso aí. Essa cirurgia de agora, ele falou pra mim que eu ia ter que tirar esta platina e colocar uma haste por dentro do osso do fêmur....É um médico muito bom, gostei dele...”

“...Fui orientado pelo cirurgião e anestesista...”

“...O médico me falou que será um procedimento rápido, e que ele vai raspar a próstata, e se não complicar, vai ser tranquilo...”

“... Conheço um pouco do procedimento, devido a minha experiência anterior. O médico cirurgião explicou que ele procurará reduzir a luxação e corrigir as fraturas...”

“...O médico, a enfermeira e o anestesista falaram do procedimento cirúrgico, pré-anestésico e o tipo de anestesia que fará...”

“...Recebi orientações dos médicos, enfermeiros e estudantes de enfermagem, primeiramente sobre o preparo pré-operatório, sobre o trans-operatório e todas as orientações adequadas. Na outra cirurgia foi com anestesia geral, e agora este tipo que vão fazer eu não tenho nenhum conhecimento...”

“...O médico e a enfermeira orientaram sobre a cirurgia, sua duração e o tipo de anestesia...”

“...O médico explicou o que vai ser feito, o que vai ser tirado...”

“... Só me avisaram que iria fazer cirurgia, mais nada. Já estou acostumada...”

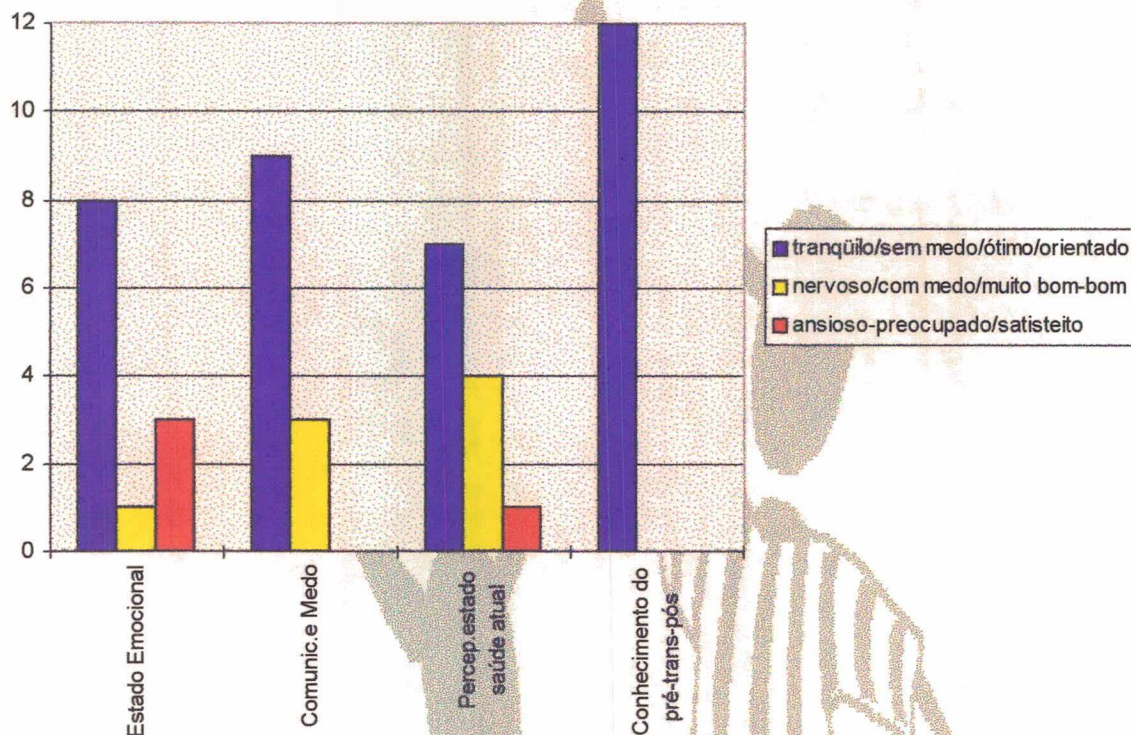
“...O médico explicou sobre a cirurgia e a doença. Sabe o que será feito e o porquê...”

Apesar de todos serem orientados, mesmo assim alguns clientes ou familiares ainda manifestavam estar preocupados e com medo, conforme folha de verificação 5.19.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.19 - II ENTREVISTA COM CLIENTE/FAMÍLIA FASE I

CLIENTES	ESTADO EMOCIONAL	COMUNICAÇÃO E MEDO	PERCEPÇÃO E EXPECTATIVA A CERCA DO ESTADO ATUAL DE SAÚDE	CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO EXPRESSA SOBRE SAÚDE, PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO, PROCEDIMENTO ANESTÉSICO CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA
2	NERVOSO	COM MEDO	ÓTIMO	ORIENTADO
3	TRANQUÍLO	SEM MEDO	ÓTIMO	ORIENTADO
4	TRANQUÍLO	SEM MEDO	BOM	ORIENTADO
5	TRANQUÍLO	SEM MEDO	BOM	ORIENTADO
6	ANSIOSO	COM MEDO	MUITO BOM	ORIENTADO
7	PREOCUPADO	SEM MEDO	ÓTIMO	ORIENTADO
8	TRANQUÍLO	SEM MEDO	SATISFEITO	ORIENTADO
9	TRANQUÍLO	SEM MEDO	ÓTIMO	ORIENTADO
10	TRANQUÍLO	SEM MEDO	ÓTIMO	ORIENTADO
11	ANSIOSO	COM MEDO	BOM	ORIENTADO
12	TRANQUÍLO	SEM MEDO	ÓTIMO	ORIENTADO
13	TRANQUÍLO	SEM MEDO	ÓTIMO	ORIENTADO

FIGURA 5.6 - AVALIAÇÃO DO CLIENTE/FAMÍLIA NO DECORRER DOS CONTATOS NO PRÉ-OPERATÓRIO.



Verifica-se que o apoio emocional está relacionado com: cuidado, tranquilidade, envolvimento, comunicação, ajuda, atenção, presença, aceitação, preocupação, interesse, encorajamento, acolhimento, empatia e simpatia.

Tudo isso se traduz na assistência de qualidade onde a satisfação do cliente externo é ressaltada no que diz respeito à assistência por ele recebida e nos relatam que:

ESTADO EMOCIONAL

“... Hoje estou muito nervoso, o sistema prático meu não está muito bom. A gente fica pensando em casa, na mulher trabalhando lá e eu aqui sem poder fazer nada. Estou com problema do INPS, que é sério e se eles me botam no INPS como é que eu vou pegar outro serviço aí com a perna quebrada como estou sem minha profissão que eu conhecia? Trabalhar em firma de carpinteiro, pedreiro, que tem que subir e descer escada, isso eu não posso fazer mais e então a minha preocupação maior é sobre isso aí, porque se eles não me encostam e não me aposentam, aí eu estou frito, 43 anos de idade com este problema que eu tenho...”

“...Esposa com medo, só sabia que ele iria operar...”

“...Esposa preocupada com a saúde do marido..”

“...O cliente diz que gostou muito de ter conversado e que está ansioso para saber o que o espera amanhã...”

Quando o enfermeiro se propõe a acompanhar o cliente externo durante todo o perioperatório, isto é, na visita da fase pré-operatória, na recepção do cliente na porta do centro cirúrgico e na sala de operações bem como na sala de recuperação pós anestésica e a visita na fase pós-operatória, todo este interagir é valorizado como muito importante pelos clientes externos, quando da alta hospitalar.

Neste sentido, podemos observar que após as primeiras orientações, 8 (66,66%) apresentavam-se com seu estado emocional tranquilo, 2 (16,66%) ainda estavam ansiosos e 1(8,33%) preocupado e, na mesma percentagem, 1(8,33%) estava nervoso.

Dos 12 clientes, 8 (66,66%) apresentavam-se comunicativos e sem medo, 2 (16,66%) ansiosos e com medo, 1(8,33%) preocupado, mas sem medo, e na mesma percentagem, 1(8,33%) estava nervoso e com medo.

COMUNICAÇÃO E MEDO

“...Medo de não melhorar, de não resolver seu problema com o INPS...”

“...Esposo até então preocupado por desconhecer a maneira como será feita a cirurgia (via laparoscópica)...”

“...Esposa preocupada com os cuidados no pós operatório, devido ao fato de ter que trabalhar o dia todo e não poder auxiliá-lo...”

“... Medo da perda manifestado pelo marido...”

O envolvimento de enfermeiros do perioperatório na assistência de enfermagem ao cliente está diretamente ligado a nível de eficiência técnica de conhecimento do como operar seguramente, cuidar e manipular equipamentos variados; a ser sensível às necessidades emocionais e de segurança do cliente/família, coletando e determinando os dados pertinentes ao cliente. Estes conhecimentos os deixarão capazes de continuamente priorizar as necessidades do perioperatório do cliente, que resultarão em plano de cuidado de enfermagem, promovendo a saúde do cliente.

CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO EXPRESSA SOBRE SAÚDE, PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO, PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

“...Hoje me sinto tranquilo por ter tido tanta informação a respeito da minha cirurgia...”

“... Posso dizer que hoje saio daqui tranquilo pelas informações que recebi...”

“...Estou gostando demais da maneira como estou sendo tratado e orientado...”

“... Se não fosse você, não sei como seria mais uma vez suportar o incômodo da cirurgia...”

A figura 5.6 traduz as manifestações do cliente quanto ao seu conhecimento e percepção expressões sobre saúde, preparo pré-operatório, procedimento anestésico/cirúrgico e recuperação pós-anestésica, onde 7 (58,33%) consideraram ótimo, apesar que, destes, 6 (85,71%) não demonstraram medo e 4 (66,66) estavam tranquilos e 1 (16,66%) encontrava-se com medo e nervoso e, na mesma percentagem, preocupado, porém sem medo.

EXPECTATIVA QUANTO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

“...Estou sendo bem atendido, o pessoal é bom, mas quero ir embora o mais rápido possível pra resolver minha vida...”

“...Acha que está sendo bem tratado e as orientações prestadas são de grande valia para a diminuição de sua ansiedade...”

“...- Diz que está tudo bem e está gostando do atendimento a ele prestado...”

“...Espera que tratem bem de sua esposa e que corra tudo bem...”

“...Muito preocupado, pois achou que no procedimento anterior o cuidado de enfermagem deixou muito a desejar...”

“... A esposa relatou até então estar satisfeita com a assistência de enfermagem e espera que continue assim...”

“...Que os profissionais sejam devidamente qualificados e prestativos quanto aos cuidados realizados perante às necessidades que possam surgir...”

“...Acha muito importante o cuidado de enfermagem e relata que está

recebendo muita atenção das enfermeiras e residentes...”

“...Diz que está tudo bem e está gostando do atendimento a ele prestado e as orientações recebidas, é muito gratificante...”

“...Já conhece o cuidado dos enfermeiros e espera que seja cada vez melhor cuidado, pois sua salvação depende de nós...”

“...Já conhece o cuidado dos enfermeiros e espera que seja cada vez melhor...”

Neste momento eram dadas as últimas orientações antes que o cliente entrasse no centro cirúrgico. Estes cuidados eram dados em forma de: fazer, auxiliar, orientar, supervisionar e encaminhar e, sempre colocando a minha ida na frente para o centro cirúrgico, porque eu teria que trocar de roupa, pois nesta unidade usa-se roupas próprias. Desta forma eram esclarecidos os últimos detalhes, como:

“... Dar apoio psicológico, orientar quanto ao centro cirúrgico, anestesia e sala de recuperação pós anestésica, medicação pré-anestésica...”

“... Orientado quanto aos procedimentos, auxiliado nos cuidados pré-operatórios e acompanhado durante todo o trajeto...”

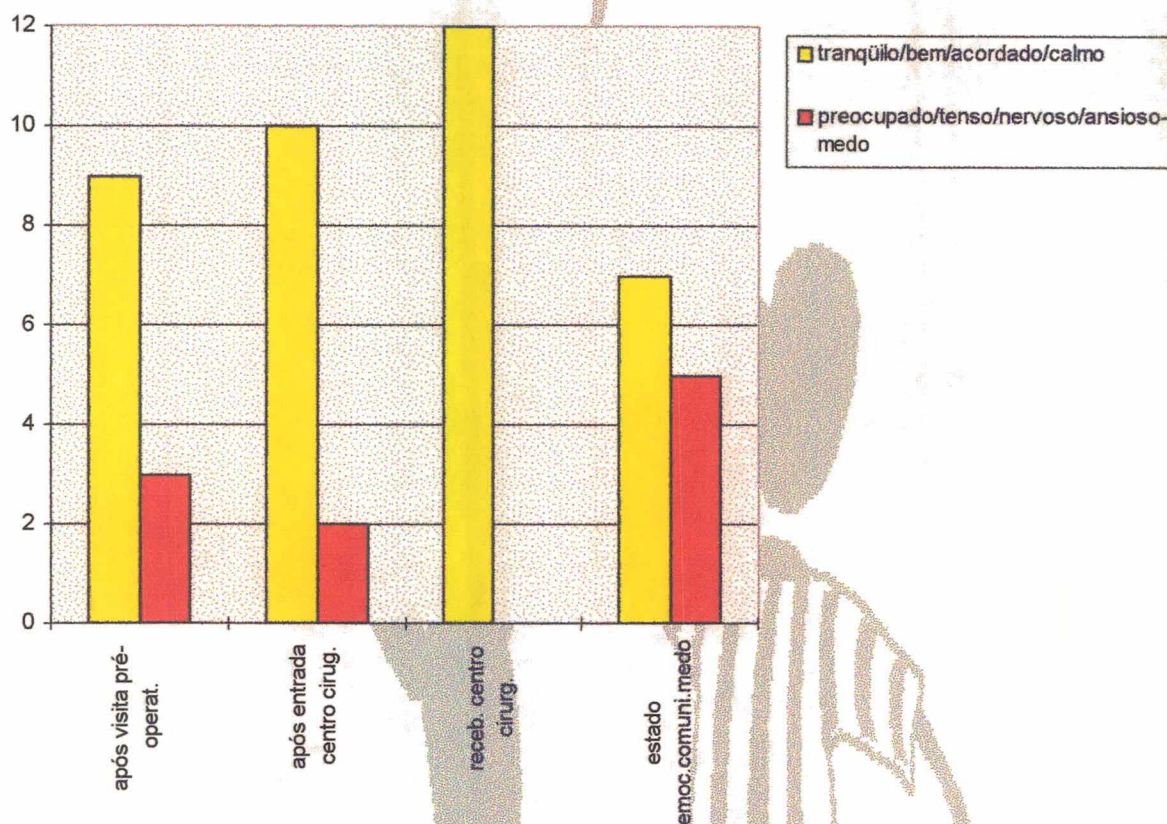
“... Posicionamento para a indução anestésica e cirurgia, observar sinais de ansiedade e estimular o cliente a verbalizar seus temores, mostrar-se presente, oferecendo apoio psicológico e emocional...”

“... Tentar diminuir sinais de ansiedade e estimular o cliente a verbalizar seus temores...”

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.20 - PRESCRIÇÃO PARA O TRANS-OPERATÓRIO

CLIENTES	APÓS A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA	APÓS A ENTRADA NO C. C.	RECEBIMENTO NO C. C.	ESTADO EMOCIONAL, COMUNICAÇÃO E MEDO
2	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	NERVOSO
3	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	CALMO
4	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	CALMO
5	PREOCUPADO	TENSO	ACORDADO	TENSÃO MUSCULAR
6	TRANQUILO	PREOCUPADO	ACORDADO	ANSIOSO
7	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	CALMO
8	PREOCUPADO	BEM	ACORDADO	ANSIEDADE E MEDO
9	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	CALMO
10	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	CALMO
11	PREOCUPADO	BEM	ACORDADO	ANSIOSO
12	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	CALMO
13	TRANQUILO	BEM	ACORDADO	CALMO

FIGURA 5.7 - CONDIÇÕES DO CLIENTE PARA O TRANS-OPERATÓRIO



Apesar dos clientes serem orientados e acompanhados até o momento de serem encaminhados ao centro cirúrgico, 3 (25%) apresentavam-se preocupados após a visita pré-operatória e 9 (75%) estavam tranquilos. Ao recebê-los na porta do centro cirúrgico, todos os clientes encontravam-se acordados e, após a entrada no centro cirúrgico, 10 (83,33%) apresentavam-se aparentemente bem, 1 (8,33%) continuava preocupado e, na mesma percentagem, encontrava-se tenso.

Podemos ainda observar na figura 5.7 que 7 (58,33%) apresentavam-se calmos, 2 (16,66%) ansiosos, 1 (8,33%) nervoso e, na mesma percentagem, ansioso e com medo e outro com tensão muscular.

Este quadro era retratado não pela cirurgia em si, mas pela experiência anterior e com problemas extra procedimento.

“... Cliente relata estar nervoso, mas esta preocupação é com a família em casa. E estou precisando sair muitíssimo bem porque se eu perco o INPS, como é que eu vou sobreviver sem poder pagar como autônomos? Este

é meu problema maior...”

“...Ansioso devido à dor pós-operatória anterior...”

“...Preocupado com a família. Perguntou-me se eu iria ficar com ele na sala de cirurgia. Confirmei que sim, senti seu alívio e diminuição de sua ansiedade e tensão...”

“...Cliente refere que está com menos receio, pois agora sabe como vai acontecer a cirurgia, não é como o procedimento cirúrgico anterior...”

Quanto aos cuidados prestados antes do encaminhamento ao centro cirúrgico não houve nenhuma ocorrência.

Durante todo o período que antecedeu às cirurgias, os clientes tiveram, como cuidados prestados, mais a nível de apoio psicológico, acompanhamento e orientação de todos os procedimentos, tirando-lhes as dúvidas, prestando ajuda nos procedimentos que antecedem à cirurgia, dialogando para deixá-los mais calmos (tranquilos), estando sempre presente e observando tudo, estimulando o relaxamento muscular e observando sinais de ansiedade.

Quando usamos as folhas de verificação parte I - fase pré-operatório, se torna mais fácil a manipulação dos dados e com as ferramentas da qualidade, a demonstração fica evidente, onde os resultados e os problemas se apresentam em maior escala.

Assim, o enfermeiro terá condições de planejar e prescrever para o assistir/praticar/cuidar no trans-operatório e prever as condições do cliente no pós, isto é, se não houver falhas técnicas.

A qualidade da assistência de enfermagem ao cliente sob a perspectiva de atendimento integral na unidade de centro cirúrgico vem sendo afetada de forma acentuada, face ao envolvimento do enfermeiro com a área técnica ou instrumental, resultando numa inversão de prioridade. Ou seja, o atendimento ao cliente passa a segundo plano em função do atendimento às solicitações da equipe médica e do bom desempenho do ato anestésico-cirúrgico em si.

Ao reverter esse quadro, o enfermeiro pode argumentar quanto à assistência por ele prestada, e ficará a par dos acontecimentos durante todo o ciclo de hospitalização do cliente. Em todas as prescrições durante esse nosso acompanhamento com cliente/família podemos observar como era evidente a concretização do nosso marco conceitual, onde a satisfação, dentro dessa relação social, e as orientações ao cliente eram dadas sem que

houvesse interferência da sua identidade, tentando, assim, diminuir suas limitações durante a sua hospitalização.

Faz-se necessário ressaltar, nesta fase, a forma como o cliente externo se preocupa com seus familiares quando se sente distante. Essa preocupação era evidenciada quando esses não vinham visitá-lo, mas mesmo assim eram perdoados quando:

“... Hoje não recebi visita, mas deve ter acontecido alguma coisa que não deu para vir...”

“...Ninguém me visitou hoje, mas amanhã este quarto estará cheio”...

“... Não veio ninguém porque sabem que estou bem e ainda não fiz cirurgia...”

Estes sentimentos de separação traduzem uma carga emocional enorme e se o enfermeiro estiver inteirado dos seus clientes, ele pode minimizar esta situação.

Durante todos os contatos, pude perceber que os clientes assimilavam bem as orientações dadas e o seu participar era evidente com os questionamentos para a sua melhor recuperação no pós-alta.

Quando o enfermeiro acompanha todo o processo que envolve o cliente externo, ele tem condições de avaliar o todo do cliente quando da sua entrada no centro cirúrgico.

Para haver interferência nessa dinâmica, faz-se necessário que os enfermeiros do centro cirúrgico e das unidades de internação parem para refletir e repensar sua prática diária, objetivando atingir seus componentes profissionais, já que sua atuação caracteriza-se quase que exclusivamente por atividades ditas administrativas, mas que se limitam às atividades burocráticas.

Para não cair nos detalhismos de uma assistência de enfermagem dita tradicional é que optamos neste trabalho incluir somente clientes que já tivessem sofrido cirurgias anteriores, para que pudessem dar sua opinião comparado-as com a atual.

Silva (1989), considerando toda a problemática que envolve a assistência de enfermagem de forma integral ao ser humano e o oferecimento do apoio emocional ao cliente hospitalizado para tratamento cirúrgico, propõe-se a estudar como estas medidas vêm sendo percebidas e desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam junto aos clientes cirúrgicos.

Porém, não quero deixar margens para comentários de que essa sistemática não

possa ser aplicada a clientes que se internam pela primeira vez, muito pelo contrário, é isto que pretendo demonstrar. Neste trabalho caberia qualquer tipo de cliente, mas esse comparativo entre as cirurgias anteriores realizadas pelos clientes e as atuais me dariam mais subsídios e me levariam a uma gama maior de sugestões para mostrar, onde nós enfermeiros, devemos atuar neste primeiro momento.

Assim, este acompanhamento se tornou tão importante que o enfermeiro sente o quanto o cliente lhe é agradecido.

Todo o cliente quando é orientado durante o pré-operatório pode relatar a importância de como será o seu cuidado durante o trans-operatório.

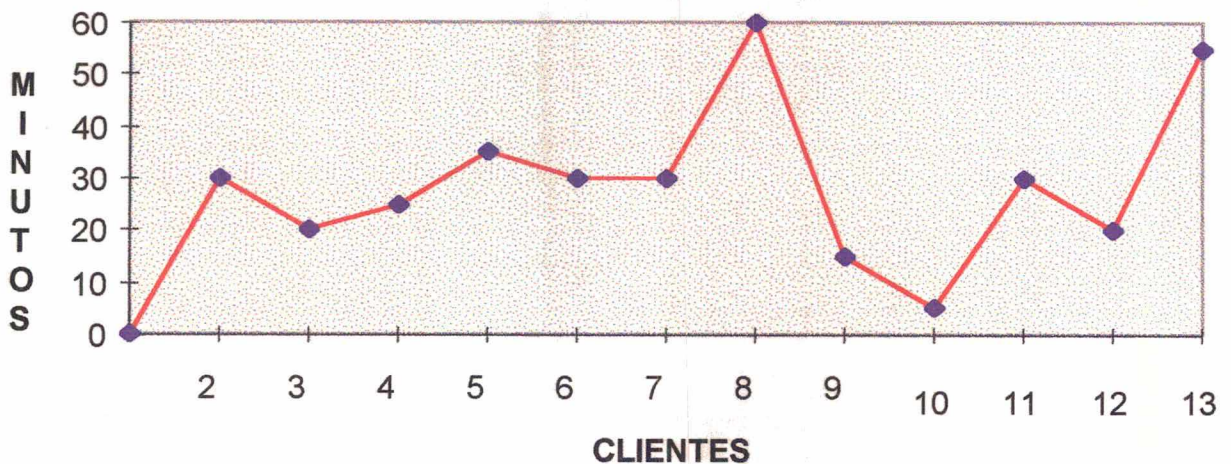
Cliente bem preparado terá uma boa evolução no intra-operatório.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.21 - EVOLUÇÃO INTRA OPERATÓRIA

CLIENTE	ENTRADA NO C. C.	ENTRADA NA S.O.	INÍCIO DA ANESTESIA	INÍCIO DA CIRURGIA	TEMPO DE ESPERA
2	14:00	14:20	14:30	14:50	30
3	07:40	07:45	08:00	08:20	20
4	07:35	07:50	08:00	08:10	25
5	09:00	09:15	09:35	09:50	35
6	08:00	08:05	08:30	08:50	30
7	10:45	11:00	11:15	11:40	30
8	13:00	13:00	14:00	14:10	60
9	13:10	13:15	13:25	13:35	15
10	14:30	14:31	14:35	15:00	05
11	08:00	08:00	08:30	09:00	30
12	09:30	09:40	09:50	10:00	20
13	07:20	07:25	08:15	09:00	55

FIGURA 5.8 - TEMPO DE ESPERA NO CENTRO CIRÚRGICO

TEMPO DE ESPERA



Dentre os clientes em estudo, os procedimentos realizados no trans-operatório tiveram 2 falhas, uma técnica e outra por descuido da enfermagem. No que se refere à falha técnica, pequeno problema médico durante o ato cirúrgico, enquanto que no descuido de enfermagem, o cliente foi colocado em mesa que não dava posição de litotomia (não tinha local para colocar as pernas), causando transtorno por ter que mudar o cliente de mesa após ter sido anestesiado. No mais, tudo ocorreu sem anormalidade.

Portanto, na figura 5.8, podemos constatar que a não arrumação da sala de operação prevendo o procedimento cirúrgico, acarreta problemas, prolongando o tempo de anestesia e a equipe cirúrgica fica mais estressada em prejuízo da assistência prestada ao cliente. O enfermeiro deve checar se tudo está correto para o início da cirurgia.

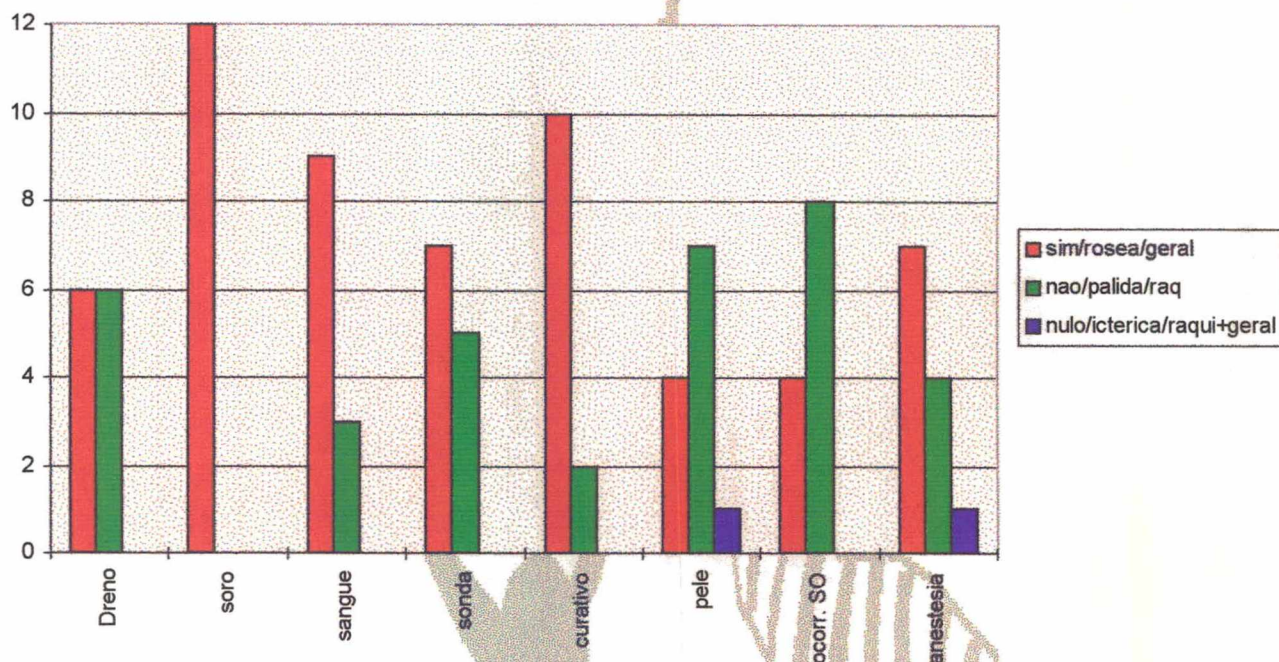
Durante esse período, o fato que nos chamou atenção é o tempo gasto desde a entrada do cliente no centro cirúrgico até o início da anestesia. Como mostra a folha de verificação 5.21, o quadro acima teve cliente que chegou a esperar 60 minutos. Se o cliente não estiver bem preparado e/ou alguém do seu lado, haverá aumento de sua carga emocional, tensão e medo e, como consequência, alguns distúrbios emocionais levando, às vezes, à suspensão do ato anestésico cirúrgico devido a espera.

Um fator importante quanto à espera da cirurgia para o cliente é a carga emocional abalada, porque se antes de vir para o centro cirúrgico o medo já era evidente, essa espera, para ele, se torna um tormento e tudo de ruim passa pela sua mente, nunca esperando o melhor. O medo do desconhecido, da anestesia, da cirurgia e da morte é a primeira coisa que ele pensa. E quando percebe que tudo está demorando, é fator primordial, no seu pensamento, de que o que vai ser feito a ele vai dar errado.

FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.22 - SAÍDA DA SALA E CHEGADA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

CLIENTE	DRENO	SORO	SANGUE	SONDA	CURATIVO	PELE	OCOR. EM S.O	ANESTESIA
2	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	RÓSEA	NÃO	GERAL
3	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	PÁLIDA	NÃO	GERAL
4	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	PÁLIDA	NÃO	GERLA
5	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	ICTÉRICA	SIM	RAQUI
6	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	PÁLIDA	SIM	GERAL
7	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	RÓSEA	NÃO	RAQUI + GERAL
8	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	PÁLIDA	SIM	GERAL
9	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	PÁLIDA	NÃO	RAQUI
10	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	PÁLIDA	SIM	GERAL
11	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	PÁLIDA	NÃO	GERAL
12	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	RÓSEA	NÃO	RAQUI + GERAL
13	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	RÓSEA	SIM	RAQUI

FIGURA 5.9 - CONDIÇÕES DOS CLIENTES NA SAÍDA DA SALA DE OPERAÇÃO.



FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.23 - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> • CHEGADA NA SRPA • QUEIXAS • SINAIS VITAIS • ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK • GANHOS E PERDAS • AQUECIDO COM COBERTORES OU AQUECEDORES. • SOB MÁSCARA DE OXIGÊNIO • IRRIGAÇÃO CONTÍNUA • CONTROLE DOS CURATIVOS E SANGRAMENTO • OBSERVAR DRENOS E SONDAS 	<ul style="list-style-type: none"> • AQUECER • OBSERVAR DRENOS • ADMINISTRAR OXIGÊNIO SOB MÁSCARA S/N. • SINAIS VITAIS DE 15 EM 15' • CONTROLAR ÍNDICE DE ALDRETE/KROULIK • CONTROLAR GANHOS E PERDAS • INVESTIGAR SINAIS DE DOR E DESCONFORTO • CONTROLAR IRRIGAÇÃO CONTÍNUA • ESTIMULAR MOVIMENTAÇÃO ATIVA DOS MEMBROS INFERIORES • OBSERVAR CURATIVOS E SANGRAMENTO • SINAIS DE AGITAÇÃO E ANSIEDADE • MANTER CONTATO VERBAL COM O CLIENTE, ESTIMULANDO-O A CONCATENAR COM O AMBIENTE 	<ul style="list-style-type: none"> • COMO CHEGOU NA SRPA • EXAMINAR COMO UM TODO • CONTROLE DOS CURATIVOS E SANGRAMENTO • CLIENTE RESPONDEU BEM AOS ESTÍMULOS

Cabe-nos, no entanto, justificar porque escolhemos as anotações de enfermagem para verificarmos se a orientação pré-operatória é efetuada ou não. Ocorre que o prontuário constitui fonte de informação que atesta a atuação dos profissionais envolvidos no processo de assistência. Portanto, não há o que discutir quanto a nossa participação neste processo.

Partindo da premissa de que cada informação anotada implica em uma ação, ou seja, a anotação dos cuidados de enfermagem indica a prestação desses, e a reação do cliente aos mesmos. Segundo a observação de enfermagem, fica configurado sua condição do meio que dispomos para controlar e avaliar a assistência prestada.

Importa salientar que a ausência de anotação implica em interrupção na continuidade da assistência pelo enfermeiro do centro cirúrgico e da unidade de internação e, já que este não tem feito a visita pré-operatória, será através das anotações do enfermeiro da unidade de internação que o enfermeiro do centro cirúrgico poderá se basear para avaliar o estado geral do cliente e planejar sua assistência de acordo com indicadores registrados pelo primeiro.

As anotações asseguram os registros tidos como documento legal de todos os cuidados de enfermagem oferecidos, bem como, para se constituírem de fontes de informações para o planejamento da assistência na sala de recuperação pós-anestésica e na unidade de internação de origem ou de encaminhamento do cliente.

Neste momento é imprescindível, além de toda a documentação dos cuidados oferecidos, a evolução de enfermagem ao final da cirurgia para a efetuação de nova prescrição para a fase de recuperação pós-anestésica, bem como a evolução e a prescrição ao cliente após alta da mesma.

A presença do enfermeiro do perioperatório na visita da fase pré-operatória, na recepção do cliente ao entrar no centro cirúrgico, na sala de operações, bem como a visita da fase pós-operatória, podendo ser iniciada no momento em que o cliente está acordando da anestesia, é valorizada como muito importante pelos clientes cirúrgicos, no momento da alta hospitalar.

FASE III

**FOLHA DE VERIFICAÇÃO 5.24 - VISITA PÓS-OPERATÓRIA
I ENTREVISTA COM PACIENTE/FAMÍLIA**

CLIENTE	OPINIÃO DO CLIENTE QUANTO A ASSISTÊNCIA	CONTRIBUIÇÃO P/DIMINUIR ANSIEDADE TENSÃO	QUEIXAS DA ASSISTÊNCIA	EXAME FÍSICO	PERCEPÇÕES DO ENF.	ORIENTAÇÕES PARA A ALTA
2	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
3	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
4	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
5	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
6	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
7	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
8	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
9	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
10	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
11	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO
12	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	- BOA	ORIENTADO
13	BOA	SIM	NÃO	S/ PROBLEMAS	BOA	ORIENTADO

Todos foram unânimes em achar a assistência perioperatória boa.

OPINIÃO DO CLIENTE QUANTO À ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA

“...Acho que são muito bons porque conversam e tentam distrair, só a comida que é ruim...”

“...Me senti mais seguro quando foi explicado o procedimento anestésico/cirúrgico...”

“...Muito boa, todos me trataram muito bem...”

“... Boa enquanto fui acompanhado. A assistência hospitalar, como um todo, acho ruim, pela experiência anterior...”

“...Achei a assistência satisfatória, sanando minhas dúvidas bem como correspondendo às expectativas...”

“...Muito bem tratado por todos...”

“...Muito bem cuidado desde que internei para a cirurgia...”

Quanto à visita pré-operatória, todos acharam que contribuiu para a diminuição de sua ansiedade/tensão emocional.

A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA CONTRIBUI PARA A DIMINUIÇÃO DE SUA ANSIEDADE/TENSÃO EMOCIONAL

“...Sente-se tranqüilo pelas orientações que recebeu no pré-operatório...”

“...Hoje estou ótimo, meu estado de saúde em proporção como entrei aqui, posso dizer que estou bem...”

“...Tranqüilo pelas orientações recebidas no pré-operatório...”

“...A conversa na entrada do centro cirúrgico ajudou a compreender o que seria feito...”

“...Ficou ciente de todo o procedimento cirúrgico e isso diminuiu um pouco o estresse...”

“...Melhor compreensão e recuperação do seu quadro clínico...”

“...Sim, me senti mais calmo e relaxado...”

Ninguém teve queixas da assistência.

QUEIXAS DA ASSISTÊNCIA

“...Sinto-me satisfeito graças a Deus apesar do hospital não ser lugar para a gente ficar muito tempo, mas está bom...”

“...Fui muito bem tratado ...”

“...Ouvi comentários engraçados, contudo os mesmos não causavam preocupação... se sentiu satisfeítissimo e abençoado com a assistência que recebeu...”

“...Nenhuma, muito pelo contrário...”

Ao exame físico, todos estavam bem e em condições de alta hospitalar.

III - PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO

“... Cliente evoluindo bem, sem queixas de dor ou qualquer alteração na

cirurgia, sua preocupação é querer ir embora...”

“...Calmo, comunicativo, queixa-se apenas do incômodo da sonda vesical...”

“...Durante o contato mantido com o cliente no pós-operatório, constatei se tratar de pessoa humilde que pouco exige dos seus direitos e aceita, sem reclamar os procedimentos a ele impostos, mesmo que estes sejam abusivos. Disse ter se sentido acolhido quando eu e a enfermeira fomos recebê-lo na porta do centro cirúrgico. O cliente encontrava-se muito mais tranquilo em relação ao diagnóstico médico, mesmo sabendo que este poderia ser ruim. Segundo ele, isto se deu pelo fato da explicação recebida..”

E todos foram orientados por escrito e verbalmente quanto aos cuidados que deverão ser implementados no domicílio.

IV ORIENTAÇÕES PARA A ALTA VERBAL OU POR ESCRITO

As orientações dadas aos clientes se referiam a:

- banho, sonda vesical, bolsa coletora, coloração da urina, ardência, obstrução urinária.
- Orientar quanto: importância de um repouso controlado, movimentação, não levantar peso e não fazer esforço desnecessário, dieta, troca de curativo e retirada dos pontos. Ocorrendo dor, febre, vermelhidão local, edema, desconforto abdominal, sangramento ou secreção local, procurar o serviço médico.
- Ensinar exercícios respiratórios.

Nos contatos, buscava-se primeiramente o entendimento do momento e o encaminhar da situação para que o cliente viesse a compreender o significado do enfermeiro estar ao seu lado em busca de estratégias de forma a influenciar o mesmo nas transformações da situação adversa de experiências anteriores.

A escolha do instrumento foi importante, pois no momento que se desenvolvia percepção/observação, tanto cliente interno como externo, tinham uma aprendizagem e esta experiência normalmente é gratificante como um todo.

Nesse nosso caminhar se promovia oportunidade de se estabelecer profundo impacto e compreensão do estar junto durante todas as fases da assistência perioperatória.

(S) SOLUÇÕES CORRETIVAS AOS DESVIOS APRESENTADOS - Numa organização, muitos são os formulários utilizados nas atividades de registros e controle de processo. Alguns, entretanto, são meras planilhas auxiliares, utilizadas para gerar os dados que devem ser efetivamente registrados e mantidos, tendo portanto vida limitada.

Os registros da qualidade em geral têm seus formulários anexados aos procedimentos operacionais, mas podem tê-los anexados às instruções de trabalho. O importante é definir o tratamento a ser dado para controle de registros, no procedimento operacional específico.

Neste mundo tudo muda constantemente, mudam as necessidades das pessoas, as matérias-primas, a tecnologia, etc.. Portanto, a diretriz do controle deve ser constantemente alterada de tal forma a garantir a sobrevivência do processo.

Se compararmos a teoria com a prática, podemos perceber que a relação está diretamente ligada a causa/efeito.

Após o giro do ciclo ECAS, a assistência de enfermagem garantiu satisfação tanto ao cliente interno como ao externo.

Neste sentido, ao transpor nosso marco conceitual a realidade da assistência de enfermagem, no período perioperatório durante a comunicação enquanto processo social, mostrou que o instrumento que faz parte desse trabalho se tornou uma ferramenta de fácil utilização, e sua aplicabilidade traz vantagens passíveis de serem alcançadas, como a promoção da melhoria contínua no assistir/cuidar/praticar, com envolvimento/comprometimento/conscientização tanto por parte do cliente interno e cliente externo.

Os resultados mostraram que são mais qualificáveis as vantagens do que as desvantagens, assim sendo, a aplicabilidade desta metodologia só pode ser reconhecida se realmente tiver um acompanhamento mais de perto, isto é, mostrado através das folhas de verificação e dos gráficos.

O importante é que a melhoria na qualidade da assistência traduza um maior fluxo de informações entre a unidade de internação e o centro cirúrgico, para melhor otimizar o processo do anestésiar/operar, sem agressões que não sejam as do próprio procedimento e que os clientes externos saibam o que realmente está se passando com ele.

Assim sendo, o cliente, ao passar por esse ciclo do anestésiar/operar, poderá, juntamente com o enfermeiro, encontrar soluções ou fórmulas mais simples de saber o que realmente fazer para a sua satisfação.

Vejo na comunicação enquanto processo social a forma que transforma o meio e

dá margem para as expectativas do cliente externo na intervenção do cuidar/assistir/praticar, visualizado como meio que dispõe dos verdadeiros recursos.

A opinião do cliente externo deve ser um parâmetro de avaliação da assistência a ele prestada e que a cada momento se renova na busca da melhoria contínua e, neste sentido, fazendo emergir uma nova solução aos problemas encontrados através do giro do ciclo ECAS, ao qual está inserido.

As soluções corretivas aos desvios apresentados são uma avaliação das reflexões dos clientes internos/externos, se pretendendo não apenas obtenção de resultados, mas o comprometimento como um todo na busca da satisfação. É nesta busca que o enfermeiro percebe a importância do giro do ciclo ECAS.

Na operacionalização da assistência de enfermagem perioperatória, tanto clientes internos quanto externos devem mobilizar suas forças para que o momento crucial do ato anestésico/operar seja um acontecimento dentro dos limites aceitáveis, não se traduzindo em algo desconhecido e assustador, mas seja um tratamento recuperador.

A importância da interação entre os clientes se torna mais evidente quando ambos começam a descobrir e compreender o significado de estarem juntos. Durante os contatos, a confiança entre os clientes facilita trocas de informações tão importantes que levam à promoção de reflexões do quanto será melhor a vida no futuro.

Através do diálogo, o enfermeiro pode dar contribuições importantes e sua capacidade se torna abrangente, no âmbito de se mobilizar e, junto com o cliente, avaliar e refletir a qualidade de viver.

O ato anestésico/operar traz para os clientes períodos difíceis, necessitando de ajuda para si e seus familiares. Ao vivenciar esta agressão, os clientes procuram a melhor maneira para que, no futuro bem próximo, possam retornar às suas atividades normais.

O ato anestésico/operar não deve ser avaliado apenas no ato em si, mas em todo o período de hospitalização até o pronto restabelecimento no domicílio.

O enfermeiro ao assistir/cuidar/praticar deve ter em mãos subsídios para que a sua avaliação seja um todo e não apenas partes.

Assim sendo, a comunicação enquanto processo social nos mostra sua importância no momento em que o enfermeiro/cliente/família, juntos, avaliam cada passo do processo e, neste sentido, buscam encontrar soluções corretivas, quando se fizer necessário.

A reflexão no atendimento ao cliente se traduz em satisfação e dá contribuições importantes, não apenas nos resultados, mas no processo, como um todo.

Estas reflexões, muitas vezes, vão decifrar enigmas que para o enfermeiro/cliente/família têm significados importantes quando da alta hospitalar, objetivando mudanças no modo de viver.

O ser humano, ao compreender a situação que irá experienciar, seu medo e carga emocional diminuirão, havendo, assim, um equilíbrio das necessidades até então afetadas, reduzindo notoriamente o tempo de hospitalização.

A assistência perioperatória realmente é gratificante. O enfermeiro realiza-se profissionalmente quando sua interação com o cliente, através das observações e percepção, contribui durante todo o processo, na busca de uma parcela de ajuda na recuperação da saúde.

Quando nos propomos a atuar junto com o cliente/família, o assistir/cuidar/praticar se torna tão envolvente que a compreensão, para ambos, é como se esse momento não tivesse etapas conflitantes.

O envolvimento do enfermeiro com o cliente/família traduz um fator tão positivo que o compreender a situação faz com que surjam novos questionamentos e surjam, ao mesmo tempo, novos desafios. É dada, então ao enfermeiro, a oportunidade de mostrar suas habilidades, novos caminhos e soluções, considerando sempre que cada situação é uma situação, e o destaque é a individualidade da assistência.

Quanto mais íntima for essa relação, mais precocemente ter-se-á respostas para solucionar os conflitos.

Em todas as fases da comunicação enquanto processo social percebia que cada momento se traduzia em resoluções de situações se comparadas com experiências anteriores. E aqueles momentos ruins, vividos e relatados pelos clientes, pareciam ser apagados e esquecidos. E o ato do anestesiari/operar atual fosse algo que, numa auto-avaliação, deixava de ser dúvidas, inquietudes, medo do desconhecido, mas visto como algo novo, recuperador de uma situação incômoda que em curto espaço de tempo estaria sanada, sem deixar seqüelas que viessem a abalar o futuro, enquanto saúde.

CAPÍTULO VI - REFLEXÕES SOBRE A COMUNICAÇÃO ENQUANTO PROCESSO SOCIAL: COMPORTAMENTO HUMANO, CULTURA E MITOS, SUGESTÕES DE CONTINUIDADE

Neste capítulo procuro fazer uma análise e avaliação desta proposta, bem como refletir quais as contribuições que marcaram e que possam trazer de alguma forma benefícios para a enfermagem. Mostro também os pontos relevantes, o comprometimento do marco conceitual na prática assistencial e as dificuldades encontradas ao longo de seu desdobramento ao experienciar a comunicação enquanto processo social no ato anestésiar/operar.

O experienciar e desenvolver esta caminhada com a utilização do processo de enfermagem, baseado na Teoria da Qualidade e alicerçado no ciclo PDCA, juntamente com o marco conceitual, nos mostraram a sua importância para a assistência, educação e pesquisa.

Mostrou ser uma experiência profissional de grande cunho para a enfermagem cirúrgica, bem como, oportunizar a realização de uma análise do marco conceitual, perpetuando o seu comportamento, fazendo constar seus conceitos e inter-relações na prática. Posteriormente, realizo as reflexões e considerações como algo que não findou, mas que, de alguma forma, pode trazer grandes benefícios ao ato anestésiar/operar vivenciado pelos clientes internos e externos.

O retrato aqui desenhado representa o resultado mais amplo e os diversos caminhos que os outros profissionais possam trilhar na prestação da assistência, aprofundando e/ou reformulando, com o objetivo de se posicionarem, analisarem, refletindo uma assistência mais comprometida e procurando encontrar satisfação enquanto profissão.

O comprometimento, o respeito e o amor são caminhos que podem ser trilhados e compartilhados cada vez mais na melhoria contínua, comprometida com a pessoa humana na satisfação. E a comunicação enquanto processo social no ato anestésiar/operar não seja, apenas, ver a pessoa do ser humano como mais um a ser operado.

PONTOS REFLEXIVOS SOBRE A PROPOSTA E SUGESTÕES DE CONTINUIDADE

Ao desenvolver esta proposta com os clientes externos dentro do macro sistema hospital, onde a Teoria da Qualidade nos direciona para a frente, descobri que essa trajetória foi tão importante que acreditamos que as mudanças venham ser mínimas na aplicabilidade.

Através das informações obtidas, tive uma verdadeira compreensão do que é assistir/cuidar/praticar, transportando-me, a cada momento, como se tudo fosse novo para mim.

Estimulado pela experiência vivenciada desse momento traumático, que é a hospitalização, percebi o quanto foi importante esclarecer meus sentimentos, angústias e ansiedades, oportunizando-me, de forma construtiva, equilibrar a desorganização que passa dentro de cada pessoa.

O desafio diante desses obstáculos me causaram, em certos momentos, receios e interrogações e, ao mesmo tempo, oportunidades que, de alguma forma, pudessem mudar as percepções daquele que já tinha experiências, percepções e medo de situações adversas em cirurgias anteriores.

A oportunidade da elaboração deste trabalho, o relacionamento, desempenho, sentimentos e as transformações do meio não são fórmulas prontas, nem definitivas, mas mostram uma parcela de contribuição que não se esgota. Considero-me satisfeito em poder de alguma forma dar contribuição significativa para os clientes internos para que possam refletir sobre o grande impacto que é o ato anestésico/cirúrgico.

Ao envolver o cliente/família na sua própria assistência, traduz-se em uma situação cujo significado é corrigir os problemas emergentes, incorporando, a esta situação, estratégias para diminuir seus conflitos durante a hospitalização.

Chegar a um acordo sobre o que se entende por qualidade não é simples, pois deparamos com obstáculos óbvios, resultantes das diferenças de pontos de vista entre os envolvidos no processo, quando são alegados alguns pontos que não fazem parte da profissão como: falta de tempo, insatisfação, baixo salário, desvalorização do enfermeiro, como também, o não envolvimento na pesquisa, onde o seu trabalho, está legado a segundo plano. No meu entendimento o profissional deve superar esses obstáculos, demonstrando sua capacidade profissional e neste contexto, procurar recursos e meios experientes que,

através de análise convencional e discussão, geralmente são capazes de estreitar essas diferenças e chegar a um consenso para sobreviver com qualidade de vida digna de um indivíduo, capaz de se autodeterminar.

Quando definimos qualidade como adequação ao uso, estamos diante de obstáculos ocultos resultantes de diferenças nas premissas, conceitos e mesmo no significado de palavras essenciais. Essas diferenças podem confundir e confundem as análises.

Essa definição fornece um rótulo curto e compreensível, mas não fornece a profundidade necessária para escolher os rumos da ação, promover ambiente apropriado para interagir dentro de uma sociedade com inúmeras transformações.

A procura de uma melhor qualidade de vida nos leva a estruturas organizadas, a buscar diferentes caminhos, para que, na transformação incessante, o homem não seja absorvido e influenciado pelas condições ambientais. Estes conflitos criam condições globais das quais necessita para sua sobrevivência.

O Marco Conceitual fundamentado na Teoria da Qualidade e apoiado em vários autores ao ser compartilhado, ajustado e incorporado ao cotidiano da prática foi uma medida fundamental que possibilitou o enfermeiro caminhar junto, procurando modificar sua maneira habitual de cuidar e desenvolvendo uma assistência mais integral e verdadeiramente comprometida com o ser humano.

Considero este momento uma experiência para todos que se preocupam com o bem estar do ser humano. Entendo que uma assistência que promova ajuda e compreensão, amplia perspectivas de discussão de forma mais sistemática, estimula e propõe o desenvolvimento do enfermeiro a ter seu olhar voltado não apenas para as tarefas imediatas e diárias, mas também precisa refletir sobre sua vida.

Os Conceitos que guiaram a pesquisa ocorreram de maneira articulada, aprofundados de modo particularizado.

A comunicação enquanto processo social foi de grande contribuição e valorização no assistir/cuidar/praticar, porque de forma dinâmica, holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, espelhou o quanto da sua importância nas características oriundas de cada contato no transcurso do processo anestesiolar/operar que se inicia para o cliente externo no momento em que ele refere suas queixas no consultório médico.

Para que se consiga atingir um modelo mais humano da assistência com a participação dos clientes externos, o enfermeiro precisa desenvolver atitudes simples, que

não venham ferir a identidade, valores e crenças desses clientes, pois somente desta maneira a interação vai sendo percebida, tanto na comunicação verbal quanto na não verbal. Isto de alguma forma se traduz em satisfação para ambos.

Nossas estratégias dentro da comunicação enquanto processo social, no acompanhamento do cliente durante os vários contatos, nos possibilitaram fazer uma reflexão de que o ato anestesiado/operar é um acontecimento súbito para o cliente/família. E esta forma de buscar novas alternativas é demonstrada quando o acompanhamento do enfermeiro insere os mesmos no contexto atual e deixa clara a preservação da sua individualidade, respeito, valorização como um todo.

No desenvolvimento de suas sensibilidades o enfermeiro é oportunizado a compreender melhor o seu desempenho, transformando a si próprio e o meio ao qual está inserido e irá mostrar aos clientes externos a importância que cada um tem em buscar o significado do seu bem estar.

Ao refletir nossa caminhada, podemos perceber que as necessidades humanas pela qualidade existem desde o crepúsculo da história. Optei em oportunizar estratégias que levariam o enfermeiro/cliente/família conjuntamente a conviver experiências que dentro do crescimento e amadurecimento pudessem expressar o seu self através do diálogo.

A qualidade nos dá uma bagagem para um crescimento explosivo em volume e complexidade. A complexidade é evidente nos sistemas imensos que fornecem energia, comunicação, processamento de informações. Esses sistemas são, da mesma maneira, sempre mais exigentes no que se refere à qualidade, especialmente relacionadas à continuidade do serviço, que é baseado no parâmetro da confiabilidade.

É imprescindível que nós, agentes de saúde, estejamos prontos a estimular e ajudar as pessoas a participarem da sua própria assistência, dar opinião e influenciar na tomada de decisão quanto às ações deliberativas ao seu tratamento, afim de fortalecer essa interação, contribuindo, assim, para uma verdadeira transformação no processo do assistir/cuidar/praticar.

Neste sentido, a enfermagem dá grande contribuição quando da situação de hospitalização do cliente. Um fator importante é de o enfermeiro ser uma força para a família, atuando como mediador e condutor.

A visualização à dimensão do processo como forma dinâmica, compartilhada e flexível, contribui para essa interação no momento em que sistematizamos e operacionalizamos o nosso assistir enquanto prática no cuidado ao cliente. Em hipótese

alguma podemos deixar o cliente/família relegado a segundo plano. A colocação em prática desse trabalho originou-se da necessidade de superar desafios. Durante o nosso caminhar através da satisfação com a assistência a ser prestada em que se originam as características do serviço, é a razão pela qual os clientes aceitam ou não a nossa trajetória junto a eles, assistindo continuamente de acordo com as suas necessidades. A insatisfação com nosso serviço origina-se nas não-conformidades e é a razão pela qual os clientes reclamam da estrutura organizacional. A inflexibilidade desestimula a iniciativa e criatividade dos enfermeiros, enquanto aumentam as atribuições burocráticas.

O enfermeiro, com sua criatividade e habilidade, deve iniciar este envolvimento no momento em que se dá a internação do cliente.

O primeiro contato entre ambos é o cartão de visita para o enfermeiro colocar em prática todo o seu referencial.

Assim sendo, a qualidade é entendida neste processo como a maneira pela qual o ser humano procura a melhoria contínua para poder, de uma forma global, atingir objetivos propostos. E, através destes, ser participativo, envolver-se, adquirindo conhecimentos e consciência crítica em busca de condições de vida digna, através da interação, determinação, tendo comprometimento sócio, técnico, cultural, econômico e político.

No desenvolver prático desta proposta, percebi que assistir/cuidar/praticar na assistência de enfermagem, operacionalizado por meio da "sistemática da assistência de enfermagem perioperatória" (SAEP), nos leva a passos sequenciais durante todo o período que compreende o pré-trans-pós-operatório. Isto se traduz numa caminhada contínua e flexível que permite ao enfermeiro da unidade de internação e do centro cirúrgico, numa ação conjunta a praticar uma assistência mais dinâmica, holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, que é de grande valor ético e moral para o cliente externo. Este envolvimento será muito bem reconhecido pelos clientes que vêem no enfermeiro um agente facilitador e fortificador pelo seu saber.

O enfermeiro, ao planejar a assistência de um cliente, deverá incluir a família no plano de tratamento e recuperação deste, já que, após a alta hospitalar, será a família que dará continuidade ao plano assistencial. O enfermeiro precisa identificar suas necessidades, desenvolver uma proposta de execução de ações e técnicas bem planejada. O enfermeiro precisa encontrar formas e coragem de superar sua rigidez/inflexibilidade profissional a fim de que consiga mobilizar recursos saudáveis, e selecionar meios para atingir a conformidade em busca da satisfação. A qualidade da assistência não depende de processo de

transformação significativa, desafio para interpretar os seus problemas, para determinar um diagnóstico da situação e planejar sua ação?

É possível que sejam realmente comprometidos com a transformação da prática e através dela descobrir potencial e revelar forças. O enfermeiro deve ser capaz de aprender um processo interativo e abrangente que engloba criatividade, tendências, buscando a melhoria contínua para o homem enquanto indivíduo/família/comunidade/sociedade.

A criação organizada de mudanças benéficas e a obtenção de níveis inéditos de desempenho são melhoramentos, onde há a promoção da continuidade do cuidado na assistência e, ao buscar o significado de participação com cliente/família, teremos condições de documentação e de avaliação da assistência prestada. E a diferença na assistência está no bom relacionamento, na confiança e no trocar idéias e experiências.

O enfermeiro, ao ajudar o cliente/família a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico cirúrgico, sem dúvida, se fundamenta, organiza, justifica e avalia o cuidado de enfermagem.

Dentre as dificuldades encontradas no transcorrer do trabalho, a de maior relevância é que no centro cirúrgico existe apenas um enfermeiro e este está mais ligado aos serviços burocráticos do que assistencial. Não há estímulo ao envolvimento, buscando mudanças amplas e reflexão sobre a prática profissional.

Resumindo, acredito que no momento em que o enfermeiro se mobilizar, demonstrar suas qualidades humanas, como: paciência, habilidade, criatividade, sabedoria, esperança e coragem, que são qualidades tão importantes para a profissão, sendo o facilitador nos papéis sociais, o cliente externo também refletirá e cooperará no ato anestésico/cirúrgico.

E finalmente, não há dúvidas de que quanto à "*sistemática da assistência de enfermagem perioperatória*" cabe ao enfermeiro a iniciativa de se integrar no assistir/cuidar/praticar no processo anestésico/operar dentro de uma comunicação enquanto processo social, conjuntamente com o cliente externo.

BIBLIOGRAFIA

1. AIDAR, M. M. **Qualidade humana as pessoas em primeiro lugar: desenvolvendo uma cultura empresarial orientada para a qualidade através da melhoria do relacionamento entre clientes internos e externos.** São Paulo: Maltese, 1994.
2. ALMEIDA, M. C. P. de. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática.** Rio de Janeiro, 1984. (Tese Doutorado em Enfermagem) Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de saúde pública.
3. ALMEIDA, M. C. P. **Saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo, Cortez, 1986.
4. ANGARTEN, M. G. A comunicação no lactente. **Rev. Bras. Enf.**, v. 33, 1980.
5. ANGERAMI, E. L. S. et al. A composição das anotações de enfermagem sob o ponto de vista da equipe médica. **Rev. Paul. Enf.** São Paulo, 2-1, jan./fev. 1982.
6. ANGERAMI, E. L. S. & ALMEIDA, M. C. P. O enfermeiro no seu "espaço" **Edu. Med. Salud**, Washington, 17- 2, 1993.
7. AQUINO, G. dos S. **Pacientes adultos hospitalizados.** Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1984.
8. BELLAND, I.; PASSOS, J. **Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais.** São Paulo, EPU/EDUSP, 1978 v. 3, cap. 17.
9. BERWICK, D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde,** São Paulo, Makrin Books, 1994.
10. BRASIL, Leis, decretos, etc. Lei 3071 de 01-01-1916 com alterações posteriores. In. _____ Código Civil Brasileiro. 19 ed. São Paulo, Saraiva, 1968.
11. BRASIL, Leis, decretos, etc. Decreto Lei 2848 de 07-12-1940, atualizado pela lei 7209 de 11-07-1984, In _____ Código Penal, 23 ed. São Paulo, Saraiva, 1985.
12. BRASIL, Leis, decretos, etc. Constituição da Republica Federativa do Brasil, Brasília, DOU 191 - A, 05-10-1988
13. BRASIL, Leis, decretos, etc. Código de Proteção e Defesa do Consumidor, lei 8078 de 11-09-1990, Série Legislação Brasileira, Saraiva, São Paulo, 1990
14. CAMPOS, V. F. **T Q C Controle de Qualidade Total (no estilo japonês),** Rio de Janeiro, Bloch, 1992, 220 p.
15. CARDOSO, O. R. **Qualidade e pessoas disciplina do curso de especialização em qualidade e produtividade,** Florianópolis, 1995.
16. CARVALHO, V. de & CASTRO, I. B. **Reflexões s sobre a prática de Enfermagem.** In _____ Congresso Brasileiro de Enfermagem, Fortaleza, 1979.
17. CERQUEIRA, J. P. de. **ISO 9000, no ambiente de qualidade total,** Rio de Janeiro: Imagem, 1994.
18. CERQUEIRA NETO, E. P. de. **Paradigmas da qualidade,** Rio de Janeiro: Imagem. 1992.
19. CERQUEIRA NETO, E. P. de. **Gestão da Qualidade: Princípios e métodos,** São Paulo: Pioneira, 1993.
20. CHANLAT, J. F. **L'individu dans l'organisation** tradutor Ofélia de Lanna Sette Torres. O indivíduo na Organização (dimensões esquecidas), São Paulo: Atlas, 1990.
21. CHAVES, M. M. **Saúde e sistema.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978.
22. CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral de administração.** 3 ed. São Paulo, Mc Graw- Hill, 1986.
23. CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos,** São Paulo: Atlas, 1986.

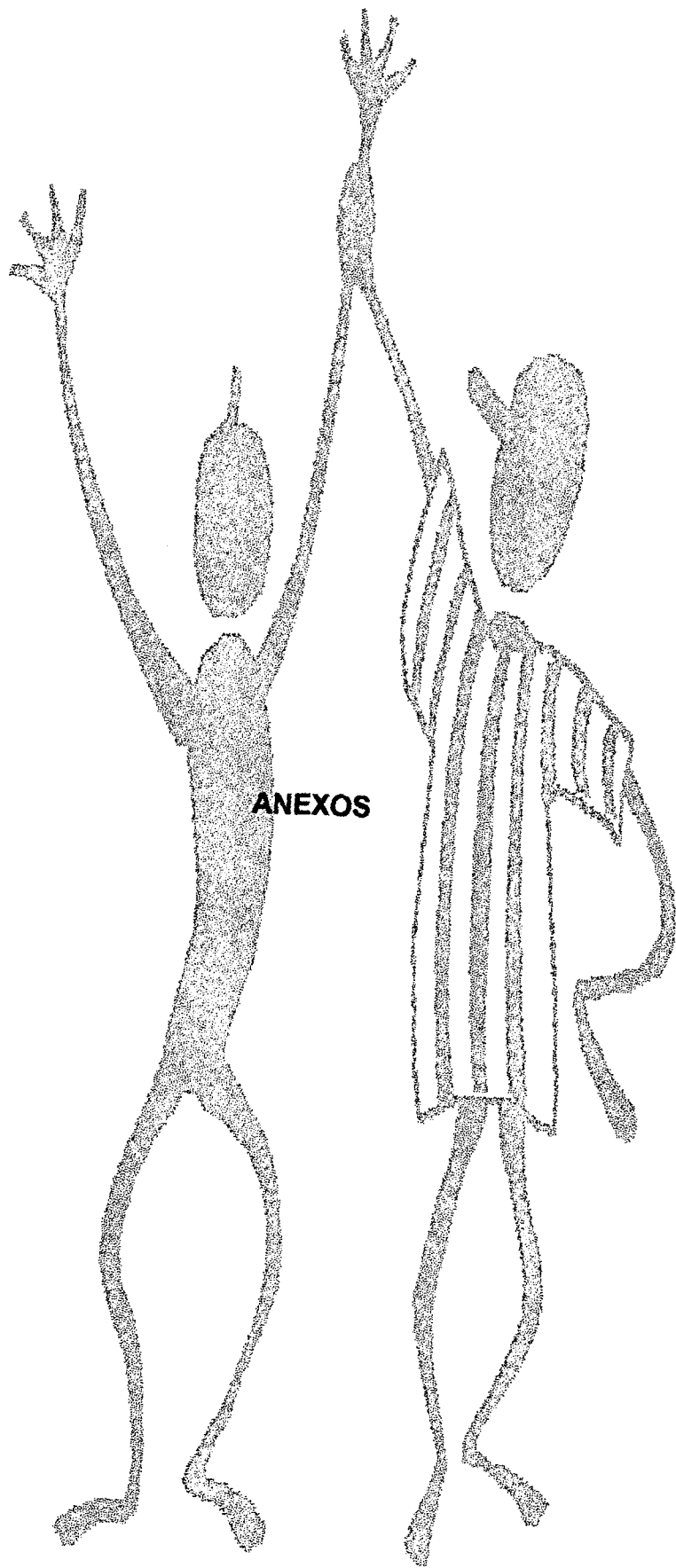
24. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** Resolução Cofen 160/93. Rio de Janeiro.
25. CUNHA, A. M. P. **Proposta de assistência de enfermagem a pacientes no perioperatório, visando uma abordagem holística.** In _____ III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.
26. DANIEL, L. F. **Enfermagem planejada.** São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.
27. DRAKE, R. I. & SMITH, P. J. **Comportamento grupal.** In _____ Ciência do Comportamento na Industria. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, cap.5, 1977.
28. ELTZ, F. L. F. **Qualidade na comunicação: ferramenta estratégica para encaminhamento do cliente,** Salvador: Casa da Qualidade, 1994.
29. FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário,** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
30. FONTES, M. da C. C. & Cois. **O trauma cirúrgico importância da orientação pré-operatória.** Rev. Bras. Enf. 33-2, abr/mai/jun. 1980
31. GELAIN, I. **A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas.** Texto & Contexto Enfermagem: Florianópolis, 4-2, jul./dez. 1995
32. GOMES, L. **Prescrição de enfermagem em uma unidade de emergência: em busca de um modelo para a sistematização da assistência de enfermagem,** São Paulo. In _____ III ENCONTRO DE ENFERMAGEM E TECNOLOGIA, 1992.
33. GONÇALVES, M. M. da C. **Enfermagem e segurança emocional do paciente.** Enf. Novas Dimens. v. 5 n.1, 1979.
34. JURAN, J. M. **Juran planejando para a qualidade.** São Paulo: Pioneira, 1990.
35. JURAN, J. M. **Juran na Liderança pela Qualidade um guia para executivos.** São Paulo: Pioneira, 1990.
36. JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade de produtos e serviços.** São Paulo: Pioneira, 1992.
37. LOBOS, J. **Qualidade! Através das pessoas.** São Paulo: J. Lobos, 1991.
38. MADEIRA, L. M. **Pesquisa Participante: metodologia pedagógica alternativa para enfermeiros.** (Dissertação de mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da USP. Rev. Bras. Enf. 40-1, fev./mar. 1987
39. MARRA, C. C.; FERNANDES, N. S.; CARMAGNANI, M. I. S. **A Qualidade da assistência de enfermagem e a motivação no trabalho.** São Paulo: Enfoque, v. 16, dez. 1988.
40. MENDES, D. de C. et al. **Estudo sobre o processo de comunicação administrativa na empresa: parte I.** Rev. Paul. Enf. São Paulo, 2-1, jan./fev. 1982.
41. MENDES, S. M. A. **O passado é roupa que não nos serve mais.** São Paulo: Enfoque, v. 19 n. 4/dezembro de 1991.
42. MOSCOVICI, F. **Renascença Organizacional.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
43. NEVES, E.P.; GONÇALVES, L.H.T. **As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem.** In: _____ Seminário de pesquisa em enfermagem. Florianópolis, 1984.
44. PALADINI, E. P. **Conceitos Básicos da Qualidade.** Florianópolis, 1995. (disciplina do Curso de Especialização em Qualidade e Produtividade).
45. PIGNATARI, M. C. R. **O ensino integrado e a enfermagem.** Enf. Novas Dimen. v. 2, 1976.
46. RODRIGUES, M. L. **Aspectos teóricos de trabalhos de desenvolvimento de comunidade e da participação da enfermeira no mesmo.** Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 26-1\2, jan./fev. 1973.
47. RODRIGUES, A. T. **O paciente no sistema centro cirúrgico: um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório.** São Paulo, 1979. (Dissertação de mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da USP.

48. SALZANO, S. D. T. A enfermeira de centro cirúrgico frente ao preparo e utilização do instrumental cirúrgico com destaque para lâminas e cabos de bisturi. **Rev. Bras. Enf.**, São Paulo, 4-1, jan./mar. 1984.
49. SASSO, G. T. M. **A crise como oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para a enfermagem.** Florianópolis, 1994. (Dissertação de mestrado em enfermagem) Pós Graduação em Enfermagem da UFSC.
50. SAWADA, N. O. A dimensão Não-verbal da interação enfermeiro Paciente em situação pré-operatória. **Rev. Paul. Enf.** São Paulo, ed. especial, julho, 1991.
51. SILVA, M. R. P. e colaboradores. Evolução clínica de um paciente septicêmico. A interferência da equipe de saúde e da família no aspecto emocional do paciente. **Rev. Bras. Enf.**, v. 33, 1980.
52. SILVA, A. **Percepção dos enfermeiros a respeito do apoio emocional oferecido aos pacientes cirúrgicos.** In _____ III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.
53. SONABE, H.M. **Comunicação escrita sobre orientação de enfermagem em situação pré-operatório.** In _____ III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do estado de São Paulo, Ribeirão Preto. 1989.
54. STEFANELLI, M. C. **Comunicação em enfermagem. Comunicação Terapêutica,** **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, 3-3, mai-jun 1983.
55. TRENTINI, M. Relação entre Teoria, pesquisa e prática. **Rev. da Esc. de Enf. da USP.** São Paulo, v. 21 n.º 02, 1987.
56. URSI, E. S. & MACUL, S. F. A atuação do enfermeiro de centro cirúrgico em visitas pré e pós-operatório. São Paulo: **Enfoque**, 15-1, 1987.
57. WATANABE, E. Aspectos éticos e legais da pesquisa em enfermagem. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, 5-2), abri/jun. 1985.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1. AGUAYO, R. **Dr. Deming : O americano que ensinou a qualidade aos japoneses:** tradutor Luiz Carlos do Nascimento Silva, Rio de Janeiro, 1993.
2. ALBRECHT, K. **Serviços com qualidade: a vantagem competitiva,** São Paulo, Makron Books, 1992.
3. ALMEIDA, L. G., **Qualidade Introdução a um Processo de Melhoria.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.
4. BERWICK, D. M., **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde,** São Paulo, Makron Books, 1994.
5. CAMPOS, V. F. **Qualidade Total Padronização de Empresas,** Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.
6. CASTELLANOS, B. E. P. & MANDELBAUM, M. H. S. **Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico** **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, 5-1, 1985
7. CASTELLANOS, B. E. P., BIANCHI, E. R. F., SILVA, A., JOUCLAS, V. M. G. **Visita pré-operatória de enfermagem: opinião dos alunos de graduação quanto a este procedimento,** **Rev. Paul. Enf.** São Paulo, 6-4, out/dez., 1986.

8. CORRÊA, P. A. M. **Qualidade total, da visão à sistematização**. Rio de Janeiro: Imagem, 1993.
9. CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.
10. CROSBY, P. B. **Integração: qualidade e recursos humanos para o ano 2000**, São Paulo, 1993.
11. DEMO, P. **Educação e Qualidade**. Campinas, 1994.
12. GIL, A. L. **Qualidade total nas organizações: indicadores de qualidade, gestão econômica da qualidade, sistemas especialistas de qualidade**, São Paulo: Atlas, 1992.
13. JOUCLAS, V. M. G. **Elaboração de um instrumento de comunicação que favoreça a assistências de enfermagem no transoperatório**. São Paulo, 1979 (dissertação de Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da USP.
14. LOBOS, J. **Encantando o cliente: externo e interno**. São Paulo, J. Lobos, 1993.
15. MIRSHAWKA, V. **Hospital: Fui bem atendido, a vez do Brasil**, São Paulo: Makron Books, 1994.
16. MONTEIRO, J.A. **Qualidade Total no serviço público: questionamento e recomendações segundo os 14 pontos de DEMING**, Brasília, 1991.
17. NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.
18. OGUISSO, T. & SCHMIDT, M. J. **O enfermeiro e a responsabilidade legal no exercício profissional**. *Rev. Paul Enf.*, São Paulo, 5-4, out/dez 1985.
19. OLIVEIRA, A. O. **ISO 9000 Guia de implantação: guia de auditoria da qualidade**, São Paulo: Atlas, 1995.
20. PALADINI, E. P. **Qualidade Total na Prática: implantação e avaliação de sistemas de qualidade total**, São Paulo, 1994.
21. SCHOLTES, P. R. **Times de qualidade: como usar a qualidade**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1992.



ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO NA INTERAÇÃO ENTRE OS CLIENTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXTENSÃO PÓLO III - PORTO ALEGRE
MESTRANDO: RUVANI FERNANDES DA SILVA

I ENTRADA NO HOSPITAL

ORIENTADO CORRETAMENTE S () N ()
ESPEROU PARA SER ATENDIDO NO REGISTRO S () N ()
FOI ATENDIDO CORDIALMENTE S () N ()
RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO DO PESSOAL QUE LHE ENCAMINHOU DURANTE O TRAJETO S () N ()
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.....

II ENCAMINHAMENTO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO

ESPEROU PARA SER RECEBIDO PELO PESSOAL NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO S () N ()
QUEM LHE RECEBEU NA UNIDADE: ENF. () TEC. ENF. () AUX. ENF. () ATENDENTE ()
HOUE APRESENTAÇÃO MÚTUA S () N ()
PESSOAL APRESENTOU A UNIDADE E LHE DEU INFORMAÇÕES SOBRE AS ROTINAS S () N ()
CLIENTE FOI LEVADO AO QUARTO E HOUE COMUNICAÇÃO ENTRE PESSOAL/CLIENTE S () N ()
EXPLICADO AO CLIENTE QUANTO A DINÂMICA DE ATENDIMENTO E ROTINAS DA UNIDADE S () N ()
ORIENTADO QUANTO AOS PROCEDIMENTOS PRÉ-ANESTÉSICOS S () N ()
ORIENTADO QUANTO AO ENCAMINHAMENTO E VESTIMENTA DO CENTRO CIRÚRGICO S () N ()
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.....

III TRANSPORTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO

HOUE APRESENTAÇÃO PELO PESSOAL RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE S () N ()
MAQUEIRO INTERAGIU COM O CLIENTE DURANTE O TRANSPORTE S () N ()
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.....

IV CENTRO CIRÚRGICO

CLIENTE FOI BEM RECEBIDO NO CENTRO CIRÚRGICO S () N ()
FUNCIONÁRIO FOI CORDIAL E SE IDENTIFICOU NA PORTA DO CENTRO CIRÚRGICO S () N ()
CLIENTE FOI CHAMADO PELO NOME S () N ()
HOUE ORIENTAÇÃO QUANTO A ROTINAS E FUNCIONAMENTO DO CENTRO CIRÚRGICO S () N ()
ANTES DE SER ENCAMINHADO PARA A SALÁ HAVIA ALGUÉM CONVERSANDO COM O CLIENTE S () N ()
CLIENTE ESPEROU MUITO PARA IR PARA A SALÁ DE CIRURGIA S () N ()
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.....

V SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

CLIENTE EXAMINADO AO CHEGAR A SRPA S () N ()
HAVIA ALGUÉM EXAMINANDO O PACIENTE COMO UM TODO NA SRPA S () N ()
CLIENTE FOI ENCAMINHADO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM CONDIÇÕES S () N ()
CLIENTE FOI TRANSPORTADO ADEQUADAMENTE ATÉ A PORTA DO CENTRO CIRÚRGICO S () N ()
ESPEROU NO CORREDOR PARA IR PARA A SUA UNIDADE S () N ()
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.....

VI RETORNO A UNIDADE DE INTERNAÇÃO

O TRANSPORTE OCORREU NORMALMENTE S () N ()
CLIENTE FICOU ESPERANDO PARA IR PARA O LEITO S () N ()
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.....

VII UNIDADE DE INTERNAÇÃO

FOI SOLICITADO PROVIDÊNCIAS PARA AS QUEIXAS DO CLIENTE S () N ()
HOUE EXAME FÍSICO DO CLIENTE ANTES E APÓS A COLOCAÇÃO DO MESMO NO LEITO S () N ()
CLIENTE FOI OBSERVADO ATENTAMENTE PELO PESSOAL DA UNIDADE S () N ()
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.....

ANEXO 2 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXTENSÃO PÓLO III - PORTO ALEGRE
MESTRANDO: RUVANI FERNANDES DA SILVA

PRÉ-OPERATÓRIO

FASE I

DATA...../...../.....

I DADOS DA UNIDADE DE ORIGEM:

INSTITUIÇÃO.....QUARTO.....LEITO.....NOME.....
DATA DA INTERNAÇÃO.....IDADE.....SEXO.....ESTADO CIVIL.....RELIGIÃO.....
NACIONALIDADE.....OCUPAÇÃO.....REGISTRO.....
CLÍNICA.....LEITO.....ENDEREÇO PARA CONTATO.....
CONSENTIMENTO PARA A CIRURGIA.....PÊSO.....ALTURA.....
DIAGNÓSTICO MÉDICO.....
CIRURGIA PROPOSTA.....HORÁRIO.....
CIRURGIA ANTERIOR.....
PROBLEMAS APRESENTADOS.....
ANESTESIA ANTERIOR.....
PROBLEMAS APRESENTADOS.....
GRAU DE CONTAMINAÇÃO CIRURGICA.....
LIMPA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA () CONTAMINADA () INFECTADA ()
POSIÇÃO PARA A CIRURGIA.....
ESTADO EMOCIONAL.....
COMUNICAÇÃO E MEDO.....
PERCEPÇÃO E EXPECTATIVA A CERCA DO ESTADO ATUAL DE SAÚDE.....
NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO.....
ESTADO NUTRICIONAL.....HIDRATAÇÃO.....PRÓTESE.....REGIÃO.....
CONDIÇÃO MUSCULATURA.....REDE VENOSA.....ALTERAÇÕES DE MOVIMENTOS.....
GASTROINTESTINAL.....CARDIOVASCULAR.....RESPIRATÓRIA.....GENITO-URINÁRIO.....
REVESTIMENTO CUTÂNEO- MUCOSO () ÍNTEGRO () LESÕES () MANCHAS () CICATRIZES ()
DRENOS () SONDAS () REGIÃO () ENDOCRINO.....
NEURO-SENSORIAL.....PSIQUÍCO.....
VISUAL - BOA.....DIMINUIÇÃO QUASE TOTAL.....AUSÊNCIA.....OLHO D.....E.....
AUDITIVA - BOA.....DIMINUIÇÃO QUASE TOTAL.....AUSÊNCIA.....OUVIDO D.....E.....
SINAIS VITAIS - PA.....P.....R.....T.....ALERGIAS - A DROGA.....QUAIS.....
DE CONTATO.....QUAIS.....
TRICOTOMIA.....SONDAS.....LAVAGEM INTESTINAL.....JEJUM.....
HIGIENE CORPORAL.....ANTIBIÓTICOPROFILAXIA.....TRANSFUSÃO DE SANGUE.....

II - ENTREVISTA COM PACIENTE/FAMÍLIARES

ESTADO EMOCIONAL.....
COMUNICAÇÃO E MEDO.....
CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO EXPRESSA SOBRE SAÚDE, PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO
PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA.....
EXPECTATIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....
CUIDADOS PRESTADOS (EM NÍVEL DE FAOSE).....

FASE II

PRESCRIÇÃO PARA O TRANS-OPERATÓRIO

PARTE A

I APÓS A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA.....
II APÓS A ENTRADA NO CENTRO CIRÚRGICO.....

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

CONSCIÊNCIA									
ATIVIDADE									
RESPIRAÇÃO									
COLORAÇÃO									
CIRCULAÇÃO									
TOTAL									

GANHOS	
PERDAS	

EXAMES/HORAS..... ESPANSIBILIDADE/MECÂNICA.....
 ESPANSIBILIDADE..... FREQUÊNCIA..... RÍTMO..... PERMEABILIDADE.....
 INTERCORRÊNCIAS EM S.R.P. A.....
 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM.....
 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....

FASE III
VISITA PÓS-OPERATÓRIA
I ENTREVISTA COM PACIENTE/FAMÍLIA

OPINIÃO DO PACIENTE QUANTO A ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA.....
 A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA CONTRIBUIU PARA A DIMINUIÇÃO DE SUA ANSIEDADE/TENSÃO EMOCIONAL.....
 QUEIXAS DA ASSISTÊNCIA.....
II EXAME FÍSICO - SINAIS VITAIS P..... PA..... R..... T..... CABEÇA.....
 EDEMA FACIAL..... LESÃO..... LÁBIOS..... BOCA..... ALTERAÇÃO FONAÇÃO.....
 SONDAS..... DRENOS..... TRAQUEOSTOMIA..... TRONCO.....
 INTRACATH (LOCAL)..... LESÃO DE PELE (LOCAL).....
 QUEIMADURAS (CAUSA E LOCAL)..... PRESENÇA DE SONDAS, DRENOS (LOCAL).....
 ALTERAÇÕES CARDÍACAS..... DISTENSÃO ABDOMINAL (CAUSA).....
 ALTERAÇÃO GASTROINTESTINAL..... ALTERAÇÃO GENITO-URINÁRIA.....
 MEMBROS..... ALTERAÇÃO DOS MOVIMENTOS (LOCAL).....
 EDEMA (ARTICULAÇÃO E MUSCULAR)..... VENÓCLISE, VENOSSECÇÃO (LOCAL).....
 PERFURAÇÃO PERIFÉRICA..... QUEIMADURAS (LOCAL)..... HEMATOMA..... EQUIMOSE.....
 FORMIGAMENTO..... CÂIMBRAS..... ALTERAÇÃO NUTRICIONAL.....
 ALTERAÇÃO NA HIDRATAÇÃO (TURGOR DA PELE).....
 INCISÃO CIRÚRGICA (CURATIVO, PRESENÇA DE SECREÇÃO, SENSACÃO DOLOROSA).....

III PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO.....
IV ORIENTAÇÕES PARA A ALTA VERBAL OU POR ESCRITO.....

ANEXO - 3 - DECLARAÇÃO PARA A DIREÇÃO GERAL DO HOSPITAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXTENSÃO PÓLO III - PORTO ALEGRE
MESTRANDO: RUVANI FERNANDES DA SILVA**

FLORIANÓPOLIS, 16 DE OUTUBRO DE 1995.

ILMO. SR.
D.D. DIRETOR GERAL

Vimos pelo presente solicitar a vossa senhoria autorização para que eu possa desenvolver minha Prática Assistencial no Hospital. O desenvolvimento de minha Dissertação de Mestrado tem como objetivo principal trabalhar "A comunicação entre o cliente interno (todos os funcionários do centro cirúrgico) e o cliente externo (paciente, família, sociedade e comunidade hospitalar)", e, tenho como objetivos específicos: Protocolizar as ações de enfermagem desde a entrada do cliente externo até sua alta (observação do tempo gasto pelo pessoal de enfermagem na interação com o cliente). Orientação e conscientização do pessoal de enfermagem do centro cirúrgico quanto a importância da comunicação com o cliente externo. O primeiro momento do desenvolvimento da minha prática se dará com 11 clientes externos e uma reunião com todos os funcionários do centro cirúrgico colocando o que iremos fazer e discutir a metodologia a ser trabalhada. No transcorrer do trabalho poderemos utilizar estratégias para reformulação dos objetivos.

Certo de contar com seu apoio e também das unidades de internação e centro cirúrgico, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente

Ruvani Fernandes da Silva
Mestrando da UFSC.

ANEXO - 4 - DECLARAÇÃO PARA O CLIENTE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXTENSÃO PÓLO III - PORTO ALEGRE
MESTRANDO: RUVANI FERNANDES DA SILVA**

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins que estou ciente de que o Enfermeiro Ruvani Fernandes da Silva, aluno do Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina está coletando dados sobre a minha internação para o desenvolvimento de sua Dissertação de Mestrado. Estou ciente também, que no decorrer da sua redação meu nome ficará no anonimato.

Assinatura

Florianópolis,.....de outubro de 1995.

ANEXO - 5 - ENTREVISTA NA ÍNTEGRA COM UM CLIENTE

ENTREVISTA 1

PRIMEIRO CONTATO: 23-10-95 - TARDE

Cliente externo ao chegar ao balcão de informação perguntou: onde posso encontrar o Dr. X? Cliente interno - ele não se encontra no hospital neste momento. Posso falar com alguém do Serviço de Controle de Infecção? Sim, ali naquela porta. Boa tarde! Boa tarde, em que posso ajudar? Estive lá na Secretaria de Saúde falando sobre o meu problema e me mandaram procurar o Dr. X aqui no hospital, mas, se eu não conseguisse falar com ele, era para eu procurar o Serviço de Controle de Infecção. O que é o seu problema exatamente? Aqui está o encaminhamento da Gerência de Controle de Infecção Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde solicitando minha internação, pois estou com osteomielite no fêmur direito. Após ler o encaminhamento, houve apresentação mútua, me identifiquei como sendo enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e convidei-o para se sentar e perguntei: como especificamente surgiu este problema? Eu sofri um acidente de automóvel em Laguna, quebrei a perna e fiz a primeira cirurgia em 13/04/94. Nesta cirurgia foi colocada uma haste. Quase um ano depois, fiz outra cirurgia, mais precisamente em 07/03/95, quando foi retirada a haste, aí surgiu este problema todo. Em relação a que surgiu esse problema? Quando fui para a casa, após a segunda cirurgia, comecei a sentir muita dor no meu joelho, então fui procurar o médico que me operou e ele disse que o meu problema era osteomielite e tinha que operar novamente. A cirurgia iria custar em torno de R\$ 400,00 e, como eu não tenho condições de pagar, vim procurar recurso com o Secretário de Saúde, aqui em Florianópolis. Quem lhe indicou este médico? Quando eu conversei lá na Secretaria me mandaram a Gerência de Controle de Infecção Hospitalar, porque o meu caso era de infecção. Lá falei com o Dr. Y e ele entrou em contato com o Dr. X, que mandou o Dr. Y fazer esse encaminhamento. Vamos até o Registro Geral para providenciar sua internação.

No registro geral, indagamos se havia vaga na unidade de ortotrauma e, com a resposta positiva, solicitamos que fosse feita a confecção do seu prontuário.

Comuniquei ao responsável pela internação de que quando o cliente estivesse pronto, eu gostaria de conversar com ele. Assim que foi dispensado, tudo pronto, o próprio cliente voltou à sala de Serviço de Controle de Infecção, dizendo que precisava aguardar um pouco porque a cama não estava pronta.

Ofereci-lhe um café, mas o mesmo agradeceu e disse: assim que o senhor quiser conversar comigo, estarei aguardando sentado, sentado ali no banco.

Está bem, já vou lá, mas se quiseres ficar aqui, podes ficar. Não, obrigado, é que eu vou ali comprar uma revista. Quando ele voltou, fui ao seu encontro e me sentei a seu lado. Neste momento inicia-se, efetivamente, a nossa interação, Ronaldo. Como sabes o meu nome? Li no encaminhamento. Já que sei o seu nome, então vou lhe dizer o meu, é Ruvani. Sou enfermeiro aqui neste serviço e aluno do Curso de Mestrado da UFSC. Pretendo desenvolver um trabalho de acompanhamento ao cliente durante toda a sua trajetória aqui no hospital e, para tanto, preciso saber se voce concorda! Não vejo nada de más. Vou lhe explicar o que realmente pretendo fazer: irei acompanhá-lo todo o tempo que estiver internado, orientando como será feito seu tratamento. Minhas visitas serão para sanar dúvidas e ensinar os cuidados que tens que aprender para que tudo corra bem, inclusive quando tiveres alta.

Assim que a Unidade de Internação avisou que o leito estava pronto, nos encaminhamos até lá. No trajeto, lhe perguntei: de que maneira esta situação interfere na sua interação com outras pessoas e o meio em que vive? Acho que no momento que procuro meios para sanar o meu problema, qualquer interferência na minha interação com os outros tem que ser a melhor possível e me adaptar ao meio no qual estou inserido. Ao chegar lhe apresentei a unidade para que se situasse no ambiente e em seguida ao pessoal de enfermagem, mais precisamente à auxiliar de enfermagem, que o chamou até a sala de curativo para pesar e medir. Estando pronto, fomos até o quarto onde ficaria alojado. Mostrei o seu leito, orientei quanto ao banheiro, campanha e luz. Após lhe perguntei, como voce vê sua hospitalização? Já estou

acostumado a estas situações, só espero que seja melhor do que as outras vezes. Estando o cliente acomodado, lhe falei que iria me informar sobre sua cirurgia. Fui ao ambulatório de ortopedia onde o médico responsável estava atendendo e perguntei sobre a cirurgia, o mesmo respondeu que se houvesse vaga no centro cirúrgico seria no dia seguinte. Contactuei com a secretária do Centro Cirúrgico e a cirurgia estava marcada para o horário das 16:00 horas. Voltei ao quarto e disse-lhe que a cirurgia estava confirmada para as 16:00 horas do outro dia. Ele respondeu que estava tudo bem e agradeceu. Hoje à noite serão iniciados os cuidados do pré-operatório. Tens que ficar em jejum, a partir das 22:00 horas provavelmente será realizada lavagem intestinal para não ter problemas durante a cirurgia, mas antes disso o médico anestesista fará uma avaliação e o teu médico também irá passar por aqui. Informei-o que em nossos contatos utilizaria um gravador para gravar as nossas conversas para depois transcrevê-las. Trarei também uma declaração para você assinar, concordando em participar deste trabalho, mas isto não quer dizer que você não possa querer parar de conversar comigo. Como estás vendo este nosso primeiro encontro? Foi bom, pois estou conseguindo entender, apesar de já ter passado por experiências semelhantes, porém nada agradáveis. Que bom saber disso! Vou deixar você descansar e amanhã pela manhã voltarei para continuarmos nossa conversa. Tá bom. Então, até a amanhã de manhã. Até amanhã.

SEGUNDO CONTATO: 24-10-95 - MANHÃ - Cheguei no quarto às 10:00 da manhã. Dei-lhe bom dia e perguntei, como passou a noite? Bem, respondeu-me. Então está bom. Trouxe a declaração para você assinar concordando que eu faça este trabalho de pesquisa e este é o gravador do qual lhe falei ontem, é só para gravar as nossas conversas, pois posso esquecer de anotar algo que eu vá precisar mais tarde. Neste segundo encontro já estávamos mais inteirados e a nossa comunicação em perfeita sintonia.

Todas as orientações eram dadas de maneira que não viessem a ferir sua identidade, cultura e costumes, para tanto utilizamos um linguajar compatível com esse envolvimento. Tudo o que falaste para mim ontem, aconteceu. Assim que foste embora, o Dr. X esteve aqui e me falou o mesmo que tinhas me dito e à noite o anestesista fez o exame. De que maneira te explicaram a anestesia? Ele me falou que será raqui, só isso. Percebi que estávamos identificando um problema e, diante deste, como iríamos validá-lo? Então fiz mais um questionamento perguntando-lhe: Queres saber mais alguma coisa sobre a anestesia? É bom. De que especificamente queres saber? Sobre tudo. A raqui-anestesia é uma anestesia administrada nos espaços que temos entre as vértebras da espinha. Este tipo de anestesia é feita quando se tem algum problema abaixo da cintura, que no teu caso é na perna. Com esta anestesia ficarás acordado durante o transcorrer da cirurgia. No início ficarás de lado para o anestesista poder achar o local correto e depois ficarás de barriga para cima. Seu efeito é da barriga para baixo. E os procedimentos, ontem à noite, de que maneira foram realizados? O enfermeiro veio aqui às 21:00 horas e disse para eu não comer e nem beber nada depois das 10:00 horas e que mais tarde ele iria fazer a lavagem. E quando ele veio fazer a lavagem, trouxe um comprimido para eu beber assim que eu voltasse do banheiro. Depois eu não levantei mais e dormi até quase agora. Em todo o momento da nossa interação, buscava sempre selecionar meios para atingir a conformidade em busca de satisfação.

Agora pela manhã o pessoal de enfermagem não fará mais nenhum procedimento, mas à tarde, mais ou menos às 14:00 horas, farão tricotomia (vão raspar os pelos da tua perna) e após a tricotomia tens que tomar um banho geral para retirar a gordura da pele e os pelos que ficaram colados. Após tomares um comprimido, não poderás mais levantar da cama, porque é um relaxante e se levatares poderás cair e te machucar. Qualquer coisa toca a acampanhia. Eu preciso ver contigo se todos os dados do teu prontuário estão corretos, para tanto eu vou perguntando e tu vais respondendo. Assim comecei a checar seus dados de identificação:

“... teu nome.... idade.... profissão... religião...”

PRÉ-OPERATÓRIO

FASE I

I DADOS DA UNIDADE DE ORIGEM: WWW, 22 anos de idade, sexo masculino, solteiro, católico, nacionalidade brasileira, ocupação vigia, natural de Laguna. Internou-se no Hospital sob o registro número 10000000, no dia 23/10/95, no período da tarde, na unidade de ortopedia,

quarto 4-A, leito 1, assinando o termo de responsabilidade e sem acompanhante. Pesa 66,5 quilos e 1.74 cm. de altura. Diagnóstico médico - osteomielite fêmur D. cirurgia proposta - tratamento cirúrgico de osteomielite em fêmur D. para o dia 24/10/95, no horário das 16:00 hs. Após verificar que todos os dados estavam corretos no prontuário, iniciamos o exame físico no sentido de fazer uma avaliação e prescrição para o trans-operatório e, conjuntamente, colher sua opinião, sobre seu estado emocional, comunicação e medo, percepção e expectativa a cerca do estado atual de saúde e nível de conhecimento do procedimento anestésico-cirúrgico como segue:

CIRURGLIA ANTERIOR - De que maneira foi realizada a outra cirurgia? Foi colocação de haste de fêmur D. sob anestesia geral. Apresentaste algum problema durante a cirurgia? Não tive nenhum problema durante o ato anestésico-cirúrgico. Este tipo de cirurgia tem como grau de contaminação cirúrgica a classificação de potencialmente contaminada. Expliquei o que isto significa. Lembras como foi a posição que ficaste na outra cirurgia? Sim, de barriga para cima.

ESTADO EMOCIONAL - Como ocorreram as cirurgias anteriores? Em 07/03/95 retirada de haste colocada na primeira cirurgia em 13/04/94 - quebrei a perna, foi colocada haste e aí surgiu este problema todo, como já te falei. Como te sentes ao receber ou dar ajuda para alguém? Você, conversando comigo, me deixa mais contente, mais disposto e eu creio que o que você faz para mim quando eu fizer para outra pessoa já me ajuda. Como tu te sentes em ter que dividir o teu ambiente com outras pessoas, tua privacidade? Aqui é completamente diferente, o meu contato com os meus colegas é só amizade, não gosto que se intrometam na minha privacidade. Sinto-me bem, o pessoal é legal. A gente conversa, troca idéias, é divertido. Aqui é mais controlado, em casa a gente tem mais liberdade. Quais as mudanças que esta situação poderá te acarretar? É complicado, porque a gente tem que depender dos outros e se eu não estivesse aqui, agora, quem sabe eu não estaria ajudando outras pessoas também!

COMUNICAÇÃO E MEDO - No momento da cirurgia, estavas preocupado? Não, estava consciente. Com medo? Não, porque eu tinha que fazer aquilo; não posso ter medo de uma coisa que sou obrigado a fazer. Claro, não conseguia mexer nada, estava tudo dormente. Como enfrentas e te adaptas a essas mudanças bruscas de comportamento enquanto saúde? Antes de chegar aqui, estava com muito medo de perder esta perna, mas hoje, já penso diferente, pela força que tive de vocês, sei que amanhã estarei bem novamente.

PERCEPÇÃO E EXPECTATIVA A CERCA DO ESTADO ATUAL DE SAÚDE - O que mais lhe preocupa em sua hospitalização? Atualmente o que está me preocupando é esta infecção na perna. Como isto pode repercutir em sua vida? Se eu não melhorar, posso me considerar uma pessoa inválida, mas mesmo assim, acho que ainda serei útil para alguma coisa.

NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO Querendo buscar subsídios para poder implementar ações compartilhadas em busca da melhoria contínua, iniciei um questionamento a nível de coletar informações para saber se alguém teria lhe explicado alguma coisa, como seria e o que seria feito. Aqui é. Foi o Dr. X que me disse que iriam ser colocadas duas manguieiras: uma para entrar o líquido e outra para sair. Foi só isso que me orientaram. Quais as dificuldades que encontraste para uma perfeita comunicação? O Dr. X me falou que quem iria fazer a minha cirurgia era o Dr. Z, mas até agora eu não falei com ele. Como se sente em poder interagir com os demais clientes da instituição? Todos são muito bons o que torna mais fácil a gente se relacionar (interagir). Quanto a cirurgia e anestesia, queres saber mais alguma coisa? Não, já tenho todo o conhecimento que queria, porque tu e o Dr. X me deixaram bastante tranquilo e falaram bem o que eu queria saber. Que dificuldades encontraste nesta interação? Nenhuma, porque todas as orientações que vocês me deram são bem simples.

EXAME FÍSICO - Aparentemente bem nutrido. Como é a tua alimentação? Alimento-me bem. Tomo café 2 vezes, almoço, café à tarde e janto, estas são as minhas refeições. Como de tudo, sem problemas. E líquidos? Tomo muito líquido, principalmente água e refrigerantes. Tens alguma prótese? Tinha 2 (duas) hastes na perna D e 1 (uma) na perna E. As da perna D foram retiradas em 07/03/95, e a da perna E, não me incomoda.

De que forma tu te preocupas no cuidado à saúde depois das outras cirurgias? Depois da cirurgia, tive que fazer fisioterapia porque meus músculos estavam fracos, ficaram finos, isso porque eu não conseguia movimentar. Aí eu tive que fazer uma seqüência de fisioterapia para poder recuperar os músculos perdidos. Só que quando esfria o tempo, a perna dói. As duas? Não,

a esquerda tem a placa, aí dói mais. O que o teu estado atual implicará em limitações e/ou incapacidade? Com as alterações de movimentos, tenho dificuldade para caminhar, e quanto à prótese da perna E não vai sair mais. Quanto ao revestimento cutâneo-mucoso, apresenta cicatrizes de cirurgias anteriores em ambas as pernas; sem drenos, sondas ou catéteres. Visão e audição boa. Tem algum tipo de alergia? Sim. Quais? Lã.

Em matéria de alimentos e remédios não tenho alergia.

SINAIS VITAIS - PA - 12 X 8 mmHg, P - 88 bpm, R - 20 mpm, T - 36

Demais aparelhos sem problemas. Ao terminar o exame físico lhe falei: agora vou te deixar descansar e à tarde, antes de subires para o centro cirúrgico, estarei aqui novamente, tenta dormir um pouco para relaxar. Tcháu, até à tarde. Até à tarde.

TERCEIRO CONTATO: 24-10-95 - TARDE - Ao chegar na unidade de internação às 14:00 horas, fui checar no prontuário para ver se todos os procedimentos pré-operatórios tinham sido realizados e anotados. Certifiquei-me de que realmente a lavagem intestinal tinha sido feita, a medicação pré anestésica também e só estava faltando a tricotomia, que é de rotina ser realizada até duas horas antes do cliente ser encaminhado para o centro cirúrgico. Dirigi-me ao quarto, e lá chegando, o cliente estava conversando com seu colega. Dei boa tarde para todos e em seguida comecei com os meus questionamentos novamente.

Como estás? Estou bem tranquilo, não quero nem pensar nas experiências anteriores. Muito bem, vamos pensar positivo e que tudo vai dar certo. Alguém já veio fazer a tricotomia? Ainda não, mas a enfermeira já esteve aqui e falou que em seguida irão fazer. Acabamos de falar e o técnico de enfermagem chegou para dar continuidade aos preparativos. Então falei: vou até o centro cirúrgico para confirmar se realmente a sua cirurgia vai sair às 16:00hs. Minha saída do quarto foi mais para que o cliente interno e o externo de uma maneira ou de outra pudessem interagir espontaneamente sem ferir suas identidades, culturas e costumes e a minha presença poderia interferir na interação, entre ambos.

ESTADO EMOCIONAL - Como estás te sentindo no hospital? Pra mim está tudo legal. Qual a interferência do seu estado nas suas interações interpessoais e sociais? Acho que já sou amigo de todos. Só não há maior relacionamento com outras pessoas porque eu tenho este problema, mas estou com fé que vou me recuperar, quanto ao resto não tenho nada a temer.

COMUNICAÇÃO E MEDO - Cliente externo interagindo de maneira significativa com a sua hospitalização, mas, de uma forma ou outra, apesar de comunicativo, apresentava-se com medo. Tens medo de alguma coisa que aconteça contigo? De perder a perna, esta é a preocupação maior. Como o cliente, apresentava-se ansioso, tínhamos que selecionar meios para atingir a conformidade em busca da satisfação. Neste sentido este era o momento, ideal para questioná-lo quanto ao que segue.

CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO EXPRESSA SOBRE SAUDE, PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO, PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - Quando vieram te raspar e dar banho, falaram para ti porque estavam fazendo aquilo? Te orientaram alguma coisa? A raspagem da perna, para fazer a operação, e quanto ao banho, para ir limpinho, porque pode infectar outra pessoa. Vai infectar a tua cirurgia também. É, isto é. Fui sozinho tomar banho. Agora tomei o comprimido e o enfermeiro disse para ficar deitado. Com a identificação dos problemas fizemos as devidas orientações e podíamos perceber que tudo o que lhe era informado era bem assimilado. Como estás te sentindo neste tempo que antecede a cirurgia? Estou calmo, pois já passei por isso, mas no momento em que estou sozinho, penso nesse problema. Olha, daqui um pouco nós vamos para o centro cirúrgico e quando terminar a cirurgia todo esse problema estará solucionado. Acho que isto que me falaste agora é uma verdade.

EXPECTATIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM - Quanto à expectativa da assistência prestada ao cliente, eu me perguntei: De que forma podemos estabelecer a interação enfermeiro/cliente? Esta interação se tornou muito forte porque quando o cliente externo diz que quando está sozinho começa a pensar em seus problemas é porque o mesmo sente a nossa falta. Isto fica evidente também quando ele diz que todos foram ótimos, excelentes, todo mundo está me tratando bem. Sempre vem alguém conversar comigo.

CUIDADOS PRESTADOS - A participação do cliente na tomada de decisão influencia quanto às

ações deliberativas ao seu tratamento. O cliente se sente importante e sua ajuda facilitará nos cuidados a ele prestados a nível de: fazer, auxiliar, orientar, supervisionar e o encaminhar. Neste sentido, tudo o que até este momento tinha sido realizado junto ao cliente teve sua participação e suas opiniões eram aceitas.

Já está tudo pronto, agora vamos aguardar o centro cirúrgico mandar buscá-lo. Esta espera parece uma eternidade. Lá em Tubarão, na primeira cirurgia, eu fiquei no centro cirúrgico esperando bastante, porque ninguém sabia dizer a hora da cirurgia. Mas aqui já sabes que está marcada para as 16:00 hs, e está faltando exatamente 20 minutos. Então comecei a lhe explicar como seria o transporte. Quando o maqueiro vier buscá-lo, trará uma camisola, que é a roupa apropriada para a pessoa que vai operar; tens que tirar a zorba, porque lá se usa muitos aparelhos elétricos e isto pode lhe causar queimaduras. O trajeto é o mesmo que fizemos no dia da tua internação, só que o centro cirúrgico fica no terceiro andar. O maqueiro chegou, foi quando lhe falei: vou subir na sua frente para trocar de roupa e te aguardo lá. Após ter sido orientado quanto ao pré-operatório, inicia-se aí o quarto contato.

QUARTO CONTATO: 24-10-95 - TARDE - Ao iniciar a prescrição para o trans-operatório, já conhecíamos todos os problemas referidos pelo cliente, assim sendo a prescrição para este período deve ser elaborada para diminuir sua ansiedade.

FASE II

PRESCRIÇÃO PARA O TRANS-OPERATÓRIO

PARTE A

I APÓS A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA - Orientado quanto ao transporte, cirurgia, anestesia e SRPA. Como problema apresentado, medo de perder a perna.

II APÓS A ENTRADA NO CENTRO CIRÚRGICO - Acompanhamento, observação, orientação quanto aos procedimentos. Deixando cliente tranquilo.

III RECEBIMENTO NO CENTRO CIRÚRGICO - Cliente chegou ao centro cirúrgico às 16:00 horas do dia - 24/10/95, sonolento.

ESTADO EMOCIONAL, COMUNICAÇÃO E MEDO - Alguma preocupação ou medo? Não, porque esta cirurgia que vou fazer aqui neste hospital já é a quarta, então a gente se acostuma. Na primeira cirurgia a pessoa vai com medo e preocupação, nas outras, a gente já tem mais conhecimento do que vai ser feito.

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM - Sem intercorrências.

PARTE B

EVOLUÇÃO INTRA-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

ENTRADA NA SALA DE OPERAÇÃO - As 16:10 hs, acomodando-se o cliente na mesa e dando-se, assim, o início da anestesia às 16:15 hs, raqui-anestesia. Posição na indução anestésica - decúbito lateral E., anestésicos usados - marcaina pesada. Logo após, teve início a cirurgia, isto é, às 16:45 hs, permanecendo o cliente na posição decúbito lateral E., durante o ato anestésico/cirúrgico. Fez RX de fêmur, 2 posés. Tendo com grau de risco: ASA 2 e potencial de contaminação: contaminada. Localização de materiais e equipamentos eletrodos - tórax; placa neutra - coxa E.; abocath 18 braço E.; anti-séptico usado - PVPI. Término da cirurgia às 17:20, sem intercorrências da anestesia às 17:30. Saída da sala de operação: acordado, dreno de sucção MID, soro glicosado s.g. 5% + soro fisiológico 0,9%. Curativo simples + aparelho gessado e enfaixamento com atadura de crepom. Aspecto do local da placa de bisturi, da região dorsal, dos eletrodos, das infusões sem problemas e sem presença de hematomas. Coloração da pele normal.

QUINTO CONTATO: 24-10-95 - TARDE

PARTE C

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - Data - 24/10/95, raqui-anestesia, sem ocorrências em S.O.. Cirurgia: tratamento cirúrgico de osteomielite de fêmur D. + limpeza; clínica ortopédica; nome XXXX; registro YYYYYY; idade 22 anos; peso 66,5 quilos; refere alergias à lã; não tem patologias associadas, nem faz uso de medicação.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - Vomitou várias vezes, medicado com anti-hemético, orientado para permanecer deitado e com a cabeça para o lado. Sinais vitais variaram de: temperatura de 36 a 36,3 °C, respiração de 20 a 22 mpm, pulso de 74 a 84 bpm e pressão arterial de 9 x 6 a

11 x 7 mmHg,

Índice de Aldrete e Kroulik na chegada à sala em 8 e saída em 10. Durante todo o período teve ganhos de 3000ml e perdas de 1500 ml. Foi aquecido com cobertores. Cliente permaneceu na SRPA 1:15 horas, sem intercorrências.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - Observar vômito, movimentação membros inferiores, irrigação contínua e incisão.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - Cliente vomitou 3 vezes, medicado conforme prescrição; está com irrigação contínua, dreno de sucção; fluidoterapia; curativo simples e com tala gessada. Em condições de alta da SRPA. Cliente encaminhado à unidade de internação, não havendo no trajeto intercorrências. Na unidade de internação foi recebido pela técnica de enfermagem que nos acompanhou até o leito. Realizado a troca da manta para o leito e em seguida foi observada irrigação contínua, coloração do líquido, local da fluidoterapia e curativo. Passado plantão das intercorrências durante o trans-operatório e sala de recuperação pós-anestésica.

SEXTO CONTATO 25-10-95, SÉTIMO CONTATO: 26-10-95, OITAVO CONTATO: 27-10-95 - Todos à tarde com a continuação da FASE III - visita pós operatória - entrevista com cliente e família - exame físico. - percepção do enfermeiro - início das orientações para o pós alta.

FASE III

VISITA PÓS-OPERATÓRIA

I ENTREVISTA COM PACIENTE/FAMÍLIA - Ao chegar na unidade, cliente estava acordado e controlando a irrigação contínua. Boa tarde. Como passou a noite? Passei bem. O que estás fazendo? Estou controlando o soro. A respeito disso aí, tem vezes em que a moça da enfermagem está muito ocupada, aí eu peço para fazer o serviço, porque eu sei, eu entendo o serviço dela, que elas não podem ficar muito tempo só servindo um paciente, aí eu pedi para deixar um pouco de soro aqui, porque isso aí é só tirar daí e colocar aqui. É coisa simples. Agora como estás te sentindo? A preocupação com a perna já passou, agora é só esperar para ir embora.

OPINIÃO DO PACIENTE QUANTO A ASSISTÊNCIA PERIOPERATORIA - Como é que foi o transporte para o centro cirúrgico? Foi tudo numa boa, tudo legal, conversaram comigo sobre algumas coisas que eu estava em dúvida. Tudo direitinho. Tudo que perguntava era respondido. Lembra quem te recebeu no CC? Foi você e a outra enfermeira que me receberam na porta do CC. Foi tudo normal, todo mundo me aceitou, não tive nenhum preconceito de nada. Ninguém me rejeitou em nada. Entrei numa boa. A pessoa que me recebeu no CC, com exceção de ti, não disse nada - ela falou seu nome? Não. Ela perguntou alguma coisa para ti? Perguntou se eu estava entendendo que ia sair a cirurgia, aí eu disse que já sabia o que ia ser feito porque o enfermeiro e o meu médico já tinham me explicado tudo o que eu queria saber. Na sala de cirurgia tinha um homem sentado e o anestesista disse que era o Dr. Z, que iria me operar. Mas estava meio esquisito, completamente diferente, não sei se é porque a pessoa conversa com a gente e depois coloca toda aquela roupa e já muda a fisionomia. Ele estava muito calmo, desanimado da vida, sei lá. Eu que ia passar pela cirurgia e ele que estava mais desanimado - era ele sim - eu perguntei o meu médico tá aí? Porque eu não achei que ele era médico, porque, das outras vezes, o Dr. que me operou brincava com a gente, descontraía e aqui ele se vestiu todo de verde, ficou sentado, só observando e aí eu perguntei, o Dr. Z já chegou? E aí o anestesista disse: o Dr. Z é aquele ali, então eu fiquei mesmo assim... desanimado. Ele estava sentado porque já estava pronto para iniciar a tua cirurgia, por isso que ele não se levantou, pois depois que ele coloca aquela roupa, ninguém pode tocar nele, pois se assim o fizerem contaminam a sua roupa e ele vai ter que iniciar tudo de novo e isto vai atrasar a cirurgia. Na sala de cirurgia, além do anestesista, alguém mais conversou contigo? As enfermeiras brincaram comigo para me deixar descontraído. Alguma coisa te chamou atenção? Não, porque eu já tinha visto nas outras cirurgias. Desta forma podemos perceber a maneira pela qual o cliente interagiu com os membros da equipe cirúrgica e com o seu meio ambiente.

A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA CONTRIBUIU PARA A DIMINUIÇÃO DE SUA ANSIEDADE/TENSÃO EMOCIONAL - Não debes deixar o teu relógio aí pendurado. Eu quase não durmo, eu deixo assim porque eu tenho que controlar aqui, né? (apontando para a perna). Observar a representatividade do seu poder de tomada de decisão no seu tratamento, que é manifestada quando o cliente percebe a presença de um ponto vermelho próximo à incisão,

neste sentido o cliente apresenta-se preocupado e o vê como problema. Isto se reflete na sua expectativa de vida. Já estou levantando sem ajuda. Isto demonstra que o cliente está buscando alternativas para a sua satisfação. Sente necessidade de se expressar, mostrando-nos mínimos detalhes de que está melhorando, quando relata que: não teve mais um problema, apenas estava pensando no detalhe, que vomitei muito, não sei porque. Lá em cima, umas 3 vezes, e, aqui, umas 5, não sei porque isto. Nas outras cirurgias não aconteceu isto, não entendi isso aí. Tomaste água? Não, pode ser um efeito colateral da anestesia. Eu estranhei porque nunca tinha acontecido isto comigo. Mas já passou, o importante é que agora estou bem. De que maneira o primeiro contato contribuiu para a tua assistência? Ajudou bastante, me tranquilizou, me deixaste mais calmo. eu não conheço este hospital, a pessoa vem pra cá e não conhece nada, não sabe o que fazer, pra onde vai e aí conversa com uma pessoa que possa confiar. Depois deste depoimento podemos buscar subsídios de tal forma para detectar, validar, estabelecer, selecionar e priorizar objetivos e ações para implementá-los e solucioná-los com prioridade. Isto ficou bem transparente quando o cliente diz que não tem nenhuma queixa a fazer da assistência, dizendo que nunca mais vai ser recebido assim.

QUEIXAS DA ASSISTÊNCIA - De que maneira tu avalias a assistência de enfermagem prestada na sua recuperação? Quando eu estava vomitando, ficaram ao meu lado, me orientando que eu não deveria levantar muito a cabeça. Só vomitar e voltar a posição normal. Quando eu levantava a cabeça, eu vomitava. Estranharam isto. Lembras na hora que entraste na sala de cirurgia? Lembro. Como foi? Lembro que o pessoal já estava me esperando lá. os equipamentos que iam utilizar já estavam tudo certinho. Aí me deram uma injeção no braço junto com o soro. Quando voltei para o quarto, já estava acordadinho. Neste momento podemos verificar a forma de buscar atributos para que o cliente possa conviver, interagir e relacionar-se com esta agressão, ao questioná-lo sobre a assistência nesse hospital. Foi excelente. Em relação as cirurgias, de que maneira tu avalias o meio ambiente? Nesta cirurgia, pois só o fato de tu estares todo o tempo ao meu lado me deixaste bastante a vontade e tiraste todas as minhas dúvidas que tinham ficado das outras vezes. Como te sentes aqui neste hospital? Eu gosto mais daqui do que quando fiquei internado nos outros, parece mais animado, converso com as pessoas, brinco e isto deixa a pessoa mais contente; não é como naquele hospital em que os enfermeiros vem e fazem a injeção e saem e ficam sem falar nada com a pessoa. Eu também estranhei uma coisa, aqui não fazem injeção nem na pele nem no músculo, nada, porque no outro hospital era injeção no músculo, na veia e isso deixava a pessoa deprimida, o estado emocional ficava diferente. Outra coisa que achei importante são as copeiras. Lá colocavam a mesinha aqui do lado e eu não conseguia mexer nada. Colocavam a marmitta pra pessoa comer e aí eu pegava a colher com a comida e quando chegava na boca caía tudo e comia meio grãozinho de arroz e aí eu ia perdendo peso. Como avalia esta nossa relação, durante todo o tempo aqui no hospital, e a minha posição em relação a status social, economia, e ao seu estilo de vida? Eu vejo que você está querendo me tranquilizar mais, fazer um gesto bom para mim, não querendo me deixar preocupado. E em relação às pessoas, teus amigos, parentes? Meu pensamento é que eles se esforcem para me ajudar porque meu estado era crítico. Já que elas querem te ajudar, como é que elas desempenham este papel frente a tua pessoa? Elas se preocupam comigo, mas também não se preocupam demais, tem que ter um certo limite para a preocupação, porque se for demais acabam me desanimando. Às vezes chega um e diz: "coitado" sofreu acidente, quebrou a perna e está sofrendo até hoje. Fico irritado com isto. Como é que tu cuidas de tua saúde? Eu faço o máximo para não cair de novo no hospital. Não bebo, não fumo, quero me conservar e aproveitar a vida, mas primeiro tenho que me recuperar disso aí (osteomielite). Hoje, aqui no hospital, existe alguma coisa que te preocupa e gostarias de falar, por exemplo: saudades da família? Não, sobre isso aí não, deixa comigo. Hoje, dentro da tua família, como te sentes como autoridade para tomar alguma decisão? Eu gosto muito de orientar as pessoas, passar para elas o que está acontecendo comigo. Porque antes do acidente eu gostava muito de fazer festa, tomar umas e outras e depois do acidente tudo isto se tornou um pesadelo e sempre falo para os meus colegas: vocês querem se divertir, mas tem um limite que você tem que parar. Não bebam demais, porque senão vocês podem se ferrar igual a eu, exagerei demais e agora me arrependo, só que é tarde demais para se arrepender. E estas pessoas são importantes para ti agora? São pessoas muito legais, só que não têm tempo pra me visitar,

não têm tempo pra chegar e conversar comigo como eu estou agora, pois todos são trabalhadores.

Hoje as coisas importantes que tens que fazer, como é que poderiam ser tocadas lá em Laguna? Só tenho um problema para resolver em Laguna e como estou aqui não posso resolver, aí eu fico muito preocupado com isso. E quando tu tens um problema e não podes resolver, como é que tu fazes? Eu tenho que falar com um amigo meu para dar uma segurada até eu voltar para resolver. Tens alguma coisa que a gente não conversou até agora e que tu gostarias de falar ou perguntar? Não, a gente já conversou bastante, você foi bem legal, me animou, mas a pessoa tem que se abrir um pouco, porque às vezes a gente quer se abrir e não tem a pessoa certa. Antes do acidente, praticavas algum esporte? Adorava correr, porque eu estava pretendendo fazer um concurso, aí eu costumava correr para poder fazer. Se passasse no teste escrito, depois tinha o teste físico e para isso tinha que estar com o corpo perfeito, aí eu fazia este esporte, gostava de andar de bicicleta também. Quando vieste para cá, vieste sozinho? Sim. A tua família toda ficou sabendo? Sim, primeiro orientei eles certinho que se eu precisasse de alguma coisa eu ligaria para eles dizendo o que estava precisando. E quando tiveres alta? Aí eu vou ligar para o meu cunhado e ele vai providenciar um carro para me buscar.

II EXAME FÍSICO - SINAIS VITAIS P - 84 bpm, PA - 11 X 6 mmHg, R - 22 mpm, T - 36.5 °
C - Com presença de dreno de sucção na coxa D. nos primeiros dias de pós-operatório, sem queimaduras, lesões e hematomas nos locais dos equipamentos na hora da cirurgia. Demais partes e sistemas sem problemas.

INCISÃO CIRÚRGICA (CURATIVO, PRESENÇA DE SECREÇÃO, SENSÇÃO DOLOROSA) - Eu queria que o médico desse uma olhadinha para ver se está tudo bem. Onde foi feita a cirurgia não é bom mexer muito, pois quanto mais mexe, mais risco de infeccionar. Quando o médico estiver fazendo o curativo, tu olhas bem para poder me dizer como é que está. Retirado dreno no dia 27/10/95, incisão sem problemas. Apresenta um ponto vermelho próximo a incisão.

III PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO - Tratamento cirurgico bem sucedido, cliente bem, orientado, estado geral bom, provável alta hospitalar, fez antibioticoterapia por 5 dias. Assimilando bem todas as orientações.

NONO CONTATO : 28-10-95 - MANHÃ

IV ORIENTAÇÕES PARA A ALTA VERBAL OU POR ESCRITO - Que mais tu gostaria de saber sobre o teu problema? Eu gostaria de ter certeza que iria ser curado disso. A tendência é melhorar, se fizeres o tratamento correto. E quando tiveres alta tomar os remédios prescritos e fazer certo a fisioterapia. Trocar curativo. Se sentir algum sintoma como febre, dor, ficar vermelho, endurecer o local, procurar assistência logo. Não deixar ninguém mexer no local, sem lavar as mãos e calçar luvas. Aqui está um folheto com todas as orientações sobre o risco de infecção que eu já te falei, aí também tem o telefone lá da minha sala. Boa sorte e boa viagem.

DÉCIMO CONTATO : 12-11-95 TARDE - Fiz a primeira ligação as 14:30 hs e falei com sua irmã, porque na sua residência não tem telefone.

Boa tarde, quem está falando é o Enfermeiro Ruvani, de Florianópolis. Preciso falar com o Ronaldo para saber como ele está. Será possível você chamar? Sim, o senhor desliga e liga daqui uns 5 minutos que eu vou lá na casa dele chamá-lo. Está bem. As 14:45 hs liguei novamente e ele já estava me aguardando. Boa tarde, como estás? Estou bem! E o local da cirurgia? Está cicatrizando muito bem. Não sinto mais nada, estou seguindo as orientações bem certinho como me orientaste. Então está bem, daqui uns 15 dias eu te ligo novamente, mas se precisares de alguma coisa, podes me ligar. Tá bom. Tcháu. Tcháu e obrigado por me ligar.

DÉCIMO PRIMEIRO CONTATO : 28-11-95 TARDE - Fiz nova ligação, mas não consegui falar com ele, porque tinha viajado, mas a irmã disse que estava tudo bem, tinha a cicatrização perfeita. Agradei-lhe e desliguei.