



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MELISSA RODRIGUES DE LARA

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
PROCESSO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: competências para
atuação.

Guarulhos
2010

MELISSA RODRIGUES DE LARA

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
PROCESSO ANESTÉSICO CIRÚRGICO: competências para
atuação.

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Querido
Avelar

Guarulhos
2010

L318s Lara, Melissa Rodrigues de
Sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico cirúrgico: competências para atuação / Melissa Rodrigues de Lara. Guarulhos, 2010.
169 f.; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, 2010.
Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Querido Avelar
Bibliografia: f. 136-143.

1. Centro Cirúrgico 2. Enfermagem 3. Anestesia I. Sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico cirúrgico: competências para atuação. II. Universidade Guarulhos.

CDD 22st 617.967

Ficha catalográfica elaborada pela Coordenação da
Biblioteca Fernando Gay da Fonseca

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO ANESTÉSICO CIRÚRGICO – (SAEPAC): competência para atuação do enfermeiro”, em sessão pública realizada em 21 de Setembro de 2010, considerou a candidata *Melissa Rodrigues de Lara* aprovada.

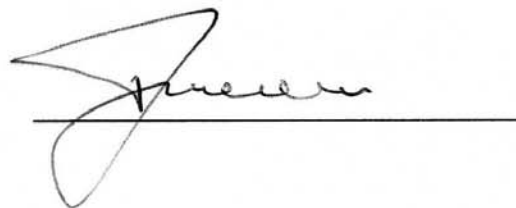
1. Profa. Dra. Maria do Carmo Querido Avelar



2. Profa. Dra. Aparecida de Cássia Giane Peniche



3. Profa. Dra. Tâmara Iwanow Cianciarullo



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

À minha amada e admirada mãe Maria Luiza, fonte de inspiração eterna, meu apoio, meu norte, que com seu amor me supriu de energia e forças para transgredir essa trajetória. Você foi meu alento, com seu apoio pude me reerguer por diversas vezes, mesmo quando o cansaço e desânimo eram intensos. Por você tive o desejo de prosseguir e a certeza de que o amor é o alimento da alma... Amor materno é algo divino!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Alexandre, que entrou inesperadamente em minha vida me fazendo acreditar novamente no amor, me incentivando com suas palavras de otimismo as quais me reergueram frente às adversidades. Os momentos ruins foram suaves ao seu lado.

À minha amiga Márcia Simoni que com sua sabedoria me guiou nesse momento de vida, a sua ajuda expressiva trouxeram me grandes contribuições. Você foi amiga e inspiradora.

Agradeço meus irmãos Nielsen e Josiane que com seu carinho e amor me impulsionaram a perseverar.

Ao meu pai Benil, que me forneceu a chance de viver, que Deus ilumine seus caminhos! (in memoriam).

AGRADECIMENTO

Ao meu bom Deus , presente em minha vida. Equilibrou-me nas horas em que mais fraquejei, deu-me acalento e carregou-me em seus braços... E assim, pude prosseguir.

À Prof^a Dr^a Maria do Carmo Querido Avelar, que me acolheu e orientou-me nesta trajetória, com sua disponibilidade, conhecimento e paciência em todo meu processo acadêmico.

Às amigas Cláudia , Helena e Gabriela minhas queridas amigas. As sensíveis escutas foram-me muito importante nos momentos difíceis.

Aos meus alunos , pelo incentivo e pelas alegrias que me propiciaram durante esse período, que me fizeram ganhar forças e acreditar que a arte da docência vale a pena.

Aos docentes da Universidade de Guarulhos. O meu sincero agradecimento.

E a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram na realização deste projeto de vida.

Todo efeito tem uma causa. Todo efeito inteligente tem uma causa inteligente. O poder da causa inteligente está na razão da grandeza do efeito.

(Allan Kardec)

RESUMO

LARA, M. R. **Sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico cirúrgico: competências para atuação**. Guarulhos, 2010. 169p. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Guarulhos. Guarulhos, 2010.

A partir da década de 60 houve uma expansão na atuação do Enfermeiro; o paciente passa a ser o foco central. A AORN propôs por sua vez a unificação nos padrões mundiais de atendimento, estabelecendo o SAEP. A demanda relativa ao número de procedimentos cirúrgicos e a evolução da tecnologia conduziram o Enfermeiro a assumir atribuições gerenciais de recursos, resultando na delegação de suas funções assistenciais a outros profissionais de níveis técnicos. O SAEP configura-se como uma ferramenta de raciocínio clínico que favorece a visibilidade do Enfermeiro, que atende as fases pré, trans e pós-operatória. O paciente durante essas fases encontra-se a mercê dos profissionais da equipe cirúrgica, portanto necessitando de uma atenção diferenciada e específica para cada momento deste processo. No atendimento transoperatório insere-se a fase do processo anestésico-cirúrgico. Em muitos países do Mundo a atenção específica nesta fase é realizada por Enfermeiros especialistas em anestesia, prática não realizada no Brasil. O objetivo deste estudo foi identificar e analisar, à luz da visão sistêmica numa abordagem sócio-técnica estruturada, as competências imprescindíveis do Enfermeiro para atuação no processo anestésico-cirúrgico, sendo uma proposta de verticalização e aprofundamento dos conhecimentos específicos exigidos dos profissionais ao executar o SAEP, mais propriamente ao que tange a fase transoperatória. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital de médio porte, privado, geral, da região central de SP. Os protagonistas foram Enfermeiros do C.C. 15(100%). A pesquisa iniciou-se após a aprovação do CEP e foi aplicado entrevista semi-estruturada no período de fevereiro à março de 2010. Para interpretação dos dados foi aplicado o método de análise de conteúdo proposto por Minayo. Do conteúdo observou-se a predominância de profissionais com 6 a 15 anos de formação 4(26,77%) sendo estes 12(80%) Especialistas em Centro Cirúrgico. Da análise dos núcleos de compreensão do estudo emergiram as categorias que sob o referencial de teórico de análise – o Sistema sócio-técnico estruturado sobressaiu as competências: Tecnológico Capacitação profissional específica; Psicossocial – Visão holística/Humanística; Valores e Metas – Práxis e autonomia profissional; Administrativo – gestão da qualidade; Estrutura – Trabalho em equipe. Traduzindo o conjunto de conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer), atitudes (saber ser) que mobilizados e articulados trouxeram à tona as discussões acerca da expansão da especialidade a fim de melhor assistir o paciente no processo anestésico cirúrgico.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico, Enfermagem, Anestesia.

ABSTRACT

LARA, M. R. **System for nursing care of the anesthetics-surgical procedure: skills** Guarulhos, 2010. 169p. Master's thesis submitted to the University Guarulhos. Guarulhos, 2010.

From the 60's there was an expansion in the nurse's performance; the patient becomes the central focus. The AORN (Association of Perioperative Registered Nurses) proposed the unification in the global care patterns, establishing the SAEP (in Portuguese). The demand on the number of surgical procedures and the development in technology have led the nurse to assume managerial resources responsibilities, resulting in the delegation of their duties of care to others of technical levels. The SAEP is configured as a tool for clinical reasoning that supports the nurse's visibility, meets the pre, during and after surgery. The patient during this phase is at the mercy of the professional surgical team, thus requiring a special and specific attention for every moment of this process. The perioperative care is part of the surgical-anesthetic procedure. In many countries of the world the specific attention in this phase is performed by nurses specialized in anesthesia, a practice not performed in Brazil. The aim of this study was to identify and analyze the light of a systemic vision of socio-technical approach, the nurse's skills performance in the System for Nursing Care of the anesthetics - surgical procedure being a proposal for deepening and vertical integration and expertise of professionals required to execute the SAEP (in Portuguese), more specifically in relation to the intraoperative phase. This is a descriptive qualitative approach, developed in a medium-sized private hospital, general, of the central region of São Paulo. The protagonists were nurses of Surgical Center 15 (100%). The search began after the approval of the CEP and a semi-structured interview was applied from February to March 2010. For interpretation of data the method of content analysis proposed by Minayo was applied. From the content it was observed the predominance of professionals from 6 to 15 years of formation 4 (26.77%) being these 12 (80%) Specialists in the Surgical Center. The Analysis of nuclei of understanding the study categories that emerged under the reference of theoretical analysis of the socio-technical system structured highlights the skills: Technological -specific vocational training; Psychosocial - holistic / humanistic Vision, values and goals - Praxis professional autonomy, - Patient Safety; Administrative – manager for quality; Structure - Teamwork. Translating the set of knowledge (wisdom), skills (know how), attitudes (how to be) that mobilized and articulated brought up discussions about the expansion of the specialty in order to better assist the patient in the surgical anesthetic procedure.

Keywords: Surgery Center, Perioperative Nursing, Anesthesia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Modelo Adaptado: Tríade de Autoridade de Kast e Rosenzweig (1976).....62

Ilustração 2 – Modelo Adaptado: Sistema sócio-técnico estruturado de Kast e Rosenzweig ao Sistema de Assistência de Enfermagem no Processo Anestésico cirúrgico - SAEPAC.....64

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Caracterização dos protagonistas do estudo. São Paulo, 2010.....	81
QUADRO 1 – Unidades de registro derivados do contexto do cenário	83-86
QUADRO 2 – Núcleos de compreensão derivados das unidades de registro.....	87-88
QUADRO 3 – Classificação dos temas baseados nos subsistemas do Sistema sócio-técnico estruturado.....	90
QUADRO 4 – Categorias como competências conforme referencial de análise: sistema sócio-técnico estruturado.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS

SAEPAC	Sistema de Assistência de Enfermagem no processo anestésico cirúrgico.
AORN	Association of Perioperative Registered Nurses (Associação de Enfermeiros Perioperatórios registrados).
SAEP	Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória
SOBECC	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação pós-anestésica e Central de Materiais e Esterilização.
EUA	Estados Unidos da América.
ANA	National Association of Nurse Anesthetists Associação Nacional de Enfermeiras Anestesistas
AANA	National Association of Nurse Anesthetists Associação Americana de Enfermeiras Anestesistas
IFN	Federação Internacional de Enfermeiras Anestesistas
ICN	Conselho Internacional de Enfermagem
CRNA	Certified Registered Nurse Anesthetists Certificado de registro de Enfermeira Anestesista
S.O	Sala de operações
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem
PNDS	Perioperative Nursing Data Set Conjunto de dados de Enfermagem Perioperatória
NIC	Nursing Intervention Classification Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Nursing Outcome Classification Classificação de resultados de Enfermagem
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms Nomenclatura Sistematizada de termos clínicos médicos

SUMÁRIO

1 A CONSTRUÇÃO DO CENÁRIO E AS INQUIETAÇÕES DA PESQUISADORA	14
1.1 Introdução	15
1.2 Contexto histórico.....	17
1.3 A Enfermagem e a unidade de Centro Cirúrgico.....	21
1.4 A prática da Enfermagem em anestesia.....	26
1.5 Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): um resgate conceitual.....	30
1.6 O cuidar e a Tecnologia	39
1.7 A Problematização do Objeto de estudo: reflexões e questionamentos	41
2 TÔNUS TEÓRICO: aproximações necessárias.....	43
2.1 Competências do Enfermeiro de Centro Cirúrgico	44
3 REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE	51
3.1 Teoria Geral dos Sistemas	52
3.2 O sistema sociotécnico- estruturado e a visão de organização do Hospital	58
3.2.1 Subsistema – Tecnologia	60
3.2.2 Subsistema – Estrutura	61
3.2.3 Subsistema – Psicossocial	63
3.2.4 Subsistema – Administrativo	64
3.2.5 Subsistema – Metas e Valores.....	64
4 OBJETIVO DO ESTUDO	66
4.1 Objetivo Geral.....	67
5 O PERCURSO METODOLÓGICO	68
5.1 A pesquisa qualitativa.....	69
5.2 O cenário escolhido	70
5.2.1 Protagonistas do estudo.....	70
5.2.2 Estratégias para se adentrar ao cenário	71
5.3 Instrumentos de coleta das informações.....	72
5.3.1 Entrevista semi-estruturada.....	72
5.4 Comitê de Ética	73

5.5 Análise de Conteúdo	74
5.5.1 Organização do material	75
6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS DA PESQUISA	78
6.1 Caracterização dos protagonistas do estudo: implicações para a prática da Enfermagem.....	79
6.2 Núcleos de compreensão do texto	88
6.3 Análise associativa dos núcleos de compreensão e o sistema sócio-técnico estruturado de Kast e Rosenzweig.....	89
6.4 Categorias representativas da percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico	90
7 DISCUSSÃO	92
8 CONCLUSÃO	127
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICES	144
APÊNDICE A – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Informações Parte I: Perfil dos Protagonistas	
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Informações Parte II: Questões Norteadoras do Cenário	
APÊNDICE D – Transcrição das Entrevistas	
ANEXO	165
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	

*1 A CONSTRUÇÃO DO CENÁRIO E AS INQUIETAÇÕES
DA PESQUISADORA*

1.1 Introdução

Como Enfermeira em atuação no centro cirúrgico tive a oportunidade de integrar uma equipe de Médicos Anestesiologistas, voltada ao desenvolvimento dos processos anestésico- cirúrgicos, como experiência ímpar em relação à possibilidade de reflexão à respeito da atuação do enfermeiro de Centro Cirúrgico. Há anos nesta função fui despertada para a questão do cuidar, que é algo que senti no distanciamento como Enfermeira de Centro Cirúrgico.

Na fase de atuação profissional como Enfermeira líder da equipe de anestesia, pude acompanhar mais diretamente todos os pacientes que eram encaminhados ao Centro Cirúrgico, junto à equipe de Anestesiologistas na fase perioperatória, desde as visitas pré-operatórias, o recebimento do paciente em Sala Operatória, o período transoperatório e por fim seu acompanhamento na sala de Recuperação pós- anestésica até sua alta para o setor de internação ou domicílio, atuação determinada pelo Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), atributos intrínsecos e exclusivos do Enfermeiro.

Durante o período transoperatório pude realizar procedimentos pertinentes a atuação perioperatória do Enfermeiro, tais como preparo e posicionamento do paciente na mesa de operações para melhor visualização do procedimento no campo cirúrgico e conforto do paciente no pós- operatório; acompanhamento do restabelecimento na fase pós- operatória. Somam-se também os cuidados invasivos como as punções venosas e arteriais; monitorização cardíaca, de sinais vitais, assim como procedimentos para ajudar na indução anestésica, realizada pelo Anestesiologista. Nestes procedimentos incluíam-se o auxílio à intubação orotraqueal, a ventilação mecânica e a regulagem e controle de gases anestésicos, oxigênio e óxido nitroso no equipamento de anestesia.

O preparo e administração de medicamentos sob a supervisão médica eram atribuídos conforme seqüência e necessidade do momento, procedimentos de cateterismo vesical, posicionamentos cirúrgicos e prevenção de riscos, assim como outros procedimentos assépticos na fase intra-operatória eram a mim confiados. Participava continuamente do acompanhamento durante todo o período cirúrgico,

como controle de sinais vitais, controle de parâmetros de saturação de oxigênio do ato operatório, gás carbônico, tudo devidamente e metodicamente controlado a fim de identificar possíveis alterações. As necessidades de analgesia eram detectadas e comunicadas ao Anestesiologista a fim de tomar medidas pertinentes ao quadro.

Mediante essa atuação pude perceber uma maior integração entre Enfermagem e Equipe Médica, não apenas Anestesiologistas, mas também Cirurgiões, que reconheciam a presença do Enfermeiro em sala operatória, e por ser uma prática não muito comum nos serviços de saúde, participavam nas orientações, nas necessidades de ações direcionando-me da melhor forma, contribuindo para o cuidar do paciente cirúrgico. Dessa forma pude sentir-me atuante no processo de cuidar, desenvolvendo integralmente o SAEP e não somente como administradora do cuidar. Papel esse exercido na função de Enfermeiro de Bloco Operatório.

Em sala de operações é percebida uma atuação da enfermagem apenas em nível técnico, ou seja, como responsável pela circulação de sala, provisão de materiais esterilizados à equipe cirúrgica; o auxílio ao anestesista durante o processo de preparo, indução anestésica- cirúrgica e o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico. No geral essas funções são executadas por técnicos de enfermagem os quais participam do processo de anestesia.

Em algumas instituições onde a filosofia e propriamente a falta de recursos financeiros e de gestão, influenciam a participação arbitrária de profissionais em nível técnico a executarem “auxílio à cirurgia”, exame físico, diagnóstico clínico, solicitação de exames e dispensa de pacientes, sem ter a supervisão de um profissional Enfermeiro ou médico, contribuem para o aumento de riscos e ações imprudentes ao paciente cirúrgico.

Em decorrência dessa prática o Enfermeiro passa à posição de elemento num segundo plano, não acompanhando o paciente nesse período transoperatório, o qual se apresenta com procedimentos muito complexos e responsabilidades muito amplas, o que determina a efetividade do resultado do processo operatório.

Desta forma torna-se preocupante a qualidade das práticas que são atribuídas aos auxiliares e técnicos de Enfermagem. O Enfermeiro de Centro Cirúrgico torna-se conivente com uma prática isenta de competências específicas para a atuação, perdendo seu espaço profissional.

1.2 Contexto histórico

O descobrimento das técnicas e práticas em anestesia foi um dos maiores avanços da medicina no século XIX, o qual resultou em transformações nos modelos de vida e qualidade da assistência médica da sociedade¹.

Desde os mais remotos tempos a dor havia sido o estigma trágico do homem e vencê-la era uma quimera considerada impossível de alcançar. Podemos qualificar as intervenções cirúrgicas feitas antes de 1842 como a luta para o cirurgião versus o problema do paciente. O descobrimento da anestesia é, sem dúvida, uma das maiores contribuições do homem civilizado para o bem-estar da humanidade².

Antes da era moderna, apenas poucas civilizações do mundo deixaram escrituras que relatam a tentativa de aliviar a dor durante os procedimentos cirúrgicos. Os chineses se beneficiavam com a milenar acupuntura, os Incas, da América do Sul, usufruíam da anestesia tópica, da excitação e do torpor pela mastigação das folhas de coca².

Na escola de Alexandria anterior a Discorides, utilizavam-se essas mesmas preparações para uso inalatório como “Esponja Soporífera”. Essa esponja era embebida em ópio, sucos de amoras amargas, eufórfio, merméndio, mondrágora, hera e sementes de cicuta, colocavam-se 28 g de cada substância, fervia-se e deixava-se evaporar, colocava-se a esponja em água fervendo. Para reverter esse processo aplicava-se água com vinagre³. Discorides utilizou o ópio como anestesia².

Na cultura ocidental, o conceito de que a dor é algo vindo de um Deus justo data dos primeiros dias do cristianismo, mas que pode até ser mais antigo. A palavra *poiné*, do antigo grego, tinha dois significados de pagar e punir. Dela deriva-se a palavra *pain*, do inglês, que tem os significados de dor e punição e também a palavra portuguesa *pena* (do latim *poena*), que tem o mesmo duplo sentido. O escritor Romano Celsus referiu em suas escritas a “falta de piedade” como características essenciais ao cirurgião, atitude que prevaleceu durante séculos².

O ato cirúrgico com uso de ferro em brasa para conter sangramento assim como o método de contenção à força eram técnicas desenvolvidas para que o doente permanecesse imóvel durante o ato cirúrgico².

Muitas descobertas no âmbito da história da anestesia contribuíram para que a Medicina possibilitasse seu desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos procedimentos cirúrgicos. Em 1722 Sheele na Suécia e Priestley na Inglaterra isolaram independentemente o “ar do fogo” e também o nitrogênio (ar flogisticado)².

Em 1757 Joseph Black descobriu o gás carbônico. Diante dessas descobertas Antoine Laurent Lavoisier concluiu o fenômeno da combustão, os corpos quando se queimam se oxidam, ganhando o ar oxigênio. Provou que a respiração era equivalente a combustão, pois o oxigênio inalado para dentro dos pulmões combinava-se com carbono e hidrogênio para produzir gás carbono e água, delineando o papel do gás carbônico na respiração².

O “óleo de vitriolo” descoberto pelo Árabe Jabir Ibn Hayam no século XVII teve a denominação, em 1792 por Frobenius de “Aether”².

Robert Boyle no século XVII reconheceu a produção de vácuo, J. B. Van Helmont identificou que gases diferentes compunham o ar atmosférico e tentou identificá-los. John Mayow no mesmo séc. demonstrou a fração do “ar do fogo” que alimenta o fogo e a vida, reconhecido atualmente com o Oxigênio². No início do século XVIII o médico George Stahl procurando explicar a combustão elaborou a “Teoria do Flogisto”³.

Essas teorias contribuíram para a evolução e entendimento da medicina na interpretação da inflamação, febre e a respiração foi entendida pelo objetivo de levar o “ar desflogisticado” ao interior do organismo e este então retiraria do sangue o flogisto liberado pelos alimentos².

Até o século XVIII os homens morriam por hemorragias e infecções dos tecidos humanos, os quais sem os cuidados adequados com métodos de controle de infecção provocavam a morte e muitas vezes a invalidez⁴.

Até a metade do século XIX as cirurgias eram realizadas de forma incipiente e a compreensão da fisiopatologia das doenças era extremamente rude, sem o contar com o descobrimento da origem bacteriana das infecções, da assepsia, do uso das luvas, dos aventais cirúrgicos e muito menos dos antibióticos⁴.

Os critérios para escolha de intervenções cirúrgicas estavam relacionados com os fatores de urgência e emergências dos casos, esses critérios eram estabelecidos para a escolha dos procedimentos. Os cirurgiões que possuíssem as habilidades de técnicas rápidas eram considerados os melhores. A sociedade tinha uma visão pela qual aquele que necessitasse de uma intervenção estaria fadado a vontade divina devido as altas taxas de mortalidade, da dor, da hemorragia e da infecção².

Horace Wells, um dentista da cidade de Hartford, ao assistir uma apresentação de um circo itinerante o qual utilizava o óxido nitroso como gás da alegria, percebeu que um dos integrantes desse grupo apresentou um ferimento na perna, mas não demonstrara sinal de dor. Mediante essa observação Wells solicitou ao dono do circo, Gardner Q. Colton, que repetisse essa demonstração em seu consultório, quando seu amigo Riggs extraísse um de seus dentes².

Wells contactou um de seus ex-estudantes William Thomas Green Morton, dentista e matriculado na Harvard Medical School em Boston para que juntos mostrassem ao mundo sua descoberta. Essa demonstração foi feita em um anfiteatro no Massachusetts Hospital para uma platéia incrédula, quando o

procedimento de anestesia foi um fiasco. Relatos referem que Wells voltou a sua cidade e a realizar as anestésias com éter, viciou-se em clorofórmio e suicidou-se².

Morton, após estudos em pacientes odontológicos, cães e gatos, possuía o domínio do óxido nitroso e as propriedades da anestesia tópica do éter, a qual aprendeu por intermédio de Charles T. Jackson, em 16 de outubro de 1846 Morton realizou no anfiteatro de Massachusetts General Hospital, diante do famoso cirurgião John Collins Warens, a primeira anestesia, em um paciente portador de uma tumoração do pescoço, utilizando uma engenhoca com um globo de vidro, onde ficava o líquido éter volátil, anexado a boca por uma cânula².

Diante desta evolução, muitos debates ao longo da história foram realizados para denominar o real descobridor da anestesia. Em 1849 Crawford Williasom Long médico da cidade de Jefferson, Geórgia, publicou com sete anos de atraso, sua primeira anestesia cirúrgica com o uso dos vapores do éter, realizada em 10 de março de 1842. Essa constatação não foi efetiva devido a não comprovação dessa descoberta².

Henry Hill Hichan, médico e cirurgião inglês, experimentava nos animais o óxido nitroso, solicitou autorização para o uso em humanos para a Royal Society e Associação Médica de Londres, sendo seu pedido negado e nunca evidenciado pela sociedade³.

A partir do século XIX com a introdução do conceito de anti-sepsia por Semmelweis e Lister, juntamente com os conceitos primitivos da epidemiologia, higiene, administração hospitalar, iniciadas por Florence Nightingale, possibilitaram o controle da infecção hospitalar, contribuindo para a evolução das técnicas cirúrgicas⁵.

Paralelo à anestesia geral desenvolveram-se as anestésias local, sedação, raquianestesia dentre outras. A anestesia geral chegou ao Brasil em 1847, no Hospital Militar do Rio de Janeiro pelo Dr. Roberto Jorge Haddock Lobo, em 1848 o éter foi substituído pelo clorofórmio pelo professor Manuel Feliciano Pereira de

Cravalho na Santa Casa do Rio de Janeiro, iniciando-se desta forma a História da Anestesia no Brasil³.

1.3 A Enfermagem e a unidade de Centro Cirúrgico

O Hospital é considerado uma instituição de alta complexidade sua origem terminológica da palavra deriva-se do latim “hospe” – aquele que recebe. Seu objetivo de realizar o tratamento de doentes surgiu no período Medieval, especificamente quando os doentes passaram a buscar os conventos. A finalidade inicial era a de dar hospedagem, sendo visto como um refúgio dos idosos, incapacitados, desabrigados, antes ofertados por religiosos⁶.

A política de suporte de saúde que delineou no século XVIII em todos os países da Europa foi reflexa a organização da família, as necessidades de possuir a boa forma do corpo, as necessidades de higiene, a cura das doenças coletivas, fez a medicina assumir um importante papel nos níveis de poder médico-administrativo. Método institucionalizado, de um hospital o qual foi fruto de transformações, passando a ser a visão terapêutica e não mais de assistência aos pobres, com a visão separatista deste do seu núcleo social. A medicina apodera-se de um saber, a disciplinarização do espaço hospitalar, a transformação do saber e da prática médica, possibilitou a medicalização do Hospital. O hospital passa a exercer a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte da cura⁷.

A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. A cura era um jogo entre a natureza, doença e o médico, até meados do século XVIII a Igreja detinha o poder sobre a cura, com a reforma do Hospital o médico passa a ser o núcleo central do saber sobre o homem⁷.

Historicamente o preparo do paciente cirúrgico, a partir do século XX, obtinha-se por meio de banhos de sol, hiperalimentação, cuidados higiênicos, bem como pela escolha do local da residência onde o indivíduo fosse mais bem adaptado. A autonomia progressiva conquistada nos domínios científicos, no

emprego de tecnologias avançadas, no desenvolvimento do cuidar em saúde, traduziu-se em maiores responsabilidades para os profissionais de saúde⁴.

Na década de 40 o preparo pré-operatório iniciou sua definição, com a introdução de manuais voltados ao procedimento cirúrgico. A atuação no centro cirúrgico estava voltada aos processos de limpeza das salas de operação, equipamentos, e raramente neste contexto tinha-se a preocupação com o acompanhamento direto ao paciente, subentendendo uma atribuição menos científica e mais operacional⁵.

A partir da década de 60 com o desenvolvimento e a modernização dos hospitais, a centralização dos modelos de atenção à saúde curativa permitiu à Enfermagem uma maior expansão como profissão. Surgiram os princípios científicos relacionados à assepsia cirúrgica, o aprimoramento de técnicas cirúrgicas e anestésicas, desencadeando a necessidade de profissionais especializados, bem como a aproximação e importância ao paciente, iniciando a necessidade de assistência sistematizada de enfermagem^{8,9}.

Os procedimentos terapêuticos na Idade Média eram realizados em campos de batalhas, casas dos cirurgiões, procedimentos os quais propiciavam um alto índice de morbidade devido às técnicas ainda pouco exploradas⁶.

O trabalho da Enfermeira no centro cirúrgico se originou para atender as necessidades da equipe cirúrgica e fiscalizar o serviço de Enfermagem, com as atribuições de prevenir as demandas de recursos necessários e gestão de recursos aos processos anestésico cirúrgicos^{8,9}.

Atualmente caracteriza-se como uma empresa, a qual presta serviços de saúde especializados, executando papéis definidos, com funções de administração, previsão, organização, comando, coordenação e controle⁶.

O centro Cirúrgico posiciona-se como uma unidade da estrutura hospitalar de alta complexidade, caracterizada pelo isolamento com as demais unidades por ser um ambiente fechado. Essas características estruturais e de alta tecnologia

empregadas para o cuidado com pacientes, realizando procedimentos anestésicos cirúrgicos e funções administrativas, exigem do profissional Enfermeiro uma capacitação técnica científica especializada^{5,10}.

O Centro Cirúrgico propicia as condições necessárias para subsidiar o ato terapêutico invasivo, denominado cirurgia (palavra derivada do grego *kheirourgia*). Integra um número de salas de cirurgias e todo um conjunto de instalações acessórias como vestiário, lavabos, sala de recuperação e outras. Sua localização deve ser estratégica a fim de possibilitar o acesso às áreas de emergência e terapia intensiva, bem como deverá posicionar-se longe de corredores e áreas com muita circulação de pessoas^{5,6}.

O desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e os procedimentos anestésicos em centro cirúrgico tiveram o marco inicial no final dos anos 60 e início de 70. A História da Enfermagem de Centro Cirúrgico teve como gênese suas funções enquanto princípios de organização e prestação de serviços, tendo como foco proporcionar ambiente seguro, confortável e limpo. Com o passar dos tempos essas funções aprimoraram-se, juntamente com a evolução da prevenção de infecção, com o uso de máscaras, aventais, luvas que revolucionaram o controle de infecções, Somaram-se a esses fatos o controle de limpeza, manutenção do ambiente e a competência técnico- científica dos recursos humanos, num relacionamento transdisciplinar entre equipe, paciente e família^{4,8}.

As atividades, que antes se resumiam ao auxílio na restrição do paciente e a limpeza e manutenção do ambiente, hoje são focadas na competência técnico-científica de profissionais envolvidos na previsão e provisão de recursos materiais e humanos, no relacionamento multi e inter disciplinar e na interação com o paciente e sua família⁶.

Para Avelar o centro cirúrgico é parte integrante de um macro sistema organizacional hospitalar, representado por metas, valores, potencial tecnológico, administrativo, estrutural, psicossocial, cada qual com suas responsabilidades individuais e funcionais¹¹.

A enfermeira de centro cirúrgico executa ações burocráticas comandadas pelo compromisso com a organização, e o controle dos recursos destinados à realização do ato cirúrgico⁸.

A Associação de Enfermeiras de Sala de Operação (Association of Operating Room Nurses – AORN) foi fundada em 1949 nos Estados Unidos, com os propósitos de formar um corpo de conhecimentos para os Enfermeiros de Sala Operatória, propondo, a partir da década de 60, um maior preparo de atuação para as práticas de Enfermagem, definindo em 1978, a Assistência de Enfermagem Perioperatória, devido à grande preocupação para a melhoria da qualidade da assistência¹¹. Mais tardiamente a AORN então denominada atualmente Association of Perioperative Registered Nurses unificou mundialmente as boas práticas em Centro Cirúrgico, as quais no Brasil são conduzidas pela SOBECC, Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica e Central de materiais e Esterilização¹².

As atividades do enfermeiro do centro cirúrgico foram influenciadas a partir de 1976, quando ocorreram importantes mudanças nos modelos de intervenção de Enfermagem principalmente pela determinação da assistência na fase perioperatória^{6,11}.

O sistema que conduz as ações de Enfermagem Perioperatória possui finalidades e ações definidas, dividindo-se em fluxos operacionais, compreendidos em avaliação pré-operatória que permite a coleta de dados, entrevista com o paciente e sua família; identificação de problemas sentidos pelos pacientes a serem operados; planejamento de cuidados; evolução e prescrição de Enfermagem para o período transoperatório. Após o término da intervenção cirúrgica realiza-se nova evolução e prescrição de cuidados para a fase de recuperação pós anestésica e avaliação pós operatória de enfermagem¹¹.

“O processo de enfermagem perioperatório pode ser entendido como um método sistemático de assistência humanizada e individualizada no período pré, trans e pós operatório imediato, no qual devem ser levados em consideração os desejos e necessidades do paciente e de sua família¹²”.

Como enfermeira especialista em Centro Cirúrgico atuante por mais de sete anos consecutivos diretamente na assistência e coordenação de unidade de Bloco Operatório e em Serviço de Anestesia, pude vivenciar a atuação do Enfermeiro num contexto de alta tecnologia, desenvolvia-se utilizando uma logística para a gestão de recursos materiais, humanos e tecnológicos a fim de prover os cuidados ao paciente.

Esses cuidados vivenciados por mim desenvolviam-se num processo de operacionalização do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória, somados ao gerenciamento da estrutura administrativa, principalmente na previsão e provisão de recursos humanos; materiais e equipamentos.

A demanda relativa ao número de procedimentos cirúrgicos; a quantidade de materiais, equipamentos e a visão estratégica da instituição de saúde, propiciavam o distanciamento do Enfermeiro de Centro Cirúrgico do seu papel, a assistência direta ao paciente, o contato humano e integral do paciente não eram executados de forma integrada.

Os encargos burocráticos extrapolam as possibilidades da atuação do enfermeiro, frente as suas responsabilidades conduzindo a prática da delegação de ações pertinentes ao núcleo de conhecimentos dos Enfermeiros. Os Enfermeiros em Centro Cirúrgico estão mais voltados a atividades técnicas – burocráticas e gerenciais, em detrimento das demais atividades da sua competência profissional, principalmente a assistencial, impossibilitando harmonizar as diferentes atividades executadas no setor^{6,11}.

Como conseqüência da sobrecarga de funções burocráticas e gerenciais, e das solicitações provindas das equipes cirúrgicas, observa-se um afastamento da enfermeira em relação ao paciente. A função de cuidar é delegada a outros profissionais tais como auxiliares e técnicos de Enfermagem, que por sua vez não estão preparados para assisti-los de forma integral e embasada teoricamente e cientificamente⁸.

A falta de tempo para o cuidar em virtude das funções burocráticas, a falha no acompanhamento no período pré, trans e pós- operatório, a falta de planejamento, leva à fragmentação da assistência. A deficiência de quantitativo suficiente de profissionais Enfermeiros é um dos fatores agravantes para o cuidar, tornando-se o afastamento ainda maior na relação enfermeiro-paciente^{8,10}.

A característica burocrática, a natureza técnica científica das atividades profissionais impede o Enfermeiro de se colocar como profissional atuante no processo de cuidar do paciente cirúrgico. O fator de direcionamento da visão da organização em relação ao trabalho da Enfermagem, as atribuições meramente administrativas são impactantes para a assistência. As ações do Centro Cirúrgico giram em torno do cirurgião e é a partir das suas necessidades, dos seus desejos que os atos são realizados para eles¹⁰.

Muitos conflitos são provenientes da ausência do Enfermeiro na assistência direta ao paciente, pois muitas vezes não é conhecido como elemento que deveria integrar a equipe cirúrgica, eximindo-se das solicitações dos pacientes sobre cuidados de Enfermagem, além de não oferecer-lhes atenção às suas necessidades. O contato evidenciado limita-se à recepção do paciente ao setor, e não como membro participante do processo de Assistência Perioperatória, ficando o paciente relegado a outros profissionais¹⁰.

A enfermagem é uma disciplina e sua base é a dependência entre as pessoas, com o propósito de apoiar ou promover a cura do paciente¹³. O paciente atualmente conhece seus direitos e para tanto o Enfermeiro deverá promover ações que evitem riscos que possam resultar em falhas na assistência⁴.

1.4 A prática da Enfermagem em anestesia

A prática da Enfermagem em Anestesia foi à primeira especialidade clínica dentro da atuação da Enfermagem Americana do séc. XX, devido à alta taxa de mortalidade de casos de cirurgias, as falhas no preparo e administração da anestesia, má formação de internos e médicos para o preparo¹⁴.

Pela característica focada nas necessidades dos pacientes durante a cirurgia, a especialidade despontou-se como uma atuação efetiva para o cuidar¹⁴.

Alice Magaw foi a primeira Enfermeira Anestesista, trabalhando no St. Mary's Hospital in Rochester, Minnesota. Auxiliou Dr. William Mayo, na consagrada Clínica Mayo. Magaw trouxe grande contribuição para a enfermagem em Anestesia, pela sua expertise, prática na administração do clorofórmio, droga utilizada na época como anestésico. Promoveu muitas publicações a respeito de seu trabalho sobre influência do Dr. Mayo, contribuindo para a promoção e qualidade no cuidado em anestesia e na tentativa de novas técnicas^{9, 14,15}. Outra figura importante da história da Enfermagem em Anestesia foi a irmã Mary Bernard atuante em um Hospital católico na cidade de Erie na Pennsylvania em 1887¹⁴.

O primeiro programa formal educacional para enfermeiras anestesistas foi estabelecido em 1909 no St. Vincent's Hospital em Portland, Oregon. Outros hospitais utilizaram-se deste programa para a formação de suas Enfermeiras¹⁴.

Em 1915 Agatha Hodgins estabeleceu um curso de enfermagem em anestesia no hospital Lakeside em Cleveland em Ohio, com duração de seis meses, tornando-se o programa mais famoso dos EUA da época¹⁴.

Hodgins propiciou a formação de um núcleo representativo de Enfermeiras, fundando a Associação Nacional de Enfermeiras Anestesistas (National Association of Nurse Anesthetists). Hodgins utilizou todo seu trabalho, treinando Enfermeiras para o exercício da anestesia em campos de batalha, na Primeira Guerra Mundial¹⁴.

A Primeira Guerra Mundial estimulou o crescimento e reconhecimento da especialidade em âmbito internacional, trazendo status e um potencial de conhecimentos específicos^{14, 15}.

A Associação Americana de Enfermeiras Anestesistas (AANA), inicialmente com a denominação Associação Nacional de Enfermeiras Anestesistas (National Association of Nurse Anesthetists), em 1931, Agatha Hodgins e 47

enfermeiras anestesistas, promoveram um movimento nacional para proteger a especialidade e eliminar a competição entre Médicos e Enfermeiros¹⁴.

Nos Estados Unidos da América (EUA), Porto Rico, Colômbia, a prática da anestesia é realizada e inclui equipes de anestesia, principalmente em áreas rurais onde não há a presença do profissional médico. Em 1996 o IFNA (Federação Internacional de Enfermeiras Anestesistas) foi reconhecido pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), como órgão da especialidade com legislação vigente de atuação na prática¹⁶.

As ações definidas pela IFNA a respeito da utilidade da Enfermeira anestesista consistem no preparo pré e pós- operatório do paciente, punção venosa e arterial, intubação e extubação, indução da anestesia, assistência ao paciente anestesiado e em emergências anestésicas, com autonomia e individualidade sem a necessidade de supervisão do médico anestesista¹⁶.

O Enfermeiro anestesista possui a autonomia de administrar drogas anestésicas, administrar anestésias regionais, gerais e ainda especializar-se na atenção ao processo anestésico de cirurgias cardíacas e obstétricas. A passagem de sondas, cateteres centrais, manuseio e preparo de materiais e equipamentos, monitorização e por todo o acompanhamento ao paciente que compreende a atenção pré, trans e pós- operatória, estão sob sua responsabilidade. Podendo atuar em várias situações que envolvem a assistência ao paciente cirúrgico. Prática esta não realizada pelos Enfermeiros no Brasil, por não existir capacitação em nível especialização e regulamentação específica à profissão que permita a inserção do profissional a essas práticas⁹.

A Associação Americana de Enfermeiras Anestesistas (AANA) descreveu protocolos e padrões, promovendo educação e conselhos privados e governamentais para a regulamentação da especialidade¹⁴.

A AANA tem por finalidade: desenvolver padrões de assistência em anestesia, ordenar programas de melhoria contínua, educação e pesquisa voltadas a essa área, incentivar e explorar os meios de comunicação para o reconhecimento

profissional, articular a legislação e regulação dos profissionais, proporcionar visibilidade e credenciamento aos enfermeiros especialistas na área¹⁵.

Para a execução de tais práticas o Enfermeiro deve possuir um corpo próprio de conhecimentos, além do embasamento científico, deverá freqüentar instituição educacional reconhecida e credenciada pelo Conselho Internacional de Enfermagem^{14,16}. A certificação dos programas educacionais da AANA iniciou-se em 1945 e as instituições educacionais foram acreditadas em 1952, e a emissão de certificados comprobatórios em 1956¹⁴.

As enfermeiras anestesistas são graduadas após programa educacional, o qual é acreditado pelo Conselho Internacional de Enfermagem. Após a conclusão de programa são submetidas a um exame de qualificação e certificadas pelo Certificado de registro de Enfermeiras Anestesistas (CRNA – Certified Registered Nurse Anesthetists). Esse certificado é atribuído após dois (2) anos de curso¹⁶.

Na Europa as Enfermeiras anestesistas são comumente integradas em uma equipe de cuidadores em anestesia, o qual consiste a presença do médico anestesista e da Enfermeira anestesista. Esta exerce poder de supervisão da equipe por ser em maior número representativo na equipe, assim como pelo custo e provisão de médico no serviço. As relações de trabalho são harmoniosas e a preparação educacional para ser especialista são de aproximadamente dezoito (18) meses¹⁴.

A Federação Internacional de Enfermeiras Anestesistas reconhece o potencial da especialidade no panorama da atuação profissional mundial, acredita no crescimento dessa organização e expansão dessa prática para os demais países ainda não praticantes. Para tanto se faz necessário uma maior integração e aceitabilidade pelos Conselhos Federais Profissionais Médicos, de Enfermagem e Órgãos Governamentais de Regulação para o reconhecimento dos programas educacionais de formação da especialidade, estabelecimento e seguimento de padrões e Acreditações de serviços para a formalização da Especialidade. A associação de uma equipe de Médicos e Enfermeiros promove a qualidade dos Serviços de Anestesia¹⁶.

A atuação direta do Enfermeiro no processo de apoio à anestesia faz parte das atribuições do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. Esta se incorpora na fase transoperatória, da qual se pode realizar um aprofundamento, uma verticalização do conhecimento em relação às ações dessa fase, para melhor definir e estabelecer parâmetros que possam ser executados com maior atenção e especificidade.

1.5 Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): um resgate conceitual

A Enfermeira perioperatória teve seu início quando em 1873 as escolas de Enfermagem se estabeleceram nos Estados Unidos e em outros países, sendo concebida como especialidade somente em 1889. Durante as últimas décadas do século XIX o conhecimento médico sofreu imensuráveis avanços no campo das técnicas e preparo cirúrgico, principalmente pelo controle de infecção. O preparo dos instrumentais cirúrgicos, as técnicas assépticas e de esterilização propiciaram o suporte à evolução da medicina. Desta forma os avanços da medicina impulsionaram as habilidades do Enfermeiro para assumir responsabilidades, incluindo o preparo de pacientes, sendo essencial para a base de sua formação profissional¹⁷.

Durante a primeira década do século XX a Enfermeira passou a organizar a circulação das salas de operação (S.O), tendo seu destaque na Segunda Guerra Mundial pelo seu dinamismo, sendo indispensáveis nos campos de batalha. Durante a Guerra uma grande demanda de Enfermeiras trabalharam ante à dramática situação dos hospitais militares. Em virtude da escassez de enfermagem as Forças Armadas criou o papel do tecnólogo em sala operatória para assumir o papel do Enfermeiro. Este profissional permaneceu no pós - guerra até os dias atuais, a fim de obter redução de custos¹⁷. Em nossa realidade Brasileira esse profissional é presente na função do técnico de Enfermagem.

A profissionalização da Enfermeira perioperatória surgiu na década de 40, estabelecendo-se uma maior visibilidade perante as demais enfermeiras, as quais

sofriam o distanciamento, devido a sua permanência em uma área geograficamente isolada dos Hospitais, dificultando a avaliação e acompanhamento da sociedade e público em geral¹⁷.

A AORN re-introduziu a Enfermeira perioperatória a uma dimensão de responsabilidades, definida por etapas de condução do paciente cirúrgico, por ações sistematizadas e ordenadas¹⁷.

O ato operatório caracteriza-se como uma agressão psíquica, pois gera conflitos na ânsia da decisão em operar *versus* não operar⁵. Cabe ao Enfermeiro de Centro Cirúrgico estar presente neste momento, o qual a presença de um profissional qualificado, preparado para apoiar e minimizar as incertezas, as angústias e temores se fazem necessário a cada dia.

O momento cirúrgico significa muitas vezes a ruptura do âmbito social e produtivo que muitas vezes pode gerar conseqüências emocionais, sociais e financeiras catastróficas a todos os envolvidos⁵.

O Conselho Federal de Enfermagem RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009 determina que o Processo de Enfermagem corresponda a uma ação privativa do Enfermeiro; por meio deste a profissão racionaliza de forma crítica e reflexiva os problemas de saúde, os quais permitem escolher e definir intervenções de Enfermagem¹⁸.

Horta encontrou no processo de enfermagem a dinâmica para as ações sistematizadas e inter-relacionadas no Sistema de assistência de Enfermagem, propondo uma forma sistemática de raciocinar a atenção ao paciente^{19,20}.

Os objetivos do SAEP são: ajudar o paciente e a família a compreender seu problema de saúde e a preparar-se para o ato anestésico cirúrgico proposto e suas conseqüências; diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica, utilizar os materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento dos procedimentos anestésicos cirúrgicos, colaborar na consecução desses procedimentos pela previsão, provisão e controle dos recursos humanos em qualidade e quantidade²⁰.

A Enfermagem enfrenta dificuldades para enquadrar-se no processo de trabalho, devido à prática de diferentes categorias, que resulta na fragmentação das ações, com desempenho desigual, diferenciação social, desvalorização entre o planejar e o fazer¹².

Há uma busca incessante da Enfermagem em se fazer uma profissão presente na sociedade. O indicador de maior prestígio é o reconhecimento de seus atos, a busca da ciência, da evolução e de um *status quo* perante as demais profissões. Muitas vezes desempenhar ações que não são de sua natureza, pode conduzi-lo à burocratização distanciando-o do cuidar.

A criação de um modelo assistencial filosófico da Enfermagem dentro da Instituição está associada ao objetivo próprio pela qual o profissional está inserido, ou seja, requer a estruturação de uma identidade, a necessidade de constituir um corpo de conhecimento, com o intuito de capacitar-se, aprimorar-se, a fim de minimizar a prática de enfermagem mecanicista, operacional, executora apenas de ordens médicas e regras institucionais¹².

O Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatória compreende áreas específicas de atuação profissional, interdependente ou de colaboração técnica, administrativa e social, que permitem o equilíbrio nas suas atividades evitando a sobrecarga burocrática e o afastamento dos processos cuidadosos²⁰.

O Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória é um processo relevante do contexto científico e corpo de saber da Enfermagem, porém sua prática ainda é muito pouco implementada em relação ao número de instituições que dela necessitam. Visualizam-se ainda entraves tais como a falta de tempo devido ao número escasso de profissionais capacitados, bem como o preparo e entendimento para sua aplicação⁵.

Um dos fatores impactantes à implantação do SAEP é a falha na formação dos graduandos. A formação do aluno em determinadas ações e instituições de ensino são precárias e refletem as dificuldades de aplicabilidade no desenvolvimento da sua vida profissional⁵.

A Enfermagem perioperatória posiciona-se com o intuito de oferecer ao paciente uma assistência qualificada, humanizada, individualizada. A AORN a classifica de forma que permita assegurar ao paciente uma assistência segura, controlada, com a minimização dos níveis de ansiedade, manutenção da assepsia, monitoração assistida, diminuindo desta forma a morbimortalidade cirúrgica. A AORN preocupa-se em proporcionar educação, recomendar padrões de cuidados em relação ao paciente nos períodos perioperatórios, esclarecer mudanças nas ações e aumentar a consciência do consumidor em relação a este profissional. O Enfermeiro age como o defensor do paciente durante o período perioperatório. A realização do SAEP também se relaciona a realização pessoal do profissional^{6,12,20,21}.

“Segundo Gritten existem algumas fases essenciais à aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: o enfoque de risco, o gerenciamento de casos (case management), a prática baseada em evidências, planejamento baseado na programação cirúrgica, os diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA) e o sistema de assistência de Enfermagem perioperatória – SAEP¹².

O Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatória – SAEP permite a interação social, subsidiando ações ao paciente e família que simbolizam o contraponto do cuidar e emergindo ações de controle do meio ambiente, dos riscos associados ao manuseio das práticas assistenciais, nos processos anestésico-cirúrgicos e aqueles associados ao histórico do paciente, tais como ansiedades, medos, doenças preexistentes, condições sócio-econômicas, que extrapolam o controle do profissional enfermeiro.

A enfermagem busca estratégias, normas padronizadas que associem a ciência ao treinamento, ao controle de práticas com o intuito de alcançar a assistência para que se possa intervir em todo o processo. O Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatória é visto como uma ferramenta de um raciocínio clínico, o qual permite ao Enfermeiro utilizar de métodos de trabalho que possam ser replicados por aqueles que praticam e dividem o mesmo núcleo de conhecimentos.

Para operacionalizar o Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatória é necessário conhecimento, mas, além disto, disponibilizar-se para tal prática. A enfermagem caracteriza-se por ser uma arte, pelo teor de seu trabalho

que evolui gradativamente, evidenciando-se por um saber específico incorporado às novas perspectivas da profissão.

O COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) desde o ano de 2000 estabelece como obrigatório a todas as Instituições de Saúde aplicar este sistema de atenção ao paciente, definindo como etapas: a visita pré-operatória, planejamento da assistência, implementação da assistência, avaliação da assistência (visita pós-operatória), reformulação da assistência a ser planejada^{6,18}.

O Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatória – SAEP denomina-se como um processo articulador e integrador da assistência¹², associando-se aos fatores organizacionais, influenciando na resolubilidade das ações necessárias ao paciente, propiciando maiores indicadores de qualidade ao serviço com redução de custos e melhor controle para fins legais na prestação de serviços. Se a organização possui uma filosofia de assistência voltada à aplicabilidade do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória obtêm-se desta forma qualidade e maior número de respostas observáveis⁶.

Relacionamentos efetivos resultam em satisfação do paciente, família e profissionais envolvidos. Conhecer todos os desconfortos oriundos dos procedimentos anestésicos cirúrgicos é um importante meios de alcançar sua resolubilidade. Existem maneiras de se aplicar o Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatória, levando-se em conta componentes básicos: modelos conceituais de coleta de dados, a fim de permitir referenciais de diagnósticos de enfermagem, intervenções e aqueles que estão vinculados à cognição, afetividade, essenciais à relação enfermeiro-paciente²².

Na enfermagem perioperatória destacam-se as fases operacionais que se denominam: período pré-operatório imediato que compreende desde a espera da cirurgia até sua recepção no centro cirúrgico. Neste momento a enfermeira realiza o planejamento da assistência de acordo com o tipo de cirurgia, determina os fazeres de enfermagem preparatórios tais como; de higiene corporal, retirada de adereços, técnicas de cateterização, medicações prescritas; planeja recursos materiais, humanos, tecnológicos e anestésicos- cirúrgicos⁶.

O período transoperatório compreende a entrada do paciente na Sala Operatória até a sua recepção na recuperação anestésica; a fase intra-operatória determina-se desde a entrada na sala de cirurgia até o final da anestesia. Nesta fase a Enfermeira exerce a função na prevenção de riscos por meio de intervenções de enfermagem, promovendo ações que impeçam os riscos relacionados ao posicionamento cirúrgico, ansiedade e infecção de sítio cirúrgico. O período pós-operatório compreende a saída do paciente da sala de cirurgia até a alta na unidade de internação, onde o Enfermeiro pode realizar a visita pós-operatória de acompanhamento⁶.

Nestas fases a Enfermagem deverá relacionar as complexidades clínicas do paciente, exigindo do profissional conhecimento sobre o aparato tecnológico, observacional, de raciocínio clínico, controle dos padrões de dor, promovendo um atendimento individualizado, com conhecimentos específicos a cada procedimento executado pela equipe cirúrgica e anestésica. A fase pós-operatória depende do reflexo da assistência prestada nas fases anteriores, pois a sistematização bem equacionada e dirigida controla o restabelecimento do indivíduo com maior acertividade¹².

O Sistema de Assistência de Enfermagem perioperatória auxilia as instituições de saúde avaliar o cuidado realizado, proporcionando uma assistência integral e individualizada²².

A Enfermeira Perioperatória necessita de informações para a prestação de serviços de assistência ao paciente, com apoio da tecnologia da informação, garantindo ações benéficas ao paciente²³.

Existem modelos assistenciais que podem direcionar a forma de aplicação da Assistência de Enfermagem Perioperatória voltada aos pacientes em Centro Cirúrgico, de acordo com a cultura organizacional, os recursos financeiros, materiais e humanos que dela provém. Na literatura observamos diversas formas de aplicabilidade destes modelos de gestão que podem ser viabilizados na prática:

a) Modelo baseado no enfoque de risco, relacionado ao ambiente, materiais e equipamentos, recursos humanos, paciente e sua individualidade. Sabemos que o Centro Cirúrgico possui muitos riscos vinculados a assistência, assim como entre as relações emocionais que são desencadeadas nesta fase delicada entre paciente, família e equipe de trabalho⁶.

b) Prática baseada em evidência compreende o uso consciente, explícito e judicioso da melhor ação relacionada à assistência e à decisão sobre o cuidado individual do paciente⁶.

c) Planejamento baseado na programação cirúrgica, muito utilizado na maioria dos hospitais devido a sua característica de controle de recursos materiais e humanos para a previsão e a provisão do ato anestésico-cirúrgico⁶.

d) Diagnóstico de Enfermagem NANDA, em 1990 a American Nurses Association, definiu, baseado em um julgamento clínico, as respostas associadas ao indivíduo, família, comunidade, problemas de saúde e processos vitais. Esses diagnósticos possibilitam a base sustentatória das Intervenções de Enfermagem no Centro Cirúrgico, os quais são relacionados aos riscos para infecção e lesões⁶.

Segundo a literatura podemos observar determinados modelos que ainda não são a realidade do Brasil devido à cultura organizacional das Instituições de Saúde do país, bases de formação acadêmica, bem como o posicionamento da Enfermagem como ciência e profissão no Brasil⁶.

Podem-se explicitar os seguintes modelos:

a) Gerenciamento de caso (case management) voltado a um processo colaborativo entre o paciente, família e equipe multidisciplinar⁶.

b) Modelo perioperatório focado no paciente, a qual foi sua estrutura conceitual para o Perioperative Nursing Data Set (PNDS), caracteriza-se como um conjunto de dados de Enfermagem Perioperatória. O paciente é o centro de toda a estrutura, o enfermeiro atua dentro de um contexto de sistema de tratamento de saúde para propiciar ao paciente o alcance de seus potenciais em relação ao equilíbrio

psicológico, comportamental e de segurança. Para a AORN este conceito de modelo assistencial define-se dentro de uma estrutura organizada e planejada de documentação, avaliação e análise de cuidados⁶.

O PNDS (Perioperative Nursing Data Set), pode ser comparado a um vocabulário clínico como a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Intervention Classification), NOC (Nursing outcome Classifications), SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms)²⁴.

O PNDS é recomendado pela ANA (American Nurses Association) consiste em 74 diagnósticos de Enfermagem, 133 intervenções de Enfermagem, e 28 resultados de cuidados específicos para enfermeiros que atuam no processo perioperatório. Este instrumento possibilita a descrição mais simplificada de procedimentos cirúrgicos, cuidados perioperatórios, diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados. Permite a classificação dos cuidados, estabelece um benchmarking clínico devido a sua capacidade de comparação entre os sistemas de informação de variados pacientes e instituições^{23,25}. Pode agregar informações quanto ao processo anestésico cirúrgico, técnicas assépticas, auxiliam a nortear ações de controle de infecção, permite maior segurança ao paciente e equipe de saúde, fornece recursos para permitir melhor planejamento da assistência. Enquanto gestão de serviços permite a padronização de condições, facilita os meios legais devido à documentação das situações clínicas que podem ser trabalhadas de forma clara e de simples acesso e entendimento a todos que a manuseiam²⁴.

A ferramenta PNDS permite ainda a tomada de decisão, a ordenação de capitalização no que tange a aquisição de recursos de equipamentos, serve de base de apoio para a avaliação de recursos, a parametrização de situações clínicas de outras instituições, a adequação dos índices de controle de qualidade dos cuidados e prevenção de riscos; facilita a descrição de cargos, demonstra as competências necessárias associadas ao profissional enfermeiro; estabelece políticas e procedimentos. Melhora a prática baseada em evidência. É uma nova linguagem e não uma maneira de praticar a enfermagem perioperatória, a qual está associada ao profissional e suas competências²⁴.

O PNDIS é utilizado em associação ao SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine--Clinical Terms) o qual é o mais abrangente índice remissivo de vocabulário clínico aceito pela terminologia da informação; é uma interface de terminologias, uma forma de traduzir as ações perioperatórias e colocar de uma forma acessível á todos. O SNOMED CT serve como um padrão para a saúde em formato eletrônico a fim de permitir a troca de interoperabilidade específica de Enfermeiros. Todas as ações assim feitas no perioperatório são organizadas de forma ordenada, codificada pelo computador e compreendida por todos. Está ligado às bases de conhecimentos clínicos; permite o resgate de informações retrospectivas dos pacientes e auxilia em estudos de práticas baseadas em evidência²⁴.

O atendimento aos processos cuidadosos provenientes da aplicação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP é apenas uma das responsabilidades do enfermeiro, que cumpre ações burocráticas de gestão de recursos, retratando numa complexa atuação, o que a partir de uma reflexão pode-se traduzir em uma necessidade de aprofundamentos de conhecimentos específicos, além dos oferecidos na graduação⁹.

Os cursos de pós-graduação em Centro Cirúrgico são direcionados aos profissionais atuantes nesta área, em Sala de Recuperação Anestésica e unidades de apoio, que tem como foco a gestão da unidade, mas não atende a especificidade de cada fase⁹.

Percebe-se uma tênue semelhança entre os Enfermeiros de Centro Cirúrgico e os Enfermeiros anestesistas de outros países onde a especialidade é regulamentada, ambos realizam a visita pré- operatória, o cuidado ao indivíduo anestesiado no período intra-operatório, controle de recursos materiais e de equipamentos. O atendimento direto durante o período de indução e manutenção da anestesia, a fase de extubação, seu encaminhamento a unidades críticas e de recuperação são responsabilidades em comum⁹.

A proposta de atuação no processo anestésico cirúrgico traz à baila a realização da atenção ao paciente na fase intra-operatória, como uma verticalização

do SAEP, onde o Enfermeiro estaria respaldado legalmente, sob a supervisão do médico Anestesiologista, sendo preparado de forma mais específica e que poderia ser visto como um especialista que atue diretamente nesta atenção. Desta forma seriam minimizadas da prática em níveis técnicos, promovendo maior segurança do paciente.

O Enfermeiro apto para atuar no processo anestésico cirúrgico estaria assumindo o posicionamento de um especialista, agindo conjuntamente, e complementarmente para atender as necessidades apresentadas pelo paciente durante a fase do processo anestésico-cirúrgico, de forma autônoma no centro cirúrgico, propondo-se, portanto uma nova especialidade. O acompanhamento de auxiliares de enfermagem ou circulantes para o apoio ao processo anestésico cirúrgico seria de única responsabilidade do profissional especializado nessa área^{9,15}.

1.6 O cuidar e a Tecnologia

Historicamente o homem primitivo já possuía o conceito prévio de especialização, ou seja, a eles eram confiados a atribuição e as mulheres a propiciar o preparo desta caça e ao cuidar de seus descendentes; portanto com essa estratificação de tarefas o homem ao longo da humanidade projetou-se em diversas posições na sociedade. Sabe-se que a especialização durante o percorrer dos anos deve-se às características associadas ao sexo, físico, idade, capacidade inatas, bem como a complexidade das tarefas exigindo-se um maior preparo na execução²⁶.

A divisão de tarefas entre os indivíduos proporcionou a evolução em diversas áreas, surgiram às profissões, a necessidade de adquirir conhecimentos específicos à área de atuação e definir habilidades necessárias a estas. Devido a complexidade existente entre a necessidade de adquirir conhecimento estar associado aos custos para essa atividade, ao longo da sociedade, surgiu-se então as classes sociais, associadas ao poder de ganho que as profissões possibilitam. A organização tem a função de produzir bens, prestar serviços e atender a necessidades individuais²⁶.

O trabalho compreende um processo de conhecimentos que transforma as circunstâncias ao mesmo tempo em que as desenvolve. A evolução do processo de trabalho provocou a transformação, exigindo capacidades de lidar com a tecnologia e com os processos envolvidos a esta atividade. O processo de trabalho em saúde possibilita o controle das epidemias provocadas pelas mudanças em relação ao homem e ao meio ambiente, a recuperação e as conseqüências do mundo capitalista²⁷.

O cuidado é o identificador da profissão da Enfermagem, que tem por finalidade minimizar o estresse percebido de desconforto e dor em estados mais confortáveis. A evolução tecnológica tem reduzido a mortalidade e vem aumentando a qualidade de vida da população, porém essa evolução desencadeia ao paciente a exposição a ambientes cada vez mais estressantes, complexos, invasivos e embaraçosos²⁶.

A tecnologia do cuidado se produz quando a existência das pessoas torna-se significativa, a fim de atender às demandas por cuidados¹².

O termo cuidar caracterizou-se pelo sentido de prestar ajuda oferecer apoio espiritual, o qual teve sua valorização após o século XII e XIII, devido ao interesse material do corpo humano pela sociedade. Com o desenvolvimento do capitalismo o corpo humano passou a ser foco de lucro, sendo desta forma considerada força de trabalho²⁸.

A Enfermagem Brasileira apresenta-se com um afastamento em relação ao paciente, devido a sua formação universitária. Recursos humanos insuficientes e todas as funções burocráticas assumem profissionalmente, sendo o cuidado de enfermagem feito pelas demais categorias profissionais. A prática do cuidar é desenvolvida com ênfase na técnica, atrelada a uma prescrição médica. Após a década de 50 a técnica passou a ser introduzida com base em princípios científicos²⁸.

Devido ao sistema previdenciário, infiltração de organizações estrangeiras, a introdução de tecnologias e crescimento da indústria farmacêutica,

forçou-se à Enfermagem a aquisição de novas estratégias de trabalho, assumindo posições e funções administrativas de gerenciamento. Na década de 60 e 70, inicia-se a fase das teorias de Enfermagem, a fim de humanizar a assistência ou o cuidado. A Enfermagem de certa forma procura seu status de ciência apoiando-se em enfoques positivistas e “holísticos”. Atualmente discute-se e questiona-se sua aplicabilidade. A análise da profissão atualmente procura objetivar o amadurecimento, a evolução das pesquisas e novas áreas do conhecimento²⁸.

A Enfermagem é uma arte, mas que inclui a ciência, a tecnologia e requer seu reconhecimento em sua interação com o ser humano, com o meio ambiente, o que deve ser visto como em constante evolução, em um processo de “vir a ser”. Ao relevar o cuidado possibilita-se enfatizar a característica de processo interativo e de fruição de energia²⁸.

A evolução da tecnologia se coloca como um dever, onde a tecnologia impulsiona a busca de novas alternativas de expansão do acesso ao conhecimento. A qualidade é o foco principal da busca de novas formas de pensar, do saber humano, uma vez que vivenciamos a necessidade de transformar o sistema de saúde, o qual os custos são os maiores opositores à globalização²⁹.

Podemos paradoxalmente visualizar a necessidade de associação entre a tecnologia, sua evolução e o ser humano, no seu contexto elementar, básico, dentro de suas necessidades humanas básicas.

“Sem querer negar o papel das influências individuais e das disposições psicológicas, pensamos que a ação do meio intelectual e social é que é preponderante. As circunstâncias históricas, a estrutura da sociedade, suas transformações morfológicas ou suas reviravoltas econômicas, eis onde deveram buscar as causas que acarretarão o florescimento desta espécie mística, em lugar de tal outra²⁹.”

1.7 A Problematização do Objeto de estudo: reflexões e questionamentos

A Enfermeira perioperatória caracteriza-se pela sua atuação diretamente na unidade de Centro Cirúrgico. A atuação do Enfermeiro de Centro Cirúrgico é

composta por ações de alta complexidade e para tanto o preparo, o embasamento técnico científico devem ser bem definidos, a fim de garantir a atuação profissional competente e a melhora da qualidade do serviço.

Diante desses fatores o Enfermeiro de Centro Cirúrgico deverá classificar as fases perioperatória de forma que sejam definidas suas atribuições, responsabilidades e atuação, reconhecidas pelos órgãos competentes. Para tanto a fase perioperatória poderia verticalizar-se em uma prática de Enfermagem em Anestesia, já estabelecida mundialmente. Dessa forma o Enfermeiro mediará os processos cirúrgicos e participará ativamente na assistência e no cuidado ao paciente cirúrgico durante essa fase.

Esse trabalho destina-se a demonstrar competências do Enfermeiro para atuar numa fase definida do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória, prumada na assistência ao paciente durante os processos anestésicos, emergindo como um novo núcleo de conhecimentos, cerne da práxis do enfermeiro na sala de operações.

Na tentativa de desvelar a visão de um novo fazer e pensar do Enfermeiro e suas competências necessárias ao constructo deste núcleo de conhecimentos em nossa realidade de Centro Cirúrgico, durante a fase transoperatória, focado nos processos anestésicos cirúrgicos, busquei identificar o conhecimento desses profissionais em relação a essa prática, acreditando na possibilidade de caracterizar uma nova área de atuação como especialidade do Enfermeiro no Brasil.

2 TÔNUS TEÓRICO: aproximações necessárias

2.1 Competências do Enfermeiro de Centro Cirúrgico

A discussão sobre os aspectos essenciais à competência na formação do Enfermeiro teve o apogeu de sua gênese na última década após a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) em 1996, que assegurou em níveis básico, técnico e tecnológico os padrões de organização curricular, devido as exigências da competitividade, produtividade e inovação da sociedade²⁷

Competência é a capacidade de um indivíduo definida e mensurada em termos de desempenho e não somente de conhecimentos, habilidades, destrezas e atitudes, que são essenciais, mais insuficientes para o desempenho efetivo em contexto profissional²⁷.

O desenvolvimento da sociedade, da demanda da eficiência global e realidade econômica, trouxeram a preocupação em desenvolver Enfermeiros preparados para a prática em assistência perioperatória, intensificando-se nos últimos 10 anos, apoiados em grades curriculares para atender a essa necessidade³⁰.

A competência envolve conceitos construtivistas que emergem das necessidades de desenvolvimento de padrões cognitivos e de mobilização de saberes, bem como de agir eficazmente em determinado momento, articulando-a a inteligência. A conjunção de competências, habilidades e atitudes são necessárias para promover o desempenho profissional e sua falta pode gerar resultados negativos e danos²⁷.

Saberes e conhecimentos são representações do real, competência é o conjunto dos recursos que mobilizamos para agir; é a capacidade de mobilizar recursos cognitivos adquiridos, é o saber fazer e o saber ser. Este conceito se pronuncia a partir da base de componentes teóricos durante a formação específica do profissional; As competências segundo Perrenoud são caracterizadas por capacidades em ação³¹.

Para ser um profissional competente não basta a aquisição de conhecimentos, mas sim a capacidade de mobilização e atualização dos saberes.

Ações relativas à Identificação de obstáculos e necessidades; à tomada de decisão estratégica; ao planejamento, implementação, análise, controle; a ética, respeito, controle de emoções bem como a cooperação entre profissionais, são responsabilidades de um núcleo de competências necessárias aos profissionais³¹.

Competência não é um conhecimento acumulado, mas a virtualização de uma ação, uma articulação do saber adquirido colocado na prática de forma que expresse a capacidade de argumentação, a tomada de decisões, o enfrentamento da realidade que não apenas o manuseio do cenário de materiais, equipamentos que a globalização nos trouxe na contemporaneidade³².

Para Rey competência é a postulação de um poder interno, é a união exaustiva de uma aptidão, que compreende saberes, raciocínios, inteligência, condutas de ação e de experiências vivenciadas de aprendizados no mundo do indivíduo³³.

Competência está relacionada ao que a pessoa pode fazer além do que já sabe, associa-se a conteúdos cognitivos com habilidades psicomotoras. A atuação do Enfermeiro está associada ao sucesso na prestação de serviço especializado, porém a instituição beneficia-se a partir do momento em que favorece a construção e lapidação dos elementos da competência. A visão de assertividade, visibilidade de ação corroboram a competência a qual está intrinsecamente associada à performance da equipe e do cuidado ao paciente cirúrgico³⁴.

O conhecimento é a fonte da excelência, para o profissional atualizado exigindo agilidade frente às adversidades e oportunidades. A sobrevivência no âmbito profissional requer expansão de saberes na contemporaneidade das organizações. A formação de especialistas aumenta o poder dos profissionais, modificam as estruturas políticas lentas, antigas, que ditam normas pré- concebidas, pré- julgadas de conhecimentos ultrapassados vinculados a núcleos de profissionais, que impedem a evolução do conhecimento³⁵.

“Aprender é a nova forma de trabalhar [Não é] mais uma atividade separada que ocorre antes de alguém começar a trabalhar ou em ambientes distantes de sala de aula [...] Aprender é o auge da atividade produtiva³⁵.

Shoshana Zuboff

In the age of the smart machine

Competência é definida como a posse da capacidade que satisfaça às exigências de determinado papel, desenvolvendo habilidades e conhecimentos que estejam consoantes à evolução e atendimento das necessidades de trabalho, colocando em prática valores, conhecimentos e habilidades indispensáveis para a execução eficiente e eficaz de atividades requeridas do profissional^{12,36}.

Só há competência quando a mobilização dos conhecimentos passa por raciocínios explícitos, decisões conscientes, inferências e hesitações, ensaios, erros, constituindo-se de um esquema complexo³⁷.

Para garantir bons resultados e fazer parte da equipe de trabalho o Enfermeiro deve ser capaz de compartilhar conhecimentos, fatos, ações, exigindo do profissional equilíbrio frente às adversidades estressantes. A necessidade de se garantir a competência, ser um indivíduo auto-dirigível e independente se faz pela busca da superação, pela qual o foco indivisível e central é o ser humano, em sua essência. O resultado da assistência perioperatória é o fruto de um trabalho que envolve a relação entre seres³⁸.

Competência traduz o mundo de talentos que uma categoria profissional deve possuir para seu sucesso; reúnem-se e organizam-se no conjunto de conhecimentos no saber-fazer e saber-ser a fim de garantir seu domínio no mundo do trabalho³⁷.

Trata-se de um conjunto de requisitos que não fazem parte do cotidiano do indivíduo, entretanto pode vir a se tornar uma exigência visualizando um ideal que atenda às exigências do contexto de atuação profissional³⁹.

A Enfermagem de centro cirúrgico possui muitas ações gerenciais, portanto, a organização, o desenvolvimento de pensamento crítico, raciocínio clínico, conhecimento tecnológico, tomada de decisão, liderança, administração do tempo, gestão de conflitos, noções em bases de gestão em recursos humanos, conhecimentos em gestão da qualidade, compreendem a gama de competências intrínsecas ao seu corpo de conhecimentos. Segundo a AORN o Enfermeiro deverá

possuir conceitos das dimensões morais, éticos, humanísticos, políticos, educacionais que o fortaleçam frente ao paradigma do cuidar, ante os aspectos de proteção, promoção e recuperação da saúde. A formação durante a graduação deve contemplar as questões que envolvam atitudes, comportamentos, valores, profissionais e não apenas práticas burocráticas^{12,38}.

O desenvolvimento da sociedade, da demanda da eficiência global e realidade econômica, trouxeram a preocupação em desenvolver Enfermeiros preparados para a prática em assistência perioperatória, intensificando-se nos últimos 10 anos, apoiados interpessoais e aspectos sociais da interação com a equipe³⁰.

A competência é um conceito eclético, incorpora inúmeros recursos, não apenas habilidades técnicas. O Enfermeiro possui conhecimentos empíricos ou científicos os quais se baseiam em teorias e princípios de orientação de cuidados, conhecimento da nomenclatura técnica, linguagem específica, procedimentos de controle de padrões de infecção, elaboração e planejamento de processos operacionais padrão (POP), intervenções de Enfermagem visando a prevenção de riscos e adesão à filosofia e política institucional. Perpassa a necessidade de capacitação ampla e relações interpessoais no desempenho deste profissional³⁰.

As competências necessárias para hoje incluem o potencial para conhecer necessidades do futuro. O talento no mundo corporativo mobiliza seu empenho na condução de seu aprimoramento e envolvimento, propiciando uma troca entre a organização e o profissional e ambos se deleitam de sucesso e aperfeiçoamento⁴⁰.

Pela complexidade que a área da saúde se apresenta, com a diversidade de fazeres entre profissionais em prol do produto final humano voltado à promoção da saúde e de seu restabelecimento, o fato de agregar novas tecnologias não é o suficiente, sendo imprescindível a incorporação de novas formas de gestão que desenvolvam as competências necessárias aos profissionais nela atuantes⁴⁰.

A competência de uma equipe de trabalho é uma propriedade que emerge da articulação e da sinergia entre as competências individuais de seus componentes quando são colocados em prática os saberes em um determinado contexto⁴⁰.

A Gênese do conceito de competência emergiu a partir da Idade Média, sob a exigência de se julgar questões e atos, mas só à partir das últimas três décadas que este significado veio agregar-se ao modelo de desempenho das organizações. Atualmente o conceito de competência tem sua essência nos conceitos de autores americanos e europeus que a caracterizam em três dimensões: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, englobando-se os fatores cognitivos, técnicos, sociais e afetivos. O conhecimento permite ao indivíduo entender o mundo pela perspectiva de suas assimilações; as habilidades envolvem a capacidade de sua aplicação e fazer, e as atitudes estão relacionadas ao ser social aos comportamentos frente às situações que o mundo se apresenta⁴⁰.

A performance nas tomadas de decisões, no planejamento de recursos baseadas nos conhecimentos práticos, a estética do conhecimento, as habilidades estendem-se além da técnica. O Enfermeiro é cuidador, uma função que permite uma maior apreensão e empatia com o paciente, atuando como um “canal de comunicação” entre o ser humano e as máquinas, tecnologia presentes em unidades de centro cirúrgico, estabelecendo a coalescência entre estética e conhecimento empírico³⁰.

A competência pode ser entendida como o saber agir responsável e que por sua natureza é capaz de mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado⁴⁰.

O Enfermeiro deverá possuir capacidade técnica humana comportamental⁴⁰ Oferecer “calor humano”, no sentido de assistir o ser humano na sua maior vulnerabilidade, quando confinado ao espaço que se apresenta o centro cirúrgico. Deverá desenvolver fatores humanísticos para trabalhar em equipe, coordenação e liderança clínica. Capacidade de gerir inúmeras prioridades e

interpretá-las, associando-as as linguagens verbais e não-verbais que a todos os momentos se conflitam²⁵.

No mundo corporativo há uma mescla de aspectos relativos às relação às competências; existem pessoas que entregarão à organização suas habilidades de relacionamento interpessoais e existem outras que farão a mesma entrega dando ênfase às suas habilidades técnicas. Essa complementaridade fortalece o desempenho corporativo⁴⁰.

Os conhecimentos e habilidades que compõem o indivíduo são transitórios, pois as necessidades de aperfeiçoamento e a mudança do meio externo são responsáveis em articular o núcleo de competências do indivíduo. O ser competente é aquele capaz de selecionar e transferir os conhecimentos de acordo com as exigências do seu cotidiano de trabalho e de sua área de atuação⁴⁰.

A competência é um saber agir de maneira responsável, implica mobilizar, integrar transferir conhecimentos de forma que agregue valor à organização e valor social ao indivíduo. Compreende um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para que a pessoa desenvolva suas atribuições e responsabilidades. A noção de competência aparece assim associada a verbos como saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber se engajar, assumir responsabilidades e ter visão estratégica⁴¹.

É exigido do Enfermeiro de centro cirúrgico complexas ações no seu desempenho, carecendo deste profissional uma especialização. A ANA (American Nurses Association), menciona uma relação entre os resultados do paciente e o cuidar do Enfermeiro, que muitas vezes não se encontra em quantitativo adequado às inúmeras situações que o exigem^{25,42}.

Para uma assistência eficaz em centro cirúrgico deverá existir uma intensa cooperação, comunicação e colaboração entre o Enfermeiro perioperatório, equipe de anestesistas e equipe operatória, essenciais à condução clínica do paciente⁴³.

A comunicação eficaz entre os membros que compõem o centro cirúrgico aperfeiçoa o desempenho da equipe, reduz eventos adversos, aumenta a segurança do paciente. A gestão de fluxos de pacientes, salas de operações, provimento de materiais consignados, permanentes, distribuição e preparação de materiais e agendamento de cirurgias, fazem do dia-a-dia do Enfermeiro uma complexa rede de atribuições e responsabilidades, que exigem determinadas competências associadas³⁰.

A Enfermeira perioperatória deverá ter atribuições para o controle de procedimentos cirúrgicos e habilidades como relacionar o histórico dos pacientes, realizar exame físico, interpretar exames subsidiários; realizar a leitura de prescrições medicamentosas e a prevenção de riscos cirúrgicos⁴³.

Ainda como atribuições no período intra-operatório as enfermeiras auxiliam nos posicionamentos, estabelecem ações de prevenção de lesões teciduais por queimaduras e posicionamentos, prevenindo áreas de atrito com protetores almofadados; monitorizam o paciente, aferem sua vulnerabilidade ao procedimento anestésico; tais como proteção da córnea, abrasões, contusões, ferimentos, língua, mucosa oral, temperatura; acompanham o equilíbrio hemodinâmico, resultados da gasometria arterial; realizam punções venosas e arteriais; verificam infusões de líquidos e documentam suas Ações. Aferem pressão arterial sistêmica antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Prestam total atenção ao paciente, auxiliando nos procedimentos de intubação, ajudando a visualização de cordas vocais; realizam procedimentos de ausculta cardíaca, respiratória e controlam os movimentos. Ou seja, acompanham o paciente em toda manutenção do processo anestésico-cirúrgico, prestando atenção aos sinais, ao nível de consciência e à dor⁴³.

As principais competências do Enfermeiro de Centro Cirúrgico, encontradas no estudo de Kondrat, estão classificadas após estudo de dezessete (17) competências em cinco (5) principais categorias, as quais estão definidas por: gestão, financeiro, clínico, interpessoal e tecnológico²⁵.

3 REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE

3.1 Teoria Geral dos Sistemas

A Ciência permite ao homem indagar, aperfeiçoar-se. O conhecimento é uma fonte geradora de tecnologia e junto a essa tecnologia se faz possível a construção de meios que permitam ao homem atuar em vários setores da vida⁴⁴.

O progresso da análise na ciência recria a necessidade de síntese, desenvolvendo o especialismo e a necessidade de teorias que visualizem o homem holisticamente, englobando todas as ciências, incorporando-a em uma doutrina única⁴⁴. A teoria geral dos sistemas foi postulada por Ludwig Von Bertalanffy, sendo esta reconhecida pela comunidade científica como sendo uma ciência nova⁴⁵.

Essa teoria representa um paradigma original no pensamento científico, apresentando três aspectos principais, primeiramente nasceu à concepção de ser uma teoria como ciência dos sistemas, sendo aplicada em várias áreas do conhecimento tais como a física, biologia, psicologia, ciências sociais, ou seja, tornou-se uma teoria geral, sendo sua aplicabilidade ampla e genérica uma vez que esta reflete um sentido universal de conceitos^{44,45}.

Esta teoria trouxe à baila o paralelismo ou isomorfismo, sendo caracterizada como uma teoria com enfoque na totalidade e nos conjuntos. Essa teoria contrasta com os paradigmas científicos analíticos, mecanicistas, causal. A essência filosófica relacionada aos valores correlaciona-se à realidade e a uma hierarquia de conjuntos organizados. O ser humano não está associado a um conjunto de partículas físicas dissociadas; mas sim como um indivíduo que está sujeito à realidade verdadeira⁴⁵.

Todo ser vivo pode ser considerado um sistema, sendo colocado numa lógica de sistemas biológicos, onde se insere como um ecossistema. Sistema pode ser definido como um todo complexo e organizado⁴⁴.

A teoria dos sistemas tornou-se visível devido ao fato de que o esquema proporciona uma visão ampla, propondo novas alternativas à resolução dos

problemas propostos pela tecnologia moderna, assim como pelas ciências biossociais⁴⁵.

Enfatiza ainda a concepção organísmica na biologia, onde visualiza o organismo como totalidade ou sistema, numa dimensão interligada de conceitos, conteúdos e organização⁴⁵.

A abordagem sistêmica ou simplesmente sistemas, não é uma teoria aplicável a todo universo, mas uma forma de ordenar o processo de pensar a respeito de coisas existentes, especialmente se forem entidades complexas, a exemplo das organizações²⁶.

Na visão sistêmica cada ação dentro de uma organização se faz necessária, formando um entrelaçamento de funções, atribuições que no todo se relacionam a fim de uma meta ou objetivo único⁴⁶.

Com a evolução científica percebe-se uma ciência contemporânea composta por disciplinas especializadas, estratificadas, complexas e compostas por estruturas teóricas subdivididas, restritas a um universo próprio e privado⁴⁵.

“Segundo Bertalanffy a biologia, na concepção mecanicista, considerava que sua meta consistia na resolução dos fenômenos vitais em entidades atômicas e processos parciais. O organismo vivo resolvia-se em células, suas atividades em processos fisiológicos e finalmente físico-químicos, o comportamento reduzia-se a reflexos incondicionados e condicionados, o substrato da hereditariedade resolvia-se em genes com o caráter de partículas, e assim por diante. Contrariamente a este modo de ver, a concepção organísmica é básica na biologia moderna. É necessário estudar não somente partes e processos isoladamente, mas também resolver os decisivos problemas encontrados na organização e na ordem que os unifica, resultante da interação dinâmica das partes, tornando o comportamento das partes diferente quando estudado isoladamente e quando tratado no todo⁴⁵”.

Pela visão sistêmica os organismos são sistemas abertos, isto é, trocam matéria com o ambiente. Cada homem constrói suas metas ou objetivos, representando, por conseguinte sua filosofia de vida^{26,45,46}.

Podem ser Sistemas abertos quando, definidos como um todo complexo e organizado altamente relacionáveis, dinâmico, possuindo uma entrada que poderia ser classificada como uma informação, um material, um serviço que ao longo de seus processos se transformam e possibilitam as respostas⁴⁶.

A ciência contemporânea trabalha a totalidade, o que antigamente estava isoladamente aplicável apenas à observação de fenômenos, atualmente percebe-se sua evolução, ou seja, fenômenos que isoladamente estudados não transmitem níveis de respostas adequados, enquanto que estudados de uma forma geral são melhores compreendidos e constatados⁴⁵.

A Teoria Geral dos Sistemas tem por ordem de princípios básicos:

“Uma tendência geral no sentido da integração nas várias ciências, naturais e sociais. É um importante meio para alcançar uma teoria exata nos campos não físicos da ciência. Desenvolve princípios unificadores que atravessam “verticalmente” o universo das ciências individuais, esta teoria aproxima-nos da meta da unidade da ciência. Pode conduzir à integração muito necessária na educação científica⁴⁵.”

A concepção de ciência não se resume apenas ao reducionismo de campo de aplicação à física, mas sim em uma ciência que engloba conteúdos e conceitos de perspectiva, pois a biologia, o social e o comportamento são organizações complexas e diferenciadas, com uma apresentação única⁴⁵.

A teoria dos sistemas nasceu da procura de princípios científicos que ultrapassem os sistemas dinâmicos dando margem a interação. O holismo e a concepção dos sistemas físicos, biológicos e sociais se inter-relacionam, e não somente se resume à soma de um todo. Uma organização empresarial constitui um sistema social, ou de máquina baseada em homens⁴⁷.

O ser humano é considerado um sistema provido de autoconsciência e é capaz de utilizar a linguagem e o simbolismo. O ser humano pertence às dimensões dos sistemas de valores, imagens, registros históricos, arte, música, poesia e emoções⁴⁷.

Para Bertalanffy, o homem não é somente um animal político, mas é antes e acima de tudo um indivíduo e este deve ter como princípio sua realização pessoal, a fim de não finalizar-se em uma máquina social. O indivíduo é um ser em constante interação com o meio em que está inserido⁴⁵.

A organização é composta por um sistema ambiental externo e por um sistema interno de relações, sistemas esses, interdependentes. O sistema social contém três elementos. As tarefas que as pessoas executam são as atividades. Entre as pessoas, na execução das tarefas ocorrem interações, e o que acontece entre tais pessoas são emoções. Esses elementos são dependentes entre si⁴⁷.

A Enfermagem como ciência do cuidar, num contexto biopsicosócio espiritual, tem por finalidade proporcionar ações que contemplem o indivíduo como um ser integral e que suas partes interajam e integrem-se entre si. Quando em estados de alterações essas partes podem vir a desencadear processos que desestruturam a totalidade, o que podemos associar ao conceito de “doença”.

Para a visão sistêmica o estado de saúde ou doença é resultante das condições do ecossistema, da capacidade do sistema biológico e do seu metassistema (ambiente social). Saúde é um estado de vigor físico para a realização de atividades que sejam compatíveis à sua idade, não apresentando alterações de seus sistemas, mantendo dessa forma um conjunto harmonioso biológico, físico e mental⁴⁴.

Nos primórdios da filosofia e das ciências ocidentais, Aristóteles distinguia a matéria e a forma ligando-as por um processo de desenvolvimento. Platão acreditava que a forma não tinha natureza separada. A visão Aristotélica reinou por mais de dois mil anos, sendo inserida nas ciências da época, tais como a biologia, física e metafísica. O pensamento analítico baseou-se na divisão entre a mente e a matéria, os organismos vivos eram considerados máquinas e que poderiam ser entendidos, analisando-os em termos de suas menores partes⁴⁸.

Sistemicamente a Enfermagem ocupa um lugar de profissão primária junto às demais profissões tais como a Medicina, Odontologia, por ter como corpo

de conhecimento um fazer exclusivo de aplicação, encontrando no Sistema de Saúde sua atuação⁴⁴.

O Sistema de Saúde se estabelece como um conjunto de equipes adaptadas às mais variadas tarefas de saúde, tanto para ações individuais como para ações sobre o ecossistema ⁴⁴. Associando-se a esse juízo de valores, o Hospital caracteriza-se como um sistema aberto, que vive em constante ligação com o meio e os componentes que dele fazem parte na totalidade. O ambiente é o meio que envolve externamente o sistema, veiculando desta forma uma interação, para que o sistema sobreviva, portanto este deverá permanecer em um estado constante de adaptação, evolução, sendo associada a um contexto e denominação ecológica de visão⁴⁹.

A Utilização da Teoria Geral dos Sistemas fundamenta-se nas premissas básicas:

“Os sistemas existem dentro de sistemas, os sistemas são abertos, caracterizados por um processo de intercâmbio infinito com seu ambiente que por sua vez, são outros sistemas, as funções de um sistema dependem de sua estrutura. A perspectiva sistêmica mostra que a organização deve ser administrada como um todo complexo em oposição a focar as partes em separado. Os parâmetros dos sistemas são: entrada, processamento, saída ou resultado, retroação e ambiente⁵⁰”.

Na Teoria dos Sistemas, o sistema é um componente designado a cumprir um objetivo de acordo com o plano preestabelecido. Distingue ainda o conceito aplicado a Administração em três níveis; o da direção, os sistemas de informação e controle e o de processamento do projeto⁵⁰.

A estrutura organizacional se enquadra em um subsistema técnico e social, sendo o técnico composto pelas tarefas e o social pelo psicossocial caracterizado pelo potencial humano na empresa⁵⁰.

A visão de empresa como sistema sócio técnico estruturado apresenta-se como um composto de valores e metas⁵⁰. O centro cirúrgico no contexto da ecologia de organização é caracterizado como um sistema sócio-técnico estruturado, administrativo e psicossocial por pertencer a um sistema hospitalar⁶, que possui

especialidades, unidades hospitalares de atendimento, recursos humanos, materiais, estruturais que interagem entre si, com um único foco central que é o cuidar; prestar uma assistência livre de danos em decorrência de seu ambiente de composição.

A organização pode ser considerada um sistema sócio-técnico estruturado.

A tecnologia baseia-se nas tarefas a executar e inclui o equipamento, os instrumentos, os dispositivos e as técnicas de operação. O subsistema social é constituído pelo racionalismo que se cria entre as pessoas que fazem parte da organização. Trist concebeu o sistema sócio-técnico estruturado a partir da concepção de que qualquer sistema de produção requer tanto uma organização tecnológica- layout do equipamento e do processo, como uma organização e trabalho, mas a organização do trabalho tem propriedades sociais e psicológicas peculiares independentes em relação à tecnologia⁴⁷.

A organização é composta pela união de atividades humanas em torno de diversas tecnologias. O subsistema técnico; é moldado pela especialização dos conhecimentos e das aptidões necessárias à manipular os principais recursos, associando as necessidades de possuir pessoas com capital intelectual condizentes⁴⁷.

Subsistema psicossocial; compõe-se por meio de pessoas, as quais se relacionam entre si, trocam experiências, expectativas, aspirações, demonstram sentimentos, valores e opiniões⁴⁷.

Os sistemas técnicos e sociais agem simultaneamente e deverão estar em verdadeiro equilíbrio, uma vez desestruturados podem influenciar o meio⁴⁷. Subsistema estrutural; é o modelo pelo qual a organização divide suas ações, processos, descrição de cargos, serviços, regras, normas, padrões, perfil, comunicação, natureza dos serviços⁴⁷.

A administração inclui a coordenação de recursos humanos e materiais visando atingir seus objetivos. O sistema técnico requer conhecimentos especializados⁴⁸.

Baseado na composição do Sistema sócio- técnico estruturado a prática profissional da Enfermagem pode ser equalizada, tornando-se seu referencial teórico, onde se pode perceber uma visão ampla, sistêmica do ser humano biopsicosocio espiritual inserido em uma organização empresarial dotada de valores, metas e objetivos.

A visão do indivíduo inserido num contexto de sistema de saúde privilegia o respeito à sua equidiversidade (individualidade) e sua relação às suas escolhas. O ser humano tem direito à privacidade, fazendo prevalecer suas crenças, normas e rotinas, na valorização do respeito à totalidade do indivíduo⁵¹.

Cada profissão procura delimitar relações de trabalhos, especificidades de conhecimentos. No trabalho em saúde muitas vezes, essas condições podem gerar conflitos pelas superposições, pelas imprecisões, sendo necessárias ações que minimizem essas condições. A Enfermagem deve formular propostas com novos referenciais de intervenções na prática institucional em saúde. A enfermagem deve construir outras possibilidades de atuação, na sua utilização de novos modelos e vislumbrando novas perspectivas de saberes, desenvolvendo novos conhecimentos⁵¹.

A sociedade moderna impulsiona o crescimento de organizações complexas, a sociedade é dinâmica fortalecida e moldada pelo meio ambiente, crescimento e valorização das necessidades e desejos humanos. À medida que a sociedade obtém o controle da raça humana, coloca-se o problema de posicionamento e do ordenamento da adaptação ao meio⁴⁸.

3.2 O sistema sociotécnico- estruturado e a visão de organização do Hospital

A abordagem sistêmica propicia uma visão integrada do homem perante a sociedade e suas necessidades emergentes. A profissão é constituída por um núcleo de conhecimentos próprios, que a cada evolução da sociedade busca inventar, inovar formas de atenção e associar a ciência na sua devoção ao ser

humano, numa busca incessante de repensar novas ações, nova ciência catalisando forças para aprimorar e sobrepor dificuldades.

O objetivo deste estudo foi buscar novos saberes, reordenar ações, baseando-se em conceitos já estabelecidos e consagrados pela Enfermagem, bem como o de descobrir a visão dos elementos participantes desta categoria profissional. Para relacionar o conhecimento profissional ao sistema sócio- técnico estruturado como base da análise deste estudo se fez-se necessário uma descrição mais apurada da visão sistêmica associando-se a um conceito organizacional de saúde hospitalar, onde a profissão Enfermeiro se posiciona.

Diante das perspectivas de organização empresarial o hospital pode ser considerado uma organização de serviço onde os grupos de clientes são os beneficiários, sendo inclusa dentro de uma normativa, buscando no controle moral sua principal fonte de influência sobre seus membros. São também consideradas organizações integradoras, pois procuram diante das adversidades e diversidades de fatos, acontecimentos e conflitos os quais são gerados pelas necessidades sociais dos pacientes, famílias, colaboradores e até do médico, fornecer mecanismos capazes de solucionar, direcionar e ajustar elementos para uma motivação maior a fim de suplantar as expectativas sociais⁵².

A instituição hospitalar é complexa, determinista e composta por membros especializados permeados pela tecnologia em vasta progressão, no seu desenvolvimento. Suas características complexas têm como foco direcional o tratamento dos doentes, o ensino e a pesquisa, cumprindo papéis como de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade⁵².

O Hospital historicamente venceu as raízes da hospitalidade religiosa e altruísta, constituindo-se como marco inicial em fonte de cuidados a enfermos pobres como uma ação caritativa. Os médicos do século XIX tratavam os doentes nos hospitais voluntariamente como caridade, sendo os pacientes utilizados como estudos pelas numerosas doenças que açoitavam a época⁵².

A partir da revolução industrial, o avanço da tecnologia se fez notório à sociedade, fazendo com que os hospitais ao fim do século XIX e início do século XX passassem a compor um papel de destaque em relação à saúde da sociedade, que então já o procuravam como escolha e busca de cura⁵².

Seu principal objetivo é atender aos pacientes em suas atenções de tratamento, cada profissional mediante seus valores intrínsecos a sua formação profissional interpretam-no de uma maneira diferenciada a fim de alcançar os objetivos desta organização. Padrões de condutas regidas pelos códigos de ética profissional permitem uma integração vital para a unificação das atividades do hospital, desta forma seus indivíduos trabalham com níveis de profissionalismo favoráveis a uma coordenação voluntária⁵².

Com a evolução da sociedade, à medida que as fronteiras das atividades dos hospitais se alargaram as metas e valores evoluíram paralelamente; exigindo uma maior integração entre sua composição, para que desta forma possa atender as necessidades de seus pacientes e possa exercer ações de pesquisa, ensino e qualidade acima de tudo. A especialização permitiu ao médico enfatizar sua ação direta na organização hospitalar⁵².

O hospital numa visão sistêmica integra profissionais de diversas categorias, com conhecimentos intrínsecos à sua atuação, porém todos esses profissionais se inter-relacionam para atingir as metas da organização hospitalar que é a de prestar assistência à saúde.

Abaixo estão descritos os subsistemas componentes desta medula espinal que é a organização hospitalar:

3.2.1 Subsistema – Tecnologia

A tecnologia proporcionou à organização uma mudança funcional em suas metas e estrutura. A tecnologia centralizou o capital intelectual médico e suas fontes de tratamento, passando a um foco de consumo tanto da visão do paciente

quanto ao do médico em pertencer a uma estrutura composta por tecnologia e grandes oportunidades de ascensão profissional e financeira⁵².

À medida que ela se especializou diversas profissões agregaram-se a esta estrutura, tais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, administradores, e outros; tornando-se altamente complexa e associada a isso houve uma oneração financeira devido aos altos custos de equipamentos, materiais, tornando-se o maior dilema da atualidade⁵².

A visão hospitalar representa-se pelos equipamentos, instrumentos, maquinários e dispositivos, conhecimentos específicos dos profissionais atuantes, principalmente pela diversidade de especialidades⁶.

3.2.2 Subsistema – Estrutura

A heterogeneidade dos profissionais, suas capacitações profissionais, a hierarquização relacionada ao conhecimento, à diversidade de funções, departamentos de apoio, exigiu do hospital a composição de uma organização de estrutura formal e única⁵².

A estrutura hospitalar é composta pelo arcabouço administrativo e pela equipe médica que age diretamente no modelo operacional desta organização por deter o poder legal da medicina, a qual o hospital como organização não pode exercer sem ação desta categoria dominante. A equipe médica é autogovernada, normalmente não se compõem como membros institucionais do hospital, exercem uma independência administrativa. Por outro lado devem obedecer aos processos documentais dos pacientes e as normas organizacionais⁵².

Na estrutura hospitalar todos os profissionais das diversas categorias componentes se inter-relacionam, suplementam-se mutuamente exigindo coordenações correspondentes entre as várias funções e atividades especializadas. As ações de coordenação regidas por normas, regras, regulamentos parte desta

condução e abrocha-se na auto-motivação, automaticamente formando núcleos de valores à organização.

A estrutura é comandada por uma tríade organizacional pela qual emana toda a autoridade decisória; para melhor entendimento adaptamos um diagrama ⁵².

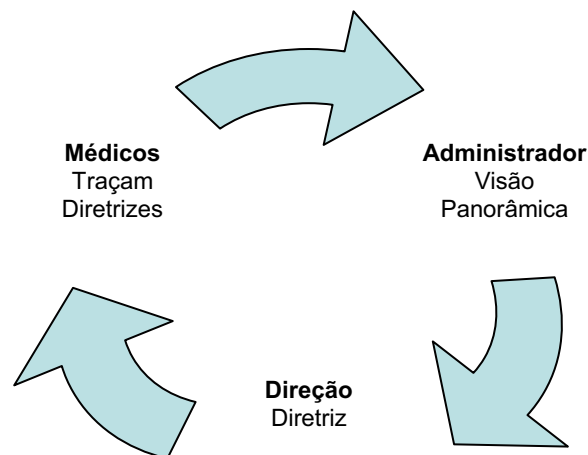


Ilustração 1 - Modelo adaptado: Tríade de autoridade de Kast e Rosenzweig (1976) ^{47,52}.

A Direção é responsável em estabelecer relações entre o hospital e o meio ambiente social a fim de gerir recursos necessários. O administrador tem a função de negociar e combinar recursos às atividades das pessoas que trabalham no hospital. A equipe médica tem a responsabilidade técnica quanto ao tratamento dos pacientes⁵². Portanto a relação de continuidade e autoridade rege a organização hospitalar nas suas especificidades funcionais e legais. A divisão de tarefas em unidades operacionais e a coordenação entre elas compõem os organogramas, fluxogramas, desenhos de cargos, regulamentos e regimentos internos⁶.

Com o desenvolvimento tecnológico o poder de gestão associado ao conhecimento médico está abrindo lacunas para que o administrador suplante o poder de coordenação da organização, assumindo o papel de gestor dos serviços de saúde⁵², devido a sua natureza atual de visão empresarial e de todo seu contexto social envolvido, necessitando portanto de profissionais com conhecimentos técnico-administrativos que permitam a gestão seus melhores resultados.

3.2.3 Subsistema – Psicossocial

O Hospital não se apresenta apenas por uma camada de regras, normas, conformidades e tecnologia, mas sim por uma essência humana e social associada, com potenciais intelectuais de raciocínio e tomada de decisão. O hospital constitui-se de matéria humana, seu produto final é humano, seu serviço final é humano. O serviço prestado a outras pessoas, sendo este serviço altamente complexo, personalizado e individualizado constitui-se de interações, expectativas, aspirações, opiniões e valores pessoais^{6,52}.

Compõe-se de status, definidos por uniformes, títulos, com papéis definidos, porém com diversos fatores conflitantes em pertencer à administração e a seus responsáveis técnicos. O paciente é o produto final do hospital, caracteriza-se por uma passividade a colaborar com todo o pessoal do hospital, determinantes pela sua estadia e alta⁵².

O médico possui um status social elevado, pois a ele confia-se a ação terapêutica medicamentosa. A equipe de Enfermagem coordena a “dispensa de cuidados” associados, com funções de “cura” do médico. Cabe a ela a estreita relação com o paciente, devido ao fato de sua permanência integral junto ao paciente, o que não ocorre com o médico que tem um contato breve com o paciente. Pela facilidade de estar à frente do paciente, de conhecer seus processos internos, de estabelecer relações sóciométricas não formais com outros membros do hospital, à enfermeira denota-se uma influência e liderança na organização interna. A Enfermeira caracteriza-se como negociadora, avalista e influenciadora⁵².

A necessidade de elevar a profissão, a especialização trouxe a necessidade de desburocratização do seu papel e a despir-se do rótulo de “auxiliar do médico”, diminuindo a relação de subordinação em relação ao médico⁵².

3.2.4 Subsistema – Administrativo

Cabe a cada categoria exercer seus respectivos papéis e a fixar procedimentos hospitalares os quais forneçam a base para o controle a ser exercido sobre as operações de gestão. A visão empresarial gera como consequência a inovação, porém pelo fato de ser composta por fatores humanos esta deverá estar em constante diferenciação com o meio ambiente⁵².

Os sistemas e subsistemas se interligam, o centro cirúrgico integra-se como um subsistema dentro do sistema hospitalar⁶, composto por metas e valores próprios relacionados à filosofia da Instituição. Diante de novas perspectivas de atuação da Enfermagem e da concepção de novos saberes específicos que contemplem a Enfermagem como um subsistema atuante dentro do sistema de saúde, em bases ao sistema sociotécnico- estruturado, vislumbrou-se um novo olhar para as competências essenciais à Prática do Sistema de Assistência de Enfermagem no processo anestésico (SAEPAC), foi desta maneira, estruturado em forma de diagrama as possíveis relações das competências do Enfermeiro à essa prática, as quais serão discutidas a partir do conteúdo das entrevistas realizadas com os protagonistas do estudo.

3.2.5 Subsistema – Metas e Valores

Segundo Avelar apud Carvalho, metas e valores são bases filosóficas que permeiam a Instituição e todos os subsistemas, influenciando as ligações e as interações que nela ocorrem, são partes integrantes da organização e podem divergir da estrutura formal da própria organização⁶.



Ilustração 2 - Modelo adaptado de sistema sócio-técnico estruturado de Kast e Rosenzweig ao Sistema de Enfermagem no Processo anestésico – cirúrgico SAE PAC^{6,11,45,47,52}.

Por meio deste estudo pretendeu-se identificar as competências do Enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem no Processo Anestésico Cirúrgico nas dimensões: administrativa, valores e metas, tecnológico, estrutura e psicossocial, classificando-as e integrando-as como um todo.

4 OBJETIVO DO ESTUDO

4.1 Objetivo Geral

Tem-se como objetivo deste estudo identificar e analisar, à luz da visão sistêmica, numa abordagem sócio-técnica estruturada, as competências imprescindíveis do Enfermeiro para atuação no processo anestésico cirúrgico.

5 O PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 A pesquisa qualitativa

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, o qual compreende atividades de investigação de fenômenos que podem ter características específicas ou por traços de semelhanças. A pesquisa qualitativa tem por base o estudo dos fenômenos, considerando o ambiente composto por intervenientes ambientais, culturais de uma determinada realidade social⁵³.

A pesquisa qualitativa procura avaliar e entender os processos e não somente os resultados e produtos; a avaliação dos fenômenos relacionada com a natureza subjetiva que permite a variabilidade dos dados⁵⁴.

Para a pesquisa qualitativa a realidade é um domínio infinito de campos inter-relacionados independentes de nossas práticas, que por sua vez quando pesquisados tornam-se contextos dicotômicos dependentes⁵⁵.

“O conhecimento é um processo de construção que encontra sua legitimidade na capacidade de produzir permanentemente, novas construções no curso de confrontação do pensamento do pesquisador com a multiplicidade de eventos empíricos, coexistentes no processo investigatório⁵⁵.”

A pesquisa qualitativa permite inaugurar zonas de sentidos diante dos desafios, principalmente ao parametrizar, confrontar a teoria e as demonstrações empíricas com o processo interpretativo que emerge da pesquisa. O pesquisador tem hipóteses a testar ou informar, busca por meio das respostas, entender o processo; ante a preocupação com o contexto, busca-se o entendimento e não um objetivo predeterminado⁵⁶.

Pesquisa é a investigação sistemática que visa responder problemas, com o intuito de adotar uma postura essencial à prática baseada em evidência. O delineamento da pesquisa qualitativa demonstra-se flexível, busca a compreensão holística da temática, exige envolvimento, bem como a análise contínua a fim de definir-se o seu término⁵⁷.

A pesquisa descritiva, por meio de declarações, significados, assim como representatividades dos indivíduos pertencentes a uma sociedade reflete os fenômenos e possibilitam uma maior explicitação da realidade em questão⁵³.

5.2 O cenário escolhido

O presente estudo foi desenvolvido em um Hospital de médio porte, de característica privado, caráter de atendimento geral, localizado na região central de São Paulo o qual realiza ações de ensino e pesquisa. O Hospital possui um corpo de Enfermagem altamente ativo na área de atuação cirúrgica, sendo que alguns dos seus enfermeiros além de especialistas em centro cirúrgico participam diretamente na gestão da Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós Anestésica e Central de Materiais e Esterilização (SOBECC).

Possui um Centro Cirúrgico estruturado, que atende a todas as especialidades médico- cirúrgicas, com um corpo clínico e de Enfermagem presente nas 24 horas.

5.2.1 Protagonistas do estudo

A proposta da pesquisa foi conhecer os aspectos vivenciados por um grupo de profissionais que atuam diretamente na assistência de Enfermagem ao paciente cirúrgico. Enquadrou-se neste cenário os Enfermeiros de Centro Cirúrgico caracterizados por seu vínculo ao setor, ou seja, os Enfermeiros que compunham o quadro funcional de Enfermagem da assistência do Serviço de Centro Cirúrgico. Esse critério deve-se ao fato destes profissionais conhecerem melhor a realidade do local, o ambiente, assim como a interação entre as equipes de trabalho.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos associando o fato de possuírem no mínimo seis meses de atuação em Unidade de Centro Cirúrgico. Constatou-se dentre os participantes vínculos muito superiores ao estabelecido

demonstrando maior interação e envolvimento nos processos desta unidade hospitalar.

Os Enfermeiros possuíam experiência na assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, independente da especialidade médica/clínica do serviço. Essas experiências foram importantes para que os profissionais contribuíssem com uma visão técnica científica mais apurada.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que recusaram participar, assim como aqueles que em sua rotina diária não tiveram a possibilidade de estarem presentes no setor a fim de participar, bem como aqueles que no período da coleta encontravam-se ausentes do setor por ausências previstas e não previstas.

A representatividade correspondeu a um número de quinze entrevistados, os quais durante o período estabelecido de coleta aceitaram participar. A repetição das informações que foram sendo compartilhadas indicou o esgotamento e saturação dos dados da pesquisa, por meio de um número de respostas semelhantes que propiciou a interrupção do processo de coleta de dados⁵⁴.

5.2.2 Estratégias para se adentrar ao cenário

A coleta das informações permitiu ao pesquisador esboçar novas linhas de inquirição e vislumbrar perspectivas de análises e de aprofundamentos do conhecimento. O processo de coleta de dados não permite uma visão isolada e estanque dos problemas, este pode facilitar o esclarecimento do problema inicial que originou o estudo⁵⁴.

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Saúde e também da Gerência do Bloco Operatório, a coleta foi planejada por agendamento de horários para a liberação dos responsáveis na realização das entrevistas.

Foi aplicado o método de coleta de informações por meio de entrevista, com o objetivo de obtenção de saberes relacionados ao nível de experiência, conhecimentos dos protagonistas relativos à temática. A escolha da técnica de entrevista permitiu ao entrevistador um maior esclarecimento acerca do problema da pesquisa, assim como uma maior veracidade na captação das mensagens⁵⁸.

A coleta foi realizada por meio das entrevistas semi – estruturadas, com questões norteadoras, para que fosse possível fazer a mesma indagação a todos os entrevistados (apêndices B e C).

A entrevista foi realizada pelo próprio pesquisador, pois esta forma possibilita uma maior probabilidade ao entrevistado interagir melhor com o pesquisador⁵⁷. Todas as informações obtidas dos entrevistados foram gravadas e destinadas exclusivamente para elaboração deste estudo, respeitando o anonimato dos participantes. O conteúdo obtido durante este estudo foi altamente confidencial e não foi utilizado com qualquer outro propósito além do descrito acima.

5.3 Instrumentos de coleta das informações

5.3.1 Entrevista semi-estruturada

Foi aplicado um instrumento contendo parte I: caracterização dos entrevistados e parte II: questões norteadoras para livre expressão dos entrevistados sobre suas percepções, crenças, atitudes, valores e ações acerca do objetivo da pesquisa⁵³. (apêndices B e C). As questões tinham como base principal o conhecimento dos sujeitos em relação às suas ações no processo anestésico cirúrgico.

Os entrevistados receberam orientações acerca do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice A) e após a sua assinatura, iniciaram-se as entrevistas gravadas, somente com a anuência dos sujeitos.

A entrevista tem a capacidade de averiguação de fatos, opiniões, determinação de sentimentos, descoberta de planos de ação, reflexão temporal, condutas, ou seja, trazer ao real, o empírico mediante seu desenvolvimento. O intuito é obter respostas às mesmas perguntas, sendo desta maneira possível a comparação entre os diferentes respondentes⁵⁶.

As entrevistas:

“Para Goode e Hatt apud Moreira, a entrevista consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de um certo ato social como a conversação⁵⁶”.

A entrevista representa um forte instrumento de coleta de dados, o qual permite a interação, estabelece uma atmosfera de influência recíproca entre entrevistador e entrevistado. Permite abordar assuntos e questões desde o foco pessoal ao mais complexo, desenvolvendo o aprofundamento de pontos de vista individuais. Permite ainda correções, esclarecimentos de dúvidas, interpretações, ganhando-se desta forma vida e interface entre as partes⁵⁹.

As entrevistas foram aplicadas no período de 8 de fevereiro à 17 de março de 2010.

5.4 Comitê de Ética

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram desenvolvidas entre indivíduos com autonomia plena, respeitando valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos⁶⁰.

Assegurou-se aos sujeitos da pesquisa orientações, benefícios e acesso aos produtos da pesquisa e a inexistência de conflitos de interesses entre pesquisador e pesquisados⁶⁰.

A coleta de dados foi iniciada a partir da autorização do projeto após sua avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa do local sediado da pesquisa, conforme regulamentação legal da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996⁶⁰.

Com a autorização da Instituição sediadora da pesquisa, o preenchimento do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” foi entregue a todos os protagonistas, explicando seus objetivos e solicitando sua participação antes do início da entrevista, a qual somente se deu após autorização dos pesquisados.

5.5 Análise de Conteúdo

A pesquisa qualitativa em Enfermagem é uma ciência e uma arte que visa combinar a natureza científica para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana⁶¹.

Pretende-se interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas trazem, trabalha a totalidade de seres humanos e estes atribuem significados às suas experiências de vida⁶¹.

A análise de conteúdo se conceitua como uma técnica da análise de comunicação, visando descrever e interpretar as mensagens, por meio da descrição de indicadores que demonstrem a inferência de conhecimentos⁶².

A Análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes), com estruturas sociológicas (significados), visando entender a essência da temática. Primeiramente deve-se fazer a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar as inferências⁵⁹.

Para a análise deve-se ter a delimitação da problemática focalizada, confrontar o objetivo da pesquisa e as características da situação estudada. Inicialmente a leitura dos textos se fez necessária, para que houvesse uma “impregnação do conteúdo”, dividindo-se em componentes, desvelando mensagens implícitas, de forma a emergir contextos dedutíveis do tema pesquisado. Ao se desvelar esses contextos não foram associados os valores do pesquisador, apenas os significados implícitos ao texto, conforme se recomenda a análise de conteúdo⁵⁹.

Segundo Minayo a metodologia de pesquisa qualitativa apresenta-se como o entendimento, a expressão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, sendo desta forma o campo da pesquisa de caráter subjetivo. A análise executa-se em um processo de busca ao conteúdo pesquisado, ultrapassando a incerteza, desenvolvendo-se além das aparências⁶².

Na análise procura-se descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem o objeto analítico. Na realização da análise foram observadas as seguintes etapas:

- a) Pré –análise: composta por uma leitura fluante, contato exaustivo com o material, constituição de corpus, organização do material. Nesta fase determinou-se a unidade de registro (palavra – chave ou frase), unidade de contextos, os recortes, a categorização e a codificação⁶²
- b) Exploração do material, significa a codificação do material, onde se realiza o recorte do texto em unidade de registro que podem ser uma frase ou palavra. Escolhem-se as regras de contagem, uma vez que ela constrói índices que permitem quantificação e ao final realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas⁶².
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde os resultados foram submetidos a interpretações, para que se possa inferir e interpretar as pistas sugeridas, mantendo a análise dos significados⁶²

A análise deste estudo teve como propriedade aplicativa a análise de conteúdo embasada no referencial teórico do sistema sócio-técnico estruturado, caracterizado pelos seus focos centrais de análise: filosófico, administrativo, tecnológico, valores e metas, estrutural e psicossocial.

5.5.1 Organização do material

Para a organização do material de pesquisa coletado nas entrevistas semi-estruturadas utilizou-se a técnica metodológica de análise de conteúdo.

Pode-se descrever o percurso metodológico primário relacionado à organização dos materiais da coleta para caracterização do perfil dos sujeitos

entrevistados e pelas entrevistas gravadas, conseguindo a um quantitativo de quinze (15) profissionais Enfermeiros de unidades de Centro Cirúrgico.

A finalização do quantitativo de profissionais deu-se por definição às características implícitas nas falas, nas quais houve presença de representatividade das suas expressões e termos, fenômenos estes que identificaram a possibilidade de exaustão do conteúdo ditado no instrumento norteador (apêndice B e C).

Inicialmente todas as entrevistas gravadas foram submetidas a uma transcrição a fim de explicitar os conteúdos que emergiram das falas dos entrevistados, tomando-se a verdadeira cautela para não haver qualquer modificação, alterações interpretativas das expressões dos entrevistados⁶².

Por meio das transcrições obteve-se o contato exaustivo sistemático com os materiais coletados, possível pela leitura flutuante, gradativa, reflexiva e incorporativa⁶².

O método realizou as etapas interpretativas, que neste percurso possibilitou a elucidação de conteúdos, que nos forneceram sua significação: foram a pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos⁶².

A pré- análise consistiu na leitura e organização do material transcrito, o qual possibilitou resgatar frases, palavras que trouxeram à luz as unidades de registro. A leitura incessante, a elucidação de indicadores representativos e a emersão de um corpus da investigação permitiram a compreensão inicial do estudo. A leitura no decorrer do estudo conduziu a delimitação de conteúdos, sem efetuar quaisquer interpretações, apenas para transmitir a essência impregnada nos conteúdos de linguagem⁶².

A segunda etapa teve por consequência a organização formal das unidades de registro obtidas na pré-análise. Neste percurso foi realizada a interpretação da interface da junção de núcleos de compreensão dos conteúdos. A extenuante leitura, releitura, avaliação dos enunciados e a associação de idéias,

culminaram em contextos que foram possíveis para o agrupamento de informações que resultaram em uma maior compreensão do material.

O entrecruzamento de conceitos implícitos e explícitos às informações possibilitou o estabelecimento das categorias que emergiram do contexto deste estudo, possibilitando a sua análise e interpretação de acordo com os conceitos prévios estabelecidos. Os procedimentos de codificação, classificação e de categorização foram possíveis pela clareza interpretativa dos dados.

A fase final do processo de interpretação do material obtido, possibilitou a descoberta de temas os quais foram norteados pelas questões do estudo em voga, assim como embasados no referencial teórico de análise proposto - *sistema sócio-técnico estruturado*, que nos permitiu o alcance da delimitação de potenciais competências evidenciadas nos discursos⁵².

Desta forma dos discursos sobre a proposta *de atuação do Enfermeiro perioperatório no SAEPAC* sobressaíram às *competências para atuação do Enfermeiro perioperatório no SAEPAC*, que emergiram como categorias núcleos de compreensão.

6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS DA PESQUISA

6.1 Caracterização dos protagonistas do estudo: implicações para a prática da Enfermagem

Parte do material coletado conduziu ao estabelecimento de um perfil que evidenciou as características dos protagonistas.

A enfermagem de Centro Cirúrgico possui uma diversidade de atributos, e por isto necessita de profissionais com capacidade para dar respostas rápidas frente às adversidades e infinidade de situações geradas pela complexidade do serviço.

A parte I do instrumento de coleta permitiu explicitar o perfil dos protagonistas o que vem agregar valores ao estudo.

A Enfermagem historicamente tem por característica a predominância do sexo feminino em sua comparação, o qual pode-se constatar no presente estudo.

Do conteúdo deste tecido social de 15 (100%) entrevistados, podemos evidenciar um quantitativo de 13 (86,6%) mulheres e 2 (13,4%) homens, sendo a faixa etária em maior foco entre 30 e 40 anos, seguido da faixa etária de 40 à 50 anos, demonstrando adultos jovens em plena atividade e vigor profissional.

O tempo decorrido entre o término da Graduação em Enfermagem e o momento da pesquisa foi extremamente relevante ao estudo, uma vez que, este foi um fator de sua inclusão. Podemos perceber que os profissionais possuíam em média, proporcionalmente, entre 6 a 10 anos, entre 11 a 15 anos de formação. A presença de profissionais com maior tempo de formação, na faixa entre 16 a 20 anos, estando presentes jovens profissionais de formação, entre 1 a 5 anos.

Para caracterizar a temática central do estudo, a descoberta de fatores relacionados ao nível de aquisição de conhecimentos na área de atuação foi extremamente importante, fazendo parte desta caracterização a necessidade de descobrir se os protagonistas já haviam cursado Especialização em Centro Cirúrgico, modalidade *lato-sensu*. Desta informação podemos evidenciar que dos 15 entrevistados, 12 (80%) já concluíram e 3 (20%) ainda não haviam feito a

complementação da graduação nesta área de domínio. Isso demonstra que a importância em adquirir maiores saberes na área do conhecimento em Centro Cirúrgico, esteve presente neste cenário.

Outro fator de importância é o tempo de vínculo ao serviço em centro cirúrgico, pois como fator de inclusão, este profissional deveria estar totalmente inserido no serviço, com suas atribuições, inquietações e necessidades que envolvem o *saber* perioperatório.

Podemos evidenciar algo muito expressivo entre profissionais. Dos 15 (100%) profissionais pode-se obter uma ordem decrescente de anos de serviço: 1 (6,6%) possuía mais de 25 anos no serviço, 2 (13,4%) entre 20 à 25 anos, 1 (6,6%) entre 16 à 20 anos, 6 (40%) entre 11 à 15 anos, 1 (6,6%) entre 6 à 10 anos, 4 (26,7%) entre 1 à 5 anos; nenhum profissional possuía menos do que 1 ano de vínculo ao serviço (Tabela 1).

Conclui-se que o fator nível de conhecimento e tempo de estudo foi importante, pois expressou a experiência em anos de formação e aquisição de *saberes*.

Tabela 1– Caracterização dos protagonistas do estudo. São Paulo, 2010.

Atributos/ variáveis	N	%
Masculino	2	13,4
Feminino	13	86,6
Faixa etária		
21 à 30	2	13,4
30 à 40	8	53,3
40 à 50	4	26,7
acima de 60 anos	1	6,6
Tempo de formação em Graduação em Enfermagem		
1 à 5 anos	3	20,0
6 à 10 anos	4	26,7
11 à 15 anos	4	26,7
16 à 20 anos	3	20,0
20 à 25 anos	1	6,6
acima de 25 anos	0	0,0
Especialização em Centro Cirúrgico		
Sim	12	80,0
Não	3	20,0
Tempo de vínculo ao Serviço de Centro Cirúrgico		
6 meses à 1 ano	0	0,0
1 à 5 anos	4	26,7
6 à 10 anos	1	6,6
11 à 15 anos	6	40,0
16 à 20 anos	1	6,6
20 à 25 anos	2	13,4
acima de 25 anos	1	6,6
Total	15	100%

A transcrição das entrevistas (Apêndice D) compreendeu a etapa inicial de pré-análise, após a gravação das entrevistas realizadas pelos sujeitos de pesquisa, relatados aqui como protagonistas. Todo material submeteu-se a escuta persistente para que fosse possível extrair os conteúdos explícitos dos elementos do estudo. No que concerne à extração de elementos essenciais das falas, foi organizado por meio de quadro (Quadro 1) e a partir dos seus elementos foram relacionados os termos que transmitiam os padrões estéticos constituintes individualmente, a fim de alcançar o conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda⁶².

O corpus de expressão foi a totalidade de número de entrevistados, cada qual foi avaliado e organizado singularmente, a fim obter o alinhamento e a dinâmica do discurso para se encontrar a lógica que estrutura cada peça⁶².

Após o encadeamento das proposições, fez-se uma análise lógica das falas, procurando encontrar a compreensão de significados, a conexão entre os temas abordados, os quais foram evidenciados nos discursos⁶².

Conforme os quadros a seguir pode-se demonstrar o cenário de estudo que teve por base sustentatória duas questões norteadoras que se encontram no Apêndice C, bem como os discursos na íntegra no Apêndice D. A seguir apresentar-se-ão as unidades de registro que emergiram dos contextos dos discursos transcritos das entrevistas (Apêndice D).

Quadro 1 – Unidades de registro derivados do contexto do cenário.

CONTEXTO DO CENÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	PROTAGONISTA
<p><i>Visão holística, precisão de cuidados. Permite ver o paciente como um todo. Enfermeiro tem melhor visão para assistência. Proporciona assistência individualizada. Tratar o humano como humano, visão humanística. Anestesia engloba o paciente como um todo, não fazer a anestesia e ter noção do procedimento. Visão crítica de planejamento da assistência. Comunicação entre enfermeira e paciente. Maior proximidade do Enfermeiro com o paciente.</i></p>	<p>Visão holística/ humanística do paciente. Comunicação enfermeiro-paciente.</p>	<p>P1, P3, P6, P9, P10, P11, P14</p>
<p><i>Realização de visita pré-operatória como diferencial para minimizar o estresse do paciente e equipe anestésica. Conhecer antecedentes do paciente antes da indução anestésica. Visita pré-anestésica para conhecer os pacientes antes da anestesia, verificar co-morbidades. Enfermeiro realiza coleta de dados mais precisos, detalhista. Médicos solicitam informações coletadas do Enfermeiro. Ter noção do histórico do paciente. Conhecimento prévio do paciente. Seria importante para facilitar o preparo do paciente, diminuir os riscos durante a cirurgia. Segurança do paciente. Enfermeiro prestaria assistência a fim de minimizar e prevenir complicações. Relação entre pós-operatório, procedimento anestésico e dor. Grande diversidade de etapas que compõem o transoperatório. Planejar cuidados para prestar assistência. Preparar material adequado, organização. Planejamento do procedimento anestésico.</i></p>	<p>Visita Pré- anestésica: coleta de dados; Verificar co-morbidades; Orientações do período trans e pós-operatório; Preparo do paciente; Segurança do paciente; Planejamento para cuidados no transoperatório.</p>	<p>P1, P2, P3, P5, P6, P8, P10, P14</p>
<p><i>Necessidade de reavaliar a atuação da Enfermeira no processo anestésico. Processo interessante para o Enfermeiro/permite autonomia profissional. Valorização do profissional. Proposta interessante e de suma importância. SAEPAC para capacitar Enfermeiros devido a manipulação de drogas. Proposta inovadora e desafiadora necessária ao Enfermeiro, atuação imprescindível Validação do COFEN e do COREN, certificação, legalização das práticas. Enfermeiro ser preparado para prestar assistência e documentar ação. Dinamismo e padrões de condutas uniformes. Mobilização de sociedades de Enfermagem SOBEC, COREN, COFEN. Respaldo para assistência ao paciente na sala de cirurgia. Falta de instrumento próprio para documentar a assistência em anestesia.</i></p>	<p>Atuação do Enfermeiro no processo anestésico cirúrgico. Delimitação da prática. Autonomia profissional. Valorização, inovação e desafio para o profissional. Certificação. Padronização e validação das práticas. Documentação legal das ações Especialização no processo anestésico cirúrgico como nova atuação profissional. Diferenciação do profissional pela capacitação no processo anestésico cirúrgico.</p>	<p>P1,P3, P4, P5, P6,P7,P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15</p>

<p>Valores éticos e legais da profissão. Importância de ter um profissional voltado para a área. Permite maior capacitação para atuar no processo anestésico-cirúrgico. Enfermeira e especializar para atuar, ter conhecimento de droga. Diminuir o empirismo, falta de formação em anestésicos. Iniciativa para atuar em situações de emergência. Enfermeiros capacitados para atuação na parte anestésica. Exigências do Enfermeiro em situações complexas de assistência. Enfermeiro atuar enfatizando cirurgias de maior complexidade. Outra área que pode ser de atuação. Nova especialização. Atendimento à anestesia e não apenas ao posicionamento cirúrgico. Surgir especialidade de Recuperação pós-anestésica, central de materiais esterilizados e anestesia. Faculdades ter especialização ou residência em processo anestésico-cirúrgico. Estruturar as faculdades para preparação do processo anestésico-cirúrgico. Curso preparatório para anestesia. Capacitação profissional Fracionar a área do centro cirúrgico em recuperação anestésica, central de materiais. Enfermeiro específico em cada fase do processo cirúrgico. Autoridades se empenhem para desenvolver escolas de capacitação nesta área. Habilidades de atuar no processo anestésico-cirúrgico desde a graduação. Diferencial para o paciente e para o serviço/ Diferenciação do profissional. Falta de homogeneidade de atuação direta do Enfermeiro em algumas Instituições de Saúde. Realidade longe do Brasil. Hospitais privados já buscam atuar diretamente ao paciente, mas não é uma realidade para todas as Instituições. Hoje há uma distância muito grande do Enfermeiro de centro cirúrgico para o Enfermeiro no processo anestésico-cirúrgico. Atualmente a Enfermeira de sala operatória realiza a admissão do paciente e atuação junto ao anestesista para monitorização, punções venosas, arteriais, nesse sentido são feito a assistência no processo anestésico-cirúrgico. Hoje há um número reduzido de profissionais Enfermeiros na assistência.</p>	<p>Distanciamento da prática. Escassez do profissional Enfermeiro nas Instituições.</p>	
<p>Visão da equipe de anestesia sobre a atuação do Enfermeiro. Preocupação em relação à atuação enquanto assistência. Postura de auxiliar, subalternidade. Dificuldade de atuação pelo monopólio dos anestesistas</p>	<p>Visão da equipe de Enfermagem – subalternidade/ hegemonia médica. Trabalho em equipe com o anestesista.</p>	<p>P3, P7, P11, P14</p>

<p><i>Trabalhar em conjunto com o anestesista.</i> <i>Trabalho em equipe.</i> <i>Gerenciamento de conflitos.</i> <i>Habilidade de trabalhar em equipe.</i> <i>Argumentação à equipe médica com conhecimento.</i></p>	<p>Gestão de conflitos. Poder de argumentação.</p>	
<p>A anestesia é importante para a cirurgia. Significância da anestesia como fator facilitador do sucesso na cirurgia.</p>	<p>Importância e significância da anestesia como fator determinante do sucesso na cirurgia.</p>	<p>P9, P10</p>
<p><i>Hoje há a complexidade nos termos de procedimentos anestésicos, equipamentos, inovações tecnológicas, medicamentos, as drogas anestésicas estão cada vez mais complexos.</i> <i>Tecnologia desenvolvida, importante a proposta de atuação no processo anestésico- cirúrgico, mas necessita-se ver a visão e a vivência dos profissionais.</i> <i>Enfermeiros trabalham com foco na parte administrativa</i> <i>Enfermeiro de sala operatória tem muitas atribuições: previsão, provisão de materiais e ainda se preocupar com a anestesia, se tivesse essa especialidade seria fundamental.</i> <i>O Enfermeiro de Centro Cirúrgico possui um caráter muito administrativo, tornando muitas vezes difícil a permanência e atuação no momento do processo anestésico-cirúrgico.</i> <i>Qualidade da assistência.</i> <i>Proporciona indicadores de qualidade.</i> <i>Qualidade ao paciente.</i> <i>Atualmente o Enfermeiro é responsável por tudo e ao mesmo tempo por nada, pois vê tudo e não tem visão de etapas</i> <i>Melhorar o estudo de cada fase para melhorar o final de todo o processo</i></p>	<p>Tecnologia e evolução em processos cirúrgicos e anestésicos. Importância da relação da atuação do Enfermeiro e os processos administrativos e institucionais Qualidade da assistência: Indicadores; visão mais específica e otimização das fases do processo</p>	<p>P5, P9, P10, P11 P13, P15</p>
<p><i>Potencial técnico do Enfermeiro é ilimitado com relação ao conhecimento técnico de Enfermagem que atua nesta área.</i> <i>Acredito que o Enfermeiro está mais bem preparado por possuir maior conhecimento de anatomia, fisiologia, farmacologia, atuar junto ao Anestesista.</i> <i>Ter conhecimento técnico científico em anatomia, fisiologia, patologia e outras áreas.</i> <i>Domínio em Informática e avanços em tecnologia.</i> <i>Exemplo robótica.</i> <i>Conhecimento da atuação em emergência.</i> <i>Habilidades frente às situações de emergência.</i> <i>Conhecimento em cardiologia</i> <i>Conhecimento em farmacologia, sistemas de distribuição de drogas, preparo e efeitos colaterais, antagonistas</i> <i>Conhecimento técnico científico principalmente na parte de farmacovigilância.</i> <i>Conhecimentos em procedimentos anestésico-cirúrgicos.</i> <i>Capacitação do Enfermeiro para assistência em sala operatória.</i></p>	<p>Domínio em tecnologia e farmacovigilância/ Raciocínio clínico</p>	<p>P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15</p>

<p>Saber avaliar vias aéreas, hemodinâmica. Gerenciar urgência e emergência. Respaldo técnico pelo conhecimento do Enfermeiro à equipe anestésica. Conhecimento de punções venosas, monitorização, entubação difícil, posicionamento cirúrgico, técnicas cirúrgicas. Saber preparo para a realização e cuidados no pré e pós procedimento. Iniciativa "olho" clínico.</p>		
<p>Recursos humanos – treinamento com educação continuada. Participar de atualizações, cursos voltados a área</p>	Educação Continuada	P1, P8
<p>Experiência, compromisso. Experiência e vivência em Centro Cirúrgico. Iniciativa para atuar em prontidão, ter tomada de decisões rápidas.</p>	Experiência e compromisso profissional Tomada de decisão	P5, P7, P8, P9, P15
<p>Noções de custos, gastos. Visão de novos produtos em anestesia</p>	Gestão de custos Visão de mercado	P11
<p>Saber direcionar a assistência de forma a organizar o procedimento anestésico-cirúrgico. Saber delegar com conhecimento científico</p>	Supervisão Delegação	P14

A análise de conteúdo exigiu um olhar bastante criterioso, minucioso em estabelecer a essência das falas *implícitas e explícitas* ao conteúdo de pesquisa, os *termos relacionados* possibilitou agregar de forma mais equânime **as unidades de registro** por similaridade e associação de idéias, perspectivas, que versavam nos conteúdos, após leitura flutuante exaustiva (quadro 2).

Com o intuito de analisar sistematicamente e atingir a compreensão das falas dos sujeitos/ protagonistas do estudo, integrando as descobertas que vão além da aparência, num quadro de referência da totalidade no qual as mensagens se inserem⁶².

As **unidades de registro** nos permitiram estabelecer os **núcleos de compreensão** dos quais emergiram as categorias nas quais nos permitiu as especificações dos temas em questão.

Dos **núcleos de compreensão** emergiu a essência do texto, permitindo desta forma refletir sobre a associação de conceitos nesta etapa da análise. Para melhor associar as falas e os seus respectivos núcleos de compreensão, foi se organizando seus conteúdos por meio de quadros.

Os núcleos de compreensão sob a **análise de conteúdo** foram definidos como P1 à P15 (Protagonistas).

Quadro 2 - Núcleos de compreensão derivados das unidades de registro.

UNIDADE DE REGISTRO	NÚCLEOS DE COMPREENSÃO	PROTAGONISTA
Visão holística/ humanística do paciente Comunicação enfermeiro-paciente	Visão holística e humanística do paciente	P1, P3, P6, P9, P10, P11, P14
Visita Pré- anestésica: coleta de dados Verificar co-morbidades Orientações do período trans e pós-operatório Preparo do paciente Segurança do paciente Planejamento para cuidados do transoperatório	Visita pré-anestésica: avaliação e levantamento de dados. Prevenção de riscos – segurança do paciente. Planejamento da assistência.	P1, P2,P3, P5, P6, P8,P10, P14
Atuação do Enfermeiro no processo anestésico cirúrgico. Delimitação da prática. Autonomia profissional. Valorização, inovação e desafio para o profissional Certificação Padronização e validação das práticas Documentação legal das ações Especialização no processo anestésico cirúrgico como nova atuação profissional Diferenciação do profissional pela capacitação no processo anestésico cirúrgico Distanciamento da prática Escassez do profissional Enfermeiro nas Instituições	Autonomia profissional – nova práxis. Ética e legislação profissional no processo anestésico cirúrgico. Especialização no processo anestésico cirúrgico.	P1, P3,P4, P5, P6,P7, P8 P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15
Visão da equipe de Enfermagem – subalternidade/ hegemonia médica Trabalho em equipe com o anestesista Trabalho em equipe Gestão de conflitos Poder de argumentação	Mudança de atitude/ paradigma. Trabalho em equipe.	P3, P7, P8, P11, P14
Importância da anestesia Significância da anestesia como fator determinante do sucesso na cirurgia	Valorização do processo anestésico cirúrgico.	P9, P10
Tecnologia e evolução em processos cirúrgicos e anestésicos Importância da relação da atuação do Enfermeiro e os processos administrativos e institucionais Qualidade da assistência Indicadores de Qualidade Visão mais específica do processo Otimização das fases do processo	Associação da prática e fatores gerenciais. Análise de processos – qualidade da assistência.	P5, P9, P10, P11 P13, P15

<p>Conhecimento técnico específico Domínio em tecnologia e farmacovigilância Raciocínio clínico Educação continuada</p>	<p>Conhecimento técnico-científico específico para os processos anestésicos cirúrgicos/ raciocínio clínico.</p>	<p>P1, P2, P3,P4, P5, P6, P7,P8, P9, P10,P11, P12, P13, P14, P15</p>
<p>Experiência e compromisso profissional Tomada de decisão</p>	<p>Tomada de decisão</p>	<p>P5,P7, P8, P9, P15</p>
<p>Gestão de custos Visão de mercado</p>	<p>Gestão de custos</p>	<p>P11</p>
<p>Supervisão Delegação</p>	<p>Aspectos gerenciais de controle</p>	<p>P14</p>

6.2 Núcleos de compreensão do texto

Após análise criteriosa e organização dos núcleos de compreensão, podemos especificar diversas configurações que se inter-relacionam com as questões norteadoras ao estudo, as quais versavam:

A questão 1 do estudo, retratou a opinião dos sujeitos em relação à proposta de atuação da Enfermagem Operatória, expressando uma nova práxis, o *Sistema de Assistência de Enfermagem no processo Anestésico Cirúrgico (SAEPAC)*, conduzindo um novo olhar da Enfermagem ao paciente em fase anestésico- cirúrgico como uma prática de assistência verticalizada do SAEP (Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória) .

A questão 2 do estudo, retratou a opinião dos sujeitos em relação ao núcleo de competências necessárias à execução dessa nova prática, o *Sistema de Assistência de Enfermagem no processo Anestésico Cirúrgico (SAEPAC)*, a fim de

permitir um conhecimento constitutivo de habilidades, atitudes e disponibilidades necessárias ao constructo do fazer no processo anestésico-cirúrgico.

Do agrupamento dos **núcleos de compreensão das questões norteadoras 1 e 2** do presente estudo, emergiram novos temas relacionados aos estudos os quais descrevemos abaixo:

1- Visão Holística e Humanística do Paciente.

2 – Planejamento de assistência

3- Segurança do Paciente

4- Autonomia Profissional – Nova Práxis

5- Ética e Legislação Própria

6- Qualidade dos Processos

7- Mudança de Paradigma- modelos de assistência

8- Associação da prática e fatores gerenciais (tomada de decisão, gestão de conflitos, gestão de custos, supervisão)

9- Trabalho em equipe

6.3 Análise associativa dos núcleos de compreensão e o sistema sócio-técnico estruturado de Kast e Rosenzweig

Conforme referencial de análise proposto alocou-se o conteúdo dos núcleos de compreensão e suas representatividades, relacionando-o ao referencial de análise – sistema sócio-técnico estruturado, baseado na teoria de Kast e Rosenzweig, já anteriormente descrita.

Conforme o modelo adaptado de Kast e Rosenzweig para melhor compreensão, agrupamos seu conteúdo numa classificação, conforme o quadro abaixo descrito (quadro 3).

Evidenciou-se que os contextos relacionados ao fator tecnológico foi o mais representativo, seguido dos fatores psicossocial, filosófico, metas e valores que apresentaram-se por uma igualdade de representatividade e por final

seqüencialmente os fatores administrativos e estrutura pelos quais também por igualdade representaram a menor repetição.

Quadro 3 - Classificação dos temas baseados nos subsistemas do Sistema sócio-técnico estruturado.

Subsistemas	Temas
Tecnológico	<ul style="list-style-type: none">• Planejamento de assistência
Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Visão Holística/ Humanística do paciente• Mudança de paradigma – modelos de assistência
Valores e Metas	<ul style="list-style-type: none">• Autonomia profissional – nova práxis• Ética e legislação própria• Segurança do paciente• Qualidade dos processos
Administrativo	<ul style="list-style-type: none">• Associação da prática e fatores gerenciais
Estrutura	<ul style="list-style-type: none">• Trabalho em equipe

6.4 Categorias representativas da percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico

Dos temas relacionados ao presente estudo, bem como o suporte teórico baseado no referencial de análise da teoria do sistema sócio-técnico estruturado, emergiram as categoriais como competências para cada subsistema: Estrutura, Psicossocial, Metas e Valores, Tecnológico e Administrativo (quadro 4).

Quadro 4- Categorias como competências conforme referencial de análise – Sistema sócio-técnico estruturado.

Competências
A) Tecnológico - Capacitação profissional específica
A) Psicossocial – Visão holística/ Humanística
B) Valores e Metas – Práxis e autonomia profissional
C) Administrativo – gestão da qualidade
D) Estrutura – Trabalho em equipe

Na fase de análise das competências que emergiram por meio das categorias do estudo, de forma sistemática, foram elaboradas as reflexões acerca da significação dos seus conteúdos, que serão discutidas a seguir.

7 DISCUSSÃO

Para se discutir as categorias evidenciadas primeiramente é necessário “resgatar” a base conceitual do cuidado, bem como elucidar de forma mais concreta ao que tange às características atuais do modelo de cuidado e as funções burocráticas que estão associadas ao modelo atual de gestão de serviços de Saúde que compreendem a atuação do Enfermeiro de Centro Cirúrgico.

Parte-se do princípio básico de integralidade do ser humano, o ser profissional e o próprio paciente, foco de todo nosso *saber*. O elemento ou categoria “cuidado” tem sido apropriado pela Enfermagem como algo que garante a identidade da profissão e assume aspecto estrutural no processo de trabalho⁶³.

A integralidade do cuidado como a expressão do trabalho do profissional associado às suas vivências envolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes corroboram na formação do sujeito, considerado como um ator social inserido no modelo de gestão do cuidado⁶³.

O cuidado nas organizações de saúde em geral, envolve uma natureza multidisciplinar. O cuidado é recebido e vivido pelo paciente por meio de uma somatória de pequenos fazeres provenientes de cuidadores⁶⁴.

“Desta maneira o cuidado é uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa; compõe o que entendemos como o cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do Hospital[...]”⁶⁴.

O conceito integralidade em saúde coloca à baila as discussões sobre a fragmentação das práticas profissionais, principalmente nos aspectos que engendram as práticas hegemônicas. Vivenciamos um sistema de saúde composto por uma equipe de profissionais de um modelo tecnoassistencial, gerando desta maneira múltiplas concepções de cuidados, distintas pelas suas características próprias de saberes, complexas em sua dinâmica. A união desta heterogeneidade de saberes e práticas, de diferentes processos de trabalhos numa mesma equipe de saúde, transmitem uma prática de integralidade, reforçando a concepção do

cuidado. Esse arcabouço formado de múltiplos atores, converge a um acolhimento, vínculo, afastando por sua vez as práticas individualizadas, hegemônicas que tanto dissociam a valorização do sujeito e do trabalho⁶⁵.

A prática hegemônica, ou seja, a relação de superior e subordinado na prestação do cuidado se faz necessária à discussão da integralidade que indubitavelmente geram mudanças na visão do modelo biomédico, hospitalocêntrico, tecnicista, no qual a medicina apresenta a idéia de que mudanças só seriam oportunas nesta linha de conhecimento em detrimento às demais profissões, ao contrário do pensamento de que a organização do trabalho dos demais profissionais da equipe de saúde é que respondem pela produção do cuidado⁶³.

O Enfermeiro de Centro Cirúrgico é componente da equipe de Saúde do centro cirúrgico, tendo um corpo de saberes para o desenvolvimento da dinâmica do trabalho, bem como de suas especificidades que envolvem a gestão de recursos próprios e a gestão de cuidados.

O exercício do cuidado possui uma capacidade intrínseca de articular saberes, poderes e decisões, mas também se corre o risco de ser reduzido ao desenvolvimento de técnicas, a partir de apropriações limitadas ou estereotipadas⁶³, o que podemos vivenciar em determinadas situações no contexto do Centro Cirúrgico onde Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem apropriam-se de práticas sem as condições necessárias por falha na construção e delimitação de saberes. A execução de práticas durante a assistência ao paciente cirúrgico no transoperatório pode refletir essa necessidade de saber; o Enfermeiro possui o conhecimento específico necessário para a realização do processo anestésico cirúrgico.

O processo de coordenação do cuidado se faz por mecanismos de pontos de contatos entre as lógicas da profissão médica e de enfermagem, que tem por princípios executar ações que sejam modeladas, comandadas pelo saber médico, por sua característica do monopólio do diagnóstico e da terapêutica. O Enfermeiro de Centro Cirúrgico na sua vivência atende a equipe cirúrgica de maneira cordata, nem sempre aceita gerando conflitos e ruídos⁶⁴.

“[...] O modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação de outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais submissos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido[...]”⁶⁶.

A produção do cuidado da saúde como um bem de serviço, proporcionado pela atuação profissional do Enfermeiro implica no aprofundamento do que é próprio à profissão, à integração de saberes, uma tessitura a partir de suas capacidades, ideologias, organização e historicidade⁶³.

“O cuidado constitui um eixo na condução das disciplinas e organização das práticas de enfermagem, no âmbito dos serviços e na coordenação e gestão da assistência de enfermagem...”⁶³.

A equipe multiprofissional ainda que deva valorizar e buscar a polifonia decorrente da diversidade de vozes e discursos que se fazem presentes nos diferentes saberes profissionais deve trabalhar em uníssono, de forma harmônica. Vivenciar uma prática onde se reflete a subordinação de saber diverge do foco do cuidar. A confluência de saberes traz consigo a relação de pertinência, não a harmonia falsa, mas sim a orquestração de saberes a fim de um único e exclusivo foco, a saúde do usuário, a quem temos a única e exclusiva tarefa de aprimorarmos, de refletirmos em novas fontes de atuação, em trazer a tona questionamentos em relação à prática profissional, a práxis que poderá ser remodelada, garantindo a especificidade da profissão. A saúde do usuário não pode circunscrever-se à prática de apenas uma categoria ou profissional⁶⁵.

Para que a Enfermagem possa superar, esta conformação exige-se operar com alguns dispositivos que redefinem os espaços de relações, ou seja, a discussão de novos “saberes”, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder a eficácia de intervenções dos distintos núcleos de ação, que são

protagonizados pela multiplicidade de atores que compõe equipe de saúde. O núcleo atual central, ocupado pela hegemonia médica em determinados saberes devem abrir espaço, para novos “saberes”, que na orquestração final, podem ecoar em vozes que reflitam um valor agregado ao cuidado⁶⁶.

A Enfermagem que faz parte do núcleo cuidador deverá compor-se de uma fonte de energia, que brilhe a fim de buscar novos horizontes, a remodelagem da saúde parte não do princípio da medicina tecnológica, mas sim do território das relações tecnológicas, ou seja, o trabalhador de saúde e o usuário, os processos relacionados a esses saberes⁶⁶.

Das inovações em desenvolvimento em saúde, aponta-se para novos valores e compromissos efetivos dos trabalhadores de saúde com as necessidades dos usuários, permitindo-se dessa forma explorar exaustivamente o que a tecnologia em saúde detém de efetividade, em um novo modo de agir e pensar a gestão do cuidado em Saúde⁶⁶.

Estamos em vistas a transpor paradigmas, ou seja, o modelo hegemônico da medicina tecnológica exclusiva, detentora e líder do saber, para o “gerenciamento do cuidado em saúde” que permita criar uma gestão compartilhada, completa, entre prestadores de serviços, permitindo uma organização do equacionamento financeiro e de qualidade nos serviços de saúde como um todo⁶⁶.

As necessidades dos usuários, bem como a expansão de novos saberes devem ser o ato principal em saúde na atualidade, deixando-se esvaír do médico a privatização dos espaços micro- decisórios dos modelos de saúde ⁶⁶. Deixar que as demais profissões possam incrementar o cuidado, sem vivenciar a guerra de saberes, convergindo para um futuro em que a equipe de saúde seja realmente integrada.

Os processos atuais de produção de saúde sofrem com as tensões provocadas pela lógica da produção de procedimentos como o cuidado, sem compromisso com a resolubilidade, ou seja, a cura, bem como a lógica dos atos de saúde provindos de ações distintas de tipos de trabalhadores e as ações restritas e

exclusivas presas às competências específicas de alguns desses profissionais, como vimos nas relações de saúde entre enfermeiros e médicos⁶⁶.

Em muitas situações do cotidiano os atores que compõem a equipe de Saúde como os Enfermeiros enquadram-se em situações indiretas do cuidado. Essa terminologia nasceu a partir do momento em que o Enfermeiro dentro a evolução da profissão assumiu um caráter cumulativo de atividades relacionadas à administração, afastando-se do cuidado, assumindo novos postos de trabalho e outras tarefas que não o cuidado⁶⁷. Nessa vertente o Enfermeiro delegou a outras categorias profissionais ações de sua responsabilidade, muito vista e questionável quando apreciamos as ações do Enfermeiro de Centro Cirúrgico, que no atropelar de suas funções não participa ativamente do momento em que o paciente mais necessita, o processo anestésico.

Segundo Fernandes, ventila-se no campo de atuação do enfermeiro, com destaque para aqueles que atuam em Hospitais, que estes não assumem suas funções cuidadoras, bem como em muitas situações sentem-se inseguros na realização de procedimentos, surgindo desta maneira a falha no reconhecimento deste profissional perante a equipe multiprofissional⁶⁷.

“[...] Não são raras as situações em que os enfermeiros são criticados pelo modo como desenvolvem funções gerenciais em detrimento de funções de cuidado direto ao paciente. A crítica se remete predominantemente à ênfase que é atribuída à rotinização das tarefas como forma de alcançar maior produtividade; à racionalidade que é imprimida à organização dos serviços, centralizando tarefas sociais numa formalização mecanicista, como estratégia para alcance de objetivos pré=fixados, e à forma como é utilizada a autoridade que advém de uma delegação superior, como estratagem para “manter a ordem” e “preservar a disciplina” no espaço institucional[...]”⁶⁷.

Para que o Enfermeiro tenha uma visibilidade maior em seu trabalho faz-se necessário uma mudança retórica dos modelos de gestão atual, ou seja, uma estrutura mais horizontalizada, com maior expansão e descentralização do poder decisório, os enfermeiros devem romper com os princípios da Administração

Clássica, compreendendo um novo olhar aos fatores administrativos, o qual faz parte de um processo construtivo essencial ao processo de saúde. A divisão gestão e cuidado, que associou o segundo ao contato com o usuário e a primeira à administração, fixaram status diferenciados, seqüestrando sua potência criativa e inventiva⁶⁷. Desta forma podemos pensar neste reencontro entre gestão e cuidado no Sistema de Enfermagem no processo anestésico-cirúrgico (SAEPAC).

Para adentrarmos ao cenário das categorias se faz necessário resgatar alguns conceitos associados à competência. A globalização e as inovações tecnológicas e organizacionais promoveram mudanças no perfil dos profissionais de saúde. No Brasil e em alguns países da América Latina o discurso de competência foi introduzido pelos empresários e também pelos governos. Esse processo confere um caráter oficial, realiza-se mediante as reformas educacionais promovidos pelo Estado, na formação profissional e superior. A qualificação é um processo de verificação dos conhecimentos e habilidades de um indivíduo para o exercício de determinada atividade, através de exames teóricos e práticos, tendo como objetivo a certificação conceituada como o testemunho formal da qualificação. Esse contexto associado às competências traduz a necessidade de formação legal para a atuação das determinadas profissões⁶⁸.

“A qualificação profissional é entendida como uma relação social construída pela interação dos agentes sociais em torno da propriedade, significado e uso dos conhecimentos, saberes, competências, habilidades e aptidões profissionais construídos ao longo da vida, necessários ao exercício de uma profissão, ocupação ou atividade de trabalho⁶⁸”.

As competências devem ser frutos da formação do profissional, requer a criação de estratégias e metodologias que propiciem o desenvolvimento de competências, de forma que possa competir com propriedade e conhecimento com as demais profissões. As competências em grande medida são formadas de uma base cognitiva e intelectual, as quais podem ser adquiridas em um tempo limitado e ou em um ambiente de trabalho específico⁶⁹.

O tema competência nos meios organizacionais começou a ser debatido por psicólogos e administradores norte-americanos por volta da década de 70, inicialmente com a publicação do artigo “*Testing for competence rather than intelligence*” (*Testando por competências em vez de inteligência*) de D. McClelland. Debate este que foi intensamente fomentado no meio científico por Prahalad e Hamel com a publicação do artigo “*The core competence of the corporation*” (*A competência essencial da corporação*), publicado em 1990 pela Harvard Business Review⁷⁰.

As competências humanas podem ser entendidas como um conjunto de conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser), que resulta em uma entrega, ou, em uma aplicação prática das potencialidades profissionais. Um indivíduo competente possui um entendimento prático de situações, baseado em conhecimentos adquiridos em experiências anteriores. A competência é fruto de combinações de recursos pessoais, recursos do meio (tecnologia, livros, relacionamentos, recursos emocionais e fisiológicos)⁷¹. Podem ser classificadas como competências aquelas as quais são associadas ao indivíduo do ponto de vista pessoal e competência empresarial do ponto de vista organizacional relacionadas às estratégias corporativas⁷².

Podemos classificar as competências como: organizacionais que são as competências críticas já instaladas e adquiridas para que a organização aumente e consolide sua capacidade de ação. Competências humanas são aquelas adquiridas e desenvolvidas nas esferas individuais, pelo capital humano componente da estrutura⁴⁰.

“Competência é um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo⁷².”

“No senso comum, encontram-se dois enfoques semânticos para o termo competência: um relacionado à legitimidade atribuída por lei ou por reconhecimento a uma pessoa ou organização para apreciar ou julgar determinada questão ou pleito, e outro relacionado ao reconhecimento de

características pessoais (qualidades) vinculadas à capacidade e idoneidade para resolver certos assuntos, inclusive de natureza profissional⁷².

No mundo do trabalho percebe-se uma transição da terminologia qualificação profissional para competência. Essa crise na qualificação sofrida em decorrência da alta competitividade entre trabalhadores que se adaptam às complexas e diversas exigências de produtividade⁷².

O conceito de competência deve ir além do conceito de qualificação, o indivíduo deve apresentar iniciativa, saber compreender e dominar novas situações no trabalho, ser responsável e reconhecido por isso⁴⁰.

A concepção de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos que combinados refletem a prática profissional, ou seja, capacidades em ação. Capacidade de executar com expertise, responsabilidade e domínio da prática; competência está associada à experiência^{71,72}.

Percebeu-se neste estudo, em relação aos relatos dos enfermeiros, a emergência das categorias que expressaram as competências necessárias à expansão de sua atuação, especificamente no Sistema de assistência ao paciente no processo anestésico cirúrgico (SAEPAC), utilizando como referencial o sistema sócio-técnico estruturado, como segue:

A categoria evidenciada no subsistema **Tecnológico** emergiu como competência: **Capacitação profissional específica**, a qual está associada às necessidades de incorporar conhecimentos de forma que atenda às necessidades da gestão de cuidados, às especialidades profissionais, conhecimentos dos equipamentos, instrumentos necessários ao atendimento no processo anestésico cirúrgico⁵². O conhecimento é contextual, a apropriação de conhecimentos é uma necessidade, bem como apropriar-se de novos saberes de outras áreas, permitem a diferenciação do enfermeiro para suas atividades profissionais, no campo assistencial, na pesquisa e na educação⁴⁰, no conhecimento do paciente como fator preponderante ao sucesso do processo de cuidar em Enfermagem condiz com a existência de cursos preparatórios, especializações e atualizações em eventos que

atendam a essa exigência de mercado, como essenciais ao desenvolvimento desta competência.

Nos discursos dos sujeitos do estudo ficam explicitadas essas situações:

“[...] Visita pré-anestésica associando com o passo a passo do procedimento, o enfermeiro colabora para que haja diminuição do estresse do paciente e equipe anestésica” (P1)

“[...] A atuação do enfermeiro, compreende a coleta de dados, informações para garantir a assistência de enfermagem no intra-operatório [...] Num futuro bem próximo algumas autoridades se empenharão em desenvolver a capacitação do enfermeiro para fazer esse tipo de trabalho”. (P6)

“sobre o setor centro cirúrgico, sobre a grande diversidade do setor, todo mundo se volta ao procedimento cirúrgico, à cirurgia em si, como que vai ser o transoperatório, o que vai precisar e o que não vai precisar. E acabam se esquecendo dos antecedentes do paciente da indução anestésica [...]” (P5)

“[...] Eu acho que esse sistema (SAEPAC) proporciona uma assistência individualizada, uma programação melhor dessa assistência ao paciente. É outra área da enfermagem do centro cirúrgico para a gente atuar, uma especialização [...]”. (P11)

“Então precisamos ter enfermeiros capacitados, que possam atuar em diversas situações, principalmente nessa parte anestésica cirúrgica, levando em conta os riscos inerentes do processo”. (P8)

“[...] Na instituição que trabalho a gente faz isso, dando prioridade para as cirurgias de maior complexidade”. (P10)

“[...] Um atendimento mais individualizado na anestesia”. (P11)

Os protagonistas ao relatar que a capacitação é o caminho para que o Enfermeiro tenha as condições necessárias ao desempenho do sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico cirúrgico – SAEPAC, evidenciaram suas preocupações na competência para prestação de cuidados. Os Enfermeiros relataram já realizarem determinados procedimentos de apoio ao

processo anestésico- cirúrgico, porém sem uma delimitação legal, certificação ou propriamente conhecimento específico, que o permita ter maior segurança. Ainda há a preocupação visível em relação aos “poderes do médico”, a hegemonia de suas atividades. A evolução tecnológica trouxe a complexidade do atendimento e por sua vez a necessidade do Enfermeiro possuir capacitação específica. Decorrente da falta de capacitação cabe ao Enfermeiro buscar maior poder de participação nos fatores decisórios relativos à gestão do cuidado no SAEPAC.

Desde a Revolução Industrial em decorrência do desenvolvimento das pesquisas e técnicas, a ciência obteve grandes avanços aliados à tecnologia, sendo útil e essencial para a expansão das atividades de atenção ao paciente em centro cirúrgico, a fim de alcançar uma maior segurança e qualidade no processo de prolongar a vida e minimizar sofrimentos⁷³.

“Na formação dos enfermeiros, o aporte teórico e prático são indispensáveis e indissociáveis, favorecendo o crescimento e aprimoramento desses profissionais e, por conseguinte qualificando a assistência ao paciente em Centro Cirúrgico⁷⁴.

Um dos fatores relatados quanto aos potenciais de capacitação do enfermeiro de centro cirúrgico é a realização do processo de Enfermagem perioperatória. A respeito deste procedimento sabe-se que o mesmo permite, entre outras, a redução do estresse e a humanização do atendimento em centro cirúrgico. Neste contexto há a diminuição da ansiedade do paciente e família, bem como da insegurança frente à realização do procedimento anestésico cirúrgico do ambiente cirúrgico da anestesia em si e do pós-operatório⁷⁵.

A avaliação antecipada do paciente cirúrgico pela equipe de Anestesiologia permite a redução da ansiedade, diminuição das doses anestésicas, maior satisfação do paciente, permitindo sanar suas dúvidas sobre os procedimentos cirúrgicos, trazendo benefícios para a recuperação no pós- operatório desses pacientes⁷⁶.

No processo de assistência de Enfermagem perioperatória a avaliação pré-operatória é uma estratégia que permite o conhecimento do paciente e desta forma oferece segurança. A Enfermagem vem trabalhando e se preparando para ajudar a controlar a ansiedade do paciente cirúrgico, pois sua avaliação baseia-se no senso comum e utiliza a capacidade de compreender suas necessidades imediatas. Portanto o enfermeiro é o profissional com capacidade para compor, agregar em suas atribuições, métodos profícuos de desempenho exigido pela equipe de saúde e usuário⁷⁷. A visita pré operatória são procedimentos do Enfermeiro de centro cirúrgico favorece a identificação do profissional frente ao paciente/família e permite um planejamento individualizado, mais humanizado, respeitando o indivíduo como um ser que traz consigo experiências, problemas e expectativas⁷⁸.

“[...] No trabalho diário de um centro cirúrgico é da responsabilidade da enfermeira a recepção do paciente, que na maioria das vezes é feita de forma mecânica junto a uma identificação que passa de nome e sobrenome para números e patologia. [...]”⁷⁹.

Para se ter capacitação em determinada profissão alguns requisitos devem ser seguidos. Os padrões de competência utilizados para certificação explicitam o que o profissional deve saber e ser capaz de fazer para desempenhar sua prática com sucesso, possibilitando o desenvolvimento da profissão (padrões de qualidade). A participação dos segmentos formais como o Estado, sociedade civil, instituições e segmentos interessados, possibilita a validação e credibilidade dos parâmetros utilizados para a formação e avaliação do desempenho e da caracterização do perfil de competências necessárias à legitimidade da prática profissional⁷². Portanto a definição de novas práticas pelos órgãos gestores de classes profissionais, bem como órgãos fiscalizatórios da profissão, educação e pesquisa, devem ser proativos em relação à valorização da profissão e crescimento, esperando futuramente expandir os conceitos de atuação de enfermagem no processo anestésico-cirúrgico. A base sustentatória legal nos dá apoio e incentivo para que se busque a tão esperada visibilidade dentro da equipe de saúde.

Analisando a referida **Categoria - Capacitação Profissional Específica**, pode-se associá-la às competências necessárias para a construção de conhecimentos, habilidades, atitudes, que sejam imprescindíveis ao desenvolvimento das capacidades para atuação do enfermeiro de centro cirúrgico no que concerne a proposta de realização de atividades do cuidar no Sistema de Assistência de Enfermagem no Processo Anestésico Cirúrgico (SAEPAC).

O enfermeiro de centro cirúrgico, na sua visão para atuar no sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico – cirúrgico, explicita como necessário:

“Conhecimento técnico científico: anatomia, fisiologia, patologia e outras. Domínio em Informática e avanços em tecnologia. Domínio em robótica”(P1)

“Conhecimento, habilidades e atitudes, relativos a um saber do que inclui o preparo de drogas, materiais de intubação, preparo do paciente, atitude frente às situações” (P2)

“[...] conhecer farmacologia, o sistema de distribuição de drogas e seus efeitos [...]” (P3)

“conhecimento técnico científico, com certificação; acurácia maior em tecnologia disponível” (P4)

“competência expressa em alguns princípios de experiência, de compromisso, de conhecimento dos procedimentos técnicos, anestésicos cirúrgicos. Conhecimentos com grande abrangência para diferentes patologias [...]” (P5)

“Ter experiência em centro cirúrgico; aprimorar habilidades, adquirir conhecimento das drogas e mecanismos de ação; efeitos colaterais; antagonistas [...]a sistematização de enfermagem [...] (P7)

“[...] Desenvolver o conteúdo do bloco operatório como um todo, com competência para a tomada de decisão [...]” (P8)

“[...] preparar o enfermeiro para a assistência em anestesia [...] com suporte em conhecimentos sobre drogas anestésicas, opiáceos e toda gama de medicações que envolvem a

anestesia [...] visando melhorar a qualidade da prática anestésica”. (P9)

“[...] ter noção do que está sendo feito é imprescindível. O preparo em cardiologia e a assistência em emergência [...] ter noção do histórico para ele poder se preparar[...] ter iniciativa, ter olho clínico, para olhar de um modo geral para o paciente, para poder prestar assistência durante a anestesia[...]”(P10)

“[...] estudar fisiopatologia; gerenciar urgências, emergências, porque vai ser cobrado [...] (P11)

“[...] ter uma habilidade específica desde a graduação; uma especialidade voltada mais à farmacocinética, farmacodinâmica, em relação às drogas, soluções; muita anatomia respiratória, uma especialização mais voltada ao ato anestésico, com certeza seria de grande importância” (P12)

“[...] fazer uma especialização para o enfermeiro anestésico cirúrgico [...]” (P13)

“[...] realizar punções, monitorações, intubação, posicionamento cirúrgico sob a responsabilidade do anestesista [...]”(P14)

“conhecimento amplo na farmacologia, fisiologia aliadas à experiência e vivência no cuidado do paciente cirúrgico, com base em valores éticos e legais; dos diferentes tipos de anestesia, preparo e realização dos cuidados no pré e pós do processo anestésico-cirúrgico” (P15)

Na análise dos discursos dos protagonistas do estudo, pode-se evidenciar a preocupação em adquirir maiores conhecimentos, principalmente as competências associadas aos saberes específicos, em disciplinas que capacitem para a atuação voltada ao ato anestésico cirúrgico, tais como fisiologia, anatomia, farmacologia, princípios de urgência, emergência. Para o planejamento da assistência, a experiência profissional é fator preponderante para o saber/fazer do enfermeiro o qual desenvolve um poder crítico e habilidades específicas no desempenho eficaz da assistência.

A Enfermagem apresentou determinada característica singular à profissão, agregando sua atuação às competências vinculadas a ação biomédica, onde o médico e suas disciplinas são as fontes de comando e direcionamento. A preocupação com a técnica como competência, a necessidade de saber a fim de posicionar-se perante a equipe médica, a necessidade de uma especialização para compor novos conhecimentos, o sentimento de insuficiência em relação aos conteúdos da formação na graduação em Enfermagem, a necessidade de reconhecimento da profissão estão explícitos nos discursos.

A forte requisição dos enfermeiros sobre “conhecimento e reconhecimento” sobre o processo são os fatores que evocam a competência e a capacitação profissional específica do enfermeiro. No sentido histórico a Enfermagem é vista pelo senso comum, por seu trabalho ligado aos sentimentos humanos e comportamentais. Ao avaliar a cotidianidade da profissão, o seu desenvolvimento global, seus desafios tecnológicos e mercadológicos, desencadeiam necessidades de promoção do conhecimento, ou seja, o aprimoramento à busca em sanar as “lacunas” do conhecimento⁸⁰.

“A noção de competências surgiu para compreender sobre novos requisitos exigidos pelas recentes transformações e mudanças nos setores produtivos. Atualmente, o valor fundamental da sociedade é o conhecimento como produto de educação e da experiência. E a noção de competência, apesar de imprecisa e fluida, converge para o significado de performance, de desempenho (verificável) em situação de trabalho, independentemente da sua forma de ⁶⁸.

O conhecimento é um recurso de alto valor, resultante de uma combinação entre informação, experiência, contexto, interpretação e reflexão. Pode ser criado, comprado, possuído ou vendido em nível individual ou coletivo⁷⁰.

O conhecimento científico é relevante para que ocorra o aperfeiçoamento profissional no contexto da Enfermagem, bem como para conquistar o espaço profissional. O conhecimento científico é a construção e explicitação de um saber específico, e este proporciona à profissão a sua autonomia. A autonomia profissional se concretiza na definição de núcleos de significados entre os saberes essenciais e

os instrumentais da profissão. Os saberes instrumentais são práticas utilizadas pela Enfermagem e demais profissões, traduzindo a similaridade nos processos cuidadosos⁸⁰.

A Enfermagem encontra diversas dificuldades na conquista de sua autonomia, uma delas baseia-se na formação deste profissional. O estímulo à capacidade de pensamento, na visão reflexiva, na resolução de situações de enfrentamentos, na valorização da auto-estima são fatores essenciais à busca da autonomia profissional⁸⁰.

O saber é importante ferramenta para a busca da autonomia profissional, não há a relação de poder sem a constituição de um campo de saber, ao mesmo tempo em que um novo saber estabelece novas relações de poder. A delimitação de um saber e a especificidade de um espaço próprio de poder com fazeres voltado à práxis evoca a legitimidade da profissão⁸⁰. Portanto a busca de novos saberes/fazeres garante ao Enfermeiro a sua identidade profissional vista como um processo dinâmico, que exige a auto-identificação profissional, a aquisição de conhecimentos relativos ao estado físico, psico- emocional, social, a inter subjetividade da ação humana em função da saúde e desenvolvimento das potencialidades intelectuais do profissional⁸¹.

“O conhecimento científico implica em uma autonomia de ação, propicia a superação de uma prática tradicional baseada no empirismo e na repetição constante de procedimentos sem um suporte teórico suficiente e adequado aos desafios e dilemas enfrentados no cotidiano⁸⁰.”

O posicionamento crítico do enfermeiro sua postura ético-reflexiva, o questionamento do seu papel frente ao paciente cirúrgico são fatores que devem ser repensados. A delimitação de saberes/fazeres pode permitir a visibilidade do Enfermeiro ante um novo “olhar”. O conhecimento científico do Enfermeiro em relação à equipe de saúde permite a respeitabilidade mútua, gerando um trabalho interdisciplinar, compartilhando direitos e deveres. Aos usuários dos serviços de saúde, é importante, à medida que este conhecimento proporciona segurança,

atender às suas necessidades perante a Instituição garantindo a resolubilidade e proporcionando o retorno financeiro, gerencial e social⁸⁰.

O novo pensar em uma proposta que delimite uma ação específica do Enfermeiro em uma área ainda não explorada, exige um nível de responsabilidade e de coragem frente à questão da identidade profissional. A Enfermagem demonstra-se tímida perante as possibilidades de visibilidade da profissão, vivencia tensões através das delimitações de ações sociais importantes. A especialização no contexto histórico da profissão teve como influência direta as ciências biomédicas, apresentando em determinados saberes/fazeres áreas de interseção. O Enfermeiro, mediante a visão da clientela, não é um profissional com traços de objetividade na sua essência profissional, desta forma expressa dificuldades em provar as respostas biológicas que possam vir mediante a realização do cuidado direto ao paciente, vivenciando a necessidade de busca de poder e valorização profissional⁸⁰.

A categoria “**capacitação profissional específica**” do enfermeiro, expressa no subsistema tecnológico como a competência em conhecimentos técnico-científicos específicos, demonstra a necessidade relativa à sua formação profissional a fim de tornar-se qualificado, seguro para lidar com a multiplicidade de situações e instrumentos de abordagens que permeiam a gestão e os cuidados⁶³.

A categoria evidenciada no subsistema **Psicossocial** expressa a competência – **Visão Holística/ Humanística** do usuário do serviço de Saúde sob a perspectiva do cuidado, onde suas necessidades devem ser atendidas e promovidas. Visualizando num contexto de fragilidade, de medo e incertezas, a equipe de saúde atuante deve ser responsável em minimizar de forma segura seus sentimentos. Na sua atuação o enfermeiro deve definir os papéis dos profissionais relativos ao atendimento do paciente, ou seja, o paciente deve ser considerado o produto final do trabalho humano permeado por interações, aspirações e expectativas⁵². Atitudes são os indicadores de impacto e que fornece a distinção aos profissionais de vanguarda, determinam o nível de confiança entre as pessoas, o clima de trabalho, o grau de comprometimento com a organização e seu capital humano⁴⁰.

Nos discursos relatados pelos protagonistas do estudo destacam-se os seguintes depoimentos:

“A visão do enfermeiro é mais completa em relação ao paciente, quando atua nas fases do processo anestésico-cirúrgico; prevenindo possíveis complicações [...]” (P1)

“[...]com uma visão diferente mais holística, o cuidado vai ser mais preciso” (P3)

O SAEPAC vai proporcionar uma assistência individualizada, uma programação melhor dessa assistência ao paciente [...] Possibilita ver o paciente como um todo, não só para o posicionamento como às vezes a gente faz[...] (P11)

O sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é uma importante ferramenta que nos conduz nas funções assistenciais já que, para desenvolvê-las, necessitamos coletar dados subjetivos e objetivos, por meio da entrevista, do exame físico, da relação de comunicação⁸².

O cuidado holístico pode ser detectado nos discursos relatados pelos protagonistas do estudo, quando fica claro que a dispensa de um cuidado pode atender toda a totalidade do paciente. Na sua atuação o Enfermeiro identifica as necessidades do paciente, a fim de planejar a assistência, conhecer o paciente percebê-lo como um “ser único” do sistema, inibindo aspectos de desumanização, principalmente quando há a frieza e o distanciamento dos profissionais em prol da burocracia desnecessária, bem como a não priorização do paciente decorrente das falhas nos processos de gestão organizacional .

A Enfermagem através dos séculos teve uma notória responsabilidade perante o desenvolvimento da civilização, com a crescente busca em promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção, prevenção de enfermidades⁷⁹. Com o evoluir das décadas a Enfermagem manteve uma estreita relação com a história da civilização. Devido ao seu afastamento da assistência devido a demanda da modernização, sendo neste

momento na contemporaneidade a necessidade do resgate aos valores humanísticos da assistência⁷³.

“As bases do atendimento humanizado estão nas ações do enfermeiro diante do paciente, priorizando atitudes de respeito, privacidade e atingindo a satisfação do indivíduo⁷³.”

O Enfermeiro notabiliza-se por conseguir um contato mais freqüente com o paciente e, conseqüentemente permanece um maior período temporal frente a este, desta forma compete-lhe a responsabilidade de humanizar e humanizar-se. Desta forma deve-se colocar no lugar do outro. Estes fatores humanísticos devem ser assimilados do profissional desde sua formação na graduação⁸³.

A visão integralizada da humanização permite a expansão e valorização da dignidade humana, tanto dos usuários como dos prestadores de serviços. A sistematização da Assistência de Enfermagem é uma forma individualizada de assistir o ser humano em toda sua integralidade. A presença do enfermeiro, a necessidade de um ambiente cirúrgico tranqüilo e a preocupação com a segurança são fatores importantes⁸³.

A atenção integral de um paciente no hospital seria a garantia de uma atenção holística, uma abordagem de suas necessidades. Essa atenção integral utiliza tecnologias de saúde que propiciam o prolongamento da vida, promovendo conforto e segurança para o ser hospitalizado, combinando tecnologia e humanização. A Enfermagem articula e encaminha todos os processos e atividades que resultam no cuidado⁶⁴.

Humanizar é conforto, esclarecer dúvidas, propiciar tranqüilidade, segurança aos indivíduos, sempre lembrando que a equipe que fornece o trabalho também necessita de apoio. A sobrecarga de trabalho, as ações mecanizadas das ações diárias, o comodismo afastam o enfermeiro da assistência tranquilizada⁷³. Desta forma o enfermeiro se despersonaliza, dissociando-se de seus ideais, de suas convicções, de seu real papel dentro deste cenário.

A competência Visão Humanística do profissional, em relação ao ser humano, à sua subjetividade, aos valores de resgate do “contato” direto com o paciente, emerge dos conteúdos dos discursos, como pode ser constatado, a seguir:

“A primeira competência que nós temos que ter, é tratar o paciente como ser humano, numa visão humanística da assistência.” (P3)

“[...] valores éticos e legais [...]” (P15)

Os discursos dos protagonistas demonstram que o Enfermeiro para atuar numa visão holística deverá ter como competência o resgate dos valores humanísticos na atenção ao paciente; perceber suas necessidades conhecê-los, valorizar os preceitos éticos e legais da profissão e buscar o apoio das sociedades de classe.

Com o avanço científico, tecnológico e os procedimentos a cada dia mais complexos, gerou-se a necessidade de o enfermeiro manter uma função de controle, assumindo encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo na atualidade a busca em redescobrir os valores humanísticos da profissão⁷⁹.

“[...] o paciente é levado até a sala de cirurgia de forma fria, sem se estabelecer um diálogo ou mesmo uma relação de confiança profissional-paciente, depois de colocado na mesa operatória é esquecido e a enfermagem passa a assumir função tecnicista, dispensando atenção aos equipamentos e seu funcionamento adequado, sem maiores esclarecimentos ou respostas às suas angústias⁷⁹.

A frase da autora acima retrata a problemática atual, a necessidade de resgatar valores que atendam ao indivíduo de forma a “tocá-lo”, a despertar no profissional a necessidade de contato “humano”, principalmente na sala de operações onde os processos são dinâmicos, exige-se rapidez, prontidão, exatidão nas ações e muitas vezes o paciente como ser humano dotado de medos, incertezas, são os últimos a serem atendidos. O sistema técnico-burocrático como instrumento de poder de manipulação e controle ao invés de servir ao profissional muitas vezes gera o sentimento de impotência e até de práticas desumanizadas. O

conceito de burocracia demonstra-se como uma estratégia de controle e sujeição do homem, impondo-lhes relações de docilidade associada à vigilância hierárquica e normalizadora⁸⁴.

A complexidade e o iminente risco de vida fazem do Centro Cirúrgico um ambiente estressante, hostil para o doente, para a família e para toda a equipe cirúrgica, cujo contexto, portanto a humanização não pode ser dissociada. O paciente é a figura mais vulnerável neste cenário provido de equipamentos, luzes, ruídos, cores, pessoas, pois suas reações diante da cirurgia se traduzem pelo medo da morte, da dor, do desconhecido e da dependência⁸⁵.

“De nada adianta ser humanista e observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ser rico em tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente⁷³”.

Faz-se necessário a busca da tecnologia humanizada associada à humanização. A tecnologia e a humanização são duplamente associadas para o bem estar e sucesso do processo cirúrgico para o atendimento das necessidades do paciente. A busca da valorização da humanização, a criatividade na promoção da esperança, entender o paciente de forma humana, é essencial à profissão. A interação verbal-oral, a prática do contato direto, as orientações rotineiras ao paciente, permite ao enfermeiro assumir uma postura mais próxima ao paciente⁸⁶.

A categoria que emergiu do subsistema: **Valores e Metas – Práxis e autonomia profissional**. Está relacionada à capacidade do enfermeiro direcionar um novo olhar para suas atribuições, bem como redefinir ações, expandir responsabilidades, especificar conhecimentos que venham acrescentar-se aos processos de gestão e de cuidados⁵². Existem formas adequadas de usar o conhecimento, por meio de práticas específicas delimitadas a um núcleo da profissão; traduz as suas ações a mobilização que oportunamente retratam o fazer consciente⁴⁰.

Para que se possa evidenciar esta competência ante novas visões do enfermeiro tem-se como proposta do sistema de assistência no Processo anestésico cirúrgico (SAEPAC), as colocações abaixo:

“Eu acredito que esse processo seria interessante para o profissional enfermeiro, em termos de autonomia profissional. Só tenho preocupação em relação à visão da equipe anestésica na atuação enquanto assistência, para que realmente o profissional não assuma a postura de ajudante somente, não executando procedimentos que seriam de responsabilidade do profissional preparado.” (P3)

“[...] a responsabilidade que a gente tem sobre o paciente que está ali à nossa frente, apresentando diferenciações como profissional [...] numa visão ampla vem incluindo a provisão, previsão, SAE, ainda preocupar com a anestesia. Se a gente tivesse uma especificidade só, a meu ver seria fundamental para um bom desempenho, o processo ainda é uma realidade pouco longe do Brasil” (P13)

“É de grande importância ter um profissional voltado para a busca de todos os cuidados para estar prestando assistência”. (P6)

“Minha visão em relação à proposta é: boa, acho que a gente tem que ter enfermeiros que sejam capacitados, para poder atuar nesse processo anestésico cirúrgico”. (P7)

“É uma proposta interessante, de suma importância, pois o Enfermeiro necessita ter conhecimento científico, habilidades técnicas, para que possa atuar de forma segura [...]” (P8)

“E acho que realmente a gente precisa de enfermeiros com conhecimentos específicos do processo anestésico em drogas. É uma coisa muito empírica [...] a gente não tem uma formação sobre princípios farmacológicos e uso das drogas anestésicas” (P7)

“Eu acho que na verdade, todo enfermeiro de centro cirúrgico teria que ser preparado para prestar essa assistência e ter como documentar”. (P10)

“Imprescindível, pois em relação ao paciente de grande cirurgia e ao serviço também acredito que seja um diferencial importante porque potenciais técnicos científicos dos enfermeiros é totalmente ilimitado [...]”(P12)

“Proposta inovadora e desafiadora, por se tratar de Brasil [...]” (P13)

“Existe uma distância muito grande entre o enfermeiro da assistência e do processo anestésico cirúrgico” (P13)

Pelos discursos pode-se evidenciar que os enfermeiros vislumbram um preparo com aprofundamento do conhecimento específico de enfermagem na fase transoperatória como algo inovador, desafiador, mas que ainda distancia-se da nossa realidade. Com as implicações legais que a profissão muitas vezes deve considerar, a falta de especificidade nesta área, falta de preparo, a qual é muito clara, o enfermeiro necessita dessa capacitação. Percebe-se que a anestesia é um fator de preocupação para os enfermeiros, porém não é o foco principal na visão da equipe cirúrgica. Há um distanciamento do enfermeiro de centro cirúrgico para aquele que atuaria especificamente no processo anestésico cirúrgico. Para alguns essa atuação já é realizada de certa forma, mas sem maior aprofundamento teórico e prático no seu preparo.

Os enfermeiros imersos no sistema técnico-burocrático, conformados em normas, rotinas, mecanizam o trabalho a ponto de distanciar-se do real foco que é bem estar da clientela, *“consagra a operação e nadifica o operante⁸⁴”*.

Quando nos responsabilizamos pela assistência prestada e pelos resultados obtidos, nos deparamos com a ânsia de adquirir novos conhecimentos e habilidades. Na busca de novos desafios exige-se um novo olhar, o aperfeiçoamento profissional, para que paradigmas, rotinas sedimentadas e arraigadas sejam ultrapassadas; barreiras de bases não científicas de nossas ações sejam

transpostas. Inovar a cada dia vem a ser a possibilidade de expandirmos como profissão⁸⁷.

A competência **Práxis e Autonomia Profissional** traz em voga a discussão sobre a proposta do enfermeiro de centro cirúrgico em uma nova práxis. Para tanto reavaliar as atuações já sedimentadas na profissão, bem como ultrapassar as barreiras hegemônicas de outras profissões, reforçam a necessidade de planejamento, organização, visão de futuro no que tange aos processos assistenciais.

Segue os discursos dos enfermeiros, protagonistas no estudo que traduzem esse ponto de discussão:

“Sobre o setor de centro cirúrgico, sobre a sua grande diversidade [...] é a hora de reavaliar tudo e ver realmente aonde é que estamos pecando, que acaba esquecendo dessa parte e pula um processo”(P5)

“A atuação do enfermeiro, compreende a coleta de dados, informações para garantir a assistência de enfermagem no intra-operatório”(P6)

Para desenvolver atividades inovadoras nos serviços de saúde, é de extrema importância conhecer as necessidades implícitas e explícitas da clientela, bem como dos recursos humanos que compõem a organização. Estar atento ao nível de satisfação dos usuários, o fortalecimento da gestão dos processos para minimizar riscos, adequação de estrutura física, estabelecer normas e ajustá-las a fim de obter a máxima eficiência do serviço. A busca da produtividade com alta resolubilidade, o estabelecimento de metas que atendam os valores esperados dos usuários, o ambiente democrático do sistema, de forma que seja colaborativo é fundamental para o sucesso. A Enfermagem deve ensejar reflexões sobre as práticas atuais e as possíveis projeções de mudança em busca da qualidade da assistência. Temos que ser agentes de transformação⁸⁷.

“Fazer para o outro o que for capaz de imaginar de melhor para si. Devemos inovar e renovar métodos de trabalho e prestar atendimento mais apropriado ao cliente, não só no presente como no futuro⁸⁷”.

O centro Cirúrgico como um sistema sócio-técnico estruturado estabelece as condutas de atendimento aos pacientes em todo o período perioperatório. Desta forma a segurança do paciente constitui um sistema de controle de falhas humanas e de equipamentos no ambiente cirúrgico, a fim de estabelecer a sua segurança⁸⁸. Devido à permanência contínua da Enfermagem nos processos cuidadosos; pelo conhecimento dos processos de gestão internos da Instituição de saúde, a enfermeira apresenta responsabilidades e influência direta nos diferentes níveis de atenção em saúde⁵². O conjunto de ações cotidianas que influenciam o ambiente de trabalho traduz os indicadores de desenvolvimento que podem expressar os valores do profissional⁴⁰.

Pode-se perceber pelos depoimentos dos enfermeiros a proposta do SAEPA que permeia o contexto abaixo colocado:

“Seria importante para facilitar o preparo do paciente, diminuir os riscos durante a cirurgia”. (P2)

“É importante o enfermeiro estar mais junto ao paciente e prestar assistência melhor; atender o anestesista. 80% do sucesso da cirurgia fazem parte do início da anestesia para que não saia com complicações pois o maior indicador de qualidade do cuidado é a lesão de pele do paciente que decorre do posicionamento”. (P10)

“O enfermeiro que atua junto ao paciente, possui conhecimento principalmente em relação aos riscos de lesões que acometem o paciente. Cuidado durante o procedimento, com as proteções utilizadas no posicionamento cirúrgico. São funções coordenadas pelo enfermeiro; algumas equipes restringem um pouco essa função, não aceitam, alguns recursos que a gente tem de proteção, mas tudo isso é devidamente anotado no impresso”. (P14)

“Então nesse sentido acho positivo, também pelo paciente, que vai ser tratado de uma maneira mais segura [...]”(P3)

“É uma proposta interessante, de suma importância, pois o Enfermeiro necessita ter conhecimento científico, habilidades técnicas, para que possa atuar de forma segura, tendo iniciativa para conduzir situações emergenciais.”(P8)

O centro cirúrgico possui uma dinâmica de funcionamento diferente das demais unidades hospitalares, determinada pela manutenção do ambiente asséptico. A característica do Enfermeiro de centro cirúrgico está associada na maioria das vezes às atividades burocráticas, realizando o atendimento às solicitações das equipes médicas, não priorizando a assistência direta aos pacientes, portanto suas atividades não estão claramente delimitadas, em alguns aspectos, são delegadas a outros profissionais não preparados para tal finalidade⁸⁹.

O risco caracteriza-se pela probabilidade de perda ou lesão, associada a uma ação, pode ser conceituado como toda possibilidade de perigo que ocorre com um paciente candidato a uma cirurgia, no período trans e pós-operatório. Podemos classificar os fatores de riscos cirúrgicos em cinco aspectos básicos relativos à equipe cirúrgica, à anestesia, à Enfermagem e à Instituição hospitalar. Cabe a equipe cirúrgica promover o bem estar físico e emocional do paciente, propiciando o ambiente adequado, livre de danos. Cabe ao Enfermeiro de centro cirúrgico a responsabilidade no controle e prevenção de riscos, pela aderência às políticas de segurança, procedimentos e regulamentos, que inclui desde a estrutura física tais como equipamentos, materiais até o estado de gestão de conflitos humanos dos colaboradores atuantes nesta área e equipe cirúrgica⁹⁰.

O Enfermeiro deverá mostrar segurança, coerência, conhecimento, fundamentando cientificamente, priorizando a comunicação e registro de informações, proporcionando a integração entre equipes e propiciando harmonia no ambiente do trabalho⁹⁰.

O papel do enfermeiro é preconizado em quatro áreas: administrativa, assistencial, ensino e pesquisa. A área administrativa contempla o planejamento, a

organização, a direção e o controle das atividades desenvolvidas nesta unidade. Na assistencial é responsável por elaborar o SAEP; na área do ensino tem como responsabilidade buscar conhecimento para propiciar o aperfeiçoamento da equipe e de si próprio, família e paciente. Na área da pesquisa promover novos saberes científicos relacionados ao conhecimento específico⁹¹.

“Compete ao enfermeiro promover assistência integral ao cliente, minimizando o medo, a ansiedade e prevenindo as complicações inerentes ao procedimento anestésico-cirúrgico⁹¹.

A atuação do Enfermeiro nas áreas assistenciais e administrativas são fatores que afetam a interação e o contato direto ao paciente cirúrgico, a falta de subsídios teórico-práticos de conhecimentos na área clínica-cirúrgica, também são fatores que podem interferir na prestação de cuidados e orientações adequadas ao paciente. O enfermeiro, desta maneira, demonstra-se inseguro, despreparado para avaliar o paciente e intervir adequadamente. É preciso assumir com responsabilidade a profissão abraçada, evoluir junto às reais necessidades dos usuários⁹².

“O conhecimento científico e técnico prepara o profissional para gerenciar as novas tecnologias e os capacita a usá-las⁸³.

A categoria evidenciada como uma competência emerge do subsistema **Administrativo – Gestão da Qualidade**. Relacionase aos fatores administrativos e gerenciais que proporcionam o desenvolvimento de recursos da organização para a prestação de serviços, utilizando ferramentas gerenciais, os modelos de gestão que facilitam os processos institucionais. Estes processos viabilizam inovações exigindo dos profissionais uma dinâmica de interação com o meio ambiente⁵² ou seja mobilização, a transmissão, a interseção de eixos de conhecimentos, habilidades e atitudes, aglutinando processos existentes entre si, podendo assim contribuir como força motora para que a organização e os profissionais envolvidos possam vislumbrar novos empreendimentos⁴⁰.

Para explicitar a competência “**Gestão da Qualidade**” os discursos abaixo elucidam a proposta do SAEPAC, especificando como requisitos para seu desenvolvimento:

*“Recursos humanos: treinamento com educação continuada”
(P1)*

“Atualizações e participações em cursos voltados à área” (P8)

“[...] iniciativa para estar sempre em prontidão para atuar e tomar decisões rápidas [...]” (P8)

“[...] fazer o planejamento dessa assistência, desde a montagem da sala, a escolha dos recursos que serão utilizados naquele procedimento, orientação da equipe, o técnico de enfermagem que vai atuar junto e até mesmo a coordenação da equipe cirúrgica, todos os passos tem que estar planejados. [...] direcionando as ações”.

Na construção desta competência denota-se a importância do profissional Enfermeiro exercendo treinamento e o desenvolvimento da equipe e sua auto-gestão do conhecimento, organização, planejamento, previsão e provisão de recursos, exercer os processos de Supervisão e delegação. Desta maneira terá maior controle e efetividade em suas ações.

Os serviços de saúde, em especial os hospitais procuram adequar-se aos novos modelos gerenciais advindos das indústrias, adotando por sua vez ferramentas de gestão para o controle e efetividade dos serviços. Desta forma as diversas mudanças no perfil dos profissionais, decorrem das necessidades de adaptação às rápidas mudanças de mercado⁸⁹.

A Enfermagem conceitualmente possui pilares necessários: o ensino, a pesquisa e a assistência. A atuação no ensino permite ao Enfermeiro exercer o papel de educador, identificando suas necessidades e planejando suas ações. Na área do conhecimento deve haver atualização, a competência educativa, funciona como um alicerce para a equipe de enfermagem. A atuação em pesquisa é de suma importância e de valor indiscutível à profissão para que esta se afirme como ciência,

fortalecendo a prática assistencial e fundamentando o desenvolvimento de competências com arte e criatividade. A atuação assistencial permite o cuidado direto, com uma visão holística, planejada da assistência⁸⁹

A utilização de pesquisa na prática assistencial é um dos fatores essenciais à implementação da prática baseada em evidência, esta proporciona maior segurança e saber específico às condutas assistenciais. A competência clínica do enfermeiro e as preferências do cliente são aspectos relevantes para a tomada de decisão nos processos assistenciais de saúde⁹³

A competência “**Gestão da Qualidade**” identificada num contexto onde a Enfermagem, pela capacidade e atribuições inerentes às suas atividades em centro cirúrgico, promove a melhoria dos processos assistenciais a partir da gestão de recursos, os quais estão associados à inovação tecnológica, à modernização na prestação de serviços no controle de novos produtos, gestão de custos no que tange às pesquisas relacionadas ao custo-benefício no uso de materiais, equipamentos que favoreçam a melhoria da gestão de cuidados.

Segue os discursos que fortalecem as concepções dos entrevistados, as quais deram origem à competência citada:

“[...] Ter noções de custos, de gastos, de benefícios, isso também é importante, porque muitas vezes a gente percebe que quando a gente atua para auxiliar na anestesia, resulta uma assistência melhor, um produto melhor. Se o custo às vezes é muito alto e não vale a pena usar o produto em um procedimento pequeno, ou um procedimento é muito grande e economizar vai sair mais caro. Então também essa competência de gerenciar esse custo de ter esse conhecimento de insumos do mercado e agregar-lhe valor é extremamente importante”.(P11)

Com a evolução da alta tecnologia e dos procedimentos sofisticados, como transplantes nos anos 60 e início dos 70, desencadeou as primeiras

preocupações com a melhoria da qualidade da enfermagem em CC, devido ao afastamento do Enfermeiro das atividades assistenciais em prol das funções burocráticas de preparo de material e atenção às equipes⁸⁹.

A modernização das sociedades produtoras de bens e serviços, com o avanço na prestação de serviços, as empresas procuram inovações, bem como se estabelecerem a fim de suplantar as expectativas do cliente. A liderança de custos nas instituições passou a ser um diferencial do momento. *“os concorrentes que demonstrarem inovações e padrões de serviços mais diferenciados serão os que conquistarão e fidelizarão o maior número de clientes”⁹⁴.*

“A equipe de enfermagem desempenha um importante papel relacionado ao material de consumo, por ser usuária de uma quantidade considerável dos mesmos. Assim torna-se notória a necessidade de conhecimento por parte da equipe sobre o custo do material que utiliza, evitando o aumento do custo pelo mau uso do equipamento ou por desperdício. Desperdício é a falta de qualidade no serviço prestado pelo uso inadequado do recurso usado, fazendo seu custo elevar. Dessa maneira, julga-se importante o enfermeiro transmitir à sua equipe uma consciência da importância do custo na assistência, a fim de conseguir o uso adequado de material e equipamento, bem como evitar desperdícios⁹⁵.

Em decorrência da preocupação na utilização das informações de custos, estes são instrumentos, ferramentas gerenciais que servem de base ao planejamento, controle e tomada de decisão, a fim de oferecer informações que permitam aos gestores condições de melhoria nas funções de suas operações⁹⁴

A ação integrada a fim de embasar essa reflexão e quebra de paradigmas, onde o agir em Enfermagem atende às necessidades do usuário e favorecem a visibilidade da Profissão, podemos compor esse conceito claramente descrito nas falas dos entrevistados:

“A tecnologia está muito desenvolvida [...] a proposta de que a Sistematização da Assistência de Enfermagem do processo

anestésico cirúrgico é importante sim, mas tem que ver a visão e a vivência de cada hospital, de cada instituição [...]” (P9)

“Que eu acho que um maior indicador de centro cirúrgico [...]Jo enfermeiro fica mais na parte administrativa, e eu particularmente se tivesse que sair da assistência que eu presto hoje, eu sentiria falta por causa disso[...]” (P10)

“Um atendimento mais individualizado na anestesia mesmo [...] Então é uma coisa que vem para agregar uma qualidade melhor no atendimento do paciente” (P11)

“Acaba ficando muitas atribuições pro Enfermeiro de sala. A gente tem que ver tudo, provisão, previsão de SAE” (P13).

O entendimento de que a tecnologia está presente nos dias atuais é bem visível, porém a preocupação em evidenciar que a estrutura das instituições Brasileiras ao que concerne seu potencial tecnológico, ou seja, recursos físicos, materiais, humanos e até potenciais emocionais, ideológicos, frente à integralidade do cuidado é muito diferenciada e fragmentada, ainda se tendo uma visão bipolar do Enfermeiro que cuida e o que administra como atores dissociado. A importância de um novo saber é importante para a profissão, mais ainda há uma timidez em relação a essa discussão. O Enfermeiro mostra-se inseguro em relação ao apoderamento de novos conhecimentos, que muitas vezes pela visão de hegemonia que o médico ocupa nesta atuação, fragiliza a energia que mobilizaria essa necessidade de mudança.

Merhy⁶⁶ afirma que a Saúde é um bem público, não deve ser fragmentado por diferenças de capital, ela deve ser patrimônio de toda a sociedade:

“[...] vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório”⁶⁶.

O Enfermeiro do Centro Cirúrgico precisa como ator apoderar-se de novas posturas frente ao paciente, deixar de ser essencialmente técnico, buscando o cuidado total do paciente cirúrgico⁷⁸. O enfermeiro é agente de mudanças de comportamentos nos aspectos de saúde⁸⁶.

A categoria que emergiu como competência é evidenciada pelo subsistema **Estrutura - Trabalho em Equipe**. Relaciona-se à capacidade dos profissionais de interagirem, de estarem engajados a um mesmo foco específico, pelos quais se suplementam mutuamente⁵². Retrata a necessidade de resgatar os conceitos de transdisciplinaridade como trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntas teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns⁹⁶. O Enfermeiro tem como necessidade conhecimentos, habilidades, atitudes que exigem qualidades como a criatividade, a inovação, a intuição, a emoção, a capacidade de se relacionar e desenvolver suas competências interpessoais⁴⁰.

Os discursos explicitados a seguir expressam trabalho em equipe como competência do enfermeiro para sua atuação no SAEPAC:

“Trabalhar em equipe para não gerar um conflito com os anestesistas [...] (P11)

“[...] A habilidade para trabalhar em equipe; têm que estar trabalhando de forma harmoniosa, principalmente durante o posicionamento cirúrgico. Ter visão crítica, da situação, mesmo com relação aos cirurgiões com relacionamentos difíceis. Ter uma postura mais firme, e se você demonstrar que você tem o conhecimento do porquê, você tem como argumentar, a equipe acaba aceitando, atuação do enfermeiro na sala [...] (P14)

“[...] tem enfermeiro que não sabe nem a diferença entre uma anestesia peridural e raquidiana; conhecer a fundo teoria e prática, antes de você poder atuar juntamente com o anestesista, eles vão dar valor enorme também [...] é o respaldo que você oferec, e a segurança que você dá para o anestesista que tá fazendo o procedimento” (P13)

A preocupação evidente de ser aceita pela equipe de Anestesiologistas em relação ao trabalho do Enfermeiro, fica extremamente clara, é revelada pelo medo e insegurança que o Enfermeiro possui frente à hegemonia médica; as relações de poder entre aquele que ocupa maior destaque no poder decisório.

O Centro Cirúrgico pode ser visto como uma área de tensão, isolada, com pouco contato com o ambiente externo, possui uma característica singular de confinamento, devido às suas práticas assistenciais que exigem essa particularidade. Necessita, portanto de profissionais com a capacidade de demanda rápida às necessidades do serviço, para se obter sucesso na gestão é importante a clareza entre trabalhadores, o compartilhamento de informações e a democratização das discussões desse espaço coletivo, as quais devem constantemente serem revistas, re-analisadas como foco de gestão⁹⁷.

A qualidade dos processos está associada aos elementos de resolubilidade ao serviço, às expectativas do usuário e da equipe de Saúde. Aos objetivos centrais da prestação de Serviço, aos fatores éticos, morais, legais, intrínsecos às profissões que participam da gestão de cuidado, bem como o método para seu alcance.

De forma enfática, encontram-se descritos os discursos relacionados à competência **“Trabalho em Equipe**:

“[...] o enfermeiro faz uma coleta mais completa, mais precisa do que o próprio Anestesiologista. Em sala de cirurgia, muitos médicos não buscam o que os próprios colegas escrevem e sim o que o Enfermeiro escreve. Por quê? Por que ele escreve mais detalhadamente, eles são mais precisos e fica muito mais fácil para trabalhar, para todos, em função da segurança do paciente, visto que tem esses dados completos.” (P6)

“Dinamismo da equipe e padrões de condutas uniformes” (P1)

“[...] o enfermeiro ainda tem que verificar o tipo de anestesia, que será realizada, estar preparando essas drogas, ter um planejamento do material que ele vai precisar em uma situação

difícil. O que ele vai ter naquela situação de anestesia. Então eu acho que é importante a organização e o planejamento do procedimento anestésico que será realizado. Isso é muito importante [...] (P3)

Por meio dos discursos dos protagonistas do estudo pode-se evidenciar que a questão planejamento, organização, previsão, provisão de cuidados, padronização de condutas, normas, análise de processos assistenciais, documentação são fatores importantes que devem ser equacionados num trabalho de equipe como competência do enfermeiro.

A qualidade tem por base a busca incessante da satisfação dos clientes em sua máxima, a parceria e satisfação de funcionários, administradores, fornecedores e acionistas que juntos constroem o mundo corporativo⁹⁸.

Os indivíduos que compõem a organização como sua equipe são vistos como o patrimônio, o desenvolvimento dos recursos humanos, a importância da necessidade do usuário, o aprimoramento, a melhoria contínua dos produtos ou serviços, e comprometimento são ferramentas que propiciam a qualidade nos processos⁹⁸.

A qualidade possui duas visões em relação ao desenvolvimento humano, a formal que tem uma porção objetiva e a política que possui uma porção subjetiva. A primeira está relacionada à valorização de formas, técnicas, métodos e a outra a finalidade, valores e conteúdos. A objetiva é mensurável e na subjetiva habita o espaço das vivências, emoções, sentimentos⁹⁹. Portanto temos que ser agentes transformadores, proporcionar a análise contínua de nossas ações, respeitando os valores da profissão, os espaços de trabalho e acima de tudo o respeito ao usuário do sistema em que estamos inseridos. Mostrar que a independência para a tomada de decisões, o poder de autonomia em gerir os serviços, são fatores que causam satisfação ao trabalho e identificam maior desempenho do serviço¹⁰⁰.

O controle dos fatores que compõem a estrutura, tais como o potencial profissional, as normas, as rotinas, bem como os processos facilitadores para o

desenvolvimento da prestação de serviços, está substanciado neste contexto⁵². As preocupações em desenvolver potenciais de conhecimentos que agreguem as ações de saúde estão evidenciadas neste discurso⁵².

Para que se concretize o desempenho efetivo das competências do enfermeiro do centro cirúrgico, faz-se necessária a delimitação de funções entre os membros que compõem a equipe de enfermagem, bem como a definição de poderes entre os demais membros da equipe multidisciplinar⁸⁹, a fim de permitir a garantia dos processos de gestão e cuidados, a visibilidade dos espaços sociais da profissão e por sua vez a maior caracterização da profissão perante a sociedade.

A Enfermagem existe quando há interação do ser cliente com o ser enfermeiro. Envolve a existência do homem e está inserida no mundo em transformação, possui história, valores, princípios, é cuidar-cuidado. Existe com a finalidade de prover cuidados para aqueles que vivenciam a fase de doença ou apenas sua manutenção. Possui um saber científico, uma arte que se apropria das ciências naturais e humanas. Pode ser caracterizada por um estado de ser, saber, fazer, transformar, acontecer¹⁰¹, pensar, ou seja, uma ação dinâmica, que nos remete a exercer nossa essência física e humana.

Para melhor traduzir os elementos os quais foram evidenciados nesta discussão faz-se necessário apropriar-se da frase de Morin¹⁰² para associar seu pensamento ao retrato da profissão Enfermagem, na busca de novas práxis, resgatar valores intrínsecos à profissão:

“O inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estes não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado. E quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo¹⁰²”.

8 CONCLUSÃO

Neste estudo participaram quinze (15) enfermeiros atuantes em centro cirúrgico de uma Instituição privada. A maioria dos entrevistados são de predominância feminina 13 (86,6%), e 2 (13,4%) são homens, sendo a faixa etária maior entre trinta (30) aos trinta e quatro (34) anos de idade. Isso significa ainda acentuar que a Enfermagem é uma profissão feminina. Os protagonistas do estudo foram profissionais entre 6 à 15 anos de profissão em sua maior totalidade, sendo 12(80%) especialistas em Centro Cirúrgico.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram por meio de entrevista semi-estruturada, utilizando-se como referencial teórico de análise o sistema sócio-técnico estruturado de Kast e Rosenzweig, estabelecer as competências do Enfermeiro para sua atuação no Sistema de Assistência no Processo Anestésico Cirúrgico (SAEPAC), frente à proposta explicitada como inserção de uma nova práxis do Enfermeiro de centro cirúrgico.

O estudo utilizou o método de análise de conteúdo proposto por Minayo, o qual possibilitou a organização do material, a análise e a emersão de categorias.

As temáticas em estudo tiveram como princípio a discussão da visão dos enfermeiros relacionada à proposta de atuação do Enfermeiro perioperatório no Sistema de Assistência de Enfermagem no Processo Anestésico-cirúrgico (SAEPAC), prática esta ainda não exercida pela profissão em âmbito nacional, sendo um aprofundamento da especialidade da Enfermagem Perioperatória, de bastante relevância à profissão, a qual possibilita uma autonomia e visibilidade do profissional nesta área.

A percepção desta temática possibilitou discutir a visão dos Enfermeiros em adquirir um novo “olhar/ agir” às suas práticas assistenciais em Centro Cirúrgico, fatores relacionados à gestão e cuidados, hegemonia médica, capacitação de saberes, humanização. As competências compostas por um conjunto de conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer), e atitudes (saber ser), que foram trazidos à tona, após evidências encontradas nas unidades de fala,

possibilitando discussões acerca da expansão da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico.

O objeto central do estudo foram as competências essenciais e necessárias à construção de uma nova práxis: o Sistema de Assistência de Enfermagem no Processo Anestésico Cirúrgico (SAEPAC).

Por meio do agrupamento dos núcleos de compreensão das questões norteadoras do estudo emergiram categorias analisadas sob a luz do sistema sócio-técnico estruturado, são elas:

“Capacitação profissional específica”;

“Visão holística/ Humanística”;

“Práxis e autonomia profissional”;

“Gestão da Qualidade”;

“Trabalho em equipe”.

Neste estudo foram estabelecidas pelos enfermeiros de Centro Cirúrgico as competências necessárias à atuação do Enfermeiro no processo anestésico cirúrgico já descrito. Percebeu-se a preocupação dos enfermeiros em obter aceitação desta atividade pela equipe de trabalho; a necessidade evidente em sanar “lacunas” do conhecimento, apontando como causa a falta de embasamento teórico em disciplinas básicas do curso, desde o momento da graduação em Enfermagem. O resgate dos elementos humanísticos da profissão, os valores de identidade, autonomia e poder profissional, os processos de gestão e trabalho em equipe foram pontos que permearam as discussões convalidando os achados do presente estudo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu visualizar o desenvolvimento da tecnologia, tais como a descoberta da anestesia no contexto da Saúde Mundial, a qual revolucionou as técnicas cirúrgicas, melhorando a qualidade de vida dos doentes, os quais necessitam de intervenções cirúrgicas.

No âmbito das profissões de Saúde o desenvolvimento dos Hospitais e a centralização dos modelos de atenção à saúde curativa permitiram sua evolução. O fortalecimento dos princípios cirúrgicos resultou do estabelecimento de conceito como assepsia cirúrgica, infecção, necessitando desta forma, de profissionais mais bem preparados a fim de atender a demanda da sociedade.

O Hospital é considerado uma instituição de alta complexidade, composto de uma estrutura, fatores psicossociais, metas e valores, potencial tecnológico, filosófico e administrativo, sendo sistemicamente integrado a todos os componentes que permitem sua funcionalidade. O centro cirúrgico é uma unidade complexa dentro deste sistema, que proporciona as condições necessárias para subsidiar o ato terapêutico invasivo, a cirurgia.

A Enfermagem em Centro Cirúrgico teve sua evolução a partir da década de 70 quando a AORN unificou as boas práticas em Centro Cirúrgico, no Brasil teve como órgão representativo a SOBECC a qual determinou a prática da Enfermagem em centro cirúrgico à fase perioperatória no Brasil, com o uso do processo de raciocínio clínico o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP.

A Enfermagem em centro cirúrgico possui diversas atribuições, observando-se uma sobrecarga de funções burocráticas e gerenciais, as quais em determinadas condições proporcionam o afastamento da assistência direta ao paciente. A atuação do Enfermeiro em anestesia, durante o período transoperatório não é exercido em toda sua totalidade pelo profissional.

A prática da Enfermagem em Anestesia foi a primeira especialidade clínica dentro da Enfermagem Americana, regida pela AANA, esta atuação está associada ao apoio a anestesia e a todo os processos assistenciais.

O Enfermeiro deve proporcionar boas práticas para se garantir bons resultados. Fazer parte de uma equipe de saúde significa ser capaz de compartilhar conhecimentos, fatos, ações, que muitas vezes exige deste profissional equilíbrio, organização, visão reflexiva acerca de suas potencialidades. Este profissional deve ter pensamento crítico, raciocínio clínico, conhecimento tecnológico, habilidades para tomada de decisão, liderança, saber administrar o tempo, gerenciar conflitos e lutar-se pela qualidade, valores morais, éticos, intuitivos, tendo em vista a promoção, prevenção e recuperação da saúde do doente e família.

Há uma busca incessante da Enfermagem em tornar uma profissão com visibilidade perante a sociedade. A busca da ciência, da evolução de um papel significativo dentro da equipe de saúde levam a enfermagem a realizar ações que não são de sua natureza, desta forma burocratiza-se, distancia-se da assistência direta ao paciente.

A Enfermagem busca um modelo assistencial filosófico dentro das Instituições de Saúde para que se estruture uma identidade, ante a necessidade de constituir um corpo de conhecimentos próprios, com intuito de capacitar-se, aprimorar-se, a fim de minimizar a prática de enfermagem mecanicista, operacional, executora de ordens médicas e regras institucionais.

O Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória é visto como um processo articulador e integrador da assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico, que vem influenciando a resolubilidade do serviço, propiciando maiores indicadores de qualidade ao serviço, redução de custos e garantindo melhor controle para fins legais de prestação de serviços. Embora visível neste estudo, devido aos protagonistas vivenciarem estes processos esta vivência não é a realidade de todas as instituições Brasileiras.

A tecnologia proporcionou à organização uma mudança funcional em suas metas e estrutura, centralizou o capital intelectual médico e suas fontes de tratamento, passando a um foco de consumo tanto da visão do paciente quanto ao do médico em pertencer a uma estrutura composta por tecnologia e grandes

oportunidades de ascensão profissional e financeira, porém o hospital constitui-se de matéria humana, seu serviço final é humano, constitui-se de interações sociais, tendo que manter-se em constante interação com o meio ambiente.

O sistema de saúde é composto por uma equipe de saúde resultante de um modelo tecnoassistencial, gerando desta maneira múltiplas concepções de cuidados. A união desta heterogeneidade de saberes e práticas, de diferentes processos de trabalhos numa mesma equipe de saúde, transmitem uma prática de integralidade, reforçando a concepção do cuidado.

Vivencia-se uma prática hegemônica, a relação de superior e subordinado em relação à prestação do cuidado; discussões são necessárias a fim de se estabelecer a busca da integralidade na assistência, saberes são cumulativos e a união de um corpo de saber, provenientes de várias profissões são elementos agregadores ao cuidado.

Podemos evidenciar no estudo o entendimento de que a tecnologia está presente nos dias atuais, porém a idéia frente à integralidade do cuidado é muito diferenciada e fragmentada, ainda se tendo uma visão bipolar do Enfermeiro que cuida e o que administra como atores dissociados. A importância de um novo saber é importante para a profissão, mais ainda há uma timidez em relação a essa discussão. O Enfermeiro demonstra-se ainda inseguro em relação ao apoderamento de novos conhecimentos, que muitas vezes pela visão de hegemonia que o médico ocupa fragiliza a mobilização dessa necessidade de mudança. A visão de humanização também foi evidente neste estudo, a necessidade de resgatar fatores humanísticos nos processos cuidadosos foram importantes pontuações. Faz-se necessário a busca da tecnologia humanizada associada à comunicação terapêutica.

Pode-se evidenciar a concepção dos enfermeiros como responsáveis em proporcionar condições de prevenção de riscos e conforto ao paciente, porém em detrimento de práticas burocráticas.

Os enfermeiros são tímidos para atuar diretamente no processo anestésico-cirúrgico. Ainda há a preocupação visível em relação aos “poderes do médico”, a hegemonia de suas atividades. A evolução tecnológica trouxe a complexidade do atendimento e por sua vez a necessidade de o Enfermeiro possuir capacitação específica. Falta ao Enfermeiro ter maior poder de participação nos fatores decisórios sobre a gestão do cuidado.

Percebe-se que a anestesia é um fator de preocupação para os enfermeiros, porém não é o foco principal na visão da equipe cirúrgica, estabelecendo um distanciamento da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico no processo anestésico cirúrgico. Para alguns essa atuação já é realizada de certa forma.

A questão planejamento, organização, previsão, provisão de cuidados, padronização de condutas, normas, análise de processos assistenciais, documentação são fatores importantes que devem ser equacionados como competência do enfermeiro. A preocupação em adquirir maiores conhecimentos relativos às competências está associada a conhecimentos específicos principalmente em disciplinas que capacitem para a atuação do ato anestésico cirúrgico, tais como fisiologia, anatomia, farmacologia, princípios de urgência, emergência. O planejamento da assistência e a experiência profissional são fatores preponderantes para o saber/fazer da enfermagem, a qual desenvolve um poder crítico, habilidade específica para o desempenho eficaz da profissão.

Faz-se necessário delimitar características próprias à profissão que possa agregar ao sistema de assistência no Processo Anestésico cirúrgico, ou seja, as competências vinculadas a ação biomédica, a delimitação de funções entre os membros da equipe de saúde, a fim de garantir os processos de gestão.

Quanto a preocupação técnica como competência, há necessidade de saber posicionar-se perante a equipe anestésica cirúrgica, exigindo uma especialização para compor novos conhecimentos, pela insuficiência de conteúdos apreendidos na formação do enfermeiro. O reconhecimento da profissão são fatores deliberativos à expansão da atuação em centro cirúrgico.

Os enfermeiros atuantes em Centro Cirúrgico devem refletir sobre novas tendências para a expansão das capacidades de gestão e cuidados no que tange à fase perioperatória. O Enfermeiro deve ter o domínio do saber, do poder em relação à necessidade de ser um profissional ativo, participativo no processo de cuidar.

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia, em rede. Os indivíduos nunca são alvo inerte, ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Isso nos remete a avaliar o poder pelo qual este passa por nós, não somos assolados por essa força, ela nos permite identificar desejos, o qual nos delimita o tão temido “poder”⁷. Não podemos deixar que o poder nos envolva cegamente, poder vigiado, as normas sedimentadas, ao certo, ao errado, do controle à correção. Temos que expandir nossos conhecimentos, desta maneira teremos a capacidade de refletir, de analisar concretamente as relações de luta e de poder que a sociedade nos impõe, os efeitos de dominação que muitas das vezes sofremos, os efeitos do aparelho de produção, que limita nosso tempo de existência, que seja um tempo produtivo¹⁰³.

“O poder não oprime por duas razões: primeiro porque dá prazer, pelo menos para algumas pessoas. O poder pode criar, desenvolver um tipo de saber, que se transforma na enquête e dá origem a uma série de conhecimentos¹⁰³.”

Estudos devem ser feitos para que se desenvolva uma nova práxis dentro da Enfermagem em centro cirúrgico; como uma ação agregadora da equipe de saúde e no processo anestésico cirúrgico, propondo uma interação de ações específicas não exploradas pela Enfermagem Brasileira.

Esse estudo atendeu a proposta do objetivo, traçando as competências necessárias do enfermeiro para atuação no Sistema de Assistência de Enfermagem no Processo Anestésico Cirúrgico, numa abordagem sócio-técnico estruturada por meio de uma visão integrativa sistêmica, percebendo-se uma imensa dificuldade ainda deste profissional em descrever, de forma mais concreta esta atividade, por ser algo pouco discutido pelo nosso meio científico.

REFERÊNCIAS

-
- 1 Motta J S Breve Reseña. Histórica Del Descubrir de La Anestesiologia Moderna. Rev. Colomb. de Anest. 2002; 30(4).
 - 2 Maia R J F, Fernades CR. O alvorecer da anestesia inalatória: uma perspectiva histórica. Ver. Bras. de Anest. 2002; 52(6).
 - 3 Basso RS, Piccoli M. Unidade de Recuperação Pós-anestésica: Diagnósticos de Enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. Rev Eletrônica de Enfermagem. 2004;6(3). Disponível em: http://fen.ufg.br/revista/revista_6_3/01_Original.html
 - 4 Silva JF. Enfermagem em Anestesia e cuidados intensivos. Segurança no local de trabalho – implicações legais. Servi Lisbon. Portugal. 1996; 44(6):291-7
 - 5 Thiesen M. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica. [Dissertação]: Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina; 2005
 - 6 rvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em Centro Cirúrgico e recuperação. São Paulo: Ed. Manole; 2007
 - 7 Foucault M. Microfísica do Poder. 28ª ed. Rio de Janeiro: CIP- Brasil -Ed Graal; 1979.
 - 8 Rodrigues RAP, Sousa FAE. O trabalho da enfermagem em Centro- Cirúrgico- uma análise de depoimentos. Rev. Latino-am Enf. 1993;1(2).
 - 9 Curi C, Peniche ACG. Enfermeiro anestesista: uma verticalização do Enfermeiro Perioperatório. Rev. SOBECC. jul/set; 9(3):8-13.
 - 10 Stumm EMF, Maçalai RT. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto-contexto-enferm. 2006; 15(3).
 - 11 Avelar M C. A prática do Enfermeiro de Centro Cirúrgico [tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
 - 12 Grittem. Sistematização da Assistência Perioperatória uma tecnologia de Enfermagem. [Dissertação]: Curitiba - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2005.
 - 13 Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev. Latino-am. Enf. 2003; 11(5).
 - 14 Hawkes E, Leafy C, Ruth C, Scott R, Sharp L. Nurse anesthesia: the silent protection. Center for Nursing Historical Inquiry. 2001; 9(2):5-6.
 - 15 Spósito D, Gerdrat MCS. Anestesia: um campo possível para o enfermeiro no Brasil?. Rev. SOBECC. 1999; 4(2):13-17.

16 Caulk RF. The International Federation of Nurse Anesthetists, an Introduction. 1998; 34(2):11-4

17 Sigurdsson H. The meaning of being a perioperative nurse. AORN J. 2001; 74(2):202-217.

18 COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> em 22/08/2010.

19 Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: Ed. EPU; 1979.

20 Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. Rev. Escola de Enfermagem USP. 2003; 37(4):34-42.

21 Applegeet C.D. Perioperative Nurse Week: Its History and its Future. AORN. 2009; 90(5):34-42.

22 Piccoli M. Matos FGOA. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. Seminário Nacional. Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel-Paraná.

23 Beyea S.C. The Ideal State for Perioperative Nursing. AORN. 2001; 73(5):897-901.

24 Downing- Maxwell D. The Perioperative Nursing Data Set. AORN. 2009; 89(3):600-602.

25 Kondrat B. Operating room nurse managers competence and beyond. AORN. 2001; 73(6).

26 Bernardes C. Teoria Geral da Administração. A análise integrada das organizações. São Paulo: Ed. Atlas AS; 1993.

27 Machado VB. Estudo sobre a formação de competências do estudante de graduação em Enfermagem na vivência (simulada) em uma clínica de Enfermagem. [Tese]: São Paulo – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

28 Waldow VR. Cuidado humano. O resgate necessário. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzzatto; 2001.

29 Dertouzos M. O que será como o novo mundo da informação transformará nossas vidas. Ed. Schwarcz Ltda. Companhia das Letras: São Paulo; 2000.

30 Gillespie BM, Hamlin L. A Synthesis of literature on “competence” as It Applies to Perioperative Nursing. AORN. 2009; 90(2):245-252, 254-258.

31 Perrenoud P. Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

32 Perrenoud P, Thurler MG. As competências para ensinar no século XXI. A formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed; 2002.

33 Rey B. As competências transversais em questão. Porto Alegre: Artmed; 2002.

34 Bork AMT. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2003.

35 Peters T. Rompendo as Barreiras da Admisnitração. A necessária desorganização para enfrentar a nova realidade. São Paulo: Ed. Harbra Ltda; 1996.

36 Marquis BL, Huston CJ. Admisnitração e Liderança em Enfermagem. Teoria e Prática. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

37 Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Artmed: Porto Alegre; 1999.

38 Chard RR. A phenomenologic study of how perioperative nurses their work world. AORN J. 2000; 72(5):878-879.

39 Rios TA. Ética e competência. 9ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.

40 Ruthes RM. Gestão de pessoal de Enfermagem por competências: Proposta para Santas Casas. [Tese]: São Paulo - Universidade Paulista de Medicina; 2007.

41 Dutra JS (org). Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Ed. Gente; 2001.

42 Makary M, Sexton B, Freishlag J et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. J. Am. Coll. Surg. 2006; 202(2):746-752.

43 Stein R.H. The Perioperative Nurse's Role in Anesthesia Management. AORN. 1995; 62(5):794-804.

44 Chaves MM. Saúde e Sistemas. W.K. Kellogg Foundation: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1980.

45 Bertalanffy LV. Teoria Geral dos Sistemas. Fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Ed. Vozes; 2008.

46 Kwasnicka EL. Teoria Geral da Administração – uma síntese. São Paulo: Ed. Atlas S.A.; 2006.

47 Kast F, Rosenzweig JE. Organização e administração : um enfoque sistêmico. Tradução de Oswaldo Chiqueto. São Paulo. 1976; 1.

48 Capra F. A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. Cultrix; 2006

-
- 49 Chiavenato I. Introdução à teoria geral da Administração. São Paulo: Ed. McGraw-Hill Ltda; 2002.
- 50 Muniz AJO, Faria HA. Teoria Geral da Administração. Noções Básicas. Ed. Atlas; 2007.
- 51 Leopardi MT. Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática. Ed. Papalivro; 1999.
- 52 Kast F, Rosenzweig J.E. Organização e administração: um enfoque sistêmico. Tradução de Oswaldo Chiquetto. v 2. São Paulo: Pioneira;1976.
- 53 Trivinõs ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa Qualitativa em Educação. Ed. Atlas; 1987. p.120-172.
- 54 Brevidei MM, Domenico E BL De. Trabalho de Conclusão de Curso. Guia Prático para docentes e alunos da Área da Saúde. Íatria. 2006. p.76-80.
- 55 Rey FG. Pesquisa Qualitativa e subjetividade. Os processos de construção da informação. São Paulo: Ed. Pioneira Thomson Learning; 2005.
- 56 Moreira DA. O Método Fenomenológico na Pesquisa. São Paulo; Ed. Pioneira Thomson; 2002.
- 57 Polit DF, Beck CL, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem . Métodos, avaliação e utilização. São Paulo: Ed. Artmed; 2006.
- 58 Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Ed. Atlas; 1999.
- 59 Ludke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. Temas básicos de Educação e Ensino. São Paulo: Ed. EPU; 1986.
- 60 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.
- 61 Wood GL, Haber J. Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização. Ed. Guanabara Koogan; 2001.
- 62 Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. HU CITEC-ABRASCO; 1999.
- 63 Henriques RL, Acioli S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: Pinheiro R, Mattos RA. Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO; 2004. p.293-295.
- 64 Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (org). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p193-210.

-
- 65 Gomes RSG, Pinheiro R, Lubeguizardi F. A orquestração do trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das Equipes. In: Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos/ Pinheiro R, Mattos RA. (org). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005.
- 66 Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo. Ed. HUCITEC: São Paulo; 2002.
- 67 Fernandes MS. A Produção e a gestão do cuidado: Notas cartográficas dos atos cuidadores do Enfermeiro no cotidiano Hospitalar. [Tese]: São Paulo - Escola de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto; 2006.
- 68 Takahashi RT, Oguisso T. Reflexões sobre a certificação profissional de Enfermagem no Brasil. Rev Paulista de Enfermagem. 2005; 24(4):37-42.
- 69 Cabrera LG. Por qué Desarrollar Competências Generales em Los Alumnos de Enfermeria? (publicação da ALADEFE). Chile.
- 70 Lustri D, Miura IK, TakahachiS. Gestão do conhecimento desenvolvendo competências. Rev Inteligência Empresarial, publicação Crie – Centro de Referência em Inteligência Empresarial/ Coppe- RJ. 2005; 25:20-27.
- 71 Khomeiram RT, Yekta ZP, KigerAM,AhmadiF. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. Revue, ICN – International Council of Nurses, 53, p. 66-72. 2006
- 72 Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface- Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(17):369-79.
- 73 Maia LFS, Nascimento EB, Gerardini V. O avanço tecnológico e o cuidado humanizado em Centro Cirúrgico. Rev. SOBECC. 2006; 11(3):26-31.
- 74 Stumm EMF, Zimmemann MB, Girardon-Perlini NMO, Kirchner RM. Ações do Enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. REME – Rev Mineira de Enferm. 2009; 13(1):99-105.
- 75 Schimdt DRC, Orasmo CVN, Gil RF. Humanização da criança operada: Integração Familiar ao ambiente cirúrgico. Rev SOBECC, v.10, nº3, p 14-20, jul/set. São Paulo: 2005.
- 76 Bisinotto FMB, Predini Júnior M, Alves AAR, Andrade MAPR. Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em Hospital Universitário. Dificuldades e resultados. Rev Bras. Anest. 2007; 57(2).
- 77 Peniche ACG, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. Rev Latino-am enf. 2000; 8(1):45-50.
- 78 Feu RMS, Maciel AA. A visita sistematizada de enfermagem pré e pós operatória no atendimento das necessidades do paciente. Rev. SOBECC. 2008; 13(2):24-31.

79 Bedin E, Ribeiro LBCM, Barreto R AP SR. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Rev Eletrônica de Enfermagem. 2005; 7(1):118-127. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista.htm

80 Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev Escola Enferm. USP. 2005; 39(2):145-53.

81 Oliveira BGRB. A Passagem pelos espelhos: A construção da identidade profissional da Enfermeira. Texto & Contexto Enfermagem. 2006; 15(1):60-67.

82 Almeida RSS, Barros MM, Souza SEM. Implantação de um instrumento de coleta de dados perioperatórios. Rev SOBECC. 2009; 14(2):41-46.

83 Costa ALS, Moretto SA, Leite RCBO. Humanização da assistência oferecida ao paciente cirúrgico: revisão da literatura científica na enfermagem. Rev SOBECC. 2007; 12(3):38-45.

84 Landim FLP, Varela ZMV, Farias FLRF. Duas faces do Cuidado Gerencial de Enfermagem: Do Poder Burocrático às Práticas Informais. Rev Paul Enf. 2006; 25(1):31-37.

85 Oliveira MAN. A Humanização no Gerenciamento de novas Tecnologias por enfermeiras de Centro Cirúrgico. Rev SOBECC. 2005; 10(4):8-12.

86 Zago MMF, Casagrande LD. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. Rev. Latino-am Enf. 1997; 5(4).

87 Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de Saúde: Conceitos e métodos avaliativos. Acta Paulista Enf. 1995; 8(4).

88 Chianca TCM. Falhas de Enfermagem no pós operatório imediato de pacientes cirúrgicos. Rev Latino-am de Enfermagem. 2006; 14(6).

89 Guido LA, Scareski C, Andolhe R, Martins FZ. Competências do Enfermeiro em CC. Reflexões sobre ensino/assistência. Rev SOBECC. 2008; 13(1):16-22.

90 Bokor AFK, Carvalho R. Riscos Físicos no Centro Cirúrgico. Rev SOBECC. 2004; 9(3):20-24.

91 Cataneo C, Silveira CA, Sampionato E, Camargo FC, Queiroz FA, Cagnin MC. O preparo da equipe cirúrgica: aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. Rev Latino-am Enf. 2004; 12(2).

92 Grittem L, Méir MJ, Gaievicz AP. Visita pré-operatória de Enfermagem: percepções dos enfermeiros de um Hospital de ensino. Cogitare Enferm. 2006; 11(3):245-51.

93 Galvão CM, Sawada, Trevisan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(3):549-56.

94 Raupp FM, Crispin CH, Almeida ES. Gestão de custos Hospitalares por meio do custeio por absorção: o caso da maternidade Carmela Dutra. *RIC – Rev de Informação Contábil*. 2007; 2(1):120-133.

95 Bittar E, Castilho V. O custo médio direto do material utilizado em cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Assoc. Med. Bras*. 2003; 49(3).

96 Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2005; 9(18).

97 Gomes MCSMA. Organização e Gestão do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte. Minas Gerais. [Dissertação]: Minas Gerias - Escola de Enferm da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

98 Antunes AV, Trevisan MA. Gerenciamento da Qualidade: utilização no serviço de enfermagem. *Rev latino-am enfermagem*. 2000; 8(1):35-44.

99 Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *CAD. Saúde Pública*. 2002; 18(6).

100 Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Latino-am de Enfermagem*. 2006; 14(1):54-60.

101 Lacerda MR. Enfermagem: Uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. *Rev Bras. Enf*. 1998; 51(2):207-216.

102 Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Ed.Cortez; Brasília, DF: UNESCO; 2000.

103 Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Ed. NAU/ PUC; 2009

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Colaborador(a)

Eu, Melissa Rodrigues de Lara, Enfermeira, COREN 92922, aluna do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade de Guarulhos – UNG, residente à Rua Ingá nº 280, Bairro Oswaldo Cruz, São Caetano do Sul, CEP: 09571-040, tel: (11) 7691 5675, e-mail: melissarlara@hotmail.com, estou realizando a pesquisa: Sistema de Assistência de Enfermagem no Processo Anestésico Cirúrgico (SAEPAC): um subsistema da Enfermagem Perioperatória. Esse estudo trata-se de uma pesquisa de campo com o objetivo identificar e analisar as competências do Enfermeiro no processo Anestésico Cirúrgico. Essas competências são todas as suas vivências, conhecimentos, responsabilidades, atribuições que o Enfermeiro deverá possuir para a realização dessa prática durante o período perioperatório. Essas dúvidas serão feitas por meio de um questionário com questões para livre expressão.

O/ a Senhor/a é livre para responder da forma que melhor expressar seu conhecimento, sentimentos, reflexões, sobre o assunto da pesquisa e tem o direito de se recusar a participar e de desistir de participar a qualquer momento. Poderá fazer qualquer pergunta sobre o estudo e sobre a sua participação. Qualquer dúvida será por mim esclarecida.

Gostaria que nossa entrevista fosse gravada por meio de gravador, para facilitar a compreensão de sua fala e para isso solicito sua permissão. Seu nome não aparecerá no estudo. Apenas eu, terei acesso às suas informações. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados em eventos e revistas científicas. Todas as fontes gravadas serão destruídas após finalização do estudo, garantindo os direitos de divulgação e imagem dos participantes

Poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa, cuja previsão para término é o primeiro semestre de 2010.

Agradeço a colaboração e coloco-me à disposição através do contato acima para os esclarecimentos que se fizerem necessário.

Eu, _____
declaro que, após ter recebido os esclarecimentos pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de ____ de 2010

Assinatura entrevistado (a)

Assinatura da entrevistadora
Melissa Rodrigues de Lara

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARTE I:
PERFIL DOS PROTAGONISTAS**

1)Sexo: () masculino () feminino

2)Idade:

() 21 à 30

() 30 à 40

() 40 à 50

() acima de 60 anos

3) Tempo de formada(o) no Curso de Graduação em Enfermagem

() 1 à 5 anos

() 6 à 10 anos

() 11 à 15 anos

() 16 à 20 anos

() 20 à 25 anos

() acima de 25 anos

4)Possui Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico?

() Sim

() Não

5) Tempo de vínculo ao Serviço de Centro Cirúrgico

() 6 meses à 1 ano

() 1 à 5 anos

() 6 à 10 anos

() 11 à 15 anos

() 16 à 20 anos

() 20 à 25 anos

() acima de 25 anos

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARTE II:
QUESTÕES NORTEADORAS DO CENÁRIO**

1) Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAE PAC?

2) Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?

APÊNDICE D – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas deste presente estudo foram gravadas e após a escuta minuciosa deste material foram descritas conforme as tabelas abaixo relacionadas, em ordem crescente de enunciados. Para manter o sigilo dos sujeitos, estes foram denominados de protagonistas acrescidos de número seqüencial à ordem das entrevistas. Toda a forma descrita de vocabulário, linguagem, expressões, foram mantidas conforme a fala dos entrevistados.

Entrevistado/ Protagonista (P1)

Questão 1- Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“A visão do enfermeiro é mais completa em relação ao paciente, podendo atuar nas fases do processo e prevenir possíveis complicações conhecendo o paciente, visita pré anestésica associando com o passo a passo do procedimento, o enfermeiro colabora para que haja diminuição do stress do paciente e equipe anestésica”.</i>	P1
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Conhecimento técnico científico: anatomia, fisiologia, Patologia e outras. Domínio em informática e avanços em tecnologia. Ex. Domínio em robótica. Mecanismos de proteção e análise de riscos: posicionamentos cirúrgicos. Recursos humanos: treinamento com educação continuada Conhecimento da atuação em urgências. Dinamismo e padrões de condutas uniforme”.</i>	P1

Entrevistado/ Protagonista (P2)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“Seria importante para facilitar o preparo do paciente, diminuir os riscos durante a cirurgia”.</i>	P2
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Conhecimento, habilidades e atitude, conhecimento do preparo de drogas, materiais de intubação, habilidades para preparar o paciente, atitude frente às situações”.</i>	P2

Entrevistado/ Protagonista (P3)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPA?	
<i>“Eu acredito que esse processo, seria interessante para o profissional enfermeiro, em termos de autonomia profissional. Só tenho preocupação em relação a visão da equipe anestésica em relação a nossa atuação enquanto assistência, para que realmente o profissional tenha postura de auxiliar, de Assistência, somente. Não de executar procedimentos que seriam de responsabilidade do médico anestesista. Então nesse sentido acho positivo, também pelo paciente, que ele vai estar sendo tratado de uma maneira mais segura, com uma visão diferente, que é a visão que o enfermeiro tem, uma visão mais holística. O cuidado vai ser mais preciso”.</i>	P3
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“A primeira competência que nós temos que ter, é tratar o ser humano como ser humano, ter uma visão humanística da assistência. E segundo, conhecer farmacologia, o sistema de distribuição de drogas, efeitos nesse sentido. E também um pouco de anatomia, que é muito importante no caso de uma intubação difícil. Então acho que seria mais ou menos isso. Nesse caso, o enfermeiro ainda tem que verificar o tipo de anestesia, que será realizada, estar preparando essas drogas, ter um planejamento do material que ele vai precisar em uma situação difícil. O que ele vai ter que ter naquela situação de anestesia. Então eu acho que é importante a organização e o planejamento do procedimento anestésico que será realizado. Isso é muito importante. Normalmente quando eu entro em sala para auxiliar num procedimento de grande porte, eu me preocupo em verificar se os materiais estão lá, as questões do paciente, as comorbidades desse paciente. Acho até importante fazer até uma visita junto ao anestesista, uma visita pré-anestésica, para estar conhecendo esse paciente antes de estar fazendo o planejamento da anestesia”.</i>	P3

Entrevistado/ Protagonista (P4)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“A minha visão é a seguinte, que dentro do contexto respaldado pelo COFEN e COREN e demais Órgãos de classe, seria muito bom que isso acontecesse, pois hoje nós já desempenhamos esse papel, de fazer pelo menos no intra operatório, a assistência de enfermagem ao paciente anestesiado, porém sem nós termos o respaldo de fato de um certificado. Não somos validados, nem certificados pelo COREN. Essa é a grande expectativa, a grande diferença”.</i>	P4
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Acima de tudo conhecimento técnico, científico, bem como certificação. Acurácia maior em fármacos e fisiologia. Tecnologia à disposição”.</i>	P4

Entrevistado/ Protagonista (P5)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“Como estávamos falando sobre o setor centro cirúrgico, sobre a grande diversidade do setor e tudo, e querendo ou não, todo mundo acaba se voltando ao procedimento cirúrgico ao que o paciente está fazendo, ao pós operatório dele, da cirurgia em si, como que vai ser, o transoperatório, o que vai precisar e o que não vai precisar. E acabam se esquecendo realmente da indução anestésica, os antecedentes desse paciente com a indução anestésica. O pós operatório do paciente também em relação a isso, ao procedimento anestésico, a dor que ele vir a sentir, querendo ou não, quem vai tratar disso é um anestesista. Então acho que acaba fugindo um pouco e esquece dessa parte e talvez até pela grande diversidade de várias etapas que compõe mesmo o período transoperatório. Então eu acho que realmente é a hora de reavaliar tudo isso e ver realmente aonde é que estamos pecando, que acaba esquecendo dessa parte e pula um processo. Muitas vezes a preocupação é por o paciente pra dormir, não interessa o restante, é a cirurgia que vai fazer valer a pena e é a cirurgia que é a preocupação maior de todas”.</i>	P5
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Técnicas, conhecimento de técnicas, das drogas. Eu acho que ele tem competência sim, mas dentro claro, de alguns princípios de experiência, de compromisso, de conhecimento e etc. Então eu acho que vale bastante apenas esse processo e realmente incumbir uma especialidade para o enfermeiro realmente incumbir uma especialidade para o enfermeiro como essa. Conhecimento de procedimentos técnicos, procedimentos anestésicos, cirúrgicos. Conhecimento de, acho que aí entra uma grande abrangência até de patologias, de várias outras coisas. Complementando as duas questões, tanto da própria função, da atuação do enfermeiro, como das competências, eu mesmo que já fiz especialização em centro cirúrgico, acho que deveria de repente ser mais interessante, fracionar um pouco a área do centro cirúrgico, em recuperação anestésica, central de material, ser específico em cada fase do processo e não abranger tanto, porque no fim você vê tudo aquilo que as vezes já é de conhecimento e não consegue realmente ter uma visão melhor e maior de cada uma das etapas”.</i> <i>“Então as vezes seria muito mais interessante para nós enfermeiros sermos até especialistas em determinada área na recuperação anestésica na central de material, na sala operatória, na anestesia. Então acho que valeria muito a pena isso para agente, até pra melhor estudo de cada uma das fases e melhor assistência do paciente no final de todo esse processo que ele passa”.</i>	P5

Entrevistado/ Protagonista (P6)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“Eu compreendo na atuação do enfermeiro, compreende a coleta de dados, informações para garantir a assistência de enfermagem no intra-operatório. É de grande importância o enfermeiro e até o paciente, passando as informações sobre o centro cirúrgico e coletando os dados para assegurar o próprio procedimento no centro cirúrgico. É de grande importância ter um profissional voltado para essa busca todos os cuidados para estar prestando assistência e até por que mesmo, valoriza a enfermagem como profissional. Nós vamos futuramente, num futuro bem próximo que, algumas autoridades se empenhe em desenvolver escolas onde possa capacitar o enfermeiro para fazer esse tipo de trabalho”.</i>	P6
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Andamos buscando uma mobilização perante as sociedades de Enfermagem, como a SOBEC, COREN, COFEN, para que pudesse para um futuro próximo capacitar o Enfermeiro para que tenhamos o respaldo, para nós assim fazermos a assistência com o paciente na sala de cirurgia. Até porque, em determinados hospitais, o Enfermeiro faz uma coleta mais completa, mais precisa do que o próprio Anestesiologistas. Em sala de cirurgia, muitos médicos não buscam o que os próprios colegas escrevem e sim o que o Enfermeiro escreve Porquê? Por que ele escreve mais detalhadamente, eles são mais precisos e fica muito mais fácil para trabalharmos, para todos, em função ao paciente e a segurança do paciente visto que tem esses dados completos. E também o conhecimento pois o profissional tem que ter o conhecimento científico. Através de uma faculdade, de uma especialização. Cabe, compete a identidade, como eu falei anteriormente, o COFEN, o COREN, a SOBEC e até em Brasília, para estar buscando esse respaldo para nós podermos estar ajudando, até mesmo para o paciente”.</i>	P6

Entrevistado/ Protagonista (P7)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“Minha visão em relação a proposta é assim, a proposta é boa, acho que agente tem que ter Enfermeiros que sejam capacitados, para poder atuar nesse processo anestésico cirúrgico. O que eu acho difícil, é que agente consiga, no centro cirúrgico, atuar por conta de que os anestesistas tem um monopólio eles não deixam agente fazer nenhum tipo de droga, o máximo que agente consegue é instalar soro na assistência. Então eu acho muito difícil que eles deixem a gente preparar droga, administrar droga e calcular a gente preparar droga, administrar droga e calcular a quantidade de droga. Então, no centro cirúrgico eu acho muito difícil. Mas eu tenho uma outra visão, como eu também já trabalhei na UTI, e como na UTI é a Enfermeira que mantém o paciente sedado, eu acho que se a Enfermeira se especializar nessa parte de anestésicos, acho que é muito mais fácil ela atuar nessa parte com pacientes que estejam em UTI, que estejam intubados, porque o intensivista não tem essa coisa de monopólio com o paciente. Porque é a Enfermeira que controla a sedação desse paciente que está intubado. Então, acho que seria muito bacana, esses Enfermeiros, se eles pudessem se especializar. E acho que eles conseguiriam atuar na UTI e não conseguiriam atuar em centro cirúrgico. Seria bem mais fácil. E acho que realmente agente precisa de Enfermeiros com conhecimento em drogas. É uma coisa muito empírica o que agente faz em UTI, a gente olha, não tem assim quando precisa extubar, acaba demorando muito tempo para extubar, porque eles ficam muito rebaixados, porque a gente não tem uma formação de anestésicos, agente vai porque o paciente é aspirado, ele é muito manipulado e intenso e agente vai sedando demais o paciente, meio que sem conhecimento. Acho que se os Enfermeiros se capacitassem para atuar em UTI, seria bacana. Se pudesse atuar também em centro cirúrgico seria ótimo. Uma coisa que não consigo imaginar, pelo menos, que nem a longo prazo eu não consigo imaginar isso”.</i>	P7
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Nesse processo, acho teria que ter um Enfermeiro que já tivesse uma experiência em centro cirúrgico. Uma Enfermeira que já tem experiência, ela já tem algumas habilidades e acho que ela teria que se aprimorar através de estudo, para poder</i>	P7

adquirir conhecimento, conhecimentos das drogas, mecanismo de ação, efeitos colaterais, antagonistas, para poder prestar assistência ao paciente e aí dessa forma ela teria que elaborar toda a sistematização de enfermagem, com diagnóstico, com prescrição de enfermagem, pra poder prestar a assistência adequada ao paciente. Acho que ter basicamente isso para poder atuar no processo Acho que se fosse permitido que existisse esse processo anestésico cirúrgico, as faculdades teriam que formular uma especialização em Enfermagem anestésica cirúrgica, para que os profissionais pudessem se especializar e não qualquer Enfermeiro chegar e ir fazendo. Acho que as faculdades e que deveriam se estruturar, para poder os Enfermeiros não chegar falar assim, olha eu tenho tanto tempo de enfermagem que acho que tenho condições. Acho que teria que ter uma residência ou uma especialização, para que os Enfermeiros pudessem atuar”.

Entrevistado/ Protagonista (P8)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAE PAC?	
<i>“É uma proposta interessante, de suma importância, pois o Enfermeiro necessita ter conhecimento científico, habilidades técnicas, para que possa atuar de forma segura, tendo iniciativa para conduzir situações emergenciais é aí que a gente encontra o perfil do enfermeiro também Então precisamos ter enfermeiros capacitados, que possam atuar em diversas situações, principalmente nessa parte anestésica cirúrgica, levando em conta os riscos físicos inerentes do processo”.</i>	P8
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Em primeiro lugar uma especialização na área de centro Cirúrgico envolvendo o bloco operatório como um todo ter conhecimento dos aspectos anatômicos, fisiológicos e Habilidades técnica, como havia dito anteriormente um comprometimento e envolvimento nessas questões. Atualizações e participações de cursos voltados às áreas, como via aérea de Hess, entre outros. Iniciativa para atuar também de prontidão e tomada decisões rápidas. Então acho que isso soma vários objetivos e características do enfermeiro nessa atuação, que é tão importante no nosso dia-a-dia. Uma outra característica importante, que eu acho, é a questão do planejamento. Como nós temos também cirurgia eletivas também no caso de ser eletivas, de ver a questão da avaliação pré-anestésica juntamente com a avaliação inicial, que é o Histórico de enfermagem, você já consegue programar e planejar assistência adequada daquele paciente. Essa questão da parte da anestesia, porque envolve toda essa questão, desde que ele consiga ter essas informações antecipada. De qualquer outra forma se a gente também já consegue planejar um pouco mais pra frente sabe que é um paciente crítico então você consegue ter em mãos tudo que for de necessidade para atendê-lo. Então essa questão é bem importante”.</i>	P8

Entrevistado/ Protagonista (P9)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAE PAC?	
<p><i>“Atualmente a parte de anestesia é muito importante na cirurgia uma das coisas mais importante, claro que é a anestesia. Lógico que a cirurgia é importante, mas se você for ver bem, se não tem um paciente anestesiado não se tem cirurgia O que acontece hoje, está muito complexo nos termos de procedimento anestésico, em termo de equipamentos, em termo de inovações tecnológicas, em termo de medicamento de drogas anestésicas. Então está cada vez mais complexo o procedimento anestésico, muitas anestésias, por exemplo, muitos procedimentos anestésicos muitas vezes duram tanto quanto o procedimento cirúrgico, pela complexidade que aquele caso exige. Tem muitos pacientes que também colaboram para isso, por exemplo, cada indivíduo tem sua anatomia diferenciada, então tem muitos pacientes hoje principalmente aqui no hospital que põe na categoria de paciente com intubação difícil, então o paciente com intubação difícil é uma a muito grande tanto na parte do anestesista quanto do enfermeiro, e como já é de rotina do Hospital manter o enfermeiro durante a anestesia dos procedimentos mais complexos. Então a gente já tem essa visão de ter um preparo para ter aquela assistência ideal para dar a melhor qualidade de assistência, para aquele paciente naquele momento. Então a tecnologia está muito desenvolvida tem muitos pacientes que colaboram para isso, como eu já falei, eu acho importante sim essa proposta de que a Sistematização da assistência de enfermagem do processo Anestésico cirúrgico é importante sim, mas tem que ver a visão e a vivência de cada hospital, de cada instituição, por que nessa instituição por exemplo, teria preparo e capacidade para isso e teria também material humano suficiente para isso, não é a realidade que a gente vê ali nos outros hospitais. Então precisa ser avaliado de uma maneira geral, não só de uma maneira globalizada digamos a nível nacional. Então por conta disso, é uma proposta interessante como eu já falei, e também falamos da assistência em si para um paciente cirúrgico e das complexidades que exige na anestesia. É interessante também que o profissional seja lógico capacitado”.</i></p>	P9
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<p><i>“Então além da experiência que o enfermeiro já tem, das suas vivências, seria interessante também a proposta de um curso preparatório para o enfermeiro na assistência em anestesia. Um enfermeiro preparado para o processo cirúrgico. Então a proposta, do meu modo de ver seria a seguinte: o enfermeiro teria suporte para conhecer a fundo as drogas anestésicas os opiáceos, toda gama de medicações que envolvem a anestesia. Então é importante que se desenvolva um curso preparatório que capacite o profissional para isso, porque na verdade se a gente for ver o mercado exige. Se for analisar uma anestesia, é claro que a anestesista está ali preparado para isso, mas ele sozinho não consegue fazer tudo. Então eu acredito que tendo essa nova proposta, você melhoraria muito mais a qualidade dessa anestesia prestada para o paciente”.</i></p>	P9

Entrevistado/ Protagonista (P10)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<p><i>“Eu acho que é uma iniciativa muito boa. Eu acho que na verdade, todo enfermeiro de centro cirúrgico teria que ser preparado para prestar essa assistência, e ter como documentar.</i></p> <p><i>Aqui no hospital, na instituição que eu trabalho a gente se faz isso, dando prioridade para as cirurgias de maior complexidade. Então o enfermeiro entra e atua nessa parte de anestesia, a gente não tem um impresso próprio, por isso a gente faz dentro da anotação de enfermagem mesmo, no SAEP. Mas acho que é importante porque o enfermeiro está mais junto do paciente, consegue prestar assistência melhor e consegue atender o anestesista de uma forma em que 80 % do sucesso da cirurgia faz parte desse início da anestesia, posicionamento do paciente, para que o paciente saia com menos complicações em relação à lesão. Que eu acho que um maior indicador de centro cirúrgico é a lesão de pele do paciente, posicionamento. Então eu acho que é muito válido, você ter um enfermeiro focado para isso. Aqui é a minha realidade, mais eu sei que em outros hospitais não são todos que fazem isso, o enfermeiro fica mais na parte administrativa, e eu particularmente se tivesse que sair da assistência que eu presto hoje, eu sentiria falta por causa disso”.</i></p>	P10
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<p><i>“Olha, eu acho que na verdade, de tudo um pouco né, porque anestesia engloba o paciente em um modo geral. A gente não faria anestesia, mas teria que ter noção do que está sendo feito. Então farmacologia é imprescindível, embora a gente tenha boa base na faculdade, mas é totalmente diferente. Parte de cardiologia tem que ter uma noção, eu acho que o enfermeiro tem que saber como prestar assistência em uma emergência, porque nem sempre as cirurgias acontecem de uma forma lisa. Então os pacientes apresentam bastante intercorrência durante a anestesia. Eu acho que o enfermeiro tem que ter uma noção do histórico para ele poder se preparar. Então ele tem que prestar atenção nessa parte de histórico que a gente às vezes não dá importância, mas é importantíssimo na hora da anestesia. Então o enfermeiro também tem que ter iniciativa, ter olho clínico, para olhar de um modo geral par o paciente, para poder prestar essa assistência durante a anestesia. Eu acho que isso é básico”.</i></p>	P10

Entrevistado/ Protagonista (P11)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“Eu acho que esse sistema proporciona uma assistência individualizada, uma programação melhor dessa assistência ao paciente. É uma outra área da enfermagem do centro cirúrgico pra gente atuar, para nós fazermos uma especialização, se é que se pode fazer uma especialização. Um atendimento, mais individualizado na anestesia mesmo. E ver o paciente como um todo, não só de posicionamento como à vezes a gente faz. Mas a parte mesmo de anestesia, de fisiopatologia. Então é uma coisa que vem para agregar uma qualidade melhor no atendimento do paciente”.</i>	P11
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Trabalhar em equipe, porque isso vai gerar um conflito enorme com os anestesistas, estudar demais fisiopatologia, porque não dá pra gente auxiliar e fazer alguma gafe, alguma coisa assim no momento. Gerenciar urgências, emergências, porque vai ser cobrado evidentemente. Ter noções de custos de gastos, de benefícios, isso também é importante, porque muitas vezes a gente percebe que quando a gente atua para auxiliar na anestesia, ou não se põe uma assistência melhor, ou um produto melhor, porque eles não tem conhecimento do que existe no mercado, ou porque eles não sabem do custo, se o custo às vezes ou é muito alto e não vale a pena pelo um procedimento pequeno, ou um procedimento é muito grande e eles querem economizar uma coisa que vai sair mais caro apara frente. Então também essa competência de gerenciar esse custo de ter esse conhecimento do que tem no mercado e agregar com ele é extremamente importante”.</i>	P11

Entrevistado/ Protagonista (P12)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“Imprescindível , pois em relação ao paciente de grande importância e com relação ao serviço também acredito que seja um diferencial importante também porque o conhecimento técnico científico do enfermeiro, ele é totalmente ilimitado em relação ao conhecimento do técnico de enfermagem, que muitas vezes atua em algumas instituições”.</i>	P12
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“E as competências que seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro nesse processo, eu acho que ele tinha que ter uma habilidade específica desde a graduação. Uma especialidade voltada mais a farmacocinética, farmacodinâmica, voltada mais a relação as drogas, soluções também, muita anatomia respiratória do paciente voltado a isso tudo você pode buscar posteriormente, mas se tivesse uma especialização mais voltada a isso, a nesse, ao ato anestésico com certeza seria mais de grande importância”.</i>	P12

Entrevistado/ Protagonista (P13)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAE PAC?	
<p><i>“ Na minha opinião, eu acho que é uma proposta inovadora e desafiadora, por se tratar de Brasil, mas nós é que nos damos conta, a gente já meio que entre aspas, a gente já faz uma atuação na assistência ventilatória no centro cirúrgico, o que a gente não faz, que eu acho que seria uma proposta interessante nessa atuação é a visita pré-anestésica. Então assim, o enfermeiro poderia estar ajudando porque a gente fica sabendo dos dados pré anestésicos quase no momento da cirurgia que é feita pelo anestesista NE, o médico anestesista. Então assim, eu acho que é uma proposta muito positiva ao meu ver, eu acho que a gente está necessitando disso, aqui mesmo no hospital xxxxxxxx, a gente já tem essa prática, mas não são todos os enfermeiros que incorporam isso né, a responsabilidade que a gente tem sobre o paciente que está ali a nossa frente e a gente ter diferenciações mesmo do profissional, então é, não querendo ganhar trela com segunda questão, mas eu acho que a gente tem que ter competência sim, então não adianta eu falar, ah ! eu sou enfermeiro, assistencial do centro cirúrgico, é uma coisa separada da outra mesmo. Então eu acho assim, como tem aqui no seu projeto que acaba ficando muitas atribuições pro enfermeiro de sala tá fazendo, a gente tem que ver tudo, provisão, previsão de SAE, ainda preocupar com anestesia, se a gente tivesse uma especificidade só dessa, ao meu ver seria assim fundamental, ainda é uma realidade pouco longe dizendo assim de Brasil, né, não aqui nos hospitais privados, você já tem um pouquinho essa realidade, mas a gente vê aí fora que, que é bem complicado, é uma distância muito grande o enfermeiro da assistência é o mesmo no processo anestésico cirúrgico.</i></p>	P13
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<p><i>“E a competência não sei se eu taria assim fantasiando muito, mas eu acho que num, num, é muito irreal a gente ta fazendo uma especialização pro enfermeiro de anestésico cirúrgico, viu SAE PAC que você ta propondo. Então se fala agora é só pra você ver a opinião de vocês, a minha opinião é essa, é importante sim, eu acho que assim tem enfermeiro que não sabe nem a diferença que, que é uma anestesia peridural de raquidiana e tanto faz a gente conhecer mesmo a fundo teórico e prático né, antes de você poder atuar juntamente com o anestesista, e eles são um valor enorme também, então assim, quando tem, a gente coloca um técnico pra ajudar e você vai, o enfermeiro com o conhecimento que a gente tem, é bem diferente, é o respaldo que você dá ali, a segurança que você dá pro anestesista que ta fazendo o procedimento”.</i></p>	P13

Entrevistado/ Protagonista (P14)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“ Pelo que eu entendi, a assistência de enfermagem nesse SAEPAC ta relacionado a assistência no intra-operatório né, essa assistência pelo menos nessa instituição onde eu trabalho a gente já realiza assistência confeet na admissão do paciente em sala e atuação junto ao anestesista nos procedimentos anestésicos, monitorização e punções venosas, arteriais, monitorização dessas pressões e posicionamento cirúrgico, e auxiliar a equipe né, então nesse sentido já é feito. E a minha visão é que o enfermeiro na verdade ele tem que atuar mesmo junto ao paciente, porque ele que tem o conhecimento mais profundo né de anatomia, fisiologia né, principalmente em relação a riscos de lesões que o paciente pode é, cometer durante o procedimento, todas as proteções, são utilizadas no posicionamento cirúrgico, são coordenadas pelo enfermeiro, é claro que existe algumas equipes e que restringe um pouco isso né, eles não aceitam, alguns é recursos que a gente tem de proteção, mas tudo isso é anotado, devidamente anotado no impresso. Nós temos um impresso próprio né, então se alguma equipe se recusa a usar algum recurso a gente anota. Acho que a minha visão é que tem que ser o enfermeiro mesmo, ele que está mais preparado para isso né, tanto na parte farmacológica, a parte de risos mesmo, que é paciente pode cometer né dentro da sala de cirurgia, acho que é só isso mesmo”.</i>	P14
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“ Então a primeira coisa a saber quem é o paciente né, então diante do conhecer quem é esse paciente, no nosso caso a gente recebe um fax com os dados né, mais ou menos dá certo ou não, antes da cirurgia, que vem o nome, todos os dados né. E aí dá pra você fazer o planejamento dessa assistência, desde a montagem da sala, a escolha dos recursos que serão utilizados naquele procedimento né, orientação da equipe né, o técnico de enfermagem que vai atuar junto e até mesmo a coordenação da equipe cirúrgica, por que é, todos os passos tem que ta bem planejado. Geralmente o médico quando chega ele chega, ele não tem uma seqüência, ele faz uma, faz uma coisa, depois faz outra. As vezes aquilo que ele ta querendo fazer no início, não é tão prioridade, fica aquela bagunça. Então geralmente o enfermeiro, “ eu to falando a minha experiência” quando eu to na sala, eu que vou direcionando as ações, então vamos monitorizar primeiro, depois vamos puncionar a veia, depois vamos fazer a entubação, depois vamos pegar a artéria né, então a gente que direciona essa seqüência, e eles vão seguindo naturalmente a coisa né, mais profundo. A outra competência seria é, habilidade para trabalhar em equipe, por que têm que estar trabalhando de forma harmoniosa né, principalmente durante o</i>	P14

posicionamento cirúrgico. Ter uma visão crítica né, da situação, mesmo com relação à cirurgias difíceis né. Ter uma postura mais firme né, e se você demonstrar que você tem o conhecimento do porquê, você tem como argumentar, a equipe acaba aceitando né a sua argumentação e até aceita aquele recurso que você quer usar né, é que mais, acho que mais mesmo né, que a atuação mais do enfermeiro na sala é mais isso mesmo. Em relação aos procedimentos anestésicos né, todas as punções, monitorações, intubação difícil, tem muito caso né, e a parte de posicionamento cirúrgico que depois você posicionou, o resto é faz parte da equipe agora né, deixa eu ver, as técnicas cirúrgicas são esses, acho que é mais isso mesmo, acho que não tem o que falar né.

Entrevistado/ Protagonista (P15)

Questão 1 - Qual a sua visão em relação à proposta de atuação do enfermeiro no Sistema de Assistência de Enfermagem do Processo Anestésico Cirúrgico SAEPAC?	
<i>“Bom eu acredito que essa nova proposta venha acrescentar cuidado ao paciente cirúrgico. Visto que a nossa realidade hoje ainda é um número reduzido de enfermeiro na parte assistencial. O enfermeiro de centro cirúrgico, ainda tem um caráter muito administrativo, tornando muitas vezes difícil a permanência e a atuação no momento do processo anestésico cirúrgico”.</i>	P15
Questão 2- Quais as competências seriam imprescindíveis para a atuação do enfermeiro neste processo?	
<i>“Eu acho que é conhecimento amplo, na farmacologia, fisiologia e estando aliado a experiência e vivência. Cuidados do paciente no posicionamento cirúrgico, valores éticos e legais e conhecer os diferentes tipos de anestesia, preparo, a realização e cuidados no pré e pós do procedimento”.</i>	P15

ANEXO

ANEXOS A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PROTOCOLO DE PESQUISA N.º 16/09	Data de entrada: 19/11/09	Data da resposta: 05/01/10
PARECER do CEP N.º. 16/09	Data do parecer: 14/12/09	Data do parecer final: 11/01/10

Parecer Consubstanciado

Título da Pesquisa: "Sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico cirúrgico (SAEPAC): Um desmembramento da enfermagem perioperatória".

Protocolo do Estudo: Versão 2009

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Versão 2009

Pesquisador Principal: En^{fa} Melissa Rodrigues Lara

Instituição: Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Sumário Geral do Protocolo:

O projeto de pesquisa analisado se destina à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pela Universidade de Guarulhos – UNG. Tem por objetivo identificar e analisar as competências do enfermeiro para atuação no Sistema de Assistência de Enfermagem no processo anestésico-cirúrgico. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os enfermeiros que atuam em centro cirúrgico formarão a população estudada. A pesquisa ocorrerá por meio de entrevista, onde as falas serão gravadas e transcritas pelo autor. Será aplicado um instrumento de pesquisa contendo duas partes: caracterização do perfil dos entrevistados e questões norteadoras para livre expressão dos entrevistados. O resultado esperado é identificar as competências necessárias à atuação do enfermeiro no sistema de assistência de enfermagem no processo anestésico cirúrgico.

Considerações/Comentários:

1. O TCLE é claro, porém não contém informações para localização do pesquisador, como telefone, e-mail, endereço.
2. Como as entrevistas serão gravadas, torna-se necessário deixar claro o que ocorrerá com as gravações após o uso das informações.
3. Na folha de Rosto está definido que o tamanho da amostra será de 20 enfermeiros, porém no projeto de pesquisa está escrito que o tamanho da amostra não poderá ser definido antecipadamente por se tratar de um trabalho qualitativo.

Recebido no dia 09/01 resposta do pesquisador com as informações e/ou alterações acima mencionadas.

Diante dos pontos analisados o projeto foi considerado **“APROVADO”**.

- APROVADO
- APROVADO COM RECOMENDAÇÕES
- NÃO APROVADO
- COM PENDÊNCIAS
(A ausência de resposta em 30 dias acarretará em arquivamento do processo por falta de interesse do pesquisador)

TEMÁTICA ESPECIAL

SIM

NÃO

CONEP SIM

NÃO

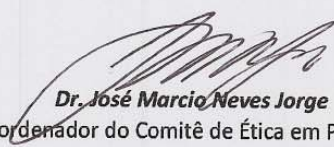
Completo

Folha de rosto

- Lembramos que os pesquisadores têm como dever enviar relatórios anuais e o relatório final ao CEP-HAOC.
- O CEP também deve ser informado sobre qualquer “alteração” ou “emenda” ao referido projeto, e sobre quaisquer efeitos adversos.

Data do 1º Relatório Parcial: **11/07/2010**

Data do 2º Relatório Parcial: **11/01/2011**



Dr. José Marcio Neves Jorge
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Alemão Oswaldo Cruz