



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA
NEVES

MÁRCIA GONÇALVES DE CASTRO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO
CIRÚRGICO E SUA RELEVÂNCIA**

SÃO JOÃO DEL – REI

2014

MÁRCIA GONÇALVES DE CASTRO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO
CIRÚRGICO E SUA RELEVÂNCIA**

Projeto de Monografia apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves –IPTAN – como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob orientação da Prof^a. Esp. Hélia Cristina Souza.

SÃO JOÃO DEL – REI

2014

MÁRCIA GONÇALVES DE CASTRO

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO E SUA RELEVÂNCIA

Projeto de Monografia apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves –IPTAN – como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob orientação da Prof^a.Esp. Hélia Cristina Souza.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a. Esp. Hélia Cristina Souza
(Orientadora)

Prof. Msc. Adilson Luiz dos Santos
(Examinador)

Prof^a. Msc. Bárbara Fabrícia Silva
(Examinadora)

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. “Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

A todos meus amigos que presenciaram minha luta, compartilharam alegrias e tristezas, ao meu marido Paulo Rodrigo pela compreensão, minha cunhada Ana Paula por estar sempre pronta a me ajudar, e a meu filho Caio, pelo incentivo.

E a todos os professores que estiveram juntos durante todos esses anos e em especial à minha professora orientadora, Hélia Cristina Souza, pela dedicação e paciência.

SUMÁRIO

Introdução.....	6
1- Breve Histórico da Cirurgia.....	8
2- Humanização	13
2.1- Contexto histórico da hospitalização e o processo evolutivo para humanização	13
3 - Humanização da assistência de enfermagem no Centro Cirúrgico e sua relevância.....	18
Considerações Finais	24
Bibliografia.....	25

Resumo

O presente trabalho procura mostrar desde os primórdios da cirurgia e suas evoluções ao longo do tempo com prioridade no cuidado humanizado ao paciente. Atualmente, discute-se o processo de intervenção cirúrgica, no qual se dá, desde a notícia da cirurgia ao paciente, a entrada no centro cirúrgico, a cirurgia em si e seu término até a chegada do paciente no leito clínico. Trata-se de um estudo descritivo, analítico realizado por meios de livros e publicações científicas, sites de instituições reconhecidas, onde foram selecionadas referências bibliográficas pertinentes ao tema proposto. O objetivo do estudo é mostrar a relevância do serviço de enfermagem no processo de humanização dentro do centro cirúrgico e se de fato vem se tornando uma prática usual. Justifica-se este trabalho pelo fato que o processo cirúrgico causa ao paciente sentimento de angústia e medo da cirurgia, tornando o enfermeiro e sua equipe, profissionais mais próximos ao paciente, peça fundamental no cuidado humanizado. Lembrando que o cuidado humanizado é olhar para o paciente como um todo, na tentativa de identificar necessidades físicas e psicológicas, trazendo ao mesmo, sensação de conforto e segurança. Entretanto, com os avanços tecnológicos e o aumento do serviço burocrático e técnico dentro do centro cirúrgico, fica evidente o abandono no ato de humanizar, cabe ressaltar que o centro cirúrgico por se tratar de um lugar que causa ao paciente um maior sentimento de medo e angústia, a humanização deveria ser uma das prioridades, o que não vem acontecendo.

Palavras-Chave: Enfermeiro; Humanização; Centro Cirúrgico.

INTRODUÇÃO

O ato de humanizar é o acolhimento ao paciente de forma a amenizar suas angústias e fragilidades fazendo-se presença solidária, ser sensível à situação do outro e diante do diálogo criar um vínculo de respeito e necessidades compartilhadas.

Considerando o avanço tecnológico, com o passar do tempo, no contexto da saúde, na atualidade discute-se o processo de intervenção cirúrgica, no qual se dá desde a notícia ao paciente, a entrada no centro cirúrgico, a cirurgia em si e o término da cirurgia até a chegada do paciente no leito clínico, para continuidade do tratamento pós-operatório.

Para tanto se justifica este trabalho devido, ao contato que a equipe de enfermagem tem com o paciente no centro cirúrgico e sua relevância no cuidado humanizado ao mesmo.

Todavia, o objetivo principal deste trabalho é abordar a relevância do serviço de enfermagem no processo de humanização e se de fato vem se tornando prática usual dentro do centro cirúrgico, ao passo que, a enfermagem do seu início até os dias atuais, sua função que é o cuidar. Com o passar dos tempos tem surgido várias definições de cuidado-cuidar conforme diferentes concepções.

Para realização deste trabalho a metodologia utilizada foi à revisão bibliográfica, analítica e descritiva baseada em literaturas específicas, artigos científicos, livros e sites de instituições reconhecidas. Segundo a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo Seres Humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não precisa de aprovação do Comitê de Ética.

Dessa forma foi possível contextualizar o processo cirúrgico ao longo dos tempos. A atuação da enfermagem dentro do centro cirúrgico e a relevância da mesma no processo humanizado, muitas vezes, ainda tem sido deixado de lado por pelos profissionais de enfermagem.

O presente estudo foi dividido em três capítulos, aborda em seu primeiro capítulo um breve histórico da cirurgia. No segundo capítulo, o contexto histórico da hospitalização e o processo evolutivo para humanização. Já no terceiro e último

capítulo caracteriza sobre a humanização da assistência de enfermagem no Centro Cirúrgico e sua relevância.

1- BREVE HISTÓRICO DA CIRURGIA

A técnica cirúrgica passou por várias transformações, e continua a evoluir. Sabe-se que as práticas cirúrgicas vêm sendo realizadas há muitos anos, por vezes com métodos um tanto quanto bárbaros. Registros de procedimentos cirúrgicos vêm sendo pesquisado em escavações arqueológicas, Ferreira e Ribeiro (2000) e Pinho (2002) *apud* Kreischer (2007,p.32) afirmam que o homem primitivo já praticava cirurgias, seja com objetivos de conter os sangramentos de feridas ou até mesmo expulsar espíritos malignos que ocupavam o corpo.

Os procedimentos realizados naquela época são chamados de “Trepanação”, como ficou conhecida a primeira cirurgia, Tubino e Alves (2009, p.01) afirmam que:

As trepanações eram de diferentes tamanhos, e feitos em diferentes pontos da caixa craniana. Eram mais frequentes nos adolescentes e jovens. Alguns crânios sofreram várias trepanações. As trepanações eram mutilações sangrentas e dolorosas executadas com um fim de iniciação mística (crianças e adolescentes) ou de ritos mágicos. Havia, do mesmo modo, outras práticas sangrentas como a subincisão uretral e a circuncisão.

Como descrito por Silva, Rodrigues Cesaretti (1997, p.65) as cirurgias realizadas pelos egípcios, eram voltadas para a cabeça. Nesta ocasião, desenvolveram uma técnica de cirurgia craniana onde puderam explorar a caixa craniana e conhecer a medula espinhal. Realizaram também a correção de fratura de septo nasal e tratamentos para as afecções dos olhos.

Na Babilônia, no ano de 2.242 a.C., quando os cirurgiões cometiam algum erro nos arcaicos procedimentos cirúrgicos, os mesmos recebiam como punição, amputações de seus dedos, isso era feito para que não fossem recidivante. (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997, p.65-66).

Vale ressaltar que, no Brasil até o século XIX não realizava grandes cirurgias, somente os considerados os profissionais barbeiros realizavam alguns procedimentos como: sangrias e escarificações.

É fato conhecido que no Brasil, até fins do século XIX, não eram realizados procedimentos cirúrgicos, a não ser aqueles mais simples, os quais ficavam a cargo do “barbeiro”, “barbeiro-sangrador” ou “cirurgião-barbeiro”, que praticava sangrias e escarificações, aplicava ventosas, sanguessugas e clisteres, lancetava abscessos, fazia curativos, excisava prepúcios, tratava as mordeduras de cobras, arrancava dentes, etc.. (BRAILE e GODOY, p. 125, 2012),

Resende (2002, p.01) afirma que a profissão médica se dividia em três classes. A primeira classe referia-se aos médicos considerados a elite da profissão, os quais possuíam o conhecimento teórico e usavam o latim em seus escritos. A segunda classe era composta pelos cirurgiões, que já usavam o cautério para tratar feridas e traumatismos externos e faziam amputações de membros. E por fim, a terceira classe, que compreende os profissionais que eram considerados mais habilidosos com cortes. “Eram os barbeiros, denominados como “cirurgião-barbeiro””, de acordo com Jouclas (1991) *apud* Kreischer (2007, p. 33).

Os chamados “cirurgiões-barbeiros” realizavam procedimentos paliativos. Esses procedimentos eram considerados verdadeiras sangrias e escarificações. Como práticas aplicavam ventosas de sanguessugas, abriam abscessos, faziam curativos, excisavam prepúcios, tratavam as mordeduras de cobras, arrancava dentes entre outros (BRAILE e GODOY, 2012, p. 01).

Dentre os cirurgiões-barbeiros destaca-se Ambroise Paré que viveu de 1510 a 1590. Não era médico e iniciou sua carreira como aprendiz de cirurgião-barbeiro na França. Com o tempo foi aprimorando-se, até se tornar, cirurgião militar do exército francês (RESENDE, 2002, p.01). Ambroise Paré aprimorou-se tanto que foi considerado o fundador da ortopedia. Tubino e Alves (2009, p. 03) afirmam que o cirurgião revolucionou o tratamento de feridas. Anterior a ele, as feridas eram tratadas com cauterização e queimadas com óleo.

Na idade média, segundo Jouclas (1991) *apud* Kreischer (2007, p. 33), a cirurgia era tratada como uma prática rebaixada e profana, pois os cirurgiões eram considerados uma categoria intelectualmente inferior à dos médicos, sobretudo dos clínicos que mantinham uma relação com a classe dominante.

A falta de estudos desses supostos cirurgiões gerou certo conflito na sociedade, principalmente entre a classe dominante, na qual médicos clínicos apenas tentavam estabilizar as doenças com remédios muito precários e não tinham preparo para realizar cirurgias.

Em contrapartida, Tubino e Alves (2009, p. 03) diz que:

O médico formado devia pertencer à igreja e falar latim. Seu ensino tinha sido dogmático, ele se preocupava mais com a discussão teórica e citações de textos antigos. Qualquer ação manual era considerada desonrosa e significava perda da autoridade. Como homem da igreja não poderia derramar sangue. Recusava-se a qualquer ato cirúrgico, deixando-o para os inferiores: os barbeiros cirurgiões, que eram simples operários, iletrados e leigos.

Vale ressaltar que as cirurgias poderiam ser realizadas em qualquer local, como na casa do cirurgião, no campo de batalha ou em convés de navios. Não havia nenhum tipo de assepsia e higiene, como descrito por Possari (2002) *apud* Kreisler (2007, p. 33).

Pinho (2002) *apud* Kreisler (2007, p. 32), menciona sobre a higiene e a assepsia. “Em Roma, o cirurgião grego Galeno já utilizava técnicas para ferver o instrumental cirúrgico, o que era considerado avançado nesta época”.

Além disso, pode-se afirmar que o cirurgião Galeno foi quem mais contribuiu para o desenvolvimento da anatomia, de acordo com Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997, p.66). Galeno explicou o mecanismo da respiração, descobriu os nervos cranianos e apontou doenças como aneurisma e câncer.

Para Pinotti (2008, p.01):

O período, designado de fase de eclipse da anatomia, estende-se desde os primórdios da civilização até o Renascimento, quando se iniciaram os estudos de anatomia por dissecação do corpo humano que consagraram Leonardo da Vinci (1452-1519) e Andreas Vesalio (1514-1564).

Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997, p.68) destacam que Xavier Bichat estudou anatomia e associou à fisiologia, afirmando que “a vida do organismo é feita dos órgãos”.

Percebe-se, que a medicina foi se aprimorando ao longo do tempo, porém sua evolução se deu de forma lenta.

No século XVII notam-se acontecimentos marcantes como a realização de uma traqueostomia pelo cirurgião Severino, o uso de termômetros por Santório e a aplicação de fórceps na obstetrícia (LOPES, 1968 *apud* SILVA; RODRIGUES; CESARTTI, 1997, p. 68).

Vale ressaltar que no século XIII apareceram as primeiras escolas de medicina. A primeira escola foi de Salerno onde grandes mestres passaram a

ensinar, tirando a medicina do estágio inferior onde se encontrava naquele período. (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997, p. 67).

Com a criação das escolas de medicina e as possíveis complicações inerentes à cirurgia, os cirurgiões daquela época reivindicaram um local específico para realizar as cirurgias. Este lugar foi criado no século XII, no “Hotel Dieu” em Paris, onde construiu o chamado Centro Cirúrgico para realização de procedimentos cirúrgicos (SCHMIDIT *apud* KREISCHER, 2007, p. 32).

De ora em diante, uma nova Era foi evoluindo, com visões mais avançadas no aspecto de fisiologia, anatomia. Os procedimentos cirúrgicos se desenvolveram, a prática aprimorou-se e hábitos foram adotados como a assepsia, antissepsia e a anestesia.

Tubino e Alves (2009, p. 04) afirmam sobre analgesia que em 3000 a.C com o intuito de diminuir a dor, o ser humano já usava a folha de coca em trepanações.

Com a evolução da medicina, dos procedimentos cirúrgicos e paliativos, surgiu à necessidade de um lugar para onde pudessem levar os enfermos e curá-los.

De acordo com Silva; Rodrigues e Cesaretti (1997, p. 67) a religião nessa época era muito forte fazendo com a que a medicina caísse em desprestígio e o povo procurasse a religião em vez de médicos para se curarem das enfermidades. Assim, os hospitais criados naquela época na verdade tinham por finalidade dar hospedagem ou refúgio a velhos, incapacitados e desabrigados, recebendo assim cuidados religiosos.

A igreja, à qual era atribuída grande autoridade considerava as cirurgias como prática condenável. Desse modo, qualquer tipo de procedimento cirúrgico era proibido pela igreja, sendo considerada prática bárbara.

Nesse período a prática da enfermagem era realizada pelos religiosos, prostitutas, marginalizados entre outros. Pires (1989) *apud* Kreischer (2007, p.33) reforça ao destacar um período obscuro enfrentado pela enfermagem e que, ainda hoje, sofre os reflexos dessa época.

As práticas cirúrgicas tiveram evoluções favoráveis considerando-se a época vivida. Embora que a passos lentos, novas técnicas de anestesia, assepsia e antissepsia surgiram com o objetivo de aliviar o paciente do sofrimento ou para expulsar maus espíritos que ocupavam seu corpo. Todavia, sem quaisquer tipos de

humanização, o paciente era submetido a procedimentos invasivos totalmente agressores, sem nenhum tipo de prevenção de complicações.

Humanizar à saúde é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente, é suportar as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo e da mente. A humanização da saúde pressupõe do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições com o propósito do atendimento ser humanizado, pois o cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, na capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro (BORATO, 2012, p. 02-03).

No que tange a área da enfermagem, o tema humanização é primordial, embora difícil de ser tratado, uma vez que está relacionado com a visão que cada profissional de enfermagem tem do cuidar do outro. A equipe de enfermagem deverá abordar o paciente de forma humanística. O cuidado deverá ser prestado levando em consideração todos os aspectos que envolvem seu paciente, abrangendo-o integralmente. A proximidade ao paciente gerada pela assistência em enfermagem permite essa conduta.

No próximo capítulo o tema humanização no âmbito da assistência de enfermagem no bloco cirúrgico será abordado com o intuito de subsidiar os profissionais atuantes neste setor.

2- HUMANIZAÇÃO

A humanização atualmente tem sido um tema bastante discutido no campo da ciência da saúde por diversas profissões, apropriado para o momento em que o sistema de saúde passa por transformações significativas em sua forma de tratar os usuários, prestar os serviços e referenciar na rede.

Para VILLA & ROSSI (2002, p. 02):

A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta sim conduzirá o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para os pacientes que diariamente necessitam de atendimento.

2.1-Contexto histórico da hospitalização e o processo evolutivo para humanização

Para entender as mudanças nos paradigmas que vêm orientando as práticas de saúde, é importante, refletirmos sobre algumas implicações da evolução histórica de tais práticas.

No século XVIII, os doentes eram acolhidos nos hospitais a fim de não disseminar a doença ou promover ao indivíduo a espera por sua morte. Tal conduta era também uma forma de excluí-lo da sociedade. Estes hospitais tinham caráter caritativo por isso acolhiam os doentes por amor a Deus, assistiam-os espiritualmente, dedicavam-se ao cuidado e à doação ao próximo. Promoviam aos pacientes os cuidados básicos garantindo o mínimo de conforto e dignidade possível para esperar pela morte (PESSINI *et al.*, 2004, pag.11).Essa era a função dos hospitais naquela época, ainda de acordo com Pessini *et al* (2004, pag.11), o hospital era um morredouro.

Ferreira (2005, p. 03) afirma que na administração dos hospitais ficavam:

[...] a cargo dos religiosos, cuja visão era a de que os pobres e doentes estavam simbolicamente associados a Cristo. Assim, ajudá-los revelava uma grande espiritualidade e acima de tudo um meio de obter perdão dos pecados, o que implicava que aqueles eram um mal necessário, isto é, os pobres "devem existir para que os ricos paguem seus pecados". Os religiosos lhes prestavam conforto moral: era imperativo assistir os moribundos e fazer com que se arrependessem de suas culpas.

Ainda para Ferreira (2005, p.03), o hospital, a partir da Idade Média séculos XII e XIII, era considerado um local de realizações de caridade, com o objetivo de recolher os pobres, velhos, órfãos e peregrinos que necessitavam de cuidados físicos, morais e materiais. Como sua administração era a cargo dos religiosos e o cuidado estava associado à espiritualidade, a medicina não fazia parte dos hospitais, sendo desacreditada pela igreja, pois pregavam que o remédio para a cura, desses doentes, consistia "matar" sua fome. Gerando assim uma relação conflituosa entre médicos e religiosos. Para Ballone (2008, p. 01) "O hospital existia tanto para acolher esses pobres, quanto para proteger a sociedade do perigo que ele representa".

Segundo Rodrigues (2013, p.01) o hospital não se preocupava com a saúde dos internos. Estas instituições eram responsáveis por um grande número de óbitos, devido à falta de cuidados médicos e precariedade estrutural. Esses hospitais não tinham a visão de curar o doente, mas sim de proporcionar o cuidado do corpo e da alma mesmo que nos últimas horas de vida.

No século XVIII, os pensadores iluministas começaram a criticar esse caráter de depósito de indigentes, loucos e vagabundos dos hospitais. Eles defendiam uma assistência para domicílio, mais personalizada e que se apresentasse como fator importante para a inclusão social (FERREIRA, 2005, p. 01).

Com a nova configuração da medicina, suas pesquisas com cadáveres e as descobertas simultâneas dos microrganismos e bacilos da tuberculose, fizeram com que as doenças antes consideradas invisíveis, passassem a ser concretas e definidas (FERREIRA, 2005, p. 01).

Entretanto, durante o processo de hospitalização, os sujeitos perdem as características que lhes são próprias e passam a ser somente paciente. Portanto, devem ser passivos ao tratamento que lhe é imposto, visto que este está sendo realizado por um bem maior, que é a recuperação e preservação da sua vida (AMIN, 2001 *apud* RODRIGUES, 2013, p. 01).

Os indivíduos hospitalizados, por algumas vezes, são tratados como objetos manipuláveis e palpáveis. Em certas ocasiões, não são referenciados pelo nome e sim por sua doença ou procedimento cirúrgico. Na verdade em certos momentos, a equipe de enfermagem, entende que o paciente colaborativo é aquele que nunca apresenta queixas.

Pessini *et al* (2004, p.34) afirmam que com a profissionalização e avanços mecânicos e tecnológicos ocorridos dentro do hospital se compreende melhor a despersonalização que acontece em muitos hospitais, evidenciando a falta da humanização hospitalar.

Segundo Carvalho *et al* (2005, p.02) as máquinas estão cada vez mais presentes nos hospitais, significando maior tecnologia e cuidados avançados. Contudo, a dignidade da pessoa humana acaba sendo tratada em segundo plano pelos profissionais do cuidado.

De acordo com Rodrigues (2013, p. 01) “O processo de hospitalização ocasiona ao sujeito hospitalizado uma cisão da sua vida normal. Eis que ao tornar-se paciente, ele torna-se vulnerável [...]”. Com as rotinas de tratamento nos hospitais, o paciente se torna invadido em sua intimidade por sondas, drenos e cateteres, gerando sentimentos de dúvida e medo.

Amin (2001, p. 18) afirma que:

Na internação, percebe-se a perda da autonomia na diferença de lavar-se e não tomar banho, de alimentar-se e não comer, de esperar o médico na cama e não ir às consultas, de tomar os remédios dados pela enfermagem e não pegá-los na farmácia.

É importante ressaltar ainda que o processo de hospitalização em si já traz ao paciente desconforto, medo e sensação de despersonalização. Além disso, em alguns casos “a doença passa a ser um objeto do saber reconhecida cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e no qual se ela se desenvolve” (BACKES; LUNARDI; WILSON. 2006 p.133).

Diante das considerações expostas, destaca-se o quão é importante o trabalho dos profissionais da saúde, em especial dos profissionais de enfermagem, por estarem em contato imediato no processo de cuidado com o paciente hospitalizado. Eles contribuem para o sentimento de angústia e medo do inesperado que pacientes possam sentir.

Para Backes, Lunardi e Wilson (2006, p. 133) a ética do cuidado:

[...] requer a implementação de um processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que regem a prática dos profissionais de saúde, inserindo-se, aí, a dimensão de um cuidado entendido como humanizado, humanização.

Em síntese, o cuidado humanizado deve ser praticado por todos os profissionais da saúde garantindo um tratamento digno, solidário e acolhedor ao paciente.

Em outro estudo também de Backes, Lunardi e Wilson (2005, p. 103) é afirmado que” o cuidado ao paciente, no contexto da humanização, precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma classe profissional.

Dessa forma, a humanização se torna uma ferramenta que vai muito além do cuidado com os procedimentos de enfermagem, mas também uma prática de respeito pelo paciente, fazendo com que o mesmo não se deixa despersonalizar.

Assim, Carvalho *et al* (2005, p.03) afirmam que à medida que se aproximam das relações do cuidado para verificarem as suas dimensões e significados, deparam com o sentido de que se existe um ser a ser cuidado existirá um indivíduo que cuida.

Nesse contexto que:

As pessoas procuram no atendimento hospitalar competência e acolhimento, e uma depende da outra. Ambas são características necessárias e essenciais para mantê-lo como um lugar digno de cuidados com o sofrimento humano (Amin, 2001, p.05).

Um personagem principal na humanização é o profissional de enfermagem, o qual está em constante contato com o paciente no período de sua internação.

Para que o cuidado seja possível, faz-se necessário olhar para si e para o outro, na tentativa de que o autoconhecimento colabore positivamente no cuidado de cada ser. É o encontro entre cuidador e o ser cuidado, na intenção da criação de um elo empático que norteará as ações para o cuidado (AMIN, 2009, p. 05).

A relação paciente e equipe de enfermagem no processo de internação é de suma importância, visto de acordo com os autores acima citados, que o paciente passa por um momento de “stress” vivenciado por procedimentos não usuais em seu cotidiano, o que remete a um cuidado maior, além de técnico, pelo profissional que o assiste, o enfermeiro e a equipe de enfermagem.

Segundo Ravazzi *et al* (2009, p. 03) a humanização não é apenas um mero conceito, é uma relação de afeto, uma mão que se estende no momento certo, uma lágrima enxugada, um sorriso compartilhado, uma dúvida desfeita e portanto a confiança adquirida.

A etimologia da palavra humanização, reporte ao “ato ou efeito de humanizar (se); humanizar: dar condição humana a; civilizar; tornar- se humano, humanar- se” (FERREIRA, 2001, p. 369).

No contato com o profissional de enfermagem deve ser muito mais que procedimentos técnicos. Backes, Lunardi e Wilson (2005, p. 103) afirmam que a “(...) humanização no paciente compreende, antes de tudo, uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente e não da doença”.

Ravazzi *et al* (2009, p. 06) afirma que:

A enfermagem é uma profissão de muitas técnicas e cuidados, mas o maior desafio está no aprender a escutar, acolher o outro, partilhar o momento, aprender com o outro, ser coerente, sorrir, criar harmonia, não rotular, atender prontamente e acima de tudo ser apaixonada pelo que faz. Deus nos deu o rosto, nós fazemos as nossas expressões.

Embora as técnicas e cuidados sejam muitos na enfermagem, a arte de cuidar está além, visto que o cuidar da alma faz parte do processo de cura. A humanização como relação afetiva, de ternura para com o paciente, é seguramente um ponto importante nesse processo.

No terceiro capítulo será abordada a prática de humanização realizada pelo profissional de enfermagem ao paciente no centro cirúrgico.

3- HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO E SUA RELEVÂNCIA

O processo de intervenção cirúrgica compreende desde a notícia da cirurgia ao paciente até a entrada no centro cirúrgico. Esse período é considerado extremamente estressante, visto que a vida do paciente fica vulnerável e condicionada a um procedimento invasivo.

Ribeiro *et al* (2014, p.01) corroboram ao mencionar “A intervenção cirúrgica representa uma ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional específica e diferenciada”.

Na opinião de Alexandre (2008, p.06) na entrada do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico, ao centro cirúrgico, sempre existe o medo e a insegurança, pois para o paciente o centro cirúrgico é um ambiente estranho. Há o medo do desconhecido, da anestesia, medo de morrer dentre outras coisas.

Christóforo (2006, p.10) afirma que o processo cirúrgico pode apresentar uma agressão orgânica e psíquica em que na maioria das vezes o paciente não se encontra preparado para o que possa acontecer, relacionando a intervenção cirúrgica a uma situação assustadora que traz a tona sentimentos de medo e angústia.

O ambiente hospitalar, por si só, já causa uma apreensão ao paciente, por se tratar de um local de aparência rude e frio. Isso se torna ainda mais enfatizado quando o mesmo é informado que será necessário ser submetido a um procedimento cirúrgico.

Além disso, vale ressaltar que:

Uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, [...] mas envolve mudança da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado e expondo-o ao estresse de uma hospitalização carregada de características e singularidades. Dentre estas características destacam-se a solidão, o medo, a ansiedade, a esperança, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com a diversidade de pessoas de princípios desconhecidas, entregando-se aos seus cuidados (CARRARO 1997, p.4 *apud* CRISTÓFORO, 2006, p. 10).

Cruz (2002) *apud* Ribeiro *et al* (2009, p.10) afirma que as condições apresentadas pelo ambiente hospitalar e as situações que circundam o paciente

afetam seu comportamento de forma negativa e a não adaptação do enfrentamento, uma característica do organismo humano.

Destaca-se neste sentido de acordo com Galvão (2002) *apud* Alexandre (2008, p. 08):

A importância da atuação do enfermeiro no período pré-operatório, competindo ao mesmo o planejamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico, utilizando o processo de enfermagem para estabelecer um plano de cuidados embasado na metodologia científica, envolvendo as necessidades físicas e emocionais do paciente.

Isso pode ser enfatizado com a desinformação, assim como Christóforo (2006, p. 10) afirma quando diz que: “O período que antecede a internação e a cirurgia, é um período de pouca informação”.

Assim, a necessidade de receber informações, atenção e apoio, como um cuidado especial, é imprescindível, até porque sua percepção está, muitas vezes, aguçada tentando captar algo que possa estar interferindo ou que venha a interferir na sua dita operação. São situações como essas, que podem aumentar os seus temores e, conseqüentemente, sua ansiedade e insegurança, frente à perspectiva imediata da cirurgia (ALEXANDRE, 2008. p. 06).

Com o objetivo de diminuir a tensão do paciente Oliveira *et al* (2012, p.43) afirmam que: “A relação entre a equipe de enfermagem e o paciente cirúrgico é de fundamental importância para a percepção e a experiência cirúrgica”.

A equipe de enfermagem representa os profissionais que passa a maior parte do tempo em contato com o paciente. Assim, Bezerra (2007) *apud* Alexandre (2008, p. 10), aponta que: “ao enfermeiro não cabe apenas às funções técnicas e especializadas, mas a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível, respeitando sua individualidade”.

Entretanto, para Oliveira *et al* (2012, p.44):

A estrutura do Centro Cirúrgico (CC) está cada vez mais sofisticada e burocrática, tornando-se menos humanizada e mais tecnicista. Assim sendo, a equipe de enfermagem deve ter prudência para que o cliente não se torne somente um paciente a mais, outro procedimento, outro tratamento ou um número de prontuário, de forma a não valorizar a sua própria identidade e individualidade.

De acordo com os autores acima citados, o enfermeiro é de grande importância para uma efetiva humanização dentro do centro cirúrgico, pois é responsável pelo preparo do local antes da cirurgia, além de fornecer segurança e

bem estar ao paciente. Em contrapartida seu papel torna-se cada vez mais burocrático.

Na visão de Ribeiro *et al* (2014, p.11) na maioria das vezes a recepção do paciente dentro do centro cirúrgico, realizada pelo enfermeiro, é feita de forma mecânica.

Dessa forma,

É necessário que os profissionais tenham habilidade de identificar e conhecer os sentimentos do paciente no momento em que estes podem surgir e, além disso, saber interpretar e auxiliá-lo, para que suas sensações possam ser controladas e minimizadas, com apoio e compreensão (CHRISTÓFORO, 2006, p. 11).

Borato (2012, p.04) afirma que os pacientes esperam dos profissionais de enfermagem tenham além de habilidades técnicas, que sejam humanos para realizar um cuidar humanizado com compaixão e bom humor.

A fim de um trabalho humanizado e efetivo no centro cirúrgico e baseados no Código de Ética dos profissionais de enfermagem (BEDIN, 2005, p.34 *apud* Ribeiro *et al* 2014, p. 11), verifica-se no capítulo III, artigo 16º que é de responsabilidade do enfermeiro “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.

Para tanto vale ressaltar que o papel do enfermeiro do centro cirúrgico é de extrema relevância para o paciente, oferecendo ao mesmo um ambiente confortável, seguro e limpo. Somando-se a isto o paciente se sentira acolhido e protegido, caracterizando humanização.

Para Borato (2012, p.04) a humanização é:

O processo de transformação da cultura que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento por meio da promoção de ações tratando o semelhante de maneira humana.

Para Oliveira *et al* (2012, p.44) humanizar é se entregar de maneira sincera ao outro, saber ouvir, ter paciência e valorizar a essência humana para efetividade do cuidado. Além disso, a comunicação deverá ser o principal instrumento para promover uma humanização que de fato fará a diferença durante a passagem do paciente pelo centro cirúrgico. Lopes *et al* (1998, p.60) *apud* Borato (2012, p. 05) comentam sobre a “(...) a importância da comunicação é a explicação mais eficaz

sobre os variados procedimentos, pois, além de promover maior grau de conhecimento e esclarecimento, favorece sentimentos de segurança e cooperação”.

O medo e angústia gerada pela falta de informação acerca do que irá acontecer a partir da entrada no centro cirúrgico podem ser diminuídos com o diálogo com a equipe de enfermagem. “Partindo-se do princípio de que o Enfermeiro é um profissional atuante do período perioperatório, sua prática é desempenhada sistematicamente” (FREITAS; DISSEN *et al* 2011, p.1135) .

Para Christóforo (2006, p. 22):

Ver a necessidade do conhecimento por parte dos profissionais sobre o motivo da realização dos cuidados fundamentados em bases teóricas faz com que a assistência seja realizada de forma a atender as necessidades de cada cirurgia e do paciente evitando que estes sejam efetuados da mesma maneira para todos, mas sim com cuidados individualizados.

De acordo com os pensamentos de Bueno (2010, p.01) o cuidado que é prestado ao paciente cirúrgico deve ser humanizado, haja vistas que é um ambiente que traz à tona os medos e angústias do paciente, por ser um local aonde o mesmo irá se submeter a um processo invasivo ou até mesmo pela falta de informação da real situação.

O papel do enfermeiro, além de liderar sua equipe, visando o aspecto assistencial é justamente proporcionar ao paciente um ambiente confortável e seguro, no sentido do cuidado humanizado.

Chernicharo *et al* (2014, p.01) afirma ainda que a “humanização no sentido literal da palavra significa ato ou efeito de humanizar, que, por sua vez, significa tornar humano; dar feição ou condição humana a; tornar benévolo, afável; mostrar-se benévolo, compassivo, caridoso”.

De acordo com Vila e Rossi (2002, p.17):

Humanização deve fazer parte da filosofia de Enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana.

Para Fonseca (2009, p.94) *apud* Ribeiro *et al* 2014, p. 08) o enfermeiro deve ser assistencial, aquele que dar o cuidado integral ao paciente, compartilha suas

angústias, dores e anseios além disso deve ser administrativo, que viabiliza, possibilita e compactua com sua equipe.

Porém, de acordo com Popov (2014, p.01)

A humanização dos cuidados em saúde representa um desafio aos profissionais no Centro Cirúrgico, e essa dificuldade é reconhecida por diversas esferas de atuação [...] devido à urgência do procedimento, ao risco iminente, as questões técnicas e burocráticas envolvidas na cirurgia, porém em primeiro lugar, devemos direcionar o nosso olhar ao paciente e suas necessidades, e falo aqui não só das necessidades físicas, mas daquelas que se encontram no plano subjetivo, onde muitas vezes não há expressão verbal que possa ser usada para a sensação de medo que pode estar atrelada a cirurgia.

Entretanto, para Giron e Berrardelli (2013, p. 767) os sentimentos de medo e angústia do paciente são aflorados ao entrar no centro cirúrgico pois muitas vezes o acolhimento necessário não foi realizado de forma satisfatória pelo enfermeiro, considerando que o indivíduo tem demandas psíquicas e físicas que não estão necessariamente ligadas ao procedimento cirúrgico.

Popov (2014, p.01) afirma que:

A humanização ao paciente cirúrgico deve ter início no momento que o cliente sabe que será submetido ao procedimento cirúrgico, quando recebe um diagnóstico inesperado, quando necessitará de orientações para que sua cirurgia possa ser bem sucedida, nesse momento a família precisa ser envolvida, reconhecer sua necessidade em participar do preparo do paciente, apoiar e envolver a família muitas vezes pode não ser fácil, porém trará resultados positivos ao paciente e seu tratamento.

Ainda segundo Popov (2014, p.01) a humanização no preparo para a cirurgia, na recepção desse paciente no centro cirúrgico, onde o profissional de enfermagem que prestará cuidados ao paciente tem a oportunidade de se apresentar, e estabelecer uma relação de confiança e proximidade, atrelados à relação com os familiares do paciente.

Entretanto, a prática da enfermagem no centro cirúrgico está mais voltada para os aspectos de gerenciamento, ou seja, para o manuseio e a manutenção de materiais e equipamentos nas salas de operação (RODRIGUES, SOUSA, 1993, p. 01).

Contudo, o papel da enfermagem se entende por uma gama de atividades, desde, gerenciar o centro cirúrgico, ao cuidado assistencial que deve ser de extrema importância no cotidiano de suas atividades, porém, ora por trabalho burocrático, ora

por urgência em manter a vida do paciente a humanização efetiva não está sendo realizada dentro do centro cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de literatura descreve, desde os primórdios do processo cirúrgico, suas transformações e os procedimentos invasivos considerados atroz, até o envolvimento da equipe de enfermagem com o paciente que, por muitas vezes, tem seu sentimento de agonia e medo aguçados pelo fato de ter sua vida nas mãos de outros.

Além disso, disso vale ressaltar que a o processo que o paciente passa até a cirurgia, causa ao mesmo o que se pode chamar de despersonalização, o qual o mesmo é submetido a procedimentos e cuidados pela própria equipe de saúde, em especial a de enfermagem, que não é habitual na vida à sua vida, causando assim sentimento de desconforto.

Portanto, é importante salientar que o enfermeiro com efetiva ação do cuidar, perceba no âmbito assistencial do centro cirúrgico o quão aquele paciente está passando por momentos de ansiedade e medo do inesperado, e torne seu cuidado humanizado.

Entretanto, diante os avanços tecnológicos dentro do centro cirúrgico e o aumento do trabalho burocrático do enfermeiro, deixa a desejar o cuidado com humanização pela equipe de enfermagem. Percebe-se que, por inúmeras vezes, o paciente é visto como um objeto e não como um ser humano que precisa de atenção e cuidado, visto que o mesmo não está acostumado aquele tipo de cenário, considerado frio e impessoal que é o centro cirúrgico.

Fica evidente que o processo cirúrgico causa ao paciente um desconforto, e algumas vezes a perda da essência humana e que o cuidado humanizado, que deve ser realizado não só pelo enfermeiro, mas também por toda equipe de profissionais da saúde, não é praticado efetivamente dentro do centro cirúrgico.

Por fim, pode-se dizer que independente do acúmulo de serviço burocrático e outros, o cuidado humanizado, deve, acontecer em primeiro lugar. Dessa forma, o olhar para o paciente na tentativa de identificar suas necessidades físicas e subjetivas, para que ele seja efetivo, trazendo conforto e segurança ao mesmo.

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDRE, Iria Lúcia Da Silva. *Humanização do atendimento de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica*. Criciúma, 2008.

AMIN, Tereza Cristina Coury. *O Paciente Internado No Hospital, A Família E A Equipe de Saúde: Redução de Sofrimentos desnecessários*. 2001. 201 f. Dissertação Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Pós-Graduação em Saúde Pública – Mestrado Departamento de Ciências Sociais. Rio de Janeiro.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI Valéria Lerch; WILSON, D. Lunardi Filho. *A Humanização Hospitalar como Expressão da Ética*. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2006. Janeiro - fevereiro; 14(1):132-5.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI Valéria Lerch; WILSON, D. Lunardi Filho. *Humanização hospitalar: percepção dos pacientes*. Acta Sci. Health Sci. Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-107, 2005.

BALLONE G. J. (2008) *Humanização do Atendimento em Saúde*. Disponível em: <www.psiqweb.med.br> Acesso em 20 de maio 2014.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares. *Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 01, p. 118 – 127, 2005. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 15 de agosto 2014.

BORATO, Crislaine A. Bianco. (2012). *Humanização em Centro Cirúrgico*. Disponível em <<http://www.enfermagemesaude.com.br/artigos/7425/humanizacao-no-centro-cirurgico>> Acesso em 05 nov. 2013.

BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes de. *História da cirurgia cardíaca no mundo*. Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular. vol.27. no.1 São José do Rio Preto Jan./Mar. 2012.

BUENO, Ana Paula de Souza. *Ações de Enfermagem na Humanização em Centro Cirúrgico: Uma Revisão Integrativa*. Recife Revista Científica das Faculdades Integradas de Jaú. São Paulo. Vol. 7, n.1. 2010.

CARVALHO; Ariana Rodrigues Silva; PINHO, Maria Carla Vieira *et al.* *Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária*. 2 Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais do Brasil. Unioeste - Campus de Cascavel. Out. 2005.

CHERNICHARO, Isis de Moraes, SILVA, Fernanda Duarte da, FERREIRA, Márcia de Assunção. *Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem*. Esc. Anna Nery vol.18 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014.

CHRISTÓFORO, Berendina Bouwman. *Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório*. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Paraná.

FERREIRA, A. B. H. Minidicionário século XXI escolar. *O minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. P. 369.

FERREIRA, Jaqueline. *O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico*. Saúde soc. vol.14 no. 3 São Paulo Sept./Dec. 2005.

FREITAS, Natiellen Quatrin; DISSEN, Caliandra Marta; *et al* *O Papel do Enfermeiro no Centro Cirúrgico na Perspectiva de Acadêmicas de Enfermagem*. Ijuí. v. 10. n. 20. Jan./Jun. 2011.

GIRON, Mariana Nepomuneco; BERARDINELLI, Lina Marcia Miguéis. *O Acolhimento no Centro Cirúrgico na Perspectiva do Usuário e a Política Nacional de Humanização*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.2):766-71.

KREISCHER, Eliane Daiana. *A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital universitário*. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Saúde e Sociedade) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de; MORAES, Clayton dos Santos; MARQUES NETO, Shana. *Humanização no Centro Cirúrgico: A Percepção do Técnico de Enfermagem*. Rev. SOBECC, São Paulo. jul./set. 2012; 17(3) 43-49.

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

PINOTTI, Henrique Walter. *A filosofia da cirurgia - a doutrina da filosofia da cirurgia é centrada no paciente, um ser humano*. ABCD, arquivo brasileiro de cirurgia digestiva. vol.21 no.3 São Paulo. Set 2008.

POPOV; Débora Cristina S. *Humanização no Centro Cirúrgico: ainda um desafio*. 2014. Disponível em: <<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/blogs/centro-cirurgico-blogs/humanizacao-no-centro-cirurgico-ainda-um-desafio/>> Acesso em: 15 de outubro 2014.

RAVAZZI, Bruno Henrique de Britto; DIAS, Dalson Roberto Souza *et al.* *Humanização Hospitalar: conhecendo seu processo de implantação e as atuais perspectivas*. São Paulo. 2009.

RESENDE, Joffre M de. (2002). *Ambroise Paré: O cirurgião que não sabia latim*. Disponível em <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/ambroise.htm>> Acesso em: 04 nov. 2013.

RIBEIRO, Rusclely Peixoto; ANDRADE, Tálisson Vasconcelos; PIEDADE, Luciene Carvalho; BARROS, Marcela Milrea Araújo. *Enfermagem E Humanização No Centro Cirúrgico: Uma Revisão Integrativa de Literatura*. Uniron Revistas Científicas do Curso de Enfermagem. Edição maio/2014. Disponível em: <http://www.revistaintertexto.com.br/ler_artigo.aspx?id=65> Acesso em: 15 de agosto 2014.

RODRIGUES, Cícero Diógenes Carlos. *Humanização Hospitalar: dos Primórdios à Atualidade, um Breve Relato*. 2013. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/humanizacao-hospitalar-dos-primordios-a-atualidade-um-breve-relato>> Acesso em: 20 de julho 2014.

SILVA, Maria A. Andrade; RODRIGUES, Aparecida Laureci; CESARETTI, Isabel U.Ribeiro. *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico*. 2.ed. São Paulo: E.P.U., 1997.

TUBINO, Paulo; ALVES, Elaine. (2009). *História da Cirurgia*. Disponível em <http://alinesilvalmeida.files.wordpress.com/2010/05/historia_da_cirurgia.pdf> Acesso em 04 nov. 2013.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. *O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivida*. Rev. Latino americana de Enfermagem. v. 10, n.º 02, p. 137 – 144, 2002.