

A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO COM O CLIENTE CIRÚRGICO¹

THE HUMANIZATION OF NURSING WITH SURGICAL CLIENTS

LA HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO CON EL CLIENTE DE CIRUGÍA

Rosemari Ferigolo Medina²
Vânia Marli Schubert Backes³

RESUMO: A compreensão e o respeito ao ser humano na sua individualidade, a preocupação com seus sentimentos, desejos e direitos e a busca pela melhora no cuidado com vistas à humanização na assistência ao cliente e familiar, orientou este trabalho respaldado na Teoria Humanística de Paterson & Zderad (1988), desenvolvido com quinze clientes cirúrgicos internados num Hospital de Santa Maria. O acompanhamento no pré-operatório procurou identificar e reduzir os fatores causadores de ansiedade, medo e desconfortos ocasionados frente à iminência do ato cirúrgico. Os elementos-chave utilizados, neste processo de humanização ao cliente e seu familiar, foram a capacidade de empatia e a comunicação, sendo esta, verbal ou não-verbal. A interação vivida junto aos clientes propiciou-nos unir o saber técnico (racionalidade instrumental) à subjetividade (intuição e afeto), desenvolvendo, desse modo, uma assistência de enfermagem diferenciada, com maior apoio e presença, orientação e reflexão e, segurança e conforto ao cliente (ser humano) assistido.

PALAVRAS-CHAVE: humanização, cliente cirúrgico, teoria humanística

ABSTRACT: The understanding and the respect of the Human Being as an individual, the preoccupation with his/her feelings, desires and rights, and the orientation for a qualified care towards the humanization in the attendance of the customer and family are the guidelines of this work, based on the Humanistic Theory of Paterson & Zderad (1988). The study was done with fifteen surgical patients interned in a Hospital in Santa Maria, Rio Grande do Sul. The accompaniment in the preoperative tried to identify and to reduce the factors responsible for anxiety, fear and discomfort caused by the imminence of the surgical act. The key-elements used in this humanization process regarding the client and his relatives, were the ability to empathize and verbal and non-verbal communication. The interaction experienced with the customers enabled us to assemble technical knowledge (instrumental rationality) and subjectivity (intuition and affection), developing a differentiated nursing assistance, with a stronger support and presence, orientation and reflection and, safety and comfort to the customer (the Human Being) attended.

KEYWORDS: humanization, surgical customer, humanistic theory

RESUMEN: La comprensión y respeto al ser humano en su individualidad, la preocupación por sus sentimientos, deseos y derechos y la búsqueda por la mejoría en el cuidado, con vistas a la humanización en la asistencia al cliente y familiares ha orientado este trabajo respaldado por la Teoría Humanística de Paterson & Zderad (1988) y aplicado a quince clientes quirúrgicos ingresados en un hospital de Santa Maria. El acompañamiento durante el preoperatorio buscó identificar y reducir los factores que causan ansiedad, miedo y molestias frente a la aproximación de la cirugía. Los elementos-clave utilizados en dicho proceso de humanización al cliente y sus familiares, son la capacidad de empatía y la comunicación, tanto verbal como no-verbal. La interacción vivida junto a los clientes nos propició unir el saber técnico (racionalidad instrumental) a la subjetividad (intuición y afecto), y desarrollar, de esa forma, una asistencia de enfermería diferenciada con mayor apoyo y presencia, orientación y reflexión, y así, darle al cliente (ser humano) asistido, mayor seguridad y aliento.

PALABRAS CLAVE: humanización, cliente quirúrgico, teoría humanística

Recebido em 16/01/2002

Aprovado em 24/09/2002

¹ Artigo extraído da Monografia de Especialização apresentada ao Curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem – CEPAE – ESPENSUL/UFSM.

² Enfermeira assistencial do Hospital Guarnição de Santa Maria/RS. Especialista em Projetos Assistenciais em Enfermagem – ESPENSUL/UFSM.

³ Doutora em Enfermagem. professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES/UFSM. Orientadora do trabalho.

INTRODUÇÃO

No cotidiano assistencial, a equipe de saúde depara-se com diversas pessoas que possuem individualidade própria, problemas e características únicas, mas, muitas vezes, o profissional atende aos seus clientes com eficiência técnica, de forma autômata esquecendo-se que este “ser” apresenta sentimentos e é sujeito de sua própria história.

O cliente está sob diversas interferências em seu estado físico e/ou psíquico, devido ao ambiente que enfrenta quando passa para a condição de pessoa hospitalizada e será submetida a um procedimento cirúrgico⁴, pois, o centro cirúrgico é desconhecido para a maioria. Além disso, o cliente apresenta medos, estresse e desconfortos que intensificam na medida em que o procedimento anestésico-cirúrgico se aproxima.

A prática assistencial de enfermagem fundamentada na teoria humanística de Paterson e Zderad (1988) possibilita desvendar juntamente com o cliente os medos e angústias sentidos no pré e pós-operatórios, intervindo de modo positivo propiciando uma situação menos estressante.

Reconhecendo que o indivíduo hospitalizado passa a conviver em um ambiente desconhecido e tem como seus companheiros a insegurança, a ansiedade e o medo, ficando longe da vida social e de seus familiares, despojado de seus valores e conceitos, manuseado por vários profissionais em que já não é tratado mais pelo seu nome, mas pelo número do leito, ou por ser portador de uma determinada patologia, consideramos imprescindível um trabalho que resgate o valor humano na atenção à saúde. Essa vivência permitiu identificar os desafios que uma pessoa hospitalizada deverá enfrentar.

Olivieri, citado por Barbosa (1995, p. 8), ratifica a necessidade de mudar o modelo habitual do processo de cuidar, ao afirmar que: “A terapêutica não se resume na aplicação de medicações, mas vai além, para um cuidado especial após reconhecer que o cliente é um ser que está doente, devendo ser levado em consideração o que surge na consciência deste ao sucumbir à doença, o que torna implícita a necessidade de uma aproximação existencial do cliente, ou seja, de uma atitude humana”.

Estudos referentes à humanização⁵ com o cliente vêm sendo realizados na maioria dos hospitais. Dessa forma, este trabalho foi desenvolvido respeitando a necessidade de cada cliente, em que foi possível esclarecer suas dúvidas quanto ao ato cirúrgico, cuidados que receberia ou teria que ter no pós-operatório como forma de sensibilizá-lo para a importância de seu papel na recuperação e manutenção da saúde.

Baseando-se nos conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderad (1988), esta proposta teve como objetivos identificar fatores geradores de ansiedade e desconforto na recuperação do cliente no pré e pós-operatório, buscando uma interação entre o enfermeiro e o

cliente, de modo a tornar o momento da cirurgia menos traumatizante para o cliente e seu familiar e também orientá-los quanto as suas dúvidas relacionadas ao ato cirúrgico, promovendo maior conforto e segurança.

A ameaça à integridade física causada pela cirurgia ocasiona uma desestruturação no nível dos seus comportamentos e hábitos de vida e, também, no nível da percepção de si próprio, das suas capacidades e competências, pois, o ato cirúrgico é caracterizado por um estado de desconforto envolvendo uma perda ou ameaça da identidade e integridade do indivíduo e uma alteração de sua percepção de futuro. Esta desestruturação causa insegurança, desespero e ansiedade podendo levar ao estresse.

O cliente ao ser tratado como ser hospitalizado, muitas vezes passa a ser visto como sendo mais um caso, e este se sente furtado de sua identidade. A conduta extremamente profissional (impessoal – distante) adotada por membros da equipe de saúde, incluindo o enfermeiro, substitui o humanismo (pessoal – aproximação) procurado pelo cliente. Com o intuito de promover a redução do estresse e tornar a assistência mais humanizada, foi possível oferecer apoio emocional, acesso a informações, oportunizar o cliente a conversar com alguém e manifestar seus sentimentos. Essa atitude, que seria dever ético, vem sendo resgatada por profissionais críticos e reflexivos⁶, atentos aos anseios e necessidades do cliente.

Miranda (1997, p. 190) ao citar Coisak diz que

a orientação sistematizada no preparo psicológico do cliente submetido a qualquer tratamento terapêutico, além de promover maior grau de conhecimento do cliente em relação ao exame, promove ajuda na realização do mesmo, pois, através do sentimento de segurança a diminuição de expectativas torna-os mais participantes durante a realização do exame e menos susceptíveis de alterações físicas e comportamentais. Daí a necessidade do enfermeiro desempenhar funções para reduzir tensão, mediante promoção de orientações ou relacionamento positivo que favorecem sentimentos de segurança e cooperação.

À medida que o ato cirúrgico se aproxima, os níveis de ansiedade e inquietações aumentam, por isso, optou-se por desenvolver este trabalho após a internação do cliente, propiciando, que nesse momento ele possa expressar seus sentimentos e ser compreendido ou apenas ouvido. O atendimento, desta forma, necessita ser individualizado, isto é, deve atender as necessidades e expectativas de cada um em particular, levando em conta suas crenças e anseios.

Conforme Paterson e Zderad referendados por Praeger e Hogarth (1993), os elementos da estrutura para a enfermagem humanística podem ser descritos como Incorporar os homens (paciente e enfermeira) em um encontro (ser e tornar-se) dirigido a uma meta (nutrir o

⁴ O cliente submetido a procedimentos cirúrgicos tem sido foco de inúmeros trabalhos científicos na enfermagem e veiculados em periódicos nacionais e internacionais, como forma de melhor entender e atender as necessidades desse indivíduo na situação de cirurgia e hospitalização.

⁵ A humanização do cuidado em enfermagem tem motivado diversos estudos respaldados no olhar fenomenológico que busca compreender a essência dos fenômenos. Dentre eles situa-se o ser-cliente cirúrgico.

⁶ A formação do profissional em enfermagem crítico, reflexivo, ético-criativo, tem sido enfatizada na Enfermagem e encontra-se consagrada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001).

bem-estar e o vir-a-ser), em uma transação intersubjetiva (estar com e fazer com) ocorrendo no tempo e no espaço (como medidos e vividos pelo paciente e a enfermeira) em um mundo de homens e coisas.

A humanização não ocorre de modo mágico, mas sim é uma "filosofia" que deve ser trabalhada e desenvolvida de acordo com os interesses de uma pessoa ou grupo.

Para se atingir a humanização não se dispõe de uma técnica pré-determinada, mas se sabe que é um processo vivencial, em que o enfermeiro através de uma assistência individualizada avalia cada cliente para solucionar suas dúvidas e anseios, com o objetivo de prepará-lo para a recuperação de sua saúde perante o ato anestésico cirúrgico. Um instrumento valioso que o enfermeiro dispõe para comunicar-se com seus clientes é a empatia, definida por Beck (1996, p. 81) como a "capacidade de sentirmos o mundo e as coisas como o outro, sem perdermos a própria identidade". Para alcançá-la é necessário que o enfermeiro se concentre em si mesmo, refletindo sobre suas próprias experiências.

Na interação enfermeiro-cliente a mensagem contém sinais que podem estar claros como palavras ou estar encobertos. Conforme Miranda et al. (1997, p. 189),

é tarefa do enfermeiro decodificar, decifrar e perceber a significação da mensagem que o cliente nos envia para poder estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as necessidades demonstradas por ele; daí a importância de se conhecer e estar atenta à comunicação verbal e não-verbal emitida por ele e por nós durante a intervenção".

A comunicação pode ser verbal ou não, incluindo toque, sorriso, gestos, ou mesmo estar ao lado do outro apenas ouvindo. O cliente por estar ansioso, com medo ou sedado, muitas vezes não consegue expressar-se com clareza, por isso é necessário que o enfermeiro capte a mensagem nas entrelinhas. A comunicação entre o enfermeiro e o cliente permite ao enfermeiro conhecer seus pensamentos, sentimentos e conhecimentos relacionados com a patologia, bem como para verificar o nível de ansiedade e estresse que este cliente se encontra. O profissional não apenas utilizará a fala para se comunicar, mas também vai ouvir e perceber as atitudes subjetivas desse cliente.

De acordo com Miranda et al. (1997, p. 194), ao citar Stefanelli et al.,

"o saber ouvir, técnica de comunicação terapêutica, é um recurso eficaz que o enfermeiro pode usar para oferecer apoio ao cliente. O saber ouvir requer do enfermeiro esforço de concentração, disponibilidade de tempo para dedicar ao cliente e reflexão profunda para tentar entender o significado da mensagem que o cliente transmite".

Quando há compreensão entre o emissor e receptor (pessoa para pessoa) existirá a comunicação e sabe-se que haverá a interação entre o enfermeiro e o cliente, e o período de hospitalização do nosso cliente, certamente, será menos traumático, pois sentimentos como medo, mal estar, solidão,

dor intensa e outras complicações comuns no paciente cirúrgico poderão ser minimizadas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa convergente-assistencial que, segundo Trentini e Paim (1999, p. 42), "a definição do tema, as questões de pesquisa, objetivos e sua implementação são atividades a serem desenvolvidas concomitantemente com o trabalho cotidiano".

Neste sentido, o trabalho foi realizado num Hospital de Santa Maria/RS, que presta atendimento a militares da ativa, da reserva, pensionistas e também seus dependentes tanto no setor ambulatorial como hospitalar. O estudo contou com a participação de quinze clientes cirúrgicos internados. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória e se submeteram a processos cirúrgicos eletivos de médio porte, como: colecistectomia, safenectomia, herniorrafia, esofagogastrectomia, nefrectomia, dentre outras. Trentini e Paim (1999, p. 42), defendem que "as mudanças no contexto da prática só ocorrerão, se houver antes mudança de mentalidade dos envolvidos nas práticas; a melhor maneira para que isso ocorra é a participação deles em todo o processo de pesquisa". Assim todos os sujeitos puderam optar e aceitaram participar deste trabalho, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo a Resolução 196/96, que trata dos aspectos éticos e, pesquisa com seres humanos. Todos os clientes eram adultos, do sexo feminino e masculino, bem como estavam em condições de verbalizar seus sentimentos e necessidades.

A teoria de Paterson e Zderad (1988), foi utilizada para nortear a assistência de enfermagem individualizada, segura e humanizada. Seus pressupostos possibilitam criar um processo de enfermagem diferente dos moldes que temos usado aos clientes cirúrgicos. Nossa prática habitual de enfermagem incluía um atendimento cordial, no qual o cliente era recebido na unidade educadamente, orientado quanto às rotinas da instituição, verificados os sinais vitais e, em nenhum momento era oportunizado expressar seus sentimentos frente à situação que estava vivenciando. Na prática diária, também, poucas vezes nos direcionamos aos familiares ali presentes, e quando fizemos possivelmente é para determinar, fixar ou ordenar as rotinas pré-estabelecidas, como horários de visita, presença de acompanhantes, entre outras.

Para desempenharmos um trabalho mais humanizado, acredita-se que a família deva participar do processo de saúde-doença de seu familiar e, também, deva receber uma atenção da equipe de enfermagem, pois, suas condições emocionais, muitas vezes, encontram-se abaladas.

O processo de enfermagem utilizado foi baseado baseado na Teoria de Paterson e Zderad citadas por Praeger e Hogarth (1993, p.246), composto por cinco fases conforme a ilustração do quadro 1.

Quadro 1 – Fases do processo de enfermagem da Teoria de Paterson e Zderad

FASES	SIGNIFICADO
1º) PREPARAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA VIR A CONHECER	Busca o autoconhecimento através de reflexões, auto análise e leituras. Deve-se estar aberta para novas experiências, aceitar a percepção dos outros, mas ter também a sua percepção do mundo.
2º) A ENFERMEIRA CONHECE O OUTRO INTUITIVAMENTE	Está voltada para o conhecimento intuitivo, isto é, conhecer o outro captando as nuances sutis envolvidas na interação humana. Para obter-se o conhecimento intuitivo deve haver o relacionamento, sem preconceitos, entre a enfermeira e o cliente. Deve-se deixar as rotinas de lado e estar aberto ao significado da experiência do cliente, assim ele poderá expressar-se e ser compreendido pelo enfermeiro.
3º) A ENFERMEIRA CONHECE O OUTRO CIENTIFICAMENTE	Além de utilizar-se do conhecimento intuitivo e refletir sobre ele, é preciso que o mesmo não influencie ou conduza as ações e interações somente sob este ponto de vista. A utilização do conhecimento científico da enfermeira, juntamente com o que foi captado do cliente, são refletidos para assim oferecer-se uma melhor assistência a ele.
4º) A ENFERMEIRA SINTETIZANDO COMPLEMENTARMENTE OUTROS CONHECIMENTOS	Conhecer melhor o cliente, sua situação e a realidade do momento, compreender seus sentimentos e idéias que faz acerca da vida, da saúde e do processo cirúrgico, propicia assim a relação, a comparação e o contraste da situação para melhor compreender esta realidade e chegar a uma visão ampliada.
5º) A SUCESSÃO INTERNA DA ENFERMEIRA A PARTIR DE MUITOS PARA O PARADOXAL	É o processo discutido do fenômeno vivido, ou seja, da doença, da internação, do processo cirúrgico entre outros aspectos. Ocorre a formação da nova verdade, após ter conhecido as realidades múltiplas existentes, isto é, após ter vivido o pré, trans e pós-operatório.

Fonte: Adaptado da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (PRAEGER; HOGARTH, 1993, p. 246).

RELACIONANDO AS FASES COM A PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA E O EMERGIR DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS

Como preparação para a **Primeira Fase** foram utilizados leituras e questionamentos acerca das ações, relações com integrantes da equipe de enfermagem, com os clientes. Neste processo foi incluído assistir o filme “O amor é contagioso”, em que aborda o potencial humano, a valorização de seus sentimentos.

Na **Segunda Fase**, o encontro empático entre enfermeiro e cliente contribuiu para a concretização desta fase. O conhecimento intuitivo foi propiciado através da apresentação pessoal ao cliente e do trabalho a ser desenvolvido, momento em que se solicitava seu consentimento e opção em participar ou não desta atividade apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Através do diálogo e observação (e registro em diário de campo) tentava-se compreender o que este cliente vivenciava no momento. A postura, como também o modo de ouvir, olhar e sentir o significado das coisas que tiveram de ser modificadas, ou melhor dizendo, precisaram ser aguçadas, pois para poder compreender cada um, em seu modo particular, dever-se-ia estar atenta (e sensível) a todos os movimentos e gestos deste cliente. Através da observação, do aperto de mão, do toque, e do diálogo (troca), pôde-se compreender o que este cliente estava vivenciando no momento. Nessa fase exigiu-se um esforço no sentido de observar e ouvir atentamente (o verbal e o não-verbal) para assim melhor conhecer o cliente e, então, perceber com maior precisão os sentimentos e emoções vivenciados e expressos por este.

A **Terceira Fase**, incluiu conhecimento científico da enfermeira juntamente com os dados captados do cliente, os quais foram refletidos criticamente. Essa fase iniciou-se pela análise do prontuário para conhecer um pouco mais a história clínica desse cliente e qual a cirurgia a que seria submetido. Orientações e esclarecimento de dúvidas referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico foram fornecidos e registrados no prontuário na evolução de enfermagem. Para se obter um melhor conhecimento do cliente foi utilizado um roteiro que incluía conhecer a história da patologia, alergia e uso de medicamentos. As informações emitidas pelo cliente foram registradas no diário de campo para assim prestar a assistência individualizada.

Na **Quarta Fase** desenvolveu-se o diálogo entre enfermeira-cliente. Assim foi possível verificar as possibilidades de compreender os sentimentos e idéias que fazem acerca da vida, da saúde e do processo cirúrgico.

Foi realizado individualmente esclarecimentos e orientações pertinentes a cada um em particular. Foram também colocadas à disposição fotos do centro cirúrgico, da sala de recuperação e da equipe de saúde que permanece nestes locais. A maioria optou por ver as fotos, por questionar alguns detalhes, a fim de familiarizar-se com o cenário que em pouco tempo iriam integrar-se. Outros, porém, a decisão em não querer olhar as fotos foi respeitada, pois temiam que poderiam ficar mais ansiosos. Nesse momento, procurava-se tranquilizá-los na medida em que refletia com eles o quanto é importante manifestar o que mais lhe agrada, mais lhe traz conforto e segurança e, se nesse momento não ver as fotos os fazia sentirem-se melhor, não havia porquê insistir.

A **Quinta Fase** refere-se ao pós-operatório. Após a cirurgia, numa média de 20 horas de pós-operatório foi realizada uma nova visita ao cliente, a fim de perceber quais

os seus sentimentos frente ao ato sofrido, como as intercorrências, sentimento de segurança ou insegurança, medo ou confiança, o que sentiu ou como se sentiu no centro cirúrgico, o que sentia nesse momento, dor ou não, ansiedade ou tranquilidade.

Através desse encontro foi possível subsidiar a interação e atingir o propósito de humanização na relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, isto é, permitiu a interpretação, análise e compreensão do cliente, suas reações, sua experiência vivida, como também as atitudes que orientaram esse processo enquanto Ser Mais como pessoa, como enfermeira.

No transcorrer deste processo investigativo se destacaram as seguintes categorias de análise temática (MINAYO, 1992): a interlocução do cliente família; as interfaces da comunicação na interação enfermeira (eu) e cliente; conhecendo os fatores geradores de medo, ansiedade frente ao processo cirúrgico; conhecendo e referendando a prática assistencial: o pós-operatório; sensibilizando a equipe de enfermagem para o processo de humanização.

RELATO E DISCUSSÃO DOS DADOS: REFLEXOS DA ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA A INTERLOCUÇÃO COM CLIENTE E FAMÍLIA

A presença do familiar, junto ao cliente hospitalizado, contribui significativamente para o sucesso do tratamento, pois o desligamento da família pode trazer distúrbios psicológicos influenciando no desenvolvimento físico, mental e social da pessoa humana refletindo na recuperação de sua saúde. O acompanhante presente era convidado a participar da conversa, ouvir os clientes e os familiares, refletir sobre suas falas e propiciar condições que favorecessem um estar melhor naquele momento de transição, o que foi prioridade para tornar a assistência mais humanizada e procurou-se mostrar além do saber técnico, um profissional capaz de desenvolver um diálogo no qual a empatia se fez presente.

Os clientes expressaram vontade de permanecer junto de seu familiar, pois, para estes, depender dos outros e, principalmente, de desconhecidos, no caso a equipe de enfermagem, poderia fragilizar ainda mais o cliente, como confirmamos com as expressões deles.

Não quero ficar sem acompanhante porque não vou poder sair da cama. Não quero depender tudo da enfermagem. (6VBF37)

Não poder sair da cama, nem tomar banho sozinho, depender dos outros para tudo, isto é desagradável. (3RSM21)

AS INTERFACES DA COMUNICAÇÃO NA INTERAÇÃO ENFERMEIRA (EU) E CLIENTE

Através do estabelecimento da comunicação ocorre a interação entre o enfermeiro e o cliente, propiciando para que possamos identificar e compreender os fatores causadores de ansiedade, desconforto e medo, sentimentos presentes no pré-operatório do cliente, e, conseqüentemente haverá a redução desses sentimentos, tornando a assistência adequada, isto é, humanizada.

O ser humano vale-se da comunicação para partilhar suas experiências com os demais. Alguns dos clientes, por terem passado pelo processo cirúrgico, associam o momento atual como positivo ou negativo, dependendo do conhecimento que têm frente a essa situação, confirmamos com os depoimentos de alguns clientes:

Na outra cirurgia que eu fiz senti muita dor. ...Esta cirurgia eu acho que é mais fácil do que a outra (que doeu muito). Esta não dói, assim me disseram. (9NPF53)

Eu não sei nada sobre a cirurgia, como vai ser depois, até eu melhorar vai demorar muito, meses... (12SLF52)

Alguns clientes temem os profissionais do hospital, podendo haver uma submissão forçada, temem ser maltratados em represália as suas solicitações ou questionamentos, e pensam que seus chamados não serão atendidos quando estiverem em dificuldades.

O relacionamento entre enfermeiro-cliente deve ser caracterizado pela comunicação, no qual a vivência deve significar para ambos uma troca e, a dignidade e o respeito ao ser humano não devem ser esquecidos.

A empatia e a comunicação são formas de interação entre o ser cliente e o ser enfermeiro e são essenciais no processo de atendimento ao cliente cirúrgico.

CONHECENDO OS FATORES GERADORES DE MEDO, ANSIEDADE FRENTE AO PROCESSO CIRÚRGICO

No decorrer da conversa, a maioria dos clientes referiu estar sentindo medo e ansiedade, especialmente quanto à anestesia, sentir dor, ter alguma complicação, entre outros, como confirmamos através de suas expressões.

Tenho medo de sentir dor depois de estar no quarto e ninguém fazer medicação. (3RSM21)

Estou nervoso porque nunca fiz cirurgia na vida, tenho medo da cirurgia. (4RBM18)

Para que o ser humano consiga superar estes medos é necessário que interaja com as causas que levam a este sentimento, nesse caso é preciso que seja apresentado ao cliente o que será realizado com ele, bem como o local em que irá permanecer, as pessoas que estarão presentes ou que prestarão assistência.

Percebeu-se que alguns clientes após serem orientados quanto à cirurgia, ao centro cirúrgico, à sala de recuperação, ao tipo de anestesia que seriam submetidos, serem apresentados através das fotos os profissionais que estariam lhes acompanhando durante o procedimento anestésico-cirúrgico, demonstraram que pelo conhecimento da situação a ser vivenciada seus sentimentos de medo e estresse encontravam-se diminuídos, pois o conhecimento torna a situação menos ameaçadora.

CONHECENDO E REFERENDANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL: O PÓS-OPERATÓRIO

No pós-operatório buscou-se saber como havia sido a vivência do processo anestésico-cirúrgico do cliente e como se encontrava no momento de pós-operatório. A maioria deles referiu estar se sentindo bem. Embora os clientes estivessem em um ambiente desconhecido, não relataram ter apresentado o sentimento de medo no decorrer do trans-

operatório e pós-operatório imediato, conforme suas expressões.

Estou muito bem, passou todo meu nervosismo. (12SLF52)

Estou muito bem porque a cirurgia foi melhor do que eu esperava. (15MLF56)

O objetivo da assistência de enfermagem é proporcionar um atendimento em que o cliente possa se sentir seguro, através do cuidado individualizado, no qual o saber técnico e científico presentes no profissional não deixe que o humanismo se torne oculto, pois é fundamental para a recuperação do cliente que receba um atendimento voltado para a humanização.

SENSIBILIZANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

Considerando de vital importância compartilhar com a equipe de enfermagem a experiência, foi realizado com alguns integrantes da equipe de enfermagem um exercício da capacidade de vivenciar a empatia, a fim de sensibilizá-los frente ao atendimento ao cliente cirúrgico. Essa experiência foi gratificante pelo momento que usufruímos em conjunto e também pelos comentários que gerou, o diálogo comigo, com colegas e com clientes. Essa sensibilização com a equipe continuou de modo informal no decorrer das atividades diárias.

Através de uma “nova” conduta e do exemplo pôde-se sensibilizar os demais integrantes da equipe, e essa forma foi considerada mais viável para despertá-los a buscar a assistência de enfermagem humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as teoristas Paterson e Zderad (1988), a enfermagem humanística deve buscar compreender o homem a partir de sua experiência através da obtenção de uma visão mais ampla do seu potencial como ser humano.

Para concretizar este trabalho, voltado para a humanização no atendimento ao cliente cirúrgico, foi necessária a busca de maior conhecimento próprio e do cliente.

O conhecimento pessoal é necessário para podermos tentar conhecer e compreender o nosso cliente. Para Magalhães (1999, p. 53) “não conhecemos os outros se não nos conhecermos. Podemos nos conhecer por meio de tudo o que fazemos e sentimos todos os dias, desde as coisas mais simples até as mais complicadas”. Fazendo desse conhecimento parte da própria vida, aprendendo sobre as coisas, aprendendo sobre mim e sobre os outros e vendo como poderia ir conseguindo obter progresso nisso tudo.

Os momentos de reflexão que foram necessários para se obter o próprio conhecimento, isto é, ter clareza das próprias idéias, valores, mitos, preconceitos e expectativas que compõem a experiência de vida e do ser enfermeiro, fizeram com que se reconhecesse o ser humano que há no profissional e no cliente. A valorização desse cliente, de suas reações emocionais associadas à sensibilidade de assistir propiciou para que essa humanização fosse alcançada, entendendo-a como processo em constante construção e

reconstrução.

Durante todo o processo investigativo prestou-se um cuidado autêntico, articulando teoria e prática, respeitando a individualidade de cada cliente e o diálogo baseado na troca de idéias, juntamente com sentimentos como empatia e o uso da linguagem não verbal (olhar, tocar, escutar e mesmo apenas estar presente) foram constantes e são de suma importância para que o cuidado seja humanizado, ou seja, promotor de ações que valorizem e compreendam o ser humano, contribuindo para que possamos, como seres humanos, ser cada vez mais humanos, livres e amados.

Essa nova vivência possibilitou estar consciente da importância de estar atenta às solicitações dos clientes representadas através das falas, de gestos ou expressões de cada um em seu modo particular de estar disponível para conversar, a fim de informar, tranquilizar ou, simplesmente, estar presente no local e perceber ou ver o que não vemos apenas com os olhos.

Assim percebe-se que os objetivos propostos puderam ser alcançados, pois, foi possível identificar em cada cliente os fatores causadores de suas ansiedades e desconfortos, a interação entre o enfermeiro e o cliente ocorreu através do diálogo em que foi possível proporcionar o apoio que necessitavam e promover maior conforto e segurança ao ser que estava sendo assistido.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, S. de F. F. **Indo além do assistir-cuidando e compreendendo experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva.** Florianópolis, 1995. 190 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.
- BECK, C. L. C. **Sofrimento e esperança** – vivências com familiares de pacientes internados em UTI. Florianópolis, 1996. 140 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Brasília: Resolução CNE/CES Nº 3, 07/11/01.
- MAGALHÃES, L. R. **Aprendendo a lidar com gente: relações interpessoais no cotidiano.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1999.
- MINAYO, M. C. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- MIRANDA, A.C.S. et al. Expectativas dos clientes hospitalizados frente ao relacionamento com a equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 183-196, abr./jun. 1997.
- PATERSON, J. ; ZDERAD, L. **Humanistic Nursing.** New York: National League for Nursing, 1988.
- PRAEGER, S.G. ; HOGARTH, C. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática assistencial.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.