

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

Marluce Alves Nunes Oliveira

**GERENCIAMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM
CENTRO CIRÚRGICO PELAS ENFERMEIRAS NOS
HOSPITAIS DE FEIRA DE SANTANA – BA**

Florianópolis

2002

Marluce Alves Nunes Oliveira

**GERENCIAMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM
CENTRO CIRÚRGICO PELAS ENFERMEIRAS NOS
HOSPITAIS DE FEIRA DE SANTANA – BA**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Engenharia de Produção
da Universidade Federal de Santa Catarina
com requisito parcial para obtenção de grau
de Mestre em Engenharia de Produção**

Orientador: Profº Alejandro Martins, Dr.

Florianópolis

2002

Ficha Catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Oliveira, Marluce Alves Nunes

O48g Gerenciamento de novas tecnologias em centros cirúrgicos pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana - BA/ Marluce Alves Nunes Oliveira. – Florianópolis, SC: [s.n.], 2002.

143p. : il

Orientador: Alejandro Martins Rodrigues.

Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina.

Bibliografia.

1. Centros cirúrgicos - Novas tecnologias. 2. Centros cirúrgicos - Gerenciamento. 3. Enfermagem em centros cirúrgicos. I. Rodrigues, Alejandro Martins. II. Universidade Federal de Santa Catarina. III. Título.

CDU: 617-083

Marluce Alves Nunes Oliveira

**GERENCIAMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM
CENTRO CIRÚRGICO PELAS ENFERMEIRAS NOS
HOSPITAIS DE FEIRA DE SANTANA – BA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção de grau de
Mestre em Engenharia de Produção no **Programa de Pós-
Graduação em Engenharia de Produção** da Universidade Federal de
Santa Catarina

Florianópolis, outubro de 2002

Coordenador do Programa

Edson Pacheco Palidini

Banca Examinadora

Prof^a. Sônia Maria Pereira, Dr^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Alejandro Martins Rodrigues, Dr
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Ana Maria Fanzoni, Dr^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Blenda de Campos Rodrigues, Ms
Universidade Federal de Santa Catarina

A meu esposo Alpiniano Filho pela compreensão e paciência.

A meus filhos Alpi Neto, Simão Pedro, Tiago João e Mariana que confiaram em mim.

A minha mãe Maria da Glória, que sempre nos ensinou que o conhecimento era o caminho para galgar algo na vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao Deus Todo Poderoso, que me concedeu a oportunidade de realizar esse curso, e que esteve presente em todos os momentos de alegrias e preocupações carregando-me no colo.

Ao Prof. Dr. Alejandro Martins, meu orientador pelo profissionalismo e pela segurança que sempre passou para seus orientados.

A Blenda, tutora amiga e companheira que sempre colaborou com muita paciência e carinho. Obrigada por tudo.

A minha amiga e irmã Lucia Servo, pelo incentivo, colaboração e pelas palavras de estímulo e apoio nos momentos de dificuldades. Obrigada por tudo que você fez por mim.

A minha amiga, colega e companheira Ângela Saback, pelas palavras de carinho e estímulo.

Aos colegas do curso de mestrado Engenharia de Produção pelo carinho e colaboração que sempre demonstraram.

As colegas da disciplina Saúde do Adulto e Idoso II, Elaine, Rosangela, Marinalva Carneiro, Tânia Costa e Tânia Moreira que colaboraram para que pudesse realizar esta pesquisa.

As colegas Luiza, Norma, Ilcilene, Marivalda, Alessandra, Cândida, Vilari e Ana Cristina que deram total apoio na coleta de dados. Obrigada pela colaboração.

As colegas, enfermeiras dos hospitais em que foi realizada essa pesquisa, pela colaboração e carinho.

A Graça Simões, que colaborou na revisão bibliográfica.

Ao professor Edson Miranda que colaborou na tradução do abstract.

A diretoria do Departamento de Saúde e funcionários UEFS, em especial Joseli e Jailda pela colaboração e carinho que sempre dispensaram.

Aos diretores dos hospitais em que foi realizado este estudo pela colaboração e confiança.

*O senhor é meu pastor, nada me faltará,
Em verdes prados ele me faz repousar.
Conduz-me junto às águas refrescantes, restaura as
forças de minha alma.
Pelos caminhos retos ele me revela,
Por amor do seu nome.
Ainda que eu atravesse o vale escuro,
Nada temerei, pois estais comigo.
Vosso bordão e vosso báculo
são o meu amparo.*

*Preparais para mim a mesa
à vista de meus inimigos.
Derramais o perfume sobre minha cabeça,
e transborda minha taça.
A vossa bondade e misericórdia não de seguir-me
por todos os dias minha vida.
E habitarei na casa do Senhor
por longos dias.*

Resumo

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana – BA.** 2002. 143f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

Trata-se de um estudo quantitativo exploratório descritivo sobre o nível de adequação ao domínio das novas tecnologias (NADNT) das enfermeiras no gerenciamento de centro cirúrgico em hospitais de Feira de Santana – BA - Brasil, 2002. Teve como objetivos: avaliar o NADNT das enfermeiras no gerenciamento de centro cirúrgico nos hospitais pesquisados, identificar e descrever os fatores que interferem no NADNT das enfermeiras no gerenciamento de centro cirúrgico e propor ações para o desenvolvimento do NADNT no gerenciamento de centro cirúrgico. A amostra foi constituída por 33 enfermeiras com experiência de centro cirúrgico. Utilizou-se o questionário para a coleta de dados e a estatística descritiva para interpretação, análise e discussão dos resultados. Chegou-se as seguintes conclusões: o domínio das novas tecnologias foi considerado insatisfatório por 54,5% dos sujeitos do estudo. Pode-se inferir que o gerenciamento da unidade de centro cirúrgico carece de atividades sistematizadas e de adequação ao nível satisfatório do domínio de novas tecnologias biomédicas, comunicação e informação. Estatisticamente, comprovou-se que a capacidade do hospital e a carga horária são fatores que interferem no domínio das novas tecnologias. Respalhada na literatura, no exame percentual dos resultados e na experiência profissional da autora, foram observados que: idade, tempo de formada, pós-graduação, tipo de hospital, entidade mantenedora, clientela, e humanização são fatores condicionantes no domínio de novas tecnologias em centro cirúrgico, assim como, número elevado de cirurgias, atividades administrativas e burocráticas, falta de participação na escolha e aquisição de materiais e equipamentos, ausência de treinamento, centro cirúrgico não informatizado, sinalizando um despreparo da enfermeira para o NADNT.

Palavras-chaves: **centros cirúrgicos – novas tecnologias, centros cirúrgicos – gerenciamento, enfermagem em centros cirúrgicos**

Abstract

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana – BA.** 2002. 143f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

This work is an explanatory and descriptive study about the “nível de adequação ao domínio das novas tecnologias (NADNT)” (level of adequacy to the mastery of new technologies) developed by nurses in the management of surgery centers of hospitals in Feira de Santana/Bahia-Brasil, in the year 2002. The main purpose of the work was: to evaluate the nurses NADNT in the management of surgery centers to consider action for the development of the NADNT in the management of surgical center. The sample was formed with 33 nurses having some experience in a surgery center. A questionnaire was used to collect the data and get a descriptive statistics to interpret, analyse and get a descriptive statistics to intrepret, analyse and discuss the result. The following conclusion was drawn: the mastery of new technologies was considered dissatisfactory by 54,5% of the subjects used for the study. We can infer that the management of a surgery center needs systematized activities and adequacy to an acceptable level of the mastery of new medical technologies, communication and information. Our study confirms statistically that the hospital capacity and the period of time devoted to the activit are factors that intervene in the management of new technologies. With basis on the literature, on the exam of the results, and on the professional experience of the uathor, it is possible to assert that age, time of conclusion of studies, post-graduate courses, kind of hospital, institution that gives support, clients, and humanization are determinant factors to the management of the new tecnologias in the sugery centers. Other factors are the amount of surgeries, the administrative activities, the bureaucracy, difficulty in the choice and acquisition of material and equipment, lack of training, and lack of specific uniform what results in a great despair in the ward to the NADNT.

Key words: **surgery centet - new technologies, surgery centet – management, nursing surgery centet.**

Sumário

Lista de gráficos.....	p.12
Lista de quadro.....	p.13
Lista de tabelas.....	p.14
1 INTRODUÇÃO.....	p.15
1.1 Contextualização.....	p.15
1.2 Objetivo.....	p.19
1.3 Hipótese.....	p.20
1.4 Justificativa.....	p.20
1.5 Estrutura do trabalho.....	p.21
2 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	p.23
2.1 A história da Enfermagem.....	p.23
2.2 A Enfermagem no Brasil.....	p.26
2.2.1 Crescimento da Enfermagem no Brasil.....	p.27
2.2.2 Concepção do ensino atual da Enfermagem no Brasil.....	p.28
2.2.3 A Enfermagem em Feira de Santana.....	p.31
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	p.35
3.1 Considerações gerais sobre o centro cirúrgico.....	p.35
3.1.1 Concepções sobre o trabalho da enfermeira em centro cirúrgico.....	p.35
3.1.2 Funções da enfermeira de centro cirúrgico.....	p.36
3.2 A prática da gerência em enfermagem de centro cirúrgico.....	p.42
3.2.1 A enfermeira como gerente eficaz.....	p.45
3.3 Gerência da enfermeira em centro cirúrgico no mundo contemporâneo.....	p.48
3.3.1 Liderança: indispensável na gerência da enfermeira em centro cirúrgico.....	p.50
3.4 A enfermeira de centro cirúrgico no gerenciamento de novas tecnologias.....	p.51
3.4.1 Tecnologia biomédica.....	p.55
3.4.2 Tecnologias da comunicação e da informação.....	p.57
3.5 Educação permanente: uma necessidade para a enfermeira de centro cirúrgico frente as novas tecnologias.....	p.60

3.6	A enfermeira na gerência de centro cirúrgico: a prática da humanização e da ética.....	p.62
3.6.1	A enfermeira e a bioética.....	p. 63
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	p.68
4.1	Modelo do Estudo.....	p.68
4.2	O Campo de Estudo.....	p.68
4.3	Saúde local.....	p.69
4.4	Universo e amostra.....	p.70
4.5	A Escolha da técnica para coleta de dados.....	p.72
4.6	O instrumento utilizado na pesquisa.....	p.72
4.7	Variáveis.....	p.73
4.7.1	Variáveis dependentes.....	p.73
4.7.2	Variáveis independentes.....	p.74
4.8	A aplicação e procedimentos utilizados na coleta de dados.....	p.74
4.9	Processamento, tratamento estatístico e análise dos dados.....	p.75
5	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	
	RESULTADOS.....	p.78
5.1	Apresentação e análise dos dados.....	p.78
5.2	Resultados e discussão.....	p.92
6	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS	
	TRABALHOS.....	p.110
6.1	Conclusões.....	p.110
6.2	Propostas.....	p.112
6.3	Recomendações para futuros trabalhos.....	p.114
7	REFERÊNCIAS.....	p.116
8	ANEXOS.....	p.126
9	APÊNDICES.....	p.130

Lista de Gráficos

- Gráfico 01: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias das enfermeiras com experiências em centro cirúrgico.....p.79
- Gráfico 02: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator sexo.....p.80
- Gráfico 03: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator idade.....p.81
- Gráfico 04: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator formação acadêmica.....p.82
- Gráfico 05: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator carga horária de trabalho.....p.85
- Gráfico 06: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator tipo de hospital.....p.85
- Gráfico 07: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator entidade mantenedora.....p.86
- Gráfico 08: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator capacidade.....p.87
- Gráfico 09: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator clientela.....p.88
- Gráfico 10: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator organização e sistematização da assistência.....p.90
- Gráfico 11: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator assistência de qualidade.....p.90
- Gráfico 12: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator tecnologia reduz a assistência.....p.91

Lista de Quadro

Quadro 01: Mitos e realidades sobre liderança.....p. 50

Lista de Tabelas

- Tabela 01: Nível de adequação quanto ao domínio de novas tecnologias das enfermeiras com experiência de centro cirúrgico.....p.78
- Tabela 02: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas aos fatores sócio-demográficos das enfermeiras com experiência de centro cirúrgico.....p.80
- Tabela 03: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator área de pós-graduação das enfermeiras com experiência de centro cirúrgico.....p.82
- Tabela 04: Nível de adequação quanto ao domínio de novas tecnologias associado ao fator cargo das enfermeiras com experiência em centro cirúrgico.....p.83
- Tabela 05: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator carga horária de trabalho das enfermeiras com experiência em centro cirúrgico.....p.84
- Tabela 06: Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator humanização das enfermeiras com experiência de centro cirúrgico.....p.89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A aceção Enfermeira¹ gerente de centro cirúrgico é compreendido como a profissional responsável pelos serviços em que o cuidado perioperatório² é ministrado ao paciente, independente do tipo de hospital em que atua: filantrópico, privado ou público.

O hospital tem a finalidade social, de promover a saúde da população por meio dos serviços sofisticados, destinados a assegurar, a essa população, assistência completa, curativa e preventiva. Dessa forma, aumenta, a cada dia mais, a procura por parte dos que confiam nos diversos tipos de tratamentos oferecidos pelas unidades hospitalares.

Pedroso citada por Borba (1985, p. 42) definiu o hospital como

Instituição, devidamente aparelhada de pessoal e material, em condições de receber para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação.

Concebe-se o hospital como uma grande estrutura integrada por mini-estruturas, que desempenham funções distintas, no qual, com o objetivo único, prestar um serviço de qualidade.

Dentre as diversas unidades da estrutura hospitalar, destaca-se o centro cirúrgico, uma unidade que contém um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, constituindo assim, o setor que tem como prioridade prestar assistência de qualidade ao paciente, desde o recebimento no pré-operatório imediato³ até a recuperação pós-anestésica⁴. Sabe-se que é fundamental obter-se condições adequadas no ato anestésico-cirúrgico, tanto para segurança física e psicológica do paciente quanto da equipe cirúrgica.

¹ Será utilizado o gênero feminino quando for referida enfermeira de centro cirúrgico, buscando destacar a alta frequência de mulheres nessa categoria profissional (Gastaldo e Meyer, 1989, p.10).

² Perioperatório é a assistência que a enfermeira presta ao paciente nas fases pré-operatório (antes da realização da cirurgia), intraoperatório (durante o ato cirúrgico) e pós-operatório (após a cirurgia).

³ Considera-se o pré-operatório imediato o período de 24 horas que antecede a cirurgia.

⁴ Define-se recuperação pós-anestésica o local que tem a finalidade de receber o paciente logo após a cirurgia, a fim de ser atendido pela equipe de enfermagem e equipe médica (anestesiata).

No gerenciamento do centro cirúrgico, a assistência deve ser voltada para a qualidade, uma característica primordial na prestação de serviços que envolvem aspectos técnicos, científicos e éticos. Para uma assistência de qualidade é imprescindível entendimento e compreensão das enfermeiras no tocante às novas tecnologias em constante desenvolvimento.

Tramontini et al (2002) assinalam que, ultimamente, presencia-se, no cotidiano da unidade de centro cirúrgico, um aumento exponencial de complexidade tecnológica, científica e de relações humanas, gerando, dessa forma, um novo perfil para a gerente dessa unidade.

Para Grinspun (1999, p. 16), vive-se, hoje, uma “era basicamente da tecnologia, resultado do que a ciência já produziu ou está produzindo”.

Barnard (1999) afirma que a tecnologia pode ser compreendida também com relação ao conhecimento, às habilidades e às técnicas.

Em parceria com a ciência, a tecnologia ocupa um lugar de destaque, principalmente se identificarmos sua dimensão básica na formação do sujeito, na qualificação de recursos humanos requeridos por um novo modelo de desenvolvimento.

Grinspun (1999) ressalta que a tecnologia veio em substituição à palavra técnica, e endossa que esse termo tem origem no vocábulo grego techné, que significa o método, a maneira de fazer eficaz para atingir objetivo e resultado.

Scarponi (1994, p. 7) considera a tecnologia como “uma forma que o homem faz as coisas, em respostas aos problemas específicos, em determinados momentos históricos e em condições sociais existentes”.

O autor prossegue transcrevendo outra definição específica do termo tecnologia da saúde em “a aplicação sistemática do conhecimento (métodos e técnicas) das ciências e da saúde, e outras afins, nas soluções de problemas, sem provocar efeitos nocivos para a sociedade, a economia, a cultura e a ecologia do ambiente onde se aplica” (SCARPONI 1994, p. 7).

Considerando o valor das novas tecnologias (biomédica, comunicação e informação) na assistência hospitalar, é necessário que os profissionais de saúde tenham a clareza que esta assistência deve ser pautada pelo respeito a vida humana e pela observância dos princípios ético-morais na convivência entre profissionais e pacientes.

Assim, a humanização da assistência perioperatória necessita caminhar junto com os profissionais que atuam em centro cirúrgico.

É importante que a enfermeira de centro cirúrgico compreenda que a tecnologia pode contribuir no fortalecimento da capacidade de inovar a assistência ao paciente no perioperatório. As exigências do mundo contemporâneo observado no cotidiano, à vista da utilização da ciência e da tecnologia, repercutem cada dia mais na vida das pessoas, mostram, com grande ênfase, que a sociedade deve se organizar para adaptar-se aos novos tempos. Impõe-se, portanto, a necessidade de atualização das enfermeiras de centro cirúrgico para tornarem-se profissionais eficazes e sintonizados com as novas exigências do mercado de trabalho.

Mastroantonio e Graziano (2002, p. 332) assinalam que “ser eficaz significa alcançar qualidade, obtendo-se a melhor relação custos/benefício entre instalação, recursos materiais e humanos, que se tenha disponível”.

Portanto, a enfermagem começa a adotar o gerenciamento de qualidade para alcançar não só um padrão aceitável de assistência, mas, também, atender as expectativas dos trabalhadores e dos pacientes, a partir do momento em que participa de contínuas atualizações para melhor gerenciar as novas tecnologias.

Assim, as tecnologias, cada vez mais, permeiam as ações da enfermeira em suas atividades cotidianas, alterando a cultura social, o modo de viver desse profissional, de se relacionar, de aprender e de ensinar.

O Decreto-Lei nº. 94.406/87 (COREN, 1987, p. 25-26), que regulamenta a Lei 7.498/86 (COREN, 1986), que dispõe sobre o exercício de enfermagem no Brasil, em seu artigo 8º, diz que ao enfermeiro incube privativamente na alínea c, “o planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” e nas atividades como integrantes da equipe de saúde, ressalta-se a “participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem” (alínea f); e “participação nos programas de treinamento e aprimoramento do pessoal da saúde, particularmente nos programas de educação continuada” (alínea n). (p. 25-26).

Dessa forma, a enfermeira de centro cirúrgico necessita de atualização contínua, contribuindo assim, para planejar, organizar e executar as suas atividades e acompanhar a evolução da tecnologia do mundo contemporâneo.

O presente estudo foi suscitado ao ingressar na Universidade Estadual de Feira de Santana como docente da disciplina Enfermagem Cirúrgica, e atualmente, na disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II⁵, do Curso de Enfermagem, havia sempre o questionamento sobre a atuação das enfermeiras em centro cirúrgico, no que diz respeito à assistência ao paciente no perioperatório. Daí, a motivação para realizar-lo, a partir da vivência no campo da prática com os estudantes do 7º semestre do Curso de Enfermagem, nos centros cirúrgicos dos hospitais públicos e privados do Município de Feira de Santana.

Observou-se a ausência da enfermeira no início do intraoperatório⁶, momento em que a presença desse profissional é muito importante, a fim de transmitir confiança, segurança e proporcionar uma assistência de qualidade ao paciente, colaborando assim, com toda a equipe cirúrgica. Diante dessa realidade, o questionamento: Por que a enfermeira durante o intraoperatório se ausenta da sala de operação? Como a enfermeira gerencia as novas tecnologias? Como a tecnologia está inserida no processo de trabalho da enfermeira? O nível de adequação ao domínio das novas tecnologias é satisfatório ou insatisfatório no gerenciamento da enfermeira em centro cirúrgico?

Neste estudo, o padrão de qualidade estabelecido é nível de adequação ao domínio das novas tecnologias satisfatório (NADNTS) e nível de adequação ao domínio de novas tecnologias insatisfatório (NADNTI).

O nível de adequação ao domínio de novas tecnologias satisfatório deve ser compreendido como o conhecimento e habilidade da enfermeira em efetuar a assistência por meio dos recursos tecnológicos (equipamentos e materiais) de máxima efetividade em tratamento dispensado ao paciente, com eficácia e segurança, a fim de contribuir na assistência de enfermagem com qualidade. Quanto à tecnologia da informação e comunicação, é considerada satisfatória, quando essa é exercida no gerenciamento e na administração dos serviços e como suporte à prática assistencial, considera-se o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias insatisfatório, quando essas atividades são realizadas em forma de processo eventualmente ou não.

⁵ Esta disciplina faz parte do ciclo de profissionalizante do curso de enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, oferecida no 7º semestre.

⁶ O intraoperatório é considerado o período em que o paciente chega à sala de cirurgia até o momento em que é encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica ou unidade de origem.

Com base nessas constatações e reflexões formularam-se os seguintes questionamentos: De que forma a enfermeira gerencia o centro cirúrgico? Como a enfermeira gerencia tecnologias no centro cirúrgico?

Diante de tais indagações, constitui-se problema da presente investigação.

Quais fatores interferem no nível de adequação ao domínio de novas tecnologias de gerenciamento em centro cirúrgico nos hospitais do Município de Feira de Santana?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias por parte das enfermeiras no gerenciamento em Centro Cirúrgico de hospitais.

1.2.2. Objetivos Específicos

Identificar os fatores que interferem no nível de adequação ao domínio de tecnologias pelas enfermeiras no gerenciamento em Centro Cirúrgico dos hospitais.

Descrever os fatores que interferem no nível de adequação ao domínio de novas tecnologias pelas enfermeiras no gerenciamento em centro cirúrgico de hospitais.

Propor ações para o desenvolvimento do nível de adequação ao domínio de novas tecnologias no gerenciamento em centro cirúrgico.

1.3 Hipótese

O nível de adequação ao domínio de novas tecnologias (prática da enfermagem, gerenciamento e a informatização em hospitais) por parte das enfermeiras no gerenciamento em centro cirúrgico sofre interferência de fatores associados ao perfil, à instituição, e, à humanização da enfermeira.

1.4 Justificativa

O que levou a autora a desenvolver este estudo foi a experiência de dezessete anos na área gerencial, em um hospital filantrópico do Município de Feira de Santana (1980/1997), sendo: 04 anos, na Coordenação do Serviço de Enfermagem, 07 anos, no Gerenciamento do Centro Cirúrgico e 06 anos, como Diretora Administrativa, além da experiência acumulada como docente na disciplina Enfermagem Cirúrgica (1989/1999) e Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II (2000/2002), no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana e, em paralelo, como Coordenadora Administrativa do Departamento de Saúde dessa mesma universidade (2000 até a presente data).

Enquanto enfermeira do centro cirúrgico da Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana – Hospital Dom Pedro de Alcântara, atuava desenvolvendo atividades administrativas e assistenciais. Muitas dificuldades foram encontradas, principalmente porque, nesse período, não existia, na instituição, a rotina para treinamento dos profissionais que assumiam funções ali existentes, mas, com muita vontade de acertar e perseverança, tudo transcorreu tranqüilamente. É importante ressaltar que o acolhimento e confiança da equipe multiprofissional do centro cirúrgico, na época, foram muito importantes e estimulantes para o desempenho na função que assumia. A adaptação à nova unidade de trabalho processou-se naturalmente.

Após sete anos na gerência do centro cirúrgico dessa Instituição, surgiu o convite para fazer parte da Administração Superior, na função de Diretora Administrativa. A motivação maior para aceita-lo era, de alguma forma, engrandecer o nome da enfermagem e assumir a função que não fora ocupado até então, no referido

hospital. Acrescida a essa razão, tinha o objetivo de transformar o Hospital Dom Pedro de Alcântara em uma instituição de excelência que proporcionasse satisfação, conforto e segurança ao paciente, vendo-o como um ser bio-psíquico-social, bem como toda a equipe de profissionais que, ali atuavam, e que para a comunidade acadêmica representasse, um bom campo para estudo e pesquisa.

Como docente, o que causou maior inquietação nos campos de prática foi observado em muitas atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na unidade de centro cirúrgico, principalmente as atividades administrativas, enquanto a assistência ao paciente no intraoperatório ficava em segundo plano e suas atribuições eram delegadas a outros profissionais do serviço de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem).

Daí, a necessidade sentida pela autora, de apreender como a enfermeira gerencia as novas tecnologias em centro cirúrgico, com intuito de contribuir com o conhecimento que venha a ajudá-la na condução desse processo.

O conhecimento sobre o gerenciamento de centro cirúrgico e utilização das novas tecnologias reverterá na qualificação da assistência de enfermagem, na melhoria do desempenho nos serviços, mediante o acompanhamento das novas tecnologias, a padronização de procedimentos técnicos, assistenciais, éticos e no desenvolvimento de uma liderança participativa.

1.5 Estrutura do Trabalho

O primeiro capítulo do estudo esclarece os objetivos e justificativa, contextualiza-se sobre a gerência, a tecnologia, o centro cirúrgico e a importância da atualização para a enfermeira gerenciar as novas tecnologias.

No segundo capítulo é abordado a história da enfermagem no mundo, no Brasil em Feira de Santana, no sentido de compreender-se como esta sendo realizada a formação da enfermeira nesse município.

No terceiro capítulo apresenta-se o referencial teórico sobre gerência, o gerenciamento de centro cirúrgico frente às novas tecnologias (biomédicas, comunicação e informação) a importância da educação permanente para o gerenciamento de novas tecnologias, a humanização e a ética na prática da enfermeira de centro cirúrgico.

No quarto capítulo apresenta-se o caminho metodológico da pesquisa.

No quinto capítulo faz-se a análise e discussão dos dados que contempla o gerenciamento de novas tecnologias da enfermeira em centro cirúrgico.

No sexto capítulo apresenta-se conclusões e recomendações para futuros trabalhos.

No sétimo capítulo apresenta-se às referências.

No oitavo capítulo os anexos, e, o nono capítulo os apêndices.

2 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

2.1 A História da Enfermagem

Considerando que se vive em uma sociedade em constantes mudanças, faz-se necessário o repensar contínuo sobre o conceito de qualidade do ensino no Curso de Enfermagem, a fim de que não se torne defasado frente às novas exigências do mundo contemporâneo.

A formação do enfermeiro, como é sabido, deve estar atento ao compromisso social que, esse profissional deve manter com a comunidade em que atua. Tal papel requer capacidade crítica e reflexiva, aliada à competência técnico-científico-ético-político-social-educativo, para atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas diferentes expressões e fases evolutivas.

Torna-se importante, pois, este repensar o modelo de formação vigente, para, em seguida, poder-se intervir no eventual processo de “alienação” que muito prejudica o profissional em seus espaços de atuação.

Kikuchi, citado por Tramontini et al (2002, p.12), afirma que “um dos maiores desafios das instituições de ensino superior é formar profissionais de saúde prontos para efetuar uma leitura da realidade e proporcionar um serviço adequado à população”.

Para que se entenda o papel da enfermeira no gerenciamento das novas tecnologias na unidade de centro cirúrgico, será feita num primeiro momento, uma revisão da história da enfermagem, construindo uma linha do tempo. Em seguida, um breve relato da enfermagem no Brasil e no Município de Feira de Santana, a fim de justificar ou esclarecer a situação atual da atividade em questão.

A história expõe que a profissão da enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio de civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, originariamente, associada ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano de fundo as

concepções evolucionistas e teológicas Paixão (1979), Silva (1986), DAEnf¹ (2001), Gastaldo e Meyer (1989).

A enfermagem teve o primeiro impulso no início da era cristã, por meio de religiosos e religiosas que dedicavam seu trabalho aos pobres e doentes. Havia os períodos de fervor religioso e outros de relaxamento. Sendo a enfermagem naquela época, função exclusiva da igreja, a baixa do espírito cristão repercutia na quantidade e na qualidade das pessoas a serviço da enfermagem.

O período crítico da enfermagem ocorreu no início do século XVI. Em consequência da reforma protestante, expulsaram dos hospitais os religiosos que se dedicavam aos pobres e doentes. Não dispondo de qualquer organização, religiosa ou leiga para substituí-los foram obrigados a fechar grande número de hospitais.

Para conter-se essa fase, foi preciso, de imediato, recrutar pessoal remunerado para os serviços aos doentes. Os trabalhadores que se apresentavam pertenciam ao mais baixo nível na escala social. As mulheres que se empregavam nos hospitais não serviam para qualquer outro serviço. De modo geral, eram imorais, alcoólatras e analfabetas: o grau mais ínfimo da sociedade humana. Nessas condições, os mais pobres doentes, enquanto tivessem alguém para cuidar deles em suas próprias casas, mesmo mal alimentados e desprovidos de conforto, recusavam-se a ir para um hospital (SILVA, 1986).

Observa-se que esse foi, realmente, o período mais difícil da história da enfermagem, oferecendo, desta forma, a oportunidade de se iniciar os primeiros passos para a enfermagem moderna.

Na época, foi de grande importância a iniciativa de São Vicente de Paulo, em prol dos doentes e desamparados, na ação do religioso, havia todos os elementos de uma instituição social.

A enfermagem tem início com Florence Nightingale, uma jovem italiana, filha de ingleses, inteligente e extrovertida, determinada e perseverante, sua cultura estava muito acima do comum das moças de sua época. Falava diversas línguas e dominava bem a matemática, aptidão de grande valia na grande reforma que deveria realizar em seu próprio país e se estenderia rapidamente a outras nações (PAIXÃO, 1979).

¹ Diretório Acadêmico de Enfermagem da UNISINOS com sede no Centro de Ciências Saúde, é uma entidade sem fins lucrativos, sem filiação político partidária, constituído pelo conjunto de estudantes de enfermagem.

Devido a sua decidida vocação e forte personalidade, aos 31 anos conseguiu autorização para fazer estágios na instituição de Kaiserswerth, reconhecida pela moralidade e pelos elevados ideais de seus fundadores, ainda que nada tivesse inovado no terreno técnico-científico.

Com o passar do tempo, Florence procurava aperfeiçoar-se na profissão, fazendo visita ao hospital de Dublin, dirigido pelas irmãs de Misericórdia, ordem católica de enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conheceu as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, no Maison de la Providence de Paris. Vai assim se preparando para uma grande missão.

Em 1845, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia – Guerra da Criméia. Lá os soldados ficavam abandonados em conseqüência, a mortalidade chegava a 40% dos feridos. Diante das notícias nesse sentido, Florence, que era amiga pessoal do Ministro de Guerra, oferece seus serviços. Em seguida parte para Scutari, com 38 voluntárias, entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais. Lá encontraram um imenso hospital, superlotado com 4.000 feridos.

O excessivo trabalho das enfermeiras, não permitiu que Florence descuidasse em nada do que reputava indispensável a uma boa enfermagem. Organizou a lavanderia e a cozinha proporcionou livros e distrações aos convalescentes, e teve a grande alegria de ver a mortalidade baixar para 2%, esse é o mais eloqüente comentário do seu trabalho. Os soldados faziam dela o seu anjo da guarda e ela será imortal como a “Dama da Lâmpada” porque, de lanterna na mão, percorria as enfermarias.

A enfermagem passa a existir a partir do momento em que Florence Nightingale aceita, com espírito de serviço e dedicação, essa grande missão.

Durante a guerra, Florence contrai tifo e, ao retornar da Criméia, em 1856, leva uma vida de inválida. Dedica-se com ardor, a trabalhos intelectuais.

Após a guerra, Florence funda uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas fundadas posteriormente. Tinha, como meta primeira, o preparo de pessoal nurses² para exercer os serviços usuais da enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas “mais qualificadas” para as atividades de supervisão, administração e

² “Nursing (enfermagem) vem do verbo To nurse, que significa nutrir. A palavra nurse é, pois, originariamente, aquela que nutre, que cuida de criança, depois (por extensão) a que assiste o doente. Em português o termo designa o agente que cuida dos *infirmus*, isto é, daqueles que não estão firmes (crianças, velhos, doentes)” (Silva, 1986 p. 30).

ensino ladies-nurses. Outra importante observação era que as estudantes viviam em regime de internato, submetidas a uma disciplina rigorosa, com o objetivo que nelas se desenvolvessem os traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira, tais como sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância (SILVA,1986).

Era realizada uma seleção extremamente criteriosa. O curso básico tinha um ano de duração, compreendia as aulas de anatomia, química, abreviações latinas, culinária e enfermagem. Após esse período, iniciava um segundo momento que correspondia a 3 anos, para nurses e a 2 anos para as ladies-nurses, que se dedicavam às atividades práticas no Hospital St. Thomas (SILVA, 1986).

Silva (1986) ressalta que a disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como, a exigência de qualidades morais das candidatas.

Assim, a Enfermagem brota, não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma profissão assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, passando a constituir uma prática social institucionalizada e específica.

2.2 A Enfermagem no Brasil

Nas páginas anteriores, foi relatada a história da enfermagem no mundo. Trata-se, agora, de particulariza-la, relativamente, à sociedade brasileira, em especial em Feira de Santana-Ba, município em que será realizado este estudo.

As primeiras tentativas de colonização no Brasil incluíram, em seus programas, a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal.

A primeira Casa de Misericórdia foi fundada na Vila de Santos, em 1543. Em seguida, ainda no século XVI, surgiram as casa do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus (PAIXÃO,1978).

No que diz respeito à saúde do povo brasileiro merece destaque o trabalho do Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e à catequese. Atendia aos necessitados, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Em seus escritos foram encontrados estudos de valor sobre o Brasil, seus primitivos habitantes, clima e as doenças mais comuns.

Encontra-se na história o Frei Fabiano Cristo que se celebrou pela sua limitada dedicação durante 40 anos exercendo atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antonio no Rio de Janeiro no século XVII.

No Brasil, raros os nomes que se destacaram na enfermagem, não se pode, contudo, deixar de fazer uma alusão à figura de Ana Nery, cujo papel, nesse campo, foi de grande significado. Na Bahia a enfermagem tem sua contribuição histórica devida a essa mulher corajosa que trabalhou árdua e desprendidamente na Guerra do Paraguai.

Nasceu Ana Justina Ferreira aos 13 de dezembro de 1814, na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Teve três filhos, os quais, dois médicos militares e um oficial do exército, são convocados a servir a pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes DAEnf. – UNISINOS (2001).

Ana Nery não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua pátria. Em 15 de agosto, parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida na Bahia, com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Paço Municipal.

A dedicação incondicional valeu-lhe o título de Mãe dos Brasileiros. Não só aos nossos socorria. Bastava ser um ferido recebia o mesmo cuidado com muito desvelo.

A primeira Escola de Enfermagem de alto padrão no Brasil recebeu o seu nome “Anna Nery”, primeira enfermeira voluntária de guerra de nossa Pátria que rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar.

2.2.1 Crescimento da enfermagem no Brasil

Ao final do século XIX, apesar do Brasil ainda ser um imenso território com um contingente populacional pouco e disperso, um processo de urbanização lento e progressivo já se fazia sentir nas cidades que possuíam áreas de mercado mais intensas, como São Paulo e Rio de Janeiro (SILVA, 1986).

As doenças infecto-contagiosas, trazidas pelos europeus e pelos escravos africanos, começam a alastrar-se rápida e progressivamente.

Nas primeiras décadas do século XX estabeleceu-se, para a sociedade brasileira, a fase de um processo principiante de industrialização, desempenhando, assim, uma importante função de ser sustentáculo da industrialização posterior. Com a revolução de 1930, tal processo se diversifica e se acelera sob um modelo de desenvolvimento econômico autônomo.

No mesmo século, diante de um quadro nosográfico caracterizado pelo predomínio das doenças pestilentas (cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola) e doenças de massa (tuberculose, lepra, febre tifóide) e se levando em conta os interesses ligados a economia cafeeira, o governo republicano esboçou os passos iniciais de sua política sanitária (SILVA, 1986).

Em 1922, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em função da Reforma Carlos Chagas e se promulga a Lei Eloi Chaves, considerada o verdadeiro embrião do seguro social brasileiro.

Segundo o DAEnf. (2001), a formação de pessoal de Enfermagem para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública, principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Essa escola, que é, de fato, a primeira escola de enfermagem brasileira foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se, hoje, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO.

2.2.2 Concepção do ensino atual da Enfermagem no Brasil

A revisão histórica faz-se necessária para que possa ser entendido o processo da atuação do enfermeiro ontem, e hoje, bem como os fatores que, no mundo contemporâneo, interferem no desenvolvimento desse processo.

Germano (1993b) ressalta que a ideologia da enfermagem brasileira, desde o início, significa: abnegação, obediência, dedicação. Isso torna a enfermeira disciplinada e obediente em suas atitudes e responsabilidades. Em decorrência dessa visão, as enfermeiras enfrentam, no mundo contemporâneas, sérias

dificuldades de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários quando comparados com outros profissionais do mesmo nível.

Preparar um cidadão responsável e atuante na realidade social deve ser um desafio para as escolas de enfermagem que, para tanto, necessitam empregar esforços no sentido de acompanhar as transformações sociais e tecnológicas. Atuando nesse sentido, estarão desempenhando seu verdadeiro papel na sociedade, ou seja, formar profissionais com conhecimentos, competências e habilidades, que lhes possibilita atender as exigências do mercado de trabalho, atuando de forma consciente, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Pensando em promover melhor ensino no Brasil e acompanhar as mudanças que ocorrem atualmente, no mundo contemporâneo, o Ministério da Educação resolveu mudar as bases da formação do enfermeiro por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem (Resolução CNE/CES⁴Nº 3, de 7 de novembro de 2001).

Destacam-se, como motivo para essas mudanças, os seguintes fatores: a evolução científica e tecnológica do mundo moderno, a era da informação, as novas abordagens teóricas e metodológicas nos processos de construção do conhecimento e a dinâmica cultural e socioeconômica que reordenou o mundo do trabalho (XAVIER et al, 2001).

Para a Comissão de Especialistas de Ensino da Enfermagem (CEEEnf.)⁵ da SESu/MEC em Xavier et al (2001, p. 9) as diretrizes curriculares⁶ do curso de graduação em Enfermagem propiciam:

uma formação contemporânea, contextualizada e dinâmica, pautada na indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão, gerando um enfermeiro generalista, crítico e apto para atuar em todas as dimensões do cuidado como promotor da saúde do cidadão, da família e da comunidade.

⁴ Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior

⁵ Comissão de especialistas de Ensino de Enfermagem (CEEEnf.) da Secretaria de Educação Superior do Ministério de Educação.

⁶ Diretrizes curriculares são "orientações gerais que devem ser seguidas por todas as instituições de ensino superior na reformulação dos seus projetos pedagógicos que contem os currículos plenos do curso de graduação" (Rev. Sobecc, v 6, p. 8, 2001).

A Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, no seu Artigo 3º, das diretrizes curriculares, descreve que o curso de enfermagem tem como perfil de formando egresso/profissional (XAVIER et al 2001, p. 10):

Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalente no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais das suas determinantes. Capacitado a atuar como promotor da saúde integral do ser humano, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

No Artigo 4º, menciona que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências: I Atenção à saúde; II Tomada de decisões; III Comunicação; IV Liderança; V Administração e gerenciamento e VI Educação permanente. E o Artigo 5º cita que a formação do enfermeiro tem como objetivo dotar este profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas: IV Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; XV Usar adequadamente novas tecnologias, tanto da informação e comunicação quanto de ponta, para cuidar em enfermagem; XVIII gerenciar o processo de trabalho em Enfermagem com princípios de ética e bioética, assim como resolutividade, tanto individual quanto coletivamente, em todos os âmbitos de atuação profissional; XXIV Planejar e implementar programa de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde, além de participar dessas iniciativas.

Bogado, citado por Tramontini et al (2002), reporta que o ensino de enfermagem, atualmente, preocupa-se em preparar indivíduos que sejam capazes de pensar criticamente, tomar decisões, liderar, planejar estrategicamente para contínuas mudanças, administrar e gerenciar os serviços de Enfermagem e de Saúde, atuar em equipes multiprofissionais, enfim, aprender permanentemente.

Importa seja observada que as diretrizes curriculares do Curso de Enfermagem, as quais definem os princípios que fundamentam condições e procedimentos na formação de enfermeiras deixam claro que a enfermeira necessita da tecnologia para desenvolver suas atividades em qualquer trabalho que realize, seja na educação, em instituições de saúde e em unidades básicas de saúde.

No âmbito da enfermagem em centro cirúrgico, onde a enfermeira gerencia as novas tecnologias no seu dia-a-dia por meio de equipamentos biomédicos, e tecnologia de informação e comunicação, torna-se necessário conhecê-las para promover uma assistência de qualidade ao paciente, bem como, possibilitar segurança a toda a equipe de centro cirúrgico.

É pertinente que as Escolas de Enfermagem se preocupem com a formação da enfermeira, que está ligada por um compromisso social com coletividade, devendo-se levar em conta, pois, uma maximização de qualidade da assistência e a visão do indivíduo como um todo. Devem, portanto, preparar o futuro graduado para enfrentar os desafios das transformações rápidas da sociedade, do mercado de trabalho, prepará-lo para o entendimento e interpretação das novas tecnologias e das condições de exercício profissional.

2.3 A Enfermagem em Feira de Santana

No Município de Feira de Santana, existe o Curso de Enfermagem oferecido pela Universidade Estadual de Feira de Santana que tem como objetivo formar o Enfermeiro Generalista, membro da equipe de saúde, com o compromisso social para atender as necessidades de saúde do indivíduo, da família e dos grupos da comunidade, num enfoque preventivo x curativo, individual x coletivo, ambulatorial x hospitalar, utilizando-se das ciências sociais, biológicas, comportamentais, tornando-o assim, capaz de acompanhar as transformações das políticas de saúde, responsável por contribuir para essas transformações.

Portanto, o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, ao formar o Enfermeiro Generalista, busca despertar a consciência crítica da realidade social na qual está inserido, levando-o para atuação preventiva pela promoção e proteção à saúde, pronto-atendimento, limitação da invalidez, cura e reabilitação. Assim sendo, o Enfermeiro Generalista desenvolverá as funções: assistencial, administrativas, pesquisa, ensino e educação contribuindo assim para a organização do modelo assistencial de saúde e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida da população⁷.

⁷ Informações obtidas por meio do Projeto Pedagógico, elaborado pelo Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - 2001.

O Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Estadual de Feira de Santana, do Departamento de Saúde, foi criado em 27 de abril de 1979, e o seu reconhecimento pelo Conselho Federal da Educação (Parecer nº 1306/80) ocorreu em 03 de dezembro de 1980, pela Portaria Ministerial nº 080, de 16 de janeiro de 1981, tendo graduado 820 enfermeiros até 2001.2.

Tendo em vista o comprometimento das instituições universitárias com o processo de Reforma Sanitária e o modelo assistencial definido na Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90 (Leis Orgânicas de Saúde), foi proposta uma nova estrutura curricular para o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, considerando as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico regionais. Para tal fim, foi formada uma Comissão de Estudo para Reforma Curricular, composta por docentes do Curso de Enfermagem, a fim de construir um novo currículo.

O curso, atualmente, conta com uma carga horária de 3.510 horas, das quais 3.105 horas destinadas às disciplinas obrigatórias (aulas teórico-práticas e estágio curricular), 180 horas para disciplinas optativas e 105 horas, para Seminários Temáticos.

A operacionalização do Curso de Graduação em Enfermagem apresenta as seguintes características:

Funcionamento: O curso é oferecido em turno matutino e vespertino.

Local: BR 116 Norte - Km 03 Campus Universitário – UEFS - Departamento de Saúde - Módulo VI – Feira de Santana - BA

Ingresso: processo seletivo do vestibular

Número de Vagas: 40 vagas

Regime acadêmico: Semestral

Duração do curso:

- Tempo mínimo: 04 anos (08 semestres)

- Tempo máximo: 06 anos (12 semestres)

- Carga horária total: 3.510h

A carga horária do curso foi distribuída nas seguintes áreas temáticas: BASES BIOLÓGICAS E SOCIAIS DA ENFERMAGEM, FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM, ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM e ADMINISTRAÇÃO DA ENFERMAGEM, de acordo com a Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994,

ficando as restantes da carga horária destinado às atividades complementares e às disciplinas optativas.

A estrutura curricular apóia-se nas áreas temáticas, cujos conteúdos foram assim distribuídos:

Bases Biológicas e Sociais de Enfermagem - conteúdos individuais das Ciências Biológicas e das Ciências Humanas, obrigatoriamente.

Fundamentos de Enfermagem - conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da Enfermagem, na assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospitais, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde).

Assistência de Enfermagem - conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente e ao adulto, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País / Região / Estado.

Administração em Enfermagem - conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho de Enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados de médio porte, ambulatório e rede básica de serviços de saúde.

A disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II está inserida na área temática, Assistência de Enfermagem, oferecida no 7º semestre, com carga horária de 180 horas assim distribuídas: 60 horas teóricas e 120 horas práticas, nela realiza-se a prática em centro cirúrgico.

A ementa da dessa disciplina refere ao processo de saúde-doença nos seus vários níveis de complexidade, englobando ações de planejamento, organização e coordenação de unidades básicas, com atividades de natureza preventiva, propedêutica e terapêutica específicas em situações cirúrgicas, clínicas, gerontológicas e psiquiátricas, de acordo com o perfil epidemiológico da região.

Observa-se, pelo conteúdo da ementa, que essa focaliza as ações de planejamento, organização e coordenação de unidades básicas. E como ficam as ações de planejamento, organização/gerenciamento de centros cirúrgicos em hospitais? Nota-se uma não-contemplação às situações cirúrgicas, ao perioperatório, às novas tecnologias (biomédica, informação e comunicação), que têm sofrido uma

série de transformações marcantes em sua prática diária e que estão relacionadas com as mudanças do mundo moderno.

Na realidade, deve-se incorporar, na formação do enfermeiro, a dimensão social, interpessoal, assistencial e gerencial, política e ética, pesquisa, mostrar a sua responsabilidade social, pautar os avanços da tecnologia com o processo de trabalho.

Portanto, acredita-se que o perfil desejado para o enfermeiro é que seja um ator social ativo levando consigo competência técnica, científica, tecnológica e interpessoal, além de ético, político, intervencionista e com espírito crítico reflexivo, em alerta a fim de indagar sua realidade, a procurar alternativas e a assumir sua responsabilidade social no mundo contemporâneo.

Esse panorama de mudanças é necessário na formação do enfermeiro porque é através da aquisição e desenvolvimento de saberes e competências, atitudes e valores, é que ele estará preparado para enfrentar as modernidades deste novo século.

Em conformidade com esse ponto de vista, Friedlander (1995 p. 60) coloca que “O enfermeiro não poderá ignorar estas mudanças e deve capacitar-se para colocar à disposição de sua clientela os benefícios provenientes dessas inovações”.

A autora com se observa, reconhece que a tecnologia deve estar presente na formação do enfermeiro, mediante o do sistema formador, principalmente pela evolução rápida do ser humano, pelas sofisticações tecnológicas e pelas alterações do papel do enfermeiro.

Friedlander (1995) salienta que devem ser observadas as escolas de enfermagem, pois deverão investir na qualidade de seu corpo docente preparando-o para a evolução tecnológica do mundo contemporâneo. É também por meio da inteligência, do conhecimento e o prestígio dos docentes que se garante o destaque de uma grande escola.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações gerais sobre centro cirúrgico

O centro cirúrgico representa lugar de importância no hospital, atende pacientes em caráter eletivo e emergencial, com capacidade de promover procedimentos de alta complexidade nos pacientes no perioperatório.

Gehllere, Antonio e Souza citado por Souza e Albuquerque (1998) ressaltam que o centro cirúrgico é um local que exige em todas as suas atividades um estado permanente de alerta, os procedimentos realizados nessa unidade podem colocar em risco a vida dos pacientes pelo alto índice de complexidade das intervenções realizadas.

Silva et al (1997) assinalam que a unidade de centro cirúrgico representa lugar de importância relevante no contexto hospitalar, devido a alta complexidade que lhe é peculiar, da assistência prestada no atendimento a pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico decorrente das mais diversas afecções, seja em caráter eletivo ou emergencial.

Assim, para que se promova a segurança e o bem-estar aos pacientes durante o intraoperatório é essencial que as enfermeiras realizem o cuidado com habilidade, conhecimento no gerenciamento das novas tecnologias e com a humanização de toda a equipe cirúrgica.

3.1.1 Concepções sobre o trabalho da enfermeira em centro cirúrgico

No trabalho da enfermeira de centro cirúrgico deve-se procurar alcançar a qualidade através das novas tendências do mundo contemporâneo, a fim de buscar o equilíbrio entre eficácia e eficiência.

Sabe-se que o centro cirúrgico é uma das unidades mais complexas do hospital, pela sua especificidade, pelo estresse e a grande probabilidade de expor o paciente a riscos da saúde, ao serem submetidos a intervenções cirúrgicas.

Portanto, é responsabilidade da enfermeira do centro cirúrgico proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico se realize em condições ideais, visando assistência integral, o ensino e a pesquisa.

Enfim, é da responsabilidade da enfermeira perioperatória gerenciar a unidade com responsabilidade e competência, estabelecer condutas éticas a toda a equipe do centro cirúrgico, manter um ambiente seguro e educar o paciente a respeito de sua doença, tratamento, promoção a saúde e autocuidado, assim promover o cuidado ao paciente cirúrgico com qualidade (AORN¹, 2002),

3.1.2 Funções da enfermeira de centro cirúrgico

O papel da enfermeira de centro cirúrgico se destaca como organizadora, exercendo um papel administrativo e de planejamento junto a equipe multiprofissional, bem como no gerenciamento da assistência ao paciente e da equipe de enfermagem.

É fundamental que a enfermeira adquira conhecimentos-administrativos e gerencial - para que possa planejar, operacionalizar e avaliar o processo de assistência, preparando-a para iniciar as ações de enfermagem, com a perspectiva de criar um padrão de atendimento competitivo, eficiente e eficaz.

A AORN (2002, p. 12, 13 e 14) designa padrões administrativos da assistência perioperatória, a fim de guiar a enfermeira no papel administrativo e oferecer diretrizes para a avaliação do sistema operacional, entre esses padrões destaca-se:

PADRÃO II - o enfermeiro qualificado, com educação avançada e experiência administrativa, deve ser o coordenador administrativo dos serviços de enfermagem perioperatória;

PADRÃO III - o enfermeiro administrador deve ser responsável pelo planejamento da assistência nos serviços de Enfermagem Perioperatório;

PADRÃO IV - o enfermeiro administrador tem de responder pela organização dos serviços de Enfermagem Perioperatória;

PADRÃO V – o enfermeiro administrador deve ser responsável pela direção dos serviços de Enfermagem Perioperatória;

PADRÃO VI – o enfermeiro administrador precisa responder pela equipe de Enfermagem dos Serviços Perioperatório;

PADRÃO VII – o enfermeiro administrador deve controlar os serviços de Enfermagem Perioperatória;

¹ Associação Americana de Enfermeiros Perioperatórios

PADRÃO VIII – o enfermeiro administrador precisa ser responsável pela identificação e utilização de princípios éticos para garantir resultados positivos ao paciente.

Observa-se que esses padrões conduzem a enfermeira na função gerencial e oferece meios para que possa avaliar o seu processo de trabalho, além de fundamentar a organização e a coordenação do local que presta assistência perioperatória.

Para Meeker e Rothrock (1997), as diversas funções incorporam elementos das práticas de comportamentos e técnicas que caracterizam o profissional de enfermagem. Para que a enfermeira possa atuar nessa unidade é necessário que tenha um conhecimento pertinente à anatomia cirúrgica, às alterações fisiológicas e os fatores de risco no intra-operatório, os potenciais de traumas e os meios da prevenção, e as implicações psicossociais da cirurgia para o paciente e seus familiares.

Busca-se conhecer e compreender as competências das enfermeiras (enfermeira chefe² e enfermeira assistencial³), e sua participação no gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico. Serão apresentadas a seguir as suas funções na unidade de centro cirúrgico, conforme, Silva et al (1997), Oliveira (2001), Meek; Rothock (1997).

² Considera-se enfermeira chefe como responsável pelas atividades administrativas da unidade de centro cirúrgico. Isto é, realiza cuidado indireto ao paciente.

³ Considera-se enfermeira assistencial como responsável pelas atividades assistenciais diretas ao paciente na unidade de centro cirúrgico, envolvendo conhecimentos e habilidades técnicas inerentes a sua formação.

3.1.2.1 Enfermeira Chefe

Proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado em condições ideais e visando assistência integral, ensino e pesquisa;

Proporcionar um serviço de qualidade, confiável, acessível, rápido, atendendo, em tempo hábil, as necessidades dos clientes;

Fazer previsão e provisão de equipamentos e materiais indispensáveis ao ato anestésico-cirúrgico;

Planejar as ações assistenciais e administrativas do centro cirúrgico (CC), norteando-se pelo regulamento interno;

Organizar, planejar e implementar as intervenções, avaliar qualitativamente e quantitativamente o cuidado prestado;

Ter conhecimento e habilidade para o manuseio dos equipamentos biomédicos e as tecnologias da comunicação e informação;

Planejar ações e supervisionar o suprimento e controle do estoque de materiais permanentes, de consumo e medicamentos;

Planejar o atendimento da equipe, racionalizando o tempo e os custos com menor desgaste físico e mental;

Promover ambiente adequado para realização do ato anestésico cirúrgico tanto para a segurança física e psicológica do paciente quanto da equipe cirúrgica;

Opinar sobre a qualidade e quantidade de recursos materiais, possibilitando maior acerto na aquisição desses;

Planejar, efetuar e avaliar programas de educação continuada aos componentes da equipe de enfermagem;

Fazer reuniões periódicas com a equipe de enfermagem;

Elaborar escalas mensais, diárias, férias e folgas dos componentes da equipe de enfermagem, de forma que atenda as suas solicitações;

Cultivar e manter um bom relacionamento com toda a equipe cirúrgica e de anestesia;

Manter integração com os enfermeiros das unidades de internação, chefias dos departamentos e setores do hospital e outros serviços extra-hospitalares;

Colaborar no desenvolvimento do ensino e da pesquisa no hospital;

Elaborar e atualizar o regulamento interno e o manual de procedimentos;

Elaborar e apresentar relatórios mensal e anual sobre as atividades realizadas no centro cirúrgico.

Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

3.1.2.2 Enfermeira de Centro Cirúrgico

Receber o plantão e providenciar as necessidades relativas às atividades administrativas e assistenciais;

Realizar visita pré-operatória na véspera da cirurgia;

Providenciar o transporte do paciente para o CC;

Receber e avaliar o paciente na recepção do CC;

Coordenar as atividades assistenciais prestadas pelos componentes da equipe de enfermagem;

Ter conhecimento e habilidade para o manuseio dos equipamentos biomédicos e as tecnologias da comunicação e informação;

Controlar, diariamente, os gastos com entorpecentes e psicotrópicos;

Elaborar o mapa operatório para o dia seguinte, com base nos pedidos de cirurgias e encaminhar para os setores que necessitam para realizar programação;

Supervisionar a limpeza diária do CC e das salas de cirurgias;

Controlar o número de pessoas na Sala de Operação (SO) durante o ato cirúrgico e exigir uso correto de roupa privativa no CC de todos os profissionais que entrem na unidade;

Providenciar avaliação médica e laboratorial periódica de todos os profissionais do CC;

Controlar e avaliar, periodicamente, as condições dos equipamentos e instrumentais;

Fazer pesquisa bacteriológica periódica no ambiente do CC;

Avaliar e controlar os produtos químicos usados na limpeza e desinfecção da unidade;

Colaborar com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

Conhecer as práticas de enfermagem, procedimentos, instrumentos e equipamentos essenciais durante a fase de implementação do cuidado de enfermagem;

Estar atualizada com as técnicas a fim de desenvolver os cuidados ao paciente cirúrgico;

Detectar o problema do paciente, planejar cuidados de enfermagem e avaliar as medidas adotadas;

Manter um atendimento humanizado na unidade;

Promover a interação e comunicação enfermeiro-paciente através da visita pré-operatória;

Promover a humanização da assistência prestada ao paciente cirúrgico, proporcionando segurança, auto-estima, integridade física e emocional;

Respeitar e fazer respeitar os direitos do paciente durante os procedimentos realizados;

Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

As autoras Meeker e Rothrock (1997, p. 16) completam as funções de enfermeira de centro cirúrgico:

Somando-se às funções de prestadoras de serviços de saúde, as enfermeiras também atuam como educadoras, advogadas e pesquisadoras. A enfermeira perioperatório ensina o pessoal da equipe de enfermagem e pacientes, e faz aconselhamento a pacientes, familiares/entes queridos que necessitam de ajuda no ajustamento a novos diagnósticos ou a alteração da imagem corporal. A enfermeira monitora os cuidados prestados ao paciente no centro cirúrgico e serve de advogada deste para assegurar uma alta qualidade. As enfermeiras perioperatórias devem ajudar as enfermeiras pesquisadoras a delinear problemas nos serviços perioperatórios que precisam ser investigados, participam naqueles estudos e utilizam os resultados na prática clínica.

Diante do exposto, é importante entender que cada instituição tem sua organização e essas funções podem ser modificadas, desde que sejam de acordo com a legislação em vigor e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Assim, deve ser enfatizado que o trabalho da enfermagem em centro cirúrgico só pode acontecer com a participação de uma equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, engenheiros, arquitetos e outros), e é necessário que seja desenvolvido entre esses profissionais, a conscientização de suas funções e a noção do quanto é importante o trabalho de todos para que se preste uma assistência de qualidade ao paciente cirúrgico.

3.2 A prática da gerência em enfermagem de centro cirúrgico

O termo gerência se origina do latim “gerentia, de gerere”, que significa “fazer”, conforme descreve Ferreira (1986, p. 684).

O mesmo autor define gerência como “ato de gerir; administração”.

Portanto, acredita-se que a fundamentação das teorias administrativas se faz necessária neste capítulo, a fim de se avançar na compreensão das questões subjetivas, sociais e estratégicas da enfermagem.

Para se falar em gerência faz-se necessário elucidar a Administração, nesse sentido, Kurcgant (1991, p.3) assinala que

Na enfermagem ou em outras profissões, o enfermeiro incorpora, em sua formação profissional, o saber de várias ciências. Dentre elas, a ciência da administração contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente, na administração do pessoal de enfermagem.

É imprescindível que a enfermeira aceite o desafio de participar da administração em instituição de saúde, para tanto, é importante que se preocupe em adquirir conhecimentos teóricos da administração para aplicar no seu trabalho, tornando-se, assim, uma profissional capaz de gerenciar o centro cirúrgico e trabalhar com a equipe multiprofissional os problemas do dia-a-dia dessa unidade, na maioria das vezes, emergenciais, da qual dependem vidas.

Sabe-se que a enfermeira de centro cirúrgico como administradora/gerente tem funções de: planejamento, organização, direção e controle de todas atividades relacionadas com o paciente e com a unidade. Portanto, a administração nada mais é do que a condução racional das atividades de uma organização seja ela lucrativa ou não-lucrativa (CHIAVENATO, 1997).

Chiavenato (1997, p. 2) reporta que

A administração revela-se nos dia de hoje como uma das áreas do conhecimento humano mais impregnada de complexidade e de desafios. O profissional que utiliza a administração como meio de vida pode trabalhar nos mais variados níveis de uma organização: desde o nível hierárquico de supervisão elementar até o nível de dirigente máximo da organização.

Entretanto, para o trabalho da enfermeira em centro cirúrgico, é irrefutável a contribuição das teorias da administração, que podem ser reconhecidas na prática profissional.

Chiavenato (1997, pg. 73) reporta que Taylor idealizou quatro princípios, a fim de que a gerência adquira novas atribuições e responsabilidades:

Princípio de planejamento: substitui no trabalho o critério individual do operário, a improvisação e atuação empírico-prática, pelos métodos baseados em procedimentos científicos. Substitui a improvisação pela ciência;

Princípio de preparo: selecionar os trabalhadores de acordo com as suas aptidões e prepará-los e treiná-los para produzirem mais e melhor, de acordo com o método planejado;

Princípio de controle: controlar o trabalho para se certificar de que o mesmo está sendo executado de acordo com as normas estabelecidas e segundo o plano previsto;

Princípio de execução: distribuir distintamente as atribuições e as responsabilidades, para que a execução do trabalho seja bem mais disciplinada.

Trevizan (1988, p.39) chama a atenção para o fato de que Taylor fundamenta-se na questão da melhor forma de execução do trabalho, “busca então aperfeiçoar os métodos de trabalho, motivado pelo aumento da eficiência e pela maior produtividade”.

Kurcgant (1991) assinala que na enfermagem existe muita preocupação “com o como fazer” enquanto prática profissional. Portanto, trabalha utilizando os princípios da administração de Taylor.

Trevizan (1988, p. 40) assinala que

A influência de Taylor que se faz presente de forma clara no serviço de enfermagem, principalmente ao nível de desempenho de tarefas dos subordinados; a preocupação notória em cumprir as tarefas, em executar o serviço e em verificar o desempenho através da quantidade de atividades realizadas são fatores valorizados pela administração, que também é centrada em tarefas – administração é entendida aqui como um detalhamento da técnica de trabalho.

Ainda essa ressalta a contribuição da teoria científica no serviço de enfermagem, mas, considera que existem desvantagens que tendem a desencorajar o uso dessa teoria pela profissão, principalmente, no que diz respeito à fragmentação do cuidado prestado ao paciente (propiciando omissão no atendimento e impedindo a coordenação e a comunicação) e inibindo a equipe de realizar atividades diversas, pois estão incorporados no esquema taylorístico.

Kurcgant (1991) reforça que, no taylorismo, a enfermagem no Brasil se ausenta da assistência, para se fixar na parte, que é a tarefa.

Como crítica a essa teoria, a autora refere que as pessoas não são devidamente consideradas, e as propostas de trabalho resultam em atividades rotineiras, com avaliação exclusivamente quantitativa.

Para Trevizan (1988), a teoria de Fayol, que focaliza as funções administrativas, pode ser de maior aplicabilidade ao trabalho da enfermeira que exerce funções administrativas.

Essa teoria considera a administração universal, tanto na teoria quanto na prática, em qualquer lugar ela é operativa, hospitais, práticas privadas ou públicas (ARNDT; HUCKABAY, 1983).

Chiavenato (1997) assinala que a teoria das Relações Humanas teve como objetivo corrigir a forte tendência à desumanização do trabalho, que surgiu com a introdução de métodos rigorosos, científicos e precisos, aos quais os trabalhadores deveriam forçosamente se submeter.

Kurcgant (1991) ressalta que existe uma relação entre a teoria das Relações Humanas e a enfermagem na administração de pessoal, no sentido que a enfermeira (líder), mediante a comunicação entre os demais membros da equipe, a enfermeira foi considerada elemento de suma importância para a continuidade e otimização da assistência de enfermagem.

Servo (2001b, p. 48) completa que

Compreendo que a enfermagem brasileira sofreu influência dessas teorias, tanto no ensino como na prática profissional, ao nível de unidade básica e de hospitais, desenvolvendo o método funcional (Taylorismo) como modalidade da assistência de enfermagem. Tem como premissa de que as enfermeiras são pessoas capazes de pensar e de planejar e os demais trabalhadores de enfermagem são os executores e vistos como pessoas que têm necessidades de supervisão rígida e direção constante.

Enfim, é importante ressaltar que as teorias administrativas trouxeram, para a enfermagem, um modelo administrativo que lhe norteou o trabalho, no planejamento, organização, direção e funções de controle, durante todos esses anos. Sendo, então, de responsabilidade da enfermeira adequá-las e executá-las de maneira eficiente e eficaz.

3.2.1 A enfermeira como gerente eficaz

A sociedade moderna apresenta um crescimento muito grande de instituições em todas as áreas de conhecimento. Elas exigem que os seus funcionários busquem conhecimentos e habilidades para tornarem-se gerentes capazes de vislumbrar novos horizontes e perspectivas sobre a realidade em que estão inseridos.

Drucker (1967,p. 20) assinala que a função do gerente é ser eficaz em qualquer lugar que ele a exerça, e assinala que ser eficaz é a “capacidade de conseguir que as coisas certas sejam feitas”.

Para a enfermeira ser eficaz na gerência de centro cirúrgico, é necessário, pois, que ela tenha a capacidade de realizar seu trabalho com qualidade, por meio das normas práticas que vêm de ser relacionadas.

Brocka (1994, p. 3) assinala que o gerenciamento de qualidade é

uma filosofia que tem por finalidade melhorar continuamente a produtividade em cada nível de operação e em cada área funcional de uma organização, utilizando todos os recursos financeiros e humanos disponíveis.

Para Motta (1999, p. 26), “gerenciar é a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer, de obter resultados”. Portanto, os resultados, os gerentes podem prever, definir, analisar e avaliar, para que, esses objetivos sejam alcançados, para tanto, é necessária a participação de todos os atores sociais.

Sabe-se que a gerencia é um processo por meio do qual um grupo de pessoas, em uma instituição, dirige suas ações e recursos para alcançar metas e objetivos comuns. De forma que, não se trata de um trabalho realizado por uma pessoa, mas, por um grupo que beneficia a revelação de liderança num determinado momento, a depender da especificidade do problema solucionado.

Reportando para o centro cirúrgico, observa-se que a enfermeira não pode trabalhar só, mas, com a equipe, cada um com suas funções definidas, entretanto, um colaborando com o outro.

Mota (1999, p.23) reporta que “existem habilidades gerenciais que tem de ser conquistadas na experiência do dia-a-dia, enfrentando-se as contradições e mutações da empresa moderna”. Ademais, o autor conclui que existem outras

habilidades que são sistematizadas e que podem ser ensinadas e aprendidas por aqueles que se dedicam à gerência como profissão.

Para Chiavenato (1997), a habilidade que mais se adapta na gerência é a “*técnica*” e a “*humana*”, essas habilidades podem-se adequar, principalmente quando o trabalho é realizado em uma organização em que o cliente é uma “*pessoa*” que necessita de atenções e cuidados especiais, tendo como colaboradores desse trabalho uma equipe multiprofissional como ocorre em uma instituição hospitalar.

Mota (1999) reporta que gestão é um termo genérico que sugere, tanto quanto seus sinônimos, a idéia de decidir; gerente designa função executiva de grandes empresas. Entretanto, assinala que gerenciar é um ato de buscar as causas (meios) da impossibilidade de se atingir uma meta (fim), estabelecer contramedidas, montar um plano de ação, atuar e padronizar em caso de sucesso.

Para Antunes (1999) os gerentes sabem que as mudanças devem ter início neles próprios, para atingir as metas, estão aprendendo essa nova maneira de dirigir a empresa, por meio de corporações saudáveis, a fim de sobreviver em longo prazo e não apenas de lucrar em curto prazo.

Campos (1994) declara que a gerência é essencialmente atingir meta; não existe gerenciamento sem metas.

Eis aí uma afirmação incompleta para o gerenciamento em instituição de saúde, em que o cliente é o *paciente*, o que além do alcançar metas, depende da presença de um líder que promova um gerenciamento humanizado e de qualidade. É pertinente ressaltar que as organizações são diferentes, e, para cada uma delas, exige-se um aprendizado diferente.

Sabe-se que, para atingir metas, é indispensável a eficácia do gerente, esse deve preocupar-se com a qualidade, portanto, os princípios de qualidade são aplicados em todos os níveis em uma empresa, desde a alta gerência até o nível mais baixo da hierarquia.

Luthans, citado por Maximiano (2000, p. 35), realizou estudo sobre as atividades dos gerentes e classificou-as em quatro categorias:

Funções gerenciais: tomar decisões, planejar e controlar;
Comunicação: trocar e processar informações; processar documentação;
Administração de recursos humanos: motivar, resolver conflitos, contratar pessoal, treinar;
Relacionamento (*networging*): manter relações sociais, fazer política, interagir com pessoas de fora da organização.

Maximiano (2000) assinala que, para desempenhar com eficácia um cargo de gerente, deve-se ter competências, conforme a classificação:

Conhecimento: competência técnica sobre o assunto administrado,

comportamento humano e sobre técnicas de administração;

Habilidades: *habilidade técnica* (conhecimentos, métodos e equipamentos necessários para a realização das tarefas que estão dentro do campo de sua especialidade técnica); *habilidade humana* (compreensão das pessoas e de suas necessidades, interesses e atitudes); *habilidades de liderança* (necessária para a realização das tarefas que envolvem a equipe de subordinados do gerente: orientação, treinamento, motivação, uso de autoridade); *habilidades para tomar decisões em condições de ambigüidade*⁴ (situações imprevistas, que o gerente necessita diagnosticar e que exigem a capacidade de decidir, em primeiro lugar, se é preciso decidir);

Atitudes: são competências que dão oportunidade para que as pessoas interpretem e julguem a realidade e a si próprios.

Motta (1999, p. 28) ressalta que

O aprendizado gerencial é o processo pelo qual um indivíduo adquire novos conhecimentos, atitudes e valores em relação ao trabalho administrativo; fortalece sua capacidade de análise de problemas; toma consciência de alternativas comportamentais; reconhece melhor seu próprio estilo gerencial e obtém habilidades para uma ação mais eficiente e eficaz em determinados contextos organizacionais.

Cunha (1994 p. 11) assinala que “as funções gerenciais demandam conhecimento. Quanto maior o conhecimento de um indivíduo, maior é a possibilidade de atingir metas nunca antes imaginadas”.

Drucker (1967) ressalta que a inteligência, a imaginação, o conhecimento são qualidades essenciais, mas somente a eficácia poderá convertê-las em resultados. Portanto, a eficácia é a tecnologia específica do trabalhador dentro de uma organização.

Sabe-se que, no gerenciamento de centro cirúrgico, além do conhecimento teórico, é salutar que a enfermeira tenha um conhecimento que só se consegue

⁴ Ambigüidade é “o que acontece quando o gerente tem poucas informações para lidar com essas situações” (Maximiano, 2000 p. 44).

adquirir no dia-a-dia, ou seja, em trabalhos realizados no decorrer de sua vida e que traz consigo, independente da posição que no momento exerce.

Enfim, é interessante destacar que, na gerência de centro cirúrgico, as enfermeiras devem produzir grandes resultados de forma que sejam felizes consigo mesma, sintam-se bem com a instituição e com toda a equipe com que trabalham, dessa forma, com certeza serão eficazes.

3.3 Gerência da enfermeira em centro cirúrgico no mundo contemporâneo

Observa-se que, com tantas transformações por que passa a sociedade, as novas oportunidades que vão surgindo exigem que a enfermeira não só administre o serviço de enfermagem, mas, serviços outros, com as responsabilidades de um gerente eficaz.

Para Servo (2001b, p.68), “o trabalho da enfermagem compreende quatro processos: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, ensinar/educar e investigar/pesquisar”.

Será dada ênfase ao processo gerenciar/administrar da enfermagem. Nessa maneira de gerenciar, a enfermeira de centro cirúrgico coordena e lidera atividades assistenciais, atividades administrativas e atividades tecnológicas.

Para Silva (2000, p. 13), o gerenciamento da enfermagem envolve dois processos:

Gerenciamento administrativo: consiste na coordenação de recursos (meios) para atingir os fins em uma instituição e grupo;
Gerenciamento clínico: consiste na coordenação da assistência prestada ao cliente, para que possam ser atendidas as necessidades básicas, ou seja, é agir sobre os fins e, portanto, de fundamental importância para qualquer atividade assistencial.

Acrescenta-se ao gerenciamento do centro cirúrgico o gerenciamento tecnológico, visto que a enfermeira coordena e lidera atividades assistenciais, atividades administrativas e atividades tecnológicas.

Na realidade, quanto ao gerenciamento das atividades tecnológicas, observa-se que a enfermeira se afasta das novas tecnologias, talvez por medo do desconhecido ou por não perceber o valor que essas representam para a sua atuação na unidade de centro cirúrgico.

Mezomo (1994, p. 186) adverte que “quem não se desloca velozmente no mundo de hoje vai ficando para trás no tempo e o tempo não é bem removível. Ele se consome e deixa de existir a cada momento”.

Korbes (1994, p. 312) assinala que “as organizações estão sendo avaliadas pelos seus clientes não somente pelos custos, mas sim pela qualidade de seus resultados (produtos ou serviços)”.

Mezomo (1992, p. 114) salienta que “a inovação é a criação ou introdução de algo novo na organização”.

O autor assegura que a inovação é a ferramenta adequada dos empreendedores que ressaltam as mudanças como normais e benéficas.

A tecnologia, em todas as áreas, evolui muito rapidamente, é necessário, portanto, que a enfermeira que gerencia o centro cirúrgico, desenvolva novas habilidades e novos conhecimentos referentes à tecnologia para que ofereça ao paciente uma assistência de qualidade e com vantagens competitivas.

Cunha (2002) alerta que a rápida obsolescência do conhecimento causada pelas contínuas mudanças tecnológicas e mercadológicas impõe a necessidade de transformar o aprendizado em uma prática constante.

Servo (2001b, p.69) argumenta que

Atualmente, a divisão do trabalho de enfermagem caracteriza-se pelo trabalho parcelado, considerando a existência de categorias heterogêneas de trabalhadores – enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, que se evidencia nas diferenças de qualificação profissional, na própria divisão social do trabalho, além da divisão técnica (...). Nessa divisão social e técnica, a enfermeira, em menor número na composição da força de trabalho, assume o trabalho mais intelectual e a posição mais privilegiada no topo da pirâmide hierárquica, centrando suas atividades no gerenciamento.

Portanto, cabe à enfermeira a responsabilidade de promover um ambiente que possibilite o crescimento de toda a sua equipe. Para isso, é necessário investir na educação e no treinamento, saber ouvir as dificuldades e necessidades dos seus colaboradores para que possa fortalecê-las no sentido de alcançar os objetivos da instituição.

Observa-se que as enfermeiras de centro cirúrgico necessitam ser líderes positivas, a fim de que sejam idealistas na profissão e a façam crescer em todos os sentidos. Dessa forma, com certeza, ajudarão a construir um amanhã melhor para toda a população.

3.3.1 Liderança: indispensável na gerência da enfermeira em centro cirúrgico

Acredita-se que a administração contemporânea seja uma das áreas mais importantes de atividade humana e que supõe a atuação de pessoas qualificadas e empenhadas no bom gerenciamento dos negócios. Nesse processo, a liderança constitui fator relevante para a fluência e a eficácia das transações. As instituições de saúde não de ser consideradas dentro dessa ótica. Em centro cirúrgico, de que ora se trata, a liderança da enfermeira faz-se imprescindível para ações bem-sucedidas fundadas no bom relacionamento entre os membros da equipe sob sua orientação.

Cunha (2002) afirma que, um dos primeiros conhecimentos que a enfermeira como gerente da equipe de enfermagem, deve ter e dominar é o conhecimento da liderança.

Para Motta (1994, p. 221) “liderar significa descobrir o poder que existe nas pessoas, torná-las capazes de criatividade, auto-realização e visualização de um futuro melhor para a organização em que trabalham”.

Esse autor enfatiza que a liderança é, essencialmente, o resultado de habilidades humanas adquiridas por pessoas, e que são perfeitamente tratáveis como uma dimensão básica da formação gerencial.

O quadro 1, a seguir, mostra a diferença que Motta (1994, p. 222) faz entre mitos e realidades, em relação à liderança.

Quadro 1: Mitos e realidades sobre liderança

<i>Liderança não é:</i>	<i>Liderança é:</i>
1 Mágica ou mistério	1 Habilidade humana e gerencial
2 Propriedades de pessoas eminentes	2 Alcançável por pessoas comuns
3 Frutos de qualidades especiais inatas	3 Produtos de habilidades e conhecimentos aprendidos
4 Panacéia para a solução de todos os problemas	4 Forma de comunicação e articulação de uma missão e de frutos alternativos
5 Uso de poder pessoal para garantir seguidores ou propósitos pessoais	5 Uso do poder existente nas pessoas para garantir o alcance de propósitos comuns

Fonte: Tabela adaptada de Motta, 1999 p.222.

Portanto, um líder pode ser uma pessoa comum que aprenda no dia-a-dia do seu trabalho a incentivar o trabalho em equipe, buscar a participação de todos os funcionários, a fim de trazer benefícios indispensáveis ao gerenciamento da instituição.

Antunes (1999) ressalta que o gerente tem a sinal de participação, é líder, é facilitador, fazendo com que o grupo planeje e consiga atingir os objetivos. Mostra, portanto, que cada membro da equipe é importante para o sucesso da empresa.

Motta (1999) reporta que a gerência existe porque existem atividades que um indivíduo não pode fazer de forma isolada. Desse modo, uma instituição necessita da cooperação de outros para uma ação coletiva na busca de um objetivo comum.

O mesmo autor assinala que a gerência é um exercício de uma atividade que

exige mais de uma pessoa para exercê-la
 existe um objetivo comum
 requer uma ação calculada ou uma racionalidade de meios para alcançar os fins
 necessita de cooperação e coordenação entre indivíduos, para que um não atue em detrimento ou oposição do outro (MOTTA, 1999 p.37).

Outrossim, o gerente deve realizar a sua administração com a meta principal de buscar a melhoria, privilegiando o trabalho em equipe, a confiança de todas as pessoas de seu *staff* e a sua capacidade produtiva.

As considerações que vêm de ser expostas levam à idéia de que, para se um líder, torna-se necessário que ela invista tempo e energia no futuro da unidade, no seu pessoal, além de transmitir seu poder aos liderados.

3.4 A Enfermeira de centro cirúrgico no gerenciamento de novas tecnologias

O termo tecnologia provém de técnica que, de acordo com o vocabulário latino, significa arte ou habilidade, então, depreende-se que a tecnologia é uma atividade que está ligada à prática (Grinspun, 1999).

Para Alessio e Shimizu (2001, p.81) “a técnica é tão antiga quanto o homem, porquanto pode dizer que, quando o homem paleolítico confeccionou o primeiro utensílio com a pedra lascada, estava iniciando o emprego da técnica”.

Alessio e Shimizu (2001, p.81) citam Gama que define a técnica como “o conjunto de regras para fazer coisas, envolvendo a habilidade do executor, no uso das mãos, dos instrumentos, ferramentas e máquinas”.

Lévy (1999, p. 25) assinala que “uma técnica é produzida dentro de uma cultura, e uma sociedade encontra-se condicionada por suas técnicas”.

O autor acrescenta que para dizer que técnica condiciona denota descrever que oferece possibilidades, que algumas opções culturais ou sociais não poderiam ser pensadas a sério sem sua presença.

Scarponi (1994) ressalta que o termo tecnologia tem uma conotação ampla e se refere às técnicas, métodos, processamentos, ferramentas, produtos químicos ou biológicos, equipamentos e instalações que participam das realizações e obtêm um produto.

Michaloski et al (200, p. 55) citam Espindola e Vargas que reportam que a “tecnologia é como uma simbiose da cultura técnica com a cultura científica, produzindo uma sinergia que leva a algo mais do que a soma da técnica e ciência, a soma de produtos, processos e máquinas”.

Os autores destacam que a tecnologia é uma fusão da cultura artesanal com a cultura científica, que é avaliada, também, por sua utilidade e eficácia na produção de bens e serviços.

Portanto, para uma melhor compreensão, é importante entender que as tecnologias são produtos da ação humana, historicamente construída, expressando relações sociais das quais dependem, que são também influenciadas por eles. Os produtos e processos tecnológicos são pois, artefatos sociais e culturais, que carregam consigo relações de poder, intenções e interesses diversos.

Dessa forma, aplicar o conhecimento da tecnologia no cotidiano da enfermeira significa levá-la a compreender melhor o seu papel como administradora da assistência ao paciente no perioperatório, utilizando os novos recursos.

Nesse sentido, Grinspun (1999, p. 49) afirma que

a tecnologia deve ser tratada no contexto das relações sociais e dentro de seu desenvolvimento histórico. Ela é o conhecimento científico transformado em técnica que, por sua vez, irá ampliar a possibilidade de produção de novos conhecimentos.

A autora reforça que o principal objetivo da tecnologia é aumentar a eficiência da atividade humana em todas as esferas, incluindo a produção.

Chiavenato (1997, p. 22) assinala que “as organizações utilizam alguma forma de tecnologia para executar suas operações e realizar suas tarefas”. Essa tecnologia poderá ser tosca e rudimentar ou poderá ser sofisticada, porém, todas as organizações dependem de um tipo de tecnologia para poderem funcionar e alcançar seus objetivos, ressalta o autor.

Chiavenato (1997, p. 818) reporta que a tecnologia tem influência sobre a organização e completa que:

1 a tecnologia tem a propriedade de determinar a natureza da estrutura organizacional e de comportamento organizacional das empresas. Existe um forte impacto da tecnologia sobre a vida, natureza e funcionamento das organizações.

2 a tecnologia (racionalidade técnica) tornou-se um sinônimo de eficiência. E a eficiência tornou-se critério normativo pelo qual os administradores e as organizações são costumeiramente avaliados.

3 a tecnologia, em nome do progresso, cria incentivos em todos os tipos de empresas, para levar os administradores a melhorar cada vez mais a eficácia⁵.

Grinspun (1999) assinala que um aspecto bastante interessante é entender melhor a tecnologia e conhecer que seu principal objetivo é aumentar a eficiência da atividade humana em todas as esferas.

Para tanto, Chiavenato (1999) divide a tecnologia em: *tecnologia incorporada* - está contida em bens de capital, matérias-primas intermediárias ou componentes; *tecnologia não-incorporada* encontra-se nas pessoas – como técnicos, peritos, especialistas, engenheiros, pesquisadores – sob formas de conhecimentos intelectuais ou operacionais, facilidade mental ou manual para executar as operações.

Mezomo (1994, p. 186) acrescenta que “administrar com sucesso, num mundo contemporâneo, requer perícia adicional, que consiste em uma grande massa de novos conhecimentos e saber modernos”.

Observa-se que a introdução cada vez maior de elementos tecnológicos e científicos nos mais variados campos da ação humana, incluindo os serviços

⁵ Eficácia de uma empresa refere-se à capacidade de satisfazer uma necessidade da sociedade por meio de suprimentos de seus produtos (bens ou serviços) (CHIAVENATO, 1997, P. 235)

públicos e privados, exige a atualização de procedimentos de trabalho em velocidade que o ensino formal não consegue acompanhar.

Ribeiro (1999) enfatiza que na área de saúde, o crescimento tecnológico está incorporado ao processo de trabalho e contribui para prolongar a vida do paciente, reduzindo seu sofrimento físico.

Entende-se que a ciência interage com a tecnologia e essa com a enfermagem, portanto, a enfermagem sem a tecnologia ficará sem crescer no meio científico.

O Decreto Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987 (COREN, 1999, p. 33-39) que regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 (COREN, 1999), que dispõe sobre o exercício da enfermagem no Brasil, em seu artigo 8º, diz, na alínea h, que cabem ao enfermeiro, privativamente, “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas” e nas atividades como integrante da equipe de saúde, na alínea n, “participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada”; e na alínea q, “participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde”.

Com base nessas constatações e reflexões, considera-se que o conhecimento e domínio das novas tecnologias são de grande importância para a enfermeira de centro cirúrgico, que depende dela, para garantir um atendimento seguro ao paciente no perioperatório. Por meio dessas tecnologias, o paciente recebe o cuidado de que necessita; a enfermeira administra empregando diferentes equipamentos, técnicas e métodos.

Diante da necessidade de os profissionais de saúde dominarem a tecnologia e estarem preparados para a competitividade do novo padrão tecnológico, exige-se requalificação, aperfeiçoamento profissional e o domínio de novas especificidades.

Torna-se necessária atualização tecnológica e profissional para todos os profissionais da área de saúde, em vista de que, a educação continuada representa a melhor opção.

3.4.1 Tecnologia biomédica

Sabe-se que as inovações tecnológicas tiveram início no final do século XIX, com a Revolução Industrial e a II Guerra Mundial, e alcançaram, no século XXI, uma rapidez de implantação e um alcance sem precedentes.

É salutar acrescentar que as inovações tecnológicas alcançaram também a área de saúde e sobretudo a unidade de centro cirúrgico.

Boemer citada por Lopes et al (1998, p. 54), considera que

uma invasão da técnica com todo tipo de maquinário vem sendo criado pelo homem a partir do seu conhecimento. Essa tecnologia moderna, criada pelo homem a serviço do homem, tem contribuído em larga escala para solução de problemas antes insolúveis e podem reverter em melhores condições para o paciente.

A tecnologia passou a oferecer, à área de saúde, um grande sustentáculo, no que diz respeito a diagnóstico, terapia e reabilitação, como também no gerenciamento das informações e dos recursos disponíveis nas unidades de saúde.

No Brasil, é grande o crescimento das tecnologias na área de saúde, o que resulta em uma grande oferta dessas tecnologias, bem como na crença generalizada no poder resolutivo desses recursos em centro cirúrgico.

Considera-se tecnologia biomédica os equipamentos utilizados em centro cirúrgico, que dão suporte à equipe de saúde nos cuidados prestados ao paciente no perioperatório.

Sabe-se, que os benefícios gerados pelos avanços dos equipamentos biomédicos utilizados pelos profissionais de enfermagem na assistência ao paciente no perioperatório são muitos. Dentre eles destaca-se: monitor cardíaco (monitora-se a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura), desfibrilador cardíaco (realiza-se o ECC e a cardioversão), oxímetro de pulso (monitora-se a saturação de oxigênio no sangue e frequência cardíaca), bomba de infusão (tem-se maior precisão na administração das medicações, controle de infusão e redução de incidência de infecção no local da punção), capnógrafo (obtem-se leituras de dióxido de carbono e frequência respiratória), aspirador mecânico (para aspiração de secreções), esfigmomanômetro e estetoscópio (para aferição da pressão arterial), entre outros equipamentos.

Observa-se que existe uma dificuldade por parte desses profissionais em gerenciar essas tecnologias, dificuldade que, muitas vezes, ocorre pelo despreparo para os desafios criados pelas tecnologias.

Para Muhlen (1995) os profissionais de saúde estão seguros do ganho que as tecnologias trazem no exercício da profissão, mas, a utilização e a operacionalização ainda deixam a desejar.

Nesse sentido, Barnard (1999) esclarece que o conhecimento e a habilidade são importantes para a utilização da tecnologia, sem eles, os equipamentos não têm nenhum proveito.

Portanto, a enfermeira de centro cirúrgico necessita, além da atualização, do apoio de profissionais responsáveis pelo controle dos equipamentos biomédicos (engenheiros clínicos⁶) para dar o suporte necessário por meio de assessoramento, e no processo de incorporação e conservação de tecnologias, buscando otimizar-lhes a utilização no atendimento de saúde.

É relevante destacar que a enfermeira deve participar da seleção desses equipamentos, a fim de fornecer dados essenciais para aquisição dos mesmos.

Neste sentido, Silva et al (1997) ressaltam que a qualidade é essencial na realização do planejamento de equipamentos do centro cirúrgico, pois está pertinente a durabilidade dos mesmos e à segurança ao paciente no perioperatório.

Para que a equipe multiprofissional de centro cirúrgico possa trabalhar com segurança, existem portarias do Ministério da Saúde que se referem a infra-estrutura e instalações de equipamentos, como a Portaria 2.662, de 22/12/95, que torna obrigatória a observância da NBA 13.534 (Norma Brasileira Regulamentada), intitulada “Instalações elétricas para estabelecimentos assistenciais de saúde e requisitos de segurança” (BRITO e MAGALHÃES, 1998).

Assim, para que a enfermeira domine e opere os equipamentos biomédicos com segurança, a fim de controlar os riscos de acidentes, é fundamental o conhecimento e utilização das informações contidas no manual de operação fornecido pelo fabricante e, também, a participação constante em cursos de atualização com o apoio da administração da instituição.

⁶ Engenheiro Clínico “é o profissional que mantém e melhora o atendimento dispensado ao paciente através da aplicação de técnicas de engenharia e gerenciamento nas tecnologias de saúde” Segundo a American College of Clinical Engineerin citado por Mullher (1995, p. 27).

3.4.2 Tecnologia da comunicação e informação

O homem está vivendo uma era de transformações rápidas e intensas, em todos os sentidos. As novas descobertas há pouco tempo, sonho, hoje, uma grande realidade.

Os modernos recursos científicos e tecnológicos que vêm dando oportunidade a grandes avanços na realização de ações na assistência à saúde da população são uma prova da evolução conquistada.

Atualmente, os profissionais de saúde estão utilizando os recursos tecnológicos da comunicação (fax, telefone, vídeo-conferência, correio eletrônico, entre outros), como forma de beneficiar seus pacientes e auxiliá-los na assistência.

França (2000) assinala que essas tecnologias vão facilitar, ainda mais, o intercâmbio dos profissionais de saúde entre si e com os pacientes, e, também, resolver à distância casos de ordem propedêutica e terapêutica.

Para Ferreira e Lira (2000, p. 178) “o uso rotineiro de informações em um hospital atende às necessidades, *a priori*, de dois processos: a assistência ao paciente e o funcionamento do próprio hospital”.

Cunha (2002) ressalta que, com a chegada da tecnologia da informação, globalização da produção e com as constantes mudanças que vem ocorrendo no ambiente de trabalho, existe a necessidade dos profissionais se adaptarem com estas inovações.

Para tanto, percebe-se a necessidade de abordar a informação e comunicação em saúde, e em especial em enfermagem, que muito é e será utilizada pela enfermeira no gerenciamento de centro cirúrgico. Com o crescimento tecnológico, a informação, em especial, constitui o elemento básico para a prática da enfermagem perioperatória em centro cirúrgico, a fim de melhorar a qualidade da assistência que deve prestar.

Marin (2000) reporta que os enfermeiros são as responsáveis pelo cuidado com o paciente, eles gerenciam e controlam aspectos relativos a atendimento ao paciente e representam, na área de saúde, a equipe que permanece 24 horas em contato com o paciente, com a função de garantir a continuidade do cuidado, segurança e bem-estar.

Pessini (2000, p.164) assinala que

É nossa esperança que a tecnologia da informação em saúde, potencialize sempre mais a comunicação humana, geradora de comunhão, para além do campo profissional, em todos os âmbitos da vida humana.

Tachinardi (2000, p. 165) reporta que

A informação é o maior patrimônio e ferramenta para a saúde, comunicação é o fio condutor que permeia as ações nessa área. O desenvolvimento de soluções de tecnologia de informação adaptado à Saúde é, portanto, uma necessidade absoluta.

Vale ressaltar que a implantação da informatização não é apenas a instalação de computadores, terminais e impressoras. Constitui mudança de procedimento. Portanto, é necessário orientar os profissionais para a cultura da informação e comunicação, as melhores formas de promover a saúde do paciente no perioperatório.

Saba e McCormick, citadas por Marin (2000, p. 201), referem que o termo “informática em enfermagem” surgiu para descrever o uso da tecnologia de computadores na enfermagem.

Para Goosen (2000, p. 7) “Informática em Enfermagem é uma empenho científico multidisciplinar que analisa e modela os dados da enfermagem, processa a informação e conhecimento, através de decisão baseada em conhecimento e como cuidar do paciente, usando conhecimento empírico e experimental para aumentar o âmbito da qualidade da pratica profissional”.

Graves e Corcoram, citadas por Marin (2000, p. 201), definem a Informática em Enfermagem “como uma combinação de ciência da computação e da ciência de enfermagem destinada a assistir o profissional no gerenciamento e processamento dos dados de enfermagem, da informação e do conhecimento para apoiar a prática de enfermagem e a prestação de assistência ao paciente”.

A comunicação por meios eletrônicos esta cada vez mais presente na vida das pessoas e das organizações. Sabe-se que existe um número crescente de usuários da Internet no mundo.

Tachinardi (2000, p. 168) assinala que

Não é possível nesta mudança de milênio deixar de destacar o fator internet como o principal agente de mudanças e paradigmas tecnológicos. Como todos os campos de conhecimento, a Saúde vem sofrendo transformações devido à massificação desse novo meio de comunicação.

Esse autor chama a atenção para o fato que a internet permite a troca de informações de forma quase ilimitada (computadores-humanos, computadores-computadores e humanos-humanos), tornando-se, assim, um grande aliado para atingir novas fronteiras.

As instituições hospitalares, pelo que se observa preocupam-se cada vez mais com a evolução tecnológica e estão começando a investir na tecnologia da informação e comunicação, com o objetivo de ampliar a eficácia e eficiência de suas ações e oferecer um atendimento de qualidade ao cliente.

No mesmo sentido, Tachinardi (2000, p. 168) evidencia as premissas importantes a respeito da internet: “as empresa e as estruturas públicas da saúde estão na sua maioria conectadas à internet; a internet permite distribuir serviços a longa distância”.

Portanto, a internet também promove transformações na saúde: o conhecimento técnico-científico é cada vez maior; os serviços de saúde estão cada vez mais especializados, exigindo maior troca de informações entre diversos componentes dos sistemas; os pacientes estão cada vez mais informados e conscientes sobre suas doenças, muitas vezes mais que os profissionais Tachinardi (2000).

Para implementar mudanças na unidade de centro cirúrgico, é necessária que a gerente de enfermagem esteja voltada para transformações inovadoras e criativa, tendo em mente que seu trabalho só será realizado a contento se a sua equipe for também capaz de se desempenhar com habilidade, compromisso e responsabilidade compartilhada, enfim, demonstrar ser uma equipe consciente da sua missão na instituição de que é integrante.

Assim, o sistema de informação em enfermagem estará atuando como um impulso para reestruturar a profissão, a fim de que o enfermeiro possa explorar a natureza da profissão, a essência da prática, o corpo do conhecimento científico, ajudando a adquirir habilidades cada vez mais especializadas para proporcionar um melhor nível de atendimento à saúde de seus clientes (MARIN, 2000).

3.5 Educação permanente: uma necessidade para a enfermeira de centro cirúrgico frente às novas tecnologias

As mudanças socioeconômicas forçaram uma grande transformação no estilo de vida e nas concepções sociais enfatizando, assim, o entendimento de que o homem é um ser incompleto e que existe a necessidade de sempre aprender mais. As transformações tecnológicas no mundo contemporâneo têm estimulado o desenvolvimento da educação continuada, no sentido de se rever, atualizar e aumentar conhecimentos e habilidades dos profissionais.

Para os profissionais de enfermagem que atuam em centro cirúrgico, frente ao crescente avanço do conhecimento, faz-se necessária a atualização científica constante visando o aprimoramento desses, em prol do paciente. Para crescer profissionalmente, a enfermeira deve preparar-se para o futuro, será prudente que introduza o aprendizado contínuo em sua vida. Essa concepção incorporada à vida da enfermeira implicará um novo agir profissional e a impedirá de sentir-se excluída do processo de mudanças e de ser desconhecadora, das novas tecnologias.

Como se vê neste estudo, a educação permanente é concebida como educação continuada que é entendida da mesma forma que Lowe, citado por Destro (1995 p. 25), como “toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes”.

Destro (1995, p. 25) reporta que na conferência de Elsinor, a educação continuada foi focalizada como educação de adultos, isto é, “um tipo de educação cursada voluntariamente pelos adultos, com o objetivo de alcançar um desenvolvimento pessoal e profissional”.

Leite e Pereira (1991) assinalam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua “educação contínua como um processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal a aprender competências importantes para o seu trabalho”.

As autoras reportam a opinião da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que considera a educação contínua como “um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinada a atualizar e melhorar a capacidade de

uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e as necessidades sociais” Leite e Pereira (1991, p. 149).

Tantas definições de educação continuada levam a pensar que, uma vez que a sociedade torna-se sempre mais dependente do conhecimento, é necessário questionar e mudar certos pressupostos que fundamentam a educação atual.

Para Valente (2001), a aprendizagem é uma atividade contínua, que se inicia nos primeiros minutos da vida, estende-se ao longo dela. O conceito de aprendizagem não é, portanto, restrito ao período escolar, inicia-se na infância e percorre por toda a vida.

Segundo Silva (1989), a continuidade da educação tem dois aspectos importantes. O primeiro é o de que, como os desafios, as tarefas que a sociedade requer do homem durante a sua vida vão se modificando no conteúdo e no significado, isso gera, no indivíduo, a necessidade de desenvolver outras capacidades de ação e de trabalho; o segundo aspecto é o de que existe um interesse de aproveitar, para fins coletivos, a força de trabalho de cada um dos membros de um grupo, e a alteração do grau de desenvolvimento do trabalho implica a necessidade de mais educação para esses membros. Assim, podemos rematar que, onde há sociedade, há educação; prontamente ela é continuada.

Como estratégia para que ocorra a educação e desenvolvimento do trabalhador, é importante a educação no local de trabalho, facilitando, assim, a transformação do potencial do empregado em comportamentos objetivos, além de oferecer condições para que esse interprete e utilize a realidade que o cerca.

Nas instituições de saúde, os serviços de enfermagem, parte integrante das organizações, vêm compreendendo a necessidade de promover oportunidades de ensino para seu pessoal, no sentido de melhorar a prática da enfermagem.

Oguisso (2000) ressalta a importância da atualização dos conhecimentos técnicos, científicos e culturais, considera ser o sinônimo de desenvolvimento profissional.

Para Kurcgant (1991), o ponto de partida, para que a educação do pessoal de enfermagem se torne efetiva, é a enfermagem ter, na filosofia, a crença no valor da educação como um meio de crescimento de seus funcionários, contribuindo para a melhoria da assistência à clientela.

A educação deve ser entendida, pois, como um princípio amplo que percorre toda a vida do indivíduo, garantindo o acesso ao conhecimento, propiciando o desenvolvimento profissional e promovendo a melhoria da qualidade da assistência.

Na enfermagem de centro cirúrgico, a educação continuada é uma ferramenta importante, a fim de inserir o profissional no cenário de mudanças. Portanto, se a enfermeira não busca espaço para a criatividade ou não enfrenta desafios para melhorar a qualidade de sua gerência, corre o risco da estagnação.

Considera-se importante essa prática para o aperfeiçoamento profissional e a satisfação pessoal, pela qual a enfermeira conquista cada vez mais espaço, com assistência qualitativa, humanismo no atendimento e reconhecimento profissional almejados por toda a equipe de enfermagem que assume com responsabilidade a profissão.

Para Oguisso (2000, p. 25), “é inegável que esse aperfeiçoamento trará benefícios diretos para a assistência ao paciente, família, e indiretamente, para toda a equipe de enfermagem e a instituição”.

Ademais, a educação continuada é uma necessidade para a enfermeira de centro cirúrgico, no desenvolvimento de sua postura crítica, autoavaliação, autoformação, autogestão, promovendo, assim, os ajustes necessários no sentido de trabalhar as diferenças existentes na equipe de enfermagem, na transmissão de saberes e do saber-fazer *in locus*, continuamente, traduzindo-se numa prática social que mobiliza todas as possibilidades e saberes dos atores sociais envolvidos.

Este novo agir profissional da enfermeira de centro cirúrgico a levará a desenvolver a competência continuada, por meio da cooperação, participação, responsabilidade, capacidade decisória e de intervenção.

3.6 A enfermeira na gerência de centro cirúrgico: a prática da humanização e da ética

Com o grande avanço tecnológico na área de saúde, em especial em centro cirúrgico, faz-se necessário que a enfermeira tenha o conhecimento das novas tecnologias, uso adequado, riscos e ameaças das mesmas para a humanidade, tanto de forma geral como para o paciente no perioperatório em particular.

Para Groah (1997, p. 13), “na enfermagem de centro cirúrgico, se vêem a aliança entre o cuidado, a tecnologia e a ética, enfatizando a importância de se balancear cada uma delas”. Portanto, seria difícil assistir o paciente sem conhecer e assumir com responsabilidade essas novas tecnologias de maneira que possa promover e proteger a dignidade humana.

Pela complexidade e o iminente risco de vida presente no centro cirúrgico, essa é uma unidade estressante para o paciente, família e toda a equipe cirúrgica, de cujo contexto não pode ser dissociada a humanização. Sabe-se que a enfermeira pode assistir o paciente no perioperatório, utilizar as novas tecnologias e, ao mesmo tempo, humanizar, integrando, assim, os recursos tecnológicos com o atendimento ao ser humano, que tem sentimentos, e não como um conjunto de sinais e sintomas.

Querubim, citado por Santos, Toledo e Silva (1999, p. 26) definem humanizar como:

um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer o tratamento que merecem enquanto pessoas humanas, dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada momento do hospital.

Ferreira citado por Takeshitos, e Ribeiro (1998, p. 27) definem “humanizar significa tornar humano, dar condições humanas, adquirir hábitos sociais e polidos”.

Para que o trabalho em centro cirúrgico torne-se humanizado, é conveniente que a enfermeira demonstre em suas ações que o progresso da tecnologia e da ciência não impede de humanizar a unidade, portanto, a humanização é indispensável nas relações enfermeiro-paciente, que tanto enobrece, dignifica e eleva os ideais da enfermagem.

Pode-se humanizar o ambiente de trabalho por meio de métodos simples, não há necessidade da utilização de técnica, e, sim, de amabilidade, compreensão, benevolência assumida pela equipe multiprofissional durante a assistência prestada ao paciente cirúrgico.

3.6.1 A enfermeira e a bioética

A bioética é uma disciplina antiga, ensinada pelos teólogos nos centros médicos católicos. O avanço da tecnologia na área de saúde despertou questões polêmicas nesse campo relativamente novo, houve, então, a necessidade de ser explorado.

Thomasma (1995, p. 50) assinala que

A moderna bioética secular é algo diferente. Sua origem como disciplina, situa-se a partir de importantes publicações e de desenvolvimento de programas formais nas escolas médicas. Estes programas podem ser datados das primeiras discussões de setores interessados, mais tarde pelos líderes no campo que levaram à formação da Sociedade de valores de Saúde e Humanidade em 1968, como um filial da Associação Americana de Escolas Médicas.

O autor ressalta que a bioética é uma grande história de sucesso e que a sua promessa é ainda hoje honrada por muitos e que, sem dúvida, o futuro trará muito mais desafios que o presente.

Para Tipple et al (1998), o termo bioética significa a ética da vida e estuda problemas surgidos em várias disciplinas específicas, como, nas ciências da saúde, psicologia e engenharia genética.

Garrafa (1998, p. 101) reporta que o termo “ética vem do grego ethos” e quer dizer “modo de ser” ou “caráter”, no sentido similar ao do “forma(s) de vida (s) adquirida pelo homem”.

Para esse autor, a bioética abrange a ética médica, porém, não se limita a ela, e vai muito além dos limites deontológicos que decorrem das relações entre médicos e pacientes. Então, a bioética “significa a ética aplicada à vida e se apresenta como a procura de um comportamento responsável de parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento, pesquisa ou posturas com relação à humanidade” (1995, p. 166).

Para Lepargneur (1993, p. 224), a Bioética é o “conjunto das indagações e respostas éticas que surgem a respeito da sanidade pública, da pesquisa biomédica, da reprodução assistida, do serviço hospitalar, domiciliar ou preventivo da saúde dos cidadãos”.

Além disso, o autor declara que a bioética contempla a sociedade no seu todo e que toda a sociedade moderna tem de se relacionar consciente e responsavelmente frente aos problemas da bioética.

Casals, citado por Garrafa (1998, p. 103), diz que “trata-se de atingir equilíbrio entre extremo poder de tecnologia e a consciência de cada um, bem como da sociedade em seu conjunto”.

Os autores acima assinalam que os princípios da ética sobre a conduta boa ou má, certa ou errada, justa ou injusta, aplicam-se, na época atual, a problemas novos decorrentes do progresso tecnológico e da nova sensibilidade ética da civilização e da cultura contemporânea.

Dallari (1998, p 233) ressalta que a primeira advertência formal sobre os riscos inerentes ao progresso científico e tecnológico foi feita pela Organização Mundial de Saúde, em 10 de dezembro de 1975, quando se proclamou a Declaração sobre a utilização do Progresso Científico e Tecnológico no Interesse da Paz e em Benefício da Humanidade.

O autor reporta o que contém no artigo 6º dessa declaração:

Todos os estados adotarão medidas tendentes a estender a todos os estratos da população os benefícios da ciência e tecnologia e a protegê-los, tanto nos aspectos sociais quanto materiais, das possíveis conseqüências negativas do uso indevido do progresso científico e tecnológico, inclusive sua utilização indevida para infringir os direitos do indivíduo ou do grupo, em particular relativamente ao respeito à vida privada e à proteção da pessoa humana e de sua integridade física e intelectual.

No ano de 1993, foi implantado o Comitê Internacional de Bioética, por ação da UNESCO, como resultado das preocupações éticas suscitadas pelos progressos científicos e tecnológicos relacionados com a vida, especialmente no âmbito da genética (Dallari, 1998).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 1999, p. 48), no Capítulo I dos Princípios Fundamentais, Artigo 3º, diz que “O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”.

O importante é que a enfermeira saiba aplicar a bioética no seu trabalho cotidiano, principalmente quando faz uso da tecnologia e aplica esses novos conhecimentos na assistência ao paciente cirúrgico. Para tanto, é necessário avaliar as suas ações e dos demais profissionais do centro cirúrgico, de acordo com determinados valores básicos.

Nunes (1996, p 7) declara que:

Tornou-se prioridade absoluta, para os homens e mulheres da ciência, a preocupação constante em assegurar que o desenvolvimento científico e tecnológico ocorra em benefício do ser humano, e que a forma de obtenção dos conhecimentos não se transforme em constrangimento, seqüelas ou abusos sobre os sujeitos da pesquisa, qualquer que seja a desculpa ou argumentação utilizada.

Nesse sentido, Munõz e Fortes (1998, p. 58) assinalam que:

Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam daqueles dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais de saúde.

No que diz respeito ao paciente cirúrgico, ele chega ao centro cirúrgico fragilizado, com alguma patologia cirúrgica, trazendo consigo o medo do ato operatório, da anestesia, da dor, da morte, da invalidez, além do afastamento de sua família. Nesse momento, ele deve estar, pois, confiante nos procedimentos que serão realizados pela equipe cirúrgica. Assim, cabe à enfermeira respeitar os direitos do paciente, informá-lhe a respeito do procedimento que será realizado, vê-lo com um ser biopsíquicosocial, que necessita de informação e assistência de enfermagem integral.

Nesse sentido, Tipple et al (1998, p.20) assinalam que no centro cirúrgico “o paciente é, sem dúvida, o personagem mais vulnerável, pois suas reações diante da cirurgia são traduzidas pelo medo da morte, da dor, do desconhecido e da dependência”.

Portanto, a relação enfermeira-paciente deve ser alicerçada na confiança e no respeito mútuo, o princípio da autonomia que concede ao paciente o direito de ser respeitado.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 1999, p. 480), no Capítulo, IV Dos Deveres, Artigo 30º (p. 51), prescreve-se como dever “Colaborar com a Equipe de Saúde no esclarecimento do cliente e família sobre seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer”.

Com base nessas prescrições, é pertinente que a equipe do centro cirúrgico

estabeleça uma comunicação inteiramente compreensível para o paciente, explicando, de maneira que possa ser entendido, o tratamento que será realizado, a fim de evitar que uma linguagem eminentemente técnica não alcance o objetivo ao qual a equipe se propõe.

Dentro da ótica em que se vem analisando a assistência em enfermagem, conclui-se que a bioética ou ética da vida deve ser bem compreendida pela equipe multiprofissional e poderá ser um instrumento fundamental para que se consolide o acesso de todos os cidadãos aos benefícios do progresso tecnológico na área de saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Modelo do Estudo

Para alcançar os objetivos propostos, procurou-se desenvolver um estudo transversal exploratório-descritivo, por meio de uma abordagem quantitativa, a fim de possibilitar compreensão da maneira que a enfermeira de centro cirúrgico gerencia as novas tecnologias.

Para Minayo (1994, p. 16), a “metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”.

Portanto, a metodologia abrange as visões teóricas de abordagem, a percepção do pesquisador e seu potencial criativo e as técnicas que permitem a construção da realidade.

Gil (1996) e Richardson (1989) assinalam que a pesquisa é descritiva quando a característica principal é a descrição do fenômeno, podendo abordar levantamento da opinião, atitude e comportamento de um grupo acerca de determinada situação. Portanto, deseja-se pesquisar o nível de adequação das novas tecnologias satisfatório e insatisfatório da enfermeira de centro cirúrgico.

Para Triviños (1987), o estudo exploratório oferece a oportunidade do pesquisador aumentar sua experiência em torno do problema apresentado.

Por tratar-se de um estudo quantitativo, entende-se que essa metodologia promove meios por meio de técnicas estatísticas para detectar o nível de adequação ao domínio das novas tecnologias, satisfatório e insatisfatório, das enfermeiras com experiência em unidade de centro cirúrgico, nos hospitais do Município de Feira de Santana – BA.

4.2 O Campo de Estudo

O campo de estudo é o Município de Feira de Santana, segunda cidade do Estado da Bahia, com 480.949 mil habitantes, sendo 229.656 homens e 251.293 mulheres (IBGE – 2000). A origem do município foi a fazenda Santana dos Olhos

D'Água, do português Domingos Barbosa de Araújo e sua mulher Ana Brandoa, por volta do século XVIII. Em setembro de 1833, surgia o Município de Feira de Santana, com área territorial desmembrada de Cachoeira. A lei de nº 1.320, de 16 de junho de 1873, elevou a sede do município à condição de cidade, com a denominação de Cidade Comercial de Feira de Santana. O decreto estadual 11.089, de 30 de novembro de 1938, nomeou-a, de forma definitiva, com o topônimo de Feira de Santana (Feira de Santana, 2001).

Com uma economia multifacetada, consequência do seu excepcional desenvolvimento, agregado pelo processo de globalização, tem um espaço contínuo de 99.532 km² onde são concentrados 2,9 milhões de habitantes, que correspondem a 25% da população estadual (Feira de Santana, 2001).

O município está localizado em uma planície a 257m acima do nível do mar e situa-se na região econômica e na Bacia Hidrográfica do Paraguaçu e do Subaé.

O clima é seco e semi-úmido tendendo para o clima semi-árido, com temperaturas elevadas e poucas chuvas, a vegetação predominante é a caatinga.

Situada de forma estratégica na malha viária nacional, constitui entroncamento rodoviário do Nordeste servindo de ligação entre as regiões Norte e Nordeste com as regiões Sul e Sudeste do país. É cortada pelas rodovias federais Br102, Br116, Br324, sendo, portanto, passagem obrigatória de norte ao sul do país.

Atualmente, Feira de Santana é um pólo comercial de serviços industrial, agropecuário, cultural, educacional, habitacional e de saúde.

4.3 A saúde local

No que diz respeito ao sistema de saúde, Feira de Santana foi o primeiro município da Bahia a assinar o convênio com as Ações Integradas de Saúde, em 07 de julho de 1985.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Feira de Santana foi criado pela Lei nº 1.451/91, definindo como órgão consultivo, normativo, fiscalizador e deliberativo sobre as ações relativas à saúde do município. No mesmo ano, foi formado o Fundo Municipal de Saúde (FSM), pela Lei nº 1421/91.

Enquanto a rede pública é constituída por 33 serviços municipais e 06 estaduais, a rede privada é representada por 138 instituições, das quais, 41 são credenciadas

pelo SUS. A rede privada é formada por unidades particulares, filantrópicas e lucrativas conveniadas pelo SUS e outras mantidas por planos e seguros de saúde (SERVO, 2001b).

Na rede básica, os 33 serviços municipais de saúde, com atendimento primário (16 unidades básicas na sede e 16 na zona rural) e 1 hospital especializado em ginecologia/obstetrícia, na sede.

As organizações dos serviços de saúde do Município de Feira de Santana são constituídas por instituições públicas estaduais e municipais, filantrópicas, particulares/conveniadas e outras particulares, conveniadas pelo SUS e outros convênios.

Sabe-se que o hospital representa, para o homem, anseios, angústias, dificuldades, desejos e alegrias, pois, se por um lado reflete e demonstra a fragilidade física do homem, por outro, representa a busca incessante dos meios e recursos para a luta contra os males e problemas do homem (Borba, 1985).

Portanto, o hospital é, para o homem, amparo, nele nasce, vive, e trabalha, morre amparado pelos cuidados dessa instituição.

A rede hospitalar de Feira de Santana é formada por dezesseis (16) hospitais, oito (08) gerais e oito (08) especializados (dois públicos estaduais, doze com fins lucrativos, um público municipal e um filantrópico), sendo três (03) de grande porte, quatro (04) de médio porte e nove (09) de pequeno porte.

O serviço público empregou 1.898 trabalhadores, em 1997, entre esses, 348 compunham a força de trabalho em enfermagem (SERVO, 2001b).

Assim, no sistema de saúde pública, as enfermeiras representam 14,54% e 3,38%, na rede privada de hospitais.

4.4 Universo e amostra

Por tratar-se de um estudo quantitativo, o universo da presente investigação constitui-se de instituições hospitalares, cujo quadro de pessoal fosse composto por enfermeiras com experiência em unidade de centro cirúrgico e que estivesse em pleno exercício profissional no local da pesquisa.

Dentre os hospitais de Feira de Santana, foram classificados oito que caracterizam 50,0% do universo, sendo sete hospitais gerais e um especializado:

dois governamentais, cinco não-governamentais e um filantrópico; dois de grande porte, quatro de médio porte e dois de pequeno porte.

Os hospitais foram escolhidos, de acordo com os seguintes critérios:

- 1 Hospitais públicos e privados de pequeno, médio e grande porte;
- 2 Hospitais cujo quadro de pessoal fosse constituído por enfermeiras;
- 3 Hospitais que tivessem centro cirúrgico funcionando 24 horas, sob a supervisão da enfermeira;
- 4 Hospitais que mantêm ou não campo de prática para o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, para apreciação e revisão ética, sendo aprovado por unanimidade, segundo o Parecer nº 2 (ANEXO A).

Com relação aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos¹, buscou-se esclarecer os referidos sujeitos acerca dos objetivos desta investigação, solicitando aos que concordassem em participar do estudo que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido², em duas vias, ficando uma retida com o sujeito da pesquisa e a outra arquivada pela pesquisadora (APÊNDICE A), com a finalidade de assegurar a anonimidade do autor e o sigilo das informações adquiridas no questionário.

Nos oito hospitais, foram encontradas quarenta e duas enfermeiras (42) com experiência em centro cirúrgico, sendo que nove (9) não responderam o questionário.

Este estudo foi realizado com as enfermeiras com experiência em centro cirúrgico dos hospitais do Município de Feira de Santana-BA, no período de junho e julho de 2002, a fim de que se pudesse entender melhor o gerenciamento das novas tecnologias da enfermeira em centro cirúrgico.

¹ Resolução 196/96, 09 e 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo seres Humanos e no seu Capítulo IV O Consentimento Livre e Esclarecido (MUÑOZ & FORTE, 1998).

² “O respeito devido à dignidade humana exige que toda a pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Bioética, 1996 p. 16).

A amostragem ocorreu por tipicidade, isto é, constituída de enfermeiras em pleno exercício profissional e com experiência de centro cirúrgico no local da pesquisa.

A população de estudo compreendeu 33 enfermeiras, correspondendo a 78.6%, da população de enfermeiras com experiência em centro cirúrgico nos hospitais estudados. Entretanto, a homogeneidade do grupo estudado – enfermeiras com experiências em centro cirúrgico – garante a representatividade dos dados analisados.

4.5 Escolha da técnica para coleta de dados

Foi escolhida a técnica do questionário para a realização do levantamento dos dados, respondido pelas enfermeiras.

Gil (1991, p. 124) define o questionário como

Técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo como objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

4.6 O Instrumento Utilizado na Pesquisa

O questionário (APÊNDICE B) foi elaborado e estruturado pela autora, contém questões fechadas e abertas, com alternativas dicotômicas e tricotômicas e pergunta com respostas múltiplas a fim de que fossem alcançados os objetivos traçados para o estudo.

O instrumento é composto de duas partes assim constituídas:

1ª parte: A enfermeira, a instituição: a tecnologia e a humanização na prática da enfermagem

A – Perfil da clientela estudada

B – Característica da instituição

C – A tecnologia e a humanização na prática da enfermagem

2ª parte: A enfermeira na gerência de centro cirúrgico

D – A prática da enfermeira em centro cirúrgico

E – A enfermeira e o gerenciamento de tecnologia em centro cirúrgico

F – A enfermeira e a informatização do centro cirúrgico

A primeira parte do instrumento – A enfermeira, a instituição: a tecnologia e a humanização na prática da enfermagem - é composta por 6 questões referentes ao perfil da clientela estudada; 4 questões referentes à característica da instituição e 3, à tecnologia e a humanização na prática da enfermagem. Esses dados propiciaram a oportunidade da autora conhecer o perfil da enfermeira, as características da instituição, a tecnologia e à humanização na prática da enfermagem, as quais, se constituem em variáveis independentes.

A segunda parte do instrumento – A enfermeira na gerência de centro cirúrgico – é composta de 12 questões, 2 concernentes à prática da enfermeira em centro cirúrgico, 7 concernentes a enfermeira e o gerenciamento da tecnologia em centro cirúrgico, 3 concernentes a enfermeira e à informatização em centro cirúrgico. Esses dados deram subsídios para realização do levantamento das variáveis dependentes estabelecidas para este estudo – a enfermeira no gerenciamento em centro cirúrgico.

4.7 Variáveis

4.7.1 Variáveis Dependentes

Gerenciamento de novas tecnologias de centro cirúrgico pelas enfermeiras de hospitais de Feira de Santana:

A prática da enfermeira em centro cirúrgico

Cirurgias realizadas

Dificuldades na permanência na sala de operação

A enfermeira e o gerenciamento de tecnologia em centro cirúrgico

Mudanças tecnológicas contemporâneas

Equipamentos de alta tecnologia

Participação na escolha e aquisição de equipamentos

Utilização de equipamentos de ponta para assistência de qualidade

Habilidade no manuseio de equipamentos

Treinamento

Dificuldade no manuseio

Controle dos equipamentos

A enfermeira e a informatização do centro cirúrgico

Importância

Informatização da unidade

Informatização de ações:

Programação de cirurgia

Débito da sala de operação

Controle de medicamentos /material de consumo e permanente

Preparo da sala de operação, de acordo com a cirurgia programada

4.7.2 Variáveis independentes

Fatores que interferem no domínio do gerenciamento de novas tecnologias do centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana - BA.

Perfil da clientela estudada: sexo, idade, tempo de formada, formação acadêmica, área de pós-graduação, cargo e carga horária diária de trabalho.

Característica da instituição: tipo de hospital, entidade mantenedora, capacidade do hospital e clientela que atende.

A tecnologia e a humanização na prática da enfermagem: contribuem para organização e sistematização das atividades de centro cirúrgico, possibilitam a assistência de qualidade, reduzem a assistência de qualidade.

4.8 Aplicação e procedimentos utilizados na coleta de dados

Foi realizado um estudo-piloto aplicando o instrumento entre onze enfermeiras, quatro de hospitais da Cidade de Salvador - BA e sete, de hospitais da Cidade de Feira de Santana – BA, com o objetivo de verificar a adequação do questionário ao estudo, bem como ajustar as falhas e eliminar respostas pré-elaboradas. Com os

resultados do pré-teste, fizeram-se algumas alterações relacionadas à inteligibilidade das questões e ao julgamento adequado para a coleta de dados da presente investigação.

O primeiro contato foi efetivado por telefone, com as chefias dos serviços de enfermagem dos hospitais onde foi realizada a pesquisa e agendada a data para realização das visitas. Nos hospitais, fez-se contato com os diretores, entregaram-se as solicitações para autorização da pesquisa (ANEXO B), foram dadas as informações sobre os objetivos da pesquisa; reunindo com as chefias de enfermagem e as enfermeiras, informaram-se os objetivos da pesquisa e solicitou-se das mesmas a colaboração e autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; foi entregue, a cada enfermeira, o questionário e agendada a data de devolução.

Foram indicadas pelas coordenações de enfermagem quarenta e duas (42) enfermeiras com experiência em centro cirúrgico para responder ao questionário, porém, nove (9) dessas não o devolveram em tempo, apesar da insistência da pesquisadora. Quanto aos questionários não respondidos, observou-se, por parte das enfermeiras, falta de conhecimento quanto a importância da investigação científica para o desenvolvimento da enfermagem, além, do acúmulo de atividades nas unidades em que trabalham.

4.9 Processamento, tratamento estatístico e análise dos dados

Os questionários foram examinados, quanto ao preenchimento e informações, sendo numerados e, em seguida digitados, a fim de facilitar a tabulação dos dados.

Os dados obtidos foram computados por meio do Programa Epidemiológico EPI-INFO 6 e, em seguida, registrados em tabelas simples e compostas.

Com base nas características (variáveis dependentes) levantadas em um questionário aplicado às enfermeiras dos centros cirúrgicos, criou-se uma nova variável dependente: nível de adequação ao domínio das novas tecnologias das enfermeiras no gerenciamento de centro cirúrgico em hospitais, com duas categorias (Satisfatória e Insatisfatória). O nível de adequação ao domínio das novas tecnologias satisfatório deve ser compreendido como o conhecimento e habilidade da enfermeira em efetuar a assistência por meio dos recursos tecnológicos

(equipamentos biomédicos, tecnologia da informação e comunicação) a fim de contribuir na assistência de enfermagem com qualidade. Considera-se o nível de adequação ao domínio das novas tecnologias insatisfatório, quando essas atividades são realizadas em forma de processo eventualmente ou não.

As duas categorias foram definidas ao considerar-se a nota média obtida de 12 questões que originou uma média geral das enfermeiras de 5,17, que tratavam do uso das novas tecnologias pelas enfermeiras dos centros cirúrgicos. Essas categorias foram analisadas mediante pesos atribuídos ao item D – A prática da enfermeira em centro cirúrgico, peso 2, o E – A enfermeira e o gerenciamento da tecnologia em centro cirúrgico, peso 7, e F – A enfermeira e a informatização em centro cirúrgico, peso 3. Assim, as enfermeiras daqueles centros cirúrgicos que atingiram a média maior ou igual a 3,14 (61%) foram agrupadas na categoria Satisfatória, e as abaixo de 3,14 (61%), na categoria Insatisfatória. Após a alocação das enfermeiras nessas duas categorias, pode-se associar o índice de adequação ao domínio das novas tecnologias, aos possíveis fatores ambientais, que são as características do hospital e fatores individuais, as características sociodemográficas e comportamentais das enfermeiras.

Essas associações foram operacionalizadas mediante da construção de tabelas de contingência $n \times n$, nas quais, obtiveram-se as freqüências percentuais da categoria Satisfatória, em relação aos atributos (categorias) dos fatores estudados (sexo, faixa etária, formação acadêmica, pós-graduação, cargo e carga horária). O teste estatístico adotado neste estudo foi o Qui-Quadrado de Pearson, estabelecendo-se o nível de significância de 5%.

Quando o número de casos for menor que 20 ou o valor esperado abaixo de 5, uma alternativa foi aplicar-se o teste exato de Fischer. O nível de significância estabelecido para os testes foi de 5% ou 0,05 ($p < 0,05$).

Consideradas as restrições impostas à técnica, recorreu-se em alguns casos, às modificações na categorização original das variáveis.

Então, em relação ao perfil da clientela estudada, a variável formação acadêmica, categorizou-se em: graduada, especialista, mestre e doutor, quando no desenvolvimento, do questionário não foram encontrados profissionais com grau de mestre ou doutor nas instituições pesquisadas. Dessa forma, essa variável consta como graduada e especialista.

Na categoria idade, desaparece a opção “+60 anos” por não ser encontrado profissionais com mais de 60 anos.

A variável “clientela que atende” referente a característica da instituição, prevista neste estudo, categorizou-se em conveniado, particular e ambos, por ter-se verificado respostas com essa opção.

No Capítulo seguinte, prossegue-se com a apresentação, análise e discussão dos resultados.

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Apresentação e análise dos resultados

Será apresentada, neste capítulo, análise e a discussão dos resultados do presente estudo, considerando o NADNT encontrado e como é aplicado na prática pelas enfermeiras no gerenciamento em centros cirúrgicos, em hospitais. Apresenta-se e analisa-se, inicialmente, a sistemática utilizada na apuração, avaliando-se o NADNT das enfermeiras, no gerenciamento em centros cirúrgicos em hospitais.

Procura-se, ainda, identificar e descrever os fatores que interferem no NADNT das enfermeiras, no gerenciamento em centro cirúrgico. Em seguida, processa-se a discussão dos resultados frente à análise realizada.

Para que se tenha uma melhor compreensão dos resultados, será feita a leitura das tabelas, levando-se em consideração, apenas, os dados que forem mais significativos para este estudo.

A Tabela 1 e o gráfico 1, a seguir, refere-se ao padrão de qualidade do estudo satisfatório ou insatisfatório, com relação ao nível de adequação ao domínio das novas tecnologias encontrado e realizado pelas enfermeiras em foco.

Tabela 1 - Nível de adequação quanto ao domínio de novas tecnologias das enfermeiras com experiências de centro cirúrgico. Feira de Santana-BA, 2002

NÍVEL DE ADEQUAÇÃO	Frequência	
	N	%
Satisfatório	15	45,5
Insatisfatório	18	54,5
TOTAL	33	100,0

Como mostra a tabela 1 e o gráfico 1, o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias foi insatisfatório, alcançando frequência superior correspondente a 54,5% do total da população, foi satisfatório, com um percentual de 45,5%.

Portanto, o nível satisfatório engloba as atividades realizadas na forma de processo (prática da enfermeira, gerenciamento e a informatização) e o nível insatisfatório é relativo as atividade realizadas em forma de processo, eventualmente ou não.

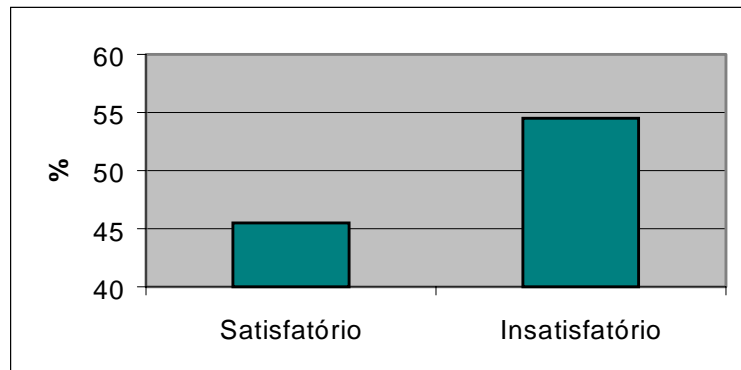


Gráfico 1 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias das enfermeiras com experiência em centro cirúrgico. Feira de Santana, 2002

Na tabela 2 e gráficos 2, 3 e 4 , a seguir, apresenta-se a relação entre o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias e fatores sociodemográficos da clientela estudada.

Tabela 2 Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas aos fatores sociodemográficos das enfermeiras com experiências em centro cirúrgico. Feira de Santana – BA, 2002

SÓCIO- DEMOGRÁFICO	Satisfatório		Insatisfatório		Total		p- Valor
	N	%	N	%	N	%	
SEXO							
Feminino	15	45,5	18	54,5	33	100	
Masculino	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	15	45,5	18	54,5	33	100	
IDADE							
20-30	5	15,2	4	12,1	9	27,3	
30-40	10	30,3	10	30,3	20	60,6	*0,696
40-50	-	-	4	12,1	4	12,1	7
TOTAL	15	45,5	18	54,5	33	100,0	
Formação acadêmica							
Graduada	10	30,3	12	36,4	22	66,7	
Especialista	5	15,2	6	18,1	11	33,3	1,0000
TOTAL	15	45,5	18	54,5	33	100,0	

* Teste exato de Fisher

Observa-se, na tabela 2 e gráfico 2 que, o sexo feminino, na amostra estudada, encontra-se em sua totalidade (100%), em 54,5% dessas enfermeiras o NADNT foi considerado insatisfatório, e em 45,5%, satisfatório (Gráfico 2).

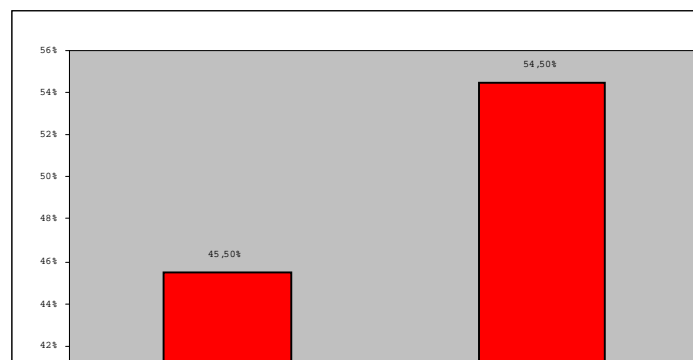


Gráfico 2 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator sexo. Feira de Santana, 2002

Verifica-se na tabela 2 e gráfico 3, que, quanto aos fatores demográficos, não ocorreu muita diferença. Pode ser melhor ilustrado quando se compararam as categorias da idade, em relação a categoria satisfatório. Nessa comparação, nota-se que a faixa de 20 a 30 anos apresentou um percentual de 15,2% satisfatório e 12,1% foi insatisfatório e para a faixa etária de 30 a 40 anos, 30,3% para satisfatório e o mesmo percentual para o insatisfatório. Isso parece evidenciar que o fator idade pode exercer certa influência sobre o domínio de tecnologias das enfermeiras em centro de cirúrgico. Foi necessário agregar a faixa etária de 30 – 50 anos para realizar-se o teste de Fisher.

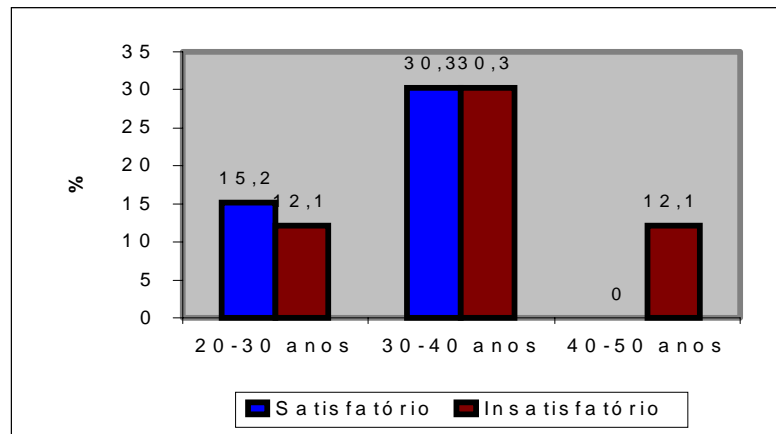


Gráfico 3 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator idade. Feira de Santana, 2002

Quanto à para a formação acadêmica, observa-se na tabela 2 e gráfico 4, que 66,7% das enfermeiras graduadas, 36,4% apresentaram o nível de adequação insatisfatório e 30,3%, nível satisfatório; das 33,3% pós-graduadas, 18,1%, nível insatisfatório e 15,2%, satisfatório.

Observa-se que, estatisticamente, não existe associação entre o nível de adequação ao domínio das novas tecnologias e fatores sociodemográfico, ao nível de 5% de probabilidade.

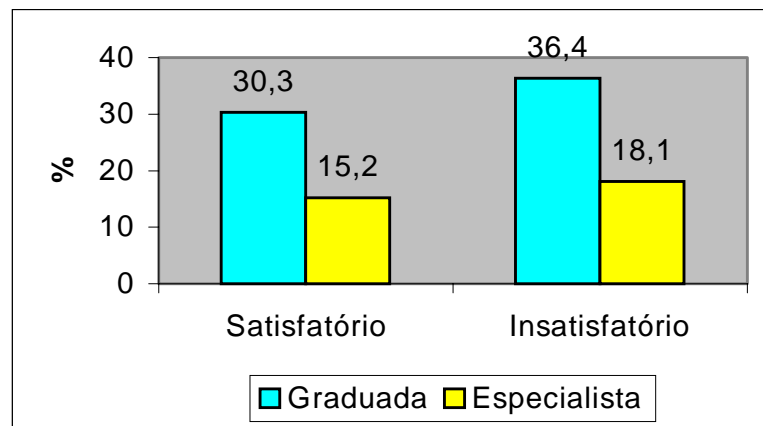


Gráfico 4 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator formação acadêmica. Feira de Santana, 2002

Na Tabela 3 abaixo, demonstra-se o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado a área de pós-graduação.

Tabela 3 - Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator área de pós-graduação das enfermeiras com experiência em centro cirúrgico. Feira de Santana-BA, 2002

PÓS-GRADUAÇÃO	Satisfatório		Insatisfatório		Total	
	N	%	N	%	N	%
Administração Hospitalar	-	-	2	20,0	2	20,0
Enfermagem Neonatal	-	-	2	20,0	2	20,0
Gerência	1	10,0	-	-	1	10,0
Metodologia da Assistência de Enfermagem	1	10,0	-	-	1	10,0
Enfermagem obstétrica			3	30,0	3	30,0
UTI	1	10,0	-	-	1	10,0
TOTAL	3	30,0	7	70,0	10	100

Teste exato de Fisher: p. valor = 1,0000

Na tabela 3, está constado que 20% das enfermeiras são pós-graduadas em Administração Hospitalar e apresentaram o domínio de novas tecnologias na categoria insatisfatório, o mesmo ocorreu para as pós-graduadas em Enfermagem Neonatal. Enquanto para as pós-graduadas em Gerência, 10%, Metodologia da Assistência de Enfermagem, 10%, e UTI, 10%, apresentaram domínio de novas tecnologias na categoria satisfatório. Observa-se que esses valores não são precisos, em relação ao total da amostra.

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa em nível de 5%.

Para realizar o teste estatístico, foi necessário reagrupar as categorias Administração Hospitalar + Gerência e Enfermagem Neonatal + Metodologia da Assistência + Enfermagem Obstétrica + UTI.

Na Tabela 4, adiante, apresenta-se o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator cargo que ocupa na instituição.

Tabela 4 - O nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator cargo das enfermeiras com experiência em centro cirúrgico. Feira de Santana-BA, 2002

CARGO	Satisfatório		Insatisfatório		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gerente de centro cirúrgico	4	12,1	2	6,1	6	18,2
Coordenação de enfermagem	2	6,1	2	6,1	4	12,2
Supervisora	7	21,2	8	24,2	15	45,4
Gerentes de centro cirúrgico + outras unidades	-	-	4	12,0	4	12,0
Gerentes de outros serviços	2	6,1	2	6,1	4	12,2
TOTAL	15	45,5	18	54,5	33	100

P= 0,7970

Na tabela 4, constatou-se que, em 24,2% das enfermeiras supervisoras, o domínio de tecnologias foi insatisfatório e em 21,2%, foi satisfatório, enquanto que, em 12,1% das enfermeiras gerentes de centro cirúrgico foi satisfatório e 12,1% para as enfermeiras que gerenciam centro cirúrgico e de outras unidades foi insatisfatório, 6,10% das que coordenam o serviço de enfermagem, o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório, o mesmo percentual para satisfatório. Para as enfermeiras que são gerentes de outros serviços, verificou-se que, para 6,10%, o domínio de tecnologias foi insatisfatório e o mesmo percentual para satisfatório.

Não se verificou uma associação significativa no nível de 5% de probabilidade entre cargo que as enfermeiras ocupam e o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias.

Para se realizar o teste estatístico foi necessário reagrupar as categorias Gerentes (centro cirúrgico + centro cirúrgico e outras unidades + gerentes de outros serviços), em relação às supervisoras e coordenação de enfermagem.

Na Tabela 5 e gráfico 5, a seguir, analisou-se o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator carga horária de trabalho.

Tabela 5 - O nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator carga horária de trabalho das enfermeiras com experiência em centro cirúrgico. Feira de Santana-BA, 2000

CARGA HORÁRIA	Satisfatório		Insatisfatório		Total	
	N	%	N	%	N	%
8	01	3,2	09	29,0	10	32,2
6	13	42,0	06	19,4	19	61,4
outras	01	3,2	01	3,2	02	6,4
TOTAL	15	48,4	16	51,6	31	100

Teste exato de Fisher: p – valor = 0,0059

* Percentual obtido, excetuando-se duas (2) enfermeiras que não responderam a questão

Observou-se na tabela 5 e gráfico 5, que para 42% das enfermeiras com jornada de trabalho de 6 horas, o domínio de tecnologias foi satisfatório e 19,4% foi insatisfatório, enquanto que, para 29% das enfermeiras que cumprem carga horária de 8 horas foi insatisfatório. Para “outras” cargas horárias (12 e 24) 3,2%, foi satisfatório e mesmo percentual para insatisfatório.

Observa-se que estatisticamente existe associação significativa no nível de 5%. Ou seja, há evidência entre carga horária das enfermeiras ao domínio de novas tecnologias.

Para realizar o teste estatístico nessa tabela, foi necessário agregar a carga horária de 6 horas com “outras”.

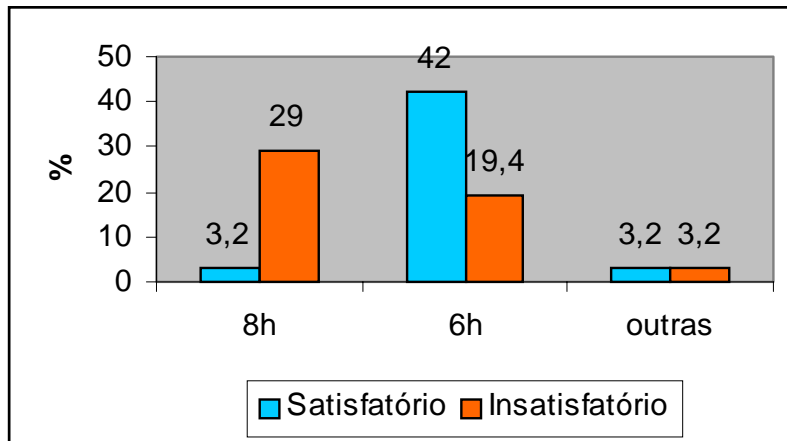


Gráfico 5 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator carga horária de trabalho. Feira de Santana, 2002

Os gráficos a seguir, são concernentes ao nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator instituição.

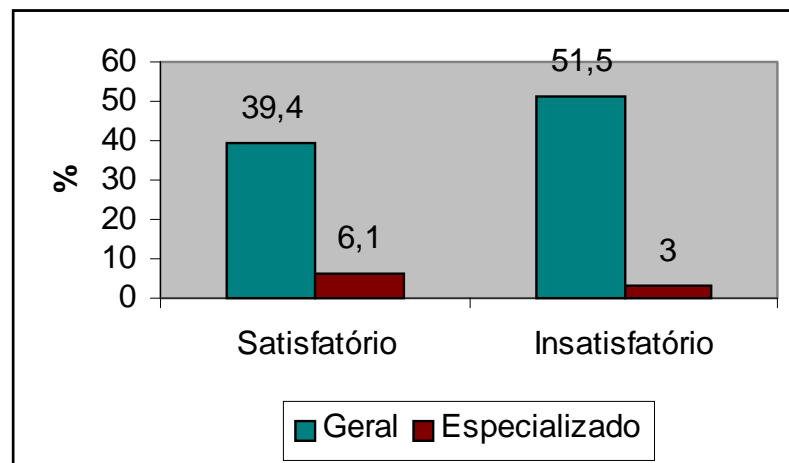


Gráfico 6 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator tipo de hospital. Feira de Santana, 2002

Verificou-se no gráfico 6 que, 51,5% das enfermeiras que trabalham em hospitais gerais o domínio de tecnologias foi insatisfatório, e 39,4% o domínio das tecnologias

foi satisfatório. Para aquelas que trabalham em hospital especializado, 6,1% o domínio das tecnologias foi satisfatório, 3,0% o domínio de tecnologias foi insatisfatório (APÊNDICE J).

Observa-se, entretanto que, estatisticamente, não houve significância em nível de 5% de probabilidade entre domínio de novas tecnologias e tipo de hospital.

O gráfico 7, adiante, revela nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator entidade mantenedora.

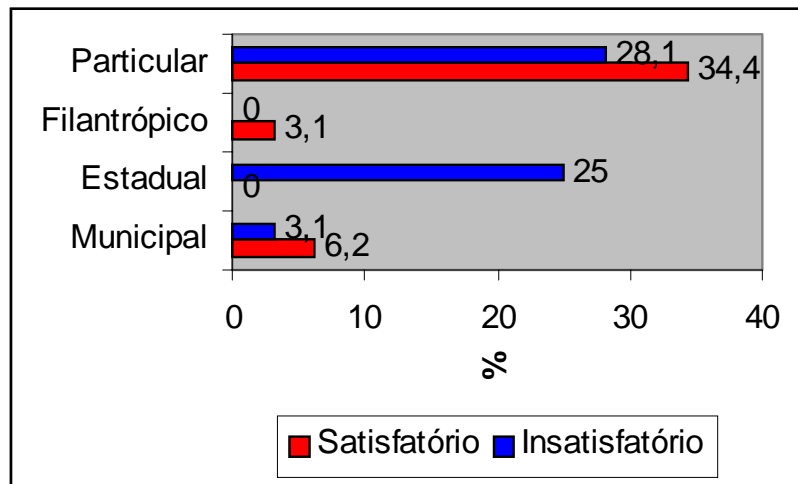


Gráfico 7 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator entidade mantenedora. Feira de Santana, 2002

Quanto à análise da entidade mantenedora, observou-se que, para 34,4% das enfermeiras que trabalham em hospital particular, o domínio de tecnologias foi satisfatório, e 28,1%, foi insatisfatório. Entretanto, para as enfermeiras que trabalham em hospital estadual, todas, ou seja, 25% o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias foi insatisfatório. Relativamente ao hospital municipal, 6,2% das enfermeiras apresentaram satisfatório, e 3,1%, insatisfatório. Em relação ao hospital filantrópico, verificou-se que, para 3,1% o domínio de tecnologias foi satisfatório (APÊNDICE J).

Verifica-se, entretanto que, estatisticamente, não houve significância no nível de 5% de probabilidade entre domínio de novas tecnologias e entidade mantenedora.

O Gráfico 8, adiante, aborda o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator capacidade do hospital.

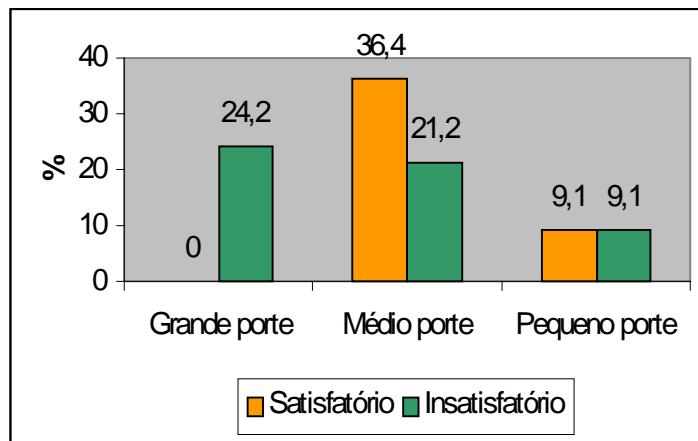


Gráfico 8 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator capacidade. Feira de Santana, 2002

Em relação à capacidade do hospital como mostra o gráfico 8, 36,4% das enfermeiras que trabalham em hospitais de médio porte, o domínio de tecnologias foi satisfatório e para 21,2% foi insatisfatório. Para os hospitais de grande porte, observou-se que toda a amostra estudada, ou seja, para 24,2%, o domínio de tecnologias foi insatisfatório. Nos hospitais de pequeno porte, para 9,1% o domínio de tecnologias foi insatisfatório, o mesmo percentual para satisfatório (APÊNDICE J).

Observa-se que, estatisticamente, existe associação entre capacidade do hospital e o domínio de novas tecnologias no nível de 5% de probabilidade.

Para realizar a associação capacidade do hospital ao domínio de novas tecnologias foi necessário agregar médio porte a pequeno porte.

O gráfico 9, a seguir, é concernente ao nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator clientela.

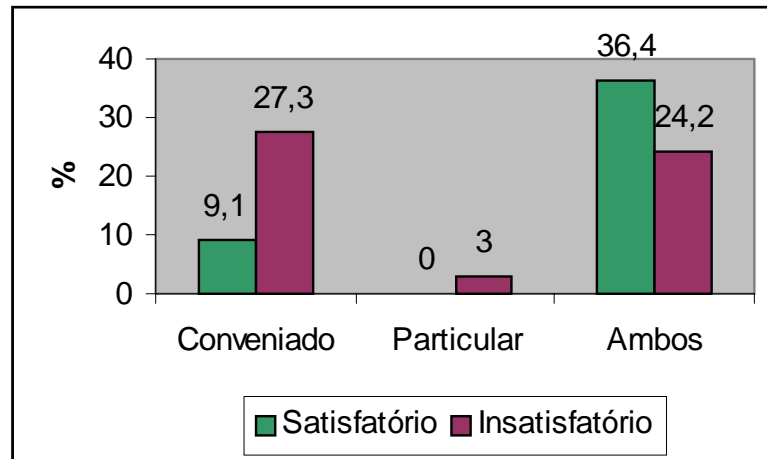


Gráfico 9 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator clientela. Feira de Santana, 2002

Constata-se no gráfico 9 que, em relação a clientela 36,4% das enfermeiras que trabalham em hospitais com ambas clientela (particulares+convênios) o domínio de novas tecnologias foi satisfatório e 24,2% foi insatisfatório, as que trabalham só em hospitais conveniados 27,3% o domínio de tecnologias foi insatisfatório e 9,1% foi insatisfatório.

Verifica-se, entretanto que estatisticamente não houve significância ao nível de 5% de probabilidade entre domínio de novas tecnologias e clientela.

Na tabela 6 e gráfico 10, 11 e 12 seguintes, apresentam-se os dados da análise do nível de adequação ao domínio de tecnologias associado ao fator humanização.

Tabela 6 - O nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associado ao fator humanização das enfermeiras com experiência de centro cirúrgico. Feira de Santana-BA, 2002

HUMANIZAÇÃO	Satisfatório		Insatisfatório		Total		p -valor
	N	%	N	%	N	%	
ORGANIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO							
Sim	11	34,4	16	50,0	27	84,4	0,6312
Não	-	-	-	-	-	-	
As vezes	03	9,4	2	6,2	5	15,6	
*TOTAL	14	43,8	18	56,3	32	100	
ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE							
Sim	8	25,0	9	28,1	17	53,1	0,6879
Não	5	15,6	6	18,8	11	34,4	
As vezes	1	3,1	3	9,4	04	12,5	
*²TOTAL	14	43,7	18	56,3	32	100	
REDUZ A ASSISTÊNCIA							
Sim	1	3,1	4	12,5	5	15,6	* ⁴ 0,3547
Não	11	34,4	11	34,4	22	68,8	
As vezes	2	6,3	3	9,4	5	15,6	
*³TOTAL	14	43,8	18	56,3	32	100	

*,²,*³ Percentual obtido, excetuando-se uma enfermeira que não respondeu a questão

*⁴ teste exato de Fisher

Na tabela 6 e no gráfico 10, observa-se que 84,4% das enfermeiras responderam que a tecnologia da informação contribui na organização e sistematização das atividades em centro cirúrgico, então, 50% apresentaram o domínio de novas tecnologias insatisfatório e 34,4% dessas apresentaram satisfatório.

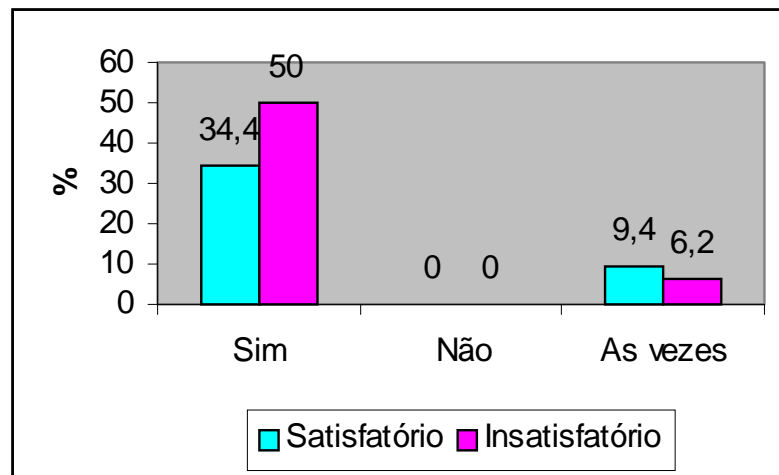


Gráfico 10 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator organização e sistematização da assistência

Quanto à humanização e tecnologia possibilitando uma assistência de qualidade ao paciente no intraoperatório observado na tabela 6 e gráfico 11, constatou-se que 53,1% das enfermeiras responderam que sim, dessas, 28,1% apresentaram o domínio de tecnologias na categoria insatisfatório, enquanto que 25% apresentaram o domínio de tecnologias em nível satisfatório. Em relação as 34,4% enfermeiras que responderam “não” para 18,8% o domínio de tecnologias foi insatisfatório, para 15,6%, o domínio de tecnologias foi satisfatório. Para as enfermeiras que responderam “as vezes”, 9,4% foi insatisfatório.

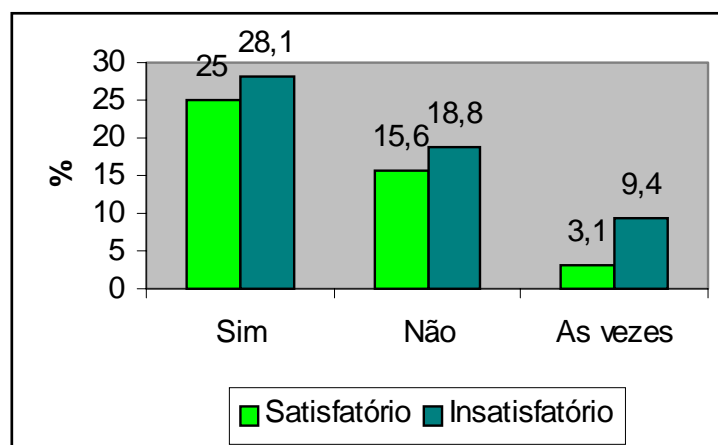


Gráfico 11 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator assistência de qualidade. Feira de Santana, 2002

Quanto à opinião que a tecnologia reduz a assistência humanizada da enfermeira de centro cirúrgico verificado na tabela 6 e gráfico 12, 68,8% das que responderam “não”, dessas, 34,4% o domínio de tecnologias foi insatisfatório, sendo o mesmo percentual para o satisfatório, enquanto que, das 15,6% enfermeiras que responderam “sim”, para 12,5% foi satisfatório, e 3,1%, satisfatório. Para as 15,6% das que responderam “as vezes”, para 9,4%, o domínio de tecnologias foi insatisfatório e para 6,2%, satisfatório.

Essa associação demonstrou não haver significância no nível de 5% de probabilidade entre o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias com organização e sistematização, assistência de qualidade e reduz a assistência.

Para aplicar-se o teste houve necessidade de agregar as categorias “não” e “as vezes”.

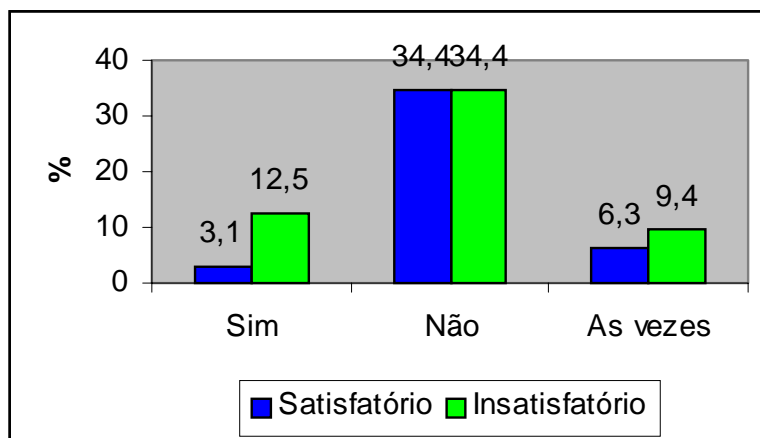


Gráfico 12 – Nível de adequação ao domínio de novas tecnologias associadas ao fator reduz a assistência. Feira de Santana, 2002

5.2 Resultados e discussão

A hipótese deste estudo é se o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias (prática da enfermagem, gerenciamento e a informatização em hospitais) das enfermeiras no gerenciamento em centro cirúrgico de hospitais sofre interferência de fatores associados ao perfil, a instituição e a humanização da enfermeira.

Para melhor compreensão do fenômeno em estudo, apresenta-se a discussão dos dados, frente à análise estatística realizada obedecendo à classificação temática.

5.2.1 A enfermeira e o domínio das novas tecnologias em centro cirúrgico

O mundo encontra-se em constantes transformações, em termos de evolução tecnológica, o que torna todas as pessoas privilegiadas, principalmente aquelas que nasceram antes dessas inovações.

Em se tratando de centro cirúrgico, percebe-se que, nas últimas décadas, houve um grande avanço tecnológico nessa unidade.

Costuma-se elucidar a enfermagem em centro cirúrgico, como a que assiste ao paciente no perioperatório, ou seja, as atividades da enfermeira durante as três fases da assistência - pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Para Meeker e Rothrock (1997), a enfermeira de centro cirúrgico é responsável pela identificação, interpretação e implementação do modelo profissional.

O padrão de qualidade estabelecido para este estudo foi o nível de adequação ao domínio das novas tecnologias satisfatório e insatisfatório, conforme descrito no capítulo procedimento metodológico.

Constatou-se, na tabela 1 e gráfico 1, que, na categoria insatisfatório a frequência no domínio de novas tecnologias em centro cirúrgico foi de 54,5%, do que se depreende-se que existe a necessidade de a enfermeira de centro cirúrgico assumir o seu verdadeiro papel de gerente, atualizada e qualificada, frente às novas tecnologias, a fim de buscar a eficácia e eficiência na assistência ao paciente no perioperatório.

5.2.2 A prática da enfermeira em centro cirúrgico

Na gerência de centro cirúrgico, é importante que a enfermeira reconheça que o conhecimento tecnológico está acima de qualquer perspectiva, pois é por meio dele que se desenvolve e se desempenha, adequadamente, o domínio das novas tecnologias associadas à prática dessa profissional de saúde.

A prática da enfermeira está relacionada à administração da unidade, pois ela é responsável pela assistência perioperatória do paciente e pelas atividades administrativas e burocráticas.

Meeker e Rothrock (1997) assinalam que os modelos assistenciais da prática da enfermagem consistem em 3 elementos: estrutura (características organizacionais, contabilidade administrativa, qualificação de pessoal); processo (atividades de enfermagem, intervenção e interação); e resultados (respostas fisiológicas e psicológicas dos pacientes às intervenções de enfermagem).

Observa-se que esses modelos da prática da enfermeira de centro cirúrgico resultam em prestar uma assistência de qualidade ao paciente no perioperatório.

Para se ter uma assistência de qualidade é necessário que a enfermeira saiba programar suas ações, a fim de disponibilizar maior tempo para assistir ao paciente na sala de operação.

Meeker e Rothrock (1997) confirmam que a enfermeira deve conhecer as práticas de enfermagem, procedimentos, instrumentos e equipamentos na fase de implementação do cuidado de enfermagem.

Nesse sentido, Padilha, citado por Souza e Albuquerque (1998), assinala que a enfermeira deve planejar as ações assistenciais além de realizar supervisão dos suprimentos e controle de estoque de matérias de consumo, permanente e de medicamentos.

Procurou-se conhecer a prática da enfermeira por meio do questionamento da média de cirurgias realizadas nas 24 horas na instituição. Constatou-se que 45,5% das enfermeiras atuam em centro cirúrgico que tem uma média de 15-25 de cirurgias nas 24 horas, 36,4%, uma média de 8-12 cirurgias, 12,1%, uma média de 4 – 7 cirurgias, e 6% com uma média de 25 - 30 cirurgias nas 24 horas (APÊNDICE C).

Considerando que, 45,5%, das enfermeiras trabalham em hospitais com um número expressivo de cirurgias, infere-se que na maioria das vezes se tem uma

enfermeira responsável pela unidade em cada período, e, às vezes, só uma, essas assumem as atividades administrativas e burocráticas, a fim de proporcionar ambiente adequado e seguro para realização do ato operatório, fica impossível, resolver os problemas de ordem administrativa e, simultaneamente, assistir aos pacientes.

Matos (1987) assinala que não existe uma normatização para os papéis das enfermeiras de centro cirúrgico, enquanto que umas supervisionam, outras circulam as salas, outras instrumentam e assim assumem vários outros papéis, enfim, fazem tudo para todos, delegando funções importantes para outros membros menos qualificados.

Essa autora, afirma ainda, que “neste contexto, achamos impossível a um só profissional de enfermagem no C.C. cumprir qualquer papel se este C.C. tem mais de 10 cirurgias por dia” (MATOS 1987, p. 15).

Avaliou-se, também como, as enfermeiras estavam realizando a sua prática no centro cirúrgico, em relação às atividades administrativas e burocráticas, e constatou-se que 75.8% das enfermeiras concordaram que as atividades administrativas e burocráticas as afastam da sala de operação durante o intraoperatório (APÊNDICE C).

Para Gastaldo e Meyer (1989), como no início da profissão, a enfermeira continua não prestando assistência direta ao doente, delegando-a aos membros menos preparados da equipe de enfermagem. Dessa forma, concretiza-se a divisão manual/intelectual do trabalho. O “status” do enfermeiro acontece em função das atividades burocráticas e administrativas.

Nesse sentido, Capella e Gelbercke (1988) assinalam que, com a divisão interna da enfermagem nas categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar), à enfermeira cabe a esfera do saber, o trabalho intelectual e, aos demais componentes da equipe, a esfera do fazer, ou seja, o trabalho manual. Portanto, reflete na assistência dispensada ao paciente, na qual a enfermeira assume o papel de fiscal, administradora, burocrata, afastando-se do seu objeto de trabalho, o cuidado ao paciente, transferindo suas funções aos demais componentes da equipe de enfermagem.

Para Matos (1987), na unidade de centro cirúrgico, faz-se necessária a presença de uma enfermeira com função administrativa e de outra enfermeira com função assistencial (visita pré-operatório, receber e acompanhar o paciente no centro

cirúrgico), pois, devido à falta de tempo, delegam a assistência de enfermagem ao pessoal não-qualificado.

Observa-se que algumas enfermeiras reconhecem que as atividades administrativas e burocráticas estão afastando-as da sala de operação, permitindo que outros profissionais de enfermagem assumam as suas funções. Além do mais, sabe-se que algumas enfermeiras dedicam maior parte de seu tempo às atividades burocráticas, assumindo, muitas vezes, funções que não são da sua competência, distanciando-se cada vez mais do paciente.

Lunardi, Lunardi e Borba (1994, p. 8) afirmam que

O enfermeiro tem sido constante e continuamente solicitado por outros profissionais da equipe de saúde a envolver-se a resolver problemas dos mais variados, dizendo ou não dizendo respeito as coisas próprias do enfermeiro, muitos deles por nós considerados como atividades possíveis de delegação a outros elementos, pertencentes ou não a equipe de enfermagem.

Para esses autores, na graduação ensina-se que o objeto de trabalho da enfermeira é, fundamentalmente, o cuidado ao paciente, entretanto, na prática, tem sido, predominantemente, a administração e o controle do pessoal e material.

A autora deste trabalho é testemunha de que as enfermeiras, na sua maior parte, distanciam-se muito da assistência ao paciente, vez que as atividades administrativas ocupam um amplo espaço na prática que vivenciam. Devem, entretanto, saber o que lhes compete fazer e delegar as demais atribuições a outros membros da equipe de enfermagem.

5.2.3 A enfermeira e o gerenciamento da tecnologia em centro cirúrgico

Com o avanço tecnológico e a globalização, as instituições de saúde, as enfermeiras precisarão modificar a linha de ação - renovar-se, ajustar-se, transformar-se e adaptar-se rapidamente, a fim de que possam acompanhar esse avanço, proporcionar ao paciente um atendimento de excelência, além de competir com mercado de trabalho.

Assim, a enfermeira que gerencia o centro cirúrgico tem que acompanhar essa evolução tecnológica sofisticada para oferecer à instituição e ao paciente um trabalho com eficiência.

Nesse sentido, Pastore (1999, p. 25) ressalta que

as mudanças tecnológicas têm desempenhado um papel importante na reestruturação da economia global. Elas têm provocado fortes reduções de custos e preços dos bens e serviços que, por sua vez redundam em estímulos e outras atividades.

Sabe-se que a enfermeira em centro cirúrgico, precisa prestar assistência de enfermagem, utilizando aparelhos e materiais sofisticados, esses, com certeza, serão facilitadores, pois, proporcionarão conforto e segurança, diagnóstico precoce, rapidez nos resultados e menor tempo de permanência do paciente no hospital.

Concorda-se com Pastore (1998) quando declara que as novas tecnologias têm promovido uma gama muito grande de novos materiais, processos, fontes energéticas e bem de consumo.

Para Grispum (1999), a tecnologia tem como principal objetivo aumentar a eficiência da atividade humana em todos os níveis.

Assim, a enfermeira precisa, hoje em dia, estar perfeitamente informada a respeito do desenvolvimento tecnológico dos novos equipamentos biomédicos, da tecnologia da informação e comunicação na área de saúde, principalmente por entender que a tecnologia desempenha papel fundamental na sua prática em centro cirúrgico.

Verificou-se que 75,8% das enfermeiras opinaram que estão preparadas para gerenciar as novas tecnologias em centro cirúrgico (APÊNDICE D), entretanto, em 54,5%, o domínio das novas tecnologias em centro cirúrgico foi insatisfatório (Tabela 1 e Gráfico 1).

Fica claro que as enfermeiras com experiência em centro cirúrgico concordam que a tecnologia é importante no seu trabalho, promove um atendimento seguro, porém, não sentem segurança para usá-la na contribuição da assistência ao paciente. Acredita-se que a enfermeira deve preparar-se melhor para gerenciar as tecnologias, o que com certeza pode-se conseguir por meio da atualização contínua.

Segundo Mühlen (1995), a eficiência e a qualidade do suporte agregado pelo investimento em tecnologia dependem do preparo de seus usuários. Profissionais de todas áreas são desafiados o tempo todo. Para isso, é necessário estímulo e força

de vontade para desbravar novos horizontes sem medo do desconhecido. Novas oportunidades estão emergindo com toda força, principalmente para o setor de enfermagem, e o único jeito de se precaver contra essa constante mudança é conhecê-la, identificá-la e saber caminhar com ela.

É de fundamental importância que, no ambiente de trabalho considere-se a tecnologia como uma força de trabalho dominante.

Investigou-se acerca da importância de o hospital investir em equipamentos de alta tecnologia, constatou-se que 97% das enfermeiras consideram que o hospital deve fazer esse tipo de investimento (APÊNDICE D).

Os atuais recursos científicos e tecnológicos têm possibilitado grandes avanços na realização de ações no atendimento à saúde da população. Enquanto que o uso de métodos manuais mostra-se cada vez mais ineficientes, conforme Zielstorff, citado por Marim (2000). As oportunidades são amplas para aqueles que decidem incorporar recursos tecnológicos na prática diária e fazem destes recursos um instrumento para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, principalmente diminuindo custos e minimizando riscos, além atrair um maior número de especialistas para o desempenho dessas atividades.

São muitos os benefícios que os equipamentos com tecnologia avançada promovem na assistência ao paciente cirúrgico: são facilitadores, proporcionam a equipe de saúde conhecimentos e segurança, reduzem o tempo operatório e, conseqüentemente reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital, conforme já foi declarado.

Com relação à participação das enfermeiras na escolha e aquisição de materiais de consumo e permanente nas instituições que trabalham, 63.3% informaram que às vezes elas participam na escolha e 26.7% responderam que sim (APÊNDICE D).

Para Arndt e Huckabay (1983), a área de equipamentos e materiais é da responsabilidade da enfermeira, a melhor assistência de enfermagem aos pacientes freqüentemente depende da qualidade dos materiais e dos equipamentos. Assim, as enfermeiras deveriam estar familiarizadas com os materiais que usam, principalmente por ser da sua competência o planejamento e escolha dos mesmos.

Silva et al (1997) ressaltam que a qualidade é um fator importante, sendo necessário ser observado no planejamento de equipamentos e materiais a serem utilizados na sala de cirurgia, pois está relacionada com a durabilidade desses para a segurança do paciente.

Ninguém melhor do que a enfermeira da unidade para opinar o que de melhor para ser utilizado na assistência ao paciente no centro cirúrgico. Esses materiais e equipamentos muitas vezes são adquiridos por meio de licitação e, com certeza, compram-se aqueles que estão com melhor preço que, muitas vezes, não correspondem ao melhor produto.

A experiência da autora mostra que a instituição perde muito com esse tipo de procedimento, que se torna, muitas vezes, mais oneroso, pois se usa muito mais que o necessário na realização dos procedimentos. Portanto, nada melhor do que consultar a enfermeira no planejamento e aquisição desses materiais. Assim e que se ressalta a importância de a enfermeira estar atualizada para opinar com segurança.

Mas, o que se observa normalmente no dia-dia da enfermeira é o contrário do que se vem de dizer. Ela recebe “pacote pronto” sem ter qualquer participação na escolha, seu conhecimento, nesse aspecto, é desconsiderado.

Nesse sentido, Lopes (1988) reforça que a realidade é que a enfermeira não tem autonomia para a tomada de decisão no seu próprio campo de ação. Portanto, não participa na elaboração da maioria dos planejamentos em saúde e não tem acesso a níveis hierárquicos de deliberação.

Procurou-se saber das enfermeiras a importância dos equipamentos biomédicos na assistência de qualidade em centro cirúrgico, 57,6% responderam que acham indispensáveis esses equipamentos, 33,3% responderam que “às vezes” são indispensáveis, 9,1% responderam que “não” (APÊNDICE D).

Concorda-se com Silva et al (1997) quando afirmam que

Os avanços tecnológicos que vêm ocorrendo nos equipamentos hospitalares, especialmente aqueles utilizados na unidade de centro cirúrgico, estão exigindo das instituições de saúde a aquisição de tais recursos, de qualidade e em quantidade necessárias para prestar melhor atendimento ao paciente, bem como a utilização contínua dos componentes das equipes em relação ao manuseio e uso desses equipamentos, ao bom funcionamento do setor.

Observa-se que as enfermeiras concordam com a importância da aquisição de equipamentos de alta tecnologia, ademais, percebe-se a dificuldade em utilizá-los como contribuição na assistência. Será por falta de interesse em aprender a trabalhar utilizando esses equipamentos? Será por limitação de conhecimento? ou Será que os hospitais não estão oferecendo oportunidade para elas se atualizem?

Acredita-se que as enfermeiras não têm intimidade com as novas tecnologias, no que diz respeito à contribuição na assistência ao paciente, principalmente no intraoperatório.

Considerando a importância da atualização e do conhecimento da enfermeira, com referência ao manuseio dos novos equipamentos no centro cirúrgico, constatou-se que 59.4% responderam que “às vezes” sentem dificuldades em manusear os equipamentos no centro cirúrgico, 28.1% responderam que não sentem dificuldades e 15.6% responderam que sentem dificuldades em manusear esses equipamentos (APÊNDICE D).

Ribeiro (1999) assinala que o conhecimento tecnológico está incorporado ao processo de trabalho e contribuirá para prolongar a vida do paciente reduzindo o seu sofrimento.

Para Chiavenato (1997), o gerente deve possuir a habilidade técnica, a qual diz respeito à utilização do conhecimento, métodos, técnicas e equipamentos necessários para a realização de suas tarefas específicas, por meio de sua instrução, experiência e educação. Portanto, é importante que o gerente execute, com eficiência, essa habilidade no gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico.

Mülhen (1995) coloca que os profissionais de saúde estão seguros da importância que as tecnologias trazem, porém, ressalta que a operacionalização ainda deixa a desejar.

Com o advento da tecnologia e as constantes mudanças, surge a necessidade de adaptação de profissionais a tais fatores. No custo de implantação e manutenção de uma unidade de centro cirúrgico, a maior fatia do investimento é dos equipamentos, embora seja razoável supor que, da mesma forma, a qualidade do atendimento depende do preparo dos profissionais do centro cirúrgico.

Assim, entende-se que a maior dificuldade das enfermeiras no manuseio dos equipamentos e materiais deve-se aos seguintes fatores: sua ausência na participação e escolha desses materiais durante o planejamento da unidade; despreparo em decorrência da falta de treinamento e atualização e a falta de oportunidade em utilizá-los devido ao excesso de atividades administrativas e burocráticas.

5.2.4 A enfermeira e a informatização em centro cirúrgico

Desde o início a enfermagem tem o seu trabalho pautado em um processo disciplinado no qual sempre trabalham com armazenamento e transferência de dados sobre os pacientes, previsão e provisão de materiais, distribuição e controle, a fim de viabilizar o atendimento de saúde nas instituições hospitalares.

Sabe-se que, hoje, a tecnologia da informação está sendo utilizada para agilizar as atividades de assistência ao paciente cirúrgico, reduzir as atividades burocráticas desenvolvidas pela enfermeira na unidade e promover maior tempo para sua permanência na sala de operação, além de oferecer oportunidades para humanizar o atendimento de enfermagem.

Entretanto, os profissionais de enfermagem precisam saber fazer uso desse recurso, para tirarem melhor proveito nas instituições em que trabalham.

Neste estudo, constatou-se que 97% das enfermeiras consideram importante a informatização do centro cirúrgico (APÊNDICE E), porém, na Tabela 1, observa-se que 54,5% o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório.

Shortliffe, citado por Amaral (2002), assinala que, apesar de a tecnologia da informação ter avançado rapidamente no item referente à conectividade física para comunicação da informação, aspectos referentes à integração de sistemas e utilização da informação pelos profissionais de saúde não avançaram no mesmo nível.

Nesse sentido, Amaral (2002) coloca que no Brasil essas dificuldades são em decorrência de alguns fatores, como: computadores disponíveis em pequena quantidade nas instituições de saúde, baixos níveis de conhecimento em informática pelos profissionais de saúde e poucos sistemas clínicos que funcionam nas instituições de saúde. Portanto, são raros os profissionais de saúde qualificados e experientes na área da informação.

As profissionais de enfermagem, pelo que se observa, não dominam a tecnologia da informação, principalmente por carência de enfermeiras especializadas nessa área, pouca motivação em aprender a lidar com a informática, e a falta de preocupação de alguns hospitais em acompanhar o atual desenvolvimento tecnológico.

A informatização do centro cirúrgico, com certeza, trará benefícios ao paciente, à equipe de saúde e à instituição. Para tanto, é necessário um grande conhecimento na área e implementação de programas adequados para a realidade local.

Inquiridos com relação às enfermeiras que trabalham em hospitais que têm o centro cirúrgico informatizado, verificou-se que 56,3% (APÊNDICE E) das enfermeiras trabalham em hospitais em que o centro cirúrgico não é informatizado.

Marin (1999) refere que, com a informatização, o trabalho da enfermeira será mais organizado e eficiente, eliminando atividades redundantes e ineficazes, podendo medir resultados de suas ações de forma mais direta, adverte, entretanto, que qualquer desenvolvimento de sistemas informatizados está na dependência de quem o desenvolve.

Tachinardi (2000, p. 165) salienta que “a informação é o maior patrimônio e ferramenta para a saúde”.

Portanto, diante de um percentual maior para os centros cirúrgicos não informatizados, percebe-se pouca intimidade da enfermeira com a tecnologia da informação, no que concerne a sua utilização no apoio à prática da enfermagem.

Procurou-se investigar quais as ações que as enfermeiras achavam importantes informatizar, 93,8% acharam que era importante informatizar a programação de cirurgia eletiva, 93,9%, o débito da sala de operação, 100%, o controle de medicamentos e materiais e 59,4%, o preparo da sala de operação de acordo com a cirurgia programada (APÊNDICE F).

Marin (2000, p. 201) assinala que “um Sistema de Informação em Enfermagem pode ser usado com instrumento de gerenciamento na administração dos serviços de enfermagem e como suporte a prática assistencial”.

Para as atividades informatizadas, observou-se que 100% das enfermeiras optaram em informatizar o controle de medicamentos e materiais, observa-se o seu reconhecimento, quanto à importância da tecnologia da informação para a organização de suas atividades, tornando-se seu trabalho mais fácil, prático e ágil, e conseqüentemente, terão mais tempo de assistir diretamente ao paciente.

Marim, citada por Marim (2000, p.203) afirma, que

Os sistemas de informações em enfermagem irão cada vez mais atuar como agentes catalisadores para reestruturar a profissão, forçando o enfermeiro a explorar a natureza da profissão, a essência da prática, o corpo de conhecimento científico, levando-o a adquirir habilidades cada vez

mais especializadas para proporcionar um melhor nível de atendimento à saúde de seus clientes/pacientes.

Na informatização das atividades em centro cirúrgico, um requisito importante é atender as necessidades dos diferentes profissionais de saúde, e terá que ser abrangente e flexível para que possa ser usada na assistência, no ensino e na pesquisa.

5.2.5 A enfermeira e a instituição: a tecnologia e a humanização na prática da enfermeira

5.2.5.1 O perfil da clientela estudada

A clientela estudada foi 100% do sexo feminino, em relação a 54,5% das enfermeiras, o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório (Tabela 2 e Gráfico 2).

Apesar de a variável sexo seja considerada, fator que não intervém no nível de adequação ao domínio de novas tecnologias, satisfatória ou insatisfatória, entretanto, esse percentual encontrado na categoria feminina, parece indicar que esse constitui um fator significativo no processo de trabalho da enfermeira e, conseqüentemente no gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico.

Servo (2001a) refere que o Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem, por meio de estudo, constatou que a profissão é exercida predominantemente por mulheres (94,1%).

Segundo Matos (1987) umas das dificuldades para a enfermeira desempenhar os seus papéis em centro cirúrgico é o desconhecimento das atividades, formação profissional da enfermeira e profissão quase exclusivamente feminina, permanecendo até hoje o conceito social da relação dominação-submissão de uma categoria profissional sobre outra, como exemplo, médico-enfermeira, na qual o médico tem prestígio superior ao da enfermeira.

Capella e Gelbercke (1988) reportam que são vários os fatores que interferem na prática da enfermagem, entre eles, destacam-se: é profissão auxiliar, meio e não fim; é mão-de-obra submetida ao mercado capitalista; divisão interna na enfermagem,

em três categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar); o ensino de enfermagem é voltado às necessidades do mercado de trabalho; péssimas condições de trabalho, subemprego e desemprego; a força de trabalho¹ é predominantemente feminina.

De acordo com essas autoras, a enfermagem representa 65% dos trabalhadores do setor de saúde, entende-se que são forças de trabalho no processo produtivo, troca a sua mercadoria, força de trabalho, pelo salário necessário a sua sobrevivência.

Percebe-se que o sexo feminino é discriminado no mercado de trabalho em nível de tarefas, de salários e da possibilidade de ascensão.

Constatou-se que 60,6% das enfermeiras estão na faixa etária entre 30-40 anos e dessas, 30,3% apresentam o domínio de novas tecnologias satisfatório, o mesmo percentual apresenta-se insatisfatório. Observa-se, neste estudo, que a força de trabalho está em plena vitalidade de sua capacidade produtiva (Tabela 2 e Gráfico 3).

Percebe-se que a tecnologia da informação na realidade dos hospitais estudados é muito recente, favorecendo aquelas enfermeiras que estão na faixa etária entre 20-30 anos (27,3%), dentre essas, 15,2% foi satisfatória (Tabela 2 e Gráfico 3). Elas estão mais preparadas para aplicá-las em sua prática.

Quanto a tempo de formada, constatou-se que 36,4% das enfermeiras concluíram a graduação entre 05 a 10 anos, observa-se que as enfermeiras com experiência em centro cirúrgico são relativamente jovens na vivência profissional (APÊNDICE G).

Com relação à formação acadêmica, verificou-se, pela amostra estudada, que 33,3% das enfermeiras são pós-graduadas, dentre essas, 18,1%, o domínio de tecnologias foi insatisfatório (Tabela 2 e Gráfico 4).

Observou-se pouca influência da pós-graduação, o que pode indicar que as especialidades estudadas não devem estar contribuindo para uma melhoria das enfermeiras, quanto a sua afinidade com as novas tecnologias. Daí, infere-se que a graduação é um momento muito importante na formação das enfermeiras, deve ser melhor trabalhado, a fim de familiarizar a enfermeira com as novas tecnologias ou mesmo de estimulá-las a realizarem cursos em áreas afins.

¹ Força de trabalho é o conjunto das faculdades físicas e mentais, existente no corpo e na personalidade de um ser humano, as quais ele põe em ação, toda vez que produz valores de uso ou de qualquer espécie (SILVA citado por CAPELLA; GELBERCKE, 1988).

Conclui-se, que as áreas que as enfermeiras são pós-graduadas não interferem no domínio de novas tecnologias (Tabela 2).

Constatou-se que nenhuma enfermeira é pós-graduada em centro cirúrgico (Tabela 3).

Sousa (1988, p. 218) reforça que

a assistência a saúde solicita do enfermeiro conhecimento de natureza especializada, os quais passam a influenciar o atendimento e a atividade, desde a utilização das tarefas de rotina até procedimentos que variam em dificuldades e complexidade demandando alto grau de experiência técnico-científica e conhecimento teórico nos diversos ramos das ciências.

Concorda-se com Matos (1987, p. 15) quando afirma que

O enfermeiro que não sabe organizar seu trabalho diário, verificando e orientando a dinâmica de funcionamento do C.C., coordenando as atividades e encaixando-se nos seus devidos lugares e horários, acabará em pouco tempo desgastado, deslocado, frustrado e desacreditado.

A autora reforça que uma das razões de as enfermeiras de centro cirúrgico não cumprirem o papel de gerente eficaz decorre da falta de habilidade adequada para a função que exerce.

Acredita-se que esse resultado expressa a falta de preparo da enfermeira em assumir a gerência da unidade de centro cirúrgico, bem como, o fato de as instituições de saúde não exigirem ao contratar esse profissional, pós-graduação na área em que irá atuar. Conseqüentemente, surgem as dificuldades em gerenciar a unidade, por inexperiência, que levará a profissional a desestimular-se por falta de conhecimento acerca da função que lhe foi destinada.

Quanto à carga horária, verificou-se que, em 61,4%, das enfermeiras com carga horária de 6 horas o domínio de novas tecnologias foi satisfatório para 42,0%, e para as 32,2% das enfermeiras com carga horária de 8 horas, 29,0%, o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório (Tabela 5 e Gráfico 5). Infere-se que, a carga horária (8 horas), pode dificultar o desenvolvimento do trabalho da enfermeira, no que diz respeito a assistência ao paciente, principalmente, por ser o centro cirúrgico uma unidade estressante e com grande número de atividades complexas, além de possuir um número reduzido de funcionários para o serviço. Outro aspecto

importante que deve ser observado é a falta de atualização contínua dessas enfermeiras, em decorrência provavelmente da carga horária elevada.

5.2.5.2 Instituição em que trabalha

Do total da amostra estudada, 90,9% atuam em hospitais gerais (Gráfico 6 e APÊNDICE J), entretanto, para 51,5%, o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório e para 39,4%, foi satisfatório, para 9,1% das que atuam em hospital especializado, para 6,1%, o domínio de novas tecnologias foi satisfatório.

Observa-se neste estudo que, mesmo em pequena proporção, em hospital especializado, o domínio de novas tecnologias foi satisfatório. Provavelmente, existe uma padronização de equipamentos e técnicas utilizadas na assistência ao paciente.

Quanto à entidade mantenedora, 62,5% trabalham em hospitais particulares, dentre essas enfermeiras, 34,4% o domínio de novas tecnologias foi satisfatório, e 28,1% foi insatisfatório. Para as 25,0% das enfermeiras que trabalham em hospital estadual, 25,0%, ou seja, entre todas, o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório e para as enfermeiras que atuam em hospital municipal, 6,2% o domínio de novas tecnologias foi satisfatório e 3,1% foi insatisfatório (Gráfico 7 e APÊNDICE J).

Esse resultado demonstra que o domínio de tecnologias satisfatório encontra-se em maior percentagem nas enfermeiras que atuam em hospitais particulares, infere-se, pois, que estão mais familiarizadas e com conhecimento para gerenciá-las.

Nesse sentido, Cunha (2002) assinala que o “desenvolver de novas habilidades e novos conhecimentos é fundamental para gerar uma vantagem competitiva”.

Concorda-se com o autor, quando afirma que ao desenvolver novas habilidades e novos conhecimentos gera vantagem competitiva. Observa-se que os hospitais particulares têm uma maior preocupação em acompanhar a evolução tecnológica, a fim de que possam competir com o mercado de trabalho, enquanto que os hospitais públicos estão em passos lentos, em termos de investimentos de tecnologias de última geração.

No referente à capacidade do hospital, constatou-se que 57,6% das enfermeiras atuam em hospital de médio porte, para 36,54%, o domínio de novas tecnologias foi satisfatório e 21,2% foi insatisfatório, enquanto que, para 24,2% das enfermeiras que

trabalham em hospitais de grande porte, para todas, o domínio de tecnologias foi insatisfatório. Para os hospitais de pequeno porte, observou-se que em 9,1%, o domínio de novas tecnologias foi satisfatório, o mesmo percentual para insatisfatório (Gráfico 8 e APÊNDICE J).

Goldsmith, citado por Ferreira e Lira (2000, p. 177) salienta que

Muitas organizações de serviços de saúde de grande porte apresentaram um crescimento excessivo do seu quadro funcional e administrativo, acrescentando, porém, pouca vantagem aos serviços voltados ao paciente. Ficaram com excesso de servidores burocráticos e déficit de profissionais qualificados prestando serviços diretamente aos pacientes, principalmente, na área de enfermagem.

Em relação à clientela, verificou-se que 60,6% das enfermeiras atuam em hospitais que atendem pacientes conveniados e particulares (ambos), dentre essas, para 36,4%, o domínio de novas tecnologias foi satisfatório, e para 24,2% foi insatisfatório, enquanto que, para as enfermeiras que trabalham em hospitais conveniados 36,4%, verificou-se que, entre essas, 27,3%, apresentaram o domínio de novas tecnologias insatisfatório e 9,1% satisfatório (Gráfico 9 e APÊNDICE J).

Pelos dados obtidos neste estudo, detectou-se que, em hospitais que atendem pacientes diferenciados (particular+convênios), as enfermeiras estão mais familiarizadas com as novas tecnologias, enquanto que, nos hospitais que atendem a pacientes só com convênios, as enfermeiras não dominam as tecnologias. Verificase que há uma maior preocupação das instituições privadas, em investir na tecnologia e qualificar os profissionais de enfermagem para melhor usá-las e, conseqüentemente, prestar uma assistência qualificada. O que não foi observado nas demais instituições de saúde estudadas.

5.2.5.3 A tecnologia e a humanização na prática da enfermagem

No mundo contemporâneo, as inovações tecnológicas são essenciais, importantes, desejáveis e necessárias para modernização das sociedades. Entretanto, não pode ser esquecido que o relacionamento humano é de primordial importância na assistência ao paciente cirúrgico.

Tratando-se da unidade de centro cirúrgico, a humanização, ultimamente, tem sido um tema bastante discutido, pois existe uma grande preocupação dos

profissionais de saúde, em oferecer uma assistência com qualidade por meio das novas tecnologias.

A tecnologia e a humanização associadas são indispensáveis para obter-se uma assistência com qualidade, mas, em nenhum momento, pode-se esquecer que o paciente é um ser humano que precisa de atenção, carinho e compreensão.

A enfermeira deve motivar a humanização para toda a equipe cirúrgica, promovendo uma assistência humanizada, desde a gerência administrativa até o cuidado direto ao paciente.

Assim, todos profissionais que atuam em centro cirúrgico devem conscientizar-se que humanizar é uma tarefa de todos os que se dizem responsáveis pela assistência ao paciente.

Souza, Possari e Mugaier (1985) assinalam que

A utilização de equipamentos e aparelhos altamente sofisticados podem fazer com que a equipe de enfermagem tenha sua atenção, preponderantemente, voltada para os aspectos instrumentais. Porém não devemos esquecer que o principal objetivo continua sendo o paciente, o qual em meio a tudo isso, não deve ser esquecido e relegado a plano secundário.

Rocha (1995, p. 42), nesse sentido, salienta que

Torna-se imperativo que as organizações de saúde estejam aptas a proporcionar sempre, um atendimento técnico-científico de nível adequado à demanda da população, aliado de maneira indissociável do aspecto humanístico que inclui capacidade, compreensão, carinho e muito amor a profissão, onde a finalidade é servir.

A tabela 6 e gráfico 10, demonstra o domínio das novas tecnologias, associado ao fator humanização. Observa-se que, das 84,4% enfermeiras que responderam que a tecnologia da informação contribui na organização e sistematização de suas atividades no centro cirúrgico, dessas 50%, o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório. Na opção “as vezes”, com um percentual de 15,6%, dessas 9,4%, o domínio de novas tecnologias foi satisfatório.

Zen e Brutscher, citados por Takeshita e Ribeiro (1998, p. 27) afirmam que

É necessário que o progresso tecnologia e da ciência não impeça a humanização do profissional indispensável nas relações enfermeiro paciente, que tanto enobrece, dignifica e eleva os ideais da enfermagem. É preciso integrar, no exercício profissional, os recursos tecnológicos e a

compreensão do paciente como ser humano, que pensa e sente e não apenas um conjunto de sinais e sintomas reações.

Para Kneller, citado por Ribeiro et al (1999), a tecnologia organiza e sistematiza as atividades humanas, contribuindo dessa forma para exploração de recursos e para que se possam desenvolver as atividades.

Diante do exposto, acredita-se que as enfermeiras preconizam os cuidados de rotina e não se preocupam em evoluir no sentido de assegurar a qualidade da assistência, com a contribuição da tecnologia da informação. Quanto à humanização, deve-se procurar realiza-la por meio de trabalho organizado e sistematizado na unidade de centro cirúrgico.

Ao associar o fator humanização e a tecnologia, possibilita-se uma assistência de qualidade no perioperatório ao domínio de novas tecnologias em centro cirúrgico, constatou-se que 53,1% das enfermeiras concordaram com o domínio de novas tecnologias em centro cirúrgico, no entanto, entre essas, 28,1% apresentaram o domínio insatisfatório e 25% satisfatório, das 34,4% que responderam “não”, 18,8% foi insatisfatório (Tabela 6 e Gráfico 11).

Querelhas (2001) associa o fazer e o agir no trabalho da enfermeira da seguinte forma: o fazer diz respeito à competência, a eficiência que todo indivíduo deve possuir para exercer bem o seu papel profissional; o agir se refere à conduta da pessoa no trabalho, ao conjunto de atitudes que ela deve possuir no desempenho de sua profissão.

Quanto às enfermeiras estudadas, percebe-se que uma grande parte gostaria de saber associar fazer (tecnologia) e agir (humanização), a fim de promover um trabalho organizado, ético, respeitando os direitos dos pacientes e conseqüentemente, proporcionando a qualidade na assistência. Entretanto, verificou-se que não estão preparadas para gerenciar as novas tecnologias. Percebe-se que essa situação está associada à falta de tempo das enfermeiras em atualizar-se nessa área, poucas oportunidades lhes são oferecidas ou falta estímulo por parte da instituição em que trabalham.

Em relação à associação ao nível e adequação ao domínio de novas tecnologias e a opinião das enfermeiras de que a tecnologia reduz a assistência humanizada em centro cirúrgico, observou-se que das 68,8% que responderam “não”, dessas, 34,4% o domínio de novas tecnologias foi insatisfatório, e o mesmo percentual se aplica para o domínio de novas tecnologias satisfatório (Tabela 6 e Gráfico 12).

Para Groah (1997), as inovações tecnológicas causam conflito tanto para o paciente quanto para a enfermeira; o paciente recebe o cuidado e a enfermeira o administra empregando diferentes equipamentos, técnicas e métodos. E acrescenta que o relacionamento humano é uma maneira de superar as conseqüências negativas da tecnologia, pois evita que os pacientes se transformem em meros objetos.

A autora deste trabalho discorda com Groah (1997), em relação a sua opinião de que a enfermeira sente impacto com as inovações tecnológicas. Sabe-se, que essa deve estar preparada para gerenciar as novas tecnologias, por meio de conhecimento científico e técnico, e para usá-las na administração da assistência, garantindo um atendimento seguro ao paciente no perioperatório.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

6.1 Conclusões

Neste estudo, por meio da análise e discussão dos dados, foram atingidos os objetivos propostos. Constituiu-se de unidades temáticas para melhor compreender o fenômeno em estudo, conforme metodologia definida.

Inicialmente, assumiu-se uma atitude crítica, em relação ao nível de adequação ao domínio de novas tecnologias das enfermeiras no gerenciamento em centro cirúrgico dos hospitais, com o objetivo de alertá-las quanto a sua práxis. Mas, não se finalizou a tarefa. Reconheceu-se uma necessidade premente de que o tema seja mais pesquisado em outras regiões do país, a fim de fornecer subsídios cientificamente comprovados para auxiliar na qualidade do gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico, e conseqüentemente, na qualidade da assistência. Buscou-se, desta forma identificar e descrever os fatores que interferem no nível de adequação ao domínio de novas tecnologias pelas enfermeiras no gerenciamento em centro cirúrgico e propor ações para adequação ideal do domínio de novas tecnologias em centro cirúrgico. Portanto, estabeleceu-se reflexão básica para estimular outras reflexões. As críticas foram emitidas com a finalidade de esclarecer e fundamentar as argumentações.

A escolha do método quantitativo mostrou-se apropriado ao estudo. A elaboração do questionário utilizado na pesquisa, com questões fechadas e de múltipla escolha, foi importante para a compreensão do objeto e para a identificação de problemas relevantes, que no decorrer do estudo, foram relacionados.

Quanto à integração da parte teórica ao tema proposto, teve-se o cuidado em não perder de vista os pontos essenciais demarcados na teoria e na aplicação do embasamento teórico à investigação, buscou-se manter fidelidade aos pressupostos que as fundamentam.

Considerando os objetivos, as hipóteses e os resultados deste estudo, chegou-se às conclusões que passam a ser expostos.

6.1.1 A enfermeira na gerência de centro cirúrgico

Há evidência de que as enfermeiras necessitam de gerenciar o centro cirúrgico por meio de atividades sistematizadas e com adequação ao nível satisfatório do domínio de novas tecnologias (biomédicas, comunicação e informação). Percebe-se que as enfermeiras abarcam atividades administrativas e burocráticas e passam as suas funções para outros profissionais menos qualificados; realizam atividades que não são de sua competência; deixam de organizar e planejar a assistência, fixando-se nas tarefas gerenciam de forma desarticulada (gerenciamento de outros serviços); não são pós-graduadas na área em que atuam, sinalizando um despreparo para o exercício da função.

O nível de adequação da enfermeira ao domínio de novas tecnologias no gerenciamento em centro cirúrgico foi insatisfatório (54,5%), não se pode afirmar existir só o exercício desse padrão, estando a gerência interligada a outras situações que são aplicados na prática da enfermeira na referida unidade.

Os fatores identificados que restringem o nível de adequação ao domínio de novas tecnologias (NADNT) da enfermeira no gerenciamento em centro cirúrgico foram os seguintes: o número elevado de cirurgias nas 24 horas (45,5% para média de 15 – 20 cirurgias), a dificuldade de permanecer na sala de cirurgia, devido ao excesso de atividades administrativas e burocráticas (75,8%), a participação das enfermeiras “as vezes” na escolha e aquisição dos equipamentos (63,3%), “as vezes” são treinadas para manusear os novos equipamentos (48,5%), as enfermeiras sentem dificuldades no manuseio de equipamentos biomédicos “as vezes” (59,3%), e, a não existência da tecnologia da informação (56,3%) nos centros cirúrgicos.

6.1.2 A enfermeira e a instituição: a tecnologia e a humanização na prática de enfermagem

Comprovou-se estatisticamente haver discordância significativa em nível de 5% de probabilidade entre as variáveis categorizadas no perfil da enfermeira e característica da instituição com o nível de adequação ao domínio de novas

tecnologias (NADNT), exceto as seguintes variáveis: carga horária e capacidade do hospital. Entretanto, com exceção de formação acadêmica e cargo, observa-se a relevância que as demais variáveis (sexo, idade, tipo de hospital, entidade mantenedora, porte e clientela) assumem. Pelo exame percentual e a vivência profissional da autora, constata-se a importância que cada uma das variáveis representa para o NADNT pela enfermeira de centro cirúrgico, pois refletem eficácia, qualificação do indivíduo, conhecimento, habilidades (técnica, humana, liderança, tomada de decisão), aspectos referenciados pela literatura, com fatores condicionantes do êxito do gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico.

Assim, o resultado exige postura de investigação com base na metodologia científica. Considerando os resultados alcançados, adverte-se que a realidade da prática representa a tendência do grupo a uma conscientização do seu verdadeiro papel de gerente de centro cirúrgico frente às novas tecnologias.

6.2 Propostas

Tendo em vista uma assistência de enfermagem de qualidade, e livre de riscos aos usuários das instituições hospitalares e de sua necessária relação com NADNT pela enfermeira em centro cirúrgico, tem-se questionado quanto a este nível de adequação, com indagações se ela comporta a tendência da enfermagem científica e tecnológica para o desenvolvimento da prática profissional nas instituições de saúde. Esse tema merece estudos e reflexões.

Diante do quadro que vem de ser apresentado no decorrer desta exposição e da responsabilidade de despertar uma consciência política, e ética, em busca da competência científica e técnica, apresenta-se as propostas a seguir:

6.2.1 As enfermeiras

Busquem compreender que a gerente de enfermagem de centro cirúrgico tem um novo perfil, como conseqüência do aumento exponencial de complexidade tecnológica na unidade em questão;

Façam atualizações contínuas, a fim de gerenciar as tecnologias de centro cirúrgico com NADNT satisfatória;

Participem do levantamento das pesquisas em enfermagem, principalmente nas áreas de tecnologia da informação, comunicação e biomédica e que os resultados dessas pesquisas sejam divulgadas, e os pesquisadores informem aos sujeitos e instituições os resultados obtidos nas investigações.

Usem adequadamente as novas tecnologias, tanto da informação e comunicação quanto de ponta, para o cuidar em enfermagem;

Assumam o compromisso humanístico, ético e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

6.2.2 As escolas de enfermagem

Invistam na qualidade de seu corpo docente para enfrentar o desenvolvimento tecnológico do mundo moderno e possam, repassar, para o aluno, de forma coerente;

Visem a formação do enfermeiro como gerente, aptos a planejar estrategicamente para contínuas mudanças, com predisposição para desenvolver habilidades para as novas tecnologias de informação, comunicação e biomédica, e, que tenha perfil ético, político e crítico com competência profissional e responsabilidade social;

Preparem o profissional de enfermagem, com capacidade de intervir nas atividades, de atuar em equipe e de auto-organizar-se.

6.2.2 As instituições hospitalares

Adquiram e/ou capacitem equipes para desenvolver o sistema de informação em centro cirúrgico;

Invistam nas novas tecnologias, responsabilizando-se pela qualidade da assistência oferecida pela equipe de saúde em seus diferentes níveis de atenção à saúde;

Planejem e implementem programas de formação e qualificação contínua para os profissionais de saúde.

Incentive à criação de softwares educativos, cursos via internet, pós-graduação na área de centro cirúrgico à distância para a equipe de saúde que atua na área hospitalar.

6.2.3 As entidades de classe

Mobilizem os profissionais de enfermagem para discussão ampla, visando uma tomada de posição (em nível local, estadual e federal) no sentido de conscientizá-los acerca da importância do conhecimento das novas tecnologias para o gerenciamento e a prática, pautado na ética e na humanização da equipe de saúde.

6.3 Recomendações para futuros trabalhos

O nível de adequação ao domínio de novas tecnologias em instituições hospitalares de outras regiões do país.

A influência da humanização da equipe de saúde no uso de novas tecnologias em centro cirúrgico.

Desenvolvimento de estudos relacionados à importância da educação permanente das enfermeiras no gerenciamento de novas tecnologias de centro cirúrgico.

7 REFERÊNCIAS

ALESSIO, Paulo A. Shimizu, Y. Ciência, Técnica e Tecnologia. **Rev. Tecnologia & Humanismo**, Paraná. ano 15, n. 20, p. 81-87, 2001.

ALMEIDA, Marcio José de. Tecnologia e medicina: uma visão da academia. **Rev. De Bioética e Ética Médica**, Brasília, DF, v. 8, n 1, p 69 - 77. 2000.

AMARAL, Marcio Biiczky. Tecnologia da informação e gestão em saúde. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 26 v. 26, n. 2, p. 225 - 232, abr./jun. 2002.

ANTONIETTO, M. R. Expectativa e percepção do enfermeiro em relação à função administrativa. **Rev. HOSPITAL – Administração e Saúde**, São Paulo, v.17, n.6, p. 320– 2325, nov./dez. 1993.

ANTUNES, A. V. Liderança para a qualidade na enfermagem. São Paulo. **Rev. Nursing**, São Paulo, n.15, p. 22-26, ago. 1999.

AORN. Categoria dos padrões administrativos para enfermagem perioperatória – parte I. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.8-10, abr./jun. 2002.

AORN. Categoria dos padrões administrativos da assistência perioperatória – parte II. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 7, n. 3, p.12-14, jul./set. 2002.

AQUINO, Kátia Stancato. Relato de experiência: área de administração aplicada à enfermagem na UTI da UNICAMP. **Rev. Hospital: Administração e Saúde**, São Paulo, v. 17, nº 4, p. 206-208, jul./ago. 1993.

ARTUZO, P. S.; CHAVES, E. H. Preparo ou despreparo de enfermeiros assistenciais no manejo de recursos de informática. **Rev. Nursing**, São Paulo. n. 21, p. 30-34, fev. de 2000.

BARNARD, Alan. Nursin and the primacy of technological progress. **International**

Journal of Nursing Studies. Austrália, p. 435-442, Jun. 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretriz Curricular Nacional do Curso de Graduação em Enfermagem. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 6, n. 4, p.10-12, out./dez. 2001.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Conselho Regional de Enfermagem da Bahia – Bahia – investindo na qualidade**, Salvador, 1999.

BRITO, Teles Rogério de Magalhães; BRITO, Lúcio Flávio de Magalhães. Engenharia clínica em centro cirúrgico. Entrevistador: Beatriz Helena B. P. de Souza. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 3, n 1, p.8-9, jan./mar. 1998.

BROCKA, Bruce; BROCKA, M. Suzanne. **Gerenciamento da qualidade**. Tradução e revisão técnica de Valdênio Ortriz de Sousa. São Paulo: Makron Books, 1994.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. Belo Horizonte: Bloch, 1994. 279p.

CAPELLA, Beatriz Beduschi; GELBECKE, Francine Lima. Enfermagem: sua prática e organização. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 42, n. 2, p.132- 139, abr./jun. 1988.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: Makron Book, 1997.

CUNHA, Ana Maria Campos Alves da. Gestão em enfermagem: novos rumos. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 26, v. 26, n. 2, p.309-314, abr./jun. 2002.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Bioética e direitos humanos. In: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel.; GARRAFA, Volnei. (Coord.) **Iniciação a bioética**. Brasília, DF, 1998.

DESTRO, M.R.P. Educação continuada: visão histórica e tentativa de contextualização. **Cadernos Cedes Educação Continuada**, Campinas, SP. N. 36, p. 21-27, 1995.

DIRETÓRIO Acadêmico de Enfermagem da UNISINOS. **História da enfermagem**. Disponível em: <http://www.daenfermagem.hpg.ig.cm.br/histenf.htm>>. Acesso em: 26 dez. 2001.

DRUCKER, Peter F. **Gerente eficaz**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1967. 166p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. rev. Aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, c 1986.

FERREIRA, Deborah Pimenta.; LIRA, Antonio Carlos Onofre. O papel da informação no hospital do futuro. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, n. 3, p. 173-181, mai./jun. 2000.

FERRAZ, S. B. et al. Sistematização e humanização no CC. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.3, n.4, p.27-29, out/dez. 1998.

FRANÇA, Genival Veloso. Telemedicina: breves considerações ético-legais. **Rev. de Bioética e Ética Médica**, Brasília, DF, v. 8, n 1, p 107-119, 2000.

FRIEDLANDER, Maria R. A formação do enfermeiro nas próximas décadas. **Rev. Âmbito Hospitalar**, São Paulo, p. 57-61, 1995.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **A ética e o ensino da ética na enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 118 p.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993b. 141 p. GASTLDO, Denise; MEYER, Dagmar. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 42 n.1, 2, ¾, p. 7-13, jan./dez. 1989.

GHELLERE, Terezinha; ANTONIO, Maria Cecília; SOUZA, Maria de Lourdes. **Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem**. Florianópolis, UFSC, 1993. 183 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOOSSEN, W. T. F. **Definitions of nursing informaties**. Disponível em: <<http://junior.apk.net/~lqthede/book/c18Info/itions.html> > Acesso em: 5 dez. 2001.

GROAH, Linda K. Enfermagem perioperatória: a essência de qualidade e do cuidado. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.2, n 3, p. 12-17 jul/set 1997.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br> > Acesso em: 6 maio 2002.

KOBES, Antonio Genésio. Administração para a qualidade, através do investimento em recursos humanos. **Rev. Hospital - Administração e Saúde**, São Paulo v. 18, n 6, p. 310-313, nov./dez. 1994.

KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da beneficência e não-maleficiência. In: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. (Coord.) **Iniciação a bioética**. Brasília, DF, 1998. 302p.

KURGANT, Paulina et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo, EPU, 1991.

LEITE, Maria Madalena Januário; PEREIRA, Luciane Lúcio. Educação continuada em enfermagem. In: KURGANT, Paulina et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo, 1991.

LEVY, Pierre. **Cibercultura**. Tradução de Carlos Irineu da Costa. São Paulo. Ed. 34, 1999. 264 p.

LOPES, Maria Julia Marques. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado feminino, doméstico e desvalorizado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 41, p. 211-217, jul./dez. 1988.

LOPES, Carmen Luci R. et al. A comunicação profissional de saúde X cliente diante das novas tecnologias. . **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 51, n. 1, p. 53-62, jan./mar., 1998.

LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; BORBA, Marta Riegert. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade e internação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 47. n. 1, p. 7-14, jan./mar. 1994.

MACEDO, Arthur Roquete de. Conselho Nacional de Educação: câmara de educação superior. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 6, n 4, p.10-12, out./dez.2001.

MARIN, Heimar F. Tecnologia da Informação em enfermagem: próximos passos. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24 n. 3, p. 200-204, maio./jun. 2000.

MARIN, Heimar F. Informática à serviço da enfermagem. **Rev. Nursing**, São Paulo, ano 2, n. 10, p. 8-9, mar.1999.

MARX, Lore Cecília. Conhecimento não tem preço. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 1, n 1, p. 8 - 11, jan./mar. 1997.

MATOS, Norma Lúcia de. Atitude profissional do enfermeiro de centro cirúrgico. **Rev. Enfoque**, São Paulo, v. 15, n 1, p. 14 - 16, jun. 1987.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MASTROANTONIO, Maria Aparecida; GRAZIANO, Kazuko Uchikawa. Proposta de um instrumento de avaliação dos padrões de qualidade de uma unidade de centro cirúrgico ajuizado por especialistas. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 26 v. 26, n. 2, p. 332-341, abr./jun. 2002.

MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997.

MELO, Márcia Atonietto Costa et al. Opinião da equipe de enfermagem em relação a liderança exercida pela enfermeira. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 10, p. 333-338, nov./dez. 1995.

MEZOMO, João Catarim. Estratégias para liderança efetiva. **Rev. Hospital e Saúde**, São Paulo, v. 16, n 3, p. 100-104, maio/jun. 1992.

MEZOMO, João Catarim. Criatividade e inovação: o caminho para o sucesso. **Rev. Hospital: Administração e Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 110-114, maio/jun. 1992.

MEZOMO, Augusto A. Relíquias do passado e administradores do futuro. **Rev. Hospital: Administração e Saúde**, São Paulo, v. 18, n 4, p. 186-188, jul./agosto 1994.

MICHALOSKI, Ariel Orlei et al. Tecnologias apropriadas: reflexões. **Rev. Tecnologia & Humanismo**, ano 15, n. 20, p. 55-61, 2001.

MINAYO, Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

MUHLEN, Sergio Santos. O engenheiro clínico nas unidades de saúde. **Rev. Hospital: Unimed do Brasil**, p. 26-27, nov.1995.

MUÑOZ, Daniel Romero; Fortes, Paulo Antonio Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel.;

GARRAFA, Volnei. (Coord.) **Iniciação a Bioética**. Brasília, DF. 1998.

NUNES, Fabíola de Aguiar. Introdução. **Rev. Bioética**, Brasília, DF, v. 4 n. 2 – Suplemento, p. 28, 1996.

OGUISSO, Taka. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Rev. Nursing**, São Paulo, ano 3, n. 20, p. 22-29, jan.2000.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. A Enfermagem no planejamento e organização do centro cirúrgico. Feira de Santana – BA, 2001. Digitado.

PADILHA, M. I.C.S., A qualidade total como recurso para a assistência de enfermagem. **Rev. Hosp. Adm. e Saúde**, v. 18, n.5, p.275-279, set./out. 1994.

PAIXÃO, Waleska. **A historia da enfermagem**. Rio de Janeiro: Livraria Julio C. Reis, 1979.

PELLIZZETTI, Nazaré. Cuidado de enfermagem perioperatória. **Rev. Nursing**, São Paulo, n. 14, p. 10-11, jul. 1999.

PORTO, Zadir Marques. Dos olhos d`água à princesa do sertão. **Noite Dia**, Feira de Santana, 22 jun. 2001. Caderno Especial, p. 1-12.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM. Feira de Santana, Colegiado do Curso de Enfermagem da UEFS, 2001.

QUELHAS, Maria Cristina Ferreira. A ética resgatando valores para o novo milênio. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 15 - 19, jul./set. 1999.

RIBEIRO, Rachel de Carvalho Negrão et al. Tecnologia e humanização em CC e UTI. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 11, abr./jun. 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas. 1989. 287p.

ROCHA, Odaléia Silvestre. A importância da atuação do profissional da área de saúde na reabilitação do paciente (humanização). **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, v. 19, n.1 p. 41-44, jan./ fev. 1995.

ROMANO, César Augusto; LIMA, Isaura Alberton de. O desafio de apoiar a pequena e média empresa n implantação de programas de qualidade. **Rev. Tecnologia & Humanismo**, Paraná, v. 15 n. 20, 2001. 98 p.

SANTOS, Sergio Ribeiro dos. Enfermagem: análise de alguns aspectos da profissão. **Rev. Hospital: Administração e Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 130-133, maio/jun. 1992.

SANTOS, Fernando César Almeida Santos. Dissonância entre as estratégias de recursos humanos. **Rev Ciências e Tecnologia**, n. 4, v. 212, p. 15-23, dez. 93.

SCARPONI, Florentino Garcia. Tecnologia adecuadas em salud. **Rev. Hospital: Administração e Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 07-14, jan./fev, 1994.

SERVO, Maria Lúcia Silva. **Supervisão da enfermeira em hospitais**. Feira de Santana – BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001a.

SERVO, Maria Lúcia Silva. **Supervisão em enfermagem: o (re)velado de um práxis**. Feira de Santana-BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001b.

SILVA, Ana Gracinda I. Gerenciamento clínico em enfermagem e qualidade da assistência. **Rev. Nursing**, ano 3, n. 20, pg. 12-15. jan. 2000.

SILVA, M. D' Aparecida Andrade et al. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1997.

SILVA, Graciete B. **A enfermagem profissional: análise critica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, M. J. P. PEREIRA, L. L. BENKO, M. A. **Educação continuada**. São Paulo: Marques Saraiva, 1989.

SIQUEIRA, José Eduardo. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Rev. de Bioética e Ética Médica**, Brasília, DF, v. 8, n 1, p. 55 – 64, 2000.

SOUSA, Maria do Socorro Batista. A pós-graduação em enfermagem na região norte: situação atual e perspectiva. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 41 (¾): p. 218-224, jul/dez. 1988.

SOUZA, F. M.; ALBUQUERQUE, M.T. Relato de experiência: monitorização da SO. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 3, n. 3, p.22-25, jul/set. 1998.

TACHINARD, Umberto. Tendências da tecnologia da informação em saúde. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, n. 3, p. 167-172, maio/ jun. 2000.

TRAMONTINI, Cibele Cristina et al. Repensando a formação do gerente do processo de trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico e central de material. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v.7, n. 1, p.11-15, jan./mar. 2002.

TIPPLE, Anaclara Ferreira V. et al. Autonomia do paciente no centro cirúrgico: uma questão bioética. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 3, n.1, p. 19-21, jan./mar. 1998.

TRIVINÕS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VALENTE, José Armando. Aprendizagem continuada ao longo da vida. **Pátio Revista Pedagógica**. São Paulo, ano 4, n. 15, p. 09 – 12, nov. 2000/jan. 2001.

VOLNEI, Garrafa. Bioética e ciência – até onde avançar sem agredir. In: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel.; GARRAFA, Volnei. (Coord.) **Iniciação a bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

YAMARCHI, N.T.; MUNHOZ, C.H.F. Conceitos básicos para um gerenciamento de enfermagem baseado na filosofia da qualidade total. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 47, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 1994.

XAVIER, Iara, M. et al. Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de graduação em enfermagem. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 6, nº 4, p.8-9, out/dez. 2001.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP-UEFS

Feira de Santana, 27 de junho de 2002.
Of. CEP-UEFS nº 055/2002
Parecer em anexo

Ref. Protocolo do Projeto nº 011/2002

Senhor(a) Pesquisador(a): MARLUCE ALVES NUNES OLIVEIRA.

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes a seu Projeto de Pesquisa intitulado " *Gerenciamento de Novas Tecnologias de Centro Cirúrgico pelas Enfermeiras em Hospitais de Feira de Santana -BA* ", registrado neste CEP conforme Protocolo nº 011/2002, satisfaz plenamente às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi aprovado, por unanimidade, pelos membros do CEP-UEFS em sua reunião de 20 de junho de 2002.

Acrescento que o CEP-UEFS também aprovou a seguinte recomendação: "que por ocasião dos relatórios anuais ou no relatório final, informe a este CEP como os benefícios da pesquisa serão revertidos aos sujeitos da mesma".

Em nome dos membros do CEP-UEFS desejo-lhe pleno êxito no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno (um ano) este CEP aguardará o recebimento de relatórios pertinentes.

Nesta oportunidade renovo protestos de elevada consideração.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Eliane Elisa de Souza e Azevêdo.
Coordenadora
CEP-UEFS

Eliane Elisa de Souza e Azevêdo
Coordenadora
CEP - UEFS

CEP-UEFS
Parecer nº 2
Protocolo 011/2002

I-Identificação:

- a) Título: "Gerenciamento de novas tecnologias de Centro Cirúrgico pelas enfermeiras em hospitais de Feira de Santana-Ba."
- b) Pesquisador responsável: Marluce Alves Nunes Oliveira.
- c) Professor orientador: Profº Dr. Alejandro Martins Borges
- c) Instituição onde se realizará: UFSC
- d) Data de apresentação ao CEP: 13/05/2002.

II-Objetivos:

- 1- Descrever o gerenciamento de tecnologia de Centro Cirúrgico pelo enfermeiro nos hospitais de Feira de Santana-Ba;
- 2- Identificar os fatores que interferem no domínio das tecnologias pelo enfermeiro no gerenciamento do Centro Cirúrgico.

III-Resumo:

O estudo tem como proposta principal estudar como o enfermeiro gerencia as novas tecnologias em Centro Cirúrgico em hospitais de Feira de Santana. Com isto ele pretende contribuir para o conhecimento do gerenciamento de novas tecnologias em Centro Cirúrgico nestes hospitais. Isto seria feito com a aplicação de um questionário, com 21 (vinte e uma) questões, a enfermeiros que têm experiência em unidades de Centro Cirúrgico em oito hospitais, entre públicos e privados, em Feira de Santana-Ba.

IV-Comentários:

A pesquisadora atendeu as recomendações deste CEP datadas de 29/05/2002.

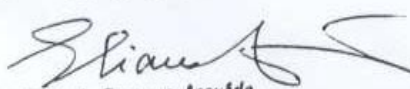

Eliane Elisa de Souza e Azevêdo
Coordenadora
CEP - UEFS

V-Conclusão:

Visto que as recomendações datadas de 20/05/2002 foram atendidas pela pesquisadora, concluímos que este Projeto deve ser aprovado pelo CEP/UEFS. Salvo melhor juízo deste CEP.

Feira de Santana, 20 de junho de 2002.

Processo aprovado em reunião do CEP-UEFS
de 20 de junho de 2002


Eliane Elisa de Souza e Azevedo
Coordenadora
CEP - UEFS

ANEXO B - Autorização



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE – CAIXA POSTAL 476

CEP 88010-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

AUTORIZAÇÃO

Solicitamos, através do presente documento, autorização para Marluce Alves Nunes Oliveira realizar sua pesquisa. Essa pesquisa fará parte da dissertação de mestrado da referida aluna no Laboratório de Ensino a Distância do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Comprometemos a manter em sigilo o nome da instituição, sendo revelado apenas se for de seu interesse e mediante autorização através de documento.

Ressaltamos que nosso objetivo com essa pesquisa é de contribuir para o desenvolvimento acadêmico através da formação e aperfeiçoamento contínuos tendo como foco o uso de tecnologias emergentes no centro cirúrgico.

A cópia final da dissertação será entregues para a instituição para o fim dos dados e resultados obtidos.

Atenciosamente,

Alejandro Martins

Coordenador de Mídia e Conhecimento
Programa de Pós-Graduação em engenharia de Produção
Universidade Federal de Santana Catarina

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada **GERENCIAMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS DE CENTRO CIRÚRGICO PELAS ENFERMEIRAS EM HOSPITAIS DE FEIRA DE SANTANA-BA**, de autoria da mestrandia **Marluce Alves Nunes Oliveira**, que tem como objetivo contribuir para o conhecimento e gerenciamento de novas tecnologias em Centro cirúrgico. Os conhecimentos adquiridos serão aplicados com o objetivo de melhorar o trabalho da Enfermeira e a qualidade da assistência ao paciente em Centro Cirúrgico. Tenho conhecimento que na pesquisa poderá haver riscos e possíveis benefícios. Foram feitos os devidos esclarecimentos acerca da justificativa, objetivos e procedimentos metodológicos (questionário com respostas fechadas, abertas e de múltipla escolha). Tenho também a garantia de esclarecimentos, durante o curso da pesquisa, havendo a possibilidade de recuar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao meu cuidado. Estou ciente que será garantido o sigilo que assegure a minha privacidade nos dados confidenciais relatados por mim no questionário respondido. Desta forma, acredito estar contribuindo para o avanço do conhecimento técnico-científico da Área de Enfermagem, em especial, em Gerenciamento de novas Tecnologias em Centro Cirúrgico.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2002.

Sujeito da pesquisa

Marluce Alves Nunes Oliveira

Pesquisadora

APÊNDICE B – Questionário



QUESTIONÁRIO

Nº

DATA:

1ª PARTE – A ENFERMEIRA, A INSTITUIÇÃO: A TECNOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

A - PERFIL DA CLIENTELA ESTUDADA

1. SEXO

 Masculino Feminino

2. IDADE

 20 A 30 Anos 30 A 40 Anos 40 A 50 Anos + 60 Anos

3. TEMPO DE FORMADO(A)

 0 A 5 Anos 5 A 10 Anos 10 A 15 Anos 15 A 20 Anos +20 Anos

4. FORMAÇÃO ACADÊMICA

 Graduado Mestre Especialista Doutor

5. EM QUE ÁREA FEZ PÓS-GRADUAÇÃO? (RESPONDER SE TEM PÓS-GRADUAÇÃO)

6. CARGO QUE OCUPA NESTA INSTITUIÇÃO? _____

7. QUAL SUA CARGA HORARIA DE TRABALHO DIÁRIA?

8 horas 6 horas 4 horas

Outra _____

B - CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO

8. TIPO DE HOSPITAL

Geral Especializado

9. ENTIDADE MANTENEDORA

Municipal Estadual Filantrópico Particular

10. CAPACIDADE DO HOSPITAL

Grande Porte (Superior a 151 Leitos)

Médio Porte (Entre 50 e 151 Leitos)

Pequeno Porte (Inferior a 50 Leitos)

11. CLIENTELA QUE ATENDE

Conveniado

Particular

C) A TECNOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

11. NA SUA OPINIÃO A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO CONTRIBUI PARA QUE A ENFERMEIRA ORGANIZE E SISTEMATIZE SUAS ATIVIDADES NO CENTRO CIRÚRGICO?

Sim

Não

As vezes

12. VOCÊ CONCORDA QUE A HUMANIZAÇÃO E A TECNOLOGIA POSSIBILITAM UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE AO PACIENTE NO PERIOPERATÓRIO?

Sim

Não

As vezes

13. VOCE ACHA QUE A TECNOLOGIA REDUZ A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DA ENFERMEIRA EM CC?

Sim

Não

As vezes

2ª PARTE – A ENFERMEIRA NA GERENCIA DE CENTRO CIRÚRGICO**D – A PRÁTICA DA ENFERMEIRA EM CENTRO CIRÚRGICO**

14. QUAL A MÉDIA DE CIRÚRGIAS REALIZADAS NAS 24 HORAS NA INSTITUIÇÃO QUE VOCÊ TRABALHA?

15. VOCÊ ACHA QUE AS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E BUROCRATICAS IMPEDEM QUE A ENFERMEIRA PERMANEÇA NA SALA DE OPERAÇÃO NO INTRAOPERATÓRIO?

Sim

Não

E) A ENFERMEIRA E O GERENCIAMENTO DA TECNOLOGIA EM CENTRO CIRÚRGICO

16. NA SUA OPINIÃO A ENFERMEIRA ESTÁ PREPARADA PARA GERENCIAR AS MUDANÇAS TECNOLÓGICAS CONTEMPORÂNEAS NO CENTRO CIRÚRGICO.

Sim Não

17. VOCE CONSIDERA IMPORTANTE QUE O HOSPITAL INVISTA EM EQUIPAMENTOS DE ALTA TECNOLOGIA.

Sim Não

18. VOCÊ COMO GERENTE DE CENTRO CIRÚRGICO PARTICIPA DA ESCOLHA E AQUISIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DESTA UNIDADE?

Sim Não As Vezes

19. OS EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS TÊM CUSTO MUITO ELEVADO. VOCÊ CONSIDERA INDISPENSÁVEL QUE ESSES EQUIPAMENTOS SEJAM UTILIZADOS, A FIM DE PRESTAR ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE AO PACIENTE NO INTRAOPERATÓRIO?

Sim Não As Vezes

20. O ENFERMEIRO DO CENTRO CIRÚRGICO É TREINADO ANTES DE MANUSEAR OS NOVOS EQUIPAMENTOS?

Sim Não As Vezes

21. VOCÊ SENTE ALGUMA DIFICULDADE EM MANUSEAR OS EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS UTILIZADOS NO PACIENTE NA SALA DE OPERAÇÃO?

Sim Não As Vezes

22. O CONTROLE DOS EQUIPAMENTOS DO CC É REALIZADO DIARIAMENTE PELO ENFERMEIRO?

Sim Não As Vezes

F) A ENFERMEIRA E A INFORMATIZAÇÃO DO CC

23. VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE A INFORMATIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO?

Sim

Não

As Vezes

24. O CENTRO CIRÚRGICO QUE VOCÊ ATUA É INFORMATIZADO?

Sim

Não

25. QUAIS AS ATIVIDADES QUE VOCÊ ACHA IMPORTANTE INFORMATIZAR EM CC?

Programação De Cirurgia Eletiva

Débito Da Sala De Operação

Controle De Medicamento/Material De Consumo/Material Permanente

Preparo Da Sala De Operação De Acordo Co B m A Cirurgia Programada

Outros _____

APÊNDICE C - A Prática da Enfermeira em Centro Cirúrgico

Tabela: A Prática da Enfermeira em Centro Cirúrgico. Feira de Santana – BA, 2002

VARIÁVEIS	N	%
MÉDIA DE CIRÚRGIA		
4 –7	4	12.1
8 – 12	12	36.4
15-20	15	45.5
25– 30	02	6.0
TOTAL	33	100
DIFICULDADE EM PERMANECER NA		
SO	25	75,8
Sim	07	21.2
Não	01	3.0
As vezes		
TOTAL	33	100

APÊNDICE D - Opinião das enfermeiras quanto ao gerenciamento de tecnologias em centro cirúrgico

Tabela: Opinião das enfermeiras quanto ao gerenciamento de tecnologias em centro cirúrgico. Feira de Santana – BA, 2002

VARIÁVEIS	SIM		NÃO		AS VEZES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Preparo para gerenciar	25	75,8	08	24,2	-	-	33	100
Investimento em equipamento	32	97,0	01	3,0	-	-	33	100
Participação na escolha e na aquisição**	8	26,7	3	10	19	63,3	30	100
Equipamento biomédico indispensável	19	57,6	3	9,1	11	33,3	33	100
Treinamento para o manuseio	13	39,4	4	12,1	16	48,5	33	100
Dificuldade no manuseio*	5	15,6	9	28,1	18	53,3	32	100
Controle diário*	26	81,3	1	3,1	5	15,6	32	100

* uma enfermeira não respondeu a questão

** três enfermeiras não responderam a questão

APÊNDICE E - A enfermeira e a informatização em centro cirúrgico

Tabela: A enfermeira e a informatização em centro cirúrgico. Feira de Santana – BA, 2002

Variáveis	N	%
IMPORTÂNCIA DA INFORMATIZAÇÃO		
Sim	32	97
Não	-	-
As vezes	1	3
TOTAL	33	100
CENTRO CIRÚRGICO INFORMATIZADO*		
Sim	18	56.3
Não	14	43.8
TOTAL	32	100

* Uma enfermeira não respondeu essa questão

APÊNDICE F – A enfermeira e a informatização das ações em centro cirúrgico

Tabela: A enfermeira e a informatização das ações em centro cirúrgico. Feira de Santana, 2002

Variáveis	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES INFORMATIZADAS						
Programa de cirurgia eletiva	30	93,8	2	6,2	32	100
Debito da sala de operação	31	93,9	2	6,1	33	100
Controle de materiais	33	100	-	-	33	100
Preparo da sala de operação/tipo de cirurgia	19	59,4	13	40,6	32	100
Outros	-	-	-	-	-	-

APÊNDICE G - Característica sociodemográfica das enfermeiras de centros cirúrgicos

Tabela: Característica sociodemográfica das enfermeiras de centros cirúrgicos. Feira De Santana – BA, 2002

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Masculino	-	-
Feminino	33	100
TOTAL	33	100
IDADE		
20 A 30	09	27,3
30 A 40	20	60,6
40 A 50	04	12,1
<60	-	-
TOTAL	33	100
TEMPO DE FORMADA		
0 – 05	06	18,2
05 – 10	12	36,4
10 – 15	9	27,3
15 – 20	5	15,2
+20	1	3,0
TOTAL	33	100
FORMAÇÃO		
Graduada	22	66,7
Especialista	11	33,3
TOTAL	33	100

APÊNDICE H – Características dos hospitais que as enfermeiras tem experiências em centros cirúrgicos

Tabela: Características dos Hospitais que as Enfermeiras tem Experiências em Centros Cirúrgicos. Feira de Santana – BA, 2002

Variáveis	N	%
HOSPITAL		
Geral	30	90.9
Especializado	03	9.1
TOTAL	33	100
ENTIDADE MANTENEDORA*		
Municipal	3	9.10
Estadual	8	24.24
Filantrópica	2	6.06
Privada	20	60.6
TOTAL	32	100
PORTE		
Grande	08	24.2
Médio	19	57.6
Pequeno	06	18.2
TOTAL	33	100
CLIENTELA		
Conveniado	12	36.4
Particular	01	3
Convênio/Particular	20	60.6
TOTAL	33	100

* Uma enfermeira não respondeu essa questão

APÊNDICE I - Tecnologia e a humanização na prática da enfermeira

Tabela: Tecnologia e a Humanização na Prática da Enfermeira. Feira de Santana – BA, 2002

VARIÁVEIS	N	%
CONTRIBUIÇÃO*		
Organização/Sistematização		
Sim	27	84.4
Não	-	-
As vezes	5	15.6
TOTAL	32	100
ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE*		
Sim		
Não	17	53.1
As vezes	11	34.4
	4	12.5
TOTAL	32	100
REDUZ A ASSISTÊNCIA*		
Sim	5	15.6
Não	22	68.8
As vezes	5	15.6
TOTAL	32	100

* uma enfermeira não respondeu essa questão

APÊNDICE J - Características da instituição

Tabela: O nível de adequação domínio de novas tecnologias associado ao fator instituição. Feira de Santana-BA, 2000

INSTITUIÇÃO	Satisfatório		Insatisfatório		Total		P - valor
	N	%	N	%	N	%	
TIPO DE HOSPITAL							
Geral	13	39,4	17	51,5	30	90,9	**0,5794
Especializado	02	6,1	01	3,0	03	9,1	
TOTAL	15	45,5	18	54,5	33	100	
ENTIDADE MANTENEDORA							
Municipal	02	6,2	01	3,1	03	9,4	0,1977
Estadual	-	-	08	25,0	08	25	
Filantrópico	01	3,1	-	-	01	3,1	
Particular	11	34,4	9	28,1	20	62,5	
*TOTAL	14	43,8	18	56,2	32	100	
CAPACIDADE DO HOSPITAL							
Grande porte	-	-	08	24,2	08	24,2	0,0132
Médio porte	12	36,4	07	21,2	19	57,6	
Pequeno porte	03	9,1	03	9,1	06	18,2	
TOTAL	15	45,5	18	54,5	33	100	
CLIENTELA							
Conveniado	03	9,1	09	27,3	12	36,4	0,0848
Particular	-	-	1	3,0	1	3,0	
Ambos	12	36,4	08	24,2	20	60,6	
TOTAL	15	45,5	18	54,5	33	100	

* Percentual em instituição mantenedora obtida excetuando-se duas (2) enfermeiras que não responderam a questão

** Teste exato de Fisher