

SOBECC

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ENFERMEIROS
DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE MATERIAL
E ESTERILIZAÇÃO

NACIONAL

“O entusiasmo que vocês demonstram ter pela esterilização já é uma garantia de sucesso.” – Win Renders, presidente do Fórum Mundial de Esterilização.



BEM-VINDOS

5º Congresso Pan-Americano de
Esterilização e 6º Simpósio Internacional
de Esterilização e Controle de Infecção
Hospitalar - SOBECC

24 a 27 de Julho de 2008

Palácio das Convenções do Anhembi - São Paulo - Brasil

5º Congreso Panamericano de Esterilización y 6º Simposio
Internacional de Esterilización y Control de la Infección
Hospitalaria - SOBECC

BRASIL ABRE AS PORTAS PARA O MUNDO

Quase 2 mil profissionais prestigiam evento Internacional de Atualização em Controle de Infecção e Esterilização

HUMANIZAÇÃO

A identificação de sentimentos e necessidades dos pacientes no pós-operatório imediato

ASSISTÊNCIA

O papel do enfermeiro na avaliação da dor em recuperação anestésica

RECURSOS HUMANOS

Os principais aspectos que influenciam as relações interpessoais no Centro Cirúrgico

INTEGRAÇÃO

Artigo apresenta a inovadora experiência de um mutirão de colecistectomia

DIRETORIA DA SOBECC

• **Presidente:** Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti • **Vice-Presidente:** Lígia Garrido Calicchio • **Primeira-Secretária:** Marcia Hitomi Takeiti • **Segunda-Secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Primeiro-Tesoureiro:** João Francisco Possari • **Segunda-Tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Diretora da Comissão de Assistência:** Renata Barco de Oliveira • **Diretora da Comissão de Educação:** Marcia Cristina de Oliveira Pereira • **Diretora de Publicação e Divulgação:** Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • **Diretora do Conselho Fiscal:** Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Membros do Conselho Fiscal:** Ernane de Sousa Almeida e Janete Akamine.

REVISTA SOBECC

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
Conselho Editorial – Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Dra. Aparecida de Cassia Giani Peniche (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Dra. Arlete Silva (Irmandade Santa Casa de São Paulo), Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Especialista em Centro Cirúrgico Isabel Cristina Daudt (Universidade Luterana do Brasil), Dra. Kazuko Uchikawa Graziano (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Dra. Laura Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria), Dra. Maria Belén Salazar Posso (Universidade do Vale do Paraíba), Dra. Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru), Dra. Raquel M. Cavalca Coutinho (Universidade Paulista) e Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Universidade de São Paulo)

Comissão de Publicação e Divulgação – **Diretora:** Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • **Membros:** Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa, Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi, Mestre Maria Lúcia Fernandez Suriano, Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein) e Mestre Verônica Calbo Medeiros.

Equipe Técnica – **Edição:** Maria Teresa Fontes e Débora Marques • **Coordenação:** Sirlene Aparecida Negri Glasenapp • **Produção Gráfica e Ilustração:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão de Espanhol:** Dra. Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Elaine Koda • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Editora Referência Ltda.

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 21 • Liberdade (Metrô Vergueiro) • CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3341-4044 • Fax: (11) 3205-1407

E-mail: sobecc@sobecc.org.br

Internet: <http://www.sobecc.org.br>

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

A SOBECC está associada à Academia Brasileira de Especialistas de Enfermagem (ABESE) desde 2000 e à International Federation Perioperative Nurses (IFPN) desde 1999. Além disso, mantém parceria constante com a Association Operating Room Nurses (AORN).

4...
EDITORIAL

5...
ACONTECE

8...
AGENDA

10...
5º CONGRESSO PAN-AMERICANO DE ESTERILIZAÇÃO E 6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

36...
PROGRAME-SE

27...
ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA
Atuação do enfermeiro no controle da dor em Recuperação Anestésica

34...
ARTIGO ORIGINAL – HUMANIZAÇÃO
Sentimentos e necessidades do paciente na unidade de Recuperação Anestésica

42...
ARTIGO ORIGINAL – RECURSOS HUMANOS
Centro Cirúrgico: relações interpessoais entre a equipe de enfermagem

50...
ARTIGO ORIGINAL – INTEGRAÇÃO
Otimização de recursos hospitalares: experiência de um nutríon de colecistectomia

54...
NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC

ISSN 14144425

Revista indexada nas bases de dados LILACS, CUIDEN e, desde dezembro de 2007, na CINAHAL INFORMATION SYSTEMS

NA TEORIA E NA PRÁTICA, ATUALIZAÇÃO É PALAVRA-CHAVE PARA A EVOLUÇÃO PROFISSIONAL

A participação recorde de profissionais, sobretudo brasileiros, no 5° Congresso Pan-Americano de Esterilização e no 6° Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar da SOBECC trouxe à tona, novamente, a importância do aperfeiçoamento contínuo para a formação de profissionais qualificados e bem preparados nas atividades de saúde.

Desde as competências pessoais, passando por técnicas e procedimentos, até chegar aos equipamentos, a dedicação à atualização profissional deve ser permanente e voltada a todas as áreas pertinentes a nossas atividades. Tal motivação esteve contida em todos os presentes no Anhembi, aos quais parabenizamos pela iniciativa e pelo envolvimento contagiante no evento.

Imbuídos desse espírito e do permanente compromisso de apresentar aos leitores artigos que tragam reflexão para uma prática de enfermagem cada vez mais avançada, apresentamos, nesta edição, quatro artigos de extrema relevância.

O primeiro aborda a atuação dos enfermeiros no gerenciamento da dor pós-operatória, sintoma complexo e multifatorial que exige do enfermeiro um conhecimento amplo e seguro para cuidar do paciente com experiência dolorosa.

O segundo artigo relata os sentimentos e as necessidades de pacientes que se encontram no período pós-operatório imediato, na Sala de Recuperação Anestésica (RA). Foram identificados sentimentos de medo do desconhecido, medo de que algo ruim aconteça e o medo da dor. Tais resultados apontam caminhos para a melhoria da assistência de enfermagem, uma vez que tornam explícitos as necessidades, os sentimentos e os pensamentos dos pacientes em relação a sua experiência em RA.

O terceiro trabalho buscou retratar as relações interpessoais entre os profissionais da enfermagem que trabalham no Centro Cirúrgico. Sabe-se que as boas relações interpessoais são determinantes para um resultado positivo em grupo, principalmente quando se refere à área de saúde. Especificamente, merece ainda mais atenção a área perioperatória, na qual muitas unidades intra-hospitalares estão envolvidas para juntas gerenciarem a assistência ao paciente cirúrgico, de acordo com as suas necessidades individuais.

Finalmente, o último artigo relata a experiência de um mutirão de colecistectomia por videolaparoscopia. O estudo concluiu que essa experiência é possível, particularmente para suplantiar as dificuldades de acesso dos usuários do SUS ao serviço de saúde.



Boa leitura!

*Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti e
Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite*

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA DOR EM RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

- Acting out of nurse in control of pain in recovery room
- Actuación de los enfermeros en el control del dolor en recuperación anestésica

Ana Lucia Mattia • Daniela Aparecida Gomes da Silva • Suzana Gomes da Silva Araújo

Resumo – Este é um estudo descritivo e exploratório, com análise da frequência absoluta e relativa dos dados e apresentação de figuras e tabelas. Tem como objetivo identificar a atuação dos enfermeiros na identificação, no controle, no tratamento e na reavaliação da dor pós-operatória em recuperação anestésica. A avaliação da dor pós-operatória é complexa e envolve diversos fatores, como: estímulo cirúrgico, medicações administradas no intra-operatório, experiências anteriores e sensibilidade individual dos pacientes. Por ser assistência complexa, a presença de uma enfermeira na recuperação anestésica é imprescindível, não somente para detectar a dor, como também para tratá-la, seja por meio da sistematização de enfermagem perioperatória, de protocolos pré-definidos ou da prescrição médica. A dor deve ser tratada prontamente, pois é responsável por desconforto, agitação, alterações hemodinâmicas e prolongamento da hospitalização, entre outros malefícios.

Palavras-chave – Enfermeiro, Dor pós-operatória, Recuperação anestésica.

Abstract – This is a descriptive and exploratory study based on absolute and relative frequency data analysis, with graphs and tables. The purpose of this study is to identify the nursing performance in identification, control, treatment and evaluation of post-surgery pain during the anaesthetic recuperation. The evaluation of post-surgery pain is complex and in-

cludes several factors such as: the surgery itself, the medications applied during the surgery anamnesis, former experiences and individual sensibility of each patient. Therefore, the presence of a nurse at the anaesthetic recuperation is indispensable, not only because she can detect the pain, but also treat it through comfort measure, systems of peri-surgery nursing care, pre defined procedures or simply through medical prescription. The pain should be immediately treated because it is responsible for patients discomfort, agitation, hemodynamic alterations, and eventually prolongs hospitalization.

Key words – Nurse; Post-Surgery Pain; Recovery room.

Resumen – Éste es un estudio descriptivo y exploratorio con análisis de la frecuencia absoluta y relativa de los datos con presentación de figuras y tablas. Tiene como objetivo distinguir la actuación de los enfermeros en la identificación, control, tratamiento y reevaluación del dolor post-operatorio en recuperación anestésica. La evaluación del dolor post-operatorio es compleja y involucra muchos factores como: estímulo quirúrgico, medicamentos administrados en el intra-operatorio, experiencias anteriores y sensibilidad individual de los pacientes. Por tratarse de asistencia compleja, la presencia de una enfermera durante la recuperación anestésica, es imprescindible no sólo para evaluar el dolor, pero también para tratarla, sea por la SAEP

– Sistematización de Enfermería perioperatoria, por protocolos previos definidos o simplemente, por la prescripción médica. El dolor debe ser tratado de pronto, una vez que es responsable por incomodidad, la agitación, alteraciones hemodinámicas, alargamiento de la hospitalización y otras molestias.

Palabras claves – Enfermería, Dolor post-operatorio, Recuperación anestésica.

INTRODUÇÃO

A dor vem sendo estudada há séculos e, ainda hoje, continua sendo um grande desafio para pesquisadores da área⁽¹⁾. Com a dor pós-operatória não é diferente, pois trata-se de uma sensação aguda, com fator causal, que continua sendo tratada de forma inadequada por alguns profissionais.⁽²⁾ Um percentual considerável de pessoas que passaram por uma cirurgia relata que a dor no pós-operatório (PO) é considerada a pior dor de suas vidas.⁽³⁾

A intensidade da dor não é resultado exclusivo da quantidade de tecido lesado, mas sim de um mecanismo complexo, influenciado por muitos fatores, entre os quais, classe social, idade, sexo, cultura, influências ambientais e múltiplas variáveis psicológicas.⁽¹⁾

A dor foi conceituada em 1986 pela Associação Internacional para o Estu-

do da Dor (IASP): "Uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através de suas experiências". Classificada como crônica e aguda, a dor no PO imediato, considerada dor aguda, tem função de alerta. Segue uma lesão tecidual, desaparece com resolução do processo patológico, é bem delineada e associada a alterações neurovegetativas: taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, palidez, expressão facial de desconforto, agitação e ansiedade.⁽⁴⁾

Mendoza e Peniche⁽⁵⁾, em um estudo de revisão bibliográfica – de artigos indexados sobre complicações do paciente idoso cirúrgico no período de recuperação anestésica –, mostram que, dos 28 artigos analisados, a complicação mais freqüente é a dor, relatada em 50% dos artigos.

O alívio da dor no PO promove melhor reabilitação: diminuição das complicações pulmonares, preservação da função miocárdica, deambulação precoce, menor incidência de tromboembolismo e redução do tempo de internação, além de conforto para o paciente.⁽⁶⁾

Existe hoje uma gama de medicamentos que podem ser administrados para dor, entre eles, os opióides (mais utilizados para dor intensa⁽⁶⁾) e os antiinflamatórios não-esteróides.

Embora novos opióides continuem sendo sintetizados ao longo dos anos, a morfina permanece como referência em termos de propriedades físico-químicas⁽⁷⁾, além de poder ser utilizada concomitantemente com os antiinflamatórios para obtenção de uma analgesia mais eficiente por meio de ações diferentes.⁽⁶⁾

Os antiinflamatórios não-esteróides também são muito utilizados, de maneira isolada ou associados a outras medicações ou técnicas.⁽⁵⁾ Eles podem ser mais úteis nos pacientes que são suscetíveis aos efeitos depressores respiratórios dos opióides.⁽⁷⁾

As prescrições não-farmacológicas também podem ser bastante eficazes, mas infelizmente os próprios profissionais da saúde consideram as medicações como a única solução para alívio da dor, sendo que as prescrições de enfermagem podem ser eficazes para ajudar o seu alívio, principalmente quando forem combinadas com as medicações apropriadas. Algumas intervenções também podem contribuir: reduzir a falta de conhecimento, explicando as causas da dor para o paciente; proporcionar informações corretas sobre as medicações; instruir a pessoa sobre as técnicas de relaxamento para reduzir a tensão muscular (respiração lenta, ritmada ou profunda e estimulação cutânea, como por exemplo, bolsa de água quente ou fria).⁽⁸⁾

Há diversos instrumentos para avaliação da dor. Entre eles, somente um é validado, amplamente utilizado e testado por especialistas e pesquisadores em dor que se propõe a avaliar e discriminar as diferentes dimensões da experiência dolorosa.⁽³⁾ Trata-se de uma escala multidimensional (Mc Gill), pela qual é avaliada a intensidade, a duração e a eficácia terapêutica. Por ser muito complexa, torna-se difícil sua aplicação no pós-operatório. Assim, é raramente utilizada para avaliação da dor pós-operatória.⁽⁷⁾

Entre as não validadas, mas também muito utilizadas, estão: escala visual analógica, escala verbal, escala numérica verbal, escala de expressão facial, escala das cores, avaliação comportamental e avaliação fisiológica.

Idval, Ehrenberg apud Mendoza, Peniche⁽⁵⁾ relatam que a anotação do enfermeiro é feita baseada na queixa do paciente, e menos de 10% utilizam algum tipo de instrumento de avaliação da dor no período pós-operatório.

A atuação do enfermeiro na avaliação da dor em recuperação anestésica (RA) deve incluir as escalas de avaliação da dor como instrumentos auxiliares ao exame físico realizado, detectando sinais e sintomas referentes à dor aguda, a exemplo de palidez, hipertensão arterial, oligúria e agitação, todos resultantes de vasoconstricção periférica, pela exacerbação do sistema nervoso simpático⁽⁴⁾. Assim, o enfermeiro poderá intervir de acordo com a intensidade, a localização, a duração, o ritmo e os fatores que melhoram e pioram a dor.

A avaliação da dor deve ser realizada de forma sistematizada, contínua e registrada detalhadamente, com objetivo de uma implantação analgésica eficaz. Desta maneira, a atuação do enfermeiro é uma atividade prioritária no controle da dor na recuperação anestésica.

OBJETIVOS

Verificar a atuação dos enfermeiros na identificação, no controle, no tratamento e na reavaliação da dor pós-operatória na recuperação anestésica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com método quantitativo e não experimental. Desenvolvido em uma Universidade da rede privada de Santos, que oferece cursos de pós-graduação Lato Sensu em Enfermagem nas áreas de centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e atendimento pré-hospitalar. A população alvo do estudo foi composta

por 20 enfermeiros que estudavam na instituição no curso de especialização em Centro Cirúrgico nos anos de 2004 e 2005. A coleta foi realizada por meio de um questionário estruturado, que continha 10 perguntas referentes à identificação da amostra, como: sexo, idade, tempo de formação, área de atuação e questões sobre a atuação do enfermeiro ao lidar com um paciente com dor em Recuperação Anestésica, tanto na identificação da sensação quanto no seu controle, no seu tratamento e em sua reavaliação.

Antes do início da coleta de dados, mantivemos contato com a instituição e solicitamos autorização por escrito para a realização da pesquisa. Os participantes da pesquisa receberam esclarecimentos quanto aos objetivos e às formas de participação no estudo, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Os dados foram organizados e apresentados em gráficos e tabelas, expressos em forma de frequência absoluta e relativa.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Da amostra estudada, 20 (100%) eram do sexo feminino, com faixa etária entre 30 e 35 anos. Quanto ao tempo de formação, 13 (65%) tinham entre um e cinco anos, seguidos por três (15%) com menos de um ano, três (15%) de cinco a 10 anos e um (5%) com mais de 10 anos de formado. Quanto à atividade exercida na RA, cinco (25%) atuam com atividades administrativas, cinco (25%) com atividades assistenciais, sendo que nove (45%) atuam tanto na área administrativa quanto assistencial e apenas um (5%) referiu atuar em outras funções. Verificou-se que 14 (70%)

atuam com assistência direta ao paciente, mesmo que não exclusivamente. No que se refere à lotação específica do enfermeiro na RA, 11 (55%) responderam não ter um enfermeiro específico para a unidade, pois são de todo bloco operatório, exercendo atividades em salas de operações e centro de material e esterilização, e nove (45%) responderam que existe um enfermeiro específico para RA.

Frequência e formas de atuação do enfermeiro frente à dor em RA

O gráfico 1 demonstra a frequência de atuação do enfermeiro frente à dor. Na RA, 14 (70%) atuam frequentemente, três (15%) raramente, dois (10%) às vezes e um (5%) nunca atua do controle da dor.

Gráfico 1: Distribuição da frequência dos estudantes do curso de especialização em enfermagem em centro cirúrgico, segundo a atuação da dor na recuperação anestésica, Santos-SP, 2005.



Quanto às formas de atuação no controle da dor, observadas na Tabela 1, 19 (95%) administram medicações conforme prescrição médica, resultado convergente com o levantamento bibliográfico sobre complicações pós-operatórias, nos quais os estudos demonstram que a dor é a principal complicação e que a maioria apresenta o tratamento farmacológico como forma de controle.⁽⁵⁾ Quanto às medidas de conforto, 10 (50%) as utilizam, 8 (40%) aplicam a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) – ou seja, planejam a assistência de enfermagem desde o período pré-operatório, no que se refere às manifestações comuns apresentadas no período de recuperação anestésica, incluindo a avaliação da dor por meio da detecção dos sinais e sintomas ocasionados pela dor. O tratamento farmacológico e as intervenções não farmacológicas, a exemplo de posicionamento e aquecimento do paciente, também têm destaque, e ainda outros 5 (25%) aplicam escalas analógica ou visual. Nenhum enfermeiro utiliza protocolos pré-definidos, conforme sintomatologia do paciente.

Tabela 1: Distribuição da frequência dos estudantes do curso de especialização em enfermagem em centro cirúrgico, segundo as formas de atuação no controle da dor na recuperação anestésica, Santos-SP, 2005.

ATUAÇÃO NO CONTROLE DA DOR		
ATUAÇÃO	Nº	%
Administração de medicações	19	95
Medidas de conforto	10	50
Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória	8	40
Escala de avaliação da dor	5	25
Protocolos pré-definidos	0	0

Estes resultados demonstram que a preferência está na intervenção farmacológica e que poucos utilizam intervenções não-farmacológicas, como estimulação cutânea ou compressas de bolsas de água quente ou fria, de acordo com intervenções de enfermagem propostas por Carpenito-Moyet(8), e protocolos pré-definidos com manifestações clínicas do paciente, relacionadas com escala de avaliação da percepção da dor, intervenção farmacológica e não-farmacológica, não são utilizados.

Formas de identificação da dor

Diante das formas de identificação da dor, a Tabela 2 demonstra que a maior frequência, 19 (95%) identificam por meio da expressão facial, seguido por 14 (70%) pela sudorese e diminuição da saturação periférica de oxigênio (SpO_2), 13 (65%) pela agitação psicomotora, taquicardia, ansiedade e palidez cutânea, respectivamente, sendo que 11 (55%) detectam a dor por meio da hipertensão, com oito (40%) por meio da taquipnéia, sete (35%) de náuseas e vômitos e quatro (20%) pela diminuição do débito urinário.

A dor no PO imediato no adulto, considerada dor aguda, apresenta respostas fisiológicas, incluindo disfunções fisiológicas pulmonares, cardiovasculares, urinárias, do metabolismo e neuroendócrinas, causando estimulação simpática, com conseqüente taquicardia, aumento do volume sistólico, trabalho cardíaco e consumo de oxigênio do miocárdio, aumentando o risco de enfarte do miocárdio e trombose de veias profundas, em razão da diminuição de movimentos por medo de sentir dor⁽⁹⁾. Manifestações de exacerbação do sistema nervoso simpático acarretaram vasoconstrição e conseqüente hipertensão arterial, manifestando-se com uma diminuição de perfusão periférica, oxigenação pulmonar, débito urinário e

agitação, todas ocasionadas por má perfusão tecidual.

Tabela 2: Distribuição da frequência dos estudantes do curso de especialização em enfermagem em centro cirúrgico, segundo as formas de identificação da dor em recuperação anestésica, Santos-SP, 2005.

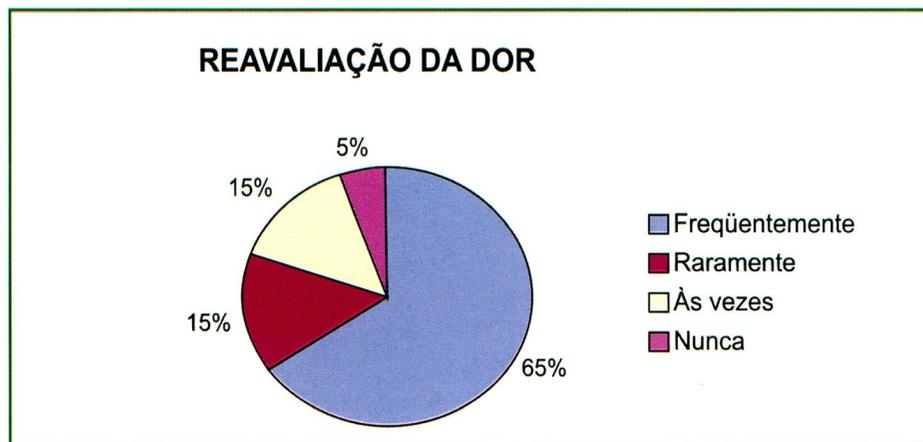
FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO DA DOR

SINTOMAS	N°	%
Agitação psicomotora	13	65
Hipertensão	11	55
Taquicardia	13	65
Sudorese	13	65
Taquipnéia	11	55
Ansiedade	13	65
Náuseas e vômitos	14	70
Diminuição do débito urinário	8	40
Palidez	13	65
Expressão facial	19	95
Diminuição da SpO_2	14	70

Reavaliação da dor após intervenção

Observa-se no Gráfico 2 que 13 enfermeiros (65%) realizam frequentemente a reavaliação da dor após intervenção, três (15%) realizam às vezes, três (15%) raramente e apenas um (5%) nunca reavalia a dor após intervenção.

Gráfico 2: Distribuição da frequência dos estudantes do curso de especialização em enfermagem em centro cirúrgico, segundo a reavaliação da dor, Santos – SP, 2005.



Embora a maioria utilize a intervenção medicamentosa, nem sempre é feita a reavaliação da dor, necessária não apenas para o conforto do paciente, como também para evitar as complicações que a dor aguda proporciona e realizar uma avaliação da eficácia dos analgésicos.

A reavaliação da dor no PO imediato pode ser feita por escala numérica simples, com valores de zero a dez, na qual zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável.⁽⁴⁾ A escala numérica é a mais apropriada para avaliação do paciente em PO, ainda com efeitos anestésicos, uma vez que é necessário apenas atribuir um número à sua dor.⁽¹⁰⁾ Rodriguez, Mc-Millan e Yarandi⁽¹¹⁾ compararam as escalas visual analógica, numérica e de expressão facial e não encontraram diferenças significantes em sua utilização no período de pós-operatório. Eles sugerem a escala numérica, embora o paciente apresente dificuldades de comunicação verbal e não-verbal decorrentes da dor.

Diante deste fato, cabe ao enfermeiro a

avaliação das condições de comunicação do paciente antes de aplicar a escala e, ainda, fazer o registro em impresso próprio e reavaliar após intervenção.

CONCLUSÕES

Neste estudo, verificamos que a atuação do enfermeiro no controle da dor está direcionada à realização de prescrição de medicação. A avaliação da dor é feita principalmente por meio da identificação de sinais e sintomas ocasionados por ela. A avaliação por meio de escalas de dor é realizada de maneira escassa e a reavaliação é freqüente após a intervenção farmacológica, demonstrando que a avaliação é feita com base nas queixas e manifestações clínicas e as ações limitam-se ao cumprimento

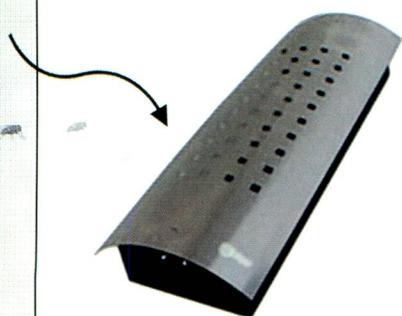
da prescrição médica.

Há necessidade de se ter um enfermeiro assistencial na RA para que realize a sAeP, com planejamento adequado da assistência ao tipo de procedimento anestésico-cirúrgico e instrumentos de avaliação, controle e reavaliação da dor, além de protocolos prédefinidos. Assim, é possível promover melhor reabilitação, prevenindo danos e aproveitando ao máximo o tempo e a assistência, juntamente com a satisfação, o conforto e a segurança dos pacientes.

Procuramos enfatizar a necessidade de enfermeiros assistenciais na unidade de RA para atuação direta na identificação, no controle e na avaliação da dor, sendo



Lançamento !!!



*Armadilhas Luminosas
para insetos voadores*



*Atende as normas
NR32 e RDC33*

Cores disponíveis :



*O único calçado
em termoplástico
certificado pelo IPT*



esta a principal complicação dos pacientes cirúrgicos no período de RA e, muitas vezes, presente em todo o período de PO imediato, quando tratada de forma inadequada. Ressaltamos também a importância da reflexão sobre a atuação do enfermeiro nas demais complicações apresentadas pelos pacientes cirúrgicos em período de RA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gozani LJ. Fisiopatologia da dor. In: Cavalcanti LI, Gozani LJ, Sampaio Filho AA, Alves Neto O, Garcia SBJ. Dor pós-operatória. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2004. p. 14-37.
2. Teixeira JM. Fisiopatologia da dor. Rev Centro Est Dor. 2005;2:14-22.
3. Sakata KR. Avaliação da dor. In: Cavalcanti LI, Gozani LJ, Sampaio Filho AA, Alves Neto O, Garcia SBJ. Dor pós-operatória. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2004. p. 14-37.
4. Corrêa CF. Fisiopatologia. In: Teixeira MJ. Dor: conceitos gerais. São Paulo: Limay; 1994. p.32.
5. Mendoza IYQ, Peniche ACG. Complicações do paciente cirúrgico idoso no período de recuperação anestésica: revisão da literatura. Rev Sobecc. 2008;13(1):25-31.
6. Sakata KR, Issy MA. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Manole; 2004.
7. Lavinias GSP. Farmacologia. In: Cavalcanti LI, Gozani LJ, Sampaio Filho AA, Alves Neto O, Garcia SBJ. Dor pós-operatória. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2004. p. 143-61.
8. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
9. Ready LB, Edwards WT. Tratamento da dor aguda. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
10. Castagna PA, Cícero C, Santos AS, De Mattia AL. Expressão da intensidade da dor no pós-operatório imediato. Rev Sobecc. 1997;2(4):17-20.
11. Rodriguez CS, McMillan S, Yarandi H. Pain measurement in older adults with head and neck cancer and communication impairments. Cancer Nurs. 2002;21(5):63-71.

AUTORIA

Ana Lucia Mattia

Doutora em Enfermagem pela Universidade de Enfermagem de São Paulo, 2002. Especialista em enfermagem em Centro Cirúrgico pela Universidade de São Paulo, 1993; Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Universidade Católica de Santos; Orientadora da Monografia.

Daniela Aparecida Gomes da Silva

Enfermeira da Clínica Cirúrgica da Sociedade Beneficência Portuguesa de Santos. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Universidade Católica de Santos, 2005.

Suzana Gomes da Silva Araújo

Enfermeira da Recuperação Anestésica da Irmandade da Santa Casa de Santos. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Universidade Católica de Santos, 2005. Rua Benedito Aires, 120/21, Vila Paulista – Cubatão – SP. CEP: 11510-120. Telefone: (13) 8145-4775 E-mail: enf_suzana@yahoo.com.br

SENTIMENTOS E NECESSIDADES DO PACIENTE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

- Feelings and needs of patients undergoing anesthesia recovery unit
- Sentimientos y necesidades de los pacientes en la unidad de recuperación anestésica

Elaine Aparecida Silva • Márcia Lopes Vicente • Patricia P. Gutierrez • Luzia Elaine Galdeano

Resumo – O objetivo desse estudo foi identificar os sentimentos e as necessidades de pacientes que se encontram no período pós-operatório imediato. A coleta de dados foi realizada em um hospital geral, particular, de grande porte, no município de São Paulo. A amostra foi obtida por conveniência, sendo constituída de 21 pacientes, entrevistados no período pós-operatório imediato. A metodologia utilizada foi a análise de conteúdo. Foram identificadas as seguintes categorias: *sentimentos de medo, necessidade de conforto e percepção negativa da unidade*. Constatou-se que o *medo do desconhecido, o medo de que algo ruim aconteça e o medo da dor* foram sentimentos percebidos e verbalizados com frequência entre os pacientes. Os resultados desse estudo irão contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem, uma vez que tornam explícitos as necessidades, os sentimentos e os pensamentos dos pacientes em relação a sua experiência na recuperação anestésica.

Palavras-chaves – Cuidados de enfermagem; Período pós-operatório; Humanização da assistência.

Abstract – The purpose of this study was to identify the feelings and needs of patients in the immediate postoperative period. Data was collected in a large private General Hospital in the city of Sao Paulo. Convenience sampling was conducted

and comprised 21 patients, interviewed in the postoperative mediate period. The methodology used was content analysis. The following categories were identified: *fear; need for comforting and negative perception of the unit*. It was noted that *fear of the unknown, fear that something bad may occur and fear of pain were feelings perceived and vocally expressed in greater frequency among patients. The results of this study will contribute to the improvement of nursing assistance, since it outlines the needs, feelings and thoughts of patients concerning their experiences during recovery from anesthesia.*

Key words – Nursing care; Postoperative period; Humanization of assistance.

Resumen – Este estudio tuvo como objetivo identificar los sentimientos y las necesidades de los pacientes que se encuentran en el período post-operatorio inmediato. La colecta de los datos fue realizada en un hospital general, particular, de grande porte del municipio de São Paulo. La muestra fue obtenida por conveniencia, siendo constituída por 21 pacientes, entrevistados en el período post-operatorio mediate. El método utilizado fue el análisis de contenido. Fueron identificadas las siguientes categorías: *miedo; necesidad de confort y percepción negativa de la unidad*. Se constató que *el miedo de lo desconocido, el miedo de que algo peor pueda pasar y el miedo del dolor fueron los sentimientos percibidos y*

verbalizados con más frecuencia entre los pacientes. Los resultados de este estudio van a contribuir para la mejoría de la asistencia enfermera, una vez que tornan explícitas las necesidades, las expectativas y lo que piensan los pacientes en relación a su experiencia en la recuperación anestésica.

Palabras-clave – Cuidado de enfermería; Período post-operatorio; Humanización de la asistencia .

INTRODUÇÃO

A Recuperação Anestésica (RA) constitui uma unidade na qual o paciente é assistido imediatamente após o procedimento cirúrgico, no período denominado pós-operatório imediato (POI), e tem como objetivo prevenir complicações.⁽¹⁻²⁾ O paciente permanece nessa unidade até que haja a recuperação da consciência e a estabilidade dos sinais vitais.

Apesar da evolução pela qual passou a RA, muito ainda pode ser feito para melhorar a assistência prestada, tanto pela enfermagem quanto pela equipe anestésica, no sentido de torná-la mais humana e individualizada. Para que ocorra essa mudança é fundamental que o enfermeiro do bloco cirúrgico conheça o paciente, bem como suas necessidades, seus sentimentos e suas expectativas em todas as fases do seu tratamento.

Há a necessidade de prestar uma assistência de enfermagem perioperatória individualizada, contínua e planejada, com a finalidade de avaliar e compreender o paciente nos períodos pré, trans e pós-operatórios.⁽³⁾

O POI constitui um período no qual o paciente pode apresentar alterações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico, principalmente se não forem tomadas as medidas necessárias, como monitorização hemodinâmica e observação de sinais e sintomas para se detectar e prevenir possíveis complicações.⁽⁴⁾

A assistência de enfermagem na RA deve incluir, além de medidas de controle de infecções, o levantamento das necessidades fisiológicas e psicossociais do paciente, a identificação dos diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções. Para que o enfermeiro, que atua em RA, consiga atingir esses objetivos, é necessário que ele saia do seu ambiente de trabalho e inicie um processo de interação com o paciente e a respectiva família no período pré-operatório.⁽⁵⁾

A identificação dos sentimentos e das necessidades dos pacientes no período pós-operatório imediato propicia a reflexão sobre a forma de atuação da equipe de enfermagem na RA e a implantação de estratégias que facilitem o relacionamento enfermeiro-paciente, o ensino dos procedimentos anestésico-cirúrgicos (fundamentais para a diminuição do medo e da ansiedade) e a obtenção de informações (essenciais para o período transoperatório). No intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, as estratégias de enfermagem devem ser estabelecidas considerando a individualidade do paciente, bem como o que ele precisa, sente e espera.

OBJETIVO

Identificar os sentimentos e as necessidades dos pacientes que se encontram no período pós-operatório imediato.

CASUÍSTICA E MÉTODO

A coleta de dados foi realizada em duas unidades de internação clínica e cirúrgica de um hospital geral, particular, de grande porte, situado no município de São Paulo. É importante ressaltar que a coleta de dados foi realizada no período pós-operatório imediato, isto é, 24 horas após a cirurgia, considerando o fato de o paciente no POI normalmente apresentar alterações de senso-percepção devido aos efeitos residuais dos agentes anestésicos e, portanto, pode não estar em condições de responder de forma clara e consciente as perguntas do instrumento de pesquisa.

A amostra foi obtida por conveniência, sendo constituída por 21 pacientes adultos, de ambos os sexos, que se encontravam no período pós-operatório imediato de cirurgias eletivas, independentemente do procedimento anestésico-cirúrgico. Os critérios de inclusão na amostra foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, apresentar condições físicas, psicológicas e mentais de responder as perguntas durante a entrevista e concordar em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para esse estudo foi utilizado um instrumento, constituído de duas partes. A primeira refere-se a um formulário para registro dos dados de caracterização da amostra e, a segunda, a um questionário composto pelas seguintes questões:

Quais eram os seus sentimentos em relação ao período imediatamente após a cirurgia?

De que o sr(a) precisou ou de que sentiu necessidade logo após a cirurgia, ainda na Unidade de Recuperação Anestésica?

Os dados foram coletados no segundo semestre do ano de 2006, pelas próprias pesquisadoras, após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas foram gravadas.

Neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo, um método de análise e interpretação de dados que pode ser aplicado em pesquisas qualitativas e quantitativas. Esse método tem como objetivo descrever de forma clara e sistemática o conteúdo dos dados coletados.⁽⁶⁾

Sendo assim, após a coleta dos dados, as entrevistas gravadas foram transcritas. Os dados foram analisados da seguinte forma: primeiramente, foram lidos exaustivamente; após a leitura, os dados foram organizados de forma a atender aos critérios de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); em seguida, foram agrupados em unidades de acordo com a similaridade de significado; para finalizar, foi realizado o agrupamento das unidades de significado em categorias.⁽⁷⁾

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 21 integrantes da amostra, 12 (57,1%) eram do sexo feminino e nove (42,8%) do sexo masculino. A idade média dos integrantes da amostra foi de 40 anos.

Quanto ao grau de instrução, prevaleceu o nível superior completo, identificado em 18 (85,7%) pacientes. Os outros resultados encontrados foram: dois (9,5%) com nível superior incompleto e um (4,8%) com o ensino fundamental completo.

Em relação à espiritualidade, identificou-se que 18 (85,7%) pacientes pertenciam à religião católica. Do restante da amostra, um (4,8%) era evangélico e dois (9,5%) referiram não pertencer a nenhuma religião.

Os procedimentos cirúrgicos realizados pelos integrantes da amostra foram agrupados conforme a especialidade em: cirurgia de cabeça e pescoço; urológica; ortopédica; plástica; e cirurgia geral. O tipo de cirurgia mais freqüente foi a ortopédica, realizada por sete (33,3%) pacientes. Os demais resultados foram: cinco (23,8%) pacientes submetidos a cirurgia geral; quatro (19,1%) submetidos a cirurgia urológica; três (14,3%) submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço e dois (9,5%) submetidos a cirurgia plástica. A maioria dos pacientes possuía história de cirurgia prévia (90,5%).

Quanto ao tipo de anestesia, identificou-se que: 11 (52,4%) pacientes foram submetidos a cirurgia geral; quatro (19,1%) pacientes a bloqueio espinal ou peridural; três (14,3%) a bloqueio periférico e três (14,3%) a anestesia geral mais bloqueio espinal. O tempo médio de permanência na RA foi de 38 minutos.

Da análise dos discursos foram identificadas as seguintes categorias: *Medo*; *Necessidade de conforto* e *Percepção negativa da unidade*.

Medo

Dentro da categoria Medo, emergiram três subcategorias denominadas: medo do desconhecido; medo de que algo ruim aconteça e medo de sentir dor.

Medo do desconhecido

“... sempre dá muito medo do que a gente

não conhece... de não conhecer as pessoas que cuidariam de mim...”. (P₁₃)

“... eu estava indo para um lugar desconhecido, onde receberia cuidados de pessoas desconhecidas, não sabia como seria um centro cirúrgico...”. (P₇)

Os pacientes à espera de uma cirurgia, bem como seus familiares, podem apresentar medo e ansiedade relacionados ao período pós-operatório e ao risco de complicações durante e após a cirurgia.

Em um estudo⁽⁸⁾, que teve como objetivo identificar as necessidades de pacientes que seriam submetidos à cirurgia ambulatorial – e de seus acompanhantes –, foi concluído que a demanda por informação relacionada ao procedimento anestésico-cirúrgico constitui uma necessidade primordial no período pré-operatório, tanto para o paciente quanto para o seu acompanhante.

Sabe-se que o paciente com dúvidas em relação à cirurgia e ao tipo de anestesia a que será submetido poderá apresentar ansiedade acentuada, interferindo de forma negativa na recuperação pós-operatória. A excessiva ansiedade estimula o sistema nervoso simpático a aumentar a produção de catecolaminas, elevando a freqüência e contratilidade cardíaca e o consumo de oxigênio (o que pode ser prejudicial, dependendo das condições clínicas do paciente).⁽⁹⁾

Medo de que algo ruim aconteça

“Como tenho filhos, sempre tenho muito medo de alguma coisa ruim me acontecer...”. (P₁₇)

“... tinha medo de não poder mais falar, comer. Fiquei com medo, só medo de tudo...”. (P₁₅)

O período que precede a cirurgia geralmente produz sentimentos conflitantes, sentimentos de apreensão, como medo, preocupação, ansiedade e nervosismo. Tais sentimentos são produtos da percepção que o paciente tem do procedimento anestésico-cirúrgico, que normalmente é de algo ameaçador e que coloca em risco sua segurança física e emocional.⁽¹⁰⁾

De acordo com a literatura, muitos dos fatores que desencadeiam estresse no período pós-operatório imediato podem ser afastados no período pré-operatório, mediante a orientação ao paciente e à sua família. O medo referente à cirurgia pode ser eliminado pelo ensino.⁽¹¹⁻¹²⁾

O ensino de pacientes no período pré-operatório quanto às questões relacionadas ao seu estado de saúde e à cirurgia, com o intuito de ajudá-los no enfrentamento da hospitalização e da cirurgia, pode tornar o ato cirúrgico e o período pós-operatório imediato em experiências menos ameaçadoras e conflitantes.

Medo de sentir dor

“Dor... tava com medo da dor, só isso”. (P₁₂)

“Tava com muito medo de sentir dor...”. (P₁₄)

“Tive medo da dor, de doer muito quando eu acordasse...”. (P₁₈)

“Só tinha medo da dor”... na outra cirurgia senti muita dor, então fiquei com medo de ter dor. (P₂₁).

A dor é um problema comum no pós-operatório imediato, podendo ser resultado do corte e da manipulação de tecidos e órgãos, da estimulação das terminações nervosas por substâncias químicas utilizadas durante a cirurgia ou das isquemias

causadas por interferência no suprimento de sangue para os tecidos, por pressão, espasmo muscular ou edema.

Atualmente, realiza-se a analgesia pre-emptiva, isto é, a analgesia iniciada antes do estímulo doloroso ser gerado, com o objetivo de prevenir ou diminuir a dor subsequente. Esse tipo de analgesia é realizada na sala cirúrgica, enquanto o paciente ainda está anestesiado.⁽¹³⁾ Cabe ao enfermeiro comunicar aos pacientes que serão tomados todos os cuidados para que ele não sinta dor e que, caso venha a ter essa experiência desagradável, haverá profissionais atentos e prontos para medicá-los antes que a dor se torne intensa.

“Pensei em tudo, na dor, na vergonha, a equipe médica me conhece, conhece meu marido, foi difícil, mas a dor era maior que a vergonha. Tinha medo de acordar com dor.” (P₁₀)

O relato apresentado anteriormente (P₁₀) expressa os sentimentos da paciente não só em relação ao período pós-operatório imediato, mas também em relação ao período transoperatório. A paciente refere vergonha e constrangimento relacionados à exposição do corpo.

O paciente, ao ser admitido no centro cirúrgico, além de ser destituído de todos os seus pertences, tem seu corpo exposto diante de um grupo de profissionais (na maioria das vezes desconhecidos), que falam do seu problema e que manipulam o seu corpo com muita naturalidade. Essa naturalidade é percebida pelo paciente, podendo ser interpretada como uma rotina que reflete um cuidado despersonalizado e mecânico. Cabe aos profissionais envolvidos com o cuidado zelarem pela privacidade e pela segurança emocional do paciente em todas as fases do seu tratamento, isto é, nos períodos pré, trans

e pós-operatório.

Necessidade de conforto

Nessa categoria, sobressaíram os discursos a respeito da necessidade de alívio da dor, alívio do frio e a necessidade de mudança de decúbito.

“Eu senti uma dor nas costas por ficar muito tempo na mesma posição, isso me incomodava, mas eu não sabia o que fazer e nem solicitei ninguém...” (P₇)

“Eu me lembro, inclusive, que estava sentindo dor, aí eu reclamei com a enfermeira e ela falou que já pôs o analgésico, o medicamento e não dava pra colocar mais”. (P₅)

No POI, o paciente limita seu movimento devido ao medo de sentir dor e devido ao desconforto gerado pela presença dos cabos do aparelho de monitorização hemodinâmica, mantidos para controlar os sinais vitais, e dos drenos. Essa limitação de movimento, acrescida da longa permanência em decúbito dorsal, pode causar ou acentuar dores lombares.

O enfermeiro deve ser capaz de avaliar a limitação de cada paciente, e favorecer juntamente com a equipe, conforto a esse indivíduo, mediante a mobilização do corpo ou promoção do alívio da dor.

Foram também identificados discursos relacionados ao reconhecimento das necessidades de conforto, bem como ao não reconhecimento, pela equipe de enfermagem.

“Não me lembro se ela (a enfermeira) perguntou se eu estava sentindo dor, mais eu falei pra ela que tava com dor e ela falou que eu já tinha sido medicada, então quer dizer que eles já sabiam que eu tava com dor...” (P₅)

Cabe ao enfermeiro identificar as possíveis causas de dor e medicar os pacientes, conforme a prescrição médica, antes que a dor se torne intensa, resultando em hipertensão, hipertonía muscular, taquicardia e taquipnéia.⁽¹⁴⁾ O enfermeiro deve estar atento às manifestações fisiológicas da dor e intervir o mais precocemente possível, a partir da implantação de estratégias complementares, como relaxamento e distração.

“... perceberam que eu tava com frio e logo colocaram cobertor em mim, na verdade me ajudaram muito”. (P₈)

“Senti frio, mas me cobriram, aí o frio passou...” (P₁₈)

Estima-se que mais de 60% dos pacientes apresentem hipotermia no POI.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ Além da ação das drogas anestésicas, que deprimem o centro regulador da temperatura, e dos relaxantes musculares e narcóticos que inibem os tremores (atividades musculares que ajudam o corpo a gerar calor), existe a interferência do ambiente frio da sala cirúrgica.⁽¹⁶⁾

Outros fatores que contribuem para a hipotermia do paciente são: exposição das vísceras durante o procedimento cirúrgico, infusão de soluções frias, diminuição do metabolismo (decorrente das drogas anestésicas depressoras do centro regulador), idade, vasodilatação e jejum prolongado.⁽¹⁶⁾

A hipotermia produz vasoconstrição (mecanismo compensatório para conservar a temperatura central), diminui a frequência cardíaca, aumenta a pressão sanguínea e pode aumentar o trabalho cardíaco. Além das alterações fisiológicas, a hipotermia interfere no conforto do paciente no período pós-operatório imediato.⁽¹⁷⁾

Pacientes debilitados e com extremos

de idade apresentam maiores riscos para alterações na temperatura. Sendo assim, deverão ser aquecidos com cobertores ou mantas térmicas, evitando-se descobri-los sem necessidade.

Considerando a repercussão negativa da hipotermia no período pós-operatório imediato, torna-se fundamental que a equipe de enfermagem monitore a temperatura do paciente e do ambiente, aqueça o paciente com cobertores ou mantas térmicas, quando necessário, substitua roupas molhadas por roupas secas, evite descobrir os pacientes sem necessidade e, em último caso, administre líquidos aquecidos por via endovenosa aquecidos.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

“Eles não identificaram, eu falei que estava com dor... mas pelas vozes deveria haver muitas pessoas ali... com dor também, então tentava me controlar, mas eu sentia muita dor”. (P₁₁)

“Sentia tudo ao mesmo tempo, dor, sede, frio, a agulha no meu braço me incomodava...” (P₁₃)

“Acordei com muito frio, com sede, a boca seca, pedi água, mas a enfermeira falou que não podia...” (P₁₇)

Para cuidar de outro ser humano é necessário mais que conhecimento e habilidade técnica. Durante a assistência ao paciente, o compromisso, a responsabilidade, o envolvimento e a atenção constituem elementos fundamentais. É necessário estar atento para reconhecer as necessidades do paciente, sejam elas de origem fisiológica ou psicossocial.

Percepção negativa da unidade

“Não, não que eu não gostei, mas as pessoas que cuidaram de mim não se identificaram, diferente no quarto que

eu estou, as pessoas entram e sempre se identificam. Deve ser pela rapidez, pois tocava o telefone, as pessoas chamavam o tempo todo, aquele entra e sai de camas com pessoas, olhavam sempre para uma televisão, digo, um aparelho que estava sobre a minha cabeça...” (P₉)

“Não, nada que tenha me impressionado na verdade, não me agradou, nem desagradou. Até porque as pessoas que se encontravam nesta sala pouco vieram falar comigo e nem se identificaram. Diferente de onde estou, cada um que entra no quarto diz seu nome e o que ele faz, como se é enfermeira, médico, técnico de enfermagem, e é isso”. (P₉)

A habilidade de estabelecer um relacionamento interpessoal, isto é, baseado na empatia e na compreensão, é fundamental para que o enfermeiro identifique as necessidades do paciente e planeje uma assistência individualizada e holística.

Em um estudo recente sobre interações interpessoais entre a equipe de saúde e pacientes internados, observou-se que esse tipo de relacionamento quase não ocorreu. Constatou-se que o contato com o paciente ocorre normalmente durante a execução de algum procedimento, no qual podem ser observadas conversas rápidas e superficiais.⁽¹⁸⁾

Na RA, o estabelecimento de uma relação interpessoal pode ser difícil devido à alteração dos sistemas sensorial e perceptivo, ocasionada pela ação dos agentes anestésicos e analgésicos (que diminuem a capacidade de interpretar e responder aos estímulos), e o curto período de tempo em que o paciente permanecerá na unidade. O ideal seria que esse relacionamento fosse estabelecido ainda no período pré-operatório, mediante a visita pré-operatória pelo enfermeiro do centro cirúrgico ou da RA. No estudo citado

anteriormente, a autora concluiu que os pacientes evitaram fazer comentários negativos da assistência por medo de serem maltratados e de ofender ou prejudicar os profissionais.⁽¹⁸⁾

“Acho que não saber quem estava cuidando de mim, não ter um nome, só uma voz ou várias vozes, acho que foi o que mais me perturbou... Não poder ver quem cuidava de mim.” (P₁₁)

“Só o barulho, o entra e sai... parecia que tinha muita gente ali, sei que deve ter muita gente... mas o movimento de pessoas me incomodava... o tratamento foi ótimo, mas o ambiente me incomodou”. (P₁₅)

“Só o frio e a falação... as pessoas deveriam fazer menos barulho, quando a gente volta da cirurgia ainda tá sensível, o frio e o barulho incomodam muito”. (P₁₇)

“Tem barulho demais... muito barulho. É um lugar para repouso e não deveria ser desse jeito... mas as meninas são maravilhosas”. (P₄)

As unidades de RA podem apresentar muitos estímulos ambientais. O ruído constante do monitor cardíaco, o alarme das bombas reguladoras de infusão intravenosa e a movimentação constante dos profissionais de saúde (cirurgiões, instrumentadores cirúrgicos, anesthesiologistas e a equipe de enfermagem) podem resultar em sobrecarga sensorial e interferir, de forma negativa, no conforto e na recuperação do paciente.⁽¹¹⁾

Os estímulos ambientais excessivos, associados à dor, à ansiedade e ao medo da cirurgia e da anestesia podem alterar a percepção do paciente no período pós-operatório de cirurgia cardíaca.⁽¹¹⁾

Ao considerar a complexidade de cuida-

dos prestados na RA, é imprescindível que o enfermeiro preserve a tranquilidade do ambiente, com a finalidade de proporcionar conforto e repouso do paciente, e contribuir para o seu restabelecimento. Cabe à equipe de enfermagem minimizar os fatores de estresse, evitando conversas desnecessárias que possam perturbar o paciente.⁽²⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalização impõe ao indivíduo uma série de alterações no seu cotidiano, afastando-o do convívio familiar e de suas rotinas, introduzindo-o em um ambiente desconhecido, onde será assistido por pessoas também desconhecidas. Essas mudanças podem desencadear sentimentos como medo e ansiedade, principalmente se associadas à necessidade de uma intervenção cirúrgica, causando alterações comportamentais que podem levar ao estresse.⁽¹⁹⁾

Constatou-se nesse estudo que o medo do desconhecido, o medo de que algo ruim aconteça e o medo da dor foram sentimentos percebidos e verbalizados com muita frequência entre os pacientes. Sabe-se da importância do ensino para diminuir esse sentimento.

Com o ensino do paciente cirúrgico todos se beneficiam. Além da diminuição da ansiedade, o ensino faz que com o paciente entenda e participe do seu tratamento, o que aumentará sua auto-estima e seu autocontrole, interferindo de forma positiva nas fases subseqüentes de seu tratamento. A família se sente fortalecida e desenvolve sentimentos de apoio mútuo. A instituição também se beneficia à medida que ocorre um aumento da qualidade do cuidado e um aumento da satisfação de seus clientes (paciente e família). O enfermeiro, por exercer seu papel em um momento crucial e utilizar sua capacidade,

sente-se valorizado como profissional e motivado diante dos resultados positivos de sua intervenção.⁽²⁰⁾

Os resultados desse estudo irão contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem prestada no período pós-operatório imediato, uma vez que tornam explícitos as necessidades, os sentimentos e os pensamentos dos pacientes em relação a sua experiência na unidade de recuperação anestésica.

Pretende-se com essa pesquisa subsidiar a assistência de enfermagem e incentivar os profissionais a atender ao ser humano, com base nos princípios éticos e com foco na individualização do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 3ª ed. São Paulo: SOBECC; 2005.
2. Nocite JR. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. Rev Bras Anesthesiol. 1987;37(3):161-7.
3. Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. Rev Esc Enferm USP. 1990;24(3):359-70.
4. Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):34-42.
5. Association of Operating Room Nurses. Standards, recommended practices and guidelines. Denver; 2000.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2004.
8. Souza DPT, Peniche ACG, Faro ACM. Necessidades do binômio paciente-família em cirurgia ambulatorial. Rev SOBECC. 2002;7(2):15-21.
9. Keller SM. Nursing management of the cardiac surgical patient. In: Dolan JT. Critical care nursing: clinical management through the nursing process. Philadelphia: Davis; 1991. p. 957-83.
10. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(3):44-9.
11. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
12. Baggio MA, Teixeira A, Portella MR. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. Rev Gaúcha Enferm. 2001;22(1):122-39.
13. Garcia JBS, Issy AM, Sakata RK. Analgesia preemptiva. Rev Bras Anesthesiol. 2001;51(5):448-63.
14. Senra DF, lasbech JA, Oliveira SA. Pós-operatório em cirurgia cardíaca de adultos. Rev Soc Cardiol Estado São Paulo. 1998;8(3):446-54.
15. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
16. Drain CB. The post anesthesia care unit: a critical care approach to post an-

esthesia nursing. Philadelphia: Saunders; 1994.

17. Vanni SMA, Braz JRC. Hipotermia perioperatória: novos conceitos. Rev Bras Anestesiologia. 1999;49(5):360-7.

18. Ribeiro MILC. A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

19. Medina RF, Backes VMS. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. Rev Bras Enferm. 2002;55(5):522-7.

20. Fox VJ. Postoperative education that works. AORN J. 1998;67(3):1010-17.

AUTORIA

Elaine Aparecida Silva

Enfermeira do Hospital Alvorada (SP). Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE).

Márcia Lopes Vicente

Enfermeira do Hospital das Clínicas de São Paulo. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização pela FEHIAE.

Patrícia P. Gutierrez

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização pela FEHIAE.

Luzia Elaine Galdeano

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP); Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Interunidades da EE/EERP-USP. Docente da FEHIAE.

QUALIDADE

BENEFÍCIO

TECNOLOGIA

ERWIN GUTH

INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS E ODONTÓLOGICOS

www.erwinguth.com.br • Tel.: +55 (11) 2271 3902

idm CE ISO 13485
ISO 9001

CENTRO CIRÚRGICO: RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Surgical Center: interpersonal relationships within the Nursing Team
- Bloque Quirúrgico: las relaciones interpersonales entre el Equipo Enfermero

Bibiana Dutra Antunes da Cunha • Rita Catalina Aquino Caregnato

Resumo - O objetivo deste trabalho foi conhecer as relações interpessoais entre os profissionais da enfermagem que trabalham no Centro Cirúrgico. Estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em hospital privado de grande porte em Porto Alegre, com amostra de 12 profissionais, sendo quatro sujeitos de cada setor (Centro de Materiais, Centro de Recuperação, Bloco Cirúrgico), por meio de entrevistas. A análise de conteúdo evidenciou seis categorias: divergências intersetoriais; conhecimento deficiente; comprometimento inadequado; problemas com material; estresse e relacionamentos interpessoais positivos e negativos. Muitos achados desta pesquisa vieram confirmar resultados encontrados em pesquisas realizadas anteriormente. Embora na pesquisa qualitativa os resultados tenham validade apenas para o grupo pesquisado, verificou-se que, ao comparar os resultados com outros estudos, as relações interpessoais e o cotidiano vivenciado nos Centros Cirúrgicos são semelhantes tanto em hospitais públicos quanto privados, mesmo localizados em regiões diferentes.

Palavras-chave: Relacionamento, Equipe de enfermagem, Centro cirúrgico.

Abstract - Hypothermia is a common phenomenon. The objective of this paper was getting to know the interpersonal relationships among the nursing professionals that work in the Surgical Center. It is a case study through a qualitative approach, accomplished at a big private

hospital in Porto Alegre. Twelve different professionals were consulted, four people from each unit. (Central Sterile Supply, Recovery Room, Operating Room), through interviews. Content analysis has evidenced six categories: interdepartmental divergence; knowledge deficiency; inadequate compromising; problems with the materials; stress and positive and negative interpersonal relationships. Many discoveries of this research drew closer to confirm results found in researches previously accomplished. Although in qualitative research, the results are valid only for the researched group, it was verified that when comparing the results with other studies, it was concluded that the interpersonal relationships and the daily routine lived in different Surgical Centers are really similar in public as well as in private hospitals, even those located in different areas.

Key words: Relationship, Nursing team, Surgical center.

Resumen - El objetivo de este estudio fue conocer las relaciones interpersonales entre los profesionales de enfermería que trabajan en el Bloque Quirúrgico. Un estudio de caso mediante un abordaje cualitativo, realizado en un hospital privado de grande porte en Porto Alegre – Rio Grande do Sul, cuya muestra fue de 12 profesionales diferentes siendo cuatro personas de cada sección. (Centro materiales, el Centro de Recuperación, Bloque Quirúrgico), por medio de entrevistas. El análisis de contenido

evidenció seis categorías: Divergencia interdepartamental; Deficiencia de conocimiento; comprometimiento inadecuado; problemas con los Materiales; estrés y relaciones interpersonales positivas y negativas. Muchos resultados de esta investigación fueron ratificados por los encontrados en investigaciones anteriores. Aunque en la investigación cualitativa los resultados se apliquen sólo para el grupo investigado, se verificó que, al comparar los resultados obtenidos con otros estudios, las relaciones interpersonales y la rutina diaria vividas en los Bloques Quirúrgicos es muy similar en los hospitales públicos como en los privados, mismo en los ubicados en las regiones distintas.

Palabras-clave: Relación interpersonal; Equipo enfermero, Bloque Quirúrgico.

INTRODUÇÃO

O trabalho na área da saúde é reconhecidamente muito difícil, seja pelo estresse de trabalhar diretamente com a vida e a morte, pelos relacionamentos interpessoais entre profissionais de diferentes áreas de atuação, pela falta de recursos materiais e humanos, seja pela sobrecarga de trabalho, pelo ambiente e por riscos ocupacionais – e até mesmo pelo status e pelo poder que permeiam as organizações.⁽¹⁾

Nos hospitais existem setores críticos, nos quais os profissionais são mais exigidos em razão do atendimento a pacientes

de alto risco, gerando tensão e angústia em decorrência das grandes exigências. Nestas áreas, trabalham pessoas com formações e vivências diferentes, remuneração baixa, muitos deles cumprindo jornada dupla de trabalho, apresentando esgotamento físico e mental. Todas essas situações interferem nos relacionamentos interpessoais, repercutindo na dinâmica do setor.

Caregnato,⁽¹⁾ ao estudar o estresse da equipe multiprofissional que atua na sala de cirurgia, verificou – entre as seis categorias que emergiram como geradoras de estresse – a categoria denominada “Relacionamento Interpessoal” como a mais apontada e problematizada pelos sujeitos pesquisados. Ainda, a mesma autora constatou que os profissionais sentem-se preparados para trabalhar tecnicamente com os pacientes, porém não foram preparados para trabalhar o relacionamento interpessoal que permeia a equipe multiprofissional.

O Centro Cirúrgico (CC) é formado por três setores: Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Recuperação (CR) e Central de Materiais e Esterilização (CME), ambientes fechados, com carga de trabalho intensa. Ao trabalhar em um hospital privado de grande porte em Porto Alegre, são percebidas várias dificuldades no relacionamento entre a equipe de enfermagem dos diferentes turnos e setores do CC. Esta observação empírica, aliada aos achados científicos de outras pesquisas que confirmam tal observação, foi o fator motivador para desenvolver uma pesquisa com o tema relacionamento interpessoal entre a equipe de enfermagem que trabalha nos vários setores do Centro Cirúrgico.

O objetivo traçado foi o de conhecer as relações interpessoais entre as equipes de enfermagem que atuam nos três

setores do Centro Cirúrgico, tentando trazer respostas ao seguinte problema: quais são os fatores geradores de atritos no relacionamento entre as equipes de enfermagem dos diferentes setores que formam o Centro Cirúrgico?

Esta pesquisa é um estudo de caso com abordagem qualitativa que pretende contribuir com a melhoria das relações interpessoais entre a equipe de Enfermagem que trabalha no Centro Cirúrgico.

OBJETIVOS

Geral

Conhecer as relações interpessoais entre a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico.

Específicos

- Identificar fatores geradores de atritos no relacionamento entre as equipes de enfermagem que trabalham nos setores que compõem o Centro Cirúrgico;
- Descrever os fatores mais evidenciados nos atritos de relacionamento entre as equipes de enfermagem dos diferentes setores;
- Apresentar as manifestações negativas e positivas resultantes dos relacionamentos entre a equipe de enfermagem que atua no Centro Cirúrgico;
- Evidenciar em que pontos os atritos entre os setores são mais evidentes.

Casuística e Método

Para investigar e analisar as relações interpessoais entre a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico, foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa. O desenvolvimento do estudo

de caso, segundo Chizzotti (1998), compreende três fases: a) a seleção e a delimitação do caso; b) o trabalho de campo; e c) a organização e a redação do relatório.⁽²⁾

Esta pesquisa foi desenvolvida em um hospital privado de grande porte de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que não atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Centro Cirúrgico é composto de três setores: Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Recuperação (CR) e Central de Material e Esterilização (CME). O BC tem 12 salas, funcionando 24 horas por dia e atendendo todas as especialidades. O CR tem 33 leitos, assim divididos: 21 leitos para pacientes internados, oito para pacientes ambulatoriais e quatro para pacientes graves. A CME é um serviço centralizado, com esterilização de 35 mil itens/mês.

Os sujeitos pesquisados foram os enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem da equipe que atuam nos três setores: BC, CR e CME. A amostra foi constituída por quatro sujeitos de cada setor estudado, sendo estes: dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem. O total da amostra foram doze profissionais de Enfermagem (seis enfermeiras e seis técnicos de enfermagem) que trabalham nos setores de: Bloco Cirúrgico ou Centro de Recuperação ou Central de Material e Esterilização, nos turnos manhã, tarde e noite. Os sujeitos foram escolhidos intencionalmente, atendendo aos critérios de inclusão de estar trabalhando em alguma das três áreas pesquisadas por, no mínimo, um ano, em qualquer turno, e estar disponível para participar da pesquisa.

Foram aplicados questionários para traçar o perfil do sujeito e entrevista semi-estruturada. Inicialmente, foi reali-

zado um teste piloto com a intenção de avaliar a consistência dos instrumentos e verificar sua compreensão. A coleta de dados foi realizada na sala de reuniões do Centro de Recuperação Ambulatorial pelo pesquisador. Foram explanados os objetivos da pesquisa e esclarecidas as dúvidas que poderiam surgir na aplicação dos instrumentos.

Quanto aos cuidados éticos, foram assegurados anonimato e confidencialidade de informações dos entrevistados. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do hospital. Os sujeitos foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Informado antes de iniciar a coleta de dados.

Os dados foram avaliados à luz da análise de conteúdo. De acordo comardin⁽³⁾ a técnica é realizada em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados com interpretação. Utilizou-se análise categorial temática, considerada o tipo mais antigo e mais usado.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Traçando o Perfil dos Sujeitos Entrevistados

Para denominar os(as) seis enfermeiros(as) que participaram desta pesquisa, utilizou-se a nomenclatura ECME1, ECME2, EBC1, EBC2, ECR1, ECR2, com a finalidade de evitar a identificação. Esta denominação significa e de enfermeiro (a,) seguido do setor em que ele trabalha, seguido de numeração atribuída de forma aleatória.

Cinco dos enfermeiros(as) pesquisados eram do sexo feminino. Com relação ao tempo de formação variou de um ano e um mês até 15 anos, sendo que cinco deles possuem especialização. Quanto

ao tempo de serviço na instituição, variou de um ano e quatro meses até 15 anos nos turnos manhã, tarde e noite. Apenas um trabalhava em outro hospital. Quanto à experiência nos setores da área cirúrgica, foi evidenciado: no Bloco Cirúrgico, de cinco a nove anos em cinco dos entrevistados; no Central de Material e Esterilização, de três meses a três anos entre cinco entrevistados; e no Centro de Recuperação, de um ano e um mês a seis anos, nos seis enfermeiros.

Para os técnicos de enfermagem utilizou-se a nomenclatura TCCME1, TCCME2, TCBC1, TCBC2, TCCR1, TCCR2. Esta nomenclatura seguiu os mesmos critérios de denominação dos Enfermeiros: TC significa Técnico de Enfermagem, seguido do setor de trabalho com a numeração aleatória para evitar a identificação.

Com relação ao sexo dos seis técnicos de enfermagem, apenas um deles era do sexo masculino. Quanto ao tempo de formação, variou de dois anos a 15 anos. Dentre os pesquisados, três sujeitos apresentavam instrumentação cirúrgica. Com relação ao tempo de serviço na instituição, variou de um ano e oito meses a 16 anos, sendo que quatro trabalhavam no turno da tarde e dois no turno da manhã. Nenhum dos técnicos trabalhava em outro hospital. Com relação à experiência nos setores da área cirúrgica, dois deles tinham experiência em Bloco Cirúrgico, com média de tempo de três anos e meio. Na Central de Materiais, apenas quatro tinham experiência, variando de um ano a 15 anos. Já no Centro de Recuperação, somente dois tinham experiência no setor, com tempo médio de experiência de dois anos.

Apresentando as Categorias

Para realizar a categorização, as idéias

semelhantes foram agrupadas, emergindo seis categorias, assim denominadas: Divergências Intersetoriais; Conhecimento Deficiente; Comprometimento Inadequado; Problemas com Material; Estresse; e Relacionamentos Interpessoais Positivos e Negativos. O **Quadro 1** (página 45) apresenta a categorização e algumas falas selecionadas representativas das categorias.

Na categoria denominada **divergências intersetoriais**, constataram-se alguns atritos e rivalidades entre os setores estudados, principalmente entre os profissionais que trabalham no Bloco Cirúrgico e na Central de Material e Esterilização. Foi a categoria que emergiu fortemente entre técnicos de enfermagem e enfermeiros. Entende-se que estes conflitos são mais evidenciados nesses setores porque estão envolvidos no momento de maior tensão e estresse, que é o transoperatório. Os funcionários do BC ficam tensos com os conflitos e tensões que ocorrem dentro da sala cirúrgica e, como não podem responder rispidamente aos cirurgiões, quando se deslocam à CME para a solicitação de algum material e/ou equipamento, descarregam aquele sentimento de raiva nos funcionários da CME se estes não conhecem o material ou não o tornam disponíveis para uso da equipe cirúrgica. Tal situação é denominada por Caregnato⁽¹⁾ de efeito cascata. O interessante é que os conflitos foram evidenciados sempre entre as mesmas pessoas do BC, da CME e da equipe cirúrgica. As vivências dos trabalhadores nas situações de crise são assimiladas de formas diferentes, porque cada um vive à sua maneira, de acordo com sua história de vida.⁽⁴⁾

O Centro Cirúrgico é visto como um ambiente com conflitos incontroláveis, confusos e, por isso, deve ser modificado com a melhora das relações inter-

Quadro 1 – Categorias e subcategorias emergidas das temáticas abordadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem do Centro Cirúrgico de um hospital privado de Porto Alegre, agosto de 2005

Categorias	Subcategorias	Temas
Divergências Intersetoriais		TCBC2- Há brigas entre os funcionários, o pessoal do BC quer que o pessoal do CME seja mais rápido. O do CME quer que o pessoal do BC peça o material certo e que tenha tempo para esperar [...]. Aqui é individual, cria uma rivalidade entre os setores.
Relacionamentos Interpessoais	Positivo	EBC2 – Bom relacionamento, o pessoal tem se ajudado [...] à noite tem se encontrado para conversar e discutir alguns problemas.
	Negativo	ECR2 – O pessoal leva para o lado pessoal e não para o lado profissional.
Conhecimento Deficiente		TCBC1 – Há falta de conhecimento dos materiais pelo pessoal do CME.
Comprometimento Inadequado		EBC2 – A dispensação errada de instrumentais e materiais entre o BC e o CME, como a falta de débitos nos boletins de sala, isso é uma falta de comprometimento e quebra da rotina.
Problemas com Material		TCCME2 - O atrito maior é por falta de material e equipamento e principalmente quando este material é único.
Estresse		TEBC2 – Estresse gerado dentro da sala cirúrgica é descarregado no pessoal do CME.

Fonte: CUNHA, Bibiana Dutra Antunes da. Coleta de dados em entrevista. Porto Alegre, agosto 2005

persoais. As necessidades do Centro Cirúrgico devem ser resolvidas imediatamente, pois, se isso não ocorrer, poderão surgir intolerâncias, ansiedades, desrespeito, estrelismos individuais, caracterizando um lugar com uma dinâmica ruidosa, que tem como centro o paciente.⁽⁵⁾

No Centro Cirúrgico, os conflitos são mais fortes por ser um ambiente crítico, no qual o convívio entre as equipes é intenso e, por isso, as relações interpessoais são fortes.⁽⁶⁾ Atualmente, ocorrem alterações nas relações de trabalho, como crises de ajuda nos grupos e destruição das relações de confiança, o que gera um trabalho

com pouca qualidade, provocando individualismo nas organizações e motivando conflitos interpessoais, que vão gerar um ambiente tenso.⁽⁷⁾

Na categoria **relacionamentos interpessoais**, emergiram duas subcategorias, denominadas positivas e negativas. Na subcategoria positiva, aparecem o coleguismo, a amizade e um bom relacionamento entre as equipes de enfermagem. Este bom relacionamento é mais forte quando as enfermeiras dos diferentes setores trabalham juntas e mantêm um bom ambiente de trabalho.

Na instituição pesquisada, são realizadas reuniões mensais, entre as enfermeiras e a psicóloga, e bimestral, entre os técnicos de enfermagem e a psicóloga, nos diferentes setores da área cirúrgica. São trabalhadas as tensões do dia-a-dia e os conflitos entre as equipes de enfermagem e cirúrgica, entre outros assuntos. As reuniões ajudaram muito no convívio diário entre as equipes de enfermagem da área cirúrgica. Foi relatado, na coleta de dados, o quão importante e interessante são as reuniões estabelecidas entre os grupos do Bloco Cirúrgico e a Central de Materiais e Esterilização mediadas pela psicologia.

Quando um indivíduo começa a participar do grupo, ele traz uma base interna de diferenças que englobam conhecimentos, informações, opiniões, atitudes, entre outras.⁽⁸⁾ Se os indivíduos descobrem como agem, por que agem e tentam conhecer maneiras para compensar tais comportamentos, isso ajudará a agir com mais eficiência no relacionamento interpessoal e na compreensão intrapessoal.⁽⁹⁾

Os relacionamentos interpessoais são considerados os principais determinantes do ambiente de trabalho afetando

diretamente o indivíduo.⁽¹⁰⁾ O trabalho é uma atividade social por excelência. Mesmo quando se trabalha sozinho, incorpora-se pensamentos de outros, criações anteriores e contribuições alheias, entre outros.⁽¹⁰⁾

Para Moscovici,⁽⁸⁾ as situações de trabalho são divididas por uma ou mais pessoas, bem como as interações e sentimentos. Relações interpessoais e clima de grupo influenciam-se recíproca e circularmente, caracterizando um ambiente agradável e estimulante ou desagradável e adverso, criando um ambiente satisfatório ou não entre as pessoas e grupos no trabalho.

Conviver é viver com, é partilhar a vida, as atividades com os outros. São encontros para conviver, para buscar objetivos juntos. Todos necessitam se agrupar e viver em grupo, estar com, em relação com.⁽¹¹⁾

A respeito da subcategoria **negativa**, os maiores problemas foram percebidos quando as críticas e discussões eram levadas para o lado pessoal. Isto demonstra falta de maturidade, profissionalismo e comunicação entre as equipes de enfermagem, dificultando o trabalho diário entre elas. Acredita-se que isto ocorra por ser um grupo de pessoas jovens e, muitas delas, com pouco tempo de vivência na área.

Uma das razões de distorção na comunicação é o efeito da emoção. Quando se está inseguro, aborrecido ou receoso, aquilo que se escuta e observa parece mais ameaçador do que quando se está seguro e em paz.⁽⁹⁾ Para uma relação humana construir alicerces, é preciso ter pensamentos "atitudes" que vão formar os seus comportamentos no grupo; portanto, se formar maus pensamentos, apresentará maus comportamentos.⁽¹²⁾

É importante lembrar que o trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele tem uma história pessoal que se concretiza com aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, caracterizando, assim, cada indivíduo, com especificidades únicas e pessoais.⁽⁷⁾

O relacionamento interpessoal também foi evidenciado como o estressor mais mencionado pelos profissionais que trabalham em Bloco Cirúrgico.^(1,13)

A percepção social é formada por meio das impressões sobre as pessoas e de nossas experiências com elas.⁽⁹⁾ O comportamento delas nos leva a percebê-las e julgá-las. As relações humanas são difíceis porque cada pessoa tem seus próprios pensamentos geradores de comportamentos diferentes.⁽¹²⁾

A organização social do trabalho antecede toda a análise sobre a questão da qualidade de vida dos trabalhadores. Em meio a tantas dificuldades estruturais, situações de conflitos dos trabalhadores podem ser transformadas pela ação dos próprios trabalhadores, buscando o respeito dos sujeitos e as relações mais próximas do seu cotidiano.⁽¹⁴⁾

Quanto à categoria **conhecimento deficiente**, alguns sujeitos acreditam existir profissionais despreparados no grupo para trabalhar nos diferentes setores da área cirúrgica. Eles manifestaram que os trabalhadores do Bloco Cirúrgico, por exemplo, não conhecem a realidade e não detêm conhecimentos da Central de Material e Esterilização e do Centro de Recuperação. Foi observada a falta de interesse dos profissionais em conhecer e repassar os conhecimentos dos demais setores da área cirúrgica. Nesta instituição, os funcionários são contratados para o setor específico e não há rodízio

entre os setores da área cirúrgica. Profissionais da equipe multiprofissional que trabalham na sala de cirurgia também apontaram como um dos fatores geradores de estresse durante o ato cirúrgico o despreparo de alguns membros da equipe e a falta de domínio técnico de alguns profissionais.⁽¹⁾

Na categoria **comprometimento inadequado**, os sujeitos relataram falta de compromisso e quebra da rotina, dentro do Centro Cirúrgico, por parte de alguns profissionais, tanto com o andamento dos setores quanto com a falta de otimização de recursos para os demais procedimentos. É muito difícil trabalhar sem esse envolvimento, pois a enfermagem é uma continuidade. Se foi contaminado um material inadequado, ou não foram encaminhados os materiais para o reprocessamento na CME, estes irão faltar para o andamento das demais cirurgias do dia.

Caregnato⁽¹⁾ também apontou a falta de compromisso de alguns profissionais, a falta de interesse, a equipe descomprometida, circulantes incapazes e sem cooperação como situações geradoras de estresse e que interferem nas relações interpessoais.

Bianchi,⁽¹³⁾ pesquisando os aspectos causadores de estresse entre os enfermeiros do Bloco Cirúrgico, registrou que estes também apontaram o fato de trabalhar com pessoas incompetentes.

O trabalho desenvolvido pela enfermagem nos hospitais é diferenciado dos demais executados pelos outros profissionais da saúde, pois é contínuo, desgastante e exaustivo, desenvolvido com base em uma relação interpessoal muito próxima com o doente, mas também capaz de proporcionar alegria, satisfação e prazer.⁽⁴⁾

A categoria denominada **problemas com material** foi evidenciada como fator de grandes atritos entre o Bloco Cirúrgico e a Central de Material e Esterilização, pois muitos deles mencionaram a falta de material e a obtenção de materiais únicos. Este é um problema que poderia ser minimizado em muitas situações se estes materiais não fossem abertos desnecessariamente ou se fossem encaminhados rapidamente à Central de Material e Esterilização. Outro problema é o agendamento cirúrgico, pelo qual são marcadas cirurgias que necessitem do mesmo material ou equipamento. Por vezes, elas são muito próximas umas das outras, dificultando o reprocessamento destes materiais para a cirurgia seguinte.

Para o bom andamento do Centro Cirúrgico é preciso planejamento e organização da unidade, prevendo todos os materiais e recursos humanos necessários para a realização da cirurgia em condições técnicas e assépticas ideais.⁽¹⁾ A falta de material e equipamentos é fonte geradora de estresse de toda equipe multiprofissional; os cirurgiões apontaram a falta de previsão de materiais para os procedimentos; as enfermeiras relatam os materiais perdidos; e os técnicos de enfermagem junto com as enfermeiras apontam as bandejas incompletas.⁽¹⁾

A falta de condições, materiais e tecnologias é tida pelos enfermeiros como muito desgastante, originando um sentimento de impotência ao tentar e não conseguir aquilo de que se necessita.⁽¹⁵⁾

Com relação à categoria **estresse**, ficou evidente nas falas o quanto é estressante o ambiente de Centro Cirúrgico, por suas relações interpessoais e por prestar assistência a pacientes críticos. Tudo ocorre por ser uma área crítica e com uma equipe multiprofissional com dife-

rentes conhecimentos e vivências. Esta categoria vem ao encontro das demais, pois as divergências intersetoriais, o comprometimento inadequado, problemas com material, relacionamento interpessoal conflituoso e conhecimento deficiente, terminam desencadeando o estresse dentro do Centro Cirúrgico.

Para Guido,⁽¹⁵⁾ o ambiente hospitalar é um grande gerador de estresse para a equipe multiprofissional, principalmente pelo sofrimento vivenciado neste local. As equipes sentem o ambiente do Centro Cirúrgico como um ambiente gerador de estresse; mesmo assim, os profissionais agem, interagem e são ativos, dando sentido às coisas.⁽¹⁾ No Centro Cirúrgico, os profissionais passam a viver situações complexas, inesperadas, com dificuldades, que geram na equipe ansiedade, depressão e estresse.⁽¹⁾ No Centro Cirúrgico, os conflitos são mais fortes por ser um ambiente crítico, onde o convívio entre as equipes é intenso e, por isso, as relações interpessoais são fortes.⁽⁶⁾

Lautert,⁽¹⁶⁾ comentando as situações de tensão ligadas ao trabalho de enfermagem, cita Dejours e Abdoucheli, os quais descrevem como alvo principal os corpos dos trabalhadores, que podem sofrer desgaste, envelhecimento e doenças psicossomáticas. A mesma autora diz que o trabalho vai ser desgastante ou não dependendo do grau de carga psíquica que gera para o sujeito. Dejours e Abdoucheli⁽⁷⁾ mencionam que a carga psíquica do trabalho depende da relação do homem com a organização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer os relacionamentos interpessoais emergentes entre os profissionais da equipe de enfermagem que trabalham no Centro

Cirúrgico da instituição pesquisada e como estas são evidenciadas entre as equipes dos três setores que compõem o Centro Cirúrgico.

Nos relacionamentos, emergiram fatores geradores de atritos, tais como: falta de material, falta de comunicação, quebra de rotina, falta de compromisso e falta de conhecimento e rivalidade entre os setores. Observou-se que os atritos maiores ocorrem entre o pessoal do Bloco Cirúrgico e da Central de Materiais e Esterilização, evidenciados pelo estresse dessas duas áreas críticas por estarem envolvidas diretamente no trans-operatório.

Apesar do estresse vivenciado no dia-a-dia no Centro Cirúrgico, as equipes de enfermagem dos setores pesquisados tentam estabelecer um bom relacionamento, buscando se comunicar melhor e tentando resolver os problemas emergidos diariamente. Dentre todas as categorias identificadas, apenas a subcategoria relacionamento interpessoal positivo foi otimista; as demais tiveram características negativas.

Muitos achados desta pesquisa vieram confirmar os resultados já evidenciados em pesquisas anteriormente realizadas. Embora em pesquisa qualitativa os resultados tenham validade apenas para o grupo pesquisado, nota-se que o cotidiano vivenciado em Centros Cirúrgicos é semelhante tanto em hospitais públicos quanto privados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de en1. Caregnato RCA. Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia: um estudo de caso. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

2. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1998.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Artes Gráficas; 2001.
4. Beck CLC. Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
5. Chaplin MJM. A dinâmica do centro cirúrgico numa perspectiva de relacionamento cotidiano [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.
6. Krahl M. Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro em centro cirúrgico. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo; 2001.
7. Dejours D, Abdoucheli E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994. p.119-45.
8. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. 4ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1995.
9. Minicucci A. Relações humanas: psicologia das relações interpessoais. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.
10. Soratto L, Ramos F. Burnout e relações sociais no trabalho. In: Codo W. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes; 1999.
11. Fritzen SJ. Relações humanas interpessoais nas convivências grupais e comunitárias. 14ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
12. Sampaio GP. Relações humanas a toda hora. São Paulo: Nobel; 2000.
13. Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.
14. Leopardi MT. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.
15. Guido LA. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
16. Lautert L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20(2):50-64.

AUTORIA

Bibiana Dutra Antunes da Cunha

Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Administração dos Serviços de Enfermagem; Enfermeira do Centro de Recuperação do Hospital Moinhos de Vento.

Rita Catalina Aquino Caregnato

Doutoranda em Educação pela UFRGS. Mestre em Enfermagem; Especialista em Metodologia do Ensino Superior, Administração Hospitalar e Saúde Pública; Enfermeira; Docente da graduação de enfermagem na ULBRA e na UNIVATES; Docente da Pós-Graduação em Enfermagem da ULBRA.

Rua Dr. Rodrigues Alves, 273, apto. 203, Chácara das Pedras - Porto Alegre (RS) - CEP: 91330-240

Tel: (51) 3334-2042 e (51) 9942-1001

E-mail: carezuca@terra.com.br

OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS HOSPITALARES: EXPERIÊNCIA DE UM MUTIRÃO DE COLECISTECTOMIA

- Optimization of hospital resources: large scale cholecystectomy experience
- Optimización de recursos hospitalarios: experiencia de colecistectomía

Silvia Rita Marin da Silva Canini • Ana Maria Laus • Paulo de Tarso de Oliveira e Castro • José Sebastião dos Santos

Resumo - O presente texto teve como objetivo relatar a experiência de um mutirão de colecistectomia por videolaparoscopia realizado num hospital de nível terciário e de grande porte do interior paulista. Este procedimento trouxe benefícios diretos aos pacientes que aguardavam uma lista de espera para realização do procedimento de modo eletivo e indireto para as equipes médicas e de enfermagem, principalmente em relação à capacitação profissional. Foram operados 40 pacientes em dois dias, em regime de cirurgia ambulatorial, ou seja, todos os pacientes receberam alta hospitalar no mesmo dia do procedimento e não foi constatado nenhum caso de infecção hospitalar. Esta experiência evidenciou que é possível otimizar ao mesmo tempo a infra-estrutura hospitalar, os equipamentos e os recursos humanos, bem como capacitá-los. Esta estratégia pode ser considerada inovadora, uma vez que tornou mais ágil o acesso dos usuários do SUS ao serviço de saúde.

Palavras-chave - Colecistectomia Laparoscópica; Equipamentos e Provisões Hospitalares; Administração Hospitalar.

Abstract - This article reports on a group work experience in laparoscopic cholecystectomy at a large tertiary care hospital in an inner city of São Paulo State. This procedure entailed direct benefits to patients on a waiting list for elective surgery, as well as indirect benefits to medical and

nursing teams, mainly in terms of professional training. Forty patients were operated on during two days in an outpatient surgery regime, that is, all patients were discharged on the same day of the procedure and no cases of hospital infection were found. This experience has evidenced that hospital infrastructure, equipment and human resources can be optimized and trained at the same time. This strategy can be considered as innovative, due to the fact that it made SUS - Single Healthcare System users' access to health services more agile.

Key words - Cholecystectomy, Laparoscopic; Equipment and Supplies Hospital; Hospital Administration.

Resumen - La finalidad de este texto fue relatar la experiencia de un trabajo en grupo de colecistectomía por videolaparoscopia, realizado en un hospital de nivel terciario y de gran porte en el interior del estado de São Paulo, Brasil. Este procedimiento trajo beneficios directos a los pacientes que aguardaban en una lista de espera para realización del procedimiento de modo electivo y beneficios indirectos a los equipos médicos y de enfermería, principalmente con relación a la capacitación profesional. Se operaron a 40 pacientes en dos días, en régimen de cirugía ambulatoria, o sea, todos los pacientes recibieron alta hospitalaria en el mismo día del procedimiento y no se con-

stató ningún caso de infección hospitalaria. Esta experiencia evidenció que es posible optimizar al mismo tiempo la infraestructura hospitalaria, los equipamientos y los recursos humanos, y también capacitarles. Se puede considerar esta estrategia como innovadora, ya que agilizó el acceso de los usuarios del Sistema Único de Salud - SUS, al servicio de salud.

Palabras-clave - Colecistectomía Laparoscópica; Equipo y Suministro de Hospitales; Administración Hospitalaria; Cirugía ambulatoria.

INTRODUÇÃO

Há muito tem se discutido acerca da atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) dada a sua importância na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviço ofertado em decorrência da demanda de média e alta complexidade, seja pelo elevado aporte de recursos necessários para o nível hospitalar.

Do ponto de vista organizacional, as unidades hospitalares enfrentam diversas dificuldades referentes ao dimensionamento e à adaptação de sua oferta de serviço e às medidas de avaliação da sua eficiência e dos resultados obtidos frente às necessidades de saúde de sua clientela.

Os gastos e os custos do sistema de saúde têm determinado a adoção, por parte do

governo e dos dirigentes das instituições, de medidas que buscam melhorar simultaneamente a eficácia, a eficiência e a efetividade do serviço médico-hospitalar. O Ministério da Saúde, por meio de Portaria n°279, instituiu, em 1999, a realização de mutirões de cirurgias eletivas como uma estratégia para ampliar e tornar mais ágil o acesso aos serviços, problema freqüente entre os usuários do SUS, principalmente no que tange ao acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos. Assim, os estabelecimentos de esforços conjuntos contribuem para diminuição e/ou eliminação das eventuais filas para procedimentos cirúrgicos específicos.⁽¹⁾

As listas de espera para tais tratamentos, associadas à elevada demanda dos leitos de internação e salas cirúrgicas em hospitais de ensino, têm incentivado a busca constante de soluções alternativas de assistência.

Nas últimas décadas, inúmeras foram as inovações cirúrgicas desenvolvidas, podendo-se considerar as intervenções por videolaparoscopia uma das mais importantes, uma vez que beneficiam os clientes e diminuem os custos hospitalares, podendo inclusive ser realizada de forma ambulatorial.

Estudos⁽²⁻⁵⁾ apontam vantagens na utilização desta técnica cirúrgica por ser menos traumática que as convencionais, diminuir o tempo de internação e o risco de infecção, melhorar o resultado estético para os clientes, permitir retorno mais rápido às atividades laborais e diminuir os custos hospitalares⁽⁶⁾ e, conseqüentemente, do sistema de saúde.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de operacionalização do primeiro mutirão de colecistectomia por

videolaparoscopia realizado num hospital de ensino de nível terciário do interior paulista devido à escassez de publicações acerca da temática.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter retrospectivo. O mutirão foi realizado num hospital público, geral e de grande porte, que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. É referência no SUS em âmbito municipal, estadual e nacional para o atendimento da demanda de média e alta complexidade. Sua área de atuação concentra-se basicamente no município onde está localizado, entretanto, ante a suas características, atende a pacientes de diversas cidades do estado de São Paulo e até mesmo de outros estados.

Participaram do mutirão 40 pacientes, os quais foram selecionados, previamente pela equipe médica, de uma lista de espera para cirurgia eletiva, sendo em seguida submetidos às consultas médicas e de enfermagem e à entrevista com uma assistente social, todas no mesmo dia. Receberam orientações detalhadas sobre o procedimento cirúrgico, os cuidados pré e pós-operatórios e também sobre os requisitos necessários para participarem desse procedimento, principalmente porque havia previsão de alta no mesmo dia.

Este evento foi realizado no final de semana, por não haver impeditivos operacionais relativos à utilização convencional do Centro Cirúrgico do hospital. Contou com a participação da equipe médica da Disciplina de Gastrocirurgia do referido hospital e de equipes voluntárias de diversos hospitais da cidade. Além disso, face ao número de pacientes atendidos no mesmo dia, houve a mobilização de diferentes equipes profissionais. Dentre os vários setores de enfermagem envolvidos, a Central de Material, o Centro

Cirúrgico, a Recuperação Anestésica, o Ambulatório e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tiveram participação ativa na operacionalização do procedimento.

O hospital não dispunha de um número de equipamentos de videolaparoscopia para atender o número de procedimentos cirúrgicos propostos e ao processo de esterilização em óxido de etileno, ou seja, havia seis laparoscópios disponíveis, sendo então optado pelo processo de desinfecção de alto nível, com a utilização de glutaraldeído a 2% durante trinta minutos e enxágüe com água estéril.

Os laparoscópios, segundo a classificação de artigos médico-hospitalares proposta por Spaulding⁽⁷⁾, são considerados artigos críticos, portanto recomenda-se que sejam submetidos à esterilização após cada uso. Estes equipamentos são passíveis de esterilização por métodos que utilizam baixas temperaturas, a exemplo do óxido de etileno. Apesar de existirem modelos mais modernos que podem ser submetidos a outros processos, ainda hoje predominam os modelos termossensíveis.

O custo elevado destes equipamentos faz com que eles sejam menos disponíveis na maioria das instituições hospitalares brasileiras. Alguns autores⁽⁸⁻⁹⁾ têm proposto e avaliado a desinfecção de alto nível como um tratamento alternativo e seguro.

RESULTADOS

A experiência do mutirão trouxe benefícios diretos aos pacientes que aguardavam uma lista de espera para realização de modo eletivo, e indiretos para as equipes médicas e de enfermagem, principalmente em relação à capacitação profissional. Assim, julgamos pertinente apresentar os resultados categorizados em três grandes grupos.

Aspectos relacionados aos procedimentos médicos

Todos os pacientes receberam na indução anestésica dois gramas de cefazolina por via endovenosa. A anti-sepsia do campo cirúrgico foi feita em dois tempos, o primeiro com PVP-I degermante 10% (1% de iodo ativo) e o segundo com PVP-I solução alcoólica 10% (1% iodo ativo). Dos 40 pacientes operados, 17 (42,5%) tinham idade entre 41 e 50 anos, 17 (42,5%) tinham outras comorbidades além da colecistite crônica calculosa. Em relação ao tempo cirúrgico, 25 (62,5%) procedimentos tiveram duração entre uma e duas horas, e não houve caso de evolução para laparotomia.

Aspectos relacionados aos pacientes

Todos os pacientes receberam alta hospitalar no mesmo dia do procedimento, retornando sete e 30 dias após a alta. Não foi identificado nenhum caso de infecção do sítio cirúrgico, considerando-se os critérios para diagnóstico de infecção hospitalar do Ministério da Saúde.⁽¹⁰⁾

Aspectos relacionados aos procedimentos de enfermagem

A equipe de enfermagem teve papel importante desde a entrevista pré-operatória, que informava o preparo para o dia da cirurgia, considerando que o paciente vinha de sua residência direto para o Centro Cirúrgico, até o momento da alta. Foi estabelecido um protocolo de avaliação das condições do paciente para ser utilizado durante o período transoperatório.

Para vivenciar esta experiência inovadora, a equipe de enfermagem participou de um programa educativo e de treinamento específico para o preparo dos laparoscópicos. Depois de se estruturar para atender com qualidade a demanda diferenciada exigida

pelo mutirão, as enfermeiras envolvidas consideraram importante a elaboração de um manual de orientação escrita, uma vez que o paciente receberia alta no mesmo dia. Especificamente na Central de Material, toda a equipe foi mobilizada para o treinamento de limpeza e desinfecção de alto nível dos equipamentos envolvidos no procedimento cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do panorama atual de saúde pública mundial, cabe aos profissionais de saúde e às instituições hospitalares buscar alternativas criativas, visando economia para a instituição e, conseqüentemente, ao próprio Sistema de Saúde, trazendo aos clientes opções rápidas e seguras de melhorarem seu estado de saúde.

Esta experiência evidenciou que é possível tornar ótimo o desempenho, ao mesmo tempo, da infra-estrutura hospitalar, dos equipamentos e dos recursos humanos, bem como capacitar tais profissionais. Para a enfermagem, trouxe aspectos positivos, uma vez que o manual desenvolvido para esse mutirão passou a ser adotado regularmente no Serviço de Recuperação Anestésica, pois foi avaliado como um elemento de apoio importante para a compreensão das orientações por parte dos pacientes. Possibilitou aos enfermeiros imprimir um caráter de aprendizado significativo à sua equipe em uma situação compartilhada com a prática.

O tratamento dispensado aos laparoscópicos foi fator preponderante para a realização de 40 cirurgias em dois dias, sendo que, se a opção fosse pelo processo de esterilização convencional, este número de procedimentos não teria sido alcançado. Além das inúmeras vantagens citadas, a integração entre as equipes médicas e de enfermagem pôde ser considerada uma importante contribuição para o sucesso

dessa nova estratégia, que passou a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde, em 1999, como alternativa para melhorar a resolutividade da demanda reprimida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 279 de 07 de abril de 1999. Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas. Diário Oficial da União, Brasília, 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0279.html>. Acesso em 25/08/2008.
2. Topal B, Peeters G, Verbepr A, Peninckx F. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: clinical pathway implementation is efficient and cost effective and increases hospital bed capacity. *Surgical Endoscopy* [serial on the internet]. 2007 jul [cited 2007 Abr. 16]; 21(7):[about 2 p.]. Available from: <http://www.springerlink.com/content/u747gj322774v771>
3. Nicolau AE, et al. Evolution of surgical treatment in the last 10 years: comparative study of surgical intervention performed between 1993-1995 versus between 2003-2005. *Chirurgia*. 2007;102(1):51-6.
4. Estuardo JP. Colecistectomia video-laparoscópica com 02 puentes: primer reporte em Guatemala. *Rev Guatemalteca Cir*. 1999;1(8):22-4.
5. Sidiqui K, Khan AF. Comparasion of frequency of wound infection: open vs laparoscopic cholecystectomy. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2006;189(3):21-4.
6. Victorzon M, Tolonen P, Vuorialho T. Day-case laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for selected patients? *Surg End*. 2007;21(1):70-3.

7. Favero MS, Bond WW. Sterilization, disinfection, and antisepsis in the hospital. In: Manual of clinical microbiology. Washington: American Society for Microbiology; 1991. p.183-200.

8. Rutala RA. APIC guideline for selection and use of disinfectants. Am J Infect Control. 1990;18(2):99-117.

9. Guimaraes SM, Busin L, Ludwig MLM, Maciel M, Feix MA, Hoefe HHK. Tratamento de materiais utilizados em laparoscopias. Rev Gaúcha Enf. 1996;17(1):19-25.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998: Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930. Diário Oficial da União, Brasília, 13 maio 1998.

AUTORIA

Silvia Rita Marin da Silva Canini

Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Paulo de Tarso de Oliveira e Castro

Médico da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

José Sebastião dos Santos

Médico. Professor Doutor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Ana Maria Laus

Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Ribeirão Preto (SP) - CEP: 14040-902

Telefone Comercial: 3602-3433 e Residencial: 3633-1140

E-mail: analaus@eerp.usp.br

BIODINÂMICA É ASSIM QUE SE FAZ

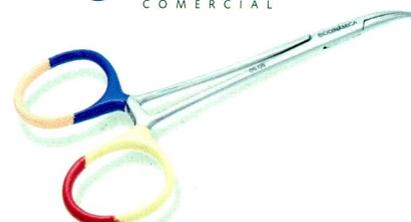
comercialização de produtos para saúde, manutenção,
codificação e gravação eletroquímica em instrumental cirúrgico



humana.pps

Através de uma equipe altamente capacitada, a Biodinâmica se destaca na forma de comercializar produtos e prestar serviços para saúde, suprimindo a mais vasta necessidade do mercado. Entre em contato: (11) 5044-4460 www.biodinamicacomercial.com.br

BIODINÂMICA
COMERCIAL



Pioneira por vocação, líder por competência

Cauzioneh Plus

O bem-estar dos seus pacientes depende do seu.

LANÇAMENTO



em conformidade com a **NR 32 e RDC 185**

CONFORTO

Muito leve e flexível, possui design ergonômico e semi-esferas massageadoras.

SEGURANÇA

Pé e calcanhar protegidos, peito do pé liso para fácil limpeza e desinfecção e solado anti-derrapante.

**PRODUTO
CADASTRADO
NA ANVISA**

RESISTÊNCIA

Térmica, química e mecânica.



Termodesinfetadora Steelco



Lavadora Ultra-Sônica

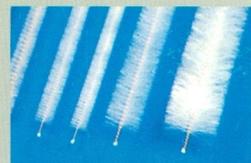


Detergentes Enzimáticos



Propur - Purificador de Água por Osmose Reversa

Pistola de Limpeza



Escovas Proclean

Conheça o completo sistema de limpeza e conservação Labnews e saiba como podemos auxiliá-lo com produtos de qualidade, excelente custo-benefício e assistência técnica especializada e permanente.



Tel: (11) 3275.1166
www.grupoldm.com.br

Labnews



Todo o cuidado para você ter toda segurança