

SOBECC

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

NACIONAL

EDUCAÇÃO

Situações favoráveis para as relações interpessoais da Enfermagem em Centro Cirúrgico

HUMANIZAÇÃO

A diferença entre cuidado e não-cuidado no transoperatório

ASSISTÊNCIA

Posicionamento: como minimizar riscos e lesões no intraoperatório

E mais:

Edital da Prova de Título de Especialista e Revalidação

9º Congresso da Sobecc
- 17 a 21 de julho -
Inscreva-se já com desconto

HUMANIZAÇÃO

Crianças no Centro Cirúrgico Oncológico: conheça as condutas no HC-I/Inca



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 Feraz 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 Marcelo de Andrade • **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. 64 • Liberdade (Metrô Vergueiro) • CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3205-1401 / 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, à *International Federation Perioperative Nurses* (IFPN) desde 1999 e ao WFHSS, Fórum Mundial de Esterilização desde 2008. Além disso, mantém parceria constante com a *Association Operating Room Nurses* (AORN).

4...
EDITORIAL

5...
ACONTECE

8...
AGENDA

11...
TÍTULO DE ESPECIALISTA

14...
CONGRESSO 2009

20...
ESTERILIZAÇÃO

ANVISA proíbe esterilização química por imersão em artigos médicos-hospitalares invasivos

22...
ARTIGO ORIGINAL – EDUCAÇÃO

Relações interpessoais da equipe de Enfermagem em Centro Cirúrgico

30...
ARTIGO ORIGINAL – HUMANIZAÇÃO

Humanização da assistência à criança em Centro Cirúrgico Oncológico

42...
ARTIGO ORIGINAL – HUMANIZAÇÃO

Conhecimento e promoção de assistência humanizada no Centro Cirúrgico

51...
ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA

Posicionamento cirúrgico e as complicações transoperatórias: recomendações de cuidados intraoperatórios

62...
NORMAS DE PUBLICAÇÃO PARA A REVISTA SOBECC

ISSN 14144425

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

Revista SOBECC divulga a produção científica para fortalecer a Enfermagem



Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti

Estamos iniciando mais um ano de muitas realizações. No campo editorial, vale lembrar que a Revista SOBECC completa, em 2009, 13 anos de veiculação. Todo o esforço de consolidação empreendido durante esses anos tem como finalidade contribuir para a divulgação da produção científica nas Áreas de Centro Cirúrgico (CC), Recuperação Anestésica (RPA) e Centro de Material e Esterilização (CME).

Essa preocupação da SOBECC com a construção de instrumentos úteis para a prática, as questões e aspectos relacionados ao ensino e as relações da Enfermagem com a equipe multiprofissional faz parte de nossa atuação institucional. Também faz parte desse escopo estimular as reflexões teóricas que possibilitam reexaminar a prática da assistência no

Bloco Operatório, que compreende cuidados tão específicos. E a Revista Sobecc tem sido o principal canal para disseminação das boas práticas.

Ao longo desses anos, nosso título se posicionou como uma das principais referências para a produção científica nessas três áreas de atuação dos enfermeiros. Seu conteúdo reúne artigos e textos sobre comportamento, controle de infecção, assistência, qualidade, esterilização, carreira, recursos humanos, informatização, educação, gestão de pessoas, planejamento, analgesia, relações interpessoais da equipe de Enfermagem, segurança ocupacional, educação continuada, conhecimento e promoção de assistência humanizada, humanização da assistência à criança, posicionamento e complicações no transoperatório.

Cabe destacar ainda a existência de um Conselho Editorial formado por pesquisadores titulados, predominantemente enfermeiros, a indexação em reconhecidas bases de dados, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Cuiden (dados de Enfermagem em espanhol) e, desde dezembro de 2007, na Cinahl Information Systems; e a manutenção da periodicidade (atualmente quatro exemplares ao ano). Neste sentido convidamos os profissionais de Enfermagem de CC, RPA e CME, tanto do ensino como da assistência, a estimularem a produção científica, favorecendo a troca de experiência nas três áreas, fazendo-a crescer como disciplina e contribuindo com a divulgação das informações.

Em resumo, nosso desejo, é que você continue a somar nessa construção. Seja qual for a sua contribuição, sua participação faz a diferença. Para reforçar nosso caminhar, convidamos todos a participar do evento mais importante na área da Enfermagem do Bloco Operatório no País, o 9º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Seja um profissional bem preparado, atualizado e consciente do seu papel de cuidar para, assim, restabelecer o paciente cirúrgico.



Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite

RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

INTERPERSONAL RELATIONS OF THE NURSING TEAM AT SURGERY CENTER

RELACIONES INTERPERSONALES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Eliana Mara Braga • Heloisa Wey Berti • Amanda C.M.C.R. Risso • Maria Júlia Paes da Silva

Resumo - Este estudo objetivou identificar situações positivas e/ou negativas nos relacionamentos interpessoais em Centro Cirúrgico, além de proporcionar espaços de discussão para o desenvolvimento da competência interpessoal nessa equipe. A técnica de grupo focal foi utilizada na coleta de dados. Para a análise dos dados recorremos ao Método de Análise de Conteúdo e o referencial teórico da Comunicação Interpessoal fundamentou a interpretação dos discursos. Nos resultados que emergiram, o diálogo e o sentir-se valorizado apareceram como situações positivas, enquanto a falta de diálogo, a falta de sentimento de equipe, a falta de cuidado com economia de material, manutenção de equipamentos e o desconhecimento das normas e procedimentos do Centro Cirúrgico foram citados como situações negativas e fonte de conflitos nas relações. Concluímos entendendo que as propostas do grupo devem ser incentivadas pela equipe gestora para que estes se sintam parte do processo de desenvolvimento qualificado da assistência de Enfermagem no setor.

Palavras-chave - comunicação interpessoal, Enfermagem, Centro Cirúrgico, trabalho em equipe.

Abstract - The aim of this study was to identify positive or negative situations in the interpersonal relations at Surgery Center, besides providing opportunity of discussions for this team's interpersonal development. The focal group technique

was used in the data collection. For data analysis, the Content Analysis Method was used, and speeches interpretation had the Interpersonal Communication theoretical reference as basis. The results showed that dialogue and feeling valued are positive situations, while lack of dialogue, team sense, carelessness about material economy, equipment maintenance and the ignorance of surgery center rules and procedures are related as negative situations and conflicting aspects in relations. It was possible to conclude that the group's proposals should be motivated by the managing team, so these individuals feel they are part of the qualified development process of nursing assistance in the unit.

Key words - interpersonal communication, Nursing, Surgery Center, team work

Resumen - Este estudio tuvo como objetivo identificar situaciones positivas o negativas en las relaciones interpersonales en el Bloque Quirúrgico, además de proporcionar espacios de discusión para el desarrollo de la competencia interpersonal en ese equipo. La técnica de grupo focal fue utilizada en la recolección de datos. Para el análisis de los datos recurrimos al Método de Análisis de Contenido y el referencial teórico de la Comunicación Interpersonal fundamentó la interpretación de los discursos. En los resultados que emergieron, el diálogo y el sentirse valorado aparecieron como situaciones positivas, mientras que la

falta de diálogo, la falta de sentimiento de equipo, la falta de cuidado con economía de material, el mantenimiento de equipo y el desconocimiento de las normas y procedimientos del el Bloque Quirúrgico son citados como situaciones negativas y fuente de conflictos en las relaciones. Concluimos entendiendo que las propuestas del grupo deben ser incentivadas por el equipo gestor para que estos se sientan parte del proceso de desarrollo calificado de la asistencia de Enfermería en el sector.

Palabras-clave - comunicación interpersonal, Enfermería, el Bloque Quirúrgico, trabajo en equipo.

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo de natureza complexa e multidisciplinar que se constitui em numerosos aglomerados de comportamentos que afetam, cotidianamente, nossas comunicações com os outros.⁽¹⁾

Pela comunicação, as pessoas se relacionam, compartilhando experiências, ideias e sentimentos e, ao se relacionarem, influenciam-se, modificando a realidade em que estão inseridas.⁽²⁾

A comunicação interpessoal, entendida como a comunicação verbal e a não-verbal, propicia modos de compreender o outro e de se fazer compreendido por ele.⁽³⁾

As relações interpessoais são sempre marcadas por interferências ou reações voluntárias e/ou involuntárias, intencionais ou não e compreendem o processo de interação humana em que uma pessoa não fica indiferente na presença de outra.⁽⁴⁾

Em uma situação interacional, todo comportamento tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação, além disso, toda a comunicação reflete um compromisso, pois transmite uma informação e impõe um comportamento.⁽⁵⁾

Sabe-se que um grupo se constrói através da organização sistematizada de encaminhamentos e intervenções, no espaço das diferenças entre cada participante, com ação exigente e rigorosa e no trabalho de reflexão de cada participante. Também se constrói na cumplicidade do riso, da raiva, do choro, do medo, do ódio, da felicidade e do prazer.⁽⁶⁾

Uma boa interação profissional e uma definição clara de papéis facilita a comunicação entre profissionais de saúde. Portanto, a comunicação é competente quando é um processo interpessoal, que atinge o objetivo dos comunicadores, pressupõe conhecimentos básicos de comunicação, há consciência do verbal e do não-verbal nas interações, atua com clareza e objetividade, além de promover o autoconhecimento.⁽⁷⁾

Para o amadurecimento de um grupo é importante que se leve em consideração as fases de integração pelas quais todos os membros passam:

- **fase individualista:** é fase da autoafirmação, do conhecimento das necessidades fundamentais e do engajamento da pessoa para ser aceita dentro do grupo. É uma fase funcional. Nessa, existe a busca pela aceitação mútua;

- **fase de identificação:** é a fase na qual são formados os subgrupos em busca de parcerias, os iguais se juntam para maior segurança;

- **fase de integração:** é quando todos percebem que foram aceitos. Nessa fase, as divergências de opiniões não são vistas como conflitos ou tensão, mas como complementaridade entre os membros na busca de soluções para os problemas. A ausência dessa etapa pode gerar negligência no grupo, fazendo com que as pessoas se fechem e se isolem do contato com todos.⁽⁸⁾

Ainda, em relação a grupos, não se pode esquecer de que todos os seus membros possuem necessidades interpessoais, que devem ser respeitadas:

- **necessidade de inclusão:** sentir-se aceito, integrado, valorizado dentro do grupo;

- **necessidade de controle:** sentir-se responsável pelo que constitui o grupo;

- **necessidade de afeição:** desejo de aceitação, ser valorizado pelo grupo.^(1,3)

Os grupos sofrem influências nos planos individual, interpessoal e situacional. No plano individual, as reações acontecem em função de motivações, sentimentos, crenças, valores, normas interiorizadas, atitudes, habilidades específicas e capacidade de julgamento. No plano interpessoal influem as emoções do grupo, o sistema de interação, as normas existentes e a cultura do grupo; e no plano situacional exercem influência o contexto físico e social, o contexto cultural, o sistema contratado de relações e o tempo.⁽⁴⁾

O trabalho em equipe só terá expressão verdadeira se e quando os membros de

um grupo desenvolverem sua competência interpessoal, ou seja, desenvolverem a habilidade de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e de acordo com as exigências da situação.⁽⁴⁾

O enfermeiro utiliza sua competência em comunicação para efetivar o relacionamento com as pessoas das várias equipes existentes nas instituições de saúde, com os pacientes e as suas famílias.⁽⁹⁾

Pode-se perceber a importância da comunicação para o desenvolvimento do trabalho em equipe, pois dela depende a forma como abordar os membros para que o trabalho transcorra de forma produtiva e eficaz. Também se verifica que o processo de interação humana é complexo e ocorre permanentemente entre as pessoas, sob forma de comportamentos manifestos e não-manifestos, ou seja, comportamentos verbais e não-verbais.

A experiência prática vivenciada em Unidades de Centro Cirúrgico nos faz perceber que a qualidade da assistência ao paciente depende diretamente da capacidade de comunicação dos indivíduos e das relações interpessoais entre as equipes que aí atuam. Portanto, uma comunicação adequada e/ou inadequada pode ser geradora de situações de crescimento ou não, em situações cotidianas nestas unidades.

Diante do exposto, temos como finalidade, nesse estudo, proporcionar espaços de discussão que abordem a comunicação interpessoal e sua dinâmica na equipe de Enfermagem de uma Unidade de Centro Cirúrgico.

OBJETIVOS

- identificar situações favoráveis e/ou desfavoráveis que interferem nos rela-

cionamentos interpessoais em Centro Cirúrgico;

- proporcionar espaços de discussão que apontem projetos para o desenvolvimento da competência interpessoal da equipe de Enfermagem de uma unidade de Centro Cirúrgico.

MÉTODO

Este é um estudo exploratório, transversal e qualitativo, no qual foi utilizada a técnica de grupo focal para a coleta de dados.

Grupo focal é um grupo de discussão informal, de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo e em profundidade, revelando as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão. Parte-se do pressuposto de que a atividade grupal resulta em maior diversidade e profundidade de respostas, ou seja, mais informações com maior riqueza de detalhes. A discussão ocorre por um período de aproximadamente duas horas, conduzida por um moderador, que é o idealizador do estudo, com a presença de dois observadores externos, em local com certo grau de privacidade. O registro das discussões é realizado por escrito pelos observadores e também por meio de gravação.⁽¹⁰⁾

Nesse estudo foram seguidas as seguintes etapas:

- Formação de um grupo com 12 componentes, pertencentes à equipe de Enfermagem da Unidade de Centro Cirúrgico que atenderam ao convite para participar deste trabalho, embora todos tenham sido convidados.
- Foram realizadas duas seções de discussão com o grupo selecionado, tendo como base de discussão o referencial te-

órico da comunicação interpessoal:⁽³⁾

Primeira seção: apresentação dos participantes do grupo e dos objetivos do estudo, esclarecimentos sobre a dinâmica da reunião e início da discussão, quando o grupo foi estimulado a falar sobre suas experiências com o relacionamento interpessoal na Unidade de Centro Cirúrgico. Apesar de 12 pessoas terem concordado em participar do grupo, somente oito membros dessa equipe compareceram, sendo um enfermeiro e sete técnicos de Enfermagem, além do moderador e de dois observadores.

Segunda seção: apresentação da dinâmica do trabalho pelo moderador, seguida de discussão, quando o grupo foi novamente estimulado a falar sobre os aspectos do relacionamento interpessoal na sua prática diária e também houve a oportunidade para apresentação de sugestões para projetos que pudessem melhorar a busca da competência nas relações interpessoais na unidade de trabalho.

Em cada seção todas as discussões foram gravadas, posteriormente transcritas e registradas em relatório.

Encerradas essas etapas do estudo, moderador e observadores reuniram-se para a conferência das semelhanças e diferenças, a fim de que, mediante essa revisão, pudessem chegar a um consenso. Após essa fase da pesquisa, iniciou-se a análise dos dados quando, depois da leitura flutuante de todo o material, foram identificadas as categorias temáticas que emergiram deste estudo.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

- Encaminhamento do projeto aos responsáveis pela equipe de Enfermagem da Unidade de Centro Cirúrgico e pelo

Hospital das Clínicas da Unesp-Botucatu, obtendo-se autorização para o desenvolvimento do estudo;

- encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, autorizado em 15/04/2005 (Of.90/2005);
- obtenção de consentimento dos participantes do grupo focal, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE DE DADOS

Para a organização e análise dos dados, recorreremos ao Método de Análise de Conteúdo. O referencial teórico da Comunicação Interpessoal foi utilizado para fundamentar a interpretação dos discursos.

A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.⁽¹¹⁾

Esse método de análise trabalha as palavras e suas significações, procurando conhecer o que está por trás das palavras analisadas.

A técnica é constituída por três fases: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial.

Quanto aos referenciais teóricos, utilizamos a comunicação interpessoal, mais especificamente a forma de comunicação verbal, a qual é associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. Quando interagimos

verbalmente com alguém, estamos tentando nos expressar transmitindo, clarificando ou validando a compreensão de algo.⁽³⁾

No tratamento dos resultados obtidos, na inferência e na interpretação, os dados são desvelados, a fim de que sejam significativos e válidos. Portanto, nessa fase, tendo à disposição os dados, apreendemos as situações apontadas como favoráveis e/ou desfavoráveis que interferem nas relações interpessoais da equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico.

Emergiram dos discursos relatos de situações favoráveis e desfavoráveis vivenciadas no dia-a-dia, que geraram categorias temáticas, apresentadas a seguir:

SITUAÇÕES FAVORÁVEIS

Diálogo

Podemos perceber nas falas dos sujeitos da pesquisa que esses precisam ser ouvidos nas suas dificuldades, para que as mensagens estejam claras, possam ser validadas e, principalmente, possam ser compreendidas.

“Uma experiência que melhora as relações é a realização de reuniões periódicas, nas quais os funcionários podem expor seus problemas, suas dificuldades, discutir entre si, evitando fofocas e mal entendidos” (E-1).

O Centro Cirúrgico é uma unidade de alta complexidade e tecnologia, onde são executados procedimentos invasivos, evidenciando a importância de ouvir, olhar, estar atento, ser presente. Isto requer o desenvolvimento de atividades com a equipe de Enfermagem que favoreçam o convívio harmonioso, o que certamente terá efeitos sobre a assistência.⁽¹²⁾

Foi apontado como aspecto favorável a possibilidade de uma boa inter-relação entre todos os funcionários do Centro Cirúrgico:

“A troca de ideias entre os colegas com pontos de vista diferentes”(E-1) “... grande número de funcionários em três turnos de trabalho; quando há diálogo, tem melhora do serviço...”(E-6).

As relações interpessoais são movidas por necessidades de inclusão, controle e afeição, pelo processo de percepção que se estabelece nas interações (como eu me apresento ao outro), como os interlocutores se percebem e se compreendem, ou seja, como acontecem a atração ou a rejeição e, finalmente, o conflito social que pode resultar da comunicação interpessoal.⁽¹⁾

Sentir-se valorizado

O reconhecimento do trabalho aparece com destaque positivo nas discussões:

“É importante pensar no contexto, valorizar as pessoas que colaboram, que entendem a necessidade do serviço...”(E-5),

“... presenciei a equipe de Centro Cirúrgico fazer um manifesto, por escrito, elogiando a equipe do encaminhamento de pacientes, principalmente no encaminhamento das crianças... eu achei também muito bom ter a oportunidade de escolher três colegas, por sugestão da chefia, que cumprem seu trabalho com compromisso, que colaboram com colegas. Após a escolha, as fotos dos funcionários foram expostas e eu senti muito orgulho deles, achei que eles mereciam estar ali. Até a equipe médica fez comentários positivos sobre esta iniciativa” (E-1).

“Temos colegas que cuidam uns dos outros e cuidam também do nosso setor e são

reconhecidos por nós. Muitas mudanças no Centro Cirúrgico aconteceram a partir de ideias criativas do nosso próprio grupo, por exemplo: organização das caixas de luvas, organização da PAM (Pressão Arterial Média), das máscaras de ventilação, caixas para seringas, pasta de impressos na sala, kits de materiais, aumento dos baldes de lixo, reforma do expurgo...”(E-1).

A falta de reconhecimento sentida pela equipe foi citada como fator gerador de estresse em estudo realizado na Unidade de Centro Cirúrgico.⁽¹³⁾

O grupo demonstrou-se orgulhoso quando teve a oportunidade de tomar iniciativa, de criar e ser reconhecido por seus méritos.

Verifica-se nestas falas a importância de se considerar as necessidades interpessoais de inclusão, aceitação e de controle que fazem parte do dia-a-dia dos membros integrantes de um grupo.^(1,3)

Nem sempre as lideranças ou os gerentes dos serviços de saúde se dão conta de que o cuidado envolve o cuidar dos clientes, mas também da equipe que cuida. É preciso que seja transmitida a mensagem de que estamos cuidando. Isso, entretanto, passa pela decodificação da coerência entre o que nós falamos e a maneira como agimos com as pessoas e nas diferentes situações.⁽¹⁴⁾

SITUAÇÕES DESFAVORÁVEIS

Falta de diálogo

Ao citarem a falta de diálogo como uma dificuldade, os sujeitos do estudo indicam os conflitos existentes por não se sentirem ouvidos.

“Percebe-se que, quando as sugestões ou ideias são de funcionários, há uma

resistência por parte da chefia. Temos ideias antigas que são boas, mas que não foram para frente e as mudanças que aconteceram foram para pior..., algumas mudanças são implantadas sem ouvir as partes envolvidas, ou seja, os funcionários dos três turnos. Novas situações são apresentadas, sem que os envolvidos tenham tempo para refletir, discutir e até mesmo ter um treinamento para adaptação” (E-7).

“As pessoas sentem-se desvalorizadas em suas reivindicações... Eu já enjoiei de falar, de solicitar folgas de acordo com as necessidades de cada um, pois estas situações interferem na nossa vida pessoal. Percebe-se muitas diferenças na escala do Centro Cirúrgico, muitas coisas para uns e poucas para outros...” (E-7).

“Alguns funcionários não se relacionam com outros, ficam nas panelinhas e prejudicam o andamento do trabalho, inclusive com uma passagem de plantão inadequada, e os colegas não relatam aos superiores para não se exporem” (E-4).

No Centro Cirúrgico, os conflitos fazem parte do cotidiano da equipe de Enfermagem e acontecem tanto por ações ativas, que são aquelas em que se faz ou se impede algo, como por ações passivas, permitindo ou omitindo-se. Observa-se que, por mais que essas unidades estejam desenvolvidas, não garantirão a satisfação dos profissionais enquanto não houver condições que possibilitem um diálogo de todos e com todos.⁽¹⁵⁾

Ademais, situações de injustiças como as que foram aqui relatadas, de tratamento desigual e discriminatório, promovem relações não dialógicas, dado o caráter autoritário do relacionamento

entre chefes e subordinados. Tais situações levam os membros da equipe a procederem em estrito cumprimento de ordens e normas estabelecidas, alienando-se do trabalho e do relacionamento interpessoal. É fato conhecido que o desequilíbrio na distribuição de tarefas, de folgas e de benefícios gera dificuldades para a formação do coletivo, ao mesmo tempo em que facilita os agrupamentos corporativistas, a competição espúria e as atitudes individualistas.⁽¹⁶⁾

Falta de sentimento de equipe

“O sentido que as pessoas dão ao seu trabalho determina o relacionamento cotidiano. Ter consciência de que existe uma equipe de trabalho e que as conquistas e fracassos são de todos os componentes” (E-5).

“Eu vejo uma coisa muito, muito, muito ruim... há muito tempo as coisas eram diferentes. Hoje, eu sinto assim, dentro do Centro Cirúrgico, dentro do corredor do Centro Cirúrgico, uma gritaria, não há respeito com colegas, cada pessoa fala o que quer, faz o que quer... umas coisas que envergonham a Enfermagem e isso me afeta muito. Eu tenho que ficar ouvindo gargalhadas no corredor... se uma pessoa quer dar um recado, ela grita para o colega lá do fundo do corredor... fulano pega isso para mim e o paciente passando por este corredor acordado, escutando tudo. Eu acho que ele fica apavorado neste meio” (E-1).

“Temos uma sequência pré-determinada de atividades e é muito ruim quando outro membro da equipe interfere em uma função que é minha, pois me atrapalha, me desorganiza...” (E-6).

“Sempre sabemos quem vai colaborar na transferência de pacientes da mesa cirúrgica para a maca, pois conhecemos nossos colegas, os que ajudam e os para os quais não adianta nem pedir ajuda...” (E-6).

“... alguns funcionários não se adaptam à equipe e boicotam, burlam o sistema de trabalho, por exemplo, escondem o controle do ar condicionado só para atrapalhar... são pessoas que criam situações que perturbam o andamento da unidade, eu até gostaria de mudar de setor por isso” (E-4).

“Somos um grupo integrado, mas em alguns momentos e, especialmente, na recuperação anestésica, com a interferência ruim de algum colega, às vezes, até brigamos na frente dos pacientes, tal a situação de estresse em que nos encontramos. É o pior é que o paciente, mesmo anestesiado, percebe esta situação, por mais que eu me esforce, não consigo esconder que estou estressada” (E-4).

Em estudo realizado sobre o tema, os sujeitos apontam a falta de compromisso e de colaboração como geradora de estresse e conflitos diversos; são discussões, disputas de poder, brincadeiras inoportunas e descaso, indicando desrespeito, tanto ao paciente, quanto à equipe.⁽¹³⁾

Há uma tendência de culpabilização do funcionário, sem que se analise, com maior profundidade, a participação da instituição e da organização do trabalho na geração dos conflitos e das situações estressantes, mesmo considerando o Centro Cirúrgico como local de convívio cotidiano com situações de tensões, conflitos e angústias. Se não houver preocupação com o desenvolvimento coletivo, será difícil para o profissional de Enfermagem dar sentido ao seu trabalho, porque é o coletivo que possibilita o encontro consigo mesmo e com o outro. No coletivo, os indivíduos passam a se perceber mais do que meros executores de tarefas, podendo resgatar a dimensão afetiva do trabalho.

Falta de cuidado com economia de ma-

terial e manutenção de equipamentos

Os recortes de discursos a seguir apresentados evidenciam uma fragmentação da equipe, denotando afastamento de compromissos com a equipe e com o próprio processo de trabalho.

“Antes um colega ajudava o outro na reposição deste material, atualmente aumentou o gasto material para a substituição, porque os outros funcionários não se sentem responsáveis por este controle”, “... as relações ficam péssimas neste ambiente, os funcionários querem ter material reservado para ter um estoque que não lhes cause transtornos”(E-7).

“Falta de equipamentos e manutenção inadequada geram dificuldades de relacionamento...Essas dificuldades atingem funcionários, enfermeiros, serviço de manutenção e até a diretoria”(E-4).

“Têm pessoas que falam que está quebrado, com defeito, para não usar e somem com equipamento da unidade”(E-4).

Equipamentos e materiais que não funcionam adequadamente, ou que não estão disponíveis em quantidade suficiente, uso de produtos e artigos impróprios ou ruins e falta de material e equipamentos são comprovadamente fontes de conflito entre a equipe de Enfermagem.⁽¹³⁾

A precariedade e a falta de equipamentos no Centro Cirúrgico acontecem de modo cotidiano, variando desde os mais simples até os mais complexos e essa situação gera insatisfação à equipe de modo geral.⁽¹⁶⁾

Da análise dos discursos apreende-se que os participantes do grupo expressam ter uma compreensão dos aspectos que garantem uma atuação segura, proporcionada pela adequação dos recursos

materiais necessários para a assistência. São apontadas deficiências e inadequações, tanto de materiais quanto de comportamentos individuais que acabam por tornar o trabalho penoso e muito sofrido, comprometendo a relação interpessoal.

Desconhecimento das normas e procedimentos do Centro Cirúrgico

Nesta categoria, observam-se discursos que apontam comunicação inadequada entre o Centro Cirúrgico e a Central de Material e Esterilização, por desconhecimento da rotina diária dos serviços.

“Todos os funcionários da Central de Material Esterilizado deveriam conhecer o Centro Cirúrgico, ou seja, conhecer os procedimentos dos setores, porque muitos não entendem, por telefone, a necessidade de urgência de determinado material. Com a mudança física que separou esses dois setores, piorou muito o trabalho, pois os funcionários não estão preparados para responder de imediato aos pedidos dos colegas do Centro Cirúrgico”(E-1).

“Algumas enfermeiras não têm ideia de como um Centro Cirúrgico funciona. São várias salas cirúrgicas solicitando material e apenas um funcionário para atender, o que causa conflitos entre os próprios colegas, pois cada um quer ver seu pedido atendido”(E-7).

“Os funcionários entendem que o enfermeiro deve ser responsável por priorizar estas demandas, já que o circulante de sala sofre pressão do cirurgião para que seu pedido seja atendido”(E-2).

“Os funcionários da CME precisam saber o que é urgência e o que não é urgência de acordo com as condições do paciente e não de acordo com interesses pessoais, como, por exemplo, querer agradar o

cirurgião ou não gerar conflitos na sala de cirurgia”(E-6).

“Normas e regulamentos pré-determinados devem ser seguidos para o bom relacionamento. Regras são necessárias. Planejamento e organização que não são seguidos causam transtornos, pois quando os materiais não são encontrados acontecem atrasos desnecessários. Existe uma resistência para seguir as normatizações, o que tem causado desentendimentos entre colegas”(E-5).

Encontramos estudos abordando que a comunicação inadequada da equipe do Centro Cirúrgico com outras unidades interfere na dinâmica de funcionamento do setor em questão.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ Acreditamos na necessidade de melhor organização funcional, mas também no comprometimento da equipe com a busca de conhecimento, proporcionando um cuidado com segurança e qualidade para os envolvidos no processo cirúrgico e consequente redução de conflitos.

PROPOSTAS DE PROJETOS QUE SENSIBILIZEM O GRUPO PARA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES EM COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Após ampla discussão sobre as necessidades interpessoais da equipe de Enfermagem e seu trabalho na Unidade de Centro Cirúrgico, o grupo apontou projetos e serem desenvolvidos para implementar a qualidade das relações interpessoais e, consequentemente, a qualidade do cuidado prestado nesta unidade:

- planejamento do acompanhamento individualizado para a criança, o jovem, o adulto e o idoso em momento cirúrgico, desde o encaminhamento da unidade de internação até a alta do setor de Centro Cirúrgico;

- uso efetivo da sala de pré-anestesia com funcionários capacitados/treinados para tal, com privacidade e ambiente adequado para a situação vivenciada pelo paciente;
- reavaliação da rotina de atividades da equipe de Enfermagem, por meio de capacitação contínua, treinamento e dinâmicas de grupo, de acordo com as necessidades do serviço, ouvindo o grupo;
- inter-relacionamento efetivo entre a Central de Material e Esterilização e o Centro Cirúrgico, por meio da realização de reuniões integradoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nos possibilitou perceber que o grupo de Enfermagem que atua no Centro Cirúrgico deste hospital possui ampla experiência da prática cotidiana e vem buscando sua integração. Os membros desta equipe apontam situações favoráveis como o diálogo e o reconhecimento do seu trabalho, ressaltando que o grande número de funcionários no setor lhes confere oportunidade para manifestar opiniões sobre as mais diversas situações.

Ao mesmo tempo em que, por não se sentirem ouvidos, sofrerem injustiças, não contarem com materiais e equipamentos adequados para a assistência, parecem perder o sentido do trabalho em equipe e seu comprometimento com as atividades desenvolvidas.

Sabe-se que uma definição clara de papéis facilita a comunicação entre profissionais e que esta comunicação será competente se for um processo interpessoal, que atinge o objetivo das pessoas.

Destaca-se, neste estudo, a importância

de ouvir o outro e de lidar com os membros da equipe, de acordo com suas necessidades, considerando que os grupos recebem influências individuais, por suas crenças e valores; sofrem influências interpessoais, por meio das emoções do grupo e das normas existentes e, especialmente, no ambiente de Centro Cirúrgico a influência do ambiente físico no processo de interação.

Concluímos entendendo que as propostas feitas pelo grupo devam ser incentivadas pela equipe gestora para que estes se sintam parte do processo de desenvolvimento qualificado da assistência de Enfermagem no setor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
2. Bordenave JED. O que é comunicação. São Paulo: Brasiliense; 2004.
3. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.
4. Moscovici F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento. 9ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2004.
5. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana. 21ª ed. São Paulo: Cultrix; 2004.
6. Amaru AC. Gerência de trabalho em equipe. São Paulo: Pioneira; 1986.
7. Braga EM, Sangiuliano LA, Silva MVG, Silva MJP. A comunicação em grupo entre profissionais de saúde. Rev Nursing 2004;73(7):36-41.
8. Mailhiot GB. Dinâmica e gênese dos grupos. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1973.
9. Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadoras. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. Barueri: Manole; 2005.
10. Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzales RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Palotti; 2001.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.
12. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2004 set/dez. [citado 2007 out. 30]; 6(3):400-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/index.html
13. Caregnato RCA, Lauter L. Situações geradoras de estresse na equipe multiprofissional na sala cirúrgica. Rev SOBECC. 2003;8(3):11-6.
14. Silva MJP. Cuidando com qualidade, consciência e confiança: reflexões teóricas. Rev Paul Enferm. 2002;2(1):5-11.
15. Duarte LEMN, Lautert L. Conflitos e dilemas de enfermeiros que trabalham em centros cirúrgicos de hospitais macro-regionais. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(2):209-18.
16. Clot Y. La fonction psychologique du travail. Paris: PUF; 1999. Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros de um Centro Cirúrgico. Texto Contexto Enferm. 2006;15

AUTORIA

Eliana Mara Braga

Professora doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp). Membro do Grupo de Pesquisa e Ensino em Comunicação e Enfermagem - Cnpq- Eeusp-SP.

Heloisa Wey Berti

Professora doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).

Amanda C.M.C.R. Riso

Enfermeira do Hospital das Clínicas de Botucatu (Unesp). Pós-graduanda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - mestrado profissional.

Maria Júlia Paes da Silva

Professora doutora. Titular do Departamento de Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP (Eeusp-SP).

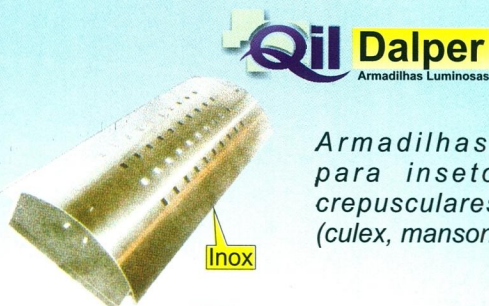
Lavadora Ultrassônica de canulados Jet



O sistema ultrassom de limpeza é considerado um dos mais eficientes métodos de higienização da atualidade. O ultrassom causa vibração microscópica que atua como milhões de explosões que deslocam a sujidade dos artigos. O sistema é conhecido como cavitação.

Características

- A lavadora ultrassônica de canulados/Jet tem como característica principal a lavagem de materiais canulados e instrumentais.
- Painel digital especial (Impermeável) com microcontroladores.
- Cuba de 20, 30 e 50 litros;
- Tampa de vidro temperado para melhor visualização do ciclo de limpeza com novo sistema de segurança;
- De 1 a 3 bombas com 04 a 12 válvulas com adaptadores;
- Entrada automática de água;
- Novo comando microprocessado, possibilitando diversas programações;
- EXCLUSIVO SISTEMA PATENTEADO DE FLUXO BIDIRECIONAL;
- ISO 13485
- Registro na ANVISA



Qil Dalper
Armadilhas Luminosas

Armadilhas Luminosas para insetos voadores crepusculares e noturnos (culex, mansonina e anopheles).



O único calçado em termoplástico certificados pelo IPT nº 0977/2008 CA nº 20.841

Atende as normas NR32, totalmente fechado.

Cores disponíveis



Certificado por:



Consulte os nossos sites
www.qddistribuidora.com.br - (11) 5084-3038
www.igmed.com.br - (51) 3024-2626

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO*

HUMANIZATION OF THE ASSISTANCE TO THE CHILD IN THE SURGICAL CENTER ONCOLOGY

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NIÑO EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO

Damiana Cosmea da Silva • Naluzia de Fátima Meirelles

Resumo – Este artigo apresenta o processo de sistematização de condutas para a assistência de Enfermagem à criança no Centro Cirúrgico, desenvolvido no Hospital do Câncer I, do Instituto Nacional do Câncer (Inca), no RJ. Para uma assistência de Enfermagem humanizada, com a amenização de traumas, melhor aceitação dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e maior interação com a clientela infantil, os enfermeiros do Centro Cirúrgico empregam estratégias, entre elas a permanência do familiar junto à criança dentro do Centro Cirúrgico e a utilização dos brinquedos, como terapia para expressarem seus sentimentos brincando, e para estabelecer um elo e confiança junto aos profissionais. As autoras descrevem as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no Centro Cirúrgico voltadas para o cliente pediátrico e abordam a importância do espaço lúdico como cenário do processo de humanização. As inovações no processo de trabalho das enfermeiras trouxeram respostas significativas com maior compreensão, participação e interação da criança e seu familiar, repercutindo no bem-estar mental, emocional e social da criança assistida.

Palavras-chave - Enfermagem em Centro Cirúrgico, criança, humanização, Oncologia.

Abstract – This article presents the systematization's process of behavior for nursing assistance to the child in the Surgical Center, developed in the Cancer Hospital I/Inca – RJ. For Nurs-

ing assistance humanized, with softening of traumas, better acceptance of the anesthetic – surgical procedures and more interaction with the children, the nurses of the Surgical Center use strategies, among them the remaining of the family together with the child into the Surgical Center and the use of toys, as a therapy so they can express their sentiments playing, and to establish a link and confidence with the professionals. The authoresses describe the actions developed by the nurses in the Surgical Center addressed to the pediatrics client, and approach the importance of the ludic place as scenario of the process of humanization. The innovations in the work's process of the Nursing brought significant answers with more comprehension, participation and interaction of the child and your family, reflecting in the mental, emotion and social well-being of the child assisted.

Key words - Operating Room Nursing, child, humanization, Oncology.

Resumen – Este artículo presenta el proceso de sistematización de conductas para la asistencia de enfermería al niño en el Bloque Quirúrgico, desarrollado en el Hospital de Cáncer I/Inca – RJ. Para una asistencia de enfermería humanizada, con la minimización de traumas, mejor aceptación de los procedimientos anestésico-quirúrgicos y mayor interacción con la clientela infantil, los enfermeros del Bloque Quirúrgico emplean estrategias, entre ellas la permanencia del familiar junto al niño dentro del Bloque Quirúr-

gico y la utilización de los juguetes, como terapia para los niños expresaren sus sentimientos jugando, y para establecer un vínculo confianza en los profesionales. Las autoras describen las acciones desarrolladas por los enfermeros en el Bloque Quirúrgico dirigidas para el cliente pediátrico, y abordan la importancia del espacio como escenario del proceso de humanización. Las innovaciones en el proceso de trabajo de las enfermeras presentó respuestas significativas con mayor comprensión, participación y interacción en el niño y su familia, repercutiendo en la salud mental, emocional y social del niño asistido.

Palabras clave – Enfermería, Bloque Quirúrgico, niño, humanización, Oncología.

INTRODUÇÃO

A busca pela melhoria da assistência de Enfermagem tem sido objetivo de muitos estudos e programas educacionais para o desenvolvimento de diferentes serviços. Para tanto, a sistematização de condutas é de grande importância, auxiliando os profissionais e servindo de meio facilitador para a execução de suas atividades.

A assistência de Enfermagem à criança submetida à cirurgia oncológica envolve técnicas e condutas que devem ser consideradas não apenas durante o ato operatório, mas também ou principalmente nos períodos pré e pós-operatórios. Não só a criança, como também o seu familiar

(acompanhante), tem papel importante na prática do enfermeiro, o que nos conduz à necessidade de compreendê-los como clientes diferenciados, devido às peculiaridades que os envolvem.

Os clientes, como também os familiares, necessitam se adaptar às diferentes situações de uma doença e ao ambiente hospitalar, sendo considerado assustador e desconhecido.⁽¹⁾

E na situação do cliente pediátrico cirúrgico é ainda mais angustiante quando a criança e seus familiares se deparam com as inúmeras exigências e enfrentamentos que requerem o período pré-operatório, ou seja: tempo de espera, jejum prolongado, ansiedade e medos, dentre outros. Essa situação vivenciada pelas crianças e seus familiares demandam atenção, disponibilidade para conversar, esclarecimentos de dúvidas, observação contínua e sistematizada dos enfermeiros de Centro Cirúrgico.

Portanto, a necessidade de brincar não deve ser eliminada neste momento tão crítico para a criança, pois o brincar repercute de forma considerável no perioperatório, facilitando a interação do enfermeiro junto à criança e consequentemente maior confiança de seus familiares.

A importância deste trabalho se dá pelo crescente número de crianças com câncer submetidas a procedimentos cirúrgicos no Centro Cirúrgico do HC-Ínca, pelas características próprias desse tipo de clientela, pela diversificação de condutas empregadas pelos enfermeiros, como também o número reduzido de trabalhos publicados sobre o tema na área específica, que favoreçam um maior embasamento para adequação das condutas no espaço lúdico apropriado, em prol de maior humanização da assistência

de Enfermagem ao cliente pediátrico e seus familiares no Centro Cirúrgico.

Sua relevância é a priorização do cliente como elemento fundamental na busca pela qualidade da assistência de Enfermagem, a partir da sistematização das ações de quem assiste - **o enfermeiro**, para quem é assistida - **a criança**, pois assistindo a criança e seus familiares de forma mais humanizada, ou seja, com atenção individualizada, estaremos minimizando as dificuldades da barreira emocional e, conseqüentemente, propiciando melhores condições para os procedimentos cirúrgicos e pós-operatório. E assim, como preconiza o Ministério da Saúde,⁽²⁾ a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo.

Além de contribuir para a ampliação de conhecimentos e nova perspectiva de gerenciamento de Enfermagem em Centro Cirúrgico, tendo como foco a satisfação do cliente, pretende-se com este trabalho contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa de Enfermagem, em particular na área de Centro Cirúrgico e área de saúde da criança e do adolescente, bem como melhor valorização do papel do enfermeiro na assistência ao cliente pediátrico e seus familiares.

O objetivo do trabalho desenvolvido pelas autoras foi descrever a sistematização da assistência de Enfermagem à criança em Centro Cirúrgico, de forma humanizada visando ao conforto, segurança e maior integração entre o cliente/familiar e o enfermeiro. Assim, esse artigo apresenta o embasamento teórico do estudo e a descrição das condutas e abordagens adotadas pelas enfermeiras, já em prática no Centro Cirúrgico do HC-Ínca no Rio de Janeiro.

Câncer infantil

Na busca de uma política nacional de controle do câncer, o Instituto Nacional de Câncer, desde a década de 30, tem sofrido mudanças tanto no aspecto político e organizacional como em suas instalações físicas, estendendo-se aos processos gerenciais, planejamento estratégico e suas relações internas e externas. Essa busca pela melhoria vem conferindo ao Inca, como órgão do Ministério da Saúde, a responsabilidade da coordenação das ações de controle do câncer no Brasil, tendo como missão "ações nacionais integradas para prevenção e controle do câncer"⁽²⁾ e visão estratégica "exercer plenamente o papel governamental na prevenção e controle do câncer, assegurando a implantação das ações correspondentes em todo o Brasil, e assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população".⁽²⁾

De acordo com o Ministério da Saúde,⁽³⁾ o câncer infantil corresponde a uma proliferação desordenada das células anormais, podendo ocorrer em qualquer local do organismo. Entre as neoplasias que mais acometem as crianças temos: leucemias (glóbulos brancos), tumores do sistema nervoso central, linfomas (sistema linfático), neuroblastoma (tumor de gânglios simpáticos), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que dão origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo) e sarcomas (tumores de partes moles).

Em 2000, o câncer na infância já era considerado uma das principais causas de morte infantil no mundo, sendo a segunda causa mais importante de morte nas crianças após os acidentes. No Brasil, o câncer infantil é a terceira causa de mortalidade de crianças de 0 a 14 anos, com registros de 13 mil novos casos

todos os anos. Apesar do excelente prognóstico de cura em 70% dos casos, menos de 50% das crianças que sofrem de câncer conseguem chegar aos centros especializados para tratamento.⁽⁴⁾

As estimativas do Inca no Brasil em 2000 indicavam cerca de 5.238 casos novos e de 2.600 óbitos por câncer entre pacientes com idade de 0 a 19 anos. E em 2002, o atendimento pediátrico contabilizou 13.500 consultas, 1.300 internações, 389 cirurgias e 8.000 quimioterapias, registrando 19 transplantes em pacientes infantis. Quanto aos índices de cura, são bastante significativos, chegando a alcançar 90% nos tumores oculares, 80% nos tumores renais e alguns linfomas e de 70% nas leucemias linfóides.⁽³⁾

O atendimento às crianças com câncer no Inca representa uma evolução na assistência médico-hospitalar, abrangendo, além do Centro de Oncologia Pediátrica (Pediatria Clínica, Cirurgia Pediátrica, Hematologia e Quimioterapia Infantil), outros setores e serviços essenciais de diagnóstico, tratamento e apoio, tendo como um dos principais para o tratamento oncológico o Centro Cirúrgico.

Os indicadores do Centro Cirúrgico do HC-I/Inca apontam para aproximadamente 810 procedimentos realizados em criança no ano de 2005, de acordo com o relatório anual do serviço. Nestes dados não estão contemplados os procedimentos realizados nas crianças pelas clínicas de neurocirurgia, tórax, cabeça e pescoço, TOC, e Cemo.

Tão importante quanto o tratamento do câncer em si é a atenção dada aos aspectos sociais da doença, já que a criança se encontra inserida no contexto da família. A cura não deve se basear na recuperação biológica, mas também

no bem-estar e na qualidade de vida da criança. Neste sentido, é fundamental, desde o início do tratamento, o apoio psicossocial.

Sendo assim, as crianças com câncer devem ser assistidas no Centro Cirúrgico de forma holística, vistas como seres humanos, com vontades, necessidades e direitos, que devem ser atendidos em acordo com a Lei 8069/1990 em seu Art.3º:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, [...] assegurando-lhes, [...] oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar os desenvolvimentos físicos, mentais, morais, espirituais e sociais, em condições de liberdade e de dignidade.⁽⁵⁾

NECESSIDADES DO CLIENTE CIRÚRGICO PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO E A ATIVIDADE LÚDICA

A criança necessita de atividades lúdicas para se desenvolver como pessoa. O fato de adquirir uma doença com diagnóstico de câncer já se constitui em uma experiência desoladora, ser ainda submetida a procedimento em unidade específica como o Centro Cirúrgico faz com que a criança perceba sua situação de forma mais negativa, ou não sendo capaz de entender o que está acontecendo, podendo até mesmo ser o início da separação da vida de brincadeiras entre os amiguinhos, acarretando sérias repercussões no seu desenvolvimento.

Na década anterior, durante a prática diária de cuidar no Centro Cirúrgico, foi possível acompanhar crianças com diagnóstico de câncer, submetidas a procedimentos cirúrgicos, que eram

“confinadas” em um ambiente estranho e assustador, como era considerado o Centro Cirúrgico, criando uma barreira física e emocional entre a criança e o seu mundo infantil. Muitas vezes se deparava com crianças tristes e deprimidas, chorando e/ou gritando, pedindo para sair por querer a companhia de seu familiar, ou querendo brincar com outras crianças. E diante deste fato é que se faz importante compreender as suas necessidades e saber o significado do brincar na vida da criança.

A atividade lúdica é berço obrigatório das atividades intelectuais da criança.⁽⁶⁾ O brincar na vida da criança é muito importante, primeiro por ser uma atividade na qual ela já se interessa naturalmente e segundo, por desenvolver suas percepções, sua inteligência, sua tendência à experimentação, seus instintos sociais.

O brinquedo possibilita à criança desenvolver sua imaginação, expressar seus dramas e construir sua consciência da realidade [...]. É através do jogo, do brinquedo e da brincadeira que a criança compreende sua sociedade e sua cultura, pois eles são portadores de seus valores e permitem, ao mesmo tempo, a construção de significados e interpretações que se adaptam a diversas realidades.⁽⁷⁾

A ludicidade tem conquistado espaço nas mais diversas áreas da sociedade e encontra-se inserida em várias unidades de instituições hospitalares. O lúdico extrapola a infância e sua importância permeia todas as etapas do desenvolvimento humano.

A palavra lúdica significa brincar, “... estando incluídos os jogos, brinquedos e brincadeiras, e é relativo também à conduta daquele que joga, que brinca e

que se diverte".⁽⁸⁾ A criança brinca não pelo resultado da sua ação, mas pela satisfação que alcança com a própria atividade. E para resolver a tensão, a criança envolve-se num mundo ilusório e imaginário: o brinquedo.

A mediação através do lúdico pode contribuir para diminuir a angústia da criança, reaproximando-a das atividades vivenciadas em seu cotidiano.⁽⁹⁾ A hospitalização é para a criança uma experiência que em maior ou menor grau repercute em seu desenvolvimento emocional.

Sendo o brinquedo fundamental para o desenvolvimento saudável da criança, é importante que aconteça de forma mais plena possível e, para isso, as necessidades devem ser consideradas e atendidas, a fim de que o aproveitamento possa ser o melhor possível. Cunha⁽¹⁰⁾ ressalta que a sensação de alegria é muito saudável, pois provoca a manifestação de potencialidades, despertando coragem para enfrentar desafios. Assim, a alegria ao brincar é fator imprescindível para o enfrentamento do medo e ansiedade que antecedem ao procedimento cirúrgico.

Brincar é uma das atividades essenciais para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança. Normalmente a criança brinca por motivação intrínseca; mas, quando se trata de crianças com necessidades especiais, pode acontecer que a motivação não ocorra espontaneamente, tendo o enfermeiro o papel fundamental de despertá-la utilizando sensibilidade, conhecimento e criatividade.

Nem sempre o enfermeiro consegue equacionar os sentimentos que perturbam a criança no período que antecede a cirurgia; mas um bom mergulho no brincar certamente pode ajudar a superá-

los, devendo ser assegurada a liberdade de escolha da criança.

O ato de brincar para a criança hospitalizada tem grandes repercussões. Ajuda-a na compreensão do que ocorre consigo e a liberar temores, tensões, ansiedade e frustração; promove satisfação, diversão e espontaneidade, e possibilita converter experiências que deveria suportar passivamente, em desempenho ativo. E para a enfermeira é um instrumento de intervenção e uma forma de comunicação, possibilitando detectar a singularidade de cada criança.⁽¹¹⁾

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Sendo a humanização da assistência hospitalar prioridade do Ministério da Saúde, é dever dos serviços e profissionais acolherem seus clientes de forma digna e humanitária.

A humanização da assistência hospitalar precisa caminhar passo a passo com o trabalho dos profissionais que atuam em cada instituição,⁽¹²⁾ sendo essa a concepção do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde em 2000, a fim de promover uma mudança na cultura do atendimento da saúde no Brasil.

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam modificar substancialmente os serviços prestados aos usuários dos hospitais públicos brasileiros, melhorando sua qualidade e eficiência. Para isso, entre outros, busca aprimorar as relações dos profissionais de saúde com os pacientes.

Vários autores⁽¹³⁻¹⁵⁾ enfatizam que é ne-

cessário que o enfermeiro acredite na humanização como filosofia de trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional. Para isso, o cuidado de Enfermagem deve ser individualizado, para que ocorra uma maior interação com o cliente e família, permitindo assim o desenvolvimento da capacidade para detectar e satisfazer as necessidades humanas.

Estudo sobre a assistência humanizada⁽¹⁶⁾ aponta que a participação do familiar no planejamento de cuidados da equipe de Enfermagem, com espaço para atenção e informações antes, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico do cliente, enquanto da sua permanência no Centro Cirúrgico, reduziu a ansiedade do acompanhante, proporcionando uma espera com menos incertezas.

Cabe ressaltar que é necessário que o enfermeiro faça um movimento de aproximação da realidade vivenciada pelos familiares, incluindo-os como parte do grupo que assiste o cliente. E que "... não é demais lembrar que só uma equipe de Enfermagem competente pode humanizar o atendimento durante a espera pelo término da cirurgia".⁽¹⁷⁾

Para o alcance de uma assistência de Enfermagem mais humanizada, com a amenização de traumas, melhor aceitação dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e maior interação com a criança e os pais, os enfermeiros do Centro Cirúrgico do HC-I/Inca se utilizam de estratégias, entre elas a permanência do familiar junto à criança dentro do Centro Cirúrgico e a utilização dos brinquedos, como terapia para as crianças expressarem seus sentimentos brincando e estabelecer um elo e confiança nos profissionais.

O enfermeiro possui funções específicas na eficácia terapêutica de seus clientes, sendo da sua responsabilidade a obser-

vação e o atendimento das necessidades psicossomáticas do indivíduo em cirurgia⁽¹⁾. Assim, a humanização da assistência que se presta ao cliente pediátrico e seu familiar é fundamental, a fim de transmitir-lhes segurança e integridade emocional, num momento tão crítico do tratamento da criança.

Cabe aos enfermeiros do Centro Cirúrgico, enquanto educadores e facilitadores, estabelecerem relacionamentos saudáveis com a criança e o seu acompanhante; sendo o espaço lúdico o lugar ideal para proporcionar tais condições, oportunizando situações, adequadas às condições afetivas, físicas, sociais e intelectuais da criança, que venham a amenizar o sofrimento.

Interação enfermeiro/criança/família no Centro Cirúrgico

Considera-se a presença do acompanhante junto à criança fundamental, possuindo o familiar algumas funções sociais como relação de intimidade, afeto e solidariedade, que representam ainda um sistema de cuidado, fornecendo suporte nas diversas situações. O enfermeiro ao se envolver com o familiar tem a percepção de todo o contexto no qual cada um está inserido, desenvolvendo a partir daí o processo de interação.

Baseado na legislação 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, no tocante ao Direito à Vida e à Saúde, o Artigo 12 refere que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.⁽⁵⁾

Em estudo sobre as expectativas da família na sala de espera,⁽¹⁷⁾ os autores

referem que as enfermeiras perioperatórias ajudam a satisfazer a carência de notícias, de acompanhamento da situação; diminuindo assim a ansiedade dos pais durante o transoperatório.

Destaca-se a importância de abranger a família na comunicação com a criança, uma vez que os familiares participam dos cuidados ao cliente.⁽¹⁸⁾ As autoras obtiveram, como resultado em seu estudo, um enfrentamento dos envolvidos, com mais tranquilidade e colaboração com as equipes de profissionais durante os procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Quando o paciente cirúrgico é uma criança, “a equipe de saúde deve estar atenta aos processos que podem interferir em um restabelecimento eficaz, visto que se trata de um ser em desenvolvimento e que apresenta características peculiares da comunicação”.⁽¹⁸⁾ Dentre as manifestações que decorrem nessa situação, temos a tensão expressada por mudez, choro, atividade motora exagerada, pouca interação interpessoal, e tristeza.

A cirurgia representa uma das experiências mais desagradáveis ou dolorosas a que a criança está sujeita a enfrentar, quando atendida em um serviço de saúde. E provavelmente deva estar “... associada com imagens amedrontadoras, muitas vezes veiculada pela mídia, com objetos cortantes, sangue, pessoas mascaradas, procedimentos traumáticos e morte”.⁽¹⁸⁾

No estudo citado as autoras⁽¹⁸⁾ afirmam que:

A comunicação entre os profissionais de saúde e a criança sempre deve abranger também sua família, já que esta tem influência direta sobre ela. Muitos dos mitos, desinformações e dúvidas sobre

experiência cirúrgica são igualmente partilhados pela família, podendo ser refletidas negativamente sobre o estresse da criança.

As autoras, com base na literatura, adotaram para a interação com a criança cirúrgica a história, o brinquedo, o lúdico, enfim optaram por adentrar no mundo da criança e estabelecer uma relação com ela. Referem que com os recursos disponíveis na instituição e muita criatividade atendem a criança cirúrgica de maneira mais humana, confiando-lhe proteção a que tem direito.

Nesse sentido, vale ressaltar:

[...] a interação estabelecida através de brincadeiras e dos jogos com os pacientes infantis pode interferir positivamente em seu desenvolvimento nas áreas da linguagem, da motricidade e da afetividade. Possibilita, ainda, a aproximação de todos os envolvidos no processo, contribuindo, assim, para a humanização e o enriquecimento do ambiente hospitalar.⁽¹⁹⁾

Cabe ressaltar que a responsabilidade do enfermeiro do Centro Cirúrgico é muito grande, indo além do gerenciamento e da assistência, necessitando de criatividade e de humanização, atuando com sentimentos, e atenção no querer, no sentir e no pensar da criança. A comunicação verbal, e não-verbal, é ponto primordial para o entendimento e interação do enfermeiro com a criança. Comportamentos, expressões faciais e palavras de forma positiva são fundamentais para a interação do enfermeiro/criança/familiar.

Sem dúvida, é um grande desafio o relacionamento-contato com crianças; maior ainda quando se trata de clientes oncológicos. Para maior êxito nessa interação, recomenda-se.⁽²⁰⁾

- seja humilde para aprender com todos que estiverem à sua volta, inclusive com as crianças;
- considere o momento adequado para cada troca: ambiente e clima social, linguagem utilizada e práticas habituais e passadas;
- consulte outras pessoas, quando necessário, para planejar as comunicações. Aqueles que o ajudam a planejar o apoio ativo (por exemplo: os pais);
- identifique o interesse e a necessidade da criança, pois isso é que faz com que ela escute alguém;
- pergunte o que a criança entendeu, e não se entendeu;
- esteja certo de que as suas ações apóiam aquilo que está dizendo. Lembre-se: ações falam mais alto que palavras;
- escute, escute e... escute. Seja um bom ouvinte não só para os significados explícitos, mas também para os implícitos. Escute com o ouvido "interior", se quiser ouvir o ser "interior" dos outros.

Nesse contexto, ressaltamos a importância do papel do enfermeiro, isso porque "[...] os pacientes sentem-se objeto de atenção, bem assistidos e mais tranquilos quando o profissional ali presente demonstra interesse e preocupação com eles, valorizando suas queixas e indagações".⁽²¹⁾ E que o cuidado de Enfermagem ao cliente deveria ocorrer em tempo e locais específicos, devendo desenvolver-se até que as necessidades do paciente sejam clarificadas e resolvidas em conjunto.

Em concordância com a citação acima é que se buscou ampliar as ações do

enfermeiro para melhor atender às necessidades do cliente pediátrico e seus familiares, adequando um espaço lúdico que proporcionasse bem-estar e maior satisfação da clientela.

A BRINQUEDOLÂNDIA COMO CENÁRIO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

O Centro Cirúrgico do Hospital do Câncer I (HC-I/Inca), composto por 10 salas de operações (SO) e recuperação pós-anestésica (RPA) com 10 leitos (oito adultos e dois infantis), realiza, em média, 600 procedimentos ao mês, atendendo a diferentes especialidades. O atendimento à clientela infantil, com média de 54 crianças/mês, regularmente envolve procedimentos pela Cirurgia Pediátrica, Pediatria e Hematologia, compreendendo: cirurgias de pequeno, médio e grande portes; biópsias, punção lombar, mielograma, biópsia de medula óssea (BMO), quimioterapia intratecal, implantes de cateter venoso central de longa permanência totalmente e semi-implantável, entre outros.

A clientela infantil assistida no Centro Cirúrgico encontra-se na faixa etária de 0 a 18 anos, portadores de diferentes patologias associadas ao câncer, e também de caráter diagnóstico, crônico ou agudo. Daí, o cliente cirúrgico pediátrico oncológico necessitar de uma atenção especial e ser uma preocupação diferenciada para os enfermeiros de Centro Cirúrgico. Os familiares desses clientes também representam um fator de constante preocupação, pois na grande maioria das vezes carecem de orientações e encontram-se bastante ansiosos à espera do término do procedimento cirúrgico. O tempo, por menor que seja, para o familiar, é enorme.

Nesse contexto, integrando as ativida-

des de gerência, educação continuada e assistência ao cliente oncológico, os enfermeiros do Centro Cirúrgico vêm desenvolvendo um trabalho de humanização, voltado para a criança, com envolvimento do seu acompanhante (na sua grande maioria familiar), com utilização terapêutica de atividades lúdicas e de estimulação psicomotora, visando minimizar os comprometimentos emocionais que antecedem ao procedimento cirúrgico. E para contemplar o objetivo citado, foi criado o espaço lúdico no Serviço de Centro Cirúrgico do HC-I do Inca, por iniciativa de alguns profissionais de Enfermagem que, através de doações e empenho, realizaram a decoração e compra de brinquedos.

Antes de acontecer o espaço lúdico propriamente dito, o cliente pediátrico era entregue na porta do Centro Cirúrgico, e o familiar que o acompanhava ficava aguardando do lado de fora, no Hall de Espera, sem ter conhecimento do local onde seu filho era submetido ao procedimento cirúrgico, bem como sem os devidos esclarecimentos dos profissionais que o cercam, ou seja, alguns questionamentos e determinados temores. Muitas vezes, os familiares desconhecem ou têm pouco entendimento do processo cirúrgico a que seu filho é submetido.

Nessa época, a criança se desesperava em gritos, choro e até mesmo agressividades pelo afastamento de seu familiar e o temor ao desconhecido, o "bicho-papão" - o Centro Cirúrgico, justamente no momento em que ambos, a criança e familiar, na grande maioria mãe, necessitavam compartilhar o sofrimento e a impotência. A criança ia para sala de cirurgia, ficando seu familiar do lado de fora, ouvindo choro e gritos.

Da mesma forma, o enfermeiro também se sentia incapaz de conciliar a situação,

ficando a sua atuação insatisfatória no ponto de vista pessoal e profissional. A interação entre as equipes (Enfermagem, Anestesiologia e Cirurgia) e o familiar ocorria de forma ineficaz predispondo o cliente e familiares à tensão, ansiedade, medo, frustração, insegurança e até raiva.

Assim, na busca de melhorias, com o decorrer do tempo, os primeiros passos foram dados, com pequenos agrados por iniciativa de alguns profissionais da Enfermagem, que buscaram contribuir para que ocorresse uma maior aproximação da equipe de Enfermagem com a criança e com seus familiares no período que antecede o procedimento cirúrgico e no transoperatório. Com isso, possibilitaram-se maiores expressões, esclarecimentos e o equilíbrio emocional, tornando a assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico mais significativa.

Tendo em vista não ter sido projetada na construção do Centro Cirúrgico e limitações de espaço, a área destinada à sala de pré-anestésico foi submetida a adaptações para funcionar como Área de Recepção Infantil e Espaço Lúdico, a qual passou a ser denominada de Brinquedolândia (Fig.1), por considerarem a "Disnelândia" do serviço.

No espaço lúdico (Brinquedolândia) procura-se, por meio de atividades lúdicas e diversidade de brinquedos, facilitar a compensação de necessidades que podem estar camufladas. Através da participação o enfermeiro junto à criança e seu acompanhante, com apoio, livre expressão e ludicidade, o sofrimento pode ser minimizado.

O trabalho de humanização desenvolvido pelos enfermeiros no Centro Cirúrgico proporciona à criança, além do prazer, o domínio de suas angústias, que encontra no brincar a mediação da suas relações com a doença, a família, o hospital e o procedimento cirúrgico.

A Brinquedolândia conta, entre outros, com: brinquedos fixos, como casa de boneca, balanço, carros, jogo de totó, motocicletas, mesinha para escrita e desenhos; brinquedos leves, como bonecas, bambolê, jogos educativos; e ainda uma televisão.

Os que mais despertam o interesse das crianças são os carros dirigíveis, que além de servirem de diversão no espaço lúdico, conduzem as crianças para a sala de cirurgia, fazendo com que as crianças não se agitem ou chorem como acontecia antes dessa conduta ser instalada.

O familiar, mãe ou pai na sua grande maioria, após a entrevista de admissão no Centro Cirúrgico, é incentivado a acompanhar as atividades da criança, quer seja em jogos ou empurrando os carrinhos com seus filhos.

Determinadas crianças, bebês ou com alguma incapacidade são estimuladas no colo do familiar ou na maca, e os demais participam ativamente de acordo com a sua criatividade.

O ambiente de descontração da Brinquedolândia do Centro Cirúrgico e a atitude positiva de valorização da criança pelos enfermeiros aos poucos foram sendo incorporados pelos familiares. A tensão e a impaciência iniciais vão gradativamente sendo substituídas por interações mais estreitas entre as crianças, seus familiares e os enfermeiros.

Inclui-se também nas ações o empenho da equipe de Enfermagem em manter a compra de brinquedos que são distribuídos a cada uma das crianças que ali comparecem. Estas ações têm a intenção de tornar a passagem da criança no Centro Cirúrgico uma experiência menos desagradável.

A conduta envolvendo o familiar acompanhando e permanecendo com a criança na sala de espera e Brinquedolândia até a indução anestésica na SO, bem como a presença deste familiar ao término do procedimento, ainda na SO, é a tônica do Centro Cirúrgico, e já alcança 100% de participação.

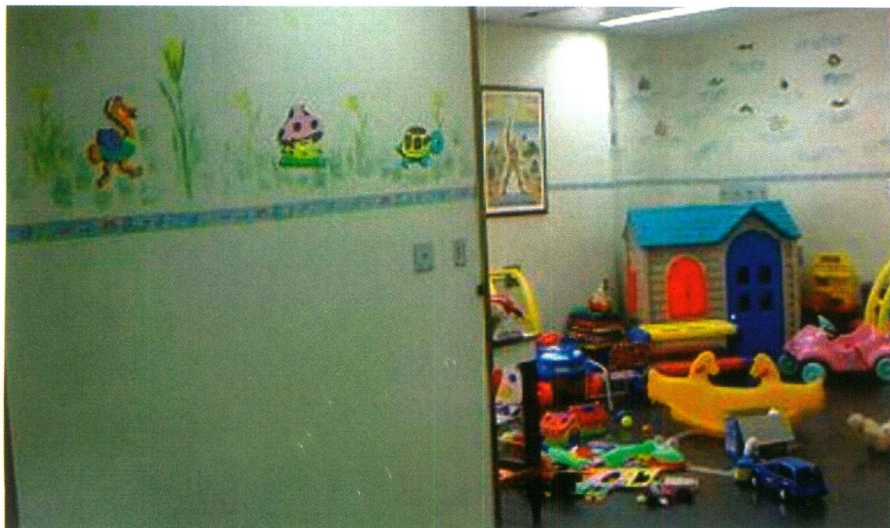


Figura 1- Brinquedolândia (Espaço lúdico) Centro Cirúrgico do HC-I/INCA, RJ/2005.

Inicialmente, havia um pouco de receio por parte das enfermeiras em saberem lidar com aquela nova situação. Contudo, aos poucos, em prol das crianças, do familiar e dos resultados para a Enfermagem, superaram todas as dificuldades, passando hoje a ser fundamental esta relação enfermeiro-cliente pediátrico-familiar de forma mais humanizada, com maior compreensão por parte dos familiares no contexto dos envoltórios pré, trans e pós-operatórios. Daí pode-se dizer que respeito, segurança, e integração minimizam a ansiedade do cliente e pode ser feita através de uma pequena ação com grande repercussão – a atenção.

SISTEMATIZAÇÃO DE CONDUTAS

A Enfermagem no Centro Cirúrgico tem por objetivo principal assegurar uma assistência perioperatória individual e integral, visando à prevenção de complicações, o bem-estar e a segurança do cliente oncológico.⁽²²⁾ Para isso é fundamental que as ações do enfermeiro em qualquer circunstância estejam alicerçadas no processo de humanização para o êxito de uma assistência qualificada e satisfação da clientela e dos profissionais envolvidos.

Apresentamos, a seguir, as condutas e abordagens prestadas pelo enfermeiro ao cliente pediátrico/familiar no Centro Cirúrgico do HC-I/Inca, baseadas na vivência prática dos enfermeiros deste serviço, com vistas a uma melhor aceitação do tratamento anestésico-cirúrgico pela criança/familiar e a um melhor entrosamento com a equipe multidisciplinar (**Quadro 1**).

QUADRO 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem à Criança no Centro Cirúrgico

Agente: enfermeiro do Centro Cirúrgico

CONDUTAS/OBSERVAÇÕES

- Checar/providenciar a limpeza e organização do espaço lúdico – Brinquedolândia – providenciando brinquedos e acessórios lúdicos para distração da clientela infantil.
- Prover a Sala de Cirurgia (SO) determinada para os procedimentos cirúrgicos infantis:
 - de recursos humanos de Enfermagem, com perfil adequado ao atendimento da clientela;
 - de materiais e equipamentos necessários.
- Promover, junto com os técnicos de Enfermagem, um ambiente propício de atração e envolvimento na SO:
 - de forma lúdica (bolas coloridas, brinquedos e profissionais com caracterizações infantis).
- Recepcionar a criança e o familiar que o acompanha de forma calorosa e atenção dirigida:
 - procurando meios facilitadores de entrosamento com a criança;
 - permitindo lágrimas e choro para diminuir a tensão emocional.
- Favorecer a comunicação com o cliente:
 - incentivando o cliente e utilizando-se de linguagem apropriada no nível do mesmo (infantil).
- Identificar reações e temores da criança:
 - a fim de atuar junto às suas necessidades.
- Familiarizá-lo no ambiente – Brinquedolândia:
 - com os brinquedos que o cercam e com outras crianças (se houver).
- Oferecer um agrado à criança para melhor condução do processo de interação:
 - bonecas, carrinhos, jogos, e outros, distribuídos por doação.
- Proceder à admissão do cliente no Centro Cirúrgico:
 - fazendo o levantamento do preparo e condições da criança (tempo de jejum, medicações em uso, presença de alergias, etc.);
 - registrando no prontuário os dados levantados.
- Promover a assistência de Enfermagem:
 - identificando os problemas e necessidades da criança junto à mesma e/ou seu familiar;
 - favorecendo o atendimento imediato às suas necessidades.



- Registrar toda evolução e intercorrências do cliente no prontuário:
 - de forma clara e objetiva.
- Promover a interação enfermeiro-cliente/família:
 - proporcionando atenção e confiança através de sua presença efetiva junto à criança;
 - utilizando meios facilitadores de comunicação - atividades lúdicas (brincando).
- Incentivar o familiar a partilhar dos procedimentos a serem realizados com o cliente:
 - permanecendo junto à criança para minimizar a ansiedade e favorecer a autoconfiança.
- Manter o controle da SO para o devido encaminhamento da criança, evitando tempo de espera prolongado:
 - checando o preparo da SO e equipes profissionais;
 - checando as medicações quimioterápicas programadas, preparadas pelo Setor de Quimioterapia – no caso de procedimentos intratecais.
- Conduzir a criança e seu familiar à SO:
 - de forma mais tranquila possível, dialogando e procurando atender às preferências da criança (de carrinho, na maca ou deambulando) e de acordo com as suas condições clínicas;
 - informando que o seu familiar permanecerá na SO e estará junto a ela ao despertar da anestesia.
- Promover a interação da criança e seu familiar com os profissionais da SO:
 - envolvendo-se nas estratégias lúdicas (músicas, brinquedos, gestos, e outros).
- Informar aos profissionais da SO (técnicos de Enfermagem, anestesista e cirurgião) sobre observações detectadas na admissão:
 - para o estabelecimento de condutas e prioridades.
- Fornecer explicações à criança e/ou familiar sobre a indução anestésica:
 - de forma a despertar o interesse e aceitação dos procedimentos a serem realizados.
- Orientar o familiar, após a indução anestésica, sobre a espera fora da SO, durante o procedimento cirúrgico:
 - procedimentos de curta duração (até 30min.) – aguarda na Brinquedolândia, se for da sua vontade;
 - procedimentos de média duração (até 2 horas) – aguarda no hall do Centro Cirúrgico;
 - procedimentos acima de 2 horas de duração e internados – aguarda na unidade de internação.
- Prestar informações sobre a condução do procedimento cirúrgico, quando solicitadas
 - a fim de minimizar os anseios e expectativas dos familiares.
- Solicitar e encaminhar o familiar à SO ao término da cirurgia;
 - orientando quanto às condições da criança;
 - para que a criança, ao despertar da anestesia, perceba o familiar ao seu lado, favorecendo a sua estabilização/recuperação.
- Proceder às orientações necessárias ao familiar quanto ao pós-operatório imediato na RPA:
 - para melhor envolvimento e participação, e contribuição para o pronto restabelecimento da criança.



- Promover a assistência de Enfermagem à criança na RPA:
 - realizando o levantamento das condições da criança, admitindo, evoluindo, orientando e prestando os cuidados devidos, de forma calorosa e atenção devida.
- Promover a interação enfermeiro/cliente na RPA:
 - proporcionando atenção e confiança através da presença efetiva do enfermeiro junto à criança, e meios facilitadores de comunicação.
- Promover a continuidade da ludicidade na RPA:
 - mantendo o brincar junto à criança e expressões, gestos e comunicação adequada para o entretenimento.
- Proceder à admissão da criança na RPA:
 - de forma clara e objetiva, no prontuário e no livro de registros de pacientes da RPA.
- Fornecer esclarecimentos ao acompanhante sobre todos os procedimentos de Enfermagem realizados:
 - para favorecer a relação de interação e confiança para com os profissionais;
 - para que esteja informado das ações e procedimentos realizados.
- Registrar toda evolução, intercorrências e cuidados prestados, no prontuário:
 - de forma clara e objetiva.
- Realizar a educação para a saúde e os encaminhamentos de alta, à criança e familiar:
 - ensinando e esclarecendo dúvidas, se necessário.
- Proceder à alta da criança
 - a partir da alta do anestesiológico e do enfermeiro;
 - registrando no prontuário as condições de alta e orientações fornecidas ao familiar;
 - registrando no Livro de Registros de Pacientes da RPA, horário de saída e destino.
- Encaminhar a criança e familiar acompanhado pelo técnico de Enfermagem da RPA e o maqueiro:
 - à enfermaria de origem, quando internado;
 - ao vestiário de pacientes do Centro Cirúrgico, quando ambulatorial;
 - a criança sai do Centro Cirúrgico com os brinquedos recebidos de doações;
 - à saída do Centro Cirúrgico, a criança recebe um lanche, de acordo com as recomendações do anestesiológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a prática diária de cuidado à criança e seu familiar em Centro Cirúrgico oncológico, os autores puderam acompanhar a evolução do processo de sistematização de condutas implantado no serviço do HC-I/Inca, e constataram que as estratégias de humanização empre-

gadas pela equipe de Enfermagem para manejar/minimizar o trauma do ambiente e seu impacto sobre a criança e seus familiares trouxeram respostas significativas com maior compreensão, participação e interação dos envolvidos, repercutindo no bem-estar mental, emocional e social da criança assistida, e maior confiança de seus familiares.

Assim, pode-se perceber pelas reações da clientela infantil, principalmente a ausência de choros, gritos e expressões de medo, que as condutas adotadas pelos enfermeiros na recepção e espaço lúdico têm se revelado eficazes no sentido de minimizar o sofrimento da criança que envolve um procedimento anestésico-cirúrgico. As observações e

comentários favoráveis por parte dos enfermeiros atuantes, familiares e equipes multiprofissionais são também indícios dos benefícios proporcionados pelas atividades lúdicas acolhedoras e suporte psicológico empregados.

Para os enfermeiros do Centro Cirúrgico do HC-I/Inca, a alegria e o bem-estar das crianças e familiares, assim como a receptividade por eles demonstrada, são os maiores indicadores da importância da sistematização de condutas com fundamentação técnica, científica, social e ética da assistência humanizada de Enfermagem ao cliente pediátrico oncológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smeltzer SC, Brenda GB. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1999.
2. Instituto Nacional de Câncer. Particularidades do câncer infantil [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; c1996-2009. [atualizado 2009; citado 2005 out. 19]. Disponível em: <http://www.Inca.gov.br>
3. Instituto Nacional de Câncer. Seção de Oncologia Pediátrica: epidemiologia dos tumores da criança e do adolescente [homepage na Internet]. Rio de Janeiro; c1996-2009. [atualizado 2009; citado 2005 jul. 8]. Disponível em: <http://www.Inca.gov.br>
4. Hope - Apoio à criança com câncer. Câncer infantil [homepage na Internet]. São Paulo; c2008. [atualizado 2008; citado 2005 out. 19]. Disponível em: <http://www.hope.org.br>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Minha Gente. Estatuto da criança e do Adolescente. Brasília; 1991.
6. Piaget J. A psicologia da criança. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
7. Brougères G. Brinquedo e cultura. São Paulo: Cortez; 1995.
8. Santos SMP. Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico. Petrópolis: Vozes; 2000.
9. Huerta EPN. Brinquedo no hospital. Rev Esc Enferm Usp. 1990;24(3):319-27.
10. Cunha NHS. O brincar e as necessidades especiais. In: Santos SMP, organizador. Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico. Petrópolis: Vozes; 2000, p. 29-36.
11. Furtado MCC, Lima RAG. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de Enfermagem. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 set; Bahia. Bahia: ABEn-Seção-BA; 1999. p.96.
12. Campos RO. Humanização da assistência hospitalar: um sonho em andamento. Rev SOBECC. 2002;7(3):15-6.
13. Horta WA. Humanização: editorial. Enferm Novas Dimens. 1977;3(4):III.
14. Rockenbach LH. A Enfermagem e a humanização do paciente. Rev Bras Enferm. 1985;38(1):49-54.
15. Takahashi EIU. Tecnologia e humanização na prática da Enfermagem: perspectivas gerais para reflexão. In: Anais do 3º ENFTEC; 1992; São Paulo. São Paulo: ENFTEC; 1992. p.10-1.
16. Santos ALGS, Backes VMS, Vasconcelos MA. Assistência humanizada ao cliente no Centro Cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zderad. Nursing (São Paulo). 2002;5(48):25-30.
17. Colenci R, Abdala KM, Braga EM. A família e a sala de espera do Centro Cirúrgico. Rev SOBECC. 2004;9(1):13-20.
18. Kikuchi EM et al. A criança cirúrgica e sua família: vivência de um projeto fascinante. Rev SOBECC. 2000;5(3):16-9.
19. Goulart AMPL, Moraes SPG. O brincar como ação mediadora com crianças hospitalizadas. In: Santos SMP, organizadora. Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico. Petrópolis: Vozes; 2000. p.119-28.
20. Silva MJ. A criança precisa de ajuda: quanto nós podemos ajudar? Rev SOBECC. 2002;5(3):22-4.
21. Resende SMFS, Chianca TCM. Relacionamento da equipe de Enfermagem com o paciente. Rev SOBECC. 1998;3(4):20-6.
22. Meirelles NF, Alves DY, Andrade N. Reestruturação da Saep ao cliente oncológico segundo taxonomia de Nanda e Teoria de King. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2002;6(3):465-73.

*Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de especialista em Enfermagem em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro (RJ)

AUTORIA

Damiana Cosmea da Silva

Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Unidade I do Hospital do Câncer (HC-I) do Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro (RJ).

Naluzia de Fátima Meirelles

Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Unidade do Hospital do Câncer (HC-I) do Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro (RJ). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Título de especialista em Centro Cirúrgico pela SOBECC.

**Solução rápida e eficiente para
uma desinfecção de alto nível.**

EFICIENTE

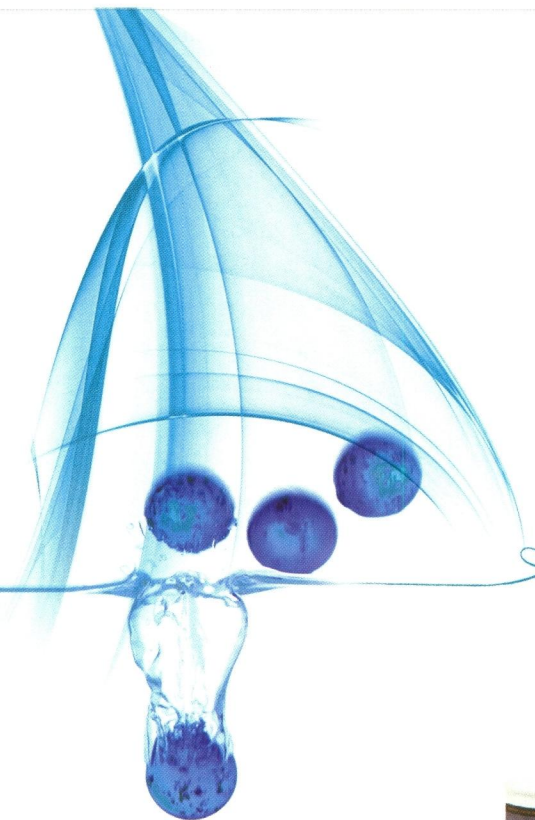
- Contra as micobactérias
resistentes ao glutaraldeído.

NÃO CORROSIVO

- Mais suave para endoscópios flexíveis
e outros instrumentais.

FÁCIL DE USAR

- Não é necessário diluir.
- Durabilidade de 75 dias após aberto.



CONHECIMENTO E PROMOÇÃO DE ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO CENTRO CIRÚRGICO

KNOWLEDGE AND PROMOTION OF ASSISTANCE HUMANIZED IN THE SURGICAL CENTER

EL CONOCIMIENTO Y LA PROMOCIÓN DE LA ASISTENCIA HUMANIZADA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto • Anna Paula de Mendonça Barros

Resumo - O estudo teve o objetivo de investigar o conhecimento e a opinião dos membros da equipe de Enfermagem acerca da humanização da assistência e identificar aspectos de “cuidado” e “não-cuidado” na assistência prestada pela equipe de Enfermagem no transoperatório. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado e observação participativa da assistência de profissionais de Enfermagem de Centro Cirúrgico de um hospital-escola de Goiânia (GO), entre 2006 e 2007. Apesar dos profissionais discorrerem favoravelmente sobre o assunto, nem sempre o que foi respondido se expressou durante a rotina do serviço, havendo discordância entre a teoria e a prática cotidiana. Foi fundamental conhecer a opinião da equipe de Enfermagem e sua descrição de assistência humanizada, entretanto parece não haver uma consolidação desse conhecimento para além do pensamento, chegando a fazer parte das ações implementadas.

Palavras-chave - humanização da assistência; assistência perioperatória; assistência de Enfermagem

Abstract - The study aims to investigate the knowledge and opinion of the members of the team of nursing about the humanization of assistance and identify aspects of “care” and “no-care” in the assistance provided by the team of nursing in the trans-operative. The data were collected through structured questionnaire and participative observation of the

assistance of professionals from Nursing Surgical-Center hospital from a school of Goiânia (GO), between 2006 and 2007. Despite the professional write favorably on the matter, which was not always responded expressed itself during routine of the service, there disagreement between theory and practice daily. It was essential to know the opinion of the team of Nursing and a description of assistance humanized, however does not seem to be a consolidation of knowledge beyond thought, arriving to be part of the actions implemented.

Key words - humanization of assistance; perioperative care; Nursing care

Resumen- El estudio tiene por objeto investigar el conocimiento y la opinión de los miembros del equipo de la enfermería acerca de la humanización de la asistencia y determinar los aspectos del “cuidado” y “no cuidado” en la asistencia prestada por el equipo de enfermería en el transporte de la operación. Los datos fueron colectados a través de cuestionario estructurado y participativo de observación de la asistencia de profesionales de Enfermería del el Bloque Quirúrgico del hospital de una escuela de Goiânia (GO), entre 2006 y 2007. A pesar de los profesionales discurrireren favorablemente sobre el tema, ni siempre lo que fue respondido fue manifestado durante la rutina del servicio, existe desacuerdo entre la teoría y la práctica cotidiana. Es fundamental conocer la opinión del

equipo de enfermería y una descripción de la asistencia humanizada, sin embargo no parece haber una consolidación de los conocimientos más allá del pensamiento, llegando a ser parte de las acciones realizadas.

Palabras-clave: humanización de la atención; atención perioperatoria; atención de Enfermería

INTRODUÇÃO

Humanizar a assistência é atender às necessidades biopsicossocioespirituais do indivíduo tanto no contexto do trabalhador (servidor) quanto na do usuário (cliente/paciente). Nessa perspectiva, cada um deve ser compreendido e aceito como ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares. Na atenção à saúde, as ações voltadas à humanização do cliente devem ser manifestadas nos âmbitos organizacional, ambiental, tecnológico, nas interações, nas atividades terapêuticas em si e em outros. Dentre esses, a dimensão relacional é a que mais tem merecido enfoque nas pesquisas referentes ao tema. Apesar de a literatura ressaltar a necessidade da humanização, pouco se sabe a respeito da implementação de medidas que visem minimizar a impessoalidade do cliente.⁽¹⁾

O usuário do serviço de saúde necessita de assistência multiprofissional capacitada para atender suas necessidades bási-

cas. No caso do cliente cirúrgico, inclui desde os cuidados pré-operatórios no domicílio até o retorno para casa e às atividades sociais no pós-operatório tardio e convalescença.⁽²⁾

Toda cirurgia, seja eletiva ou emergencial, é um evento estressante e complexo para o paciente, que pode causar situações desagradáveis em seu equilíbrio biopsicossocioespírito e acarretar problemas, como a suspensão da cirurgia ou até mesmo complicações graves.⁽³⁾

O paciente cirúrgico vive um período de conflito, que decorre de sentimentos de incerteza e “desconhecimento”, da busca de amparo e solução para seus problemas de saúde, e depende de profissionais que têm o dever profissional e institucional de reconhecê-los e solucioná-los.⁽⁴⁾ Assim, a chegada de uma pessoa que necessita de cirurgia ao Centro Cirúrgico (CC) é sempre precedida da sensação de medo: do desconhecido, do ambiente estranho, da cirurgia e do seu resultado, da anestesia, das alterações da imagem corporal, enfim, medo da morte, além de outros tidos como grandes inimigos do homem.⁽⁵⁾

O CC é uma área complexa e de acesso restrito, que pertence a um estabelecimento assistencial de saúde, composto por uma série de dependências interligadas, a fim de proporcionar condições à realização do ato cirúrgico.⁽³⁾ O CC pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos a intervenções cirúrgicas. É também considerado o setor de maior importância do hospital, ou pelo menos, o que mais atrai atenção pela evidência dos resultados, dramaticidade das operações, importância demonstrativa e

didática e, principalmente, pela decisiva ação curativa da cirurgia.⁽³⁾

Compõem o grupo de profissionais do CC as equipes de Enfermagem, de Anestesiologia, de Cirurgia, de Higiene e de Administração, que têm como objetivo comum atender adequadamente às necessidades do usuário. O objetivo multiprofissional é possibilitar o transcorrer do ato anestésico-cirúrgico em um ambiente seguro, confortável e asséptico com o menor risco de eventos adversos.⁽³⁾

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (Saep) é um processo que objetiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade, devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro com base em conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão. A Saep é um método para individualizar e administrar a assistência, favorecendo a família e a comunidade, gerando resultados positivos, além de humanizar a assistência.⁽³⁾

Sabe-se que o cuidado humanizado reduz a ansiedade, diminui os riscos de complicações, fortalecendo o poder vital do paciente assistido, facilitando a recuperação pós-operatória. Cabe à equipe de Enfermagem implementar a Saep, identificando as necessidades do paciente, procurando orientar e sistematizar suas ações, com base em uma premissa humanizada.⁽²⁾

Durante os momentos de interação cliente-profissional, a comunicação verbal e a não-verbal têm grande significado, devendo a equipe de Enfermagem ter postura e cuidados especiais no perioperatório.⁽⁶⁾ A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de Enfermagem que reflete a boa assistência ao cliente e família. Em se tratando

do do relacionamento enfermeiro-cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades.⁽⁷⁾

O cuidado é um ato profissional do enfermeiro e se expressa na intenção com a pessoa necessitada de assistência à saúde, apoio, compreensão e enfrentamento às situações de risco.⁽⁵⁾ A admissão em CC é um dos poucos momentos em que o enfermeiro desse setor atua diretamente com o paciente, devendo centralizar sua atenção nesse cuidado e no ambiente, a fim de proporcionar melhores condições de atendimento ao mesmo, além de assistência ética e com dignidade.⁽⁴⁾

Tendo observado o cotidiano dos profissionais de Enfermagem no CC na assistência ao paciente, em atividades práticas curriculares e extracurriculares, emergiu a preocupação em investigar os aspectos relativos à humanização por parte de tais profissionais, neste setor.

OBJETIVOS

Investigar o conhecimento e a opinião dos membros da equipe de Enfermagem acerca da humanização da assistência; identificar aspectos de “cuidado” e “não-cuidado” na assistência prestada pela equipe de Enfermagem no transoperatório.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, qualiquantitativo realizado de 2006 a 2007 no Centro Cirúrgico de um hospital-escola de Goiânia (GO), aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa Médica Humana e Animal (protocolo: CEPMHA/HC/UFG 120/2005) e pela gerência do serviço.

Foram utilizados dois instrumentos de coletas de dados, avaliados por dois profissionais da área: formulário de perguntas estruturadas e *check list* de observação participativa, no qual uma das autoras registrou as atitudes apresentadas pelos profissionais durante a assistência. Realizadas as observações, os profissionais observados foram abordados, orientados e convidados a participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento. Apenas os dados consentidos foram incluídos na pesquisa. Tal medida visou à não-interferência na rotina normal do serviço, que poderia gerar viés no resultado da pesquisa.

Os dados coletados foram descritos e separados em unidades temáticas⁽⁸⁾ para análise segundo literatura e as observações dispostas em tabelas para análise estatística.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram observados 20 profissionais de Enfermagem, sendo cinco enfermeiros (25%) e 15 técnicos de Enfermagem (75%) durante suas atividades diárias no CC. Onze profissionais responderam ao questionário sobre humanização da assistência de Enfermagem no CC. O sexo feminino foi o predominante (90%).

Durante a admissão/recepção de pacientes ao CC do local do estudo foram observados cinco profissionais e as seguintes atitudes demonstradas na Tabela 1.

É importante que no CC o ambiente e a assistência sejam humanizados, por se tratar de setor em que as pessoas passam por transformações, tanto físicas quanto psíquicas. Só um ambiente humanizado pode ajudar a diminuir ou evitar sentimentos de medo e ansiedade, colaborando para que o indivíduo se sinta mais seguro e confiante.⁽⁹⁾

O cuidado da Enfermagem, na admissão do paciente no CC, deve ter como um dos seus objetivos o de reduzir os agentes estressores, proporcionando conforto, ajuda e apoio exigidos para o bem-estar da pessoa necessitada de cirurgia.⁽⁵⁾

Na tabela 1, nota-se que, em geral, a maioria dos profissionais apresentou atitudes humanísticas, sendo que todos (100%) “receberam os pacientes na entrada do CC, acompanhando-os até a Sala Operatória (SO), sem expor seus corpos, nem dirigir-se aos mesmos sem que fosse por seus nomes”. A preocupação do enfermeiro em admitir o paciente em CC é uma forma de valorizar a mesma, demonstrando sentimento humano.⁽⁵⁾

Os enfermeiros que trabalham no CC precisam ouvir, olhar, tocar e estar presente, pois a segurança e a tranquilidade favorecem o tratamento e a recuperação do doente.⁽¹⁰⁾ Isto foi evidenciado no estudo quando 80% (n=4) dos profissionais exerceram atitudes como “chamar o paciente pelo nome, ouvir e confortar, olhando-os nos olhos e comunicando-se durante todo o percurso”.

Quanto às atitudes de “não-cuidado”, 80% (n=4) dos profissionais “deixaram os pacientes sozinhos na SO” e apenas 20% “apresentaram a circulante ao paciente”, ou seja, os outros 80% (n=4) não deram seguimento ao cuidado de Enfermagem.

Tabela 1: Distribuição das atitudes de “cuidado” e “não-cuidado” observados na admissão/recepção ao CC por cinco profissionais de Enfermagem. Goiânia, 2007.

Atitudes Humanísticas (“Cuidado”)	Profissionais de Enfermagem			
	Sim	%	Não	%
Chamar paciente pelo nome	4	80	1	20
Apresentar-se	2	40	3	60
Receber paciente na entrada do CC	5	100	0	-
Ouvir paciente	4	80	1	20
Tocar paciente	3	60	2	40
Confortar paciente	4	80	1	20
Olhar paciente nos olhos	4	80	1	20
Acompanhar cliente em todo o percurso do CC	5	100	0	-
Conversar com paciente durante todo o trajeto até a SO	4	80	1	20
Apresentar paciente ao (a) circulante da SO	1	20	4	80
Localizar paciente no tempo/espço	3	60	2	40

Atitudes (des) Humanas (“Não-cuidado”)

	Sim	%	Não	%
Deixar paciente sozinho na entrada do CC	0	-	5	100
Dirigir-se ao paciente pelo nome da patologia, cirurgia ou número da SO	0	-	5	100
Expor corpo do paciente durante trajeto até a SO	0	-	5	100
Deixar paciente sozinho na SO	4	80	1	20

As ações assistenciais desenvolvidas no intraoperatório, ou seja, no momento da permanência do paciente na SO, devem atender não só a uma avaliação do enfermeiro, mas também às atividades técnicas e às expectativas do paciente. Além disso, devem ser desenvolvidas por toda a equipe de Enfermagem, que pode oferecer ao paciente apoio, atenção, respeito às suas crenças, valores, medos e necessidades, atendendo-o com segurança, destreza e eficácia.⁽⁴⁾

Na tabela 2 constata-se que a maioria dos técnicos de Enfermagem, ao serem observados quanto às atitudes humanísticas em SO, em geral, não as exerceu. Desses, 70% (n=7) “não recepcionaram os pacientes na SO” nem exerceram atitudes de afetividade como “ouvir, tocar ou confortar”, e 90% (n=9) “não se apresentaram”. Os aspectos “desumanos” estão ligados especificamente com relação ao doente com o anonimato, a despersonalização.⁽¹¹⁾

Quanto a “exercer atitudes estritamente tecnicistas” e “se interessarem mais pela patologia ou cirurgia do que pelo cuidado ao cliente”, foram observados em 70% (n=7) e 60% (n=6), respectivamente, de acordo com a tabela 2. Na prática, em várias situações, a atenção individualizada é praticada de forma mecânica, devido à escassez de tempo ou mesmo comodidade de alguns profissionais, tornando o ambiente desumanizado.^(4,10)

No que se refere a “segurar a mão do paciente na indução anestésica”, foi observado somente por um profissional (10%). Muitas vezes, em SO, a simples atitude de segurar a mão do paciente atende às suas necessidades psicossomáticas, individualizando o cuidado.⁽⁴⁾

Todos os profissionais observados

(100%) mantiveram “respeito e privacidade, sem expor o corpo do cliente na mesa cirúrgica ou dirigir-se ao mesmo pelo nome da patologia, cirurgia realizada/número da SO, ou constrangendo-o com palavras e gestos impróprios na SO/corredores do CC”. Aos profissionais de Enfermagem não compete apenas as ações técnicas e especializadas, mas a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível, respeitando sua individualidade.⁽⁴⁾

Para o exercício da Enfermagem no CC

e na Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), a humanização deve permear cada atividade de responsabilidade profissional, específicas como: o recebimento e adequada identificação do paciente; encaminhamento à SO; preparo e montagem adequada da sala conforme o procedimento agendado; testagem e segurança no uso dos equipamentos; adequada movimentação e transporte de pacientes; recepção e avaliação na SRPA; assistência individual e humanizada a cada paciente; encaminhamento e alta com segurança e respeito.^(4,10) Foram

Tabela 2: Distribuição das atitudes de “cuidado” e “não-cuidado” na SO por 10 técnicos de Enfermagem. Goiânia, 2007.

Atitudes Humanísticas (“Cuidado”)	Técnicos de Enfermagem			
	Sim	%	Não	%
Chamar paciente pelo nome	3	30	7	70
Apresentar-se	1	10	9	90
Receber paciente na entrada da SO	3	30	7	70
Ouvir paciente	4	40	6	60
Tocar paciente	3	30	7	70
Confortar paciente	3	30	7	70
Olhar paciente nos olhos	3	30	7	70
Posicionar paciente na mesa cirúrgica	8	80	2	20
Segurar a mão do paciente na indução anestésica	1	10	9	90
Manter respeito e privacidade do cliente na sua permanência na SO	10	100	0	-
Informar ao cliente de forma clara e simples as ações terapêuticas realizadas	3	30	7	70
Prover alta com segurança e respeito	9	90	1	10
Acompanhar cliente em todo o percurso até a SRPA	9	90	1	10

Atitudes (“des”)Humanas (“Não-cuidado”)	Técnicos de Enfermagem			
	Sim	%	Não	%
Deixar paciente sozinho na SO ou mesa cirúrgica	5	50	5	50
Exercer atitudes estritamente técnicas	7	70	3	30
Expor o corpo do paciente na mesa operatória	0	-	10	100
Dirigir-se ao cliente pelo nome da patologia, cirurgia ou anestesia realizada	0	-	10	100
Palavras ou gestos impróprio na SO ou corredor do CC	0	-	10	100
Interessar-se apenas pela patologia, cirurgia ou anestesia realizada	6	60	4	40
Fazer comentários sobre aparelhos em mau estado de uso, defeito, falhas da equipe, etc., na presença do paciente	0	-	10	100

observados 12 profissionais (quatro enfermeiros e oito técnicos de Enfermagem) quanto à assistência prestada ao cliente na SRPA, conforme dados apresentados na Tabela 3.

Ao analisar o cuidado “receptionar e identificar paciente na SRPA”, foi observado que 83,3% (quatro enfermeiros e seis técnicos de Enfermagem) o fizeram adequadamente e 75% (quatro enfermeiros e cinco técnicos de Enfermagem) “localizaram os pacientes quanto ao tempo e espaço”, mas 75% (um enfermeiro e oito técnicos) “não se apresentaram ao cliente”, sendo por vezes confundidos com outras categorias profissionais. O processo de interação com o cliente deve ser empático, enfatizando a importância de se conhecer suas necessidades. Além disso, a orientação do paciente é determinante para avaliar seu nível de consciência, sendo uma necessidade constante.⁽⁶⁾

Com relação a “informar ao paciente sobre as ações terapêuticas realizadas”, 50% dos profissionais (dois enfermeiros e quatro técnicos) realizaram tal atitude de cuidado. A necessidade de receber informações, atenção e apoio, é imprescindível, cabendo à Enfermagem informar-lhe a respeito do procedimento e vendo-o como um ser biopsicossocial, que necessita de informação e assistência de Enfermagem integral.^(5,7)

Na SRPA, todos os profissionais observados (100%) mantiveram “respeito e privacidade sem expor o corpo do cliente ou dirigirem-se ao mesmo pelo nome da patologia ou cirurgia realizada/número da SO, além de não constrangerem o cliente com palavras e gestos impróprios”. O atendimento humanizado contribui para a recuperação do paciente, estimulando-o a colaborar e proporcionando-lhe mais tranquilidade e segurança.⁽⁹⁾

Em se tratando de categoria profissional, observou-se que a maioria (75%) dos enfermeiros (n=3) “apresentou-se ao paciente”, atitude não observada pela maioria dos técnicos de Enfermagem. A Enfermagem, por exercer relação próxima e contínua com o paciente, deve priorizar o contato, o diálogo e o carisma desenvolvendo uma relação empática na assistência.⁽⁶⁾

Foi observado que 75% (n=3) dos enfermeiros e 87,5% (n=7) dos técnicos de Enfermagem “não tocaram o paciente na SRPA”, realizando o contato sobre as grades da maca. A rotina e a complexidade do ambiente fazem com que os profissionais esqueçam de tocar, conversar e ouvir o paciente. A presença é traduzida por um estar com o outro não só fisicamente, mas mental e espiritualmente, vendo, sentindo, tocando, percebendo e compreendendo-o como um ser genuíno.⁽¹²⁻¹³⁾

Quanto a “fazer comentários sobre aparelhos em mau estado de uso, defeitos, falhas na equipe etc. na presença do paciente”, 75% (n=3) dos enfermeiros cometeram essa atitude de “não-cuidado” enquanto que a mesma atitude foi observada em 12,5% (n=1) dos técnicos de Enfermagem. Os profissionais do CC precisam conscientizar-se de que humanizar é uma tarefa de todos os responsáveis pela assistência. A repetição diária de atividade faz o profissional agir mecanicamente e, aliada aos avanços tecnológicos, interferem e afastam a Enfermagem da assistência adequada. O enfermeiro, como mestre da criatividade, deve utilizar meios que promovam a interligação tecnologia-humanização, favorecendo a preservação do calor humano nas relações com o paciente. Além disso, trabalhos multidisciplinares com a equipe de Enfermagem podem favorecer a sensibilização para iniciar um processo

de humanização interna que tenha consequência no atendimento.⁽⁴⁾

A tabela 4 (página 48) mostra as respostas acerca da humanização por 11 profissionais. Dentre os sujeitos, 81,9%, são do sexo feminino e 18,1%, masculino. O tempo de trabalho no CC variou entre 10 meses a 10 anos.

“Para prestar assistência humanizada é necessário manter respeito, dignidade e ética ao cliente, sendo importante saber falar e ouvir”, afirmaram 45,5% (n=5) dos profissionais. É fato que uma das principais características da profissão de Enfermagem é a sensibilidade, fundamental para perceber as diversas respostas, sejam visuais, táteis ou auditivas, que conferem ao ser humano uma qualidade única.⁽⁶⁾

Para 54,5% (n=6) dos profissionais “a assistência humanizada é importante para melhorar o relacionamento interpessoal paciente/profissional, compreendendo os medos e ansiedades além do tratamento individualizado e não tecnicista”. De fato, a assistência de Enfermagem contribui para aliviar a tensão, ao transmitir ao cliente informações que lhe permitam enfrentar a situação em se encontra com menos temor.⁽⁶⁾

Sobre a necessidade da assistência humanizada, todos (100%) responderam positivamente, e para 36,4% (n=4) “a humanização é importante em toda e qualquer assistência e para isso é necessário melhorar a interação paciente/profissional evitando ações tecnicistas”. Ao exercer atitudes mecânicas o profissional pode se esquecer do ser humano, que precisa mais do que ser atendido com eficiência.⁽⁶⁾

Seis profissionais (54,6%) responderam que “é preciso manter a assistência humanizada para aumentar a qualidade e melhorar a recuperação, sendo que, ao

Tabela 3: Distribuição das atitudes de "cuidado" e "não-cuidado" na SRPA segundo categoria profissional de Enfermagem em quatro enfermeiros e oito técnicos de Enfermagem (n=12). Goiânia, 2007.

Atitudes Humanísticas ("Cuidado")	Categoria Profissional								Total			
	Enfermeiro				Técnicos							
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Recepcionar e identificar paciente na SRPA	4	100	0	-	6	75	2	25	10	83,3	2	16,7
Apresentar-se ao paciente	3	75	1	25	0	-	8	100	3	25	9	75
Ouvir paciente	4	100	0	-	7	87,5	1	12,5	11	91,6	1	8,4
Tocar paciente	1	25	3	75	1	12,5	7	87,5	2	16,7	10	83,3
Confortar paciente	3	75	1	25	5	62,5	3	37,5	8	66,7	4	33,3
Olhar paciente nos olhos	4	100	0	-	6	75	2	25	10	83,3	2	16,7
Localizar paciente no tempo/espaço	4	100	0	-	5	62,5	3	37,5	9	75	3	25
Manter respeito e privacidade do cliente na sua permanência na SO	4	100	0	-	8	100	0	-	12	100	0	-
Informar ao cliente de forma clara e simples as ações terapêuticas realizadas	2	50	2	50	4	50	4	50	6	50	6	50
Prover alta com segurança e respeito	4	100	0	-	7	87,5	1	12,5	11	96,1	1	8,4
Atitudes ("des") Humanas ("Não-cuidado")	Categoria Profissional								Total			
	Enfermeiros				Técnicos							
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Exercer atitudes estritamente técnicas	0	-	4	100	4	50	4	50	4	33,3	8	66,7
Expor o corpo do paciente na SRPA	0	-	4	100	0	-	8	100	0	-	12	100
Dirigir-se ao cliente pelo nome da patologia, cirurgia ou número da SO	0	-	4	100	0	-	8	100	0	-	12	100
Constranger paciente com palavras ou gestos impróprios na SRPA	0	-	4	100	0	-	8	100	0	-	12	100
Fazer comentários sobre aparelhos em mau estado de uso, defeito, falhas da equipe, etc., na presença do paciente	3	75	1	25	1	12,5	7	87,5	4	33,3	8	66,7
Deixar paciente sozinho na SRPA	1	25	3	75	2	25	6	75	3	25	9	75

Tabela 4. Distribuição das respostas de 11 profissionais de Enfermagem a respeito da Humanização no Centro Cirúrgico. Goiânia, 2007.

Perguntas	Respostas	Frequência	%	
1. Defina humanização da assistência	"Qualidade, eficiência e respeito ao cliente..."; "Ética, saber falar e ouvir..."; "Dignidade e segurança"	5	45,5	
	"É importante para melhorar o relacionamento interpessoal (paciente/profissional)"; "... compreensão de medos e anseios..."; "É o tratamento individualizado..."; "Enfermagem não tecnicista"	6	54,5	
2. Você julga necessário no seu serviço a humanização da assistência?	Sim	11	100	
	"Melhorar a interação paciente/profissional e evitar o trabalho tecnicista"; "A humanização é importante em todo e qualquer lugar de assistência";	4	36,4	
	Por quê?	"Ao chegar no CC, eles (pacientes) encontrarão pessoas humanas e aí se sentirão mais seguros... Os pacientes são seres humanos com necessidades físicas mentais, espirituais e sociais"; "... para melhorar a recuperação do paciente..."; "aumentar a qualidade da assistência globalizada ao paciente"	6	54,5
	"Paciente é dependente do serviço profissional"	1	9,1	
3. Quais as atividades que você julga como atitudes humanísticas durante a assistência de Enfermagem no período perioperatório?	"Atender as necessidades do paciente"; "... manter ética, segurança, respeito e cuidado"; "manter a privacidade do paciente"; "...amor e eficiência ao trabalho."	8	73	
	"SAEP", "recepção ao paciente, localizar em tempo e espaço"; "falar sobre os procedimentos anestésicos-cirúrgicos"; "chamar paciente pelo nome"	3	27	
	4. Em sua opinião, você presta assistência humanizada no seu trabalho?	Sim	11	100
De que forma ela acontece?	"Sempre tento, mas, às vezes, o trabalho se torna tumultuado"	1	9,1	
	"Conversando e explicando os procedimentos, mantendo segurança e tranquilidade"; "ouvir as dúvidas"	4	36,4	
	"Chamar paciente pelo nome e não pela cirurgia"; "Identificar-se"	3	27	
	"Providenciar materiais para a cirurgia..."; "... zelando pela parte técnica..."	2	18,4	
	"Manter a sinceridade, ser eu mesma, sorrir e dar bom-dia"	1	9,1	
5. Quais atitudes você considera "desumanas" no seu serviço?	"Suspensão de cirurgias"; "realizar procedimentos sem comunicar ao paciente"; "... não orientar cuidados..."; "expor paciente ao ar condicionado ligado"	3	27	
	Já vivenciou alguma? Descreva-as	"Ignorar queixas do paciente"; "não conversar com paciente"; "não chamar paciente pelo nome ou trocar"; ""	3	27
	"... preconceito... deixar paciente só na sala..."	2	19	
	"Falta de condições de trabalho ou materiais"; "...falta de profissionais..."; "falta de respeito, ética, atenção..."	3	27	
	Sim	10	90,9	
	Não. "Nenhuma. Se houve não me lembro"	1	9,1	

chegar no CC, os pacientes encontrarão pessoas humanas (profissionais) e dessa forma se sentirão mais seguros". Somente um profissional (9%) afirmou que "esse tipo de assistência é necessário porque o paciente é dependente do profissional". Ao responderem sobre as atitudes humanísticas durante o período perioperatório 73% (n=8) afirmaram que "ao atender às necessidades do paciente, mantendo a ética, segurança e respeito (privacidade) com amor e eficiência no trabalho estão prestando assistência

humanizada". O paciente sempre espera solução para os seus problemas e conta com a colaboração dos profissionais, que têm obrigação profissional e institucional de reconhecê-los e solucioná-los.⁽⁴⁾

Todos os profissionais de Enfermagem (100%) afirmaram "prestar assistência humanizada em seu serviço". "Conversar e ouvir, explicando sobre os procedimentos, identificando-se e chamando-os pelo nome" foram atitudes comentadas por 36,4% (n=4) dos sujeitos. A comunicação é um ponto que deve ser explorado e aprimorado pela Enfermagem de CC, pois todo procedimento deve ser explicado ao paciente.⁽¹⁴⁾

Um profissional (9,1%) referiu que "sempre tenta oferecer assistência humanizada, mas que às vezes o trabalho se torna tumultuado". A racionalização, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, ao impedirem que o trabalhador desenvolva sua capacidade crítico-criativa, atuam como "desumanizantes".⁽¹¹⁾

Dois (18,4%) profissionais afirmaram "assistir o paciente zelando pela parte técnica e pelo bom funcionamento da cirurgia ou materiais no perioperatório". O enfermeiro responde pelo cuidado ao cliente no CC e, se não o coloca em primeiro plano, atende à cirurgia, e não ao indivíduo.⁽¹⁰⁾

O fato de "ser sincera para com o paciente em sua permanência no CC, sendo humana e dando bom-dia" é a maneira como um profissional (9,1%) realiza cuidado humanizado. Humanizar caracteriza-se por colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregando-se de maneira sincera e leal ao outro, sabendo ouvir, com ciência e paciência as palavras e os silêncios.⁽¹⁰⁾

Quanto às atitudes que consideram "desumanas", 27% (n=3) relataram que "as suspensões de cirurgias, a realização de procedimento sem o consentimento do paciente e sua exposição" como fatores preocupantes. O grande número de cancelamento de cirurgias é um tema a ser debatido pela equipe de saúde, pois gera angústia e insegurança ao paciente, prejudicando-o e desrespeitando-o. Quanto à exposição inapropriada, é comum observar no CC momentos em que o paciente é esquecido em detrimento de questões burocráticas, ambientais e até por falta de respeito, permanecendo, durante a fase pré-anestésica, exposto e até mesmo nu sobre a mesa cirúrgica.^(4,10)

Outros 27% (n=3) afirmam que "não conversar com os pacientes, não os chamar pelo nome ou trocar seus nomes, deixá-los sozinhos na SO" são atitudes de "não-cuidado". "O preconceito, a falta de respeito e ética e o fato de ignorar as queixas dos pacientes" foram citados por 19% (n=2) dos profissionais. Reconhecer e promover a humanização, à luz de consideração ética, demanda um esforço para rever, principalmente, atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado do paciente.⁽¹⁵⁾ Três profissionais (27%) citaram que "falta de condições de trabalho, de materiais e falta de profissionais são fatores que prejudicam a assistência humanizada". Em geral, as instituições não têm oferecido um ambiente adequado, recursos humanos e materiais qualiquantitativos suficientes, remuneração digna e motivação para o trabalho, oportunidade para os enfermeiros se aperfeiçoarem em sua área de atuação para que estes possam exercer as suas funções de uma forma mais humanizada.⁽¹¹⁾

A prática mecanizada e as decisões unilaterais têm prevalecido nas instituições de saúde e em particular em ambientes como

o Centro Cirúrgico. Em locais críticos como esse, a conduta impessoal dos profissionais pode ser decorrente da grande demanda por serviços, cujos clientes não raras vezes se encontram em situação de risco. Esses fatores, sem dúvida, geram estresse, desgaste físico e psicológico, o que reduz as interações.⁽¹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das atitudes de "cuidado" e "não-cuidado" pelos profissionais de Enfermagem, este estudo mostrou que o cuidado humanizado no período transoperatório permeou alguns momentos e se mostrou insuficiente em outros, na admissão do CC, na SO e na SRPA.

Apesar dos profissionais discorrerem favoravelmente sobre este assunto, verificou-se que nem sempre o que foi respondido se expressou durante a rotina do serviço, havendo discordância entre a teoria e a prática cotidiana. Foi fundamental conhecer a opinião da equipe de Enfermagem e sua descrição de assistência humanizada, entretanto parece não haver uma consolidação deste conhecimento para além do pensamento, chegando a fazer parte das ações implementadas.

Na SRPA, as atitudes puderam ser observadas por categorias profissionais devido ao tipo de assistência exercida no local. Assim, observou-se uma atenção mais individualizada por parte dos enfermeiros, apesar do grande enfoque às atitudes de cuidado técnico e burocráticas. Os técnicos de Enfermagem observados realizaram atitudes mecanizadas, no entanto, ao descreverem sobre a humanização da assistência, demonstraram uma visão voltada ao cuidado que muitas vezes não deixa ser evidenciada na prática, devido à sobrecarga de trabalho, visualizada na coleta de dados e expressa nas respostas.

Os profissionais afirmaram conhecer as atitudes que diferem um “cuidado” de um “não-cuidado” citando aspectos vivenciados na rotina de trabalho. No entanto, houve algumas divergências quando comparado o descrito com as observações, talvez devido à demanda de pacientes e/ou atribuições do trabalho cotidiano, como citado por um profissional: “sempre tento, mas às vezes o trabalho se torna tumultuado”.

O presente estudo mostrou as diferentes atitudes de humanização entre enfermeiros e técnicos de Enfermagem, sendo que outros estudos discorreram sobre o perfil do enfermeiro do CC, excluindo as demais categorias. Para que haja a prestação de cuidado humanizado é preciso que, além das atitudes destinadas ao paciente, toda a equipe de Enfermagem esteja integrada e envolvida com o próximo (profissional ou cliente).

A partir dos dados observados, é possível considerar que a assistência de Enfermagem quanto às prerrogativas humanísticas não atende ao que aponta a literatura a esse respeito. Esses dados podem subsidiar exercícios de sensibilização da equipe, além de outros trabalhos que levem em consideração fatores relativos ao ambiente e à instituição, geradores de sobrecarga e estresse nos profissionais de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matsuda LM, Silva N, Tisolin AM. Humanização da assistência de Enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI adulto. *Acta Sci Health Sci (Maringá)*. 2003;25(2):163-70.
2. Rodrigues AL. Sensibilizando a equipe humanizando o cuidado [monografia]. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná; 2000.
3. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo: Látia; 2004.
4. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]*. 2004 set/dez. [citado 2007 Dez. 17];6(3). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/index.html
5. Cruz EA, Varela ZMV. Admissão em Centro Cirúrgico como espaço de cuidado. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]*. 2002 jan/jul. [citado 2007 Dez. 17];4(1):51-8. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/centro.html
6. Santos ALGS, Backes VMS, Vasconcelos MA. Assistência humanizada ao cliente no Centro Cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zderad. *Nursing (São Paulo)*. 2002;5(48):25-30.
7. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JFA. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]*. 2004 maio/ago. [citado 2007 Dez. 17];6(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/comunica.html
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Aquino CP, Caregnato RCA. Percepção das enfermeiras sobre a humanização da assistência perioperatória. *Rev SOBECC*. 2005;10(2):16-21.
10. Maia LFS, Nascimento EB, Gerardi ni VO. Avanço tecnológico e o cuidado humanizado em Centro Cirúrgico. *Rev SOBECC*; 2006;11(3):26-31.
11. Cassate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de Enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(1):105-11.
12. Villa VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(2):137-44.
13. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.
14. Prá LA, Piccoli M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de Enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. *Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]*; 2004 maio/ago. [citado 2007 Dez 17];6(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/sumario.html
15. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(1):132-5.

AUTORIA

Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto

Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Anna Paula de Mendonça Barros

Graduanda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO E AS COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS INTRAOPERATÓRIOS

POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO Y LAS COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS: RECOMENDACIONES DE CUIDADOS INTRAOPERATÓRIO

SURGICAL POSITIONING AND THE TRANSOPERATIVE COMPLICATIONS: RECOMMENDATIONS OF INTRAOPERATIVE CARE

Cássia Fossá Capela • Solange M. Guimarães

Resumo - A Enfermagem Perioperatória é responsável pela assistência ao paciente cirúrgico, sendo o posicionamento cirúrgico um dos fatores fundamentais para a obtenção de um procedimento seguro e efetivo. O objetivo do estudo foi o de identificar os cuidados no intraoperatório, no momento anestésico-cirúrgico, que visam à diminuição dos riscos de lesões nos posicionamentos comumente utilizados e os que mais causam alterações no paciente cirúrgico. A presente pesquisa é uma revisão bibliográfica do tipo descritiva-exploratória, através de informações pesquisadas na literatura especializada. Entre os protocolos pesquisados para o posicionamento adequado do paciente no período operatório, as recomendações da AORN foram as que mais se adequaram, por orientarem a Enfermagem em todas as etapas da intervenção cirúrgica, mostrando a razão dos cuidados e explicando a importância do uso de dispositivos de proteção. Haja vista a importância da Enfermagem promover a assistência ao paciente em todas as fases do procedimento cirúrgico, usando padrões de cuidados que buscam a diminuição dos riscos de lesões decorrentes da posição.

Palavras-chave - posicionamento cirúrgico, complicações intraoperatórias, práticas recomendadas.

Abstract -The Perioperative Nurse

is responsible for the attendance of the surgical patient, being the surgical positioning one of the primordial cares for a safe and effective operative procedure. This work has the objective to identify the cares in intraoperative, when anesthetic and surgical instruments are playing, which aim to decrease the risk of injury in placements commonly used and the one's that more cause changes in the surgical patient. This research is a descriptive-exploratory bibliographical revision, through information researched in specialized literature. As results, among the protocols found for the patient's appropriate positioning in the operative period, the recommendations of AORN were shown more adapted, guiding the Nursing practice in every stage of the surgical intervention, showing the objective of operative care and explaining the importance of protection devices. Finally, it is important that the nurse promote the attendance of the patient in every stage of the surgical procedure, using patterns of care that minimize risks for position-related lesions.

Key words - surgical positioning, complications, recommended intraoperative practices.

Resumen - La Enfermería Perioperatória es responsable por la asistencia a el paciente quirúrgico, pues la posición quirúrgica es uno de los factores fundamentales para la

obtención de un procedimiento seguro y efectivo. El objetivo del estudio fue identificar la atención en intraoperatória, no momento anestésico-quirúrgico, que tienen como objetivo disminuir el riesgo de lesiones en las posiciones más utilizadas y los que más provocan alteraciones en el paciente quirúrgico. La presente pesquisa es una revisión bibliográfica de tipo descritivo-exploratória, mediante informaciones en la literatura especializada. Entre los protocolos pesquisados para el posicionamiento adecuado del paciente en el período operatorio, las recomendaciones de AORN fueron las que más se adecuaron, por orientaren los enfermeros en todas las etapas de la intervención quirúrgica, presentando los cuidados y explicando la importancia del uso de dispositivos de protección. Es importante que la Enfermería promueva la asistencia al paciente en todas las fases del procedimiento quirúrgico, usando padrones de cuidados, que buscan la disminución de los riesgos de lesiones resultantes de la posición quirúrgica.

Palabras-clave - posicionamiento quirúrgico, complicaciones, periodo intraoperatório, prácticas recomendadas.

INTRODUÇÃO

A atuação do enfermeiro na assistência perioperatória é essencial, sendo o posicionamento cirúrgico uma prática de

fundamental importância no intraoperatório. O risco de lesão decorrente de um posicionamento inadequado deve ser avaliado com base em conhecimentos da anatomia e fisiologia humana, de modo a minimizar resultados indesejáveis, haja vista que mesmo bem posicionado, o paciente ainda pode apresentar complicações transoperatórias.⁽¹⁻⁴⁾

A Enfermagem Perioperatória é responsável pela qualidade da assistência ao paciente cirúrgico antes, durante e depois da intervenção cirúrgica, iniciando antes da transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica.⁽³⁻⁴⁾

Embora a escolha da posição do paciente seja usualmente determinada pela abordagem cirúrgica, a responsabilidade pelo seu bem-estar é dividida entre o cirurgião, o anestesista e a equipe de Enfermagem.^(1,4-7) A enfermeira da unidade de Centro Cirúrgico deve desempenhar funções norteadas por conhecimentos científicos, bem como dominar o uso de materiais e equipamentos que se renovam continuamente pelo avanço tecnológico atual.^(2, 8)

A assistência de Enfermagem ao paciente cirúrgico deve seguir padrões de cuidados que incluem desde a avaliação pré-operatória e o planejamento transoperatório até o acompanhamento pós-operatório, baseados na sistematização do processo de Enfermagem. O paciente deve ser assistido de modo a prevenir complicações cardiocirculatórias, respiratórias, tegumentares, entre outras.^(1-4, 9)

A Sistemática da Assistência de Enfermagem Perioperatória (Saep) desenvolve um processo de Enfermagem individualizado e documentado com o objetivo de atender às necessidades dos pacientes através da identificação de fa-

tores relacionados aos procedimentos cirúrgicos. Essa orienta as intervenções de Enfermagem com o propósito de diminuir os riscos de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico.^(2-4, 8, 10)

A conduta do enfermeiro deve ser fundamentada nas evidências científicas, que preconizam a utilização de resultados de pesquisas clínicas com embasamento teórico para a prática da assistência de Enfermagem.⁽¹¹⁻¹³⁾

OBJETIVO GERAL

Identificar os cuidados no intraoperatório, no momento anestésico-cirúrgico, que visam à diminuição dos riscos de lesões nos posicionamentos comumente utilizados e os que mais causam alterações no paciente cirúrgico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as posições cirúrgicas e as suas complicações mais comuns nos decúbitos: dorsal, ventral, lateral e litotomia, associadas ao céfalo-ativo e declive;

MÉTODOS

A presente pesquisa é uma revisão bibliográfica do tipo descritiva e exploratória, a partir de informações pesquisadas na literatura especializada. O estudo teve início em março de 2006 e término em junho de 2006.

Foram apenas consideradas publicações dos últimos 10 anos. As etapas percorridas para a construção da revisão foram: (1) a formulação do problema, (2) coleta de dados, (3) avaliação dos dados, (4) análise e interpretação dos dados coletados e, por fim, (5) a apresentação do documento construído.⁽¹⁴⁾

1- Questão norteadora do assunto:

Quais são os padrões de cuidado no perioperatório em relação ao posicionamento?

2- Livros e revistas especializadas, artigos científicos, dissertações de mestrado e banco de dados, dentre os quais: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (Medline), Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane (Cochrane), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme).

3- A seleção do material bibliográfico realizou-se, inicialmente, pela leitura, na qual foram selecionadas 21 publicações das 35 consultadas. Após a leitura crítica com análise do material, comparação das informações sobre o assunto, foi estruturada em fases como: alterações fisiológicas do posicionamento, complicações e práticas recomendadas para o posicionamento do paciente cirúrgico, conforme o modelo da Associação de Enfermeiras de Centro Cirúrgico (AORN).

ANÁLISE SOBRE AS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

Existem três posições transoperatórias básicas: decúbito dorsal, decúbito ventral e decúbito lateral. Estas podem ser desmembradas de acordo com as necessidades de cada paciente e intervenção.^(1, 3-4)

As alterações perioperatórias envolvem frequentemente o sistema musculoesquelético, o sistema nervoso, o sistema cardiovascular e o sistema respiratório e

variam de acordo com a posição assumida pelo paciente.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

O sistema musculoesquelético pode estar sujeito a estresse incomum e exagerado durante o posicionamento operatório. A amplitude normal do movimento é mantida no paciente em estado de alerta pelos receptores de dor e de pressão, que estão em contato com a maca, e pela compressão de ligamentos, tendões e músculos.

Agentes farmacológicos, como anestésicos e relaxantes musculares, deprimem os receptores de dor e pressão e geram a perda do tônus, ocorrendo relaxamento muscular.⁽¹⁷⁾ Assim, os mecanismos de defesa normais não podem proteger contra dano articular, estiramento e esforço muscular. As proeminências ósseas são particularmente mais suscetíveis ao trauma pelo atrito e pela pressão sustentada em pontos mais vulneráveis.^(4, 18-19)

A depressão do sistema nervoso também acompanha a administração de agentes anestésicos e outras drogas. Os receptores de dor e de pressão podem ser afetados regional ou sistemicamente. O grau de depressão depende do tipo de anestesia, sendo mais importante na anestesia geral.^(1, 5-7)

O sistema cardiovascular conta com mecanismos compensatórios da homeostase circulatória, incluindo fatores hormonais, reflexos e ajustes mecânicos. Esses fatores facilitam o retorno venoso, conservando o débito cardíaco e pressão arterial. Devido aos efeitos dos anestésicos utilizados, esses mecanismos reguladores normais são bloqueados, ficando o paciente vulnerável a complicações cardiovasculares.^(5-7, 20)

No decúbito dorsal, posição mais fre-

quentemente utilizada, a influência da gravidade é mínima, quase inexistindo gradiente de perfusão entre o coração e os vasos das extremidades. O gradiente venoso é também mínimo, mantido pelas alterações de pressão do ciclo intratorácico. A pressão arterial média pode se alterar de acordo com a posição, podendo aumentar ou diminuir. Quando os membros inferiores ficam abaixo do nível do coração há um acúmulo de sangue nos vasos, diminuindo o volume circulante efetivo, o débito cardíaco e a perfusão sistêmica.⁽⁵⁻⁷⁾

Já no decúbito ventral há um déficit na dinâmica circulatória. O paciente deitado sobre a parede abdominal exerce pressão de compressão sobre as vísceras e os vasos intra-abdominais. As alterações variam de acordo com o aclone ou declive associado. Se associado a céfalo-declive, pode ocorrer congestão facial e cervical, ou edema de conjuntiva devido ao acúmulo de líquido extracelular. Se houver céfalo-aclone, o gradiente de pressão entre a cabeça e o coração aumenta proporcionalmente ao grau de elevação.⁽⁵⁻⁷⁾

O sistema respiratório pode ser comprometido durante o posicionamento. Nos decúbitos dorsal e ventral, as vísceras abdominais móveis, pela ação da gravidade, dificultam o movimento do diafragma, impondo grau de restrição à ventilação pulmonar.⁽²⁰⁾

No decúbito lateral, ocorrem compressão e diminuição de volume do pulmão situado inferiormente pelo desvio das estruturas mediastinais (ação gravitacional). O pulmão superior, menos comprimido, repousa ao nível do átrio, causando menos congestão vascular. Ocorre desbalanço ventilação-perfusão, uma vez que o pulmão inferior fica hipoventilado e congesto e o pulmão superior,

mal perfundido e hiperventilado.⁽⁵⁻⁷⁾

A posição de litotomia é a variação mais extrema do decúbito dorsal, na qual o paciente fica com as pernas elevadas e abduzidas para expor a região perineal. A flexão exagerada das coxas compromete a função respiratória pelo aumento da pressão intra-abdominal contra o diafragma. A ação da gravidade sobre o fluxo de sangue das pernas elevadas causa resacas volêmicos na região esplênica, o que pode mascarar a hipotensão secundária a perda sanguínea durante a cirurgia. A prevenção de traumas e o conforto do paciente são aspectos importantes dos cuidados de Enfermagem.

O histórico de Enfermagem, desse modo, envolve o reconhecimento dos fatores de riscos e situações vulneráveis de acordo com o posicionamento.^(1, 3-5)

As situações vulneráveis incluem:

1. procedimentos cirúrgicos longos: duas horas ou mais de pressão direta podem resultar em ruptura da integridade da pele;
2. cirurgia vascular: a perfusão sanguínea pode estar comprometida devido ao processo de doença do paciente, pelos efeitos da anestesia, pelos garroteamentos; condições ósseas desmineralizantes, como metástase maligna ou osteoporose, colocam o paciente em alto risco para fraturas; sustentação excessiva de pressão ou retração de certas áreas do corpo podem aumentar o dano à integridade da pele.

Pacientes vulneráveis incluem:

1. pacientes geriátricos, cuja fina camada de pele e o debilitado sistema circulatório os tornam mais propensos a rompimento da integridade da pele

devido à pressão;

2. pacientes pediátricos, cujo tamanho e peso devem ser levados em consideração quando se selecionam os auxílios de posicionamento;

3. pacientes desnutridos, anêmicos, obesos, hipovolêmicos, paralíticos, arteroscleróticos ou diabéticos são também propensos ao rompimento da integridade da pele;

4. pacientes com próteses ou articulações artríticas;

5. pacientes com edema, infecção ou condições de baixas

reservas cardíaca ou respiratória.

Todas as possíveis posições cirúrgicas podem alterar, em diferentes graus, as funções fisiológicas.

No paciente anestesiado, as mudanças decorrentes dos agentes anestésicos impõem maior dificuldade aos mecanismos compensatórios normais. As complicações variam de acordo com a posição assumida pelo paciente.^(3-7, 15-18)

Nos quadros a seguir apresentaremos as posições cirúrgicas e suas complicações.

QUADRO I- Posição Dorsal Associado a Céfalo-active

Complicação	Descrição
Embolia aérea	O risco de embolia aérea secundária à lesão cirúrgica acima do nível do coração aumenta com o grau de céfalo-active. Embora relativamente frequente, muitos episódios são de pequeno volume. Entretanto, a contínua entrada de ar na circulação requer diagnóstico e tratamento imediato, (a composição ar-sangue forma uma massa compressível que reduz muito a efetividade da contração ventricular e dificulta o sistema de condução do coração). Há obstrução de pequenos vasos pulmonares e distúrbios nas trocas gasosas. O paciente pode apresentar ausculta cardíaca anormal, arritmias, hipotensão, diminuição do CO ₂ expirado e dispnéia severa. Muitas vezes é letal ao paciente.
Hipotensão	Nos pacientes anestesiados, os reflexos de proteção cardiovascular são inibidos. O céfalo-active é frequentemente acompanhado de certo grau de hipotensão, que será proporcional ao grau de inclinação.
Compressão ocular	Complicação rara atualmente, devido ao uso de pinos de fixação craniana. No entanto, o céfalo-active com decúbito lateral ou ventral pode ocasionar lesão nos olhos, se não estiverem bem protegidos, desencadeando isquemia do globo ocular ou deslocamento do cristalino.
Edema de face, língua e pescoço	A flexão exagerada e prolongada do pescoço sobre o tórax pode ocasionar obstrução linfática e venosa com edema acentuado na língua, nos lábios, na faringe e na epiglote, podendo desencadear insuficiência ventilatória no pós-operatório imediato.
Lesão do nervo ciático	Pode se desenvolver em pacientes que são posicionados semi-sentados, quando as coxas ficam muito fletidas e os joelhos pouco curvados. Principalmente em pacientes muito magros, as nádegas devem ser bem apoiadas.

Fonte: dados extraídos da revisão bibliográfica.⁽³⁻⁷⁾

QUADRO II - Posição Dorsal

Complicações	Descrição
Hipotensão postural	É a complicação mais frequente, decorrente de uma elevação súbita do decúbito, por depressão dos mecanismos de vasocompensação no paciente anestesiado. Outra causa importante é a inadequada reposição de perdas sanguíneas ou o rápido aumento do espaço intravascular, como ocorre nos desclameamentos arteriais.
Alopécia	A prolongada compressão dos folículos capilares, associada ou não à hipotensão e hipotermia, pode produzir perda de cabelos na região de apoio, evoluindo com dor, inflamação e edema. Essa complicação é mais comum na região occipital de pacientes que permaneceram em céfalo-dedive acentuado e ocorre entre uma e quatro semanas do pós-operatório e regride em cerca de três meses.
Hiperextensão da cabeça	Ocorre por excessiva lateralização do segmento cefálico, podendo causar estiramento ou lesão das raízes nervosas do plexo cervical. A sintomatologia será variada, conforme as raízes cervicais envolvidas, evoluindo de dor até paraplegia por lesão medular.
Compressão costoclavicular	Ocorre essencialmente em duas situações no paciente em decúbito dorsal com céfalo-dedive acentuado: (1) quando se usa um apoio de ombro muito rígido ou (2) quando o punho está fixado, imobilizando o doente. A clavícula será comprimida contra a primeira costela, comprimindo o feixe neurovascular subdávio, podendo diminuir a amplitude do pulso radial.
Lesão do nervo radial	A fixação inadequada do membro superior pode levar à compressão do nervo radial contra a mesa cirúrgica, causando lesão. A clínica se manifesta por queda do punho, fraqueza na abdução do polegar e incapacidade de estender a falange distal do polegar.
Lesão do nervo ulnar	O trauma direto sobre o nervo ocorre quando o cotovelo fica apoiado diretamente na mesa cirúrgica, com compressão de sua passagem entre o olécrano e o epicôndilo medial do úmero. Nos pacientes com tala lateral, deve-se evitar a conjunção braço abduzido - mão pronada, que também pode lesar o nervo.
Lesão do braço	Uma tala de braço com abdução acentuada (maior que 90°) intencional ou não pode forçar a cabeça do úmero sobre o feixe neurovascular da axila, lesando as estruturas do braço. O braço deve estar bem fixo na tala, uma vez que sua mobilização pode lesar a cápsula da escápula, fraturar o úmero ou lesar o nervo ulnar.
Lombalgia	Quando o paciente está anestesiado ocorre o relaxamento ligamentar por perda da curvatura lombar normal. A lombalgia pode ser evitada com a colocação de coxins na região, mantendo a lordose fisiológica. Aconselha-se testar o posicionamento antes da anestesia, quando o paciente consegue referir dor.
Lesão perineal	Ocorre geralmente em pacientes posicionados em mesas ortopédicas, com tração do membro inferior. A pelve fica imobilizada na estaca a mesa. A pressão pode estar excessiva sobre o períneo ou por inadequada proteção da estaca, causando lesão da genitália, dos nervos pudendos ou perda da sensibilidade pelvipérineal.
Síndrome compartimental	Ocorre por perfusão inadequada da extremidade. Caracteriza-se por isquemia, edema hipóxico, elevada pressão tecidual nos compartimentos (fáscias) das extremidades e severa rabdomiólise, provocando extensas lesões dos nervos da região. Pode causar insuficiência renal, pela toxicidade da mioglobina ao epitélio tubular renal. A fasciotomia é o único tratamento efetivo.

QUADRO III – Posição Ventral

Complicação	Descrição
Lesão cervical	A rotação lateral do pescoço e da cabeça no paciente anestesiado e pronado podem originar estiramento dos ligamentos e músculos relaxados, lesando articulações cervicais. Essa lesão manifesta-se por dor e limitação funcional no pós-operatório. Além disso, o fluxo vascular local ou contralateral pode ser afetado, causando alteração nos sistemas carotídeo e vertebral, e secundário dano à perfusão cerebral.
Lesão do plexo braquial	As raízes nervosas contralaterais à face rotada do braço podem ser lesadas por estiramento se a clavícula estiver mal posicionada. Ao apoiar o braço em uma tala, deve-se observar se a cabeça do úmero não está estirada, por risco de compressão do feixe neurovascular.
Síndrome do desfiladeiro torácico	Devido à compressão de raízes do plexo braquial e dos vasos subclávios entre a clavícula e a primeira costela, ocorre dor e parestesia no membro após abdução prolongada do mesmo.
Lesão de olhos e de ouvidos	Há risco de lesão de córnea, caso os olhos não estiverem lubrificados e bem protegidos. A cabeça, de preferência, deve ficar lateralizada, impedindo que os olhos fiquem apoiados e haja compressão dos globos oculares. Pode surgir edema conjuntival transitório se a cabeça estiver no nível do coração ou abaixo dele. O pavilhão auricular não deve ser torcido nem apoiado inadequadamente para que não haja lesão cartilaginosa.
Lesão de mamas	As mamas femininas, quando comprimidas pelo decúbito ventral, poderão ser lesadas. Mamas mais densas suportam melhor a pressão. Pacientes masculinos com ginecomastia também deverão ser protegidos.
Coluna instável	Após a indução anestésica, o paciente que se encontra em decúbito dorsal será reposicionado para o decúbito ventral. Esta mudança de decúbito deve ser alcançada com movimentos cuidadosos e sincrônicos. Cuidados especiais devem ser prestados aos pacientes com história prévia de lesão ou aqueles com imobilização por mecanismos de tração externa.
Compressão do tórax e do mediastino	As estruturas torácicas, particularmente as mediastinais, sofrem pressão na posição prona em decorrência da ação da gravidade, do peso do tórax e por estarem em posição inferior. O grau de compressão varia de acordo com o peso do paciente, posição e o tipo de apoio usado.
Compressão abdominal	A ventilação pode tornar-se prejudicada por compressão do diafragma pelas estruturas abdominais. O retorno venoso será diminuído se a pressão intra-abdominal exceder a pressão venosa nos membros inferiores.
Compressão perineal	Principalmente nos homens, deve-se ter cuidado no posicionamento da genitália externa, evitando pressões excessivas. Em cirurgias prolongadas, o risco de lesão direta é maior, geralmente com presença de edema, hematoma e outras complicações pós-operatórias.
Lesões de estomas viscerais	Os pacientes portadores de estomas viscerais que drenam para bolsas fixas na parede abdominal poderão apresentar edema ou isquemia do orifício.

Fonte: dados extraídos da revisão bibliográfica . (1,3,5-8,17-18,)

QUADRO IV - Posição Dorsal Associado a Céfalo-Declive

Complicação	Descrição
Compressão costoclavicular	Ocorre quando um coxim muito rígido comprime a primeira costela contra a clavícula.
Lesão do nervo radial	Quando o punho do paciente fica preso por um dispositivo de segurança à mesa cirúrgica, pode hiperestender e lesar o nervo radial.
Aumento do volume sanguíneo	O céfalo-declive aumenta o retorno venoso, elevando o volume sanguíneo e o trabalho cardíaco para bombeá-lo. Há desequilíbrio na relação ventilação/perfusão. Consequentemente o ápice pulmonar fica congestionado e hipoventilado, enquanto a base pulmonar fica mal perfundida e hiperventilada.
Edema de face	Pode ocorrer congestão facial, cervical ou edema de conjuntiva, devido ao acúmulo de líquido extracelular, dificultando assim a drenagem.

Fonte: dados extraídos da revisão bibliográfica. (1,5-7,18)

QUADRO V – Posição Lateral

Complicação	Descrição
Hipotensão	Ocorre com o uso de suportes (coxins) muito elevados nas cirurgias renais ou de vias biliares, por compressão da veia cava inferior e diminuição do retorno venoso.
Lesão cervical	Ocorre quando a cabeça do paciente, apoiada inadequadamente em suportes ou travesseiros, permanece em flexão, extensão ou rotação excessiva.
Lesão do ombro	A rotação do ombro posicionado inferiormente pode lesar o canal do nervo supra-escapular na raiz do pescoço, produzindo dor difusa no ombro. O tratamento de casos mais graves requer ressecção do ligamento para descompressão do nervo.
Lesão do olho ou do ouvido	Tanto o olho como o ouvido do lado apoiado na mesa cirúrgica podem sofrer lesões por pressão excessiva. A lesão de córnea também deve ser prevenida com o uso de pomadas oftálmicas ou curativos oclusivos.
Atelectasia	Pulmão situado inferiormente encontra-se comprimido e eventualmente mal ventilado. Isto ocorre particularmente na posição de flexão lateral, quando a dobra da mesa incide sobre o flanco ou rebordo costal ao invés de estar na crista ilíaca.
Tórax instável	Ocorre quando um trauma torácico importante gera instabilidade do gradil costal. Nesse caso, está contraindicado o decúbito lateral sobre o lado lesado, uma vez que as espículas dos arcos costais fraturados podem se deslocar com o peso do tórax e perfurar o pulmão.
Coluna instável	A mobilização de um paciente com trauma de coluna vertebral, independentemente do nível, requer cuidados especiais no intuito de evitar um agravamento da lesão.
Necrose do fêmur	A utilização de uma fita de fixação de forma inadequada pode gerar compressão da cabeça do fêmur no acetábulo, evoluindo eventualmente para necrose asséptica. O ideal é que essas cintas fiquem apoiadas no quadril superior.
Lesão do nervo fibular	Com o paciente em decúbito lateral, o peso do joelho superior contra o colchão tem chances de lesar o nervo fibular comum, que passa lateralmente ao côndilo da fíbula. Essa lesão pode desencadear perda da sensibilidade no dorso do pé e incapacidade de fletir-lo.

Fonte: dados extraídos da revisão bibliográfica. (1,3-7,18)

QUADRO VI – Posição Litotomia

Complicação	Descrição
Torções da coluna lombar	Ocorrem pela inadequada manipulação dos membros inferiores, os mesmos devem ser movimentados simultaneamente.
Hipotensão súbita Congestão vascular e aumento da pressão intracraniana, quando associada ao céfalo-declive	Decorrente do rebaixamento abrupto dos membros inferiores. Há aumento do retorno venoso, elevando o volume sanguíneo e o trabalho cardíaco para bombeá-lo, a flexão exagerada das coxas pode comprometer a função respiratória pelo aumento da pressão contra o diafragma

Fonte: dados extraídos da revisão bibliográfica (1,3-7)

RESULTADOS DOS CUIDADOS INTRAOPERATÓRIOS PARA O POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

Práticas recomendadas para posicionar o paciente cirúrgico

As presentes práticas apresentam recomendações a serem utilizadas no intraoperatório indicadas pela AORN. A Associação de Enfermeiras de Centro Cirúrgico (AORN) reconhece os diferentes conjuntos de práticas perioperatórias existentes, entretanto, adotam algumas como diretrizes, fazendo revisões dos padrões e determinam a execução das técnicas. Estes conjuntos de práticas versam sobre as salas de cirurgias tradicionais, unidades de cirurgia ambulatoriais, consultórios médicos, salas de hemodinâmica e endoscopia, serviços de radiologia e demais áreas médicas.^(3-5, 15-17,21)

Propósito

As práticas recomendadas provêm de diretrizes para assistência perioperatória, quanto ao posicionamento cirúrgico inicia no momento da admissão do paciente, ser um guia na transferência da maca para a mesa operatória e dessa para a maca da sala de recuperação anestésica.

A posição do paciente deve proporcionar acesso cirúrgico adequado, via aérea, acessos venosos e dispositivos de monitoração. A posição não deve comprometer os sistemas tegumentar, circulatório, respiratório, musculoesquelético ou estruturas neurológicas. O conforto do paciente deve ser considerado. O tipo de equipamento requerido é determinado pela condição do paciente, pela cirurgia a ser executada e pelas preferências da equipe cirúrgica. O trabalho deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar minimizando as chances de complicações pós-operatórias relacionadas à posição do paciente.

O modelo da prática das recomendações é um documento oficial que norteia as declarações a seguir.^(15-17,21)

Prática recomendada I

A avaliação pré-operatória para o posicionamento deve ser feita antes de posicionar o paciente e colocar os dispositivos na mesa cirúrgica.^(15-17,21)

Declaração interpretativa 1: a avaliação deve incluir, mas não se restringir, as limitações físicas do paciente, tais como peso do paciente, altura do paciente, estado nutricional, condições da pele, tipos de soluções utilizadas na assepsia, doenças

pré-existentes, efeitos do posicionamento em todas as fases do processo cirúrgico, tipo e porte do procedimento.

- **Razão:** as limitações físicas do paciente podem ser alteradas com o uso de drogas ou agentes anestésicos. Pacientes obesos são mais suscetíveis ao acúmulo de umidade em dobras de pele, e o tecido adiposo não possui uma boa perfusão. Pacientes de peso inferior ao normal submetidos à pressão excessiva em superfícies ósseas, devem utilizar dispositivos de tamanho apropriado para prevenir dano ao paciente.

- Pacientes altos necessitam de uma extensão de mesa acolchoada. Pacientes desnutridos têm maior risco para úlceras de pressão. Hipotermia, hipotensão e procedimentos prolongados são situações que podem conduzir à diminuição da perfusão.

Declaração interpretativa 2: A enfermeira deve comunicar à equipe cirúrgica sobre qualquer anormalidade.

- **Razão:** a comunicação é de suma importância entre os participantes da equipe cirúrgica. O planejamento apropriado pode garantir a segurança do paciente.

Prática recomendada II

Os dispositivos para o posicionamento devem estar disponíveis, limpos e em bom estado de funcionamento antes de colocar o paciente na mesa cirúrgica. ^(15-17,21)

Declaração interpretativa 1: o equipamento deve estar limpo e em perfeitas condições para uso.

- **Razão:** contaminação microbiana, pontos de pressão, dano mecânico e queimaduras podem ocorrer ao paciente e/ou à equipe se os equipamentos não estiverem em condições.

Declaração interpretativa 2: a equipe deve estar habilitada a escolher os dispositivos que incluem, mas não são limitados a, mesas cirúrgicas, estribos, apoios de braço, almofadas e coxins de segurança.

- **Razão:** as limitações anatômicas podem determinar os tipos de dispositivos para o posicionamento; deve-se testar os equipamentos de monitorização anestésica antes do uso para a segurança do paciente e da equipe cirúrgica. A equipe deve estar habilitada para a utilização dos equipamentos, prevenindo assim intercorrências.

Declaração interpretativa 3: dispositivos específicos devem ser utilizados para garantir a segurança do paciente. Esses podem incluir, mas não são limitados a:

- almofada supino para pontos de pressão, como cabeça, cotovelos e sacro; suporte para braços e áreas lombares; dispositivos de segurança, como cintas;
- apoio acolchoado para a cabeça; apoios para ombro e íliaco; rolos acolchoados para tornozelos e pontos de pressão, como joelhos, cotovelos

e olhos; dispositivos de segurança, como cintas;

- apoio acolchoado lateral para a cabeça; apoio de braço; rolo axilar; traveseiro para colocar entre as pernas, acolchoados para pontos de pressão, como joelhos flexionados e tornozelos; e dispositivos de segurança como cintas;
- estribos de litotomia ajustáveis apropriados; apoios de braços e almofadas para pontos de pressão, como joelhos, tornozelos, e cotovelos, e área sacra.
- dispositivos mais eficazes na prevenção. São sugeridos os colchões de ar micropulsante, coberturas de colchão de polímero de visco elástico seco e almofadas de gel.⁽²⁾
- **Razão:** ter equipamentos apropriados contribui para a preservação do paciente e promove exposição adequada para anestesia e acesso cirúrgico. O dano tecidual pode acontecer se a pele entrar em contato com metal ou áreas não acolchoadas da mesa cirúrgica. As proeminências ósseas são vulneráveis a áreas de pressão em tecidos frágeis. Pacientes submetidos a tempo cirúrgico superior a duas horas têm risco de desenvolver úlceras de pressão. Dispositivos de posicionamento podem incluir:
- apoio de braço supino - colocado num ângulo menor que 90°, diminuindo a extensão do plexo braquial, prevenindo danos aos nervos. Apoio lombar pode diminuir a incidência de dor pós-operatória;
- apoio apropriado para a cabeça – provêm acesso à via aérea e proteção para a testa, olhos e queixo. Ombros

e apoios de íliaco permitem adequada avaliação de tórax durante a ventilação e diminui a pressão na cavidade abdominal e na região escrotal;

- apoios laterais - para a cabeça protegem a orelha de dano por pressão. O rolo axilar e o apoio de braço promovem proteção às estruturas neurovasculares do ombro. Apoios em extremidades sem forros podem causar úlceras de pressão ou lesões nervosas;
- estribos ajustáveis de litotomia colocados num mesmo nível podem prevenir danos. A elevação das pernas lenta e simultânea pode ajudar a compensar o retorno venoso e prevenir danos comuns.

Prática recomendada III

Durante o posicionamento, a enfermeira deve monitorar o paciente, avaliar e manter o alinhamento do corporal e a integridade tecidual. ^(15-17,21)

Declaração interpretativa 1: o número de dispositivos e de funcionários deve ser adequado para a segurança na transferência ou posicionamento do paciente.

- **Razão:** a coordenação da equipe deve ser suficiente para movimentar e posicionar lentamente o paciente, contribuir para a sua segurança. No mínimo quatro pessoas são recomendadas para erguer um paciente adulto inconsciente. Deve-se evitar deslizar ou puxar o paciente para a maca usando-se forças desiguais, uma vez que se podem danificar tecidos ou vasos sanguíneos periféricos e ocasionar abrasões de derme. Catéteres, tubos e cânulas podem ser deslocados se não estiverem apoiados e fixados adequadamente.

Declaração interpretativa 2: o posicionamento deve ser alcançado sem a exposição prolongada ou desnecessária do paciente.

- **Razão:** deve-se evitar a exposição excessiva do paciente para manter a sua dignidade e prevenir a diminuição da temperatura do corpo. A equipe deve manter os princípios relacionados ao acolhimento e de privacidade.

Prática recomendada IV

Depois de posicionar o paciente, o enfermeiro deve reavaliar o alinhamento do corpo e integridade dos tecidos. ^(15-17,21)

Declaração interpretativa 1: uma vez que a posição desejada foi alcançada e assegurada, o enfermeiro deve participar da avaliação. Essa avaliação deve incluir, mas não ser limitada a, os seguintes sistemas: respiratório, circulatório, musculoesquelético, neurológico e tegumentar.

- **Razão:**

A. O posicionamento pode influenciar a respiração, restringindo mecanicamente a função da caixa torácica e do abdômen;

B. Os agentes anestésicos normalmente causam vasodilatação periférica, resultando na diminuição da pressão sanguínea; Até mesmo a posição mais comum de supino contribui para alterações cardiocirculatórias;

C. A maioria das paralisias pós-operatórias ocorre por posicionamento impróprio na mesa cirúrgica;

D. Os fatores que conduzem ao dano de nervos incluem:

- peso dos instrumentos;
- membros da equipe cirúrgica que

se apóiam no paciente;

- cabeça e pescoço são hiperestendidos por torção ou estiramento de extremidades.

E. Uma erupção cutânea pode indicar hipersensibilidade à droga, enquanto uma queimadura pode evidenciar que um dispositivo de cauterização elétrica não está sendo usado adequadamente.

Declaração interpretativa 2: seguindo uma mudança no decúbito do paciente, da mesa cirúrgica ou de dispositivos, ou na transferência para outra maca, os mesmos devem ser reavaliados, para alinhamento do corpo e integridade dos tecidos.

- **Razão:** tecidos podem ser danificados por dobradiças da maca cirúrgica ou dispositivos presos à mesma. Uma posição variável pode expor ou danificar o sistema tegumentar.

Prática recomendada

Políticas e procedimentos relacionados ao posicionamento cirúrgico devem ser desenvolvidos como conjunto de práticas e devem ser incluídos, mas e não limitados à: ^(15-17,21)

- avaliação de critérios;
- considerações anatômicas e fisiológicas;
- medidas de segurança;
- monitorização do paciente;
- registro documental do posicionamento e dispositivos usados, complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados encontrados, pode-se afirmar que a Enfermagem é fun-

damentada na tomada de decisões sobre os cuidados relacionados à segurança do paciente. O posicionamento cirúrgico exige cuidados específicos, principalmente pela equipe de Enfermagem, que busca através da assistência apropriada, formas de prevenir complicações. É essencial que o enfermeiro atue de forma dinâmica e siga protocolos específicos com o devido embasamento teórico, tornando mais efetiva a assistência perioperatória.

A avaliação pré-operatória é fundamental para o planejamento das intervenções desenvolvidas no transoperatório. Os pacientes devem ser avaliados quanto às suas limitações e seus fatores de riscos.

A bibliografia sugere que as alterações perioperatórias mais frequentes envolvem os sistemas musculoesquelético, nervoso, cardiovascular e respiratório, e as posições mais propensas a causarem complicações são os decúbitos dorsal, ventral, lateral e litotomia, associados a céfalo-activo e declive.

As implicações do estudo sobre as alterações fisiológicas do posicionamento e suas complicações nos levaram a buscar um modelo estruturado como documento, que orienta e justifica as intervenções realizadas no posicionamento, sendo embasada nos preceitos das associações e comitês de Enfermagem que representam à Enfermagem Perioperatória.

As práticas recomendadas para posicionar o paciente cirúrgico devem ser usadas como diretrizes para o desenvolvimento de procedimentos no conjunto das práticas diárias com o intuito de diminuir os riscos de lesões. No estudo foram aderidas as recomendações da AORN, por serem evidentes nas revisões dos artigos e revistas nacionais.

A pesquisa não é conclusiva, pois são ne-

cessários outros estudos que demonstrem como praticar este modelo. As “boas práticas” destacadas nas recomendações da SOBECC certamente podem ajudar as enfermeiras quanto às decisões e responsabilidades em relação ao papel a ser desempenhado no momento do posicionamento do paciente cirúrgico.

A Enfermagem, na atualidade, é uma prática baseada em evidências científicas. Por essa razão, deve-se incentivar a contínua geração de conhecimento nessa área de atuação.

Ao finalizar a presente investigação, temos a expectativa de poder contribuir com subsídios que conduzam à prática profissional, fundamentada em conhecimento científico, bem como na formação de futuros enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Meecker MH, Rothrock JC. Alexander. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 2ª ed. rev. atual. São Paulo: SOBECC; 2003.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 3ª ed. São Paulo: SOBECC; 2005.
- Meecker MH, Rothrock JC. Alexander cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. Segurança do paciente e ambiente; p.15-31.
- Oliveira ACM. Posicionamento do paciente. In: Manica J. Anestesiologia: princípios e técnicas. Porto Alegre: Artmed; 1992. p.87-122.
- Magalhães ACM. Posicionamento do paciente. In: Manica J. Anestesiologia: princípios e técnicas. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.194-214.
- Palazzo S. Análise dos procedimentos e recursos de proteção utilizados nas posições cirúrgicas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
- Smeltzer SC, Brenda GB. Brunner & Suddarth: tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Tratamento intra-operatório em Enfermagem; p.319-36.
- Campos SMCL, Ayres JA, Olbrich SRLR, Nitsche MJT, Posso MBS. Sistemática da assistência de Enfermagem Perioperatória - percepção de enfermeiros assistenciais. Rev SOBECC. 2000; 5(4)21-5.
- Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev Latino-Am Enferm. 2003;11(1):115-8.
- Caliri MHL, Marziale MHP. A prática de Enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. Rev Latino-Am Enferm. 2000;8(4):103-4.
- Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na Enfermagem Perioperatória. Rev Latino-Am Enferm. 2002;10(5):690-5.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
- Association of Perioperative Registered Nurses. Standards recommended and guidelines. Denver; 1999.
- Association of Perioperative Registered Nurses. Standards recommended and guidelines. Denver; 2006.
- Association of Perioperative Registered Nurses. Standards recommended and guidelines. Denver; 2000.
- Crenshaw AHC. Cirurgia ortopédica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- Ferreira LMB, Ribeiro MCM. Centro cirúrgico - o espaço de fazer Enfermagem. Rio de Janeiro: EDC; 2000.
- Cioato MJ, Silva AMDS. Posicionamento cirúrgico - temas da atualidade em centro cirúrgico. Porto Alegre: HCPA; 1999.
- Categorias dos padrões de Enfermagem perioperatória – Parte I. Rev SOBECC. 2002;7(2):8-10.

AUTORIA

Cássia Fossá Capela

Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra).

Solange M. Guimarães

Professora enfermeira e orientadora do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra).

Cauzioneh Plus

Calçado Hospitalar

O bem-estar dos seus pacientes depende do seu.

ÚNICO
REGISTRADO
NA ANVISA
Nº 80432900001



em conformidade
com a **NR 32** e **RDC 185**
Possui laudo do IPT

CONFORTO

Muito leve e flexível,
possui design ergonômico
e semiesferas
massageadoras.

SEGURANÇA

Pé e calcanhar protegidos.
O acabamento liso facilita a limpeza
e desinfecção.
Solado antiderrapante.

RESISTÊNCIA

Térmica, química e mecânica.



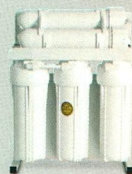
Termodesinfetadora
Steelco



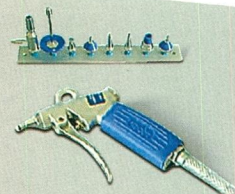
Lavadora
Ultra-Sônica



Detergentes
Enzimáticos



Propur - Purificador de Água
por Osmose Reversa



Pistola de Limpeza
e 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