

SOBECC

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

NACIONAL – SP

INFECÇÃO

Práticas de degermação das mãos dos profissionais, preparo pré-operatório da pele dos pacientes e uso de antibioticoprofilaxia: avaliação favorece políticas de educação continuada

ASSISTÊNCIA

Estudo identifica frequência dos diagnósticos de Enfermagem mais comuns em emergência obstétrica durante o período transoperatório

HUMANIZAÇÃO

Pesquisadoras paraibanas analisam a percepção dos pacientes cirúrgicos sobre seus direitos e a assistência prestada

ADMINISTRAÇÃO

Gestão de Centro Cirúrgico pode se beneficiar com o uso de ferramentas administrativas de planejamento estratégico

E mais:

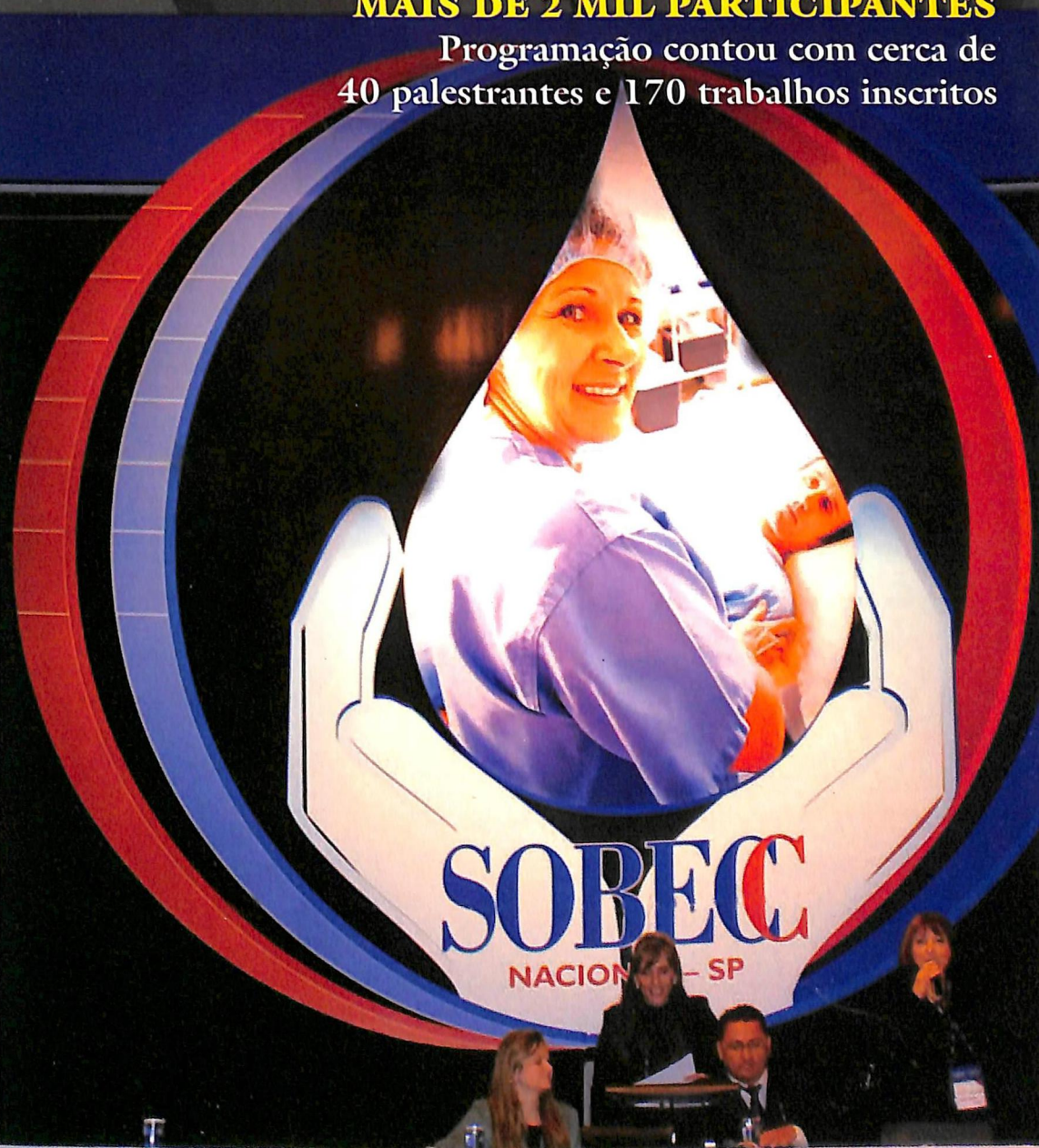
Conheça a Diretoria da SOBECC para a gestão 2009/2011

Congresso Mundial de Esterilização 2010 no Brasil

Novas Práticas da SOBECC em formato livro

9º CONGRESSO DA SOBECC REÚNE MAIS DE 2 MIL PARTICIPANTES

Programação contou com cerca de 40 palestrantes e 170 trabalhos inscritos



Atualização da Assistência ao Cliente no

• **Presidente:** Janete Akamine • **Vice-Presidente:** Marcia Hitomi Takeiti • **Primeira-Secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Segunda-Secretária:** Andrea Alfaya Acunã • **Primeira-Tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Segunda-Tesoureira:** Andrea Tamancoldi Couto • **Diretora da Comissão de Assistência:** Soraya Palazzo • **Membro da Comissão de Assistência:** Lígia Garrido Calicchio • **Membro da Comissão de Assistência:** Gessilene de Souza Barbosa • **Diretora da Comissão de Educação:** Aparecida de Cássia Giani Peniche • **Membro da Comissão de Educação:** Zuleica Fazoni Souza • **Membro da Comissão de Educação:** Isabel Miranda Bonfim • **Diretora da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rachel de Carvalho • **Membro da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • **Membro da Comissão de Publicação e Divulgação:** Eliane da Silva Grazziano • **Diretor do Conselho Fiscal:** Ernane de Sousa Almeida • **Membro do Conselho Fiscal:** Simone Batista Neto Arza • **Membro do Conselho Fiscal:** Tania Gryzp Garcia • **Diretora de Comissão e Eventos Regionais:** Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti

REVISTA SOBECC

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Comissão de Publicação e Divulgação – Diretora: Dr^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE) • **Membros:** Dr^a Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da USP) e Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS).

Conselho Editorial – Dr^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE), Dr^a Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da USP), Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS), Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP), Dr^a Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP), Mestre Dulcilene Pereira Jardim (Universidade Santo Amaro - UNISA), Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da USP), Dr^a Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria - RS), Dr^a Luzia Elaine Galdeano (Universidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra - Portugal), Dr^a Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo - Peru), Dr^a Maria Belén Salazar Posso (Faculdade de Enfermagem da Fundação ABC), Dr^a Raquel Machado Cavalca Coutinho (Universidade Paulista - UNIP), Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA - RS) e Mestre Verônica Cecília Calbo de Medeiros (Centro Universitário São Camilo).

Equipe Técnica – Edição: 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:** Dr^a 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 | Site: 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 Fórum Mundial de Esterilização (WFHSS) desde 2008.

Além disso, mantém parceria constante com a *Association Operating Room Nurses* (AORN).

ISSN 14144425

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

4...

EDITORIAL

5...

MENSAGEM DA PRESIDENTE

6...

DIRETORIA DA GESTÃO 2009/2011

8...

AGENDA

10...

ACONTECE

36...

CONGRESSO MUNDIAL DE ESTERILIZAÇÃO 2010

38...

ARTIGO ORIGINAL – INFECÇÃO

Avaliação dos Procedimentos de Degermação das Mãos, Preparo Pré-Operatório da Pele e Uso de Antibioticoprofilaxia em um Hospital Universitário

48...

ARTIGO ORIGINAL – HUMANIZAÇÃO

Percepção do Paciente Cirúrgico Hospitalizado sobre o Cuidar em Enfermagem e Seus Direitos

54...

ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA

Diagnósticos de Enfermagem em Parturientes durante Transoperatório – Cipe Beta-2

60...

ARTIGO ORIGINAL – ADMINISTRAÇÃO

Planejamento Estratégico: uma Ferramenta Administrativa para Uso em Centro Cirúrgico

69...

BIBLIOGRAFIA DE METODOLOGIA

70...

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC



Janete Akamine
Presidente da SOBECC

A SOBECC ESTÁ EM FESTA!

Estamos envelhecendo! Apesar desta constatação assustar muitas pessoas, preferimos usufruir o que o envelhecimento nos proporciona: sabedoria, conhecimento e experiência. É isso que estamos sentindo em relação à SOBECC. No dia 4 de setembro nossa Associação fez 18 anos, cresceu muito e crescerá cada vez mais com a constante participação de colegas como você.

Nesta edição, publicamos quatro pesquisas inéditas, que discutem relevantes e diferentes temas envolvendo assistência ao cliente cirúrgico, atividade administrativa do enfermeiro no bloco cirúrgico e procedimentos de proteção anti-infecciosa.

O artigo Percepção do Paciente Cirúrgico Hospitalizado sobre o Cuidar em Enfermagem e seus Direitos, escrito por nossas colegas de João Pessoa (PB), traz a opinião de pacientes quanto aos seus direitos como clientes cirúrgicos hospitalizados, discutindo que o atendimento de suas necessidades e a criação de vínculos entre o profissional e o paciente são importantes ferramentas para proporcionar individualização do cuidado e refletem na prestação de uma assistência com qualidade.

A pesquisa Diagnósticos de Enfermagem em Parturientes durante o Transoperatório, proveniente de Maceió (AL), revela que as mulheres atendidas em uma unidade de emergência obstétrica apresentam diagnósticos de Enfermagem peculiares e que a identificação de tais diagnósticos possibilita melhor planejamento e implementação das intervenções de Enfermagem, para que possamos atender com mais excelência as mulheres durante esta importante fase do seu ciclo de vida.

Planejamento Estratégico: uma Ferramenta Administrativa para Uso em Centro Cirúrgico relata a experiência da utilização de ferramentas administrativas para construção de um planejamento estratégico, aplicado no Centro Cirúrgico de um hospital de Londrina (PR). Os autores utilizaram instrumentos de gestão para demonstrar que objetivos e metas podem ser atingidos de forma sistematizada e discutem a importância desta experiência para o aprendizado e o desenvolvimento do planejamento estratégico.

O quarto artigo, Avaliação dos Procedimentos de Degermação das Mãos, Preparo Pré-operatório da Pele e Uso de Antibioticoprofilaxia em um Hospital Universitário demonstra que médicos, estudantes e profissionais da Enfermagem apresentam ações adequadas relacionadas à antissepsia de pele, mas ainda precisam modificar práticas referentes ao tempo de degermação e ao momento de administração de antibióticos. Os autores discutem as condições para realização destes procedimentos e a importância da educação continuada na correção dos erros apresentados pelos profissionais e no reforço das práticas assertivas.

Para finalizar, gostaríamos de registrar nossa profunda admiração por todos os membros de Diretoria da gestão 2007/2009, dos quais não nos despedimos, porque sabemos que podemos contar com sua constante disponibilidade, mesmo porque muitos continuam conosco. Damos as boas-vindas a todos os membros da nova Diretoria da gestão 2009/2011 e reassumimos o compromisso de divulgar constantemente a Enfermagem perioperatória para o Brasil e para o mundo.

A você, caro colega, razão de nossa constante busca pelo conhecimento e satisfação de ver as metas da Associação atingidas, desejamos que aproveite muito bem.

Boa leitura!



Rachel de Carvalho
Diretora da Comissão de
Publicação e Divulgação

AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE DEGERMAÇÃO DAS MÃOS, PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DA PELE E USO DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVALUATION OF THE SURGICAL HANDS ANTISEPTIC PROCEDURE, PREOPERATIVE SKIN PREPARATION AND ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DESCONTAMINACIÓN DE LAS MANOS, DE LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE LA PIEL Y DEL USO DE PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICO, EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Ana Paula Agnolon • Rúbia Aparecida Lacerda • Ana Cristina Bálamo • Ruth Natalia Teresa Turrini

Resumo - Este estudo descritivo teve por objetivo avaliar as práticas de degermação das mãos dos profissionais, preparo pré-operatório da pele dos pacientes e uso de antibioticoprofilaxia. Em 2005, médicos, estudantes e profissionais da Enfermagem de um hospital universitário foram observados durante a realização de 50 cirurgias utilizando-se um instrumento do tipo *check-list*. Obtiveram-se 67 oportunidades de observação de degermação dos profissionais, 13 de higiene e 50 de antisepsia da pele do paciente, além de 30 momentos de administração de antibioticoprofilaxia. A partir de fundamentação da literatura científica, identificaram-se as proporções de erros e acertos. A maior proporção de ações adequadas relacionou-se ao procedimento de antisepsia da pele e a menor, ao tempo de degermação e ao momento de administração do antibiótico. O método de avaliação mostrou-se válido para reconhecer as condições de realização dos procedimentos e, assim, favorecer políticas de educação continuada diretamente relacionadas aos problemas encontrados e profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Programa de Controle de Infecção Hospitalar, antibioticoprofilaxia, infecção da ferida operatória,

asepsia/métodos, lavagem das mãos/cirurgia.

Abstract - The objective of this descriptive study was to evaluate the practices for surgical hands antiseptic procedure, preoperative skin preparation and surgical antibiotic prophylaxis. In 2005, surgeons, medical students and nursing staff were observed during the performance of 50 surgeries using a check list tool. The performance of 67 scrub-hands, 13 skin-hygiene, 50 preoperative skin preparation and 30 antibiotic prophylaxis administration were observed. The discrimination of the step-by-step procedure enabled the evaluation and identification of the frequency of correct and incorrect steps. The highest proportion of correct step procedures was related to skin disinfection and the lowest concerned to the timing of scrub-hand procedure and the moment of antibiotic administration. The method of evaluation proved to be valid for it acknowledges, in details, the conditions of the performances of the procedures, enhancing continued education policies, closely associated with infection problems faced by involved professionals.

Key words: Hospital Infection Control Program, antibiotic prophylaxis, surgi-

cal wound infection, asepsis/methods, handwashing/surgery.

Resumen: El estudio descriptivo tiene como objetivo evaluar las practicas del lavado quirúrgico de las manos de los profesionales, preparación preoperatoria de la piel de los pacientes y el uso de la profilaxis con antibióticos. En el año 2005 médicos, estudiantes de medicina y profesionales de enfermería de un hospital universitario fueron observados durante la realización de 50 cirugías utilizándose un instrumento del tipo *check-list*. Se obtuvieron 67 oportunidades de observación del lavado quirúrgico de manos de los profesionales, 13 de higiene y 50 de antisepsia de la piel del paciente, además de 30 ocasiones en que se usó profilaxis con antibiótico. Se identificaron las proporciones de aciertos y de errores, a partir de los fundamentos constantes en la literatura científica. Se constató una proporción mayor de acciones adecuadas, particularmente en el procedimiento de antisepsia de la piel. Las acciones inadecuadas más frecuentes, fueron el tiempo del lavado quirúrgico de manos y el momento de la administración del antibiótico. El método de evaluación, mostró que era válido para reconocer con detalles las condiciones de la realización de los procedimientos

y, así favorecer a las políticas de una educación permanente directamente relacionada a los problemas encontrados y a los profesionales involucrados.

Palabras-clave: Programa de Control de Infecciones Hospitalarias, profilaxis antibiótica, infección de la herida operatoria, asepsia/métodos, lavado quirúrgico de manos/métodos.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde do Brasil define Infecção Hospitalar (IH) como aquela adquirida após a admissão do paciente e cuja manifestação ocorre durante a internação ou após a alta, desde que possa ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.⁽¹⁾ Dentre os procedimentos hospitalares, aqueles de maior risco para infecção são as cirurgias.

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) envolve pele, tecido subcutâneo, aponeurose, músculos e até órgãos ou cavidades.⁽²⁾ A sua frequência varia de acordo com o potencial de contaminação, com taxas aceitáveis de até 5% para as cirurgias limpas, 11% para as potencialmente contaminadas, 17% para as contaminadas e superior a 27% para as infectadas.⁽³⁾

A maioria das ISC ocorre, em média, de quatro a seis dias após o procedimento cirúrgico.⁽⁴⁾ De acordo com a definição do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), em Atlanta, Geórgia (EUA), adotada internacionalmente, a ISC pode ocorrer em até 30 dias após a cirurgia e em até um ano, quando houver o implante de material não derivado de tecido orgânico.⁽²⁾

Devido às tendências atuais de curto período de internação e crescimento das cirurgias-dia e ambulatoriais, até 80%

dessas infecções podem se manifestar após a alta hospitalar, sendo, portanto, sua incidência subnotificada quando não há o seguimento do paciente cirúrgico.⁽⁴⁾

Quatro categorias de fatores de risco estão associadas à aquisição de ISC: 1) intrínsecos ao próprio paciente, decorrentes da susceptibilidade individual, patologia de base ou outras alterações fisiológicas; 2) relacionados à própria cirurgia, como tipo, duração, extensão, técnica cirúrgica e procedimentos correlatos, como uso correto de antibióticos; 3) qualidade do processamento dos materiais e equipamentos; 4) procedimentos de asepsia, que incluem, entre outros, controle do ar ambiente da sala de operações, paramentação cirúrgica, degermação das mãos e preparo pré-operatório da pele do paciente.⁽⁵⁾ O reconhecimento e o estudo desses fatores orientam a seleção, a implementação e a avaliação das medidas de controle dessas infecções.

Os procedimentos de asepsia e o uso de antibioticoprofilaxia relacionam-se com o controle e prevenção de riscos extrínsecos de ISC no período transoperatório e estão fundamentados por meio de estudos científicos isolados, diretrizes clínicas, consenso de profissionais e regulamentações governamentais. A questão, porém, é reconhecer *se e como* estão sendo incorporados na prática assistencial.

O processo de trabalho, atualmente dominante dos Programas de Controle de IH, ao pautar-se predominantemente pela investigação e elaboração de indicadores epidemiológicos de eventos de IH e determinação de seus fatores de riscos, é limitado para reconhecer as condições em que as práticas assistenciais são realizadas e qualificá-las em conformidade com as fundamentações já existentes.

Assim, a atuação desses Programas precisa ser ampliada pela geração de sistemas de avaliação e qualificação de práticas relacionadas com riscos de IH e, desse modo, aproximar-se da atual tendência de práticas em saúde, para utilizar avaliações de processo ou desempenho.

Este estudo teve a finalidade de contribuir com tais sistemas, ao buscar avaliar a qualidade das práticas de degermação das mãos dos profissionais, preparo pré-operatório da pele dos pacientes e uso de antibioticoprofilaxia cirúrgica.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório realizado por meio de observação estruturada, método que permite obter informações pela identificação direta das condições de realização de procedimentos assistenciais. Esse método pode ser realizado em ambiente natural ou em laboratório, permitindo que tanto comportamentos gerais quanto detalhes da atividade sejam usados como unidades de observação.⁽⁶⁾

Observadas as questões éticas, o estudo foi desenvolvido no Centro Cirúrgico (CC) de um Hospital Universitário do Município de São Paulo em novembro de 2005, como parte das atividades do estágio curricular do Curso de Graduação em Enfermagem no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição com consentimento da instituição e dos profissionais do CC.

As avaliações foram realizadas por uma das pesquisadoras, em ambiente natural, por ocasião de realização de 50 cirurgias eletivas, junto a uma população composta de médicos assistentes, médicos residentes, internos de medicina e profissionais da Enfermagem, obtendo-se: 67 oportunidades de observação de

degermação das mãos, sendo 50 realizadas por médicos e 17 por internos de medicina; 13 oportunidades de observação da técnica de degermação da pele do paciente, sendo cinco de médicos assistentes, seis de médicos residentes e dois de profissionais da Enfermagem; 50 oportunidades de observação da técnica de anti-sepsia da pele do paciente, sendo 31 realizadas por médicos assistentes e 19 por médicos residentes; 30 oportunidades de observação do uso de antibioticoprofilaxia.

Como os demais métodos de investigação, a observação pode apresentar vieses. Neste caso, o sujeito, sabendo-se observado, pode não proceder como habitualmente, seja melhorando ou piorando seu desempenho. Mas isso não impede a identificação de falhas de conhecimento técnico. Além disso, vários profissionais foram observados mais de uma vez, oferecendo, portanto, mais oportunidades de repetição dos mesmos erros e acertos na realização dos procedimentos.

Os dados obtidos foram apresentados em números absolutos e percentuais.

As variáveis consideradas na avaliação da realização da degermação das mãos dos profissionais relacionam-se com as principais etapas necessárias à execução dessa técnica: uso de escova; ausência de anéis e relógio; unhas limpas e aparadas; aplicação do degermante após molhar o membro; degermação de toda a superfície preconizada; repetição da degermação no outro membro; enxágue a partir das mãos e com braços elevados; manutenção dos braços elevados até sua secagem; regiões degermadas sem contato com superfícies não estéreis; secagem das áreas degermadas com compressa estéril; secagem a partir das mãos até cotovelo, sem retorno da compressa; secagem do outro membro com a outra

face da compressa, após sua dobradura com técnica adequada; tempo mínimo de degermação das mãos.

As variáveis utilizadas na avaliação do preparo pré-operatório da pele do paciente foram classificadas em dois momentos: higiene da pele e anti-sepsia da pele. Isso porque, dependendo de protocolos da instituição e das especialidades cirúrgicas, tais práticas podem ser feitas tanto sequencialmente, na própria sala de operações, quanto em momentos e locais diferentes. As variáveis consideradas na avaliação da higiene da pele consistiram de: aplicação de produto degermante padronizado; uso de técnica estéril; degermação em ampla área; retirada do excesso do produto com compressa úmida. As variáveis consideradas para a anti-sepsia da pele foram: aplicação de produto anti-séptico padronizado; uso de técnica estéril; antisepsia de ampla área; retirada de excesso do antisséptico; espera da secagem antes de colocar campos e iniciar a cirurgia.

As variáveis consideradas no uso de antibioticoprofilaxia foram: tipo de medicamento; dose do medicamento; momento de administração do antibiótico.

RESULTADOS

Os resultados da avaliação da técnica de degermação das mãos pelos profissionais são apresentados na Tabela 1. O procedimento de degermação apresentou maior frequência de etapas corretas do que incorretas. O não contato dos membros degermados com superfícies não estéreis e o uso de compressa estéril para sua secagem foram as etapas cumpridas por toda a população avaliada.

As etapas seguintes com maior frequência de acertos foram o não uso

de anéis e relógios (98,5%), degermação utilizando a mesma sequência em ambos os membros (95,5%), o uso de escovas (92,5%) e o fato de molharem os membros antes de aplicar o degermante (85,1%). A etapa de menor frequência correta foi o tempo mínimo de degermação, acatado por apenas 13,4% dos profissionais.

Houve alta frequência incorreta relacionada com a ocorrência de retorno da água de enxágue para as mãos (37,3%) e a não degermação de todas as regiões preconizadas (46,3%). De uma forma geral, os internos apresentaram mais acertos do que os médicos assistentes.

Os resultados da avaliação da técnica de preparo pré-operatório da pele do paciente, na fase de higiene (Tabela 2) mostram que a higiene da pele com degermação não é comum no preparo pré-operatório da pele nesse hospital, considerando que ela ocorreu em apenas 13 (26,0%) do total de 50 cirurgias em que os procedimentos foram avaliados. E, dessas cirurgias, 77% foram ortopédicas. Quanto às etapas dessa técnica, todos que a realizaram utilizaram produto padronizado e realizaram a degermação em área ampla (100,0%).

O recurso de técnica estéril não foi observado por apenas um médico assistente. Já, o excesso do produto de degermação não foi retirado de forma correta pela maioria (76,9%), uma vez que foi utilizada compressa seca, ao invés de úmida.

A **técnica de antisepsia**, realizada em todas as cirurgias que compuseram esse estudo, apresentou índice de acerto quase total (Tabela 3). Apenas o tempo para secagem da solução utilizada não foi acatado por 2% da população avaliada.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais segundo desempenho na técnica de degermação das mãos, São Paulo - 2005

Etapas	Internos (N= 17)		Médicos N= 50		Total N= 67	
	n	%	n	%	n	%
Uso de escova						
Sim	17	100,0	45	90,0	62	92,5
Não	-	-	5	10,0	5	7,4
Sem anéis e ou relógio						
Sim	17	100,0	49	98,0	66	98,5
Não	-	-	1	2,0	1	1,5
Unhas limpas e aparadas						
Sim	10	58,8	40	80,0	50	74,6
Não	7	41,2	10	20,0	17	25,4
Molha as superfícies antes de aplicar degermante						
Sim	13	76,5	44	88,0	57	85,1
Não	4	23,5	6	2,0	10	14,9
Degerma as regiões recomendadas						
Sim	5	29,4	26	52,0	31	46,3
Não	12	70,6	24	48,0	36	53,7
Repete a sequência no outro membro						
Sim	17	100,0	47	94,0	64	95,5
Não	-	-	3	6,0	3	4,5
Técnica de enxágue sem retorno de água						
Sim	11	64,7	14	28,0	25	37,3
Não	6	35,6	36	72,0	42	62,7
Mantém braços elevados até secagem						
Sim	16	94,1	27	54,0	43	64,2
Não	1	5,9	23	46,0	24	35,8
Não contato de áreas degermadas com superfícies não estéreis						
Sim	17	100,0	50	100,0	67	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Seca com compressa estéril						
Sim	17	100,0	50	100,0	67	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Seca iniciando pelas mãos e sem retorno da compressa						
Sim	13	76,5	28	56,0	41	61,2
Não	4	23,5	22	44,0	26	38,8
Inversão da compressa para secagem do outro membro						
Sim	14	82,4	38	76,0	52	77,6
Não	3	17,6	12	24,0	15	22,4
Tempo de degermação = 3 minutos e mais						
Sim	3	17,6	6	12,0	9	13,4
Não	14	82,4	44	88,0	58	86,6

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais segundo desempenho no preparo pré-operatório da pele do paciente: procedimento de higiene, São Paulo - 2005

Etapas	Médico (N=5)		Internos (N=6)		Enfermeiro N=2		Total (N=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Área ampla								
Sim	5	100,0	6	100,0	2	100,0	13	100,0
Não	-	-	-	-	-	-	-	-
Técnica estéril								
Sim	4	80,0	6	100,0	2	100,0	12	92,3
Não	1	20,0	-	-	-	-	1	7,7
Produto padronizado								
Sim	5	100,0	6	100,0	2	100,0	13	100,0
Não	-	-	-	-	-	-	-	-
Retirada do excesso c/ compressa úmida								
Sim	1	20,0	1	16,6	1	50,0	3	23,0
Não	4	80,0	5	83,3	1	50,0	10	76,9

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais segundo desempenho na técnica de preparo pré-operatório da pele do paciente: antissepsia, São Paulo - 2005

Etapas	Médico Assist. (N=31)		Internos (N=19)		Total (N=50)	
	n	%	n	%	N	%
Área ampla						
Sim	31	100,0	19	100,0	50	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Técnica estéril						
Sim	31	100,0	19	100,0	50	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Produto padronizado						
Sim	31	100,0	19	100,0	50	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Aguarda secagem						
Sim	30	97,0	19	100,0	40	98,0
Não	1	3,0	-	-	1	2,0

Das 50 cirurgias que compuseram a avaliação desse estudo, em 30 (60,0%) delas ocorreu o uso de **antibioticoprofilaxia**, constituindo a população total para avaliação desse procedimento (Tabela 4). A antibioticoprofilaxia parenteral foi administrada no momento correto, ou seja, até 30 minutos antes do início da cirurgia, apenas em 10 (33,3%) cirurgias. Nas demais (66,6%), ela foi introduzida ou em período menor que 30 minutos antes (46,6%) ou após o início da cirurgia (20,0%).

Tabela 4 - Distribuição dos antibióticos utilizados como profiláticos segundo o momento de introdução parenteral em relação ao horário de início das cirurgias, São Paulo – 2005

Momento em relação ao início da cirurgia	Cefoxetina		Cefazolina		Cefalotina		Total	
	n	%	N	%	n	%	N	%
< 30 min antes da cirurgia	-		9	53,0	5	41,7	14	46,6
30 min antes da cirurgia	1	100,0	5	29,4	4	33,3	10	33,3
Após início da cirurgia	-		3	17,6	3	25,0	6	20,0
Total	1	100,0	17	100,0	12	100,0	30	100,0

DISCUSSÃO

A degermação cirúrgica das mãos é o procedimento que visa retirar sujeira e detritos, reduzir substancialmente ou eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota permanente da pele.⁽⁷⁾ Embora considerada imprescindível ao ato operatório, a degermação cirúrgica das mãos ainda não apresenta evidências científicas a respeito de vários aspectos, situação que dificulta a avaliação de sua correta realização.

Um desses aspectos é a necessidade ou não de escovação. Estudos citados por Graziano⁽⁸⁾ mostraram que a fricção vigorosa da pele, sem escovação, é capaz de obter o mesmo efeito de eliminação e ou redução da microbiota local. Esse efeito também é conseguido, mesmo sem fricção, com o uso dos antissépti-

cos atualmente disponíveis, com a vantagem de diminuir sobremaneira a agressão à pele dos profissionais, além de apresentarem efeito residual.⁽⁹⁾ Assim sendo, a escovação seria mais útil nos leitos subungueais e nos espaços interdigitais, que são locais de permanência de maior quantidade e dificuldade de remoção de microrganismos. Na avaliação realizada nesse estudo, a escovação ainda é utilizada por quase todos os participantes da amostra (92,5%).

A retirada de anéis e relógios é preconizada,⁽¹⁰⁾ pois propicia a permanência de microrganismos nos locais que tais objetos protegem, não alcançados pela degermação. Na avaliação realizada, praticamente toda a população observada acatou essa recomendação (98,0%).

As unhas limpas e aparadas também são recomendadas na realização de cirurgias, pois além da possibilidade de maior presença de microrganismos no leito subungueal e de dificultar sua remoção, as unhas longas podem rasgar mais facilmente as luvas ou causar ferimento ao paciente.⁽⁷⁾ A necessidade de não utilização de esmalte possui pouco suporte científico e por isso não foi considerada nessa avaliação.

Estudos citados pela *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*⁽¹⁰⁾ não obtiveram aumento de crescimento microbiano diretamente relacionado a essa situação. Na avaliação desses estudos consideraram-se como unhas aparadas e limpas aquelas que não ultrapassavam a extremidade dos dedos e ou não apresentavam sujeira no leito subungueal. Foi significa-

tiva a inadequação observada (25,4%), principalmente entre os internos de medicina (41,2%), quando comparados aos médicos (20,0%).

A prática de molhar as mãos previamente à aplicação do produto degermante é recomendada por consenso e tem a finalidade de facilitar sua distribuição de maneira uniforme em todas as regiões a serem degermadas. Na avaliação dessa população, essa prática foi bastante utilizada (85,1%), principalmente pelos médicos (88,0%) em relação aos internos (76,5%).

Apenas um membro da equipe de assistentes não utilizou o produto degermante padronizado e disponível pela instituição, fazendo uso de sabão neutro e álcool 70%. Está demonstrado que a degermação com sabão ou detergente neutro, desde que respeitadas o tempo prolongado e as fricções repetidas, é capaz de obter a mesma redução microbiana da pele quando se usa degermante microbicida.⁽⁸⁾ A vantagem dos degermantes atualmente preconizados – à base de polivinil-pirrolidona-iodo e clorohexidina – está na sua capacidade de efeito residual prolongado, evitando, assim, a rápida proliferação microbiana durante a cirurgia. Estudos citados pela AORN⁽¹⁰⁾ demonstraram que o álcool, em concentrações apropriadas, (60%-70%), com ou sem hidratante, também promove rápida e ampla redução microbiana da pele, embora não apresente um efeito residual persistente. A mistura de componentes degermantes não é aconselhável, pela possibilidade de incompatibilidade e inativação de seus princípios ativos. Nessa avaliação, houve um caso em que o profissional misturou polivinil-pirrolidona-iodo com clorexidina.

As superfícies da pele a serem deger-

mas incluem desde as unhas e os dedos, estendendo-se pelo antebraço, até o cotovelo. Isso é justificado pelo fato dessas regiões serem as de contato mais frequente e duradouro com a incisão cirúrgica e o campo operatório, principalmente em cirurgias de grande porte. Quanto à sequência da degermação, embora ela seja tradicionalmente iniciada pelas mãos e término nos cotovelos, pela justificativa de evitar a saturação microbiana na escova ou a sua recontaminação, levantamento bibliográfico realizado por Lacerda⁽⁷⁾, contudo, não encontrou estudos que evidenciassem a importância dessa sequência, ou seja, qual região ela deve se iniciar e qual finalizar. Assim sendo, essa autora conclui que a padronização de uma dada sequência teria mais um efeito pedagógico de facilitação do aprendizado e que o mais importante é a garantia de que todas as superfícies preconizadas sejam realmente degermadas. Na avaliação realizada nesse estudo, foi alta a frequência da população que não degermou todas as superfícies preconizadas (53,7%), principalmente os internos de Medicina (70,6%), em comparação com os médicos (48,0%).

Na avaliação da repetição da degermação no outro membro foi considerado inadequado quando ocorreu alguma área não degermada, em comparação com o membro anterior. Apenas 4,5% das oportunidades observadas foram consideradas inadequadas e todas realizadas pelos médicos.

Enxaguar os membros após a degermação, a partir das mãos e mantendo os braços elevados, é um consenso racional teórico de princípio microbiológico, de maneira que a água que porventura escorreu para área não degermada, além do cotovelo, não retorne e determine uma recontaminação daquela que foi degermada. Esse cuidado, po-

rém, não foi observado pela maioria da população avaliada (62,7%), principalmente os médicos (72,0%), em comparação com os internos (35,6%).

A manutenção dos braços elevados após o enxágue até a sua secagem também tem a mesma finalidade, além de evitar o contato inadvertido com superfícies não estéreis. Na avaliação realizada foi obtida frequência significativa de procedimento incorreto (35,8%), principalmente entre os médicos (46,0%), em relação aos internos (5,9%). Nenhum deles, contudo, contaminou as regiões degermadas e todos usaram compressa estéril para secagem, uma vez que sua esterilidade é garantida pela instituição.

Constitui consenso teórico de princípio microbiológico, ainda que não evidenciado cientificamente, de que a secagem deve se iniciar pelas mãos e terminar nos cotovelos sem ocorrer retorno, uma vez que é elevada a chance da compressa tocar em região não degermada, além do cotovelo e recontaminar superfícies já degermadas. Pela mesma razão, a secagem do outro membro, além de acatar a mesma sequência, deve utilizar o outro lado da compressa que não foi utilizada na secagem do membro anterior. Para garantir isso, a melhor forma é a aplicação da técnica de dobradura da compressa. Esses dois momentos não foram realizados de forma adequada por todos os participantes. Entre os médicos, encontramos 44,0% de inadequação no primeiro momento e 24% no segundo. Entre os internos, obtivemos 23,5% e 17,6%, respectivamente.

Um período relativamente prolongado de degermação favorece que as superfícies da pele sejam repetidamente friccionadas, fator importante para a redução microbiana pela remoção mecânica e pelo contato com o degermante. Não

há evidência científica, contudo, sobre o tempo mínimo mais efetivo, pois o grau de sujidade e de presença microbiana na pele depende de diversos fatores individuais. Alguns estudos citados pela AORN⁽¹⁰⁾ concluíram que três a quatro minutos são tão efetivos na redução microbiana da pele quanto cinco minutos. Outro estudo, também citado por essa mesma Associação, sugere que uma degermação de duração mínima de dois minutos é clinicamente efetiva e tem sido recomendada pela Associação de Profissionais de Controle de Infecção e Epidemiologia.

Embora a AORN⁽¹⁰⁾ cite estudos que demonstram a possibilidade de redução do tempo de degermação em cirurgias subsequentes, pelo efeito cumulativo, essa Associação considera que a degermação subsequente deve ser realizada do mesmo modo que a primeira, pois esse efeito cumulativo pode não ser consistente, dependendo do tipo de agente utilizado, da diligência pessoal do profissional que realiza o procedimento e da possibilidade de intercorrências na cirurgia anterior, como perda da impermeabilidade da luva. Acatando essa Associação, o presente estudo considerou, nessa avaliação, o período mínimo de três minutos de duração da degermação, independentemente de se tratar de cirurgia sequencial da mesma equipe. Como resultado, foi constatado que essa etapa apresentou, justamente, a maior frequência de inadequação, pois a maioria dos participantes (86,0%) degermou suas mãos em período inferior a três minutos, tanto entre médicos (88%), quanto internos (82,4%).

O preparo pré-operatório da pele do paciente tem a finalidade de remover sujidades, remover a microbiota transitória e aquela permanente, além de propiciar um efeito residual, no sentido de inibir a rápida proliferação bacteriana

durante a cirurgia.⁽⁷⁾ As recomendações para a realização desse procedimento têm obtido algum consenso. Suas etapas consistem de higiene do local cirúrgico e adjacências, remoção de pêlos, quando necessário, e antisepsia.^(2,10) Nesse estudo, foram avaliadas as etapas de higiene e de antisepsia da pele.

Para a higiene, alguns estudos citados pelo Manual de Controle de Infecção do Sítio Cirúrgico da Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH)⁽³⁾ preconizam o uso de produto degermante após banho e tricotomia na unidade de internação, ou no próprio CC, imediatamente antes da antisepsia. Recomendam, ainda, que a técnica seja estéril e abranja, além da região da incisão cirúrgica, uma ampla área adjacente. A extensão exata dessa área não é definida ou recomendada na literatura. Na avaliação desse estudo considerou-se o mínimo de 10 cm além da área cirúrgica, com a ressalva de que o tamanho da área da pele deve prever possíveis extensões da incisão e instalação de drenos. Também não é encontrada na literatura evidência científica da necessidade ou não de técnica estéril, que se refere ao uso de luvas e cobertura do local com campos estéreis.

A higiene da pele do paciente com degermação não é um procedimento amplamente utilizado na prática assistencial, inclusive no hospital desse estudo, onde foi constatada sua realização em apenas 26% das cirurgias. Ela ocorreu de maneira adequada em todos os eventos, exceto a forma de remoção do degermante, quando em 76,9% dos casos utilizou-se compressa seca e não úmida. Ao que parece, essa prática é dependente do tipo de cirurgia, uma vez que ela foi realizada com frequência (77%) na especialidade de ortopedia. De fato, nas cirurgias limpas, principalmente nas especialidades ortopédicas, cardí-

acas e neurocirúrgicas, a repercussão de ISC é bastante considerada, dada sua gravidade e dificuldade de tratamento, e observa-se na prática cotidiana maior rigor no preparo da pele de pacientes a serem submetidos a essas cirurgias.

Quanto à antisepsia da pele, realizada no CC antes do início da cirurgia, há praticamente um consenso universal sobre sua necessidade.⁽⁷⁾ Está constatado que a maioria dos microrganismos que causam ISC, principalmente em cirurgias limpas, é oriunda da pele do paciente^(2-3,5,11-12) e, portanto, sua remoção ou redução é altamente desejável. Esse procedimento consiste na aplicação de um produto anti-séptico de largo espectro de ação antimicrobiana, sendo o polivinil-pirrolidona-iodo e a clorhexidina os mais utilizados em nosso meio e padronizados, inclusive, por recomendação governamental.⁽¹⁾ Sua aplicação é realizada com técnica estéril, embora não haja evidências científicas de sua vantagem com relação a material apenas limpo.⁽⁷⁾ Também não há evidências sobre os movimentos para sua aplicação. Por razão teórica, o ideal é que sejam iniciados do local da incisão para a periferia, sem retorno, a não ser que o local da incisão esteja sabidamente mais contaminado que as adjacências.⁽⁷⁾

Estudo citado pela AORN⁽¹³⁾ concluiu que a fricção e o uso do agente antimicrobiano resultam em maior efetividade do que o sentido do movimento e o uso de materiais estéreis. Outro cuidado a ser considerado é aguardar a secagem do antisséptico antes de iniciar a cirurgia, seja para propiciar sua ação microbicida residual, seja para evitar riscos de queimadura e incêndio pelo uso de instrumentais elétricos. O período considerado para o início da ação antimicrobiana dos antissépticos atualmente utilizados é a partir de dois minutos.⁽⁹⁾

Os procedimentos de antissepsia avaliados no hospital desse estudo apresentaram quase completa adequação em todas as suas etapas, sendo que em apenas 2,0% dos casos não foi aguardada a secagem pelo período mínimo de dois minutos.

A antibioticoprofilaxia é recomendada para algumas cirurgias e seu uso adequado requer considerações sobre o momento de administração, o tipo de droga, a dose e o tempo máximo de duração.^(2-3,5,11-12) Esse estudo avaliou apenas o momento de administração, cuja identificação exata é de difícil reconhecimento, pois nem sempre ela é registrada ou coincide com a anotação. O período ideal de administração por via parenteral é de duas horas a até 30 minutos antes da incisão cirúrgica, a fim de favorecer uma concentração residual satisfatória do antibiótico durante a cirurgia. As drogas utilizadas foram as cefalosporinas, cefalotina e cefalozina, cuja diferença está na meia vida, o primeiro com duas horas, e o segundo com três horas.^(2-3,5,11-12)

Observou-se, nesse estudo, alta frequência de administração da antibioticoprofilaxia em momentos inadequados (76,6%), seja em período inferior a 30 minutos antes da cirurgia (46,6%), seja após o seu início (20,0%).

CONCLUSÃO

Esse estudo avaliou os procedimentos de degermação cirúrgica das mãos dos profissionais, preparo pré-operatório da pele do paciente e momento de administração da antibioticoprofilaxia por meio de observação estruturada, por ocasião da realização dos mesmos na unidade de CC de um hospital universitário.

De uma forma geral, obteve-se maior

proporção de ações adequadas do que inadequadas. O procedimento com maior frequência de acertos foi o de antissepsia da pele, podendo ser avaliado como uma prática de excelente qualidade. O procedimento de higiene da pele do campo operatório foi inadequado somente no quesito utilização de compressa úmida para remoção do excesso do produto. Mas o cumprimento das etapas de área ampla, uso de técnica estéril e produto padronizado permitem também classificá-lo como de boa qualidade.

Na degermação cirúrgica das mãos, o maior problema encontrado foi o não atendimento ao tempo mínimo preconizado para sua realização.

O procedimento que mais se afasta das recomendações é a utilização profilática de antimicrobianos no perioperatório pela alta frequência de administração de antibioticoprofilaxia em momentos inadequados.

O método de avaliação utilizado mostrou-se válido para o reconhecimento das condições de realização desses procedimentos, permitindo identificar as condutas inadequadas e, desse modo, favorecer políticas de educação continuada diretamente direcionadas aos problemas encontrados. Além disso, tais avaliações de desempenho constituem ações prospectivas e eminentemente preventivas. Os programas de controle de infecção hospitalar podem e devem ampliar suas ações de vigilância epidemiológica, com a geração de tais avaliações, com participação fundamental da enfermeira nesse programa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998. Dis-

põe a respeito do controle da infecção hospitalar. Brasília; 1998.

2. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Fiber LC, Tarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999;20(4):247-78.

3. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção da infecção do sítio cirúrgico. São Paulo: APECIH; 2001.

4. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):717-22.

5. Rabhae GN, Ribeiro Filho N, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 479-505.

6. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. Método de coleta de dados; p.163-98.

7. Lacerda RA, coordenadora. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. Técnicas cirúrgicas e procedimentos pré-operatórios; p. 363-86.

8. Graziano KU, Lacerda RA. Fatores de risco relacionados a todo paciente cirúrgico: especificidades da cirurgia. In: Lacerda RA, coordenadora. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu; 1992. p. 39-41.

9. Graziano KU, Silva A, Bianchi ERF.

Limpeza, desinfecção, esterilização de artigos e antissepsia. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 266-308.

10. Association of Operating Room Nurses. Recommended practices for surgical hand scrubs. AORN J. 1999;69(4):842-50.

11. Ferraz AB, Ferraz EM, Bacelar TS. Infecção da ferida cirúrgica. In: Ferraz EM. Infecção em cirurgia. São Paulo: MEDSI; 1997. p. 267-77.

12. Grinbaum RS. Infecções do sítio cirúrgico e antibioticoprofilaxia em cirurgia. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS de, Amarante JMB. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 149-61.

13. Association of Operating Room Nurses. Proposed recommended practices for surgical skin preparation. AORN J. 1996;63(1):221-27.

AUTORIA

Ana Paula Agnolon

Enfermeira, graduada pela Escola de Enfermagem da USP

Rúbia Aparecida Lacerda

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora associada da Escola de Enfermagem da USP.

Ana Cristina Bálsamo

Enfermeira, doutoranda em Enfermagem, enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário de São Paulo

Ruth Natalia Teresa Turrini

Enfermeira, professora doutora do Depto. de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem USP



Calçados Profissionais



Totalmente fechado, atende a NR32 que veta o uso de calçados abertos

Ministério do Trabalho e Emprego - Portaria nº 485 de 11/11/2005 - 32.2.4.5 e.)

Certificações



RB0231/2008



Ref. 0977/2008

Ministério do Trabalho

CA 20841

Lavadoras Ultrassônicas JET

Linha completa de Lavadoras ultrassônicas JET para canulados e convencionais, de 12 a 100 litros



USC 8000A JET - 30 litros

Fabricação



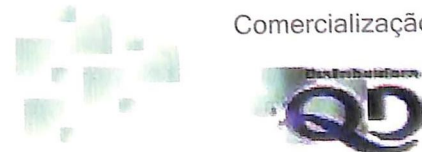
www.unique.ind.br

www.unique.ind.br



USC 8050A JET - 50 litros

Comercialização



www.qddistribuidora.com.br
55 11 5084 3038

www.igmed.com.br
55 51 3024 2626



Termodesinfectora 4008 DP

PERCEPÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO HOSPITALIZADO SOBRE O CUIDAR EM ENFERMAGEM E SEUS DIREITOS

PERCEPTION OF THE SURGICAL PATIENT HOSPITALIZED ON TAKING CARE IN NURSING AND THEIR RIGHTS

LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO INSTITUCIONALIZADO

Iolanda Beserra da Costa Santos • Manuela Martins de Freitas

Resumo - Esta pesquisa teve por objetivos verificar a percepção dos pacientes cirúrgicos hospitalizados em relação aos seus direitos e analisar a assistência de Enfermagem a eles prestada. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, realizado com 15 pacientes na clínica cirúrgica, alas A e B, do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na cidade de João Pessoa (PB), em fevereiro de 2007. Para coleta dos dados foi utilizado um formulário de entrevista, atendendo aos objetivos do estudo. De acordo com os resultados, os participantes relataram como seu direito: o atendimento de suas necessidades, sendo isto possível devido ao laço de amizade entre profissionais e os pacientes, permitindo o respeito à sua individualidade. Concluímos que a Enfermagem, através de uma assistência de qualidade, conhece e respeita os direitos dos pacientes.

Palavras-chave: direitos, paciente, cirurgia.

Summary - This research had objective to know the perception of the surgical patients hospitalized in relation to its rights, while internal in the surgical clinic and the assistance of nursing they given. One is about a exploratory study with quanti-qualitative boarding, carried through with 15 internal patients in the surgical clinics, sections

A and B, of Hospital Lauro Wanderley (UFPB), in the city of João Pessoa (PB), in February of 2007. For collection of the data a form of interview assisting to the objective of the study was used. In accordance with the results, the participants had told as its rights: the attendance of its necessities, being this possible because of the bow of friendship between professionals and patients, allowing the respect to its individuality. The conclusion was that the nursing through a quality assistance knows and respects the rights of the patients.

Key words: rights, patient, surgery.

Resumen - Esta investigación tuvo el objetivo verificar la percepción de los pacientes quirúrgicos institucionalizados em relación a los derechos y analizar el cuidado de enfermería hecho a ellos. Es un estudio exploratorio, con un abordaje cuanti-cualitativo, realizado con 15 pacientes en la clínica quirúrgica, sectores A y B del hospital Lauro Wanderley (UFPB), en la ciudad de João Pessoa PB- Brasil, en febrero de 2007. Para la recolección de los datos, fue utilizado un formulario de entrevista atendiendo al objetivo del estudio. De acuerdo con los resultados, los participantes han relataron como sus derechos: el atendimiento de sus necesidades, siendo esto posible, debido a la relación de amistad entre los profesionales y pacientes permitiendo el respecto a su

individualidad. La conclusión es que la enfermería a través de una asistencia de calidad conoce y respecta los derechos de los pacientes.

Palabras-clave: derechos, cuidado, Enfermería, cirugía

INTRODUÇÃO

A ameaça que representa para o ser humano, enquanto usuário dos serviços de saúde, a possibilidade de submeter-se a um procedimento cirúrgico é visível no trabalho dos profissionais da Enfermagem. Deste modo, torna-se fundamental o esclarecimento da doença de maneira simples e compreensível, pois uma informação segura é importante para que o doente tome determinadas precauções sobre prevenção com sua saúde, antes da realização da operação.

Diante desta realidade, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem conhecer os direitos dos clientes, a fim de promover cuidados que sejam eficazes e, ao mesmo tempo, que satisfaçam os usuários de seus serviços. A atitude positiva por parte da Enfermagem também contribuirá para a prevenção de possíveis complicações decorrentes da cirurgia. A proteção da saúde e a segurança contra os riscos provocados por práticas errôneas no caso de fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos ao

homem tornam-se necessárias por parte daquele que o assiste.⁽¹⁾ Assim, compete ao enfermeiro, detentor de uma característica fundamental, a obrigatoriedade do conhecimento dos dispositivos legais, para prestar cuidados de qualidade tanto físicas, como biológicas ou sociais.⁽²⁾

O cuidado é mais que um ato singular, ou seja, é um modo de ser no mundo que fundamenta as relações que se estabelecem com os outros.⁽³⁾ Esse cuidado, como uma forma de ser, de viver, de se expressar, é um compromisso com o bem-estar do ser humano, preservando sua dignidade.⁽⁴⁾

As aplicações destes conceitos devem estar presentes em qualquer ato desempenhado nos hospitais e, principalmente, no ambiente da clínica cirúrgica, onde o enfermeiro transmite instruções relativas à rotina de funcionamento do setor e o horário das intervenções. Assim, assegura ao doente o cumprimento destas ordens e controla sua obediência às mesmas e ao regulamento hospitalar.⁽⁵⁾ Na visão do paciente, a conduta realizada desta maneira constitui-se como uma ordem, que precisa ser cumprida, denotando a baixa expectativa do cliente em compreender seu processo saúde-doença e de ter seus direitos à saúde respeitada. Desta forma, submetem-se passivamente e mostram-se pouco questionadores.⁽⁶⁾

A Enfermagem deve procurar instruir os clientes acerca de seus direitos, já que, no ambiente cirúrgico, estes se encontram com muita fragilidade, dúvidas e ansiedades. Esses conflitos são gerados porque as pessoas têm certo receio da cirurgia, temem a dor pós-operatória, a descoberta de um câncer, a perda de um órgão ou membro, a anestesia, a vulnerabilidade enquanto inconsciente, a ruptura do estilo de vida, e mesmo a morte.⁽⁷⁾

Ao longo das décadas houve grandes avanços nos procedimentos cirúrgicos e na assistência perioperatória. Isso despertou, na Enfermagem, o desejo de aprimoramento profissional a fim de proporcionar uma assistência verdadeiramente humanizada. Percebendo a importância do cuidado holístico, houve um resgate de valores por parte desses profissionais. Mas, muitas vezes, o que chama atenção no campo prático é o desrespeito por alguns trabalhadores aos direitos dos pacientes enquanto usuários do serviço de saúde. Assim, é necessário fazer uma co-relação dos aspectos éticos e, sobretudo, legais na atuação dos profissionais de Enfermagem, perante o que de fato são direitos dos pacientes, quando submetidos a uma experiência cirúrgica.

OBJETIVOS

Identificar a percepção do paciente hospitalizado para tratamento cirúrgico em relação aos seus direitos e investigar junto ao paciente a assistência de Enfermagem a ele prestada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de campo realizado em duas clínicas cirúrgicas, divididas entre alas A e B respectivamente, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, situado no campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). As referidas clínicas atendem diversas especialidades cirúrgicas como cirurgia geral, coloproctologia, urologia, ginecologia, cabeça e pescoço e vascular. Dos 65 pacientes internados, que estavam no período pré ou no pós-operatório, foram questionados se gostariam de participar desta pesquisa. Desses, 15 pacientes de ambos os sexos aceitaram participar da mesma, compondo assim a amostra do estudo, perfazendo 100%, correspondendo um percentual de 23%

do total de pacientes internados.

Ressaltamos que, durante o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁽⁸⁾ Para viabilização da coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista, contendo questões objetivas e subjetivas relacionadas à identificação dos participantes e aos objetivos do estudo (Apêndice A). A coleta dos dados foi realizada no mês de fevereiro de 2007, usando a técnica de entrevista simples.

Os dados foram analisados mediante uma abordagem quanti-qualitativa, utilizando-se para a conclusão, a técnica de análise de conteúdo com o Discurso do Sujeito Coletivo.⁽⁹⁾

RESULTADOS

Os participantes do estudo tinham idade entre 22 e acima dos 76 anos e a predominância ocorreu na faixa etária de 58 e 76 anos, 6/15 (40,0%), seguida de 40 a 57 anos, 4/15 (26,7%), 22 a 39 anos, 2/15 (13,3%) e acima de 76 anos 3/15 (20,0%). Em relação ao gênero, observa-se que o feminino prevaleceu 11/15 (73,3%) e o masculino, 4/15 (26,7%).

Referente ao grau de escolaridade, denota-se a existência de indivíduos analfabetos à conclusão do ensino superior. Dentre esses níveis, foi observado maior número de participantes que possuíam o ensino fundamental incompleto, perfazendo 8/15 (53,3%), seguido do ensino médio completo e superior incompleto, com 2/15 (13,3%) cada, e analfabeto com 1/15 (6,7%).

No tocante à religião, prevaleceram os que professam o catolicismo 14/15 (93,3%), e o evangélico 1/15 (6,7%).

Proporcional ao questionamento sobre o número de filhos, a resposta variou entre a quantidade de 2 a 9 filhos por pesquisado, sendo a predominância de 4/15 (26,7%) dos que já tinham 4 filhos, seguidos dos que possuíam entre 2 e 3 filhos, 3/15 (20,0%) cada, os que possuíam 1 e 9 filhos, 2/15 (13,3%) cada, e o que tinha 7 filhos 1/15 (6,7%).

Durante o estudo, investigou-se tam-

bém qual a cirurgia proposta e/ou já realizada e foi constatada a ocorrência de 15 cirurgias dos mais variados tipos, havendo maior incidência da colecistectomia 5/15 (33,3%) e, em segundo lugar, a hernioplastia 2/15 (13,3%).

No tocante à localidade da moradia, o maior número tem sua residência situada na zona urbana, 12/15 (80,0%), e os que residem na zona rural, 3/15 (20,0%). A amostra foi

caracterizada em sua maioria por mulheres, residentes na zona urbana, com faixa etária predominante de 58 e 76 anos. Em sua maior parte eram católicas, tinham quatro filhos e procuraram o serviço hospitalar para tratamento cirúrgico. Isso demonstra que as mulheres adultas procuram mais os serviços de saúde do que os homens, ou por terem uma preocupação com a mesma, ou pelo incômodo dos sinais e sintomas da doença em questão.

DISCURSO DOS PACIENTES

QUESTÃO 1 - O que o sr.(a) conhece de seus direitos enquanto hospitalizado?

IDÉIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Direito de ter as necessidades atendidas	[...] Sim, todos os direitos de que a gente precisa é ser bem tratado e assistido, se alimentar direitinho com o café da manhã, o almoço, o jantar, como a enfermeira pergunta nos horários de trabalho; [...] direito a ser respeitado pelo profissional que atende; [...] direito de ser consultado e ter uma boa relação com médicos e enfermeiros; bom atendimento de toda equipe médica, e o hospital estar suprido de medicamentos para atender o paciente; [...] é tratar bem, e ter paciência com a gente; [...] a meu ver o direito principal é o bom tratamento é a cortesia para melhorar da doença.

Quadro 1 – Idéia Central 1 e Discurso do Sujeito Coletivo referente à Questão 1.

A Idéia Central 1, da qual relataram o direito de ter as necessidades atendidas, como alimentação, medicação e acima de tudo o respeito por parte dos profissionais de saúde, mostra o conhecimento dos pacientes sobre o atendimento de suas necessidades fundamentais, além disso, a menção ao respeito do qual deve ser prestado por todos que os assistem durante a hospitalização foi uma confirmação que independe do grau de escolaridade, idade ou sexo, todos os internos no hospital querem ser bem atendidos.

Considerando essas falas, foi possível destacar que o direito de ter suas necessidades atendidas, como alimentação e a

medicação, são direitos assegurados por lei para qualquer cidadão, seja ele hospitalizado ou não. Esses são garantidos pela Constituição Federal. Relembrando que o papel da Enfermagem tem seu foco principal voltado para o suprimento das necessidades fundamentais do ser humano.⁽¹⁰⁾ A partir da tentativa de suprir estas necessidades, o profissional tem que agir de forma carinhosa, atenciosa, prestativa, expondo em suas ações humanização, ou seja, o cuidado com respeito e dignidade.

O mesmo autor mostra que este cuidado só acontecerá de forma eficiente se houver por parte do ser cuidador uma escuta com desvelo, a fim de

perceber quais são as carências vividas pelo ser cuidado naquele momento. A “ciência do cuidar não pode ser totalmente neutra em relação a valores humanos, ou seja, ela não pode manter-se separada ou indiferente às emoções humanas”.⁽¹¹⁾ Essa escuta leva a uma aproximação entre ambos e, conseqüentemente, nos reporta a uma sensação de prazer e até de poder, devido à capacidade e a legitimidade de invadir, de modificar e de provocar alterações benéficas no outro, que o impulsionará para uma vida mais plena e saudável.⁽¹⁰⁾ É através de atitude focada nesse pensamento que o profissional de Enfermagem poderá suprir qualquer necessidade do paciente.

QUESTÃO 2 – O sr.(a) acha que seus direitos e sua individualidade estão sendo respeitados durante sua hospitalização?

IDÉIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Atendimento, baseado no laço de amizade entre profissionais e pacientes	Acho [...]; graças a Deus, sou muito bem respeitado [...]; estou sendo bem atendida; eu acho que tá é muito bom desse jeito, os médicos, as enfermeiras, as faxineiras são meus amigos, isso é muito bom para o paciente melhorar; eles tratam a gente bem aqui, as enfermeiras são todas boas, me levam para onde eu não posso ir; [...] é uma graça de Deus a gente ter esse hospital para ficar, os médicos e os doutores são bons demais; são bem respeitados por nós, me adoram; com certeza o atendimento é muito bom;
IDÉIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
A individualidade é respeitada demais	Estão sendo respeitados sim, aqui todos os doentes são bem tratados [...]; estão respeitando demais, eu estou satisfeítíssimo [...]; estão respeitando sim quando faz curativo e examina se não tivesse eu dizia; estão cumprindo com as obrigações deles direitinhas;

Quadro 2 – Idéia Central 1 e 2 e Discurso do Sujeito Coletivo referente à Questão 2.

O Quadro 2 demonstra que o bom atendimento existe, porque foi enfatizado nos discurso dos pacientes, isso é muito bom para a equipe de Enfermagem e para o hospital, a atitude positiva dos profissionais na prestação dos cuidados reflete em cada fala encontrada. Logo, podemos analisar que a Enfermagem precisa estar constantemente atenta as suas ações, e, assim, procurar atuar de maneira diferente, mantendo o doente informado numa relação de receptividade e reciprocidade com responsabilidade e ética. Ao agir assim, permitiremos o exercício de cidadania a todos. Isso permite ao “cliente sair da posição de objeto em que é infantilizado, tornando-

se cidadão com capacidade de decidir e opinar conscientemente acerca de assuntos que dizem respeito a si mesmo”.⁽⁶⁾

No tocante ao respeito à individualidade destacada na Idéia Central 2, os pacientes expressaram que sua presença, enquanto pessoa detentora de um corpo e mente, merece ser respeitada como tal, ou seja, cada um deve ter a assistência de forma individualizada, personalizada, requerendo por parte dos enfermeiros e de toda a equipe uma visão ampla, baseada na humanização do cuidado. É importante ressaltarmos que o trabalho de conscientização acerca dos direitos de cada pessoa também é uma forma de humanização. A

Enfermagem, nos últimos tempos, vem focalizando a ética como princípio norteador de suas práticas, abordando, no momento do cuidar, os direitos dos pacientes. As mesmas autoras questionam se não é nosso dever o de esclarecer a população por nós assistida sobre os direitos que lhe são concedidos e garantidos pela Constituição.⁽¹²⁾ É necessário incentivar os doentes a reivindicar seus direitos principalmente se forem referentes a uma assistência de Enfermagem conforme preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta deve ser pautada pela equidade, integralidade, universalidade de acesso, além do direito à informação, que se faz bastante valioso.

QUESTÃO 3 – Como o sr.(a) classifica a assistência de Enfermagem prestada nesta clínica?

IDÉIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Ótima, devido ao atendimento dos pacientes	Ótimo, porque as pessoas são todas boas e legais [...]; sou bem tratado, não tenho nada a reclamar do cuidado e zelo que todos têm por mim; as enfermeiras me respeitam e eu as respeito; elas acham que todos têm que se respeitar para a coisa caminhar; eles os (médicos) também tratam a gente bem, dão conselhos e mostram sempre o que a gente tem de fazer para melhorar logo; procuram fazer o impossível para atender bem, basta dizer o carinho que eles e as enfermeiras têm, são todas carinhosas, atenciosas, estão com a gente na hora mais difícil, não se excusam, nem se negam a nada; [...] elas animam a gente, tem boa comunicação e disponibilidade; [...] é bom isso, porque hospital nenhum dá a assistência que eu tô recebendo aqui.

Quadro 3 – Idéia Central 1 e Discurso do Sujeito Coletivo referente à Questão 4.

Os pacientes, ao serem questionados acerca da qualidade do serviço de Enfermagem que é prestado na clínica cirúrgica, centralizam seu discurso no respeito que é dedicado por parte dos profissionais que ali atuam. Mas convém nos perguntar sobre o que viria ser respeito de fato para eles? Respeito é visto:

Numa perspectiva relacional e comunicativa em que ao sujeito é salvaguardado o direito de ter opiniões e valores os quais lhe são próprios e poder expressá-los, pois nessa relação intersubjetiva entre profissional e paciente, é imprescindível o reconhecimento de valores e a percepção de como trabalhá-los dentro deste relacionamento.⁽¹³⁾

Pensamentos como o do autor supracitado tem feito alguns profissionais repensarem seu modo de agir, fazendo uma auto-reflexão crítica acerca do tratamento que é dispensado aos seus clientes, quanto ao atendimento de forma respeitosa, atenciosa ou não. Isto tem sido um assunto discutido em todos os campos do saber, e aqui se destaca a preocupação de enfermeiros que, inconformados com processos de descaracterização da pessoa humana, optam por um redirecionamento de sua visão.

Dessa forma, busca-se mais criticidade e novas possibilidades para a mudança das ações da categoria profissional de Enfermagem.

Conforme citado, eles têm como foco principal a busca pelo respeito aos direitos dos clientes, que estão sobre seus cuidados.⁽¹²⁾ Diante destas colocações deve-se ter em mente que, ao instruir os pacientes em relação aos seus direitos, os enfermeiros estarão promovendo mudanças na sua prática profissional e na assistência como um todo.

CONCLUSÃO

Os resultados retratam que o discurso do sujeito coletivo, construído a partir das falas, possibilitou uma compreensão do pensamento dos pacientes envolvidos no estudo sobre seus direitos enquanto cidadão hospitalizado. Para o alcance dos objetivos, utilizou-se uma fala acessível e se tentou em todos os momentos tornar o conteúdo das questões transparentes, de forma que permitisse a eles um acesso às informações igualmente.

Durante a fase de interação com os pacientes, foi possível fazer um levantamento prévio da real percepção destes em relação aos seus direitos e da assistência de Enfermagem prestada na clínica cirúrgica. A análise dos resultados permitiu visualizar que os pacientes tinham entendimento acerca de seus direitos, como também foi avaliada sua percepção em relação aos cuidados de Enfermagem prestados.

Em decorrência dos achados, a equipe de Enfermagem deve procurar cada vez mais a humanização em suas ações, somente assim enaltece nossa profissão, pois este conceito contém, em seu significado, a base sólida para uma assistência de qualidade. A conscientização dos internos da clínica sobre seus direitos também se constitui como uma ação humanística. Mas, para que isso ocorra sempre, é preciso que todos os profissionais reconheçam seu verdadeiro papel junto ao doente e tenham conhecimento dos direitos dos mesmos e busquem, cada vez mais, fazer com que eles possam ser colocados em prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angher AJ. Vade Mecum: acadêmico de direito. São Paulo: Rideel; 2004.

2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

3. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Sextante; 1999.

4. Waldow VR. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 53-85.

5. Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Shinyashiki GT. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. Rev Latino-Am Enferm [periódico na Internt]. 2002 jan. [citado 2006 Ago. 20];10(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/rlae>

6. Gauderer EC. Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record; 1995.

7. Black JM, Matassarini-Jacobs E, Luckman & Sorensen Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.

10. Gotardo GIB. Nos bastidores da enfermagem a arte de cuidar como essência. Rev enferm UERJ. 2002;10(2): 146-9.

11. Waldow VR. O cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.

12. Soares NV, Lunardi VL. A problematização dos direitos do cliente implicando na problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem. Ci Enferm [pe-

riódico na Internet]. 2003 jun. [citado 2006 Ago 15];9(1). Disponível em: <http://www.scielo.cl/>

13. Dallari DA. Bioética e direitos humanos. In: Costa SIF, Oselka O, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.89.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Dados referentes aos participantes do estudo

Idade: _____ Escolaridade: _____
Sexo: () masculino () feminino
Procedência: () zona urbana () zona rural
Religião _____ Número de filhos _____
Cirurgia proposta e/ou realizada _____

2. Dados relacionados aos objetivos do estudo

- 2.1- O que o sr.(a) conhece de seus direitos enquanto hospitalizado?
2.2- O sr.(a) acha que seus direitos estão sendo respeitados durante sua hospitalização?
2.3- Como o sr.(a) classifica a assistência de Enfermagem prestado nesta clínica?

Autoria

Iolanda Beserra da Costa Santos
Doutora em Ciências da Saúde, professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa (PB).

Manuela Martins de Freitas
Enfermeira do Hospital Santa Paula e professora substituta da Disciplina Enfermagem Cirúrgica I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

QUER SABER O SEGREDO DO NOSSO SUCESSO? NÓS ENTREGAMOS PARA VOCÊ.

3Albe. Qualidade Certificada Anvisa.

Desde 1994 a 3Albe distribui muito mais que bons produtos: entrega soluções com qualidade, destinadas à saúde pública e privada. Nossa empresa foi uma das primeiras a conquistar o Certificado de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição de Produtos para Saúde, da Anvisa, mais uma garantia que a 3Albe leva até seus clientes. Qualidade, pontualidade e credibilidade em dose tripla!



3albe

synvita
Uma divisão 3Albe

Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

Certificado de Boas Práticas de Armazenamento e
Distribuição de Produtos para a Saúde

Av. Jacobus Baldi, 745, Jd. Fim de Semana, São Paulo / SP

CEP: 05847-000 / Telefone: 11 5513.4022

www.3albe.com.br

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PARTURIENTES DURANTE TRANSOPERATÓRIO – CIPE BETA-2

NURSING DIAGNOSES IN PARTURIENT WOMEN DURING SURGERY - CIPE BETA-2

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EM PARTURIENTAS EM EL PERÍODO TRANSOPERATÓRIO – CIPE BETA-2

Thaís Honório Lins • Ângela Maria Leal de Moraes Vieira

Resumo - Estudo realizado no Centro Cirúrgico de uma maternidade pública, objetivando identificar a frequência dos diagnósticos de Enfermagem mais comuns seguindo a CIPE em emergência obstétrica no período transoperatório de cesárea. Pesquisa do tipo descritivo-exploratória, quantitativa. Utilizou-se um instrumento para a entrevista, exame físico e observação de 30 parturientes. Nos resultados foi identificada a frequência dos seguintes diagnósticos de Enfermagem: 100% de risco para infecção na ferida cirúrgica, 100% no sistema urogenital pelo uso de cateter urinário, 100% devido ao uso de cateter venoso periférico e de 90% queimadura de pele pelo uso do bisturi elétrico. Pode-se concluir que os dados encontrados neste estudo permitiram a identificação de tais diagnósticos de Enfermagem possibilitando planejamento e intervenção das ações de Enfermagem.

Palavras-chave - Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Centro Cirúrgico Hospitalar.

Abstract - This is a study in the surgical suite of a public maternity hospital, with the objective to identify the frequency of the most common nursing diagnoses in accordance with CIPE in obstetric emergencies during the trans-operative phase of caesarian section surgeries. The research was

of a descriptive-exploratory quantitative type. In the collection of data, an instrument was used for an interview, physical exam and the observation of 30 parturient women. In the results were identified with frequency the following nursing diagnoses: 100% risk of infection in the surgical incision, 100% risk of infection in the genital-urinary system from the use of a urinary catheter, 100% risk of infection due to the use of a peripheral venous catheter and 90% risk of a skin burn due to the use of an electric scalpel. It can be concluded that the data found in this study permits an identification of these nursing diagnoses making the planning and the intervention of nursing care possible.

Key words - Nursing diagnoses, Nursing care, Surgery Center.

Resumen - Estudio realizado en el centro de una maternidad pública, a fin de determinar la frecuencia de los diagnósticos de enfermería más frecuentes a raíz de la CIPE obstétrica de emergencia durante el transoperatorio de cesárea. Investigación del tipo descriptivo y exploratorio cuantitativo. Se utilizó un instrumento para la entrevista, examen físico y la observación de 30 mujeres. En los resultados fueron identificados la frecuencia de los siguientes diagnósticos de enfermería: 100% del riesgo de infección de la herida quirúrgica, el

100% en el sistema urogenital por el uso de catéter urinario, el 100% debido al uso de catéter venoso periférico y el 90% de la quemadura de la piel por el uso de bisturí eléctrico. Se puede concluir que los datos encontrados en este estudio permitieron identificar tales diagnósticos posibilitando una planificación y intervención de las acciones de enfermería.

Palabras-clave: diagnóstico de Enfermería, atención de Enfermería; Bloque Quirúrgico Hospital.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) diz que toda instituição de saúde deverá utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que é um sistema composto por etapas que guiam as ações de Enfermagem. Acrescenta que a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) deve ser realizada por todo paciente que for submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico avaliado pelo enfermeiro do Centro Cirúrgico com a aplicação da SAEP, respeitando as regras do SAE, porém com um enfoque específico ao paciente cirúrgico.⁽¹⁾

A Classificação Internacional para a

Prática de Enfermagem (CIPE) é uma classificação de fenômenos, ações e resultados de Enfermagem, além de ser um instrumento de informação para descrever a prática profissional e fornecer dados que representem nos sistemas de informação em saúde. Esses dados podem ser usados para assegurar a qualidade ou promover mudanças na prática de Enfermagem através de ensino, gerenciamento, elaboração de políticas de saúde e pesquisa.⁽²⁾

Os diagnósticos de Enfermagem influenciaram positivamente a profissão de Enfermagem.⁽³⁾ Ele enfatiza os problemas fisiológicos e psicossociais que as enfermeiras podem legalmente diagnosticar e tratar com independência.⁽⁴⁾

Quando é confirmado o procedimento cirúrgico, o paciente apresenta uma série de dúvidas que devem ser esclarecidas antes de ir para o Centro Cirúrgico. É que, devido ao desconhecimento do ato cirúrgico, pode desenvolver alguns efeitos negativos quanto ao procedimento, como, estresse, aumento do risco de infecção, mudanças no corpo, preocupação excessiva quanto à cicatrização, dificuldade no estilo de vida já constituído e efeitos sobre sua profissão, alterando seu desempenho.⁽⁵⁾ Reforça que, a partir do momento que a equipe cumpre seu papel, orientando o paciente quanto ao ato cirúrgico, com certeza ele terá melhores condições de colaborar e participar de todo planejamento que for realizado, emitindo respostas orgânicas adequadas à sua recuperação.

A Enfermagem perioperatória resgata o cuidado intermediado pela estrutura do processo de Enfermagem. Nesta estrutura, a enfermeira que presta assistência perioperatória engaja-se na elaboração do histórico do paciente; coleta, organiza e prioriza os dados; estabelece o

diagnóstico de Enfermagem; identifica os resultados desejados pelo paciente; desenvolve e implementa um plano de cuidados de Enfermagem; e avalia aqueles cuidados em termos dos resultados alcançados pelo paciente.⁽⁶⁾

Para uma adequada assistência de Enfermagem no período transoperatório, deve-se manter a segurança do paciente e o conhecimento das necessidades físicas, biológicas e sociais, pois o paciente, nesse período, está totalmente entregue à equipe cirúrgica.⁽⁷⁾

Para o Conselho Internacional de Enfermagem, as intervenções de Enfermagem são ações realizadas em resposta a um diagnóstico de Enfermagem com o propósito de gerar um resultado de Enfermagem. A intervenção de Enfermagem é composta de conceitos presentes nos eixos das classificações das ações que são divididas em tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via e beneficiário.⁽²⁾

Algumas intercorrências em Centro Cirúrgico: quedas de paciente da maca ou mesa cirúrgica, queimaduras por placa de bisturi; realização de exames ou cirurgias desnecessárias proibidas por lei ou por moral, ou ainda, sem consentimento do paciente ou consentimento obtido através de informação incompleta; infecções operatórias; instrumentais ou materiais que possam causar acidentes ou manuseio de material estéril sem técnica asséptica e registros de Enfermagem incompletos ou inverídicos.⁽⁸⁾

Dentro de tais ocorrências, a enfermeira que atua na área deve cultivar a humanização da assistência, garantindo a preservação dos direitos do paciente, além de sua segurança. Para isto, é necessário sistematizar a assistência de Enfermagem, coletando dados, elabo-

rando diagnóstico de Enfermagem e, a partir daí, traçar o plano de cuidado e avaliação com o propósito de qualificar da nossa profissão tendo como maior beneficiado, o paciente. Enfim, é relevante responder à pergunta de pesquisa: Qual a frequência dos diagnósticos de Enfermagem mais comuns em emergência obstétrica durante o período transoperatório em uma instituição pública de Maceió (AL)?.

OBJETIVO

Identificar a frequência dos diagnósticos de Enfermagem mais comuns em emergência obstétrica durante o período transoperatório em uma instituição pública de Maceió (AL).

MÉTODO

A pesquisa foi do tipo descritivo-exploratório de análise quantitativa, realizada no Centro Cirúrgico de uma maternidade pública localizada em Maceió (AL), de março a abril de 2006. Trata-se de uma instituição estadual de alta complexidade, referência no estado em emergência obstétrica.

A coleta de dados foi realizada durante o período transoperatório no Centro Cirúrgico, que dispõe de cinco salas de cirurgia e Sala de Recuperação Pós-anestésica com quatro leitos. Fizeram parte do estudo 30 parturientes em situação de urgência/emergência, com idade superior a 18 anos e submetidas à cesárea. Foi utilizada a entrevista face a face, o exame físico e a observação da cliente durante a assistência de Enfermagem.

O exame físico consistiu de inspeção, palpação e ausculta realizadas obedecendo à segmentação céfalo-caudal. Não foi realizada qualquer manobra que pusesse em risco a integridade do

feto e da mãe. Também não foi realizado exame físico da genitália externa e do sistema neurossensorial. Foram observados e registrados dados de sua permanência no ambiente cirúrgico, como tempo da cirurgia; equipamentos e soluções utilizados; posição na mesa operatória; uso de sondas, drenos ou cânulas; serviços requisitados; sinais vitais e encaminhamento do paciente no pós-operatório imediato.

Deu-se início à referida pesquisa após aprovação da Direção Médica, Coordenação de Enfermagem e do Comitê de Ética e Pesquisa conforme Resolução 196/96 do CNS. Após orientação e aceitação do estudo, a participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo desistir da pesquisa em qualquer momento da sua realização sem prejuízo ou penalidade para a mesma, e o sigilo foi mantido sobre a identificação das participantes.

RESULTADOS

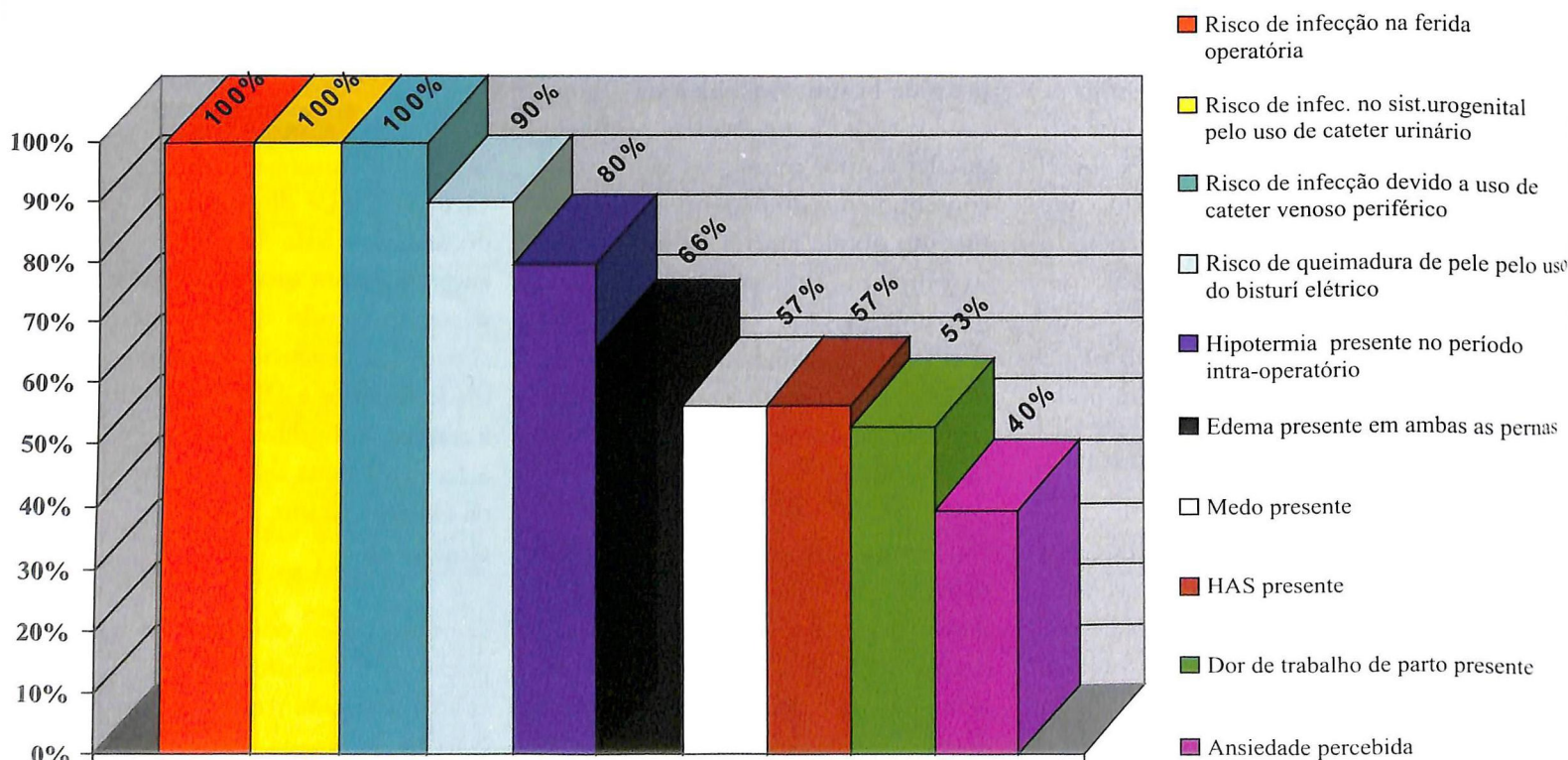
A faixa etária das 30 parturientes variou entre 18 e 39 anos com tempo cirúrgico entre 30 minutos e 1 hora e 40 minutos, e 86,66% utilizaram a raquianestesia e 13,34%, peridural.

O gráfico nº 1 ilustra os dez diagnósticos de Enfermagem mais encontrados no período intraoperatório em emergência/urgência obstétrica seguindo a nomenclatura a CIPE, versão Beta 2. Porém serão discutidos os cinco primeiros com maior evidência de acordo com o objetivo proposto pelo estudo. Observa-se que, nesse período, os mais encontrados foram o risco para infecção na ferida cirúrgica no sistema urogenital pelo uso de cateter urinário, de infecção pelo uso de cateter venoso periférico e de queimadura de pele pelo uso do bisturi elétrico. Também se identificou hipotermia presente no período

transoperatório, que será discutido adiante. Os diagnósticos de menor proporção, mas também observados, foram o edema presente em ambas as pernas, medo presente, hipertensão arterial sistêmica presente, dor de trabalho de parto presente e ansiedade demonstrada.

O primeiro diagnóstico de Enfermagem encontrado foi risco para infecção na ferida cirúrgica, presente em 100% dos pacientes que, segundo Carpenito,⁽⁹⁾ quando diz que todos os indivíduos estão em risco para infecção e que a pele proporciona a primeira linha de defesa e quando ocorre abertura desta, tanto cirúrgica como traumática, potencializa a infecção. Para o CDC, o termo infecção da ferida operatória deve ser substituída por infecção do sítio cirúrgico, pois nem toda infecção relacionada à manipulação cirúrgica ocorre na ferida propriamente dita, mas também em

Gráfico 1 – Diagnósticos de Enfermagem apresentados pela autora. Maceió, mar/abr., 2006



órgãos ou espaços abordados durante a operação.⁽¹⁰⁾

Outro diagnóstico de Enfermagem encontrado foi risco para infecção no sistema urogenital pelo uso do cateter urinário. Esse risco está presente em 100% dos pacientes, já que todos foram submetidos a cateterismo vesical de demora. A bacteriúria ou candidúria, indicativos não exclusivos de infecção urinária, se desenvolvem em 25% de pacientes hospitalizados com uso de cateter vesical em até sete dias de internação, sendo essa categoria de infecção a segunda causa de infecção sistêmica hospitalar.⁽¹¹⁾ O cateter de demora deve ser instalado por meio de técnica estéril e apenas quando for absolutamente necessário. A instalação do cateter deve ser cuidadosa evitando lesões e infecções.⁽¹²⁾

Neste estudo, outro diagnóstico de Enfermagem encontrado foi risco para infecção devido ao uso de cateter venoso periférico. De fato, 100% dos pacientes que foram submetidos à punção venosa periférica apresentam risco para infecção do sítio de inserção do cateter periférico, ou seja, todos têm possibilidade de desenvolver infecção já que foram expostos ao procedimento.

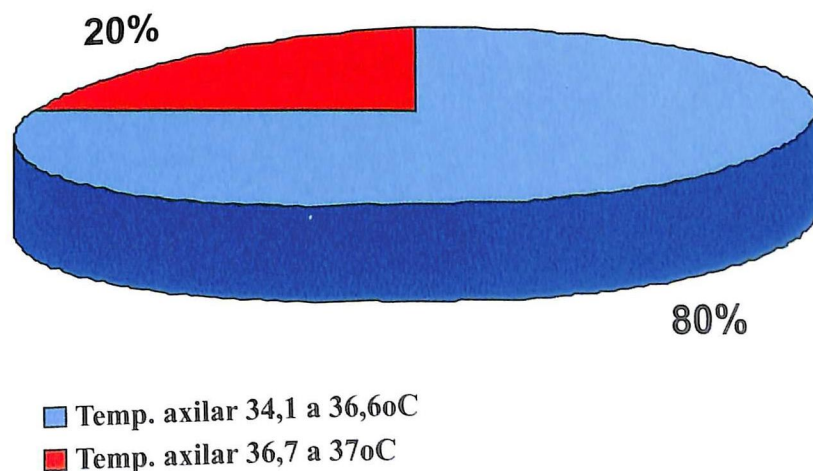
Os cateteres periféricos são mais comumente utilizados no ambiente hospitalar. Apesar dos enormes benefícios decorrentes da terapia intravascular, existe risco potencial de produzir doença iatrogênica e bacteremias. O risco de infecção relacionada ao cateter é em torno de 1%, porém, a preocupação ocorre devido ao grande número de pacientes que necessitam de acesso vascular e alta letalidade quando ocorrem infecções chegando a ser superior a 20%. Informa ainda que, flebite, infecção do sítio de inserção do cateter e bacteremia relacionada a cateter são

complicações infecciosas associadas ao uso dos cateteres periféricos.⁽¹³⁾

O risco de queimadura de pele pelo uso de bisturi elétrico, outro diagnóstico de Enfermagem identificado no estudo, que esteve presente em 90% dos pacientes. A unidade de eletrocirurgia composta pelo bisturi elétrico é segura, mas se mal utilizada pode ocasionar queimaduras, principalmente nos locais de colocação da placa, dos eletrodos do monitor cardíaco, ou onde houver contato direto da pele do paciente com as superfícies metálicas da mesa cirúrgica.⁽⁹⁾ Por isto, a necessidade de um cuidado individualizado e especial da equipe de Enfermagem. O uso da unidade de eletrocirurgia, que é uma unidade elétrica de alta frequência, tem a finalidade de promover a eletrocoagulação, eletrodissecção e fulguração (coagulação superficial). Tem como vantagem diminuir o risco cirúrgico e anestésico, o gasto de material de sutura, o tempo de coagulação e de cirurgia, assim como o risco de infecção da ferida cirúrgica.⁽⁸⁾

O gráfico nº 2 mostra que 80% dos pacientes estudados apresentaram hipotermia, correspondendo a 24 pacientes com temperatura axilar entre 34,1°C a 36,6°C. Durante a anestesia, a temperatura do paciente pode cair. O metabolismo da glicose mostra-se reduzido e conseqüentemente pode-se desenvolver acidose metabólica, denominando hipotermia, que é indicada por uma temperatura corporal central abaixo da normal em menos ou igual a 36,6°C. A hipotermia pode acontecer devido à baixa temperatura da sala de cirurgia, da infusão de líquidos frios, da inalação de gases frios, de cavidades ou feridas corporais abertas, da atividade muscular diminuída, da idade avançada ou dos agentes farmacológicos utilizados, como por exemplo, vasodilatadores, fenotiazínicos e anestésicos gerais. Entre as intervenções de Enfermagem para reduzir estas intercorrências, estão manter temperatura da sala de cirurgia entre 24 e 26,6°C, trocar capotes e campos cirúrgicos quando molhados e monitorizar temperatura corporal.⁽¹⁴⁾

Gráfico 2 - Diagnóstico de Enfermagem - Hipotermia presente no período intraoperatório



CONCLUSÃO

Os dados encontrados neste estudo possibilitaram a identificação dos principais diagnósticos de Enfermagem presentes em emergência obstétrica durante o período transoperatório, possibilitando futuramente o planejamento e intervenção das ações de Enfermagem tanto diretamente para o paciente como para a equipe de Enfermagem. Quando o profissional observa o paciente, entrevista, coleta dados, examina, fornece orientações e esclarece dúvidas que vão surgindo, a paciente torna-se mais compreensiva com a situação em que se encontra, cooperativa e acima de tudo mais confiante na equipe que está prestando assistência. A partir daí, o enfermeiro, assim como toda a equipe de Enfermagem, tem mais facilidade para desenvolver suas atividades, buscando o bem-estar do paciente e sua cooperação.

É relevante dizer que a sistematização da assistência de Enfermagem no modelo da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) facilita o cuidar, prioriza e organiza a assistência e permite uma avaliação mais concisa de acordo com o que foi proposto.

O ambiente cirúrgico é desconhecido para o paciente e é neste momento que o enfermeiro necessita interagir com ele. A SAE é uma forma de sistematizar, organizar a assistência prestada.

Assim sendo, é preciso que os enfermeiros avaliem a Sistematização da Assistência de Enfermagem, sejam incentivados a utilizar o diagnóstico de Enfermagem na prática, pensem no cuidar, e que as instituições invistam em cursos e treinamentos para a equipe de Enfermagem.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas da SOBECC. 4^a ed. São Paulo: SOBECC; 2007.
2. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: beta 2. São Paulo; 2003.
3. Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermagem. 6^a ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.
4. Sparks MS, Taylos CM, Dier JG. Diagnóstico em enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
5. Santos NCM. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2003.
6. Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
7. Moura LPAM. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação anestésica. 7^a ed. São Paulo: SENAC; 2004.
8. Ferreira LMB, Ribeiro MCM. Centro cirúrgico – o espaço de fazer enfermagem. Rio de Janeiro: EPUB; 2000.
9. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
10. Grinbaum RS. Prevenção da infecção de sítio cirúrgico. 2^a ed. São Paulo: APECIH; 1999.
11. Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.
12. Moreira MC, Souza SR. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: LAB; 2005.
13. Ritschmann R, Levin AS. Infecção relacionada ao uso de cateteres vasculares. 2^a ed. São Paulo: APECIH; 1999.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

AUTORIA

Thaís Honório Lins

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), professora auxiliar de Ensino da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e enfermeira do Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-anestésica da Maternidade Escola Santa Mônica.

Ângela Maria Leal de Moraes Vieira

Enfermeira, mestre em assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), professora assistente do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de São Miguel.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: UMA FERRAMENTA ADMINISTRATIVA PARA USO EM CENTRO CIRÚRGICO

STRATEGICAL PLANNING: AN ADMINISTRATIVE TOOL FOR USE IN SURGICAL CENTER

PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO: UNA HERRAMIENTA ADMINISTRATIVA PARA EL USO EN BLOQUE QUIRÚRGICO

Mara Lúcia Garanhani • Cibele Cristina Tramontini • Elias Pedro da Silva Junior • Edite Mitic Kikuchi • Renata Perfeito Ribeiro

Resumo - Este estudo teve como objetivo relatar a experiência da utilização de ferramentas administrativas para construção de algumas etapas de um planejamento estratégico, aplicadas a uma unidade de Centro Cirúrgico, pelo enfermeiro residente. Esta experiência foi desenvolvida na disciplina Gerência de Enfermagem em Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização I, do Programa de Residência em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização da Universidade Estadual de Londrina (UEL) nos anos de 2006 e 2007. Os instrumentos de gestão utilizados foram *brainstorming*, Gravidade, Urgência e Tendência (GUT) e o diagrama de Ishikawa no desenvolvimento das etapas de diagnóstico e análise dos problemas e estabelecimento de prioridades. A vivência da utilização desses instrumentos constituiu-se numa experiência importante para o aprendizado e desenvolvimento do planejamento estratégico pelos residentes. Mostrou-se como uma possibilidade a ser utilizada na gerência de um Centro Cirúrgico para o estabelecimento de objetivos e metas a serem alcançados de forma sistematizada.

Palavras-chave: Enfermagem em Centro Cirúrgico, planejamento estratégico, organização e administração, Administração de Recursos Humanos.

Abstract - This study it had as objective to tell the experience of the use of administrative tools for construction of some stages of a Strategic Planning, applied to a unit of Surgical Center, for the resident nurse. This experience was developed in disciplines: "Management of Nursing in Surgical Center and Center of Material and Sterilization I", the Program of Residence in Nursing in Surgical Center and Central Recovery of Material and Sterilization of the State University of Londrina (UEL) in the years of 2006 and 2007. The used instruments of management had been: Brainstorming, GUT - Gravity, Urgency and Trend and the diagram of Ishikawa, in the development of the stages of diagnosis and analysis of the problems and establishment of priorities. The experience of the use of these instruments consisted in an important experience for the learning and development of the Strategic Planning of the residents. One revealed as a possibility to be used in the management of a Surgical Center for the establishment of objectives and goals to be reached of systemize form.

Key words: Operating Room Nursing, strategic planning, organization and administration, Personnel Management

Resumen - El objetivo del estudio fue relatar la utilización de herramientas

administrativas para la construcción de algunas etapas de un plan estratégico, aplicadas en el Bloque Quirúrgico, por el enfermero "trainee". Esta experiencia fue desarrollada en la asignatura de "Gestión en el Bloque Quirúrgico e Centro de Material y Esterilización I" del Programa de Expertos en Enfermería en el Bloque Quirúrgico, Recuperación Anestésica y Central de Material y Esterilización de la Universidad Estadual de Londrina (UEL) en los años 2006 y 2007. Las herramientas administrativas utilizadas fueron: Brainstorming, GUT (Gravedad, Urgencia, Tendencia) y el diagrama de Ishikawa en el desarrollo de las etapas de diagnóstico y análisis de los problemas y del establecimiento de prioridades. La vivencia de la utilización de estos instrumentos consistió en una experiencia importante para aprender y el desarrollo del planeamiento estratégico del enfermero "trainee". Se reveló como una posibilidad que se utilizará en la gerencia de un Bloque Quirúrgico para el establecimiento de objetivos y las metas de una forma sistematizada.

Palabras-clave: Enfermería del Bloque Quirúrgico, planeamiento estratégico, organización y administración, Administración del Recursos Humanos.

INTRODUÇÃO

A unidade de Centro Cirúrgico (CC)

trata-se de uma área com uma dinâmica de funcionamento com características e exigências diferenciadas dos demais ambientes hospitalares, impostas pela preservação do ambiente asséptico.⁽¹⁾ É uma área complexa de acesso restrito dentro do ambiente hospitalar, que expõe o paciente e a equipe de saúde a situações estressantes, pois é nesta área que se efetiva o ato cirúrgico.

Visualizado sob o enfoque sistêmico, o CC é constituído por cinco subsistemas: metas e valores, tecnológico, estrutural, psicossocial e administrativo. As metas e valores definem a filosofia da unidade, o tecnológico envolve os equipamentos e o conhecimento técnico-científico na utilização dos mesmos, o estrutural unifica as atividades humanas às tecnológicas, o psicossocial refere-se às relações interpessoais da equipe cirúrgica, e o administrativo gerencia as inter-relações entre os subsistemas.⁽²⁾

Diante da rápida evolução tecnológica e da disseminação da informação pelo mundo globalizado, torna-se essencial a preocupação com a assistência humanizada, principalmente em unidades de alta complexidade como o CC. Nesse contexto é relevante a reflexão sobre as competências do enfermeiro responsável por esta unidade.⁽³⁾

Dentre essas competências, consideramos importante a compreensão do processo de trabalho do enfermeiro de CC. Para que a unidade de CC possa oferecer um atendimento seguro e eficaz, um aspecto imprescindível refere-se ao planejamento e organização desse processo de trabalho. Neste sentido, a estrutura física, tecnológica e os recursos humanos envolvidos representam fatores fundamentais.

A qualidade da assistência no período perioperatório depende do planejam-

to da infraestrutura física e do preparo e competência qualitativa e quantitativa dos recursos humanos disponíveis.⁽⁴⁾ Assim, a gerência de recursos humanos assume um papel de destaque.

Uma das ferramentas que podem ser utilizadas na gerência de recursos humanos é o planejamento estratégico. O planejamento estratégico pode ser conceituado como um processo que possibilita a gerência do serviço e/ou instituição e estabelece o rumo a ser seguido pelo setor, com vistas a obter um nível de otimização na relação da instituição com seu ambiente. Este planejamento é, normalmente, de responsabilidade dos que ocupam cargos mais altos na instituição, diz respeito tanto à formulação dos objetivos, quanto à seleção das trajetórias de ação a serem seguidas para a sua consecução, levando em conta as condições externas e internas à instituição e sua evolução estratégica.⁽⁵⁾

O planejamento estratégico é o processo através do qual a instituição e/ou empresa se mobiliza para atingir o sucesso e construir o seu futuro, fazendo uso de instrumentos de gestão ou ferramentas administrativas. Estas são técnicas simples que buscam solucionar problemas administrativos, geralmente ligados aos desempenhos nos processos de trabalho que levam à efetividade (eficiência e eficácia) para a realização de uma tarefa. Para cada ferramenta ou técnica considerada adequada, pode-se afirmar, ainda, que existe uma necessidade de tempo para conhecê-la e dominá-la.^(6,7)

Desta forma, o planejamento estratégico pode ser utilizado tanto por organizações com fins lucrativos ou não, trazendo contribuições para o planejamento e os resultados do trabalho desenvolvido.

As organizações sem fins lucrativos, como se tratam os hospitais de ensino, não trabalham diretamente com a economia de mercado, objetivando o lucro, mas sua sobrevivência é garantida, desde que estejam cumprindo sua missão social, mesmo que seus dirigentes não tenham plena autonomia para acompanhar as mudanças do ambiente externo.⁽⁸⁾

O curso de especialização na modalidade de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização da Universidade Estadual de Londrina (UEL) desenvolve suas atividades prioritariamente em hospitais de ensino. Assim, optou-se por utilizar a ferramenta do planejamento estratégico nas atividades dos residentes como meio para desenvolver as competências para o planejamento e organização do processo de trabalho em Centro Cirúrgico.

OBJETIVO

Relatar a experiência do enfermeiro residente na utilização dos instrumentos de gestão: *brainstorming*, GUT - Gravidade, Urgência e Tendência e o diagrama de Ishikawa nas etapas de diagnóstico e estabelecimento de prioridades de um Planejamento Estratégico, aplicados a uma unidade de Centro Cirúrgico.

METODOLOGIA

Esta experiência foi desenvolvida na disciplina "Gerência de Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado I" do programa de Residência em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização da UEL nos anos de 2006 e 2007 e, está ligada ao projeto de pesquisa cadastrado na instituição sob o nº 04066, que trata da construção e desenvolvimento

de competências na especialidade de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Londrina (HU) da UEL através do parecer nº 315/04.

O Planejamento Estratégico envolve as etapas de diagnóstico e análise dos problemas, determinação de objetivos, estabelecimento de prioridades, seleção de recursos disponíveis, estabelecimento do plano operacional e avaliação.⁽⁹⁾

Tratou-se de uma experiência vivenciada com os residentes de Enfermagem utilizando as ferramentas administrativas do *brainstorming*,⁽¹⁰⁾ gravidade, urgência e tendência (GUT)⁽¹⁰⁾ e o diagrama de Ishikawa⁽¹¹⁾ no desenvolvimento das etapas de diagnóstico e análise dos problemas, determinação de objetivos e estabelecimento de prioridades. As etapas de seleção de recursos disponíveis, estabelecimento do plano operacional, desenvolvimento e aperfeiçoamento do Planejamento Estratégico e avaliação foram trabalhados posteriormente e não estão relatados neste trabalho.

O cenário de realização da experiência foi em um Hospital Universitário Público de grande porte, órgão suplementar da UEL e centro de referência regional para o Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 283 leitos, com índice ocupacional de 90% e média de permanência de nove dias.

A unidade de Centro Cirúrgico dispõe de sete salas de operação e uma sala de recuperação anestésica com seis leitos. Realiza em média 550 cirurgias por mês, incluindo as de urgência e emergência e conta com uma equipe de Enfermagem composta por seis enfermeiros, seis técnicos de Enfermagem e 30 auxiliares de

Enfermagem.

ETAPAS DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS

I - Primeira etapa: *brainstorming*

Brainstorming deriva de *brain* = mente e *storming* = tempestade, ou seja, tempestade cerebral e é um instrumento de gestão associado à criatividade, sendo por isso usado na fase de planejamento para que as pessoas criem o maior número de idéias sobre um tema determinado previamente. Este método foi inventado por Alex F. Osborn em 1939, quando presidia uma importante agência de propaganda.⁽¹⁰⁾

O *brainstorming* neste trabalho foi realizado em seis etapas:

I. Constituição da equipe – geralmente participam os membros do setor que buscam resolver problemas.

Nesta experiência a constituição da equipe ocorreu aleatoriamente no decorrer de uma semana com a participação livre de funcionários (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de cada turno de trabalho do CC. Os residentes de Enfermagem atuaram como facilitadores no processo.

II. Definição do foco e enfoque – o foco é o tema principal, o assunto, geralmente associado a um problema ou a um desafio que se quer vencer e o enfoque mostra como este foco será abordado.

Neste trabalho estabelecemos dois focos de atenção do processo de trabalho em CC: recursos humanos e recursos materiais. O foco da assistência de Enfermagem foi trabalhado posteriormente. A partir

dos focos estabelecidos, os trabalhadores da equipe de Enfermagem estabeleceram os enfoques.

III. Geração de idéias – o que importa nesta etapa é a quantidade de idéias geradas sem a preocupação com a qualidade das mesmas. O exercício deve centrar-se em um único foco sendo anotadas pelo facilitador eximido de qualquer crítica ou censura em relação aos demais membros.

Neste trabalho todas as idéias foram incluídas em uma listagem única.

IV. Crítica – nesta etapa prima-se pela qualidade, sendo obtida por meio de uma primeira crítica às idéias geradas. O facilitador lê as idéias emitidas uma a uma e deve-se perguntar: “A idéia está voltada para o foco do problema?”. Se sim, ela continua, caso contrário, é eliminada.

Nesta experiência, esta etapa foi desenvolvida em sessões de discussões coletivas com os professores da disciplina de Gerência II do curso de residência em centro cirúrgico.

V. Agrupamento – uma vez selecionadas as idéias em consonância com o foco, estas são agrupadas por parentesco.

Esta etapa também foi realizada com os professores da residência.

VI. Conclusão – após uma análise dos tópicos e respostas, selecionam-se aquelas que respondam à questão exposta no foco.

Nesta experiência, os focos selecionados do processo de trabalho em CC foram: recursos humanos e recursos materiais. Os resultados obtidos nesta

fase foram:

- **Recursos humanos:** funcionários insuficientes para a demanda do setor, comunicação ineficaz entre a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem), concomitância de lideranças, funcionários “estrelas”, falta de cooperação entre a equipe, falta de iniciativa de alguns funcionários, tomada de decisões não coletivas, falta de transparência nas decisões, falta de motivação no trabalho, falta de treinamento.
- **Recursos materiais:** materiais sucateados, falta de manutenção preventiva, demora na manutenção corretiva.

2. GRAVIDADE, URGÊNCIA E TENDÊNCIA (GUT)

Após a etapa de *brainstorming*, apli-

camos os resultados obtidos ao instrumento de gestão GUT para definir prioridades dadas às diversas alternativas de ação. Este instrumento responde racionalmente às questões: O que devemos fazer primeiro? Por onde devemos começar? Sendo que este teste leva em consideração a Gravidade, a Urgência e a Tendência de determinado evento⁽¹⁰⁾ onde:

- **Gravidade:** consideramos a intensidade ou a profundidade dos danos quantitativos e qualitativos que o problema pode causar se não se atuar sobre ele, usando-se uma escala de 1 a 5:
- **Urgência:** considera o tempo para a eclosão de danos ou resultados indesejáveis se não se atuar no problema, usando-se uma escala de 1 a 5:

meses; (2) – longo prazo: um mês; (3) – prazo médio: uma quinzena; (4) – curto prazo: uma semana; (5) – imediatamente: está ocorrendo.

- **Tendência** é o desenvolvimento dos danos que o problema terá na ausência de ação, usa-se também uma escala de 1 a 5:

(1) – o dano desaparece; (2) – o dano reduz-se ligeiramente; (3) – o dano permanece; (4) – o dano aumenta; (5) – o dano piora muito.

A técnica consiste em listar uma série de atividades a realizar e atribuir os graus relativos quanto à gravidade, à urgência e à tendência. Para fins didáticos e em consenso com as docentes responsáveis optamos por trabalhar com o foco: Recursos Humanos.

A figura 1 ilustra os resultados da utilização do instrumento GUT.

(1) – longuíssimo prazo: dois ou mais

PROBLEMAS	GRAVIDADE (G)	URGÊNCIA (U)	TENDÊNCIA (T)	GUT
Funcionários insuficientes para a demanda do setor	4	5	5	14
Comunicação ineficaz entre a equipe multiprofissional	4	4	4	12
Concomitância de lideranças	3	2	5	10
Funcionários “estrelas”	4	2	3	09
Falta de cooperação entre a equipe	4	4	4	12
Falta de iniciativa e de motivação de alguns funcionários	4	3	4	11
Tomada de decisões não coletivas	5	5	5	15
Falta de transparência nas decisões	5	4	5	14
Falta de treinamento	4	2	4	10

Figura 1 - Resultados da utilização do instrumento GUT aplicados ao foco selecionado: recursos humanos.

Esta técnica permite que o gerente utilize a racionalidade no planejamento de suas ações, justificando a tomada de decisões. Não se trata de uma avaliação infalível e que não apresente limites, no entanto, serve para orientar a prioridade das ações planejadas.

Após aplicação da escala GUT, os problemas que somaram maior pontuação foram: tomada de decisões não coletivas, falta de transparência nas decisões, funcionários insuficiente para a demanda do setor, seguidos da falta de cooperação e comunicação ineficaz entre a equipe.

Diante dos resultados obtidos pela escala GUT foi realizada uma discussão sobre as possibilidades de atuação do residente de Enfermagem sobre esses problemas. Para a próxima etapa o instrumento de gestão utilizado foi o Diagrama de Ishikawa.⁽¹¹⁾

DIAGRAMA DE ISHIKAWA (CAUSA-EFEITO)

O diagrama de Ishikawa é uma ferramenta administrativa que relaciona causa com efeitos e tem o formato de uma espinha de peixe, onde a cabeça representa o efeito e as espinhas, as possíveis causas. Esse diagrama aplica-se tanto para pesquisar as causas de determinado resultado ou estabelecer as causas de um resultado esperado. Isso significa dizer que pode ser utilizado como uma ferramenta de análise ou de planejamento.⁽¹¹⁾

Nesta experiência utilizamos o diagrama de causa-efeito como instrumento de análise de um dos focos elencados no *brainstorming*: recursos humanos.

Para a construção do diagrama observamos que houve necessidade da apropriação dos conceitos de causa, efeito

e resultados para o reconhecimento de onde estavam as causas. Nesta etapa foi necessária também a apropriação de conteúdos que explicassem determinados fenômenos. Os residentes se debruçaram sobre temas como: relações interpessoais, interação de grupos, definição de equipe, o comportamento humano em pequenos grupos, liderança, resolução de conflitos, assim como outros temas envolvidos. Todos estes temas foram discutidos em sua singularidade e pluralidade, como fatores relevantes no processo de trabalho em Centro Cirúrgico.

A figura 2 demonstra a reflexão realizada pelo residente no processo de relacionar causas e efeitos dos problemas elencados no foco de recursos humanos e, a opção feita por agregar esses tópicos em três contextos: intrapessoal, interpessoal e processo de trabalho. Constituiu-se em um momento de muitas idas e vindas do residente, construção e reconstrução do diagrama expressando ao final a síntese parcial atingida por ele.

A vivência da utilização dos instrumentos de gestão constituiu-se numa experiência importante para o desenvolvimento da competência para planejamento e organização do processo de trabalho em CC. Mostrou-se como uma possibilidade a ser utilizada na gerência de um CC para o estabelecimento de objetivos e metas a serem alcançados de forma sistematizada.

Os residentes relataram que a vivência proporcionou a capacidade de avaliar elementos do processo de trabalho no CC, fato primordial em se tratando da gerência da unidade e do alcance de uma assistência à saúde humanizada, sobretudo no momento perioperatório, momento este, que pode representar o auge da internação de uma paciente.

Os resultados até aqui construídos no presente relato atenderam às suas expectativas de aprendizagem e permitiriam, em momento posterior, a construção de um planejamento de metas pertinentes com as ansiedades no trabalho diário. Permitiu, ainda, acompanhar de forma organizada as propostas de mudança, haja vista que o processo de trabalho em centro cirúrgico requer suporte adequado para que os aspectos organizacionais relacionados ao ambiente físico, equipamentos, regulamentos e recursos humanos disponíveis sejam assegurados como mecanismos de sustentação de todas as atividades desenvolvidas na unidade, visando ao atendimento adequado do paciente.

Os residentes referiram, ainda, que o planejamento estratégico pode servir como uma bússola, orientando a gerência do Centro Cirúrgico na resolução dos problemas, não perdendo como ponto norteador as tendências para o futuro e o cuidado de Enfermagem perioperatória.

No entanto, ficou também visível a necessidade da apropriação desses instrumentos de gestão, sejam eles tanto para diagnóstico e análise dos problemas presentes na realidade cotidiana da unidade, como para o estabelecimento de prioridades que subsidiem as etapas posteriores do planejamento estratégico e ainda para o aprendizado e amadurecimento do residente em formação.

Construir conhecimento é um desafio que exige organizar idéias, apoderar-se de argumentações a partir do conhecimento, buscando aprofundamento no universo a conhecer. A Enfermagem como área de conhecimento e saber possui um amplo universo que perpassa os procedimentos técnicos, e quando o enfermeiro possui o conhecimento científico e aplicado, garante uma posição diferenciada como líder no gerencia-

mento de sua equipe.⁽¹²⁾

Considerando que os profissionais de Enfermagem, em função dos procedimentos de urgência, emergência, das necessidades do ambiente cirúrgico, do relacionamento com a equipe, colegas e com os gestores da administração, bem como a comunicação com os apoios logísticos que envolvem o momento operatório, ficam expostos a várias situações conflitantes no cenário cirúrgico,⁽¹⁾ recomendamos a inserção do ensino e aprendizagem de instrumentos de gestão que possam facilitar a gerência dessas situações.

Para criar um clima favorável à resoluções dos problemas no bloco operatório, é necessário que as enfermeiras busquem maneiras para minimizar as diferentes percepções entre as pessoas envolvidas. É necessário não tornar o cotidiano, ou mesmo encarar os eventos estressores, como hábito, ou aceitando como se fossem prováveis. É preciso que as enfermeiras desenvolvam ações organizadas para vislumbrar um manejo tranquilo destas situações. A Enfermagem é mais do que uma postura, precisa se utilizar de instrumentos para o gerenciamento da unidade.⁽¹³⁾

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico ressalta que é de extrema importância que a equipe cirúrgica atue de forma harmônica, integrada, visando à segurança do paciente, a eficiência do ato cirúrgico, e que boas relações humanas e o profissionalismo prevaleçam nas tensões.⁽¹⁴⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre a formação dos residentes de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização como gerentes do processo de trabalho nestas

unidades, consideramos relevante o aprendizado de ferramentas disponíveis para a análise e aprofundamento de problemas diagnosticados.

Somente com esta compreensão, ele poderá traçar o planejamento estratégico em todas as suas etapas: diagnóstico e análise, determinação de objetivos, estabelecimento de prioridades, seleção de recursos disponíveis, plano operacional e avaliação, de forma coerente com as reais possibilidades de atuação.

Isto envolve compreender os fenômenos, sua causalidade, seus efeitos e seu contexto, sua governabilidade de ação política gerencial e a consciência de seu papel como líder de equipe, sem perder de vista a relação entre os aspectos da realidade institucional, interpessoal e intrapessoal, mantendo o foco na produção do cuidado perioperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guido LA. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

2. Avelar MCQ. A prática do enfermeiro de centro cirúrgico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

3. Guido LA, Szarecki C, Andolhe R, Martins FZ. Competências do enfermeiro em CC: reflexões sobre o ensino/assistência. Rev SOBECC. 2008;13(1):16-23.

4. Magalhães AM. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. Rev Gaúcha Enferm. 1995;16(1/2):5-16.

5. Motta PR. Dimensões gerenciais do planejamento organizacional estratégico. In: Vasconcelos Filho P, Machado AMV. Planejamento estratégico, formulação, implantação e controle. Belo Horizonte: LTC; 1984.

6. Pagnocelli D, Vasconcelos Filho P. Sucesso empresarial planejado. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1992.

7. Scarpi MJ, organizadora. Gestão de clínicas médicas. São Paulo: Futura; 2004.

8. Oliveira DPR de. Planejamento estratégico: conceitos, metodologias e práticas. São Paulo: Atlas; 1991.

9. Kurgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

10. Meireles M. Instrumentos de gestão de liderança. In: Scarpi MJ, organizadora. Gestão de clínicas médicas. São Paulo: Futura; 2004. p. 617- 33.

11. Meireles M. Instrumentos de gestão de processos. In: Scarpi MJ, organizadora. Gestão de clínicas médicas. São Paulo: Futura; 2004. p.781- 95.

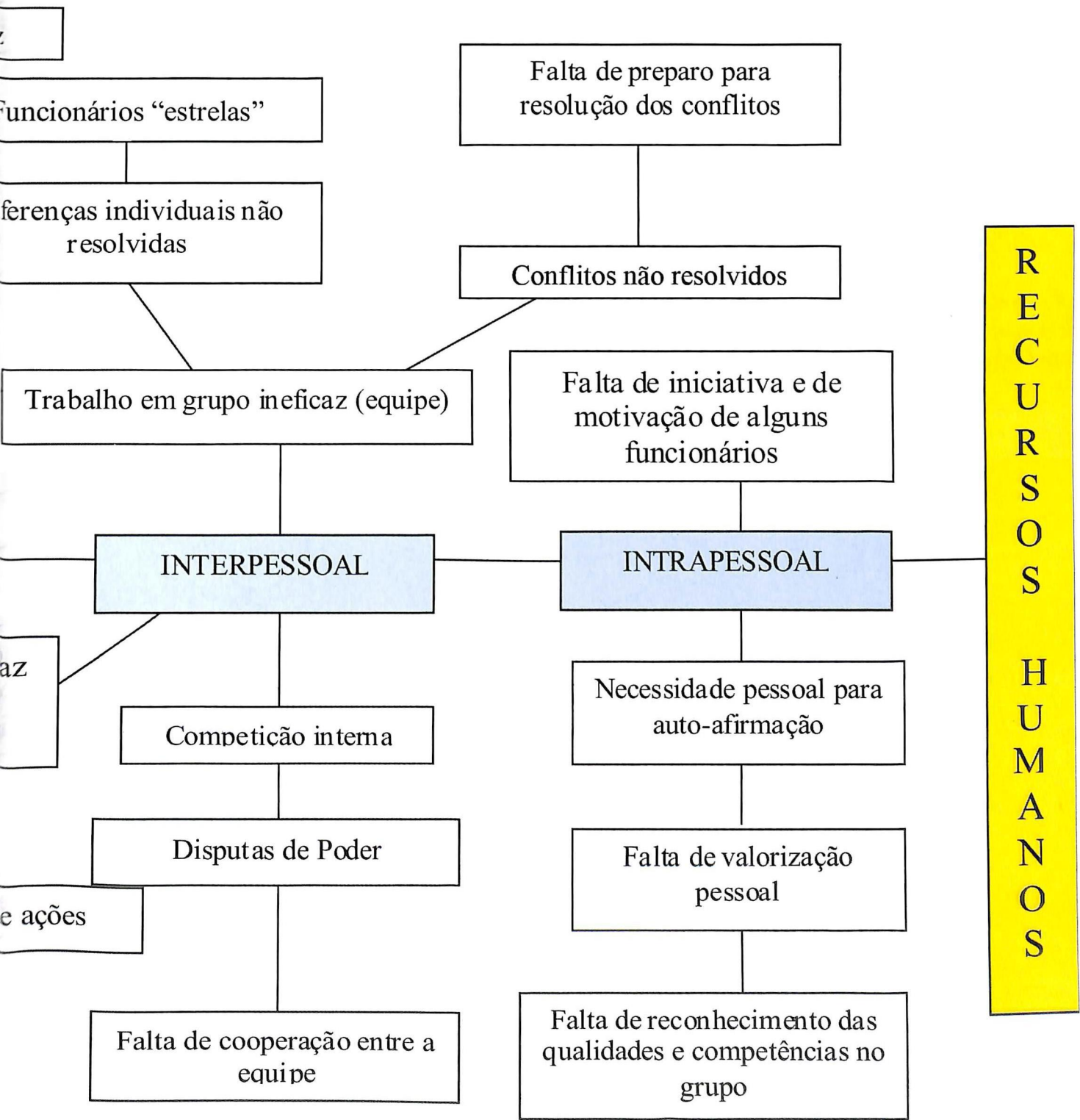
12. Ruthes RM, Cunha ICKO. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competências. Rev Gaúcha Enferm. 2008;20(4):570-5.

13. Dada FF, Guimarães SM. Gerenciamento de conflitos e negociações no cenário do bloco operatório. Rev Logos. 2006;17(1):85-93.

14. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas da SOBECC. 4ª ed. 2007, São Paulo.

Figura 2 – Diagrama de Ishikawa – Foco de análise: recursos humanos





AUTORIA**Mara Lúcia Garanhani**

Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto), coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Centro de Ciências da Saúde da UEL.

Cibele Cristina Tramontini

Professora assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Esta-

dual de Londrina (UEL), mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), vice-coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Centro de Ciências da Saúde da UEL.

Elias Pedro da Silva Junior

Residente do segundo ano da especialização em Moldes de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Centro de Ciências da Saúde

da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Edite Mitie Kikuchi

Professora assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto).

Renata Perfeito Ribeiro

Professora assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Desde 1957
ajudando a
salvar vidas



A missão e os valores da Erwin Guth não mudaram ao longo dos seus 52 anos. Durante este período, conquistou a liderança nacional na fabricação de instrumentos cirúrgicos e odontológicos, exportando a qualidade de seus produtos para 42 países. Agora a empresa se prepara para dar outro grande passo: estar cada vez mais próxima de você!

ERWIN GUTH

INSTRUMENTAL PARA VIDA

CIG - Central de Informações Erwin Guth

11 4166.3900

www.erwinguth.com.br

CE **idm**

ISO 9001
ISO 13485

Todo o cuidado para você ter toda segurança

EMPRESA CERTIFICADA
**BOAS PRÁTICAS
DE FABRICAÇÃO**
ANVISA



Limpeza e Desinfecção Térmica de Materiais

A Labnews | Grupo LDM tem o sistema mais eficiente e o mais completo.

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

