

# SOBECC

## NACIONAL

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

### CIRURGIA E EMERGÊNCIA

A participação do enfermeiro nas cirurgias de emergência é um diferencial da assistência e também um desafio para a categoria

### ÉTICA

Estudo analisa a frequência, o tipo e a necessidade de exposição do corpo do cliente durante o período transoperatório

### CIRURGIA ONCOLÓGICA

As autoras propõem uma reflexão sobre ações do enfermeiro no cuidado às pacientes com câncer de mama

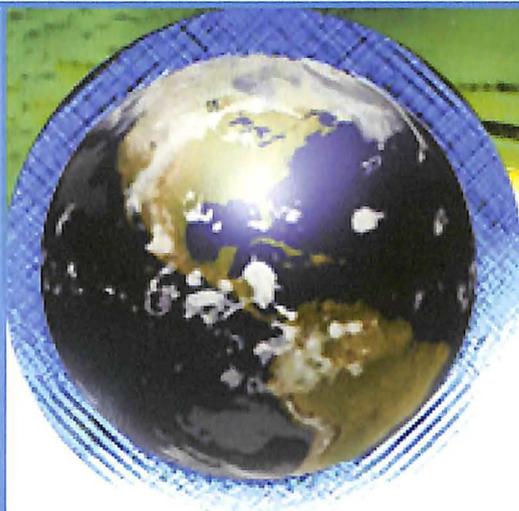
### ASSISTÊNCIA

O que a literatura revela sobre Enfermagem e hipotermia incidental

### E mais:

Hospital em foco: conheça o Centro Cirúrgico do Hospital Aliança de Salvador (BA)

Congressos, simpósios e cursos. Tudo isso e muito mais em Agenda!



## 11º Congresso Mundial de Esterilização - WFHSS 2010

**A SOBECC vai sediar evento internacional entre 30 de julho e 1º de agosto, em São Paulo (SP). Confira a programação com palestrantes nacionais e estrangeiros e os detalhes das inscrições antecipadas em condições especiais**



• **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:** Ligia 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<sup>a</sup> Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE) • **Membros:** Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP) e Dr<sup>a</sup> Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG).

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

**Equipe Técnica – Edição:** Marcelo de Andrade • **Coordenação:** Sirlene Aparecida Negri Glasenapp • **Produção Gráfica:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretárias:** Maria Elizabeth Jorgetti e Eliane Guedes Alexandre Teixeira • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão de Espanhol:** Dr<sup>a</sup> 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) 3205-1402 / 3341-4044 • Fax: (11) 3205-1407.

E-mail: [sobecc@sobecc.org.br](mailto:sobecc@sobecc.org.br) | Site: [www.sobecc.org.br](http://www.sobecc.org.br)

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

A SOBECC está associada à Academia Brasileira de Especialistas de Enfermagem (ABESE) desde 2000, à *International Federation Perioperative Nurses* (IFPN) desde 1999 e ao 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

4000

EDITORIAL

5000

AGENDA

7000

ACONTECE

12000

HOSPITAL EM FOCO

14000

11º CONGRESSO MUNDIAL DE ESTERILIZAÇÃO

26000

REVISÃO DE LITERATURA

O paciente cirúrgico na situação de urgência e emergência

33000

ARTIGO ORIGINAL

Cuidados da equipe de enfermagem com a exposição do corpo do cliente no período transoperatório

39000

RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Stress/coping* no perioperatório de câncer de mama: experiência pré-profissional

45000

REVISÃO DE LITERATURA

Hipotermia acidental perioperatória: proposta de protocolo de assistência de enfermagem

52000

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC

54000

RESENHAS

## Está chegando a hora!

É isso mesmo, caros colegas, estamos nos aproximando do mês de julho e com ele não vem só o frio, mas também um importante acontecimento que nos aquece profissionalmente, para aprimorar nossos conhecimentos e nos manter atualizados. Estamos falando do **11º Congresso Mundial de Esterilização e 7º Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar**. Nossos colegas, e você pode ter sido um deles, inscreveram 311 resumos, que foram recebidos e avaliados pela Comissão de Temas para serem apresentados sob a forma de pôster no Mundial. É uma participação e tanto!

Quanto à Revista SOBECC, o primeiro número de 2010 já trouxe algumas novidades, como a retomada da seção *Hospital em Foco*, a qual esperamos que tenha funcionado como estímulo para os colegas atuantes em CME.

Este número publicamos quatro artigos escritos por enfermeiras de São Paulo e do Rio Grande do Sul, que discutem aspectos relacionados à assistência de Enfermagem no Perioperatório, no Centro Cirúrgico propriamente dito e na Recuperação Anestésica.

*Cuidados da Equipe de Enfermagem com a Exposição do Corpo do Cliente no Período Transoperatório* é um estudo de campo que demonstra a preocupação da equipe de Enfermagem em manter a privacidade do paciente, geralmente bastante invadida durante o procedimento anestésico-cirúrgico.

*Hipotermia Acidental Perioperatória* é um trabalho no qual as autoras discutem as repercussões da queda de temperatura no paciente cirúrgico e vão além, ao apresentarem uma proposta de protocolo de assistência de Enfermagem para prevenção e controle da hipotermia no perioperatório, viável à realidade brasileira.

O relato *Stress e Coping no Câncer de Mama: Experiência Pré-profissional* nos faz refletir sobre a atuação do enfermeiro como articulador do processo de enfrentamento do câncer de mama, mostrando que é possível auxiliar a paciente a identificar as estratégias de *coping* disponíveis.

O estudo *O Paciente Cirúrgico na Situação de Urgência e Emergência* pontua os aspectos relacionados ao paciente atendido no Centro Cirúrgico em situações emergenciais, fazendo uma ligação entre as unidades envolvidas e destacando a incipiência de estudos relacionados ao tema.

Na seção *Hospital em Foco* deste segundo número do ano saberemos como funciona a Central de Esterilização e o Centro Cirúrgico do Hospital Aliança, de Salvador (BA).



Janete Akamine  
Presidente da SOBECC

Queremos destacar e reconhecer o empenho das pessoas que trabalham para tornar “nossa revista” melhor, científica e visualmente. Os elogios têm vindo de muitos colegas, comentando que a revista está mais bonita e mais gostosa de ler. Para nós, este é um motivo de orgulho, uma vez que realizamos este trabalho pensando em você, profissional enfermeiro de todo este imenso país.

Nossos sinceros agradecimentos e ótima leitura!



Rachel de Carvalho  
Diretora da Comissão  
Publicação e Divulgação

# O PACIENTE CIRÚRGICO NA SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

THE SURGICAL PATIENT ON SITUATION OF URGENCY AND EMERGENCY

EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN LA SITUACIÓN DE URGENCIA Y EMERGENCIA

Ana Maria Calil • Ana Lucia Siqueira Costa • Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • Simone Alvarez Moretto

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo pontuar aspectos relevantes entre as situações de emergência / urgência e o potencial paciente cirúrgico, com ênfase no estabelecimento de link entre essas unidades, considerando a capacitação e a qualificação profissional, a necessidade do mercado de trabalho, o perfil epidemiológico brasileiro e uma formação reflexiva e crítica acerca das competências profissionais do enfermeiro, por meio de referencial teórico. Constatou-se uma importante lacuna de conhecimento sobre o tema, identificando um amplo caminho a ser investigado por profissionais inseridos no cenário de Centro Cirúrgico e Pronto Socorro.

**Palavras-chave:** Serviços médicos de emergência; Assistência perioperatória; Competência profissional; Cuidados críticos; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The objective of this study was to pinpoint important aspects between emergency / urgency situations and potential surgical patients, giving emphasis to settle a connection between these units, considering the professionals' training and qualification, the job market needs, the Brazilian epidemiological profile, and a reflexive and critical development of nurses' professional competencies, by means of a theoretical framework. The findings showed a considerable knowledge gap about the subject, showing there is a broad pathway to be investigated by professionals of the Surgery Department and Emergency Room.

**Key words:** Emergency medical servi-

ces; Perioperative care; Professional training; Critical care; Nursing.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo destacar aspectos relevantes entre las situaciones de urgencia / emergencia y el potencial del paciente quirúrgico y establecer un vínculo entre esas unidades, considerando la capacitación y la calificación profesional, la necesidad del mercado de trabajo, el perfil epidemiológico brasileño y una formación reflexiva y crítica acerca de las competencias profesionales del enfermero, por medio de un referencial teórico. Se constató que poco se conoce acerca del tema, identificándose un amplio camino a ser investigado por profesionales insertados en el escenario del Bloque Quirúrgico y el servicio de emergencia.

**Palabras-clave:** Servicios médicos de emergencia; Atención perioperatória; Competencia profesional; Cuidados críticos; Enfermería.

## QUESTÃO INTRODUTÓRIA

O processo de produção de serviços de saúde é caracterizado por atividades eminentemente intensivas e as transformações que vêm ocorrendo nas últimas décadas, incluindo aquelas relacionadas aos avanços científico-tecnológicos, ao perfil de mortalidade e, também, às expectativas das empresas que têm enfrentado mercados globalizados extremamente competitivos, provocam mudanças profundas no trabalho em saúde <sup>(1)</sup>. Estas mudanças estão exigindo dos trabalhadores qualificações

cada vez maiores e o desenvolvimento / aperfeiçoamento de competências para novas demandas do exercício profissional, direcionadas às suas realidades. Conhecer o perfil de morbimortalidade brasileiro, ou seja, a nossa realidade, deve tornar possível o planejamento de ações de saúde com proveito coletivo.

O complexo panorama nacional reflete um perfil epidemiológico que se aproxima tanto dos países ricos, detentores de alta tecnologia e investimento per capita elevados em saúde, como de países que ainda carecem de estruturas primárias de saneamento básico<sup>(2)</sup>. Essa análise aponta doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias como as líderes do ranking, desconsiderados os sinais e sintomas mal definidos<sup>(2)</sup>.

Essa complexidade de atendimentos, cuidados e prestação da assistência quando mal gerenciada e programada pode gerar erros e frustrações irreparáveis para o paciente ou familiares e para equipe multidisciplinar<sup>(3)</sup>. Sob nossa ótica, o reconhecimento precoce de pacientes potencialmente cirúrgicos, assim como a preparação dos mesmos para os procedimentos a serem adotados constitui-se um diferencial da assistência de enfermagem num cenário onde o fator tempo poderá determinar a vida ou a morte.

Para expressiva parte de nossa população, o serviço de pronto socorro constitui-se no primeiro e, por vezes, único local de atendimento em saúde <sup>(4)</sup>.

Considerando que muitos desses atendimentos necessitam de intervenções cirúrgicas, compreende-se a importância da interação das equipes inseridas nesses cenários.

Todo ato cirúrgico apresenta fatores de risco relacionados ao ato anestésico, à cirurgia propriamente dita ou às condições inerentes ao próprio paciente <sup>(5)</sup>. Quando consideramos as cirurgias eletivas, a taxa de mortalidade é menor se comparada às cirurgias de urgência e emergência, pois nesta última a avaliação pré-operatória geralmente é precária ou ainda praticamente inexistente.

A cirurgia de emergência é considerada um evento que pode ser agrupado sob dois princípios: estar preparado para tudo e para o pior, pois as situações são, em sua maioria, consideradas de maior risco e de imprescindível cuidado para uma boa recuperação pós-operatória <sup>(6)</sup>.

A habilidade dos profissionais de saúde, principalmente a dos enfermeiros em assistir as vítimas deve estar respaldada na sua capacidade de reconhecer previamente as situações críticas para agir com segurança na preservação da vida do paciente <sup>(5)</sup>. Neste contexto, se insere a finalidade do presente estudo, que pretende elencar as relações que envolvem os pacientes atendidos em situação de urgência e de emergência e que necessitam de uma intervenção anestésico-cirúrgica.

## OBJETIVO

Discorrer sobre os principais conceitos implicados no contexto do atendimento a pacientes de urgência e emergência no centro cirúrgico, com relação ao perfil epidemiológico brasileiro, por meio de referencial teórico.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, do tipo narrativa. Tais estudos visam sintetizar o conhecimento sobre determinado tema por meio de identificação, seleção e avaliação crítica. Bus-

ca-se consenso sobre alguma prática ou conceito em que o conhecimento disponível é insuficiente ou controverso <sup>(7)</sup>.

O interesse das autoras surgiu diante da indagação acerca de quais seriam as relações ideais ou possíveis para uma atuação integrada entre as equipes de centro cirúrgico e pronto socorro.

A busca de artigos incluiu pesquisa em base de dados eletrônica, busca manual de citações em publicações inicialmente identificadas pelas autoras e livros nacionais sobre as temáticas. Utilizamos a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) como base de dados eletrônica pelo motivo de pesquisar ações desenvolvidas em nossa realidade ou similar. Para a busca de artigos, utilizou-se as seguintes palavras-chave padronizadas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): assistência perioperatória, serviços médicos de emergência, enfermagem, competência profissional e cuidados críticos. Com a finalidade de refinar a busca, a essas combinações foram acrescidos os termos: classificação, epidemiologia, prevenção, controle e avaliação.

Foi criada uma lista de artigos a serem incluídos neste estudo, no entanto, não foram identificados estudos que abordassem a importância da ação conjunta entre esses dois cenários, nem protocolos de assistência, apenas estudos que pontuam as ações de enfermagem em um ou outro cenário. A partir desta constatação, pontuou-se aspectos relevantes da assistência nos dois campos de atuação, considerando o paciente cirúrgico na situação de urgência/emergência.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa publicados em periódicos sobre pacientes cirúrgicos, pacientes na situação de emergência, pacientes críticos, período de abrangência entre 1990 e 2009, estudos publicados em português.

A escassez de artigos recentes sobre a temática proposta nos fez entender a

necessidade do desenvolvimento de novos estudos entre esses dois cenários tão distintos, mas que agregam inúmeras possibilidades de ações conjuntas.

## CONTEXTUALIZANDO A ASSISTÊNCIA NO CENÁRIO DE PRONTO SOCORRO

Os estabelecimentos de Pronto Socorro (PS) e/ou Pronto Atendimento (PA), quer sejam públicos ou privados, deverão ser estruturados com a finalidade de prestar atendimento perante situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento diferenciado <sup>(4)</sup>.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), define-se urgência como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, e emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente à vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato <sup>(8)</sup>. O mesmo Conselho delibera ainda que, no serviço de PS, deverá constar na equipe médica, em regime de plantão no local, no mínimo os profissionais das seguintes áreas: anestesiologia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ortopedia <sup>(8)</sup>.

A sala de atendimento de emergência deverá obrigatoriamente estar equipada com material para reanimação e manutenção cardiorespiratória, material para aspiração e oxigenação e material para procedimentos de emergência <sup>(8)</sup>. Os recursos técnicos mínimos disponíveis em funcionamento ininterruptos deverão ser: radiologia; laboratório de análises clínicas; centro cirúrgico; unidade de terapia intensiva; unidade transfusional; farmácia básica para emergência e unidade de transporte equipado <sup>(8)</sup>.

O estabelecimento de PS deverá per-

manecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto, sendo que os diferentes portes de PA de maior complexidade deverão ser definidos em cada estado pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população<sup>(8)</sup>. Em relação à enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), normatiza, em âmbito nacional, a obrigatoriedade de haver enfermeiros em todas as unidades de serviços nas quais são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde<sup>(9)</sup>.

Cabe ao enfermeiro: organizar e planejar a assistência a ser prestada; disponibilizar recursos humanos, materiais e equipamentos; coordenar e distribuir a equipe; garantir a qualidade e a segurança do atendimento à equipe e ao paciente; estabelecer prioridades; atender os objetivos da instituição no que tangere a rotinas; fluxo e normas; interação com as equipes multidisciplinares e, quando houver procedimentos de alta complexidade, estes deverão ser realizados exclusivamente por profissionais enfermeiros<sup>(9)</sup>.

Compete, ainda, privativamente ao enfermeiro, dirigir, coordenar, planejar, prescrever, delegar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem de acordo com o nível de dependência das vítimas, pacientes, clientes, quando o mesmo poderá delegar se a assistência deverá ser feita por um técnico e/ou auxiliar de enfermagem ou ser de sua competência<sup>(9)</sup>.

Após a leitura dessas diretrizes e conceitos, fica evidente a importância do enfermeiro nesse cenário e as possibilidades de atuação junto aos pacientes potencialmente cirúrgicos que adentram a essa unidade e que serão encaminhados para a unidade cirúrgica.

### **CONTEXTUALIZANDO A ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA NO CENÁRIO DE CENTRO CIRÚRGICO**

A avaliação e a intervenção da assis-

tência de enfermagem de um paciente em situação cirúrgica de emergência dependerão da gravidade em que o paciente se encontra. O enfermeiro deverá ser capaz de avaliar com segurança esse paciente, juntamente com a equipe cirúrgica e de anestesia para intervir na assistência da maneira mais participativa possível.

Nesse sentido, existe um consenso na literatura sobre os principais sistemas e regiões do organismo que devem ser pesquisados numa avaliação de emergência<sup>(10-12)</sup>. Nesse conjunto de sistemas e regiões, estão contidos o sistema respiratório, o sistema nervoso central, o sistema cardiovascular, a coluna cervical, o abdome e as extremidades.

Em relação ao sistema respiratório, deverá ser observado se a respiração está espontânea ou não; avaliar ventilação, analisando ritmo e profundidade das incursões respiratórias; verificar presença de dispneia ou cianose.

No sistema nervoso central, deverão ser investigados ferimentos em região craniana, nível de consciência, tamanho e reatividade pupilar. Nesse caso, a Escala de Coma de Glasgow é um instrumento de avaliação que permite uma estimativa de gravidade da disfunção neurológica. Este instrumento é bastante utilizado nas instituições brasileiras.

A avaliação do sistema cardiovascular pela enfermagem deve contemplar a palpação de pulsos periféricos, avaliando a frequência, o ritmo e a amplitude; verificação da pressão arterial e ausculta cardíaca.

Na avaliação da coluna vertebral, deverá ser avaliada a presença de rouquidão, estridor, dor e incapacidade de movimentação, sinais estes que podem caracterizar lesão cerebral. Esta avaliação também subsidia o planejamento da assistência de enfermagem no período intraoperatório em relação ao posicionamento cirúrgico do paciente.

Em relação à avaliação das extremi-

dades de um paciente em situação de emergência cirúrgica, chama-se a atenção para as lesões de bacia e coxa, que podem evoluir para importantes hemorragias. Neste caso, o controle volêmico do paciente no intraoperatório é de suma importância na prevenção e no controle do choque.

Na sala de cirurgia, o enfermeiro deve ser capaz de realizar a monitorização não invasiva do paciente. Nesta monitorização incluem-se: eletrocardiograma, verificação e avaliação da pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e saturação de oxigênio (O<sub>2</sub>).

Além disso, a depender da gravidade do paciente, são também executados procedimentos em conjunto entre o enfermeiro e o anestesiológico tais como: pressão venosa central para avaliação do débito cardíaco e do retorno venoso; pressão arterial invasiva, muito útil para coleta de amostras de sangue; oximetria de pulso, que possibilita a detecção precoce da hipoxemia e também avalia a frequência cardíaca; capnógrafo, para avaliação da fração de expiração de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>). A sondagem vesical, geralmente executada por enfermeiros, permite o controle da diurese, que é um indicador importante da perfusão renal e do balanço hídrico.

O tipo de cirurgia é um indicador fundamental na predição de riscos para o paciente. As cirurgias eletivas, por exemplo, têm uma taxa de mortalidade menor quando comparadas às cirurgias de urgência e de emergência<sup>(11)</sup>.

Um fator que diminui os riscos para o paciente em situação cirúrgica é uma minuciosa avaliação pré-operatória, que é possível em cirurgias eletivas. Realizada por equipe multiprofissional, ela permite que sejam tomadas medidas preventivas de complicações e riscos, tanto no período intraoperatório, quanto no pós-operatório. Essas medidas englobam a solicitação de exames laboratoriais, avaliação dos sistemas, compensação de disfunções relaciona-

das a patologias associadas e também a aspectos emocionais do paciente como a ansiedade, considerando que a cirurgia é sabidamente um importante agente de estresse não apenas fisiológico. Portanto, tanto os aspectos clínicos, quanto os psicológicos contemplam essa avaliação. Vale ressaltar que a família deve ser incorporada no contexto da avaliação pré-operatória, pois ela é uma valiosa fonte de informações e de ajuda para toda a equipe.

O panorama acima descrito, isto é, a minuciosa avaliação pré-operatória, geralmente não ocorre em um paciente em situação de emergência. A habilidade dos profissionais da equipe de saúde, especialmente a dos enfermeiros, em assistir pacientes nessa situação, deve estar respaldada pela capacidade de reconhecer antecipadamente situações críticas e agir com rapidez e segurança, com o objetivo de preservar a vida do paciente.

Considera-se cirurgia de emergência como um evento que pode ser agrupado sob dois princípios: estar preparado para tudo, pois na maioria das ocorrências não é possível realizar uma avaliação prévia do paciente para elaborar um possível diagnóstico e estar preparado para o pior, pois, devido à impossibilidade de um prévio conhecimento deste paciente, as situações, na sua maioria, são consideradas de maior complexidade terapêutica, maior risco e imprevisível desfecho quanto à sua recuperação pós-operatória.

A avaliação minuciosa do paciente em situação pré-operatória sempre foi uma prática valorizada e inserida nos preceitos do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)<sup>(13)</sup>. Entretanto, na situação de emergência cirúrgica, esta prática se concentra na recepção do paciente na unidade de Centro Cirúrgico (CC)<sup>(12)</sup> e nas informações provenientes do local de atendimento inicial, ou seja, do enfermeiro do PS. Compete a este enfermeiro comunicar o maior número de informações coletadas na chegada do paciente na instituição hospitalar, incluindo aí o

possível diagnóstico, as condições físicas gerais deste paciente e alguns dados considerados relevantes, que irão auxiliar no planejamento do cuidado na unidade cirúrgica.

Nem sempre as informações iniciais obtidas são suficientes para apontar o verdadeiro estado do indivíduo, fato que muitas vezes dificulta um planejamento baseado principalmente na prevenção de riscos e, conseqüentemente, possíveis complicações.

Outro aspecto a ser considerado é a dificuldade de comunicação do enfermeiro e da equipe de saúde com o paciente, sobretudo em situações de emergência, nas quais, geralmente, apresentam-se em estado grave, dificultando a coleta das informações que poderiam ajudar na avaliação do mesmo.

A equipe do Centro Cirúrgico (CC) deve estar incluída no planejamento estratégico de assistência emergencial, que se inicia na estrutura sanitária, no estabelecimento de prioridades, na organização e no preparo dos materiais e equipamentos, além do conhecimento da responsabilidade e das ações de cada integrante da equipe de assistência.

Observa-se na prática que, em muitos hospitais, a planta física da unidade de centro cirúrgico não foi planejada para o atendimento de pacientes emergenciais. Na organização da unidade, deve-se estabelecer a prioridade e aí se incluem os pacientes emergenciais, em detrimento das cirurgias eletivas. Naquelas instituições hospitalares que trabalham com unidades de PS, o CC deve ser provido de salas cirúrgicas especialmente reservadas para os pacientes em condições de emergência e, também, deve contar com área exclusiva para a entrada destes pacientes<sup>(14)</sup>.

O sistema de comunicação entre o enfermeiro da unidade de emergência e o do CC deve ser rápido, pois é a partir deste momento que a equipe cirúrgica será acionada e as ações de preparo e montagem da sala serão estabelecidas. A disposição funcional e hierárquica da

equipe do CC facilita a coordenação e a divisão de trabalho, levando à eficácia do atendimento ao paciente<sup>(15)</sup>. A equipe de enfermagem deve ser coordenada pelo enfermeiro e suas funções estabelecidas de modo que sejam seguidos passos de um planejamento adequado para melhor atender ao paciente.

O primeiro passo é determinar a sala cirúrgica, que será montada de acordo com a disponibilidade do momento, o tamanho da sala, que pode variar conforme a gravidade, o número de integrantes na equipe e a quantidade de materiais e equipamentos necessários para o atendimento ao paciente. Ressalta-se que a prioridade no atendimento deve ser baseada nas lesões que impedem as funções vitais<sup>(12)</sup>.

Em seguida, providenciar os fármacos anestésicos e o material adequado para intubação, cateterização de vasos e outros materiais necessários, conforme a gravidade do paciente; determinar a montagem da sala operatória com material de emergência suficiente para atender uma laparotomia exploradora, cirurgia vascular e torácica e disponibilizar o carro para atendimento de parada cardiorespiratória munido de desfibrilador cardíaco<sup>(11,15)</sup>. Caso necessário, materiais para o atendimento de traumas específicos como cranioencefálico, raquimedular, buco-maxilofacial, extremidades e outros, deverá ser imediatamente comunicado pelo enfermeiro da unidade de PS para que possa ser providenciado o mais breve possível.

Outro passo importante é a recepção do paciente, que deve ser realizada preferencialmente pelo enfermeiro em conjunto com algum outro integrante da equipe de enfermagem e, se possível, com o anestesiológico que irá, prioritariamente, dar suporte à função ventilatória<sup>(9)</sup>.

Deve-se, quando possível, providenciar a transferência do paciente para a maca interna do CC, pois muitas vezes o paciente é encaminhado diretamente para a mesa operatória. Neste momento, o

paciente deverá ser cuidadosamente transportado com o intuito de evitar risco de queda, desconexão de tubos ventilatórios, drenos e outros incidentes comuns desta situação <sup>(16)</sup>. Nos hospitais providos de equipamentos mais modernos, as macas de transporte são dotadas com sistemas de segurança.

Na sala de cirurgia inicia-se mais uma série de importantes atividades do enfermeiro, que incluem: auxiliar no posicionamento do paciente na mesa operatória, prestar o cuidado no intraoperatório, juntamente com o circulante da sala, no preparo das medicações e infusão de volumes e hemoderivados, auxiliar na paramentação da equipe cirúrgica, auxiliar o anestesiológista na intubação endotraqueal, na instalação de cateteres, realizar a abertura dos pacotes estéreis, auxiliar no monitoramento e controle dos parâmetros vitais do paciente, providenciar o cumprimento das solicitações como sangue e hemoderivados e o encaminhamento de materiais para análise laboratorial <sup>(15)</sup>.

Ressalta-se a importância do registro de todas as ações e intervenções do enfermeiro e de sua equipe, desde a recepção do paciente no CC, até o seu transporte, toda a descrição da assistência de enfermagem no intraoperatório e evolução de enfermagem ao término da cirurgia e alta do paciente da sala <sup>(13)</sup>.

Chama-se a atenção para o fato de que a qualidade do atendimento ao paciente na situação de emergência depende da ação de todas as pessoas envolvidas nessa missão.

A assistência de enfermagem não pode ser vista de maneira isolada, mas como parte de um conjunto com outras áreas e equipe de saúde e, dessa forma, as ações devem ser planejadas e executadas em conjunto.

Pela própria natureza da assistência prestada ao paciente cirúrgico na situação de emergência, a calma e o bom senso devem estar presentes na equipe, com o objetivo de evitar condutas tem-

pestuosas e agressões desnecessárias.

## RELAÇÃO ENTRE OS DOIS CENÁRIOS

Em relação à primeira causa de mortalidade brasileira: as doenças do aparelho circulatório, após a abordagem inicial do paciente na sala de emergência, poderá ocorrer a necessidade de encaminhamento ao CC para intervenções como: angioplastias, revascularização do miocárdio, troca de válvulas cardíacas, implantação de marca passo cardíaco, entre outros <sup>(17)</sup>.

Um outro encaminhamento muito comum é decorrente dos acidentes vasculares cerebrais, sejam de origem clínica ou principalmente hemorrágica <sup>(17)</sup>.

Desse modo, a coordenação, a educação continuada e o planejamento assistencial devem ser metas das equipes de PS e CC, com vistas à diminuição de eventos adversos.

No tocante às causas externas, substituídas por: agressões, acidentes de transporte, quedas, ferimentos por arma de fogo e pontiagudos e queimaduras, estabelece-se a relação mais constante de encaminhamento ao CC em nosso meio <sup>(12)</sup>. Normalmente, são intervenções que necessitam um pronto atendimento das equipes, com vistas às perspectivas prognósticas.

Grande parte desses atendimentos, quer sejam emergências (choque hipovolêmico, parada cardiorrespiratória, amputações traumáticas) ou urgências (fratura simples, fratura exposta, luxações, drenagens) <sup>(12)</sup> necessitam de equipes, tanto no setor de emergência como de centro cirúrgico, capacitadas e treinadas para esse tipo de situação de alta complexidade e integração multiprofissional.

Estudos nacionais apontam as regiões de membros inferiores e superiores, cabeça e pescoço, tórax e face como as mais frequentemente acometidas relacionadas ao trauma e às lesões decorrentes desses eventos como potencial-

mente cirúrgicas <sup>(18)</sup>.

Ocorre, ainda, um aumento da expectativa de vida decorrente dos avanços tecnológicos nos tratamentos do câncer. As unidades de PS e CC não estão livres de ocorrências de emergência oriundas das complicações da própria doença ou do tratamento pelo qual se submete o paciente oncológico, sobretudo pelos quadros de desidratação, dor, constipação e formação de fecalomas, desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido-básicos <sup>(19,20)</sup>.

O envelhecimento populacional também contribui para que medidas intervencionistas sejam pensadas pelas equipes. Um exemplo importante se refere às quedas pelos idosos, com frequentes intervenções cirúrgicas como correção de fraturas em membros inferiores, o que possibilita cada vez mais a permanência desses pacientes em todas as unidades hospitalares <sup>(20)</sup>.

A admissão no serviço de emergência normalmente é realizada de forma aguda e a indicação de um procedimento cirúrgico é ainda mais traumatizante para o paciente e / ou para sua família, quando está presente. Nesse sentido, a padronização da assistência, a organização das condutas e a facilidade de uma equipe treinada e atenta às particularidades do indivíduo poderá tornar esse processo ágil e menos difícil.

Refletir, indagar, investigar e buscar novas e melhores formas de atuar em enfermagem é um dever dos enfermeiros conscientes de seu papel na equipe de saúde, em qualquer cenário de atuação <sup>(21)</sup>.

Considerando que emergência ou urgência são condições clínicas ou cirúrgicas e que as mesmas poderão ocorrer em qualquer cenário intra-hospitalar, ampliam-se as possibilidades de atuação do enfermeiro, assim como a sua responsabilidade no preparo para uma atuação segura e precisa nessas situações.

Nessa perspectiva, o reconhecimento precoce das situações potencialmente

cirúrgicas, a criação de protocolos de atendimento, o aperfeiçoamento da sistematização da assistência no intra-hospitalar entre as equipes, a discussão de casos clínicos, as rotinas de atendimento relacionadas ao paciente cirúrgico na situação de emergência devem ser pensadas pelas equipes de saúde comprometidas com a qualidade da assistência.

## CONCLUSÃO

Após leitura e análise do material, fica evidente a estreita relação entre os cenários de PS e CC e a necessidade de uma maior interação entre as equipes, da criação de protocolos ou modelos de assistência conjunta. Paradoxalmente, não foram encontrados na literatura nacional estudos que investiguem essas relações.

A participação do enfermeiro na sala de emergência e na sala de cirurgia durante todo o momento que está sob intervenção, tanto em situações de emergência quanto nas situações eletivas ou de urgência, é um diferencial na assistência prestada e se constitui um grande desafio para a profissão de enfermagem. Em algumas instituições, este patamar já começa a ser alcançado, o que reflete em uma assistência com mais qualidade técnica, sendo o trabalho da equipe multiprofissional mais integrado e participativo.

Espera-se que esse estudo propicie uma reflexão sobre o tema e possa ser o início de uma trajetória comum de desenvolvimento de pesquisas entre esses dois cenários que agregam pacientes críticos, nos quais a atuação do enfermeiro deveria ser um diferencial da assistência.

## REFERÊNCIAS

1. Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Latinoam Enferm* 1998; 6(2):83-8.

2. Brasil. Ministério da Saúde (MS).

Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde. Brasília; 2005.

3. Calil AM. Estrutura organizacional de um serviço de emergência. In: Calil AM, Paranhos WY. *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu; 2007. cap. 2, p. 15-22.

4. Fortes PAC, Zoboli ELCP, Spinetti SR. Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5):451-5.

5. Costa ALS, Leite RCBO. O paciente cirúrgico na situação de emergência. In: Calil AM, Paranhos WY. *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu; 2007. cap. 29, p.353-9.

6. Samana G. A cirurgia de urgência. In: Samana G. *Enfermagem no centro cirúrgico*. São Paulo: Andrei; 1986. cap.13.

7. Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia do trabalho científico*. 7ªed. São Paulo: Atlas; 2009.

8. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n. 1451/1995, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos pronto-socorros públicos e privados. *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 de mar. 1995. Seção 1, p. 3666.

9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 146/1992, de 1 de junho de 1992. Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Brasília; 1992. Disponível em: [HTTP:// www.portalcofen.com.br/2007](http://www.portalcofen.com.br/2007).

10. Auler Júnior JOC, Miyoshi E. *Manual teórico de anestesiologia para aluno de graduação*. São Paulo: Atheneu; 2004.

11. Torregrasa ZS. Risco anestésico da

cirurgia de urgência. *Rev Bras Anestesiol* 1997; 44(4):249-54.

12. American College of Surgeons (ACS). Committee on Trauma. *Supporte avançado de vida no trauma (SAVT): programa para médicos*. Tradução do programa ATLS. São Paulo; 2004.

13. Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enf USP* 1990; 24(3):359-70.

14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n.50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde. Brasília; 2002.

15. Pellizzetti N, Paschoal MLH, Gatto MAF. Organização da assistência de enfermagem ao paciente de emergência cirúrgica no período transoperatório. *Rev Esc Enf USP* 1991; Ed Especial: 85-94.

16. Costa ALS, Moretto SA, Leite RCBO. Humanização da assistência oferecida ao paciente cirúrgico: revisão da literatura científica na enfermagem. *Rev SOBECC* 2007; 12(3):38-44.

17. Quilici AP et al. *Enfermagem em cardiologia*. São Paulo. Atheneu; 2009.

18. Calil AM, Sallum EA, Domingues C, Nogueira L. Mapeamento de lesões em vítimas de acidentes de transporte: revisão sistemática da literatura. *Rev Latinoam Enferm* 2009; 17(1):120-5.

19. Secoli SR, Padilha KG, Leite RCBO. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões sobre a prática de enfermagem. *Rev Bras Oncol*. 2005; 51(4):331-7.

20. Leite RCBO. *A assistência de enfermagem perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente idoso cirúrgico*. [tese] São Paulo SP: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

21. Bianchi ERF, Leite RCBO. O enfermeiro de centro cirúrgico e suas perspectivas futuras: uma reflexão. Rev SOBECC 2006; 11(1):24-7.

## Autoria

### Ana Maria Calil

Enfermeira, Pós-Doutoranda na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

### Ana Lucia Siqueira Costa

Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

### Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite

Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

### Simone Alvarez Moretto

Enfermeira, Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

# Produtos Anios melhoram a qualidade da remoção de sujeira e desinfecção.



## LIMPEZA E DESINFECÇÃO NO MESMO PROCEDIMENTO

Conceito S.E.S. - Segurança + Eficiência + Simplicidade

- Sinergia de ativos antimicrobianos: otimização da atividade antimicrobiana e eliminação de efeitos secundários
- Ampla espectro antimicrobiano: bactericida / micobactericida / fungicida / virucida
- Atividade germicida comprovada em condições de sujeira
- Ampla compatibilidade com materiais, inclusive à base de polímeros (policarbonato)
- Sem perfume

**3albe**  
www.3albe.com.br



Instituto de Pós-Graduação em Enfermagem  
- Inovação em Produtos para a Saúde

www.3albe.com.br

laboratórios  
**ANIOS**  
Inovação em Produtos para a Saúde

Soluções com qualidade em produtos e serviços à saúde  
Av. Jacobus Baldi, 745 - Jardim Itacema - São Paulo - SP - CEP 05847-000  
Tel. (11) 5519-4022 Fax (11) 5511-5120 - comercial@3albe.com.br

# CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A EXPOSIÇÃO DO CORPO DO CLIENTE NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO

NURSING CARE TOWARDS THE EXPOSITION OF THE CLIENT'S BODY IN THE TRANSOPERATIVE PERIOD

CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA COM LA EXPOSICIÓN DEL CUERPO DEL CLIENTE EN EL PERÍODO TRANSOPERATORIO

Débora Rechtes • Dolnelly Barbosa de Carvalho • Renata Santos Barreto • Rachel de Carvalho

**RESUMO:** Os cuidados da equipe de enfermagem com a exposição do corpo do cliente no período transoperatório são de grande importância para a humanização da assistência no Centro Cirúrgico. Preocupadas com esse aspecto e considerando a incipiência de estudos sobre o tema, as autoras verificaram, por meio de observação não participativa, a frequência, o tipo e a necessidade de exposição do corpo do cliente durante o período transoperatório. Foram observados 50 procedimentos anestésico-cirúrgicos, sendo que a maior frequência de exposições ocorreu antes do início do procedimento, de forma parcial, especialmente para preparo, monitorização e posicionamento do cliente. Verificou-se que a equipe de enfermagem se preocupou com o cliente de forma integral e que, apesar da exposição ser necessária, demonstrou possuir competência técnico-científica, procurando expor o corpo do cliente o mínimo necessário.

**Palavras-chave:** Enfermagem de centro cirúrgico; Cuidados perioperatórios; Defesa do cliente.

**ABSTRACT:** Nursing care to the exposition of the client's body in the transoperative period is of great importance to humanizing care in the Surgical Center. Concerned with this aspect and considering the lack of studies on this theme, the authors have determined, by means of non-participative observation, the frequency, type and need of exposition of the client's body during

the transoperative period. 50 Anesthetic-surgical procedures were observed, being that the greater frequency of expositions occurred, partially, before the beginning of the procedure and especially in the preparation, monitoring and positioning of the client. It was observed that the nursing team was thoroughly concerned about the client and that, in spite of the necessary exposure, the team demonstrated technical-scientific competence, trying to keep exposure of the client's body to a minimum.

**Key words:** Operating room nursing; Perioperative care; Client's body.

**RESUMEN:** Los cuidados del equipo de enfermería con la exposición del cuerpo del paciente en el periodo transoperatorio son de gran importancia para la humanización de la asistencia en el quirófano. Preocupadas con ese aspecto y considerando los pocos estudios sobre el tema, las autoras verificaron, por medio de observación no participativa, la frecuencia, el tipo y la necesidad de exposición del cuerpo del paciente durante el periodo transoperatório. Fueron observados 50 procedimientos anestésico-quirúrgicos, donde la mayor frecuencia de las exposiciones ocurrió antes del inicio del procedimiento, de forma parcial, particularmente, para la preparación, monitorización y posicionamiento del paciente. Se verificó que el equipo de enfermería se preocupó con el paciente de forma integral y que, apesar de la necesidad de la exposición, el equipo

demonstró poseer competencia técnico-científica, intentando exponer el cuerpo del paciente lo mínimo necesario.

**Palabras-clave:** Enfermería del quirófano; Cuidados perioperatorios; Defensa del cliente.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados da equipe de enfermagem com a exposição do corpo do cliente em momento transoperatório são de suma importância para a humanização da assistência no Centro Cirúrgico (CC). Sendo este um setor que propicia a fragmentação do cuidado, pode ser palco da não prestação de uma assistência onde o ser humano deve ser abordado de forma integral e não apenas como a parte cirúrgica do seu corpo <sup>(1)</sup>.

Na atualidade, o cliente cada vez mais sente necessidade de uma relação de ajuda. Numa sociedade em que as altas tecnologias possuem maior preponderância, muitos profissionais de saúde centram o seu modo de agir apenas na qualidade técnica dos seus serviços, dando menor ênfase à parte humana dos cuidados. Assim, os profissionais não devem se esquecer das raízes da enfermagem, considerada a arte de cuidar e a ciência do ser humano, que, por sua vez, deve ser entendido como uma dimensão única, com um legado pessoal que o distingue de todos os outros seres.

A equipe de enfermagem deverá intera-

gir com o cliente, considerando crenças, valores e cultura e satisfazendo as necessidades do indivíduo como ser total, atuando, assim, de maneira holística e não apenas analisar os problemas e encaminhar as soluções <sup>(2,3)</sup>.

Para manter a totalidade do indivíduo, deve-se considerar o princípio de conservação da integridade pessoal, preservando a individualidade e a privacidade de cada um, sendo o enfermeiro responsável diretamente por zelar pela privacidade do cliente <sup>(2)</sup>.

Os enfermeiros do presente e do futuro devem ser profissionais de alta competência e com elevados conhecimentos científicos, sabendo estabelecer a técnica com a humanização de seus cuidados <sup>(3)</sup>.

O enfermeiro utiliza o Processo de Enfermagem (PE) como metodologia assistencial para o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem no período perioperatório <sup>(2)</sup>. Por meio da utilização do PE, o enfermeiro faz o levantamento das reais necessidades do indivíduo, tornando a assistência individualizada e planejada, o que leva à melhoria na qualidade da assistência prestada em todo o período perioperatório, e faz com que a experiência vivenciada pelo cliente se torne o mais agradável possível <sup>(4,5)</sup>.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) não se limita apenas ao posicionamento ou à redução de problemas decorrentes do ato anestésico-cirúrgico, mas também promove intervenções para manter a privacidade e o pudor do cliente, que muitas vezes são banalizados por toda a equipe multidisciplinar <sup>(6)</sup>.

O cuidado de enfermagem estabelece uma relação muito próxima, permeada por sensações e sentimentos. Esta atuação direta sobre o corpo do cliente faz com que o profissional entre em contato com sua intimidade <sup>(7)</sup>.

Todo indivíduo tem direito à segurança pessoal, sem sofrer intromissões arbi-

trárias na sua vida e nem ataques à sua honra ou reputação <sup>(8)</sup>. A cirurgia, sob o ponto de vista do cliente, representa uma invasão da intimidade, nas esferas física, emocional e psicológica, por meio da qual o seu corpo se transforma num livro aberto a todos os componentes da equipe de saúde, sendo que essa exposição ou a invasão da intimidade acaba gerando crises emocionais ou psicológicas, ou até mesmo conflitos com as equipes que o assistem <sup>(9)</sup>.

O cuidado com a exposição do corpo cria um elo de confiança entre o paciente e a equipe. O cliente desconhece as necessidades de cuidados e sua complexidade, porém julga a qualidade da assistência que lhe é prestada, por meio de ações que o abordem de maneira integral e não apenas como uma parte cirúrgica <sup>(1,9)</sup>.

Eticamente, devemos respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente <sup>(10)</sup>, pois a invasão do território e do espaço pessoal fere a dignidade do indivíduo <sup>(5)</sup>. A privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da individualidade <sup>(5)</sup>.

Na atenção à saúde, as ações voltadas à humanização do cliente devem ser manifestadas por todos, tornando, assim, a humanização uma filosofia da instituição <sup>(11,12)</sup>. No processo de implantação da humanização, não há regras nem fórmulas que a tornem viável, porque ela depende fundamentalmente da conscientização de sua importância pelas equipes responsáveis pela atenção à saúde do cliente <sup>(13)</sup>.

Apesar de a literatura ressaltar a necessidade da humanização, pouco se sabe a respeito da implementação e dos resultados de medidas que visam minimizar a impessoalidade ao cliente.

Observa-se que onde as ações da SAE são aplicadas de forma fragmentada e impessoal, a assistência prestada se torna inefetiva, possibilitando frustração e má qualidade dos cuidados realizados <sup>(14)</sup>.

O cuidado com a exposição do corpo do cliente, juntamente com a humanização, inclui ações que necessitam de coragem, compromisso e habilidade por parte dos seus provedores <sup>(4)</sup>.

Essas ações, ainda que simples e evidentemente executadas pela equipe de enfermagem, podem transformar o cuidar de ato mecânico, padronizado e frio em uma assistência consciente, personalizada e humana <sup>(11)</sup>, principalmente se for associada à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Assim, o processo será individualizado e planejado, levando a uma melhora da qualidade da assistência <sup>(15)</sup>.

Portanto, o intuito da humanização e a manutenção da dignidade humana devem ser considerados direitos do paciente <sup>(4)</sup>, o que torna o assunto abordado no presente estudo de suma importância para a assistência ao cliente cirúrgico no período perioperatório.

## OBJETIVOS

- Observar e registrar os cuidados de enfermagem com a privacidade do cliente na sala de operações, durante o período transoperatório;
- Verificar a frequência da exposição do corpo do cliente, bem como o tipo, a necessidade e as reações do paciente frente a tal exposição.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, de nível I, realizada por meio da técnica de observação direta intensiva, não participativa e sistemática. A técnica de observação sistemática, não-participativa consiste em utilizar os sentidos para a obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar <sup>(16)</sup>.

A pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), após aprovação

do projeto pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do HIAE e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE (protocolo SISNEP número CAAE - 0073.0.028.000-05), bem como após autorização do responsável pela unidade. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi idealizado pelas autoras, sob a forma de um formulário (Anexo), contendo oito questões, sendo três fechadas e cinco semi-fechadas.

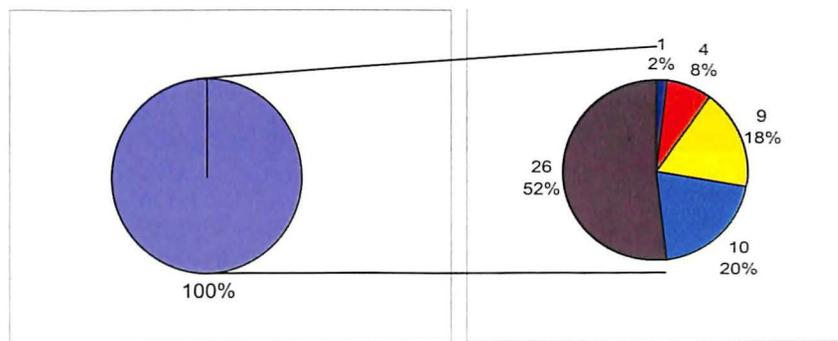
As autoras entraram em contato com a coordenadora da unidade e, após marcarem as datas da coleta, dividiram-se segundo os procedimentos cirúrgicos, de forma a acompanhar em cada um deles o período de recepção, posicionamento e início da anestesia e da cirurgia. Foram observadas as ações da equipe de enfermagem, enquanto circulantes de sala. Os cuidados relacionados à privacidade e à exposição do corpo foram anotados pelas próprias autoras, em formulário específico (Anexo).

**RESULTADOS**

Tal pesquisa foi realizada no período transoperatório, por meio da observação de 50 procedimentos anestésico-cirúrgicos, onde se verificou a exposição do corpo do cliente, a necessidade da exposição, a percepção e os cuidados de enfermagem. A seguir, apresentaremos os dados resultantes da observação dos procedimentos.

Em 37 (74,0%) procedimentos observados houve exposição do corpo do cliente antes do início da anestesia e da cirurgia propriamente dita, sendo que esta exposição não ocorreu em apenas 13 (26,0%) procedimentos. Verificou-se que a exposição do corpo do cliente ocorreu em maior frequência antes do início do procedimento cirúrgico do que no período anestésico.

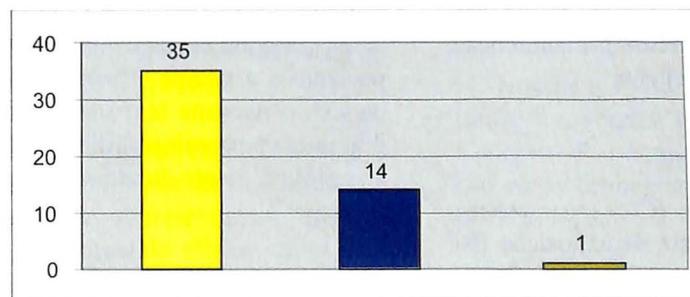
Durante a observação, percebeu-se que entre os 37 (74,0%) procedimentos com exposição antes do início, em 32 deles (64,0%) tal exposição foi parcial e em três (6,0%) a exposição do corpo do cliente foi total; em dois (4,0%) casos a exposição foi necessária para realizar a monitorização do cliente.



- Necessária para preparo do cliente
- Necessária para monitorização, posicionamento e preparo do paciente
- Necessária para realização do procedimento cirúrgico
- Necessária para realização da anestesia
- Necessária para monitorização

**Figura 1.** Necessidade de exposição do corpo do cliente para o procedimento.

Verificou-se (Figura 1), com certa satisfação, que em todos os casos, a exposição do corpo do cliente foi realizada por necessidade, seja ela referente ao preparo, à monitorização, ao posicionamento ou ao próprio procedimento anestésico-cirúrgico.



- Preparo do paciente para a cirurgia
- Ato anestésico
- Posicionamento do paciente

**Figura 2.** Frequência de exposição do corpo do cliente.

A Figura 2 mostra a predominância de exposição do corpo do cliente (35 procedimentos ou 70,0%) durante o seu preparo para a cirurgia, quando são realizados procedimentos como punção venosa, passagem de sonda vesical de demora, monitorização cardíaca, entre outros.

A tabela seguinte foi construída baseando-se nos resultados referentes às questões 4,5,6,7 e 8 do formulário (Anexo).

**Tabela 1.** Exposição do corpo de cliente em momento intraoperatório.

Exposição	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Percepção da equipe de enfermagem referente à exposição indevida do corpo do cliente	50	100,0	-	-
Conduta da equipe de enfermagem referente à exposição do corpo do cliente	50	100,0	-	-
Expressão verbal do cliente referente à exposição do seu corpo	-	-	50	100,0
Expressão não verbal do cliente referente à exposição do seu corpo	-	-	50	100,0
Preocupação da equipe de enfermagem em proteger o cliente da exposição indevida	50	100,0	-	100,0

Referente à conduta da equipe de enfermagem quanto à exposição do corpo do cliente, todos realizaram ações para proteger o paciente, sendo que em 44 (88,0%) procedimentos a equipe manteve a privacidade do corpo do cliente e em seis (12,0%) ela procurou expor o mínimo necessário para o procedimento ser realizado. A constatação desta preocupação e destas ações nos causou uma boa surpresa e igual satisfação com os cuidados frente à manutenção da privacidade do cliente.

## DISCUSSÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é caracterizado com um ambiente de exposição física e emocional, tanto para os pacientes, quanto para as equipes que ali atuam <sup>(17)</sup>.

Neste cenário, o cuidado da equipe de enfermagem com a exposição do corpo do cliente em momento intraoperatório é de suma importância, porque o CC é um setor que poderá levar à não prestação de uma assistência de forma integral <sup>(1)</sup>, e que a equipe deverá interagir com o cliente, considerando crenças, valores e culturas para atuar de maneira holística <sup>(2)</sup>. Percebe-se, pelos resultados das ações de 50 procedimentos anestésico-cirúrgicos, que a equipe de enfermagem se preocupou com o cliente de forma integral e que, apesar de a exposição ser necessária para o ato anestésico-cirúrgico, a equipe demons-

trou possuir competência técnica e conhecimentos suficientes, pois somente com este preparo consegue-se unir a técnica com a humanização dos cuidados <sup>(4)</sup>. Ao perceber que houve exposição do corpo do cliente, a equipe reagiu mantendo a privacidade e procurando expor o mínimo necessário para a realização do procedimento.

O cuidado com a exposição do corpo do cliente cria um elo de confiança entre o paciente e a equipe <sup>(1,9)</sup>. No ambiente de CC, o paciente tem sua autonomia diminuída pela vulnerabilidade em que se encontra diante do ato anestésico-cirúrgico <sup>(17)</sup>.

Mesmo com a exposição do corpo para o procedimento, o cliente se sente respeitado em seu pudor, privacidade e intimidade, sem invadir o seu território pessoal e sua dignidade <sup>(5,10)</sup>. Neste estudo, não foram demonstradas reações verbais ou não verbais durante o ato anestésico-cirúrgico, talvez por perceberem a real necessidade da exposição.

Acredita-se que a aplicação da SAEP, aliada à humanização dos cuidados, leva a equipe de enfermagem a não realizar ações de forma fragmentada e impessoal, o que possibilitaria frustrações ao paciente e má qualidade da assistência realizada <sup>(14)</sup>. Na totalidade do estudo, a equipe de enfermagem se preocupou com a exposição do corpo

do cliente, tornando a assistência consistente, personalizada e humana, e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente no período transoperatório.

Percebeu-se a preocupação da equipe de enfermagem em proteger o cliente como um todo. Esta preocupação resulta em segurança para o paciente e para a própria equipe que o assiste, uma vez que é possível evitar problemas éticos e inclusive físicos relacionados ao CC. Dentre os problemas éticos que permeiam o cliente no ambiente cirúrgico, destacam-se: invasão da privacidade, exposição do corpo e hipotermia <sup>(17)</sup>.

Apesar de os profissionais saberem que estavam sendo observados durante o período de coleta de dados, apresentaram espontaneidade nas suas ações, tornando-as humanizadas.

Diante das considerações sobre o cuidado da equipe de enfermagem com a exposição do corpo do cliente, acreditamos que para se ter uma equipe humanizada em suas atividades diárias, é preciso que os profissionais sejam preparados para tal em sua formação.

Apesar dos bons resultados desta pesquisa, sabe-se da necessidade de se reavaliar os conteúdos que estão sendo ministrados, a qualidade do ensino e a qualidade dos profissionais que estão

sendo formados e encaminhados para o mercado de trabalho. Os alunos também precisam receber formação mais humanista e não somente técnica.

Por outro lado, os enfermeiros precisam realizar e publicar mais pesquisas voltadas para o tema, uma vez que há incipiência de artigos científicos referentes à exposição do corpo do cliente.

Portanto, por ser o CC uma unidade de alta complexidade tecnológica e cercada de procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes, há a necessidade dos enfermeiros conscientizarem a si mesmos e a equipe sobre a importância de ouvir, tocar, olhar e se fazer presente, pois a segurança e a tranquilidade do paciente favorecerão seu tratamento e sua recuperação (17).

## CONCLUSÕES

A observação direta não participativa da atuação da equipe de enfermagem em 50 procedimentos anestésico-cirúrgicos, referente à exposição do corpo do cliente, levou-nos a concluir que:

- houve maior frequência de exposições antes do início do procedimento (37 ou 74,0%), sendo tal exposição parcial;
- houve necessidade da exposição do corpo em todos os casos (50 ou 100,0%), especialmente para preparo, monitorização e posicionamento do cliente;
- em todos os procedimentos, a equipe de enfermagem percebeu a exposição do corpo do cliente, tomando as devidas condutas;
- os clientes não apresentaram reações verbais ou não verbais referentes à exposição do seu corpo;
- a equipe de enfermagem preocupou-se sempre em proteger o cliente da exposição indevida do corpo.

## REFERÊNCIAS

1. David Neto L, Nóbrega MML. Ho-

lismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 1999; 5(2):233-42.

2. Flório MC, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(5):1-17.

3. Ferreira MA, Figueiredo NMA. Expressão da sexualidade do cliente hospitalizado e estratégias para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1997; 50(1):17-30.

4. Matsuda LM, Silva N, Tisolin AM. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI adulto. *Acta Sci, Health Sci*. 2003; 25(2):167-70.

5. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ética e moral. *Rev Latinoam. Enferm*. 2002; 10(3):1-7.

6. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

7. Lima RC, Brêtas JRS. Estudo comparativo entre séries de graduação em enfermagem: representações dos cuidados ao corpo do cliente. *Acta Paul Enferm* 2006;19(4):379-86

8. Declaração Universal dos Direitos Humanos [página na Internet]. [citado 2008 Abr 22]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>.

9. Silva MAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. O ambiente de centro cirúrgico. In: Silva MAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1997. p.131-5.

10. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7.498, 25 junho 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras

providências. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. *Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem*. São Paulo: COREN; 2001. p.43-9.

11. Leifert RMC. Re-aprendendo a ser humano: os desafios do enfermeiro e da enfermagem para a humanização do cuidar através da sistematização da assistência. In: Mezzomo AA. *Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional*. São Paulo: Local; 2003. p.94-100.

12. Carvalho R, Paula MFC, Moraes MW. Tecnologia e humanização em centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF (orgs). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 1ªed. 2ªreimp. São Paulo: Manole; 2010. cap.17, p.316-34.

13. Santana ML, Silva MJP. Como é sentida a experiência de estar na UTI sob a perspectiva de quem vivencia. *Rev SOBETI*. 2000; 1(1):12-6.

14. Kurciant P. As teorias de administração e o serviço de enfermagem. In: Kurciant P. coordenador. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. p.3-13.

15. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Latinoam Enferm*. 2002; 10(5):1-12.

16. Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia do trabalho científico*. 7ªed. São Paulo: Atlas; 2009.

17. Malagutti W, Santos B. Dicotomia no ambiente cirúrgico: tecnologia avançada e pacientes com autonomia diminuída e privacidade invadida. In: Malagutti W, Bonfim IM. *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martinari; 2008. cap.17, p.335-48.

## ANEXO - Formulário: Roteiro Sistemático de Observação

Cuidados da equipe de enfermagem com a exposição do corpo do cliente no período transoperatório

1. Exposição do corpo do cliente:

- Antes do início do procedimento anestésico-cirúrgico ( ) sim ( ) não

Tipo de exposição: .....

- Do início ao final da anestesia ( ) sim ( ) não

Tipo de exposição: .....

- No início da cirurgia ( ) sim ( ) não

Tipo de exposição: .....

2. A exposição do corpo do cliente foi necessária para o procedimento a ser realizado?

( ) sim ( ) não. Por que? .....

3. A exposição do corpo do cliente ocorre com maior frequência durante:

( ) procedimentos de preparo do paciente para cirurgia

( ) ato anestésico

( ) posicionamento do cliente na mesa cirúrgica

4. A equipe de enfermagem percebeu alguma exposição indevida do corpo do cliente? ( ) sim ( ) não

5. Houve conduta da equipe de enfermagem referente à exposição indevida?

( ) sim ( ) não. Qual? .....

6. O cliente expressou alguma reação verbal referente à exposição do seu corpo?

( ) sim ( ) não. Qual? .....

7. O cliente expressou alguma reação não verbal referente à exposição do seu corpo?

( ) sim ( ) não. Qual? .....

8. A equipe de enfermagem se preocupa em proteger o cliente da exposição indevida? ( ) sim ( ) não

## Autoria

### Débora Rechtes

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

### Dolnelly Barbosa de Carvalho

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

### Renata Santos Barreto

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

### Rachel de Carvalho

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Coordenadora do Curso de Especialização e Docente da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE), São Paulo (SP).

**Smart-Read**  
**WELL TEST**<sup>®</sup>  
SISTEMA DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA

“Os nossos clientes sabem a diferença!”

Quem diz a verdade pode fornecer resultados impressionantes

- ✦ Resultados biológicos rápidos e verdadeiros
- ✦ Sem resultados enzimáticos
- ✦ Um Biológico para todos os ciclos
- ✦ Fácil Avaliação e Confirmação
- ✦ Documentação impressa automática
- ✦ Alarme na falha de esterilização
- ✦ Resultados 100% confiáveis

Distribuidor Brasil

 **Stericontrol**

FDA 510k = K091950

E-mail: [sac@stericontrol.com](mailto:sac@stericontrol.com)

 0800 606 15

# STRESS / COPING NO PERIOPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA: EXPERIÊNCIA PRÉ-PROFISSIONAL

STRESS / COPING IN PERIOPERATIVE OF BREAST CANCER: PRE-PROFESSIONAL EXPERIENCES

ESTRÈS / COPING EN EL PERIOPERATORIO DE CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIAS PRE-PROFESIONALES

Rafaela Andolhe • Laura de Azevedo Guido

**RESUMO:** Trata-se de um relato de experiência pré-profissional, na unidade tocoginecológica de um hospital universitário, de grande porte do centro do estado do Rio Grande do Sul. Foi realizado com o objetivo de relatar a prestação da assistência de enfermagem perioperatória às mulheres com câncer de mama e indicação cirúrgica, com base nos estressores e nas estratégias de coping por elas apontados. Essa experiência permitiu refletir sobre a atuação do enfermeiro como articulador do processo de enfrentamento do câncer de mama, uma vez que atua no suporte informativo, de modo a auxiliar a paciente a identificar as estratégias de coping de que dispõe. Isso justifica a importância do desenvolvimento de programas de educação continuada junto à equipe, atividade de competência do enfermeiro, especialmente quando apoiada em um marco conceitual construído a partir de pesquisa.

**Palavras-chave:** Stress; Coping; Enfermagem perioperatória; Câncer de mama.

**ABSTRACT:** This is a report about pre-professional experiences, in the tocogynecologic unit of a large-scale, university hospital in the center of the state of the Rio Grande do Sul. It was carried out with the purpose of relating perioperative nursing care to women with breast cancer and surgical indication, based on the stressors and strategies of coping pointed out by them. That experience

permitted to reflect on the nurse's action as mediator in the clash of the breast cancer, once the nurse acts as an informative support and helps the patient to identify available strategies of coping. That justifies the importance of the ongoing education programs development with the team, activity of nurse's competence, specially when rested on an important concept built from research.

**Key words:** Stress; Coping; Perioperative nursing; Breast cancer.

**RESUMEN:** Trátase de un relato de experiencia pre-profesional, en la unidad toco ginecológica de un hospital universitario de gran escala en el centro del estado de las Rio Grande do Sul. Se llevó a cabo con el objetivo de prestar cuidando perioperatório de ayuda a mujeres con el cáncer de mama e indicación quirúrgica, basado en los agentes estresantes y estrategias de coping por ellas apuntado. Esa experiencia permitió reflexionar acerca de la actuación del enfermero como mediador del proceso del enfrentamiento del cáncer de mama, una vez que el enfermero actúa en el soporte informativo de manera a auxiliar a el enfermo a identificar las estrategias de coping de que dispone. Eso justifica la importancia del desarrollo del programa de educación continua junto al equipo, la actividad de la competencia del enfermero, particularmente, cuando sobre un marco conceptual construido a partir de la investigación.

**Palabras-clave:** Estrés; Coping; Enfermería Perioperatória; Neoplasia de la mama.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença responsável pela alta morbimortalidade feminina. Estimativas da doença em 2010 apontam um risco de cerca de 49 casos para cada 100 mil mulheres.<sup>(1)</sup> Por essa razão, a doença tem sido motivo de estudos realizados por enfermeiros, psicólogos e outros profissionais que assistem mulheres vítimas dessa patologia. Porém, poucos estudos têm relatado experiências de assistir a mulher no período perioperatório, considerando o stress e o enfrentamento que a doença implica para ela.

Stress é considerado um evento que ultrapassa a esfera biológica e caracteriza a importância do aparelho cognitivo nas respostas aos diferentes estímulos e coping é o processo pelo qual a pessoa maneja o estímulo da relação indivíduo/ambiente que julga ser estressante.<sup>(2)</sup>

Nesse sentido, a paciente com câncer de mama precisa enfrentar os estressores inerentes ao processo saúde-doença de modo efetivo para manter o equilíbrio físico e cognitivo. Para tanto, acredita-se que o enfermeiro pode auxiliá-la nesse processo, pautando sua assistência nos conceitos de stress e coping.

Em vista disso, acredita-se que com-

partilhar uma experiência acadêmica que envolveu a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama e indicação cirúrgica focando o stress e o coping, seja significativo no sentido de refletir sobre a importância do enfermeiro como articulador do processo de enfrentamento.

A oportunidade que o estágio pré-profissional oferece ao acadêmico, de experimentar a realidade de saúde do país como enfermeiro é de extrema relevância. Isso porque o aluno tem a possibilidade de desenvolver uma consciência crítica acerca da realidade que poderá encontrar quando atuar profissionalmente. Salienta-se que as atividades realizadas representaram um passo inicial para a implantação da assistência de enfermagem integralizada, especialmente, à mulher com câncer de mama.

## OBJETIVOS

- Relatar a atuação pré-profissional na assistência de enfermagem perioperatória às mulheres com câncer de mama e indicação cirúrgica, com base nos estressores e nas estratégias de coping por elas apontados, visando auxiliá-las no processo de enfrentamento da doença;
- Propor uma reflexão acerca das ações do enfermeiro no cuidado às pacientes com câncer de mama, no período perioperatório.

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo desenvolvido pelo método de relato de experiência, baseado na atuação pré-profissional de acadêmicos de enfermagem, durante as atividades prestadas a mulheres portadoras de câncer de mama e com indicação para extirpação cirúrgica do tumor.

As atividades desenvolvidas no Estágio Supervisionado em Enfermagem II foram realizadas na Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS).

Constou de 450 horas de atividades administrativo-assistenciais realizadas na unidade citada, predominantemente no turno da manhã, e mais 100 horas dedicadas ao preparo de material de apoio às reuniões de educação em serviço, elaboração do relatório de estágio e do relatório de pesquisa, perfazendo 550 horas no total.

A Unidade Tocoginecológica destina-se à assistência a mulheres com afecções ginecológicas, mastológicas e obstétricas, bem como atende gestantes de alto risco. Também presta serviços de apoio à mãe e ao recém-nascido. É composta por 37 leitos, sendo 17 deles destinados à ginecologia e 20 destinados à obstetria.

## DISCUTINDO STRESS E COPING NO PERIOPERATÓRIO DE CÂNCER DE MAMA

### Por que stress e coping?

Na ocasião das aulas práticas do sexto e sétimo semestres e, especialmente, no período de atuação no estágio extracurricular na Unidade Tocoginecológica, pôde-se vivenciar o sofrimento, a desinformação e o despreparo para o ajustamento à situação de doença que as mulheres com câncer de mama experienciavam. Nessa ocasião, percebeu-se que havia um número expressivo de mulheres internadas à espera da mastectomia ou em tratamento radioterápico ou quimioterápico. Também, foram acompanhadas pacientes acometidas pela doença, com características específicas como: algumas bastante jovens, com metástases, em estágio terminal; outras, sem preparo pré-operatório adequado, se analisado a partir dos conceitos de stress e coping.

Em face da desinformação com que as mulheres vítimas de câncer de mama e indicação cirúrgica chegavam à unidade, observou-se tensão, ansiedade e preocupações. Esses fatores foram determinantes para abordar os conceitos de stress e coping nesse trabalho e definir a temática a ser estudada: "Stress e coping no perioperatório: assistência de enfermagem

à mulher com câncer de mama".<sup>(3)</sup>

Além disso, entende-se que a busca constante de conhecimentos a respeito dos conceitos de stress e de seus mecanismos de enfrentamento é de suma importância para a formação profissional do enfermeiro. Para tanto, participa-se do grupo de estudos "Stress, coping e burnout", do Departamento de Enfermagem da UFSM, com o objetivo de ampliar os horizontes acerca da questão de pesquisa. A partir dos estudos, das reflexões e da observação de casos clínicos julga-se ser fundamental direcionar as ações assistenciais e educativas às mulheres com câncer de mama com indicação de mastectomia, foco principal deste trabalho, sob a ótica do stress e do coping.

### A equipe de enfermagem e a formação de grupo de estudos

Na ocasião do estágio extracurricular, bem como das aulas práticas de administração, teve-se a oportunidade de conhecer, interagir e integrar a equipe de enfermagem da Unidade Tocoginecológica.

No início, enfrentou-se um pouco de resistência por parte de algumas funcionárias, mas, aos poucos, essa situação foi se modificando, especialmente pelo desenvolvimento de ações em grupo, interesse pelo trabalho de cada integrante da equipe e valorização dos mesmos. Ao se iniciarem as atividades do estágio, essa dificuldade já não mais existia, pois havia sido superada anteriormente, o que favoreceu a adesão da equipe às questões assistenciais previstas neste trabalho.

Inicialmente procurou-se expor à equipe, ainda que informalmente, no horário do lanche, os objetivos do estágio, bem como a proposta do trabalho que seria desenvolvido na unidade junto às mulheres com câncer de mama e indicação cirúrgica. Na oportunidade, enfatizou-se que as atividades seriam focalizadas no período perioperatório, visando auxiliar a paciente a descobrir as próprias estratégias de enfrentamento do stress decorrente da situação de doença.

A equipe, de modo geral, demonstrou interesse, principalmente quando foi sugerida a realização de encontros quinzenais para a discussão dos conceitos de stress e coping. Além disso, pontuou-se a importância do trabalho, uma vez que essas mulheres necessitam de um espaço, tanto para serem ouvidas, como também para receber orientações, as quais, muitas vezes, não são assimiladas e compreendidas de forma adequada, pois, com frequência, são recebidas logo após o impacto do diagnóstico.

## Assistência de enfermagem no perioperatório de câncer de mama

As pacientes com câncer de mama e indicação cirúrgica internam na unidade geralmente 24 horas antes do horário previsto para a cirurgia. Outras internam com um ou dois dias de antecedência para a realização dos últimos exames, monitoramento da pressão arterial e controle da ansiedade. Nessa oportunidade, as pacientes foram recepcionadas e encaminhadas aos seus respectivos leitos. Antes disso, era lidas, cuidadosamente, as informações médicas contidas no prontuário da paciente para obtenção de informações prévias do seu histórico de saúde.

Já na enfermaria, a paciente era acomodada e prestavam-se algumas orientações aos familiares quanto aos horários de visitas e às rotinas para os acompanhantes.

Mais tarde, era realizada a visita pré-operatória, onde se procedia com o histórico de enfermagem da paciente, o qual incluía a entrevista e o exame físico. Com base nessas informações, destacavam-se diagnósticos de enfermagem, os quais eram pontuados de acordo com a literatura sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ainda em fase de implantação na unidade.

A partir disso, foi possível traçar um plano assistencial com base nos dados coletados na visita pré-operatória. No entanto, essa etapa não pôde ser concretizada completamente, uma vez que exigia um preparo maior da equipe, assim como

um período mais longo de estágio, pois se tratava de uma nova rotina a ser cumprida e ainda não instituída na unidade.

O processo de implantação da SAE exige um treinamento coerente para preparar a equipe de forma compatível com a realidade de cada unidade<sup>(4)</sup>. Mesmo assim, foi possível contar com a equipe em relação ao cumprimento da orientação de enfermagem acerca do acompanhamento e estímulo às pacientes no pós-operatório de cirurgia da mama.

## Acompanhamento pré-operatório

As visitas pré-operatórias começaram a ser realizadas sistematicamente, a partir de junho, quando se familiarizou com o roteiro de entrevista e exame físico elaborado pelas enfermeiras da unidade, o qual foi utilizado juntamente com o roteiro elaborado pela estagiária. Antes disso, as visitas eram realizadas abrangendo-se o exame físico, com ênfase no exame das mamas realizado pela enfermeira e o histórico de saúde da paciente. As informações obtidas nessa ocasião eram anotadas na evolução de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem relacionados aos aspectos psicológicos foram predominantes no período pré-operatório. A ansiedade, a baixa auto-estima e o enfrentamento são fatores que precisam ser considerados na assistência de enfermagem nesse período. Esses sentimentos podem provocar alterações fisiológicas como crises hipertensivas, podendo retardar ou adiar o procedimento. Em vista disso, esses sentimentos devem ser considerados no planejamento das atividades de enfermagem.<sup>(5)</sup>

## Acompanhamento transoperatório

Quando possível, as estagiárias acompanhavam as pacientes no transoperatório. Nesse período, eram recepcionadas no centro cirúrgico e, ainda no corredor, buscava-se conversar, informando-as sobre o ambiente em que se encontravam, a fim de minimizar seu estado de tensão.

Em seguida, a paciente era transportada até a sala de operação, onde era auxi-

liada no traslado da maca para a mesa cirúrgica de forma segura e devidamente posicionada para a cirurgia. Esse momento, geralmente era acompanhado pelo anestesista, o qual realizava as últimas orientações acerca do procedimento anestésico-cirúrgico.

Enquanto o médico-residente e seu preceptor eram aguardados, a paciente era mantida na sala de operações, acompanhada pela acadêmica, momento em que eram realizados alguns cuidados de enfermagem.

Ao final da cirurgia, preparava-se a paciente para o transporte seguro até a recuperação anestésica, onde iria permanecer nas primeiras horas do pós-operatório imediato.

Durante a permanência no centro cirúrgico, ao observar a técnica cirúrgica de remoção total da mama, com a preservação do músculo peitoral, bem como a exérese dos linfonodos axilares, a ideia de mutilação que se tinha até então, era da aparente ausência de volume da mama. Vale destacar que o procedimento relatado é comumente descrito pelos mastologistas como uma técnica conservadora. Contudo, ao se presenciar a remoção da mama predominou e permanece na memória um sentimento de choque, uma impressão de agressividade do procedimento, uma ideia de “castração feminina”. O impacto na imagem corporal da mulher mastectomizada, muitas vezes, é negativo e vem acompanhado de distúrbios psicológicos com repercussão na vida sexual, familiar e social.<sup>(6)</sup> Por essa razão, é de extrema relevância o conhecimento dos conceitos de stress e coping no enfrentamento e possível superação dos estressores no ambiente hospitalar.

## Acompanhamento pós-operatório

Ainda no pós-operatório imediato, procurava-se assistir as pacientes com o objetivo de proporcionar o máximo de conforto. Tais medidas consistiam em auxiliar a paciente a se posicionar confortavelmente no leito, observando o posicionamento do dreno de sucção

para não tracioná-lo. Além disso, orientava-se a paciente a posicionar o braço homolateral para frente e apoiá-lo em um travesseiro, para não tensionar os músculos peitorais e, assim, prevenir ou minimizar a dor. Também, quando necessário, era administrados analgésicos, conforme prescrição médica.

Já no primeiro dia de pós-operatório, a paciente era orientada a realizar os exercícios de reabilitação funcional do braço, compostos por quatro exercícios, dentre eles, um era feito com o auxílio da bolinha de meia-calça. Esses movimentos deveriam ser realizados em uma série de dez repetições três vezes ao dia.

A partir do quarto dia de pós-operatório, a paciente era orientada a realizar movimentos mais amplos. Vale destacar que essas orientações estavam contidas em um impresso elaborado para essa ocasião. Inicialmente, havia sido confeccionado pela própria acadêmica, posteriormente, com o apoio da Educação Continuada do HUSM e da gráfica da UFSM, foi revisado, ampliado e impresso em formato de folder,<sup>(7)</sup> contendo informações relativas à reabilitação pós-mastectomia.

À medida que a paciente realizava os exercícios de reabilitação, adquiria coragem para efetuar ações de autocuidado como escovar os dentes, pentear os cabelos, entre outras, usando o braço homolateral de forma gradativa. Após as primeiras 24 horas do desenvolvimento dos exercícios, foi possível observar que as pacientes estavam mais animadas ao perceberem que poderiam realizar atividades simples, pois, em alguns casos, o medo da invalidez fora claramente manifestado.

Além disso, a postura das pacientes também se modificava. Abandonavam a postura curvada para assumir uma posição mais ereta, uma vez que descobriam que a correção postural não faria com que os pontos da sutura se rompessem.

Ao se acompanharem as pacientes assistidas no decorrer do estágio, percebeu-se que a realização dos exercícios de re-

abilitação foi fundamental para auxiliá-las no enfrentamento do pós-operatório. O desenvolvimento da consciência de corpo é importante para promover a autoconfiança e a auto-estima,<sup>(8)</sup> o que permite entender a influência dos aspectos psicológicos sobre os aspectos físicos em um indivíduo. Isso justifica que a realização dos exercícios de reabilitação pode contribuir positivamente no processo de enfrentamento do câncer de mama.

Algumas pacientes tinham uma relação bem humorada com aquela rotina de verificação do volume de drenagem e com a importância de se refazer o vácuo do dreno três vezes ao dia. Dentre as atitudes, pode-se citar a denominação carinhosa do dreno de “cachorrinho”, o que se julgou, empiricamente, se tratar de uma estratégia otimista no enfrentamento do pós-operatório de mastectomia.

Quanto à ferida operatória, essa era monitorada com mais atenção após a retirada do curativo compressivo, o qual era mantido por 48 horas. O processo cicatricial podia ser acompanhado com avaliações frequentes, visando à monitoração do processo cicatricial e de hematomas e processos infecciosos, se houvessem.

Na ocasião da retirada do curativo, evidenciou-se que algumas pacientes evitavam olhar para a incisão. Esse receio quanto à lesão ter ficado “feia”, quanto à ausência de uma das mamas ou de parte dela, expressado tanto pelas atitudes quanto pelas falas das pacientes, permitiu identificar que, em alguns momentos, o estilo de coping evasivo era utilizado para enfrentar os primeiros momentos potencialmente estressantes da nova imagem corporal.

A necessidade de se adaptarem à nova situação provocada pelo câncer de mama e pelo tratamento cirúrgico instiga a reflexão sobre a qualidade de vida e o stress nas mulheres tratadas de câncer de mama. A percepção das pacientes sobre a própria qualidade de vida é individual. A oncologia avançou paralelamente à modernização tecnológica,

fazendo com que o câncer se tornasse, algumas vezes, uma doença crônica, o que aumentou a sobrevida dos pacientes oncológicos, ao mesmo tempo em que a equipe se viu desafiada a avaliar a qualidade de vida dos seus clientes.<sup>(9-10)</sup>

Na alta hospitalar eram reforçadas as orientações às pacientes, especialmente as referentes à continuidade dos exercícios de reabilitação, aos tratamentos adjuvantes nos casos em que a paciente já possuía tal informação de seu médico, ao uso de próteses, à cirurgia reconstrutora da mama e aos cuidados com o braço homolateral quando realizasse atividades diárias, a fim de prevenir infecções e linfedema. Neste sentido, destaca-se a importância do folder na qualificação da assistência de enfermagem às pacientes e aos seus cuidadores.

### **O envolvimento da família no processo de enfrentamento**

De modo geral, envolver a família no processo de enfrentamento do câncer de mama foi bastante difícil, uma vez que, na maior parte dos casos, as pacientes assistidas eram provenientes de outras cidades, o que dificultava o deslocamento dos familiares e de amigos da mesma até o HUSM. Mesmo assim, buscou-se interagir e integrar o acompanhante nesse processo.

Na maioria das vezes, o cuidador era a filha, a qual também era incluída nas orientações. A figura feminina, sobretudo da filha, foi uma influência significativa no enfrentamento do câncer de mama, o que se observou também no estágio realizado.

Buscou-se, ainda, a figura do cônjuge para auxiliar a paciente no processo de ajustamento. No entanto, também em função da distância ou do trabalho e pelo fato da unidade ser feminina e aceitar somente acompanhantes do sexo feminino, percebeu-se a ausência do marido, justificada durante a internação hospitalar.

Com frequência, questionavam-se as pacientes em relação ao apoio do esposo no

processo de enfrentamento do câncer de mama. Algumas relataram que seus cônjuges foram muito compreensivos, contribuindo para encorajá-las a realizarem a cirurgia, mesmo que eles não tivessem ido visitá-las no hospital. A participação do companheiro nas etapas do tratamento é proporcional ao suporte social que ele pode oferecer à esposa, sendo, portanto, uma figura de grande importância. As visitas pós-operatórias são fundamentais para a adaptação do esposo à mastectomia da mulher, os quais poderão oferecer um suporte maior.<sup>(11)</sup>

Outras pacientes, em menor proporção, referiram que seus maridos não deram o apoio que elas esperavam ou porque o casamento estava em crise, ou porque o marido era etilista, ou, ainda, por ignorarem a repercussão do diagnóstico na vida de suas esposas.

Alguns maridos não têm habilidade para enfrentar o stress decorrente do câncer de mama de suas mulheres, por isso têm menor capacidade de lhes oferecer suporte emocional.<sup>(11)</sup> Mesmo assim, buscou-se na medida do possível, integrar ao plano de cuidados das pacientes, bem como ao processo de enfrentamento das mesmas, seus acompanhantes, amigos, filhos e cuidadores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama, sem dúvida, é uma doença que modifica profundamente a vida de uma mulher nas esferas biológica, social e cognitiva. Isso foi observado no decorrer do estágio, tanto pelas ações assistenciais, quanto pela pesquisa desenvolvida. Além disso, representa um estressor para a paciente que se defronta com a realidade da doença, uma vez que ela terá que se submeter a um tratamento cirúrgico que os médicos afirmam ser “conservador”, precisa tomar decisões e nem sempre é informada adequadamente a respeito do tratamento e de sua perspectiva de cura. Precisar, ainda, se afastar do lar, dos filhos, do trabalho e do marido para efetuar o tratamento. Soma-se a isso, o medo da morte, da anestesia e de não poder realizar suas atividades diárias, posteriormente à cirurgia.

Ao se acompanhar a vivência das mulheres com câncer de mama no período perioperatório, bem como o processo de enfrentamento da doença e do tratamento pelas mesmas, procurou-se planejar as ações assistenciais sob o enfoque dos conceitos de stress e coping. Para tanto, observou-se o quanto a interação e as informações puderam auxiliar as pacientes no enfrentamento do processo saúde-doença. Tais ações receberam reconhecimento significativo, tanto por parte das pacientes, quanto pela equipe multidisciplinar envolvida na assistência.

Acredita-se que o enfermeiro como educador é articulador do processo de enfrentamento, uma vez que atua no suporte informativo, de modo a auxiliar a paciente a identificar as estratégias de coping de que dispõe.

Portanto, tendo em vista que os conflitos cognitivos e a mudança na imagem corporal da mulher mastectomizada são fatores que devem ser considerados na ocasião da assistência de enfermagem, isso justifica a importância do desenvolvimento de programas de educação continuada junto à equipe, atividade de competência do enfermeiro, especialmente quando apoiada em um marco conceitual.

Cabe às escolas de enfermagem, incluir conceitos na formação do enfermeiro e incentivar pesquisas focadas em stress e coping, uma vez que se entende a socialização desses conceitos positiva para a qualidade de vida dos profissionais da saúde no ambiente de trabalho.

É importante destacar, também, o caráter interdisciplinar que este trabalho assumiu, uma vez que os aspectos cognitivos, sociais e de reabilitação da mulher com câncer de mama estão correlacionados, pois se referem ao ser humano assistido, que é único, dotado de características individuais e próprias. Por essa razão, acredita-se que a interdisciplinaridade é um dos mediadores da assistência de enfermagem integralizada.

Fica evidente que as atividades realizadas representaram um primeiro passo

para a implantação da assistência de enfermagem sistematizada e integralizada, especialmente à mulher com câncer de mama. Trabalhos futuros poderão enfocar questões como a participação do cônjuge no processo de enfrentamento, a sexualidade da mulher mastectomizada, uma vez que despertam preocupações e são decisivos no que diz respeito à qualidade de vida da paciente.

Neste trabalho, verificou-se que o stress causado pelo carcinoma mamário pode repercutir na vida da mulher em aspectos semelhantes, mas com significados diferentes. Se os mecanismos de coping podem ser aprendidos,<sup>(12)</sup> o enfermeiro consciente de seu papel como articulador do processo de enfrentamento, precisará desenvolver estratégias educativas que sirvam de auxílio para as pacientes administrarem o stress causado pela doença. Ações dessa natureza farão a diferença na assistência de enfermagem perioperatória à mulher com câncer de mama.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa para 2010. Incidência de Câncer no Brasil. INCA [homepage na Internet]. Brasília; 2009 [citado 2009 nov 26]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
3. Andolhe R, Guido LA, Hoffmann IC, Brondani A. Stress e coping no perioperatório: assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama [monografia]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
4. Melleiro MM, Fugulin FMT, Rogenski NMB, Gonçalves VLM, Tronchin DMR. A evolução do sistema de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Íco-

ne; 2001. p.109-30.

5. Prá LA, Piccoli M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. Rev Eletronica Enferm. [periódico na Internet] 2004 [citado 2008 dez 15]; 6(2). Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista\\_2/enfer.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista_2/enfer.html).

6. Pinto AC, Gioia-Martins DF. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. Rev SBPH [periódico na Internet]. 2006 [citado 2009 nov 19]; 9(2):3-27. Disponível em: [http://pepsic.](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858200600020002&lng=pt&nrm=iso)

[bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-0858200600020002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858200600020002&lng=pt&nrm=iso)

7. Guido LA, Hoffmann IC, Brondani A, Andolhe R. Recomendações para a reabilitação da mulher pós-cirurgia da mama [folder]. Rio Grande do Sul: Hospital Universitário de Santa Maria; 2006.

8. Okawara A, Weigand O. Reabilitação pós-mastectomia. Rev Assoc Med Bras. 1982;28:5

9. Makluf ASD, Dias CR, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. Rev Bras

Cancerol. 2006;52(1):49-58.

10. Abeche AM, Blochtein CA. Mastectomia: abordagem do papel do cônjuge. Rev AMRIGS. 1985;29(2):126-9.

11. Wolff LR. Rede de suporte social da mulher mastectomizada [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.

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

#### Autoria

##### Rafaela Andolhe

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, na linha de pesquisa Stress, Coping e Burnout, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria (RS).

##### Laura de Azevedo Guido

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Pesquisadora e Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, Coordenadora da linha de pesquisa Stress, Coping e Burnout, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria (RS).

**SERCON**  
Conceito de Qualidade

Para cada necessidade uma solução



A Sercon coloca sua tecnologia a serviço da CME para atender as todas as etapas do processo:

- ▶ Limpeza
- ▶ Desinfecção Térmica
- ▶ Preparo
- ▶ Acondicionamento
- ▶ Esterilização
- ▶ Estoque
- ▶ Logística

[www.sercon.ind.br](http://www.sercon.ind.br)

[vendas@sercon.ind.br](mailto:vendas@sercon.ind.br)

11 2149-1733

# HIPOTERMIA ACIDENTAL PERIOPERATÓRIA: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PERIOPERATORY ACCIDENTAL HYPOTHERMIA: PROPOSITION OF A NURSING ASSISTANCE PROTOCOL

HIPOTERMIA ACCIDENTAL PERIOPERATORIA: PROPOSICIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Silvia Tonial dos Santos • Rita Catalina Aquino Caregnato

**RESUMO:** Hipotermia acidental é uma complicação frequente, podendo ser ocasionada no procedimento anestésico-cirúrgico como resultado da inibição do centro termorregulador do hipotálamo, perda do tônus muscular e vasodilatação. O objetivo desta pesquisa foi conhecer publicações na Enfermagem sobre o tema, para fundamentar a elaboração de um protocolo de assistência de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, com busca de artigos em sites de referência Scielo, Medline, Lilacs e periódicos indexados no portal CAPES, publicados na língua inglesa no período de dez anos e sem limite de tempo na literatura nacional. Dos 12 artigos selecionados, apenas um era nacional. Verificou-se impulso das publicações a partir do século XXI. Todos ressaltam a importância de prevenir e tratar a hipotermia para impedir efeitos negativos na recuperação do paciente. Os artigos analisados fundamentaram a construção de um protocolo de assistência de enfermagem para prevenção e controle da hipotermia no período perioperatório, viável à realidade brasileira.

**Palavras-chave:** Assistência perioperatória; Hipotermia; Enfermagem.

**ABSTRACT:** Accidental hypothermia is a frequent complication, which may occur during the anesthetic/surgical procedure as a result of the inhibition of the thermoregulatory center of the hy-

pothalamus, loss of muscular tonus and vasodilatation. The purpose of this research was to be informed about nursing journals on the topic, to base the drawing of a nursing assistance protocol. It is a descriptive bibliographical research of papers in reference websites such as Scielo, Medline, Lilacs and indexed periodicals of nursing through the Capes portal, published in English language, between ten years, and with no time limit for Brazilian bibliography. Only one out of 12 articles was Brazilian; it was found that there was an upswing in publishing since the 21st century; all of them emphasize the importance of preventing and treating the hypothermia, in order to prevent negative effects in the patient recovery. The analyzed material underlied the construction of a nursing assistance protocol for the prevention and control of hypothermia in the perioperative, feasible to the Brazilian current reality.

**Key words:** Perioperative care; Hypothermia; Nursing.

**RESUMEN:** Hipotermia acidental es una complicación frecuente, que puede ocurrir durante el procedimiento anestésico-quirúrgico como resultado de la inhibición del centro termorregulador del hipotálamo, de la pérdida de tonos muscular y vasodilatación. El objetivo de esta investigación fue conocer las publicaciones en la Enfermería sobre el tema, para fundamentar la construcción

de protocolo de cuidados de enfermería. Tratase de una investigación descriptiva con búsqueda de artículos en sitios de referencia Scielo, Medline, Lilacs y periódicos indexados de enfermería en el portal CAPES; publicados en lengua inglesa entre diez años y sin límite de tiempo en la literatura brasileña. De los doce artículos seleccionados, sólo uno era brasileño; se verificó aumento de las publicaciones a partir del siglo XXI; todos señalan la importancia de prevenir y tratar la hipotermia para impedir efectos negativos en la recuperación del paciente. Los artículos analizados fundamentaron la construcción del protocolo de cuidados de enfermería para prevención y control de la hipotermia en el perioperatorio, viable con la realidad brasileña.

**Palabras-clave:** Atención perioperatória; Hipotermia; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O procedimento cirúrgico é um evento de extrema relevância que demanda muitos cuidados e uma equipe multiprofissional qualificada para atender as intercorrências que possam advir do mesmo. Entre as complicações mais frequentes no pós-operatório imediato estão: hipóxia, náuseas e vômitos, dor e hipotermia. Por ser a hipotermia uma complicação muito frequente em qualquer tipo de cirurgia, foi escolhida como tema para realizar esta pesquisa.

Define-se hipotermia cirúrgica como a temperatura corporal central menor que 36°C, ocorrendo frequentemente durante o procedimento anestésico-cirúrgico, devido à inibição do centro termorregulador do hipotálamo, perda do tônus muscular e vasodilatação.<sup>(1-3)</sup>

A hipotermia pode ser induzida ou acidental. É considerada induzida quando for intencionalmente provocada em procedimentos cirúrgicos específicos, como cirurgias neurológicas e cardiológicas que necessitam diminuição do metabolismo do paciente no período intraoperatório.<sup>(1,4)</sup> Já hipotermia acidental ou inadvertida é a complicação que ocorre principalmente no período pós-operatório, podendo ser ocasionada por uma série de fatores acidentais, tais como: baixa temperatura na sala cirúrgica, infusão de líquidos frios, inalação de gases frios, feridas corporais ou cavidades abertas, idade avançada ou pelos agentes farmacológicos utilizados na anestesia.<sup>(1-3,5-6)</sup>

Dentre as manifestações da hipotermia estão os tremores (responsáveis pelo aumento do consumo de oxigênio em até 500%), a depressão respiratória, as arritmias cardíacas, as alterações da função renal, a diminuição do metabolismo, a alteração do nível de consciência e as coagulopatias.<sup>(3,5,7)</sup>

A motivação em estudar este tema iniciou na época da graduação, quando realizamos o trabalho de conclusão de curso sobre hipotermia. Após esta etapa, vivenciamos, na prática diária como enfermeiras atuantes no Centro Cirúrgico (CC), a ocorrência desta complicação nos pacientes em pós-operatório imediato, servindo de estímulo para aprofundar o tema. Através de uma revisão da literatura, pretende-se analisar artigos referentes à hipotermia e embasar a construção de um protocolo de prevenção e controle desta ocorrência no período perioperatório.

## OBJETIVOS

### Geral

Conhecer os estudos publicados na área

da enfermagem sobre hipotermia acidental no período perioperatório.

### Específicos

- Apresentar e analisar os aspectos relacionados à hipotermia acidental no período perioperatório, de acordo com os resultados encontrados nas pesquisas de enfermagem;
- Elaborar um protocolo de assistência de enfermagem para prevenção e controle da hipotermia perioperatória, embasado nos artigos analisados.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada através de pesquisa na literatura publicada, permitindo análise e síntese do material encontrado. “Nos trabalhos de revisão, o autor se propõe a compendiar a produção existente sobre um determinado tema, buscando os pontos de contato entre produções científicas independentes, com a finalidade de gerar novos conhecimentos a partir desses”.<sup>(8)</sup>

No intuito de elaborar uma proposta de protocolo para Sistematização da Assistência de Enfermagem no Perioperatório (SAEP) para controle e prevenção da hipotermia acidental, fez-se necessário conhecer os estudos publicados na área de enfermagem para fundamentar o mesmo. Buscou-se e selecionou-se o material nos sites de referência Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Medline (*Medical Literature Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e sites de periódicos de revistas indexadas da enfermagem através do Portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Os critérios para inclusão dos artigos foram: artigos encontrados na íntegra que abordassem o tema hipotermia acidental no perioperatório em pacientes adultos; artigos publicados em periódicos de enfermagem nas línguas inglesa e portuguesa; publicações na língua inglesa no período de 1997 a 2007; publicações na língua portuguesa sem limite de tempo,

tendo em vista a pequena produção nacional nesta temática.

Os critérios de exclusão foram: artigos não encontrados na íntegra; periódicos de outras áreas de conhecimento; publicações abordando hipotermia induzida e/ou hipotermia em pacientes pediátricos; e publicações em outra língua que não as escolhidas.

Na busca dos artigos utilizaram-se os seguintes descritores em português e inglês: hipotermia perioperatória and enfermagem; hipotermia and enfermagem; hipotermia and enfermagem and cirurgia; unplanned and hypothermia; unplanned and perioperative and hypothermia; perioperative hypothermia and nursing.

Obteve-se um quantitativo de 27 publicações; porém, após a avaliação das mesmas, selecionaram-se 12 artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 12 artigos selecionados apenas um foi publicado em periódico nacional, o que evidencia a pouca publicação dessa temática na literatura da enfermagem brasileira. Os demais foram publicados nos periódicos da *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, *American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN)* e *British Journal of Nursing*. Quanto ao período das publicações: um foi em 1998, dois em 1999, dois em 2001, cinco em 2006 e dois em 2007, constatando-se um incremento das publicações a partir do século XXI.

Na análise verificou-se que cinco artigos selecionados<sup>(9-13)</sup> utilizaram o método de revisão bibliográfica sobre o tema hipotermia perioperatória.

Um dos artigos aborda os efeitos da hipotermia em pacientes de risco, tais como: idosos, pessoas debilitadas, pacientes com pouca massa corporal e com doenças crônicas e sistêmicas descompensadas.<sup>(9)</sup> A autora classifica a hipotermia em três subdivisões: leve, moderada e severa. Os efeitos da hipoter-

mia leve são: vasoconstricção periférica; aumento do esforço cardíaco, podendo levar a arritmias; tremores e diminuição do metabolismo hepático. Na hipotermia moderada há diminuição do nível de consciência, ocorre depressão respiratória, aumento dos níveis de insulina e diminuição da perfusão renal, tornando mais difícil a excreção das drogas anestésicas. Na hipotermia severa o paciente perde a consciência, torna-se acidótico devido ao metabolismo anaeróbico, resultando na produção de ácido lático no lugar de dióxido de carbono. Devido a todos os problemas decorrentes da hipotermia, a prevenção e o tratamento são enfatizados como fatores mais importantes.<sup>(9)</sup>

A equipe de enfermagem deve estar atenta para a detecção da hipotermia através da mensuração da temperatura do paciente em todo o perioperatório, mantendo a temperatura da sala cirúrgica entre 24 e 26°C, evitando a perda de calor da superfície do corpo para o ambiente e utilizando outros recursos que mantenham o aquecimento do paciente, tais como colchões térmicos, sistemas de ar forçado aquecido, uso de soluções salinas aquecidas e aquecimento e umidificação dos gases anestésicos inspirados durante a anestesia.<sup>(9)</sup>

Outro estudo também discute os fatores que levam à hipotermia no perioperatório e os seus efeitos no organismo,<sup>(10)</sup> havendo um consenso entre os autores das pesquisas sobre o risco aumentado nos pacientes idosos, devido à redução do tecido subcutâneo e ao comprometimento da regulação e da manutenção da temperatura corporal. Outros grupos apontados são pacientes com desordens metabólicas e baixo peso.<sup>(9-10)</sup> Os principais efeitos da hipotermia são os tremores e a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral. Os fatores contribuintes incluem os efeitos da anestesia, a temperatura da sala cirúrgica, a infusão de fluidos frios e a exposição corporal e de cavidades abertas durante o transoperatório.<sup>(9-10)</sup>

Outros dois estudos trazem, além das implicações já contempladas pelas au-

toras supracitadas, a importância de se estabelecer protocolos para prevenção e tratamento da hipotermia.<sup>(11-12)</sup> O aquecimento pré-operatório mostrou-se efetivo na prevenção da mesma no trans e no pós-operatório, já que, com o uso de mantas térmicas e dispositivos de ar forçado aquecido, os pacientes chegam mais normotérmicos nas Salas de Recuperação Pós-Anestésicas (SRPA) e o tempo de permanência tem sido reduzido no contexto dos hospitais norte-americanos.<sup>(11)</sup> Junto aos cuidados técnicos, a equipe de enfermagem deve questionar os pacientes a respeito de seu conforto térmico e realizar manejos verbais, estimulando o relato em caso de desconforto.<sup>(12)</sup>

Algumas considerações acerca dos custos hospitalares decorrentes da hipotermia e suas consequências são abordadas em outro estudo.<sup>(13)</sup> Em decorrência dos efeitos sistêmicos da baixa temperatura, o tempo de permanência hospitalar e o risco de infecções podem aumentar consideravelmente. Entretanto, a manutenção da normotermia no perioperatório pode reduzir custos com a hospitalização de US\$2,500 a US\$7,000 por dia de internação e também reduzir o risco de infecção cirúrgica em até 64%. Na rede hospitalar norte-americana existem protocolos estabelecidos por órgãos de classe como a AORN e a ASPAN que são reconhecidos e recomendados nacionalmente acerca da prevenção e do tratamento da hipotermia.<sup>(13)</sup>

O protocolo clínico para prevenção da hipotermia perioperatória acidental da ASPAN<sup>(14)</sup> foi elaborado por um grupo de dez profissionais multidisciplinares e multiespecialistas, em 1998, sendo divulgado no ano de 2001, com o objetivo de prevenir e tratar a hipotermia perioperatória acidental em pacientes cirúrgicos adultos, desde sua admissão no CC até a alta da SRPA, seguindo uma série de ações repetidas para cada fase ou estágio do período perioperatório. Essas ações são constituídas da avaliação do paciente e das intervenções de enfermagem em quatro estágios: pré, trans, pós-operatório na SRPA e pós-operatório na unidade de internação cirúrgica.<sup>(14)</sup> Em

cada um dos estágios, o paciente é avaliado pela enfermeira responsável quanto aos seguintes itens: fatores de risco; realização da mensuração da temperatura corporal; questionamento do paciente, quando possível, sobre seu conforto térmico; observação constante para detectar a ocorrência de sinais da hipotermia (tremor, piloereção, extremidades frias). Posteriormente à avaliação são feitas as intervenções de enfermagem, de acordo com o estado térmico do paciente: normotérmico ou hipotérmico.<sup>(14)</sup>

Em caso de normotermia devem ser realizadas manobras para manutenção da mesma e, em caso de hipotermia, manobras para seu tratamento através do uso de mantas térmicas, colchões térmicos, colchões de ar forçado aquecido, uso de fluidos aquecidos, limitação da exposição corporal, proteção das extremidades (crânio, pés e mãos), aumento da temperatura da sala cirúrgica, umidificação dos gases anestésicos e verificação da temperatura corporal a cada 30 minutos até o restabelecimento da normotermia. É importante destacar que, de acordo com este protocolo, nenhum paciente pode ser transferido da SRPA para a unidade cirúrgica com temperatura inferior a 36°C.<sup>(14)</sup>

O protocolo desenvolvido pela ASPAN foi testado em seis instituições americanas, mostrando-se eficaz, de fácil compreensão e aplicação, demonstrando aumento na satisfação dos profissionais e dos pacientes. Porém, existe dificuldade em mensurar sua eficácia e, apesar de ser recomendado por vários estudiosos, ainda não há obrigatoriedade do seu uso nas instituições hospitalares. Um instrumento de mensuração da adoção deste protocolo nos hospitais, avaliando o alcance deste na rede hospitalar americana, foi proposto por Hooper.<sup>(15)</sup>

O protocolo de práticas recomendadas para a prevenção da hipotermia perioperatória acidental da AORN foi formulado com o intuito de prevenir a hipotermia em uma série de práticas numeradas.<sup>(16)</sup> De acordo com a Associação, a hipotermia acidental ocorre em três fases: 1) fase de redistribuição, quando

ocorre uma rápida queda na temperatura devido à fuga de temperatura interna para a periferia do corpo na primeira hora de anestesia; 2) fase linear, que ocorre a partir da segunda hora de anestesia, onde a temperatura se mantém em decréscimo, devido à impossibilidade do corpo em gerar calor; 3) fase de platô térmico, após três a cinco horas de anestesia, onde a temperatura já reduzida permanece inalterada até o término do procedimento cirúrgico. O objetivo deste protocolo é prevenir a perda de temperatura durante a fase de redistribuição da temperatura corporal.

#### As práticas recomendadas são numeradas de 1 a 10:<sup>(16)</sup>

- **Prática número 1:** a enfermeira perioperatória é responsável em avaliar todos os pacientes quanto ao risco de hipotermia acidental, considerando mais predisponentes os pacientes idosos, as crianças e os politraumatizados, com grandes queimaduras; e os principais fatores: tipo e duração de anestesia, peso corporal, distúrbios metabólicos e uso de medicações antidepressivas;
- **Prática número 2:** desenvolver junto aos profissionais do CC um plano de cuidados para minimizar a ocorrência de hipotermia;
- **Prática número 3:** equipamentos para monitorar a temperatura devem ser confiáveis e de fácil manuseio, sendo os sítios de maior confiabilidade para mensuração: membrana timpânica, esfôfago distal, nasofaringe e artéria pulmonar;
- **Prática número 4:** os pacientes de maior risco para desenvolver hipotermia acidental devem ter sua temperatura central monitorizada nos períodos pré, trans e pós-operatório;
- **Prática número 5:** implementar intervenções para prevenção da hipotermia, tais como: cobertores para isolamento térmico, colchões de água circulante, cobertores de ar forçado aquecido, aquecer os líquidos administrados intravenosamente; e na irrigação do sítio cirúrgico, manter a temperatura da sala

cirúrgica adequada e o uso de equipamentos para aquecer gases inalados pelo paciente. Essas precauções devem ser intensificadas em pacientes politraumatizados e em grandes queimados;

- **Prática número 6:** os dispositivos de aquecimento usados não devem ocasionar injúrias térmicas aos pacientes. Dessa forma, não se recomenda o uso de frascos de soro aquecido para as extremidades;
- **Prática número 7:** treinamentos constantes da equipe cirúrgica sobre prevenção da hipotermia acidental e também para uso dos equipamentos e dispositivos de aquecimento;
- **Prática número 8:** documentar tudo: avaliação do paciente, plano de cuidados, intervenções realizadas e avaliação da efetividade do cuidado prestado;
- **Prática número 9:** protocolos e processos de prevenção da hipotermia acidental devem ser desenvolvidos em colaboração com profissionais anestesiológicos e periodicamente reavaliados quanto à sua efetividade. Eles devem também estar disponíveis a todos os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes;
- **Prática número 10:** estabelecer programa de qualidade para identificar falhas e otimizar resultados das intervenções utilizadas na prevenção da hipotermia mantendo a efetividade dos cuidados.

Um estudo de caso mostrou a efetividade no uso de cobertor com ar forçado aquecido em pacientes submetidos à artroplastia total de quadril.<sup>(17)</sup> Neste estudo, um grupo de pacientes recebeu aquecimento com o referido cobertor no período pré-operatório e o outro grupo não recebeu nenhum aquecimento neste período. O resultado encontrado foi a diminuição da incidência de pacientes que chegavam à SRPA hipotérmicos, isto é, 94% dos pacientes chegavam na recuperação com temperatura igual ou superior a 36°C. A melhora foi tão positiva que resultou na adoção do uso de aquecimento pré-operatório em todos

os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, e a instituição do estudo autorizou a aquisição de mais cobertores de ar forçado aquecido, cuidado implementado desde então.

Outra pesquisa semelhante à anteriormente citada<sup>(18)</sup> também demonstrou a efetividade do uso de aquecimento pré-operatório para redução do número de pacientes hipotérmicos na SRPA. Foi um estudo exploratório com seleção randomizada de dois grupos com 50 pacientes adultos; o grupo controle ficou sem aquecimento pré-operatório e o grupo experimental recebeu aquecimento pré-operatório com cobertor de ar forçado aquecido, em pacientes submetidos a cirurgias ginecológicas, ortopédicas e urológicas. Os pacientes, 57 homens e 43 mulheres, foram classificados como ASA I, II e III e os procedimentos tiveram no mínimo uma e no máximo três horas de duração.

Os resultados encontrados mostraram aumento na temperatura corporal do grupo tratado no pré-operatório estatisticamente significativo ao ser comparado com o grupo controle. Houve também aumento significativo nas temperaturas médias dos pacientes do grupo experimental no pós-operatório imediato: o grupo controle teve 72% dos indivíduos hipotérmicos no pós-operatório e o grupo tratado apenas 56%.<sup>(18)</sup>

Estudo realizado anteriormente demonstrava a efetividade de métodos usados intraoperativamente para manter o aquecimento dos pacientes. Por meio de um estudo descritivo, as autoras procuraram responder três perguntas: Qual é a efetividade dos métodos utilizados para prevenir a hipotermia perioperatória e a incidência de pacientes hipotérmicos na SRPA? Há diferença na efetividade entre os métodos utilizados? A hipotermia perioperatória aumenta a permanência dos pacientes na SRPA?<sup>(19)</sup>

As autoras utilizaram como métodos de aquecimento cobertores de algodão aquecidos e cobertores de ar forçado aquecido. Dos 502 pacientes do estudo, 324 chegaram hipotérmicos na SRPA.

com média de 35.3°C de temperatura. Dos 50 pacientes que receberam aquecimento com cobertor de ar forçado aquecido, apenas 20 chegaram à recuperação com temperaturas inferiores a 36°C; já dos 452 pacientes restantes aquecidos apenas com cobertores de algodão, 304 (60%) chegaram hipotérmicos na sala de recuperação, o que demonstrou a maior efetividade do cobertor de ar forçado aquecido. Com relação à permanência na SRPA, os pacientes hipotérmicos permaneceram por mais tempo.<sup>(19)</sup>

Dentre todos os trabalhos identificados na temática escolhida para esta pesquisa, no único artigo nacional publicado, as autoras buscaram avaliar a eficácia de duas intervenções de enfermagem para prevenir a hipotermia intraoperatória em pacientes idosos.<sup>(20)</sup> Através de uma amostra probabilística e designados por três grupos de testes, 27 pacientes com perfil cirúrgico parecido foram selecionados: o grupo I recebeu cobertura total

do corpo (exceto o sítio cirúrgico) com cobertores de lã acrílica; o grupo II teve apenas a região dorsal coberta e o grupo III manteve a rotina da instituição (sem cuidados específicos para prevenção da hipotermia).<sup>(20)</sup> Os resultados apontam que não houve diferença significativa entre os três grupos e a maioria dos pacientes (60%) desenvolveram hipotermia. Como conclusão, as autoras recomendam a adoção de outros métodos em associação com aos cobertores de lã.<sup>(20)</sup>

Possivelmente seria necessário associar os métodos usados no Brasil com os largamente utilizados e recomendados pelas associações e estudos de pesquisadores norte-americanos, como as mantas térmicas e os cobertores de ar forçado aquecido. Sabe-se que o custo destes dispositivos é alto; entretanto, já estão comprovados em diversos estudos os efeitos nocivos da hipotermia perioperatória e vários efeitos que aumentam

a morbidade e a mortalidade dos pacientes, consequentemente, aumentando os custos hospitalares. Não seria mais plausível que o gasto fosse para prevenir e não para tratar as injúrias decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico dos pacientes? Está nas mãos dos profissionais da saúde e das enfermeiras da área cirúrgica reivindicar a melhoria no tratamento de seus pacientes.

### Protocolo de Prevenção e Tratamento da Hipotermia Perioperatória

Baseando-se nos os trabalhos analisados, foi possível proceder à montagem de um protocolo de assistência aos pacientes cirúrgicos para prevenir e tratar a hipotermia nos hospitais brasileiros. Neste protocolo, sugerimos uma série de intervenções largamente utilizadas e aceitas nos hospitais americanos através de um instrumento que facilite a SAEP aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos (Quadro 1).

**Quadro 1** - Protocolo de prevenção e tratamento da hipotermia no período perioperatório

Pré-Operatório: Intervenções	Justificativas
Avaliar o paciente identificando os fatores de risco que o predisponem à hipotermia	Há certos grupos de pacientes com maior risco de desenvolver hipotermia: idosos, crianças, mulheres, pacientes com comorbidades associadas (cardiológicas, metabólicas, vasculares e neurológicas), baixo peso corporal, politraumatizados e grandes queimados
Verificar a temperatura corporal do paciente na admissão na sala cirúrgica	Estudos apontam que pacientes normotérmicos na admissão na sala de cirurgia desenvolvem menos hipotermia nos períodos trans e pós-operatório
Questionar os pacientes quanto ao seu conforto térmico	A verbalização do paciente acerca de seu conforto térmico é um dos principais fatores aos quais a enfermeira deve estar atenta para evitar que ele desenvolva hipotermia
Empregar medidas que possibilitem ao paciente manter seu conforto térmico, prevenindo a hipotermia ou combatendo o desconforto, como: cobertores, meias, toucas, mantas térmicas, sistemas de ar forçado aquecido, temperatura do ambiente adequada, fluidos intravenosos aquecidos	O uso de medidas para manter o paciente aquecido no pré-operatório demonstrou-se eficaz em vários trabalhos, os quais confirmaram menor incidência de hipotermia nos pacientes que receberam aquecimento ativo no pré-operatório.

Trans-Operatório: Intervenções	Justificativas
Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de hipotermia intraoperatória	Alguns fatores externos ao transoperatório, além daqueles intrínsecos ao paciente, podem determinar a ocorrência de hipotermia: uso de líquidos frios para a degermação da pele, fluidos intravenosos e de irrigação cavitária frios, cirurgias com cavidades abertas e exposição de vísceras, ambiente frio da sala cirúrgica e exposição da superfície corporal
Questionar o paciente, quando possível, acerca de seu conforto térmico e estar atento aos sinais físicos de ocorrência de hipotermia: tremores, piloereção, extremidades frias e cianóticas	A identificação de sinais iniciais da hipotermia torna mais eficazes as manobras para combatê-la, como: aquecimento dos fluidos de irrigação, cobertura das áreas não cirúrgicas com mantas e sistemas de ar forçado aquecido, aumento da temperatura da sala operatória, umidificação dos gases inalados
Monitorar a temperatura central do paciente durante todo o procedimento cirúrgico para determinar a ocorrência de hipotermia	Instituir com prontidão medidas para restabelecer a normotermia no paciente por meio das ações citadas na intervenção anterior.

Pós-operatório: Intervenções	Justificativa
Levantar os fatores de risco do pré e transoperatório já identificados do paciente e as intervenções utilizadas para a prevenção de hipotermia	Dar continuidade ao cuidado estando o paciente normotérmico ou hipotérmico em sua chegada na SRPA
Instituir medidas para manter o paciente normotérmico, caso ele já esteja neste estado, instalando fluidos aquecidos, sistemas de ar forçado aquecido, mantas térmicas e cobertores	Manter o paciente normotérmico para impedir que a hipotermia se instale trazendo uma série de efeitos deletérios: risco para infecção, eventos cardíacos adversos, maior permanência na SRPA, alterações na hemostasia, vasodilatação periférica, entre outros
Aplicar todos métodos disponíveis para aquecer o paciente, se estiver hipotérmico: sistema de ar forçado aquecido, mantas térmicas, cobertores, aquecer fluidos, umidificar e ofertar oxigenioterapia, limitar exposição corporal, aumentar temperatura do ambiente	É fundamental trazer o paciente novamente para a normotermia, a fim de evitar todos os efeitos da hipotermia citados anteriormente
Mensurar a temperatura do paciente a cada 15 minutos até que ele tenha atingido a normotermia	Certificar-se de que as medidas de aquecimento estão sendo eficazes no tratamento da hipotermia
Liberar o paciente para a unidade de internação somente após ter atingido a temperatura corporal de 36°C	Esta medida previne que o paciente se mantenha hipotérmico após a alta anestésica e garante que seus efeitos não trarão adversidades à sua recuperação

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou conhecer, em periódicos on-line, os estudos publicados na área da enfermagem sobre hipotermia acidental no perioperatório. Foram encontrados 12 artigos, sendo apenas um nacional e os demais em língua inglesa.

Constatou-se que a hipotermia é uma

complicação do procedimento cirúrgico largamente estudada e ressaltada em estudos internacionais. Dessa forma, frente aos fatos evidenciados, surgiu um questionamento sobre a produção nacional: Será que a enfermagem brasileira não produz ou não publica pesquisas sobre este tema?

As pesquisas analisadas utilizaram vários métodos para investigar a hipoter-

mia acidental: revisões bibliográficas, estudos de caso, estudos exploratórios e estudos prospectivos. Todos ressaltam a importância de prevenir e tratar a hipotermia acidental perioperatória, visando impedir que seus efeitos negativos prejudiquem a recuperação dos pacientes. Vários trabalhos reforçam o aquecimento pré-operatório como comprovada e importante intervenção para prevenir a hipotermia, além de destacar a eficácia

do uso de sistemas de ar forçado aquecido em todas as fases do procedimento anestésico-cirúrgico, impedindo ou combatendo a hipotermia acidental.

A análise dos artigos fundamentou a construção de uma proposta de protocolo para a sistematização da assistência de enfermagem, visando a prevenção e o controle da hipotermia no perioperatório, viável à realidade hospitalar brasileira. O protocolo apresenta ações que facilitam a sistematização da assistência neste período, trazendo subsídios aos enfermeiros que trabalham em CC para a adequação dos cuidados aos pacientes cirúrgicos.

Espera-se que este estudo auxilie e estimule os enfermeiros a refletirem sobre este efeito deletério corriqueiro, implantando protocolos que permitam a sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório.

## REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. Biazoto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, Auler-Júnior JOC. Hipotermia no período perioperatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2006; 56(1):89-106.
3. Ebersol J, Petry FLF, Grillo FDL, Pasin SS, Pasa MB, Ughini I. Hipotermia pós-operatória na sala de recuperação pós-anestésica do HCPA [Monografia]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995.
4. Tonelli D, Toldo A. Regulação de temperatura e anestesia. *Rev Bras Anesthesiol*. 1994; 44(3):195-204.
5. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
6. Odom J. Cuidados pós-operatórios e complicações. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1997. p.179-95.
7. Cardoso LGS, Diccini S, Glashan RQ, Lelis MAS, Pellizzetti N. Hipotermia no intra e pós-operatório de cirurgia geral: subsídios para a assistência de enfermagem. *Prática Hospitalar*. 2000; 2(7):14-19.
8. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
9. Bernthal EMN. Inadvertent hypothermia prevention: the anaesthetic nurses' role. *Br J Nurs*. 1999; 8(1):17-25.
10. Arndt K. Inadvertent hypothermia in the OR. *AORN J*. 1999; 70(2):204-22.
11. Cooper RNS. The effect of preoperative warming on patients' postoperative temperatures. *AORN J*. 2006; 83(5):1073-6.
12. Good KK, Verble JA, Secrest J, Norwood BR. Postoperative hypothermia: the chilling consequences. *AORN J*. 2006; 83(5):1054-66.
13. Wagner DV. Unplanned perioperative hypothermia. *AORN J*. 2006; 83(2):470-6.
14. American Society of PeriAnesthesia Nurses. Clinical guideline for the prevention of unplanned hypothermia [homepage on the Internet]. New Jersey; 2000 [updated 2010; cited 2007 set 28]. Available from: <http://www.aspan.org>
15. Hooper VD. Adoption of the ASPAN clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia: a data collection tool. *J Perianesth Nurs*. 2006; 21(3):177-85.
16. Recommended practices for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. *AORN J*. 2007; 85(5):972-88.
17. Bitner J, Hilde L, Hall K, Duvendack T. A team approach to the prevention of unplanned postoperative hypothermia. *AORN J*. 2007; 85(5):921-9.
18. Fossum S, Hays J, Henson MM. A comparison study on the effects of prewarming patients in the outpatient surgery setting. *J PeriAnesth Nurs*. 2001; 16(3):187-94.
19. Defina J, Lincoln J. Prevalence of inadvertent hypothermia during the perioperative period: a quality assurance and performance improvement study. *J PeriAnesth Nurs*. 1998; 13(4):229-35.
20. Tramontini CC, Graziano KU. Hypothermia control in elderly surgical patients in the intraoperative period: evaluation of two nursing interventions. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007; 15(4):626-31.

## AUTORIA

### Silvia Tonial dos Santos

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas (RS)

### Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Educação, Docente da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas (RS)

# Lavadoras Ultrassônicas Prosonic Jet

Limpeza refinada de instrumentais cirúrgicos  
e materiais canulados



SOLUÇÕES EM LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS



## 5020 Jet

## 6510 Jet

### Automatização do processamento de instrumentais convencionais ou canulados

"A limpeza ultrassônica é um método mais efetivo de remoção de sujeira que a fricção manual, aumentando a probabilidade de sucesso da esterilização".\*

Desenvolvidas especialmente para suprir as necessidades de processamento de materiais na área de saúde. O seu projeto prioriza o alto desempenho com menor nível de ruído, segurança para o usuário e inovações tecnológicas.

Capacidade 20/30 litros

Sistema de Jet para canulados

Escoamento rápido e seguro

Acabamento sanitário



### Comando microprocessado

Possui 5 memórias, com display alfanumérico possibilitando visibilidade dos programas e alarmes.



### Escritório

Avenida Lacerda Franco, 172  
Cambuci - São Paulo - SP  
CEP 01536-000  
PABX: 55 11 3275 1166

### Fábrica

Rua Ademar Bombo, 165  
Dist. Industrial - Mogi Guaçu - SP  
CEP 13846-146  
PABX: 55 19 3361 5100

[www.grupoldm.com.br](http://www.grupoldm.com.br)

**Labnews**

Todo o cuidado para você ter toda segurança

\*Inclui dados conforme Informe Técnico nº 01009 da ANVISA - PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA LIMPEZA DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO EM APLICAÇÃO ULTRASSÔNICA