

56

SOBECC

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

NACIONAL

ASSISTÊNCIA

As principais complicações no pós-operatório de transplante hepático

RECUPERAÇÃO

Conheça as necessidades do acompanhante da criança submetida a procedimentos anestésicos cirúrgicos

ADMINISTRAÇÃO

Qual será o significado do relatório de enfermagem para o circulante de sala?

SEGURANÇA

Protocolo de cuidados reduz riscos da eletrocirurgia monopolar

E mais:

Hospital em foco

Hospital de Câncer de Barretos: como funciona o Bloco Cirúrgico de um dos principais centros de referência em tratamento oncológico do mundo

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

Brasil supera expectativas no 11º Congresso Mundial de Esterilização - WFHSS 2010



É a primeira vez que o evento é realizado fora da Europa, e o resultado surpreendeu a organização do Fórum Mundial e da SOBECC.

• **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^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE) • **Membros:** Dr^a Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP) e Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR).

Conselho Editorial – Dr^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE), Dr^a Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP), Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR), Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP), Dr^a Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP), Ms Dulcilene Pereira Jardim (Universidade Santo Amaro – UNISA), Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP), Dr^a Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria – RS), Dr^a Luzia Elaine Galdeano (Universidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra – Portugal), Dr^a Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru), Dr^a Maria Belén Salazar Posso (Faculdade de Enfermagem da Fundação ABC), Dr^a Raquel Machado Cavalca Coutinho (Universidade Paulista – UNIP), Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato (Universidade Luterana do Brasil – Ulbra) 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^a Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Elaine Koda • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Editora Referência Ltda.

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 64 • Liberdade (metrô Vergueiro) • CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3205-1402 / 3341-4044 • Fax: (11) 3205-1407.

E-mail: sobecc@sobecc.org.br | Site: www.sobecc.org.br

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

Foto cedida pela empresa STERIS

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 CINAHAL INFORMATION SYSTEMS

4...

EDITORIAL

5...

AGENDA

6...

ACONTECE

7...

JORNADA SOBECC

Enfermagem Perioperatória: da Teoria à Prática

8...

HOSPITAL EM FOCO

11...

11º CONGRESSO MUNDIAL DE ESTERILIZAÇÃO

17...

ARTIGO ORIGINAL - ASSISTÊNCIA

Complicações no Pós-operatório Imediato de Transplante Hepático

25...

ARTIGO ORIGINAL - RECUPERAÇÃO

Necessidades do Acompanhante da Criança em Unidade de Recuperação Anestésica

33...

REVISÃO DE LITERATURA - SEGURANÇA

Protocolo de Cuidados no Uso de Eletrocirurgia Monopolar

40...

ARTIGO ORIGINAL - ADMINISTRAÇÃO

Relatório de Enfermagem: Significado para o Circulante de Sala Operatória

48...

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC

50...

SOBECC 2011

SUCESSO TOTAL!

Iniciamos este editorial falando do sucesso do 11º Congresso Mundial de Esterilização e 7º Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar, que aconteceu nos dias 30 e 31 de julho e 1º de agosto, no Palácio das Convenções do Anhembi, em São Paulo. Foram 2.950 congressistas de todos os estados do Brasil e de outros 38 países; 70 empresas expositoras; dos 34 palestrantes, 21 eram internacionais. Quanto à parte científica, 311 resumos foram enviados e 157 trabalhos apresentados na forma de pôster. Confira a lista dos trabalhos premiados nesta edição.

A Revista SOBECC deste trimestre traz, na sessão Hospital em foco, um pouco da história do Hospital de Câncer de Barretos, no interior do Estado de São Paulo, considerado referência no tratamento oncológico para todo o país, e mundialmente reconhecido.

Os trabalhos publicados nesta edição são três estudos de campo e uma revisão integrativa de literatura.

Complicações no Pós-operatório Imediato de Transplante Hepático é uma pesquisa documental, na qual as autoras apresentam o perfil sociodemográfico, as patologias e as complicações de pacientes submetidos ao transplante de fígado.

Relatório de Enfermagem: Significado para o Circulante de Sala Operatória é um estudo qualitativo que apresenta o relatório de Enfermagem Perioperatória como instrumento de comunicação, instrumento valorativo e documento legal, de acordo com a vivência de circulantes de sala.

Na pesquisa *Necessidades do Acompanhante da Criança em Unidade de Recuperação Anestésica*, as autoras caracterizam e identificam as necessidades do acompanhante da criança hospitalizada e qualificam a experiência destes acompanhantes na Unidade de Recuperação Anestésica.

Protocolo de Cuidados no Uso de Eletrocirurgia Monopolar é uma revisão integrativa de literatura e apresenta um protocolo que engloba os cuidados da equipe cirúrgica referentes ao uso da eletrocirurgia no período perioperatório, com vistas à redução de erros e à minimização de riscos, proporcionando melhoria da qualidade da assistência prestada.

Finalmente, gostaríamos de aproveitar este espaço para agradecer a todos os envolvidos direta ou indiretamente no planejamento e na execução do 11º Congresso Mundial de Esterilização, evento que apresentou a força da Enfermagem Perioperatória brasileira para todo o mundo. Centenas de pessoas ficaram “atrás dos bastidores”

para garantir o sucesso do evento, para o qual a Diretoria e a Secretaria da SOBECC trabalharam durante cerca de um ano.

Parabéns a você, enfermeiro que teve e aproveitou esta excelente oportunidade para reciclar e aprimorar seus conhecimentos profissionais. Quanto aos que não puderam estar conosco neste ano, gostaríamos de informar que já estamos nos organizando para o planejamento do 10º Congresso da SOBECC de 2011. Antecipadamente, convidamos todos para que possam se preparar desde já para mais uma oportunidade de aprimoramento profissional.



Janete Akamine
Presidente da SOBECC



Rachel de Carvalho
Diretora da Comissão de
Publicação e Divulgação

COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

COMPLICATIONS IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE LIVER TRANSPLANT

COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Érika Akemi Fukamizu • Danielle Amarilise Russo Martins • Márcia Wanderley de Moraes³

RESUMO: O número de transplante hepático vem aumentando devido a muitas doenças hepáticas que evoluem com complicações e que impossibilitam os pacientes de terem uma vida normal. Os objetivos foram identificar o perfil sócio-demográfico, as patologias progressivas associadas e descrever as principais complicações no pós-operatório imediato de transplante hepático. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, retrospectiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada em uma unidade de transplante de um hospital privado, de grande porte, da cidade de São Paulo. Foram analisados 49 prontuários digitalizados, escolhidos aleatoriamente, dos pacientes que se submeteram ao transplante hepático no período de um ano, do total de 107 transplantes realizados. Concluiu-se que se utilizam órgãos provenientes de doadores cadáveres. A maioria da população era composta de pacientes homens entre 50 e 59 anos, principalmente com patologia progressiva de hepatite C e tendo como principal complicação a dor pós-operatória.

Palavras-chave: Transplante Hepático, Complicações, Assistência de Enfermagem, Dor.

ABSTRACT: The number of liver transplant is increasing due to many hepatic diseases that evolve with complications and disable the patients

of having a normal life. The objectives were to identify the demographic profile, the associated previous pathologies and to describe the main complications in postoperative of hepatic transplant. It is a descriptive research, exploratory, retrospective, transverse, with quantitative approach that was carried out in a transplant unit of a large private hospital in São Paulo city. Forty nine 49 electronic handbooks were revised, chosen randomly, among the patients that have underwent hepatic transplant in the period of one year, in the total of 107 transplants. It concludes that organs came from donors corpses and most of the recipients were men, with age among 50-59 years old, mainly with previous pathology of hepatitis C and having postoperative pain as the predominant complication.

Key words: Liver Transplantation, Complications, Nursing Care, Pain.

RESUMEN: El número del trasplante hepático ha aumentado por las muchas enfermedades hepáticas que se evolucionan con complicaciones que imposibilitan a los pacientes teneren una vida normal. Los objetivos fueron identificar el perfil socio-demográfico, las patologías anteriores asociadas y describir las principales complicaciones en el postoperatorio de trasplante hepático. Es una investigación

del tipo descriptivo, exploratorio, retrospectivo, transversal, con abordaje cuantitativo, realizada en una unidad de trasplante de un hospital privado de la ciudad de São Paulo. Fueron analizados 49 registros digitalizados, seleccionados aleatoriamente, de los pacientes que se sometieron al trasplante hepático en el período de un año, del total de 107 trasplantes realizados. Se concluyó que se utilizan órganos procedentes de donantes cadáveres. La mayoría, de la población era compuesta de pacientes hombres con edades entre 50-59 años, principalmente con historia de patología anterior de hepatitis C y el dolor como la complicación principal postoperatoria.

Palabras clave: Trasplante de Hígado, Complicaciones, Cuidados de Enfermería, Dolor.

INTRODUÇÃO

Muitas doenças hepáticas evoluem com complicações que impossibilitam os pacientes de terem uma vida normal. Geralmente o tratamento dessas doenças encaminha para o transplante hepático, proporcionando, assim, a sobrevida deste paciente e uma melhor qualidade de vida, vislumbrando o resultado positivo e o sucesso do próprio transplante.¹

Com a expansão do número de centros de transplantes, os serviços têm se organizado no sentido de oferecerem aos pacientes e aos seus familiares uma abordagem e uma assistência multidisciplinar, considerando a complexidade que permeia a trajetória destes pacientes: da lista de espera ao seguimento pós-transplante.²

Existem dois tipos principais de transplante de fígado. O primeiro é realizado com doadores não vivos (cadáver) e o segundo com doadores vivos, denominado intervivos.³

O transplante de fígado com doador falecido é realizado na prática clínica desde 1969 e podem ocorrer três tipos de transplante: fígado “total”: o órgão do doador é colocado inteiro no receptor; fígado reduzido: quando o fígado retirado é muito grande e não cabe perfeitamente no abdome do paciente receptor e fígado dividido ou *split*: um único fígado de doador cadáver é dividido em duas partes e pode ser implantado em dois receptores. Este tipo de transplante ocorre somente quando o fígado do doador é grande o suficiente para que nenhum dos dois pacientes receptores seja prejudicado pela divisão.³

O transplante intervivos é uma modalidade utilizada com o objetivo de reduzir o tempo na fila de espera, legalmente reconhecida no Brasil entre doadores compatíveis e sem prejuízo clínico aos doadores. No início, a técnica foi utilizada apenas para órgãos doados por adultos, pais de crianças com indicação de transplante. Novos métodos utilizam órgãos de doadores falecidos em adultos com patologias específicas e re-transplantam seus órgãos em receptores com doenças hepáticas crônicas e indicação de transplante

hepático.³

O método utilizado é chamado de dominó ou “repique”, que é uma modalidade alternativa de transplante de fígado. O método foi idealizado a partir da indicação de transplante de fígado para portadores de polineuropatia amiloidótica familiar (PAF); utiliza-se o fígado retirado dos receptores com paramiloidose como enxerto para um segundo receptor, realizando-se dois transplantes a partir de um único doador falecido. No Brasil, o “repique” ficou reservado para casos de prognóstico pouco favorável, ou seja, portadores de condições que determinam um resultado pior, após o transplante, em relação aos demais pacientes.³

A técnica tripique ocorre quando o fígado proveniente de doador vivo é implantado em receptor com PAF (transplante intervivos). O fígado deste último é, a seguir, implantado num hepatopata crônico com câncer já avançado, mas ainda restrito ao fígado. São três procedimentos cirúrgicos realizados simultaneamente.³

O transplante hepático está indicado para indivíduos portadores de disfunção hepática aguda, crônica ou irreversível. Isso implica no comprometimento das funções nobres do fígado, quais sejam: produção de bile, manutenção do metabolismo protéico, filtração e armazenamento de sangue, metabolismo de drogas e hormônios, estocagem de vitaminas e minerais, imunidade e coagulação sanguínea.²

As prováveis complicações nos períodos trans e pós-operatório são decorrentes, principalmente, da gravidade da doença de base, da complexidade do procedimento e do

esquema de imunossupressão ao qual o paciente será submetido.²

Existem algumas complicações pós-transplante hepático, como: rejeição, complicações técnicas como hemorragia pós-operatória, trombose da artéria hepática e, ainda, outras como complicações venosas, biliares, clínicas, hematológicas, gastrintestinais, infecciosas e até mesmo recidivas da doença sobre o fígado transplantado.²

A incidência das complicações no período pós-operatório imediato (POI), que compreende as primeiras 24 horas após o procedimento anestésico-cirúrgico,⁴ poderá estar associada às condições do paciente no pré-operatório, às especificidades do procedimento cirúrgico, às intercorrências no período transoperatório e às medidas terapêuticas adotadas.⁵

O sucesso do pós-operatório baseia-se no manuseio do paciente, tanto na sala de cirurgia quanto nos primeiros dias após o ato cirúrgico. Nesta fase, rápidas modificações ocorrem na função hepática, que dependem da integração de um grupo de especialistas.⁶

A assistência ao paciente transplantado é altamente especializada, requerendo a atuação do enfermeiro nas diversas fases do processo e exigindo pessoal com capacitação específica.⁷

A equipe de enfermagem deve estar preparada para a identificação precoce das complicações e para o manejo adequado dos pacientes nesta fase do tratamento, o que requer profissionais altamente especializados e experientes, treinados e com fundamentação científica, sempre atualizados e dinâmicos para proporcionar uma

assistência de enfermagem pautada em evidência, holística e individualizada, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como referencial.⁸

OBJETIVOS

- Identificar o perfil sócio-demográfico, a modalidade e as patologias progressas dos pacientes submetidos ao transplante hepático;
- Identificar as principais complicações no pós-operatório imediato de transplante hepático.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi do tipo descritivo, exploratório, retrospectivo, transversal e utilizou os recursos da abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em uma unidade de transplante de um hospital privado, de grande porte, da cidade de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários digitalizados dos indivíduos que se submeteram ao transplante hepático no período de janeiro a dezembro de 2006, sendo utilizados 49 prontuários, que contemplaram os critérios de inclusão na pesquisa, de um total de 107 transplantes realizados neste período. Os dados foram coletados por meio de um roteiro semi-estruturado (Anexo) elaborado pelas autoras, baseado nas principais complicações pós-operatórias imediatas descritas na literatura, constituído de três partes que foram direcionadas à caracterização da amostra, ao tipo de doador e ao levantamento das complicações apresentadas pelos pacientes após o transplante.

Salienta-se que o projeto de pesquisa

foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE, sob protocolo SISNEP número 0112.0.028.000-07, seguindo os preceitos da Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta pelos prontuários dos 49 pacientes que tiveram complicações no pós-operatório imediato, considerando-se uma população de 107 pacientes submetidos ao transplante no período de um ano.

Quanto ao gênero, a maioria dos pacientes transplantados era do sexo masculino (35 – 71,4%) e, portanto, 14 (28,6%) pertenciam ao sexo feminino.

Verificou-se que quase metade dos pacientes (24 – 49,0%) possuíam idades entre 50 e 59 anos (Figura 1).

Em relação à modalidade do transplante, a grande maioria dos pacientes (44 – 89,8%) recebeu o enxerto de doador cadáver e a taxa de retransplante na amostra estudada foi de apenas 4,0% (dois pacientes), em consequência de trombose da artéria hepática.

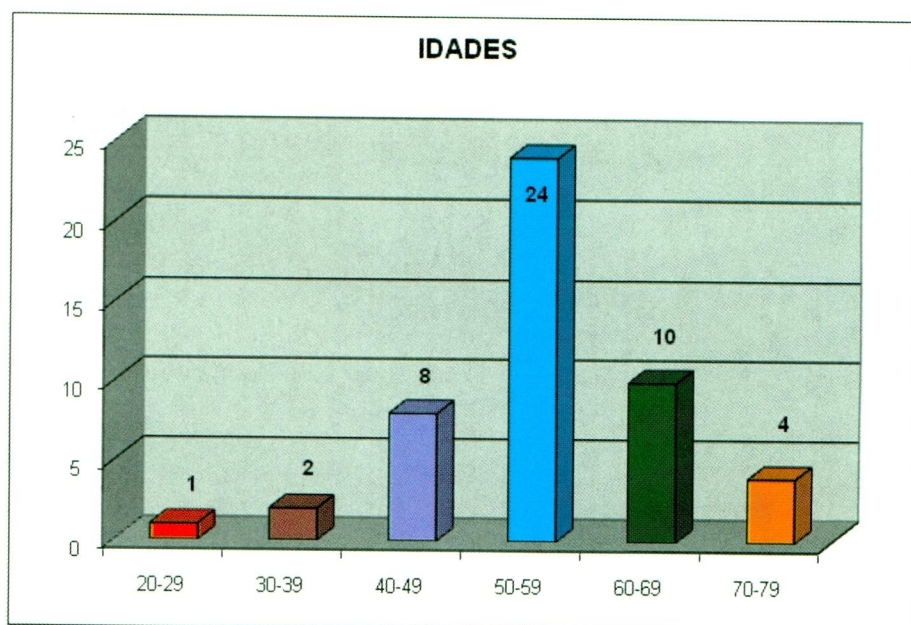


Figura 1 - Faixa etária dos pacientes submetidos ao transplante hepático.

No que se refere às patologias progressas, foram encontradas 27 doenças, sendo as mais frequentes: hepatite C (25 - 51,0%), cirrose hepática (21 - 42,8%) e diabetes mellitus (15 - 30,6%), como se pode verificar na Figura 2.

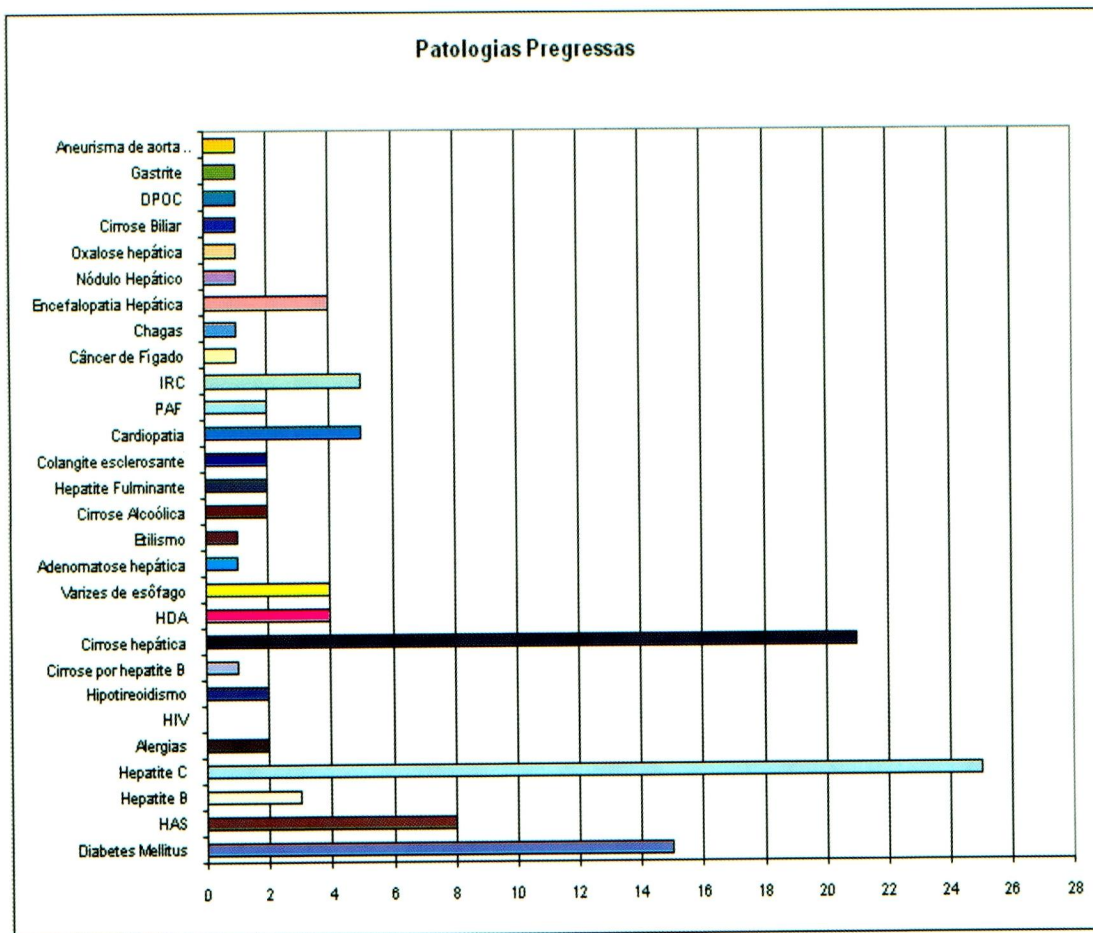


Figura 2 - Patologias progressas apresentadas pelos pacientes submetidos ao transplante hepático

Quanto às principais complicações no POI de transplante hepático foram citadas 21 delas, sendo que as principais foram: dor (25 - 51,0%), hiperglicemia (18 - 36,7%), hipotensão (13 - 26,5%), aumento da circunferência abdominal (12 - 24,5%) e retenção urinária (10 - 20,4%). Nesta amostra, o sangramento aconteceu em cinco pacientes (10,2%). Estes dados estão representados na Figura 3.

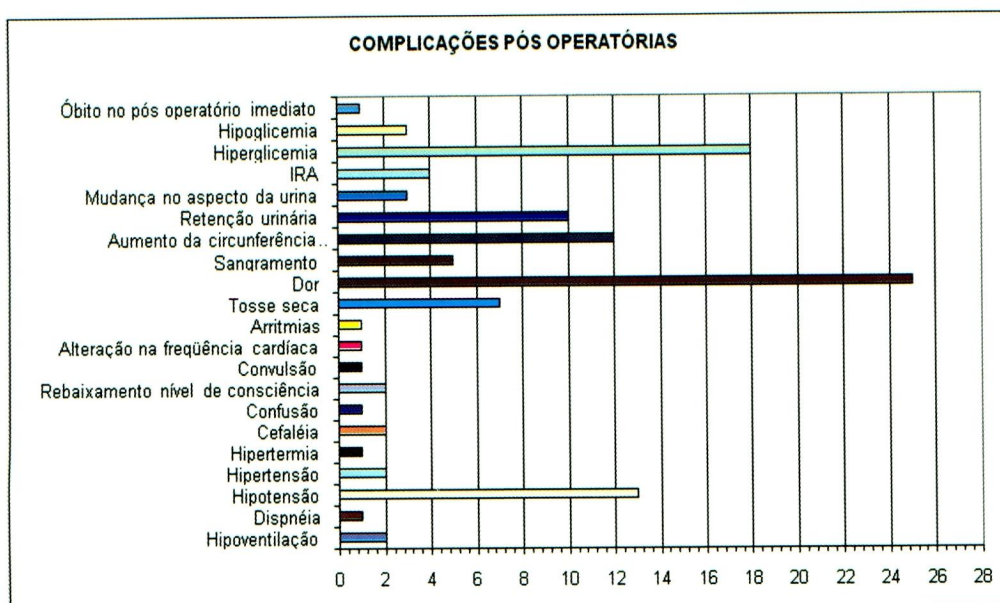


Figura 3 - Complicações apresentadas pelos pacientes no período pós-operatório imediato de transplante hepático.

DISCUSSÃO

Neste estudo houve prevalência do gênero masculino (71,4%), fato que coincide com outro estudo,⁹ no qual os autores encontraram uma alta incidência de pacientes do sexo masculino, em pesquisa sobre coleção líquida adjacente ao ligamento falciforme em pacientes no pós-operatório imediato de transplante de fígado. Os mesmos autores destacam a necessidade de uma avaliação acurada das possíveis complicações.

Em relação à modalidade do transplante, a grande maioria (89,8%) recebeu o enxerto de doador cadáver, corroborando com dados da literatura, que abordam o doador não vivo como a maior fonte de órgãos transplantados.¹⁰

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o número de transplantes com doador cadáver é significativamente maior comparado ao doador vivo, uma vez que em 2006, 81,46% (835) dos transplantes de fígado ocorreram com o doador cadáver e 18,54% (190) com doador vivo.¹⁰

A taxa de retransplante encontrada foi de apenas 4,0%, sendo que a literatura considera que este procedimento é usualmente tentado quando ocorre falha no transplante. A taxa de sucesso do retransplante não se aproxima, no entanto, daquela do transplante inicial.¹¹

Em relação às patologias pregressas foram encontradas 27 doenças, sendo as três mais frequentes: hepatite C, cirrose hepática e diabetes mellitus. Muitos pacientes apresentam patologias associadas ao transplante devido à gravidade clínica resultante

da hepatopatia e da carência de doadores.¹²

Os pacientes que têm indicação para transplante de fígado são, na maioria das vezes, portadores de uma doença crônica, de evolução progressiva e irreversível, com longas jornadas de internações de urgência devido às graves e recorrentes complicações da doença hepática de base. De forma geral, apresentam um conjunto de características complexas, que envolvem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos.¹³

O sangramento é uma complicação comum no período pós-operatório imediato, podendo resultar da coagulopatia, hipertensão porta e fibrinólise provocada pela lesão isquêmica para o fígado do doador.¹¹

As complicações vasculares são uma das mais sérias no pós-operatório, por conta da diferença vascular entre doador e receptor e das dificuldades de anastomose.¹⁴ Acredita-se que várias complicações vasculares podem ocorrer após o transplante hepático e são causa de elevadas taxas de morbidade, mortalidade e perda do enxerto.¹⁵

A mais frequente complicação vascular após o transplante de fígado é a trombose de artéria hepática e está associada à alta incidência de falência do enxerto e à mortalidade. Por isto é, juntamente com a disfunção primária, a principal indicação de retransplante.¹⁶ Destaca-se que os dois pacientes deste estudo retransplantados apresentaram trombose da artéria hepática.

A isquemia e a necrose do enxerto hepático são as conseqüências usuais da trombose arterial precoce, en-

quanto complicações biliares e sepse são as apresentações da trombose arterial tardia. Os principais fatores de risco para essa complicação são o pequeno diâmetro dos vasos anastomosados, um tempo de isquemia fria prolongada, incompatibilidade do sistema sanguíneo ABO, idade do doador, erros técnicos, episódios de rejeição celular aguda, tipo de anastomose realizada e variações anatômicas.¹⁶

No tocante às complicações, as que mais acometeram os pacientes desta pesquisa foram: dor, hiperglicemia, hipotensão, aumento da circunferência abdominal e retenção urinária.

Segundo a literatura, a taxa de complicação pós-operatória é alta, relacionada principalmente às técnicas empregadas ou à ocorrência de infecção. As complicações pós-operatórias imediatas podem incluir: sangramento, infecção, rejeição e drenagem biliar comprometida. Ainda podemos acrescentar: deiscência, trombose vascular, coagulopatia, hipertensão portal, fibrinólise, hipotensão, hipertensão, disfunção renal, alterações psicológicas, entre outras.^{9,11,13,15-16}

A dor é a complicação mais frequente no período pós-operatório. A mensuração da dor clínica constitui-se em desafio aos pesquisadores, considerando-se a subjetividade, a complexidade e a multidimensionalidade da experiência dolorosa.¹⁷

Uma vez que não existem, hoje, substitutos artificiais para o fígado, o transplante hepático é a única opção terapêutica para as situações de insuficiência hepática terminal. Com o crescente número de centros especializados em transplante hepático, nota-se a necessidade de uma

equipe multiprofissional especializada na assistência intensiva a estes pacientes, sendo o enfermeiro um dos membros da equipe multiprofissional, que pode e deve contribuir para a melhoria da assistência e da qualidade de vida dos clientes transplantados.¹⁸

CONCLUSÕES

A análise dos prontuários de 49 pacientes submetidos ao transplante hepático permitiu-nos concluir que 71,4% dos pacientes pertenciam ao gênero masculino, na faixa etária entre 50 e 59 anos (49,0%); 89,8% utilizaram órgãos provenientes de doadores cadáveres. Foram encontradas 27 doenças pregressas, sendo as mais frequentes: hepatite C (25 - 51,0%), cirrose hepática (21 - 42,8%) e diabetes mellitus (15 - 30,6%). Foram descritas 21 complicações no pós-operatório imediato, sendo as mais frequentes: dor (25 - 51,0%), hiperglicemia (18 - 36,7%) e hipotensão (13 - 26,5%).

REFERÊNCIAS

1. Sasso KD, Azevedo MAJ. Assistência de enfermagem no transplante de fígado: a importância do enfermeiro nessa modalidade terapêutica. *Nursing* (São Paulo). 2003;60(6):16-20.
2. Duarte MFD, Salviano MEM, Gresta MM. Assistência de enfermagem. In: Pereira WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 592-611.
3. Grupo de Hepatologia & Transplante de Fígado. Transplante [homepage na Internet]. 2010. [citado 2010 Abr 06]. Disponível em: <http://www.transplantedefigado.com.br/site/index.php>
4. Moraes MW, Carvalho R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.1-21.
5. Basso RS, Picoli M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2004 [citado 2010 Fev 10]; 06(03): [cerca de 29 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
6. Massarolo MCKB, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(4):66-72.
7. Silva TCC, Carvalho R. Transplante hepático: problemas de enfermagem de paciente no pós-operatório. *Rev SOBECC*. 2007;12(3):32-7.
8. Moraes MW. Transplante de medula óssea. In: Mohallem A, Rodrigues A. *Enfermagem oncológica*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2008. p.120-37.
9. Machado MM, Rosa ACF, Barros N, Cerri LMO, Cerri GG. Coleção líquida adjacente ao ligamento falciforme em pacientes no pós-operatório imediato de transplante de fígado: achado ultra-sonográfico normal ou anormal? Estudo prospectivo. *Radiol Bras*. 2003;36(2):77-9.
10. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes [homepage na Internet]. São Paulo; 2007. [citado 2009 Out 4]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/população/profissionais>
11. Bare BG, Smeltzer SC. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. v.1.
12. Chapchap P, Carone E. Transplante hepático. In: Neumann J, Abbud Filho M, Garcia VD. *Transplante de órgãos e tecidos*. São Paulo: Sarvier; 1997. p.290-2.
13. Sasso KD, Galvão CM, Silva OCJ, França AVC. Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(4):481-8.
14. Ferraz Neto BH, Meira Filho SP, Rezende MB, Afonso RC. Transplante de fígado. In: Knobel E. *Condutas no paciente grave*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p.1729-52.
15. Coelho JCU, Matias JEF, Parolin MB, Martins EL, Salvalaggio PRO, Gonçalves CE. Complicações vasculares pós-transplante hepático. *Rev Col Bras Cir*. 2000;27(6):378-82.
16. Garcia JHP, Vasconcelos JBM, Brasil IRC, Costa PEG, Vieira RPG, Moraes MO. Transplante de fígado: resultados iniciais. *Rev Col Bras Cir*. 2005;32(2):100-3.
17. Hortense P, Evangelista RA, Souza FAEF. Descritores de dor pós-hemiorroidectomia. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(2):203-7.
18. Logatto CM. Transplante hepático. In: Cintra AC, Nishide VM, Nunes WA. *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p.497-510.

ANEXO – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Parte 1. Perfil sócio-demográfico

Idade: _____ anos

Sexo: () feminino () masculino

Patologias pregressas: () não () sim. Quais?

() Diabetes Mellitus

() Hipertensão arterial sistêmica

() Hepatite B

() Hepatite C

() Alergias

() HIV

() Outras Quais? _____

Parte 2. Quanto a doador

Tipo de doador: () vivo () cadáver

Paciente em lista de espera: () sim () não

Parente: () sim () não

Parte 3: Intercorrências pós-operatórias

Intercorrências pós-operatórias	Não	Sim	Intervenção de enfermagem
Vias aéreas não pérvias			
Hipoventilação			
Confusão mental			
Cefaleia			
Hipotensão			
Hipotermia			
Alteração na frequência cardíaca			
Arritmia cardíaca			
Dor			
Náuseas/vômitos			
Sangramento			
Retenção urinária			
Alteração no aspecto da urina			
Acidentes durante transporte			
Aumento da circunferência abdominal			
Insônia			
Óbito			
Outras () Quais?			

Autoras

Érika Akemi Fukamizu

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); Enfermeira do Centro de Materiais do Hospital Bandeirantes; Instrumentadora Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Danielle Amarilise Russo Martins

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).

Márcia Wanderley de Moraes

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Docente dos Cursos de Graduação e de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE).

Unindo forças, oferecendo soluções integradas



Uma imagem sólida e comprometida com seus clientes, parceiros e colaboradores, para continuar sendo referência no atendimento às necessidades do sistema de saúde.

Este é o resultado que a união de duas marcas fortes e comprovadamente respeitadas no mercado, têm a oferecer: um portfólio de produtos e serviços cada vez mais diferenciado e alinhado com os mais modernos padrões de tecnologia, segurança e alta performance.

Aesculap - a B. Braun company

NECESSIDADES DO ACOMPANHANTE DA CRIANÇA EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

NECESSITIES THE COMPANION OF THE CHILD IN ANESTHESIC RECOVERY

NECESIDADES DEL ACOMPAÑANTE EN LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA

Maria Fernanda Molla Jukemura • Aparecida de Cássia Giani Peniche

RESUMO: Este estudo teve como objetivos caracterizar o acompanhante da criança submetida a procedimentos anestésico-cirúrgicos na Recuperação Anestésica (RA), quanto aos aspectos sócio-demográficos relacionados a idade, sexo e grau de parentesco; identificar as necessidades do acompanhante da criança hospitalizada e qualificar a experiência do acompanhante na RA. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com o acompanhante da criança submetida à cirurgia eletiva e de urgência no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A análise dos dados foi realizada segundo frequências relativas e absolutas. As experiências dos acompanhantes foram agrupadas em assistência à família e ao paciente, distribuídas em necessidades psicobiológicas e psicossociais, segundo a classificação de Horta. Concluiu-se que a maioria dos acompanhantes eram mulheres em faixa etária de 19 a 30 anos, com experiência anterior em ser acompanhante, porém mesmo assim expressaram necessidades psicobiológicas e psicossociais alteradas para enfrentar tal situação.

Palavras-chave: Acompanhante; Criança; Recuperação anestésica.

ABSTRACT: The objectives of this study were to characterize the companion of the child subjected to surgical anesthetic procedures in the Anesthetic Recovery (AR), as

social-demographic aspects related to age, sex and relationship degree; to identify the companion's needs and to qualify the companion's experience in the AR. The data was collected in interviews with children's companions subjected to elective or urgency surgery in the University Hospital-USP. The data analysis was realized according to relative, absolute and quantitative frequencies, revealing the companion's profile. The companion's experiences were grouped in psychobiological and psychosocial needs, according to Horta's classification. To sum up the majority of the companions were women aged between 19 and 30 years old, with previous experience, but they still expressed psychobiological and psychosocial needs to face that situation.

Key words: Companion; Child; Anesthetic recovery.

RESUMEN: Este análisis tiene como objetivos caracterizar el acompañante del niño sometido a procedimientos anestésicos quirúrgicos en la Recuperación Anestésica (RA), cuanto a los aspectos socio-demográficos relacionados a la edad, sexo y grado de parentesco; identificar las necesidades del acompañante del niño hospitalizado y calificar la experiencia del acompañante en la RA. Los datos fueron obtenidos por entrevistas realizadas con el acompañante del niño

sometido a la cirugía electiva y de urgencia en el Hospital Universitario-USP. El análisis de los datos fue realizado segundo frecuencias relativas, absolutas y cuantitativas revelando el perfil del cuidador. Las experiencias de los acompañantes fueron agrupadas en necesidades psicobiológicas y psicosociales. Se concluyó que la mayoría de los acompañantes eran mujeres, de edad entre 19 y 30 años, con experiencia previa, sin embargo, aún expresaron necesidades psicobiológicas y psicosociales alteradas para enfrentar tal situación.

Palabras clave: Acompañante; Niño; Sala de Recuperación.

INTRODUÇÃO

A hospitalização é uma experiência angustiante, principalmente quando relacionada à criança, uma vez que a afasta do convívio e do ambiente familiar, provocando sofrimento. A criança se depara com um espaço diferente e com pessoas estranhas, o que gera medo e ansiedade. Além disso, está privada da companhia dos seus entes queridos, amigos, brinquedos e até de animais.¹ Os pacientes se tornam fragilizados, mais sensíveis e carentes de afeto e apoio. A hospitalização pode alterar a dinâmica familiar, sendo muitas vezes a causa de desequilíbrios emocionais, financeiros e de relacionamento, podendo desencadear uma crise

na vida familiar.²O ser humano se desestrutura ao ingressar no hospital, local onde as perdas se sucedem, a dor e o sofrimento fazem parte do cotidiano.³

A separação entre a criança e seus familiares, durante a internação, pode acarretar danos imediatos ou tardios, como a desestruturação no processo de crescimento e desenvolvimento, causando-lhe decepção e sentimento de abandono.⁴

Recentemente, foram criadas leis que minimizam esta situação, para a criança e para o adolescente, como é o caso da Lei nº 10.689, de 30 de novembro de 2000, assegurando, em seu artigo primeiro, o direito à entrada e à permanência de um acompanhante da pessoa internada em unidade de saúde, dependências de tratamento intensivo ou equivalente.⁵

Baseado no Estatuto da Criança, do Adolescente e do Idoso, conforme a legislação 8.069 de 13 de julho de 1990, em seu artigo 12, “os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições de permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes.”⁶

A família, além de legalmente responsável pela criança, representa fonte de segurança e apoio na superação de problemas e dificuldades. O familiar procura atender suas preferências e vontades, transmitindo conforto, tranquilidade e descanso, além do acompanhante ser o elo de comunicação entre o paciente e a equipe que cuida.⁷⁻⁹

A permanência dos pais junto aos filhos é uma ótima oportunidade para os membros da equipe de enfermagem desenvolverem habilidades de

comunicação e educação em saúde, com vistas a reduzir a ansiedade de vida ao processo cirúrgico.¹⁰

Ressalta-se a predominância da mulher como acompanhante / cuidadora, sobretudo da mãe. Segundo alguns autores, as mulheres apresentam maior disponibilidade para as tarefas do cuidar.¹¹

As mães referem que as crianças se recuperam mais rapidamente na sua presença, uma vez que se sentem seguras, protegidas integralmente, além de serem facilitadoras do cuidar no que se refere à equipe de saúde. A presença das mesmas deve ser considerada como parceira dos profissionais da saúde na assistência.¹

Quando há necessidade de intervenção anestésico-cirúrgica, a problemática de enfrentamento da nova situação tende a se agravar ainda mais. O afastamento do doente de sua rotina e de seus familiares aumenta o medo e a ansiedade relacionados à hospitalização. O tempo de espera, o jejum prolongado, as incisões, os drenos, as dores, os cateteres e os procedimentos de modo geral aumentam a expectativa negativa da nova experiência.

A própria estrutura física do Centro Cirúrgico (CC) colabora para isto, uma vez que se trata de uma unidade fechada, com acesso restrito, uso de uniforme privativo, dificultando ainda mais a transmissão de informações aos familiares e aumentando as expectativas do que irá acontecer.⁵

Para alguns autores, durante um procedimento anestésico-cirúrgico, os envolvidos e seus familiares atingem um grau de dependência acentuado em curto período de tempo, acarretando alteração brusca das suas necessidades básicas, o que pode

resultar na denominada “síndrome cirúrgica”. O tempo, por menor que seja, para o familiar é enorme.¹²

Seguindo este pensamento, esta síndrome expressa carências, não só ligadas ao paciente, como também ao familiar. As necessidades do ser humano são partes integrantes do universo e, como tal, estão sujeitas aos estados de equilíbrio e desequilíbrio, desencadeando alterações das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psíquicas.¹²

Conforme outro estudo, as necessidades mais afetadas são: segurança emocional e física, educação à saúde relacionada ao período perioperatório, integridade cutâneo-mucosa, percepção sensorial e dolorosa, oxigenação, nutrição, entre outras.¹³

Outras pesquisas anteriores^{1,14} ressaltam a importância da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico e de seus familiares ser integral, continuada e incluir atendimento de suas necessidades básicas, buscando, assim, a humanização do cuidado.

A importância de adicionar mais calor humano à assistência de enfermagem, juntamente com compreensão, paciência, afeto e até mesmo bom humor também tem sido discutida.¹⁵

O Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde em 2001,¹⁶ promove mudanças na cultura do atendimento à saúde no Brasil, tornando a assistência hospitalar mais humanizada. A iniciativa para este programa surgiu do resultado da avaliação dos serviços hospitalares, onde a forma de atendimento e a falta de capacidade dos profissionais da área da saúde em compreenderem as demandas e expectativas dos

pacientes e seus familiares foram considerados fatores críticos.

Sendo assim, há necessidade da equipe multiprofissional, acreditar na humanização da assistência como filosofia de trabalho.¹⁷

A humanização inclui o respeito das crenças e valores do outro, levando em conta suas necessidades biopsicobiológicas, psicosociais e psioespirituais, não deixando o cuidado se tornar apenas aplicação de uma técnica.¹⁰

Define-se respeitar como uma ação complexa, que envolve ouvir o que o outro tem a dizer, ter compaixão, ser tolerante, ser atencioso, além de considerar os princípios bioéticos de autonomia, justiça, beneficência e não-malevolência.¹⁸

A chave para um cuidado humanizado é a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares, o que implica em auxiliar na localização e no enfrentamento dos seus problemas.

Autores¹⁴ relatam a orientação pré-operatória das crianças e seus familiares, empregando como estratégia a manipulação de materiais utilizados no CC, como máscaras, eletrodos, gorros, o que colabora na assistência prestada. Com esta dinâmica, as crianças expressavam seus sentimentos e temores, assim como o diálogo com os pais possibilitava o esclarecimento do processo cirúrgico.

Por fim, considerando a escassez de literatura em enfermagem sobre a presença do acompanhante na Recuperação Anestésica (RA) e acreditando ser esta uma dinâmica extremamente positiva para os envolvidos, somada à nossa experiência em ter o familiar

nesta unidade achamos pertinente a realização deste trabalho.

OBJETIVOS

- Caracterizar os acompanhantes da criança submetida a procedimentos anestésico-cirúrgicos durante sua permanência na Recuperação anestésica, quanto aos aspectos sócio-demográficos de idade, sexo e grau de parentesco;
- Identificar as necessidades humanas básicas dos acompanhantes da criança admitida na Recuperação Anestésica;
- Qualificar a experiência do acompanhante durante sua permanência na Recuperação Anestésica.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

O HU-USP foi inaugurado em 1981, faz parte do Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo (SISUSP), tem como missão o ensino e a pesquisa, além de oferecer assistência multidisciplinar integral, de média complexidade, com base no perfil epidemiológico do Distrito de Saúde do Butantã. Apresenta como objetivos específicos: estimular e promover o ensino e a pesquisa, oferece campo de atividade e desenvolvimento de alunos, em atividades assistenciais, de prevenção e tratamento de doenças, bem como de proteção e recuperação da saúde e colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais expressas no Regi-

mento do HU-USP. Constitui-se em campo de estágio das Faculdades de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Está localizado no campus da USP, na zona oeste da cidade de São Paulo. O HU-USP presta serviços aos servidores e discentes da USP, bem como à população pertencente à região do Sub-Distrito de Saúde do Butantã, atua como referência secundária regionalizada e integrada com os equipamentos de saúde da região. Tem capacidade de 243 leitos ativos, distribuídos nas quatro especialidades básicas: clínica, cirúrgica, obstétrica / ginecológica e pediátrica. Além do atendimento convencional, o hospital criou o Programa de Assistência Domiciliária (PAD).

Possui um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), que tem por objetivo zelar pela qualidade do atendimento, funcionando como um canal de comunicação entre o usuário e o hospital.

O CC está localizado no segundo andar, possui nove salas de cirurgia ativadas e sete leitos de RA; mantém comunicação com as especialidades citadas, por meio de um agendamento cirúrgico diário, que estabelece cirurgias eletivas, extra-programas, urgências e emergências.

A equipe de enfermagem da RA é composta por um enfermeiro e um técnico de enfermagem por período, sendo estes funcionários do CC.

A marcação de cirurgias programadas é feita por um sistema informatizado, no qual o cirurgião faz o agendamento no momento da consulta. No dia da cirurgia, o gerenciamento da

programação cirúrgica fica sob a responsabilidade do enfermeiro do CC, organizando a sequência das cirurgias eletivas, de acordo com a disponibilidade de salas, de recursos humanos e materiais.

Todos os leitos da RA dispõem de cama-berço com grades, aparelhos de monitorização cardíaca, oximetria de pulso, pressão não invasiva, rede de oxigênio, vácuo e ar comprimido. Esta unidade possui um desfibrilador, um carrinho de emergência equipado com medicações e materiais descartáveis para o atendimento imediato.

Quando há necessidade de intervenção anestésico-cirúrgica, o acompanhante é esclarecido sobre a permissão de sua permanência na RA ao término do procedimento. É orientado também quanto ao suprimento de suas necessidades básicas antes de sua entrada na unidade e uso do uniforme privativo, composto por avental, gorro e propés, uma vez que a RA faz parte da planta física do CC. Além disso, é informado, também, quanto às condições pós-operatórias em que encontrará seu familiar, muitas vezes desagradáveis e traumáticas para leigos ou não na área da saúde.

A permissão do acompanhante na RA onde o estudo foi realizado, iniciou-se em fevereiro de 2004, com o intuito de amenizar os traumas da situação e possibilitar mais conforto e segurança ao paciente e à família, auxiliando sua recuperação.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP, para apreciação e aprovação, sendo aprovado sob o registro 735/07.

Após aprovação do CEP, foi iniciada coleta de dados com o acompanhante

da criança na RA. Foram realizadas entrevistas junto ao leito onde estavam internadas as crianças ou logo após sua saída da RA, no período de segunda a sexta feira, entre 13h e 19h, pela primeira autora do estudo, nos meses de fevereiro, março, maio junho e julho de 2008.

Inicialmente os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sendo solicitada sua participação e colaboração, garantindo o sigilo das informações que o identificassem. Após seu consentimento, foi solicitada assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma via foi fornecida ao entrevistado como referência dos dados da pesquisa e contatos com as pesquisadoras, a outra ficou em posse da pesquisadora.

A população do estudo em questão foi composta de acompanhantes de crianças de zero a 15 anos incompletos, internadas na Pediatria ou no Hospital-Dia da referida instituição, submetidas a procedimentos eletivos ou de urgências nas áreas de cirurgia geral, otorrinolaringológica, ortopédica, oftálmica ou exames sob narcose. A amostra constou de 44 acompanhantes de criança na RA, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e concordantes formalmente em participar da pesquisa, assinando o TCLE.

A análise dos dados foi realizada segundo frequências relativas e absolutas e as necessidades dos acompanhantes foram agrupadas segundo as necessidades humanas básicas propostas por Horta.¹²⁻¹³

Foi elaborado um instrumento para a coleta de dados composto por duas partes (Anexo). A primeira contém a caracterização sócio-demográfica do acompanhante da criança na RA,

isto é, sexo, idade e grau de parentesco. A segunda contém perguntas semi-fechadas, identificando as necessidades do acompanhante da criança e a qualificação atribuída a esta experiência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 44 acompanhantes da criança na RA, obteve-se 41 acompanhantes (93,18%) mulheres e apenas três (6,82%) homens, sendo elas as mães e eles os pais da criança.

Estes dados corroboram com os resultados encontrados em pesquisa realizada anteriormente, sobre as atividades realizadas pelo cuidador familiar no domicílio a pacientes submetidos a cirurgia gastro-intestinal de grande porte, onde foram encontrados 14 cuidadores do sexo feminino e apenas um do sexo masculino.²

A idade dos entrevistados variou entre 19 e 47 anos, com média de 33 anos. Do total de acompanhantes, 21 (47,7%) estavam na faixa etária de 19 a 30 anos, 18 (40,9%) entre 31 a 40 anos e cinco (11,4%) na faixa etária de 41 a 50 anos, mostrando que para cuidar não tem idade.

Em relação à experiência anterior como acompanhante de criança hospitalizada, 27 (61,4%) já a experimentaram antes, enquanto que para 17 (38,6%) era a primeira vez. Entre aqueles que já passaram por esta situação, cinco (11,36%) eram há menos de 1 ano; 10 (22,73%) entre 1 e 3 anos e 12 (27,27%) há mais de 3 anos.

Acredita-se que as pessoas que já tinham estado na RA enfrentavam melhor a situação, uma vez que o medo do desconhecido já havia sido superado, o uso de avental privativo, gorro, propés, a lembrança das

características do local, a necessidade de monitorização de sinais vitais, nebulização de oxigênio, eram fatores já vivenciados. Por outro lado, pessoas com experiência anterior negativa, enfrentavam com mais dificuldade este momento, revivendo o passado e comparando com o atual.

Do total de 27 acompanhantes que já tinham passado por esta situação, 12 (44,44%) já tinham acompanhado criança em RA e para outros 15 (55,56%) era sua primeira vez, demonstrando que a possibilidade de permitir a presença do acompanhante neste setor ainda é recente em nosso meio e requer mais estudos sobre tal assunto.

Associa-se a este fato, a necessidade de campanhas de esclarecimento da população a respeito do direito de permanecer ao lado da criança mesmo em unidades como a recuperação anestésica.

Entre os 12 acompanhantes que já tinham permanecido com a criança em RA, três (25,00%) tinha sido há menos de um ano, cinco (41,67%) entre um e três anos e quatro (33,33%) há mais de três anos.

Seguindo o modelo teórico referente necessidades básicas¹³, agrupou-se as necessidades em psicossociais, psicobiológicas e psicoespirituais.

Em relação às necessidades psicossociais, as mesmas totalizaram 161 questões (100,00%), sendo 40 (24,8%) referentes à cirurgia, 52 (32,2%) sobre a anestesia e 69 (42,8%) referentes à recuperação anestésica, conforme mostram as Figuras 1, 2 e 3, respectivamente.

Quanto às informações sobre a cirurgia, obtivemos 40 questionamentos, sendo 18 (11,1%) referentes à sua duração, 13 (8,07%) sobre os cuidados pós-operatórios, seis (3,72%) sobre a via de acesso utilizada para a realização do procedimento e três (1,86%) quanto aos resultados da cirurgia, conforme mostra a Figura 1.

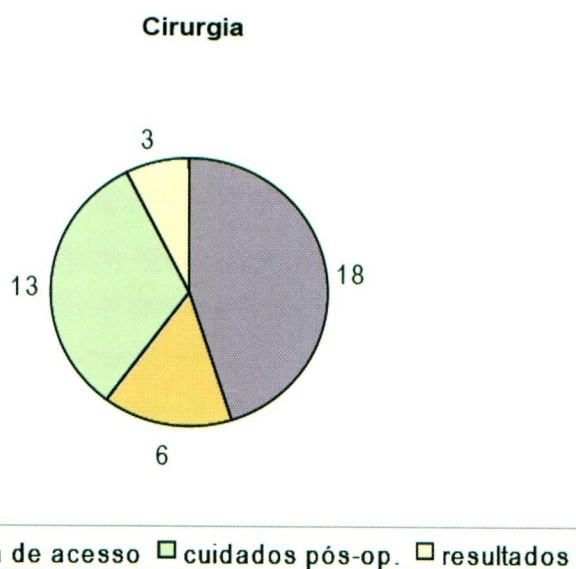


Figura 1 - Distribuição das necessidades psicossociais dos acompanhantes da criança na Recuperação Anestésica, quanto à cirurgia.

Quanto às informações sobre a anestesia, obtivemos 52 questionamentos, sendo 16 (9,94%) sobre os efeitos pós-anestésicos, 11 (6,83%) relacionadas à via de acesso anestésica, 10 (6,21%) sobre os tipos de anestesia, nove (5,60%) sobre sua duração e seis (3,72%) sobre os riscos, conforme a Figura 2.

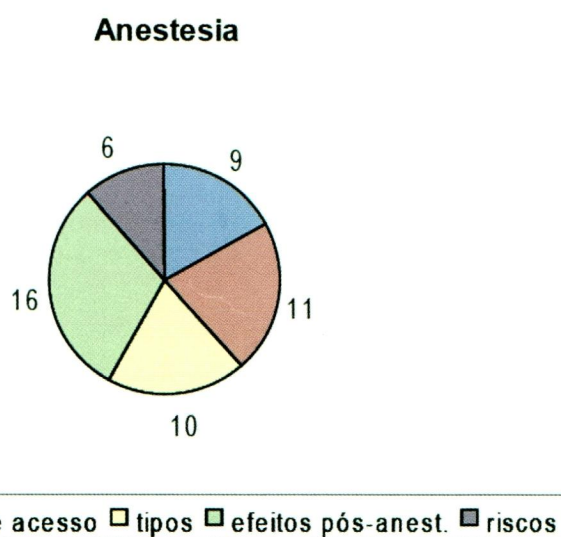


Figura 2 - Distribuição das necessidades psicossociais dos acompanhantes da criança na Recuperação Anestésica, quanto à anestesia.

Em relação à RA, obtivemos um total de 69 perguntas, sendo 39 (24,2%) quanto às reações da criança naquele período (choro, vômito, dor,

sonolência, agitação, sangramentos e drenos) e 30 (18,6%) referentes ao período de permanência na unidade, conforme mostra a Figura 3.

Recuperação anestésica

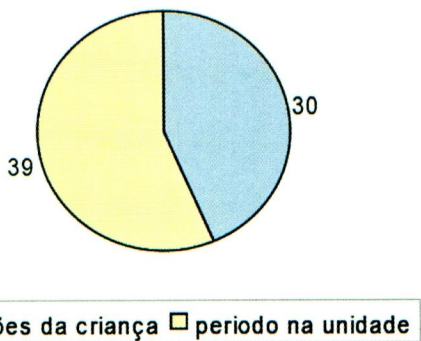


Figura 3 - Distribuição das necessidades psicossociais dos acompanhantes da criança na Recuperação Anestésica, quanto à Recuperação Anestésica.

Dentre as necessidades psicobiológicas estão aquelas referentes à satisfação pessoal e aos sentimentos durante o período que permaneceram na RA.

Os dados obtidos quanto às necessidades psicobiológicas corresponderam a 253 (100,00%) citações, representadas na Figura 4 e distribuídas em: fome (24 - 9,48%), segurança (23 - 9,09%), falta de privacidade (22 - 8,69%), vontade de transmitir informações para familiares (21 - 8,30%), tranquilidade (20 - 7,91%), calma (20 - 7,91%), tristeza (19 - 7,51%), satisfação (16 - 6,33%), ansiedade (16 - 6,32%), dor (16 - 6,33%), sede (14 - 5,53%), medo (13 - 5,14%), mal-estar (12 - 4,74%), choro (7 - 2,76%), calor (06 - 2,37%) e tremeadeira (04 - 1,59%).

Necessidades psicobiológicas



Figura 4 - Distribuição das necessidades psicobiológicas dos acompanhantes da criança na Recuperação Anestésica.

Assim, podemos perceber o número mais expressivo de necessidades psicobiológicas (253), em relação às necessidades psicossociais (177).

Como em estudo recente,¹⁰ as necessidades psicoespirituais não foram encontradas, mostrando que a influência religiosa não esteve presente neste período ou ao menos não foi expressada.

Dos 44 entrevistados, 40 (90,0%) definiram como positiva a experiência de passar por esta situação e apenas quatro (10,0%) referiram ter sido uma experiência negativa.

Durante a coleta de dados, percebeu-se a dificuldade por parte dos entrevistados em manifestar suas necessidades quanto à situação experimentada, não conseguindo se expressar verdadeiramente. Em determinados momentos encontravam-se inquietos, tristes, ansiosos, com medo e necessitando transmitir informações aos familiares sobre o estado da criança. Apesar de orientados, sentiam cansaço, fome, sede, mal-estar, tontura e muitas vezes estas sensações não eram verbalizadas.

Percebeu-se também que, apesar da dificuldade de enfrentar este momento, os acompanhantes não se recusavam a ficar ao lado da criança neste período da internação e em muitos casos relataram sensações positivas como segurança, tranquilidade, calma e satisfação.

CONCLUSÕES

Os 44 acompanhantes de crianças na Recuperação Anestésica que fizeram parte do presente estudo foram predominantemente mulhe-

res, sendo elas as mães, com idade média de 33 anos.

Foram identificadas as seguintes necessidades psicossociais relacionadas a:

- cirurgia: duração, via de acesso, cuidados pós-operatórios e resultados;
 - anestesia: duração, via de acesso, tipos, efeitos pós-anestésicos e riscos;
- 8 recuperação anestésica: reações da criança e período de permanência na unidade.

Em relação às necessidades psicobiológicas foram citadas com maior frequência: fome, segurança, falta de privacidade, vontade de transmitir informações para familiares, tranquilidade e calma. Verificou-se que, apesar do desgaste físico, os acompanhantes demonstravam estar felizes e satisfeitos por estar ao lado da criança, manifestando sentimentos de tranquilidade, segurança, calma e satisfação.

Acredita-se que a orientação pré-operatória à criança e ao seu familiar possa diminuir os traumas encontrados, possibilitando enfrentar mais ativamente o período pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt DRC, Orasmo CVN, Gil RF. Humanização da criança operada: integração familiar ao ambiente cirúrgico. *Rev. SOBECC*. 2005;10(3):14-20.
2. Jukemura MFM. O cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte: suas atividades no domicílio [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
3. Motta MGC. O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais [dissertação]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
4. Araújo AP. A família frente ao pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca infantil: perspectivas para o saber da enfermagem pediátrica [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2003.
5. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas da SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006, (Série E. Legislação de Saúde).
7. Andrade OG, Marcon SS, Silva DMP. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm*. 1997;18(2):123-32.
8. Shiotsu C, Takahashi RT. O acompanhante na instituição hospitalar: significados e percepções. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):99-107.
9. Takahashi EIU. Tecnologia e humanização na prática da enfermagem: perspectivas gerais para reflexão. In: *Anais do 3º Encontro de Enfermagem e Tecnologia – ENFTEC*; 1992; São Paulo. São Paulo: ENFTEC; 1992. p.10-1.
10. Mariuti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):37-43.
11. Faro ACM. Cuidar do lesado medular em casa: a vivência singular do cuidado familiar [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
12. Souza DPT, Peniche ACG, Faro ACM. Necessidades do binômio paciente-família em cirurgia ambulatorial. *Rev SOBECC*. 2002;7(2):15-21.
13. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.
14. Kikuchi EM, Tramontini CC, Lopes DFM, Kemmer LF, Garanhani ML. A criança cirúrgica e sua família: vivência de um projeto fascinante. *Rev SOBECC*. 2000;5(3):16-9.
15. Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Minha Gente. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília; 1990.
17. Silva DC, Meirelles NF. Humanização da assistência à criança em centro cirúrgico oncológico. *Rev SOBECC*. 2009;14(1):30-41.
18. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):423-9.



ANEXO – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

NECESSIDADES DO ACOMPANHANTE DA CRIANÇA EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Parte I - Caracterização sócio-demográfica do acompanhante

Sexo: () feminino () masculino

Idade _____ anos

Grau de parentesco com a criança _____

Parte II - Perguntas

1) Você já foi acompanhante de criança hospitalizada?

() sim () não.

Se sim, há quanto tempo?

() menos de 01 ano () entre 01 e 03 anos () mais de 03 anos

Já foi acompanhante na Recuperação Anestésica?

() sim () não

Se sim, há quanto tempo?

() menos de 01 ano () entre 01 e 03 anos () mais de 03 anos

2) Quais as dúvidas, ou perguntas que teve necessidade de esclarecer, quanto a:

- cirurgia: _____
- anestesia: _____
- recuperação anestésica: _____

3) Quais as necessidades sentidas ao acompanhar criança na RA quanto a:

- informação: _____
- segurança: _____
- apoio / conforto: _____

4) A presença do acompanhante na RA foi para você:

() positiva () negativa () indiferente

5) Outros comentários que queira realizar:

Autoras

Maria Fernanda Molla Jukemura

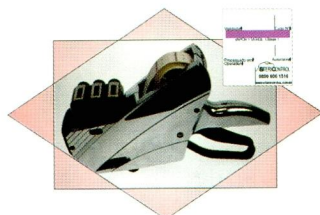
Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da USP.

Aparecida de Cássia Giani Peniche

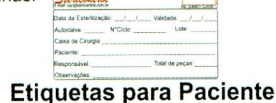
Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

Conheça os nossos novos produtos lançados durante a SOBECC 2010 para a sua CME!

Protetores de Instrumentos



Etiqueta Dupla Camada
com Ind. Químico para etiquetadora
3 linhas.



Etiquetas para Paciente

Caneta Ind. Químico para Vapor ou ETO



Bowie & Dick Eletrônico EBRO

Segurança e economia sem ficar interpretando cores. Resultados no computador com gráficos e análise **Aprovado** ou **Reprovado!**



Escovas Especiais para CME e Canulados



0800 606 1516
sac@stericontrol.com.br

Distribuidor Brasil

“Os nossos clientes sabem a diferença!”

Stericontrol

PROTOCOLO DE CUIDADOS NO USO DE ELETROCIRURGIA MONOPOLAR

CARE PROTOCOL IN MONOPOLARE ELECTROCTOSURGERY

PROTOCOLO DE CUIDADOS EN EL USO DE ELETROCIRURGIA MONOPOLAR

Maria de Fátima Paiva Brito • Cristina Maria Galvão

RESUMO: A eletrocirurgia é uma prática vivenciada rotineiramente no Centro Cirúrgico. Entretanto, apesar da redução de riscos com o avanço tecnológico, as queimaduras elétricas consistem em lesões que podem acometer o paciente no intra-operatório. A utilização de eletrocirurgia monopolar implica no uso do eletrodo dispersivo, dispositivo que fica em contato direto com a pele do paciente. Este estudo teve como objetivo elaborar um protocolo de cuidados para utilização da eletrocirurgia monopolar. Para tal realizou-se uma revisão integrativa, sendo selecionados 21 artigos que foram sintetizados em seis categorias temáticas; uma destas fundamentou a elaboração do presente estudo. Para a seleção dos artigos utilizamos as bases de dados Medline e CINAHL; para elaboração do protocolo sete artigos foram analisados e as recomendações práticas destes foram sintetizadas. O protocolo foi desenvolvido englobando os seguintes itens: cuidados no pré-operatório, no intraoperatório e no pós-operatório. A elaboração de protocolos de cuidados possibilita a redução de erros e a minimização de riscos, proporcionando melhoria da qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Eletrocirurgia; Protocolo; Intraoperatório; Assistência perioperatória.

ABSTRACT: Electrosurgery is a

common practice in Surgical Settings; however, despite the reduction of risks due to the technological advances, patients can be victim of electrical burn injuries in the intraoperative period. The use of monopolar electrosurgery implies in the use of dispersive electrodes (direct skin-contact device). This study aimed to develop a monopolar electrosurgery care protocol. An integrative review was carried out. Twenty-one articles were selected and synthesized into six thematic categories; the present study was based on one of them. For the selection of articles, the databases Medline e CINAHL. In order to elaborate the protocol, seven articles were analyzed and their recommendations were synthesized. The developed protocol includes the following items: preoperative care, intraoperative care and postoperative care. The development of care protocols enables the reduction of errors and minimizes risks. In addition, it provides the team with knowledge and thus improves the care delivered.

Key words: Electrosurgery; Protocols; Intraoperative period.

RESUMEN: La electrocirugía es una práctica frecuente en el Bloque Quirúrgico. Sin embargo, a pesar de la reducción de los riesgos por el avance tecnológico, el uso de esta tecnología puede causar quemaduras

eléctricas en el paciente en el periodo intraoperatorio. La utilización de la electrocirugía mono polar involucra el uso del electrodo dispersivo (dispositivo en contacto directo con la piel del paciente). Este estudio tuvo como objetivo elaborar un protocolo de cuidados para la utilización de la electrocirugía mono polar. Se realizó una revisión integradora, en la cual 21 artículos fueron seleccionados y sintetizados en seis categorías temáticas. El presente estudio se basa en una de esas categorías. Siete artículos fueron analizados y sus recomendaciones prácticas fueron sintetizadas. Para la selección de los artículos, se utilizaron las bases de datos Medline y CINAHL. El protocolo fue desarrollado englobando los siguientes ítems: atención preoperatoria, atención intraoperatoria y atención postoperatoria. La elaboración de los protocolos clínicos o de cuidados posibilita la reducción de errores y la minimización de los riesgos, mejorando la asistencia de enfermería administrada.

Palabras clave: Electrocirugía; Protocolos Clínicos Eletrocirurgia; Enfermería de Quirófano

INTRODUÇÃO

A cirurgia é uma fase curta, porém muito importante na estadia do paciente no hospital. Durante o

período intraoperatório, é exigida da equipe de enfermagem a realização de técnicas que proporcionem condições ideais de assepsia e segurança ao ato anestésico-cirúrgico, bem como conforto e satisfação para a equipe cirúrgica e para o paciente.

Nos últimos anos, a incorporação de novas tecnologias nas instituições de saúde e principalmente nos procedimentos cirúrgicos tem acarretado nos enfermeiros uma crescente preocupação com o conforto e a segurança do paciente no período perioperatório¹.

As intervenções cirúrgicas devem possibilitar o retorno do paciente à unidade de origem, na melhor condição possível, em termos de integridade física, funcional e emocional e é função do enfermeiro proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado em condições ideais e visando a segurança do paciente².

A eletrocirurgia é uma prática vivenciada rotineiramente no cenário perioperatório. Entretanto, apesar dos riscos terem sido reduzidos com o avanço tecnológico, as queimaduras elétricas consistem em lesões que podem acometer o paciente no intraoperatório, devido ao uso desta tecnologia. A unidade de eletrocirurgia (UEC) foi desenvolvida pelo biofísico William T. Bovie, no início da década de 1920 e teve sua utilização difundida e ampliada ao longo do tempo, na prática de saúde³.

É um aparelho que tem a propriedade de transformar a corrente elétrica alternada de baixa frequência (60 Hz) em corrente de alta frequência. As finalidades desta tecnologia são:

- coagulação: oclusão dos vasos sanguíneos, por meio da solidificação das substâncias protéicas e retração dos tecidos;
- dissecação: secção dos tecidos por meio da dissolução de sua estrutura moléculo-celular, havendo desidratação e fusão das células próximas ao eletrodo positivo;
- fulguração: consiste na coagulação superficial, indicada para eliminar pequenas proliferações celulares cutâneas e remover manchas⁴.

A utilização de eletrocirurgia monopolar implica no uso do eletrodo dispersivo, dispositivo que mantém contato direto com a pele do paciente. Tal eletrodo tem a função de recuperar a corrente elétrica para que esta retorne ao gerador finalizando, assim, o circuito elétrico⁵.

O emprego de novas tecnologias na assistência à saúde requer dos profissionais conhecimentos técnico-científicos de aparelhos e procedimentos que podem ser aprendidos por meio de treinamentos, sendo este um dos fatores cruciais no uso eficaz e seguro da tecnologia médica⁶.

O manuseio e os cuidados apropriados com o uso de eletrocirurgia são essenciais para a segurança do paciente e do pessoal da sala cirúrgica. Pensando nisto, o presente estudo tem a finalidade de discutir o uso desta tecnologia, por meio da elaboração de um protocolo.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo elaborar um protocolo de cuidados para a utilização da eletrocirurgia monopolar, abrangendo os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-

operatório.

MÉTODO

Na conclusão do curso de mestrado elaboramos uma dissertação sobre os cuidados de enfermagem no uso da eletrocirurgia, na qual adotamos como método de pesquisa a revisão integrativa⁷.

A busca dos artigos foi realizada nos meses de julho e agosto de 2006, nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE)*. Os descritores controlados utilizados na base de dados MEDLINE foram: *electrosurgery*; *nursing care*; *burn skin*; *skin e intraoperative period*; os descritores não controlados empregados foram: *electrosurgical e burn injury*. Na base de dados CINAHL, os descritores controlados utilizados foram: *burns electric*; *nursing care e intraoperative period* e o descritor não controlado foi *electrosurgery*.

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados para a revisão integrativa foram: artigos que abordavam os cuidados de enfermagem relacionados ao uso de eletrocirurgia no período intraoperatório; artigos publicados em inglês, espanhol e português e artigos publicados no período de janeiro de 1995 até julho de 2006.

Nesta revisão selecionamos 21 artigos que foram sintetizados em seis categorias temáticas. Para a elaboração do presente estudo, utilizamos uma das categorias temáticas da revisão mencionada.

Assim, sete estudos foram analisados e as recomendações práticas destes

foram sintetizadas. As recomendações práticas são informações relevantes para a prática diária do enfermeiro, pois oferecem subsídios para a implantação de procedimentos e políticas no uso da eletrocirurgia. O protocolo foi desenvolvido englobando os seguintes itens: cuidados no pré-operatório, cuidados no intraoperatório e cuidados no pós-operatório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As recomendações são todas de especialistas sobre o uso da eletrocirurgia e têm por objetivo servir como referência na implementação de políticas, protocolos e procedimentos para garantir a segurança do paciente no ambiente cirúrgico e dos profissionais que atuam no cenário perioperatório com a utilização deste tipo de tecno-

logia. Tais recomendações devem ser adaptadas de acordo com a realidade de cada instituição hospitalar.

A seguir apresentamos o protocolo de cuidados elaborado no uso da eletrocirurgia monopolar^{3,8-13}.

Responsabilidade: Equipe Médica, Equipe de Enfermagem, Engenharia Clínica.

PRÉ-OPERATÓRIO

Seleção de equipamentos e acessórios

- No momento da aquisição de novos equipamentos e acessórios, deverá ocorrer a participação do departamento de engenharia clínica;
- A seleção dos acessórios deve ser compatível com o equipamento;
- Realizar a substituição periódica do suprimento de eletrodos ativos e dispersivos.

Cuidados de rotina e manutenção do equipamento (unidade de eletrocirurgia)

- Checar a operação do sistema de alarme;
- Inspeccionar a unidade de eletrocirurgia (UEC) periodicamente e receber manutenção preventiva por um indivíduo designado e responsável pela manutenção dos equipamentos;
- Se uma UEC cair, esta não deverá ser utilizada antes de ser inspecionada por um engenheiro biomédico;
- Substituir adaptadores que não proporcionam uma conexão apertada e inspecionar permanentemente fios e cabos para não ocorrer quebras no isolamento.

Pessoal

- Promover educação permanente para todos os envolvidos no uso da eletrocirurgia, a fim de garantir um cuidado com qualidade e segurança ao paciente.

Inspeção

- A UEC e os acessórios devem ser usados de acordo com o manual de instrução do fabricante;
- A UEC deve ser testada antes de cada uso;
- Um breve resumo das instruções de forma clara e de fácil leitura deve estar disponível em cada UEC;
- A UEC deve ser montada firmemente em um módulo de transporte resistente;
- O fio elétrico da UEC deve ser adequado no comprimento e ter flexibilidade, chegar até a tomada elétrica sem tensões ou necessidade de fio de extensão. O fio deve ser livre de torções, nós e dobras;
- Não usar qualquer cabo e/ou fio que esteja quebrado, rachado ou desgastado;
- A UEC que não estiver funcionando adequadamente deve ser removida imediatamente e encaminhada para manutenção;
- Cada UEC deve possuir uma identificação ou um número de série, a fim de permitir o rastreamento pelo pessoal da manutenção;
- O eletrodo ativo deve ser inspecionado para verificação de danos, inclusive esfacelamentos desgastados ou enfraquecidos, antes do uso.

INTRAOPERATÓRIO

- A UEC deve ser colocada perto do campo estéril;
- Avaliar e documentar a integridade da pele do paciente antes e depois do uso da UEC;
- Registrar o local e a posição do eletrodo dispersivo e a condição da pele no local;
- Checar a localização do eletrodo dispersivo (mais próximo do local cirúrgico), se este está limpo e seco, colocado em local livre de excesso de pelos, se está próximo aos músculos e não de tecido ósseo, cicatrizes de pele, áreas distais a torniquetes e pontos de pressão. O eletrodo dispersivo deve ser posicionado longe de implantes metálicos. O músculo é melhor condutor de eletricidade do que o tecido adiposo;
- Os eletrodos dispersivos devem ser compatíveis com a UEC;
- Verificar se o gel do eletrodo dispersivo está úmido e espalhado uniformemente sobre toda a área de contato e checar a data de validade na embalagem;
- Os eletrodos dispersivos devem ser apropriados para cada paciente (por exemplo, neonatal, infantil, pediátrico, adulto) e não ser alterados (por exemplo, cortar ou dobrar);
- Colocar o eletrodo dispersivo no paciente, após o posicionamento final para o procedimento cirúrgico, para prevenir dobraduras do eletrodo e manter um bom contato com a pele;
- Se o paciente for movido ou reposicionado, checar se o eletrodo dispersivo ainda mantém um bom contato com a pele do paciente;
- Não deve haver contato algum da pele do paciente com objetos de metal que possam propiciar vias de retorno alternativo para a corrente elétrica (camas, estribos, dispositivos de posicionamento e fivelas de cintas de segurança);
- Caso duas unidades de eletrocirurgia sejam usadas simultaneamente durante um procedimento cirúrgico, as instruções do fabricante devem ser aplicadas. Eletrodos dispersivos separados devem ser usados para cada UEC. Colocar dois eletrodos dispersivos o mais próximo possível dos seus respectivos locais operatórios e assegurar que não haja possibilidade de os dois se tocarem;
- Utilizar dois eletrodos dispersivos nas seguintes situações: quando alta impedância é antecipada suficientemente, por exemplo, paciente muito obeso ou durante aplicação prolongada de corrente de alta potência, como na ablação;
- Os eletrodos do eletrocardiograma devem ser colocados o mais distante possível da cirurgia;
- Remover jóias de metal caso estejam dentro do campo de ativação do eletrodo ativo;
- Checar se todo o equipamento elétrico está apropriadamente aterrado (tomadas com três pinos, à prova de explosão);
- Checar se o cabo de força, o fio do eletrodo dispersivo e o fio do bastão de cauterização estão cuidadosamente colocados para evitar a possibilidade de alguém tropeçar neles;
- Verificar se o pedal está seco;
- Checar se a UEC está sendo operada na potência mais baixa possível;
- Verificar se as substâncias inflamáveis são utilizadas com cuidado enquanto a UEC estiver em operação;
- Checar se a extremidade para cauterização é mantida em seu recipiente isolado, longe de qualquer material ou substância que possa queimar ou pegar fogo;
- Verificar se soluções alcoólicas que foram usadas na preparação da pele do paciente estão secas. O acúmulo destas soluções pode ocorrer nas dobras do corpo ou em fendas (por exemplo, umbigo, região esternal). Usar, na medida do possível, soluções de preparo da pele não inflamáveis para eliminar o risco de lesões;
- O cirurgião deve confirmar a potência antes da ativação. A UEC precisa ser operada na mais baixa potência efetiva possível para atingir o efeito desejado para corte e coagulação. Caso haja necessidade de aumento da potência, pode ser um indicativo de problema com o sistema;
- Quando o eletrodo ativo não estiver em uso, deve ser removido do campo cirúrgico e do contato com o paciente;
- Não enrolar os cabos dos eletrodos ativo e dispersivo;

PÓS-OPERATÓRIO

- Desligar a UEC;
- Desligar o mostrador;
- Desconectar todos os cabos pelo controle do *plug* e não pelo fio;
- Remover cuidadosamente o eletrodo dispersivo e inspecionar o local. O deslocamento lento do eletrodo vai evitar uma lesão na superfície da pele pela depilação;
- Descartar todos os itens de acordo com as políticas da instituição;
- Remover e descartar o saco plástico que cobria o pedal;
- Limpar a UEC, o pedal e os fios. A limpeza deve ser feita com o aparelho desligado;
- Verificar se o cabo de força está embalado frouxamente para o armazenamento;
- Limpar todos os acessórios reutilizáveis;
- Realizar avaliação do paciente depois do uso da eletrocirurgia;
- Verificar todos os locais onde as queimaduras possam ter ocorrido após o término da cirurgia.

Procedimentos e políticas em casos de não conformidades

- Ter a participação da equipe multidisciplinar (equipe cirúrgica, manutenção) durante a investigação do incidente;
- Elaborar um relatório sobre o incidente, caso ocorram lesões a pacientes ou profissionais ou falhas no equipamento;
- A identificação do dispositivo, as informações sobre manutenção, os serviços e o incidente devem ser incluídos no relatório, a fim de permitir uma avaliação completa do sistema e determinar a integridade do sistema eletrocirúrgico;
- Enviar as embalagens originais dos eletrodos dispersivos;
- Fazer relato de mau funcionamento do equipamento e apreensão do mesmo;
- Fazer relatório das lesões;
- Documentação:
 - Identificação do número de série do sistema eletrocirúrgico;
 - Variedades de ajustes utilizados;
 - Colocação do eletrodo dispersivo e condições da pele do paciente antes e depois da eletrocirurgia;
 - Dispositivos elétricos conjuntamente utilizados com a UEC (bisturi ultrassônico, fórceps bipolar).
- A documentação dos detalhes sobre o equipamento eletrocirúrgico e os produtos permite o acesso a informações para investigação de um evento adverso;
- Informações sobre os resultados da investigação dos incidentes associados à eletrocirurgia devem ser coletadas, analisadas e utilizadas para melhoria do desempenho como parte de um programa que englobe a maximização do desempenho da instituição de saúde como um todo;
- Formular planos para ações corretivas e preventivas, a fim de garantir segurança no uso da eletrocirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário perioperatório exige um trabalho multidisciplinar que deve estar em harmonia para garantir a segurança do paciente e das equipes envolvidas no seu atendimento. A utilização da eletrocirurgia traz benefícios, mas também riscos e estes

devem ser eliminados ou minimizados. Para tanto, o conhecimento dos princípios da eletrocirurgia, dos diferentes equipamentos elétricos, dos cuidados necessários para a prevenção de lesões, da forma adequada de manuseio e manutenção da unidade de eletrocirurgia são aspectos essenciais para todos os envolvidos com esta

tecnologia.

A elaboração de protocolos de cuidados possibilita a redução de erros e a minimização de riscos; além de proporcionar conhecimento para a equipe, o qual promove a melhoria da qualidade da assistência prestada. A padronização é considerada uma

importante ferramenta gerencial, pois torna a assistência mais segura e produtiva dentro das organizações de saúde.

Compete ao enfermeiro a implementação de estratégias, por exemplo, programas educativos, os quais propiciem condições de disseminar o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades técnicas no uso da eletrocirurgia, principalmente para a equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine. Cascavel (PR): EDUNIOESTE; 2004.
2. Ferraz SB, Takeshita CT, Azevedo PS, Ribeiro RCN. Sistematização e humanização no CC. Rev SOBECC. 1998; 3(4):27-9.
3. Hutchinson B, Baird MG, Wagner S. Electrosurgical safety. AORN J. 1998; 68(5):830-44.
4. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas da SOBECC. 5ªed. São Paulo (SP): SOBECC; 2009.
5. Trindade MRM, Grazziotin RU, Grazziotin RU. Eletrocirurgia: sistemas mono e bipolar em cirurgia videolaparoscópica. Acta Cir. Bras. 1998; 13(3):1-17.
6. Mcconnel EA, Hilbilg J. A national study of perioperative nurse education in two technologies. AORN J 2000; 72(2):254-64.
7. Brito MFP. Eletrocirurgia: evidências para o cuidado de enfermagem. [tese de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERPUSP); 2007.
8. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Recommended practices for electrosurgery. AORN J. 2005; 81(3):616-42.
9. Butler M, Nettheim G. Electrosurgery: principles and practice. ACORN J. 1997; 10(3):21-4.
10. Wicker P. Electrosurgery in perioperative practice. Br J Perioper Nurs 2000; 10(4):221-6.
11. Ulmer BC. Use of electrosurgery in the perioperative setting. Plast Surg Nurs 2002; 22(4):173-78.
12. Cunnington J. Facilitating benefit, minimizing risk: responsibilities of the surgical practitioner during electrosurgery. J Perioper Pract 2006; 16(4):195-202.
13. Morris ML. Electrosurgery in the gastroenterology suite: principles, practice and safety. Gastroenterol Nurs 2006; 29(2):126-32.

Autoras

Maria de Fátima Paiva Brito

Enfermeira, Especialista em Administração Hospitalar, Saúde Pública e Centro Cirúrgico, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Cristina Maria Galvão

Enfermeira, Mestre, Doutora, Livre-docente. Pós-doutorado pela Universidade de Alberta (Canadá), Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: SIGNIFICADO PARA O CIRCULANTE DE SALA OPERATÓRIA

NURSING REPORT: SIGNIFICANCE TO THE "CIRCULATING" NURSE

INFORME DE ENFERMERIA: IMPORTANCIA PARA EL VOLUMEN DE SALA DE OPERACIONES

Lidiane Frasson Gaspareli • Mara Lúcia Garanhani

RESUMO: O objetivo desta investigação foi identificar o significado que os circulantes de sala de operação atribuem para o relatório de enfermagem realizado no período perioperatório. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com os circulantes de sala operatória de um centro cirúrgico no interior do estado do Mato Grosso do Sul, no período de abril a maio de 2008. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, composta de três perguntas orientadoras, realizada com seis funcionários. Para a análise das entrevistas foi utilizado o referencial de análise de discurso de Martins e Bicudo (2006). Os resultados foram organizados em três categorias empíricas, que revelam o significado do relatório de enfermagem como: um instrumento de comunicação, um instrumento valorativo e um documento legal.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem de centro cirúrgico; Relatório de enfermagem; Transoperatório.

ABSTRACT: The goal of this research was to identify the significance of the nursing report given by the circulating nurse in the operating room, in the perioperative period. This is a qualitative study, conducted with

circulating nurses in the operating room of a country city in the state of Mato Grosso do Sul, during the period from April to May of 2008. For data collection was used a semi structured interview consisting of three guiding questions, applied to six employees. To analyze the interviews the benchmark Martins and Bicudo's speech analysis was used. The results were organized into three empiric categories that shown the significance of the nursing report as an instrument of communication, that increase value and a legal document.

Key words: Nursing; Operating room nursing; Nursing report; Transoperative.

RESUMEN: El objetivo de esta investigación fue identificar la importancia de lo que circula de que la sala de operaciones de adjuntar el informe de la enfermería en el período perioperatorio. Este es un estudio cualitativo, realizado con la actual sala de operaciones para un centro de movimiento? Rgico en el estado de Mato Grosso do Sul, en el período comprendido entre abril y mayo de 2008. Para la recogida de datos se utilizó una entrevista semi estructurada que consta de tres preguntas con seis rectores funcionarios.

Para el análisis de las entrevistas se utilizó para el análisis de discurso de referencia Martins y Bicudo. Los resultados fueron organizados en tres categorías empíricas muestran que la importancia del informe de la enfermería como un instrumento de comunicación, valores y una herramienta, un documento legal.

Palabras clave: Enfermería. Informe de enfermería. Transeuropeas.

INTRODUÇÃO

O relatório de enfermagem é um instrumento de registro dos procedimentos realizados com o paciente, da síntese da avaliação feita nele antes, durante e após os cuidados de enfermagem, anotando toda evolução do seu quadro clínico.

A unidade de Centro Cirúrgico (CC) é o local onde ocorrem os procedimentos cirúrgicos eletivos (corretivos, estéticos), de urgência e de emergência. É uma unidade na qual se realiza atividades que afetam muito a integridade física e emocional do paciente e também de seus familiares, podendo inclusive gerar expectativas de vida, como nos casos de transplantes ou de morte ou, ainda, como em algumas cirurgias de grande risco ou amputações.

Para atender essa complexidade que envolve o CC, a enfermagem tem tentado implantar e aprimorar a Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). A SAEP é representada pelas fases do período pré-operatório imediato, transoperatório, pós-operatório imediato e mediato. Fazendo uso dessa ferramenta, o enfermeiro do CC presta assistência aos pacientes de cirurgias eletivas ou de urgência, buscando assegurar maior conforto e segurança.¹ Desta forma, o SAEP reúne vários procedimentos, entre eles, o relatório de enfermagem. Este registro facilita a avaliação do paciente por toda a equipe de saúde diante das informações nele contidas que englobam os acontecimentos no período perioperatório.

Os registros contêm informações relativas ao paciente, organizadas de tal maneira que reproduzam a ordem como os fatos se sucederam. Permite comprovar se a prescrição médica foi cumprida ou não, além de relatar todos os cuidados de enfermagem e constituir-se parte integrante do prontuário do paciente. Assim sendo, torna-se fundamental realizar anotações precisas, redigidas com vocabulário apropriado e que não dêem margem a interpretações subjetivas, inclusive estes registros devem passar por constantes auditorias de enfermagem.²

Considerando a especificidade do paciente cirúrgico, a avaliação pré-operatória bem realizada e com registro adequado pode apresentá-lo de forma detalhada aos trabalhadores do centro cirúrgico, permite uma continuidade de cuidados mais efetiva e indiretamente pode tranquilizá-lo para o ato operatório. A enfermagem do ambiente de CC, ao utilizar a SAEP, tem maior chance de planejar e supervisionar o período transope-

ratório, prevenindo intercorrências, fazendo orientações mais específicas e individuais para a sua equipe sobre as necessidades de cada paciente cirúrgico.

Por meio da redação escrita dos funcionários nos prontuários, é possível avaliar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem àquele paciente, as condições de seu estado geral e se ocorreram intercorrências.

Refletindo sobre esta temática surgem algumas interrogações: Como os circulantes de sala de operação, responsáveis pelas anotações de enfermagem realizam as anotações nos relatórios de enfermagem? Qual é o conhecimento que eles têm sobre as finalidades do relatório? O que aprenderam sobre relatório? O que observam no paciente para poder relatar?

Perante a importância do registro de enfermagem e da concretude que ele dá ao cuidado que um paciente requer no período transoperatório, buscou-se identificar o que os circulantes de sala operatória compreendem sobre as anotações de enfermagem. Portanto, este estudo pretende explicitar o significado que os circulantes de sala operatória atribuem ao relatório de enfermagem.

OBJETIVO

Identificar o significado que os circulantes de sala de operação atribuem para o relatório de enfermagem do período transoperatório.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com análise qualitativa dos dados. A abordagem qualitativa se

refere a estudos sobre os significados, significações, re-significações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Complementando, a pesquisa qualitativa correspondente a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de várias variáveis, aprofundando-se no significado e não na amostragem de números.³

Esta pesquisa foi realizada com trabalhadores de um hospital do interior do estado do Mato Grosso do Sul, onde exercem o cargo de técnico de enfermagem em um Centro Cirúrgico, composto com cinco salas de operação. Estes funcionários foram escolhidos aleatoriamente, um trabalhador de cada plantão, e assim sucessivamente, até se encontrar a ocorrência de saturação das convergências presentes nos discursos.

Para manter o anonimato dos entrevistados, eles serão mencionados neste estudo pela letra "E", seguidos de um número, que não segue, necessariamente, a ordem em que as entrevistas foram realizadas (E1, E2, E3...)

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi estruturada realizada nos meses de abril e maio de 2008. O roteiro das entrevistas foi composto das seguintes questões orientadoras:

1. Como você faz o relatório de enfermagem transoperatório?
2. O que você considera importante escrever no relatório de enfermagem?
3. Qual é o significado que o relatório

de enfermagem tem para você?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e após o processo de análise as fitas foram destruídas.

Para a análise das entrevistas coletadas foi utilizado o referencial de Joel Martins e Maria Aparecida Bicudo,⁴ que articula os significados presentes em cada discurso, nas suas inter-relações e na sua unidade estrutural. Esta análise ocorreu em dois momentos:

Análise individual ou ideográfica:

- Inicialmente foi feita a transcrição das entrevistas gravadas e a leitura dos discursos para familiarização e compreensão global, sem buscar interpretação. Estas leituras foram feitas tantas vezes quantas necessárias.
- No momento em que o sentido foi obtido, por meio das várias leituras, identificou-se as unidades de significados, focalizando os aspectos essenciais do fenômeno que está sendo pesquisado: o significado do Relatório de Enfermagem no período transoperatório para o circulante de sala operatória.
- Após a obtenção e reflexão das unidades de significados destacados em cada discurso, foram elaboradas as asserções significativas originadas pela interpretação que responde ao fenômeno investigado.

Análise geral ou nomotética:

- Foram feitas re-leituras minuciosas de todos os discursos individuais e das asserções significativas de cada um, buscando, neste momento, uma aproximação geral entre eles, entendendo que cada um faz parte do todo que compõe a estrutura geral do

fenômeno estudado: o significado do Relatório de Enfermagem no período transoperatório para o circulante de sala operatória.

- Aproximação das asserções significativas buscando as evidências e estabelecendo as convergências, as divergências ou as individualidades entre elas.
- Explicitação das categorias que relatam as condições constituintes da estrutura geral do fenômeno estudado.

Salienta-se que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob protocolo nº 1114/2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa seis funcionários atuantes na unidade do Centro Cirúrgico, com tempo de serviço neste setor que variou de três a vinte anos, todos com escolaridade profissionalizante do curso de Técnico de Enfermagem, sendo dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

Da análise das unidades de significados interpretadas de cada um dos discursos foram obtidas três categorias, que conjuntamente revelaram a estrutura geral do fenômeno estudado: o significado do Relatório de Enfermagem no período transoperatório para o circulante de sala operatória. As categorias construídas que discutiremos a seguir revelaram que o significado do relatório de enfermagem se expressa como: (1) um instrumento de comunicação, (2) um instrumento valorativo e (3) um documento legal. A primeira categoria aborda o **relatório significa um instrumento**

de comunicação. A fala do técnico de enfermagem a seguir exemplifica esta categoria.

Toda informação necessária, desde quem já recebe o paciente no setor passando por nós do centro cirúrgico até o final, quando ele recebe a alta. Pra que? Porque nós que somos uma equipe multiprofissional, somos nós e os médicos e assim, para todos sabermos tudo que foi decorrente com o paciente dentro do hospital, pelas nossas informações escritas. É muito mais ciente para você ficar sabendo o que está se passando com o paciente pelo registro escrito do que apenas com a informação verbal, porque o que se fala não escreve e o que se escreve fica, é para finalizar. (E5)

O processo de comunicação chama a atenção para três ingredientes essenciais: quem fala algo, o discurso falado e a audiência, ou seja, um comunicador, um receptor e uma mensagem emitida.⁵ O emissor no relatório de enfermagem constitui-se pelos técnicos de enfermagem e pelos enfermeiros. A mensagem é o registro dos cuidados prestados para e com o paciente. E os receptores seriam os demais membros da equipe de saúde que lêem os registros.

A comunicação escrita deve ser entendida por quem a recebe, sem a ajuda de quem a emite. Para isso, deve ser clara e concisa, compreensível e expressa de maneira legível.⁶

Aplicando a temática à área da saúde, especificamente no que diz respeito à relação da comunicação com o cuidado de enfermagem, pode-se dizer que a comunicação é fator essencial no desenvolvimento das funções elementares dos enfermeiros no cotidiano de trabalho. A comunicação correta é imprescindível em unidades

onde há alta rotatividade de pacientes e as informações sobre a ação do cuidado são inúmeras, como é o caso de uma unidade cirúrgica ou de emergência. É comum constatar problemas relacionados com falhas de comunicação, tanto oral quanto escrita, cujas consequências são incalculáveis para os pacientes. Sem dúvida, faz-se necessário aperfeiçoar constantemente o processo, intimamente ligado ao exercício da enfermagem.⁵

Com a utilização das anotações de enfermagem, é possível dar continuidade à assistência ao paciente, verificando através dela o que já foi realizado e como o paciente se apresenta. Assegura, também, uma rotatividade de informação sobre o paciente nas 24 horas do dia e um meio de comunicação para todos os membros da equipe de saúde, servindo, assim, tanto para o indivíduo como para a enfermagem como um respaldo assistencial e legal.

Ao olharmos para o conteúdo da mensagem a ser transmitida, os relatórios expressam a trajetória desde a admissão do paciente cirúrgico no CC, os acontecimentos do período transoperatório, envolvendo anestesia, medicações, posicionamento, curativo, intercorrências e encaminhamento à Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Abrodando as anotações do paciente encontramos falas como:

Paciente admitido na sala operatória na maca ou deambulando, se foi puncionado acesso venoso ou, então, se já está mantendo acesso venoso, a monitorização... (E4)

Nos meus relatórios de enfermagem durante a cirurgia eu costumo a colocar do início como o paciente se apresenta, os SSVV, se ele está agitado ou não, como ele está depois,

começo no início da cirurgia e vai seguindo... (E6)

Ao admitir o paciente no hall de entrada do CC, a equipe de enfermagem deve estar atenta para a identificação do paciente, os efeitos da medicação pré-anestésica, os cuidados pré-operatórios realizados, a retirada dos adornos com segurança, o conteúdo do prontuário, principalmente quanto a exames diagnósticos e complementares como: sangue, cardiológico, raio X, ultrassom, entre outros. Deve também, por meio do diálogo, estabelecer uma interação enfermeiro-paciente, esclarecendo dúvidas quando necessário.⁷

Os entrevistados deste estudo abordaram também os acontecimentos na sala operatória como os procedimentos anestésicos cirúrgicos e as medicações administradas.

(...) submetido à anestesia raqui ou geral mais sedação. (E4)

Eu também coloco que foi feita medicação, se foi feito efartil □ ou não, se foi feito algum antibiótico durante a cirurgia, tudo isso aí eu tento colocar. (E4)

A importância de anotar os procedimentos realizados com o paciente justifica-se pelo risco potencial de lesões. Assim, deve-se anotar o tipo de anestesia realizada e a medicação utilizada, ajudar a enfermagem a realizar a prescrição para o período pós-operatório, contribuir para a assistência ao paciente na enfermagem, facilitar a orientação do paciente e de seus familiares quanto aos cuidados necessários.

Deve-se também anotar o posicionamento para poder relacionar o risco de lesões de nervos por posicionamento

errôneo e possíveis queixas relacionadas ao posicionamento; registrar a solução antisséptica utilizada, pois orienta condutas em casos de processos alérgicos; identificar o uso ou não de placa dispersiva e o local em caso de utilização. Todas estas anotações sobre o ato operatório têm grande importância, pois, em caso de erro, o paciente pode sofrer graves consequências no período pós-operatório. Então, esse registro permite observar a angulação dos membros superiores em relação à mesa operatória, o local de colocação da placa dispersiva do bisturi elétrico, se utilizou coxins e os locais posicionados, entre outras informações. As falas a seguir ilustram estes registros.

Eu anoto posicionamento (...) (E1)

(...) monitorizado, mantendo monitor cardíaco, oxigênio por cateter nasal e no transcorrer da operação sem anormalidades, se é claro, se não tiver problema algum feito (...) (E4)

O monitoramento cirúrgico é importante para analisar a reação do organismo do paciente perante os efeitos das drogas anestésicas e do trauma cirúrgico. Este acompanhamento permite o controle dos sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura; ritmo e traçado eletrocardiográfico do batimento cardíaco; oximetria, entre outros dados quando necessários. A equipe de enfermagem participa deste processo, observando e registrando os dados do paciente, suas alterações e as condutas tomadas pela equipe cirúrgica.

Foi também mencionado o registro da conferência das compressas ao final das cirurgias.

Todo material oferecido no início

do ato operatório e que é utilizado dentro da cavidade abdominal deve ser rigorosamente anotado e conferido ao término da cirurgia, com a finalidade de assegurar que não permaneça nenhum objeto estranho dentro da cavidade, o que propiciaria o desenvolvimento de infecção hospitalar e outras complicações operatórias graves. Como exemplo, as compressas, comumente após o uso e em presença de excesso de sangue, ficam com difícil visualização no campo operatório e com atenção e contagem minuciosa, erros mínimos podem evitar graves consequências para o paciente. Referiram também as anotações realizadas com a incisão cirúrgica, o curativo e o encaminhamento após a cirurgia.

No pós-operatório feito curativo na incisão cirúrgica, se foi retirada alguma peça e encaminhada para exame e depois o encaminhamento para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). (E4)

Eu anotei no pós-operatório que foi feito o curativo da incisão limpa e seca, ela não foi para recuperação porque foi direto para UTI e seguidos os cuidados de enfermagem lá na UTI. (E1)

Nas anotações para a passagem de plantão, deve-se registrar o tipo de anestesia e cirurgia realizadas, intercorrências ocorridas na sala operatória e na recuperação anestésica, informações quanto a sondas, drenos e cateteres, evolução durante a permanência na SRPA e cuidados especiais no pós-operatório imediato e mediato.⁷ O conteúdo dos relatórios deve priorizar o cuidado ao paciente, constituindo-se em uma Sistematização da Assistência mais completa e lógica.

As entrevistas também revelaram a importância do registro das intercorrências durante o transcorrer do procedimento anestésico-cirúrgico.

Pra tirar o bebê, foi retirado o bebê, o bebê nasceu paradinho, fez os primeiros cuidados, os primeiros socorros, mas não teve sucesso. Na cesária a paciente começou a passar mal, saturação caiu, pressão arterial caiu e teve que ser submetida a uma anestesia e intubar, uma anestesia geral. (E1)

(...) se tem alguma intercorrência ou não, se tem tipo paciente está com uma PA normal ou uma queda brusca de PA. (E2)

Ressaltamos também que a SAEP é uma determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para respaldo da enfermagem em CC. Por meio da Lei nº8.078, de 11 de setembro de 1990,⁸ cabe ao profissional e/ou à instituição provar que prestou assistência adequada sem levar o paciente a riscos e danos. Constitui-se em um documento legal, que poderá respaldar a instituição ou o profissional com os registros em impresso próprio da SAEP.⁹

Para finalizar a primeira categoria que aborda o registro da trajetória do paciente pelo período transoperatório, destaca-se que os entrevistados se referiram aos principais acontecimentos intraoperatórios e todos apresentaram unidades de significados que construíram esta categoria. Falas como:

É basicamente isso, agora quando a cirurgia é simples, que não acontece nada, coloco o ideal, punctionou veia, paciente bem, transoperatório sem anormalidades, encaminhamento para a SRPA, só assim que eu coloco. (E3)

A SAE esclarece no registro de enfermagem as quatro etapas essenciais: a determinação de prioridade, o estabelecimento de resultados esperados, a determinação das intervenções e o registro ou a individualização do plano de cuidados. Representa, portanto, uma sequência lógica, que evita erros de assistência e com uma visão holística do paciente.¹⁰

Nesta categoria, foram incluídos também os limites e as dificuldades do registro de enfermagem. Estão descritos os obstáculos para realização dos relatórios de enfermagem, principalmente, relacionados com a falta de tempo e com o condicionamento criado pela rotina dos acontecimentos. Ou seja, para os técnicos de enfermagem, muitas vezes, as anotações podem ser abreviadas, utilizando-se poucas palavras, mesmo que isto deixe evidente a ausência de uma visão holística sobre o cuidado com o paciente cirúrgico e explicita lacunas de informações relevantes. Apareceram falas que expressam o registro automatizado, como “sem intercorrências”, “sem anormalidades”, como se demonstra a seguir:

[...] se não tiver, aí eu coloco sem anormalidades no transoperatório [...] se não também coloco sem anormalidades no relatório. (...) (E6)

As consequências das anotações genéricas e incompletas são as que, muitas vezes, viram rotina e tudo passa a ser justificativa para realizarem de forma sucinta, mesmo que ocorram leves ou grandes alterações. Os funcionários interpretam como normal ou sem importância, pois encontram as mesmas alterações em vários pacientes e, assim, têm segurança em prestar um atendimento rápido perante os fatos ocorridos.

Esse achado é confirmado também em um trabalho, cuja autora concluiu que existem fatores extrínsecos e intrínsecos que determinam essa situação, sustentando a crença comum da resistência na não realização dos registros de enfermagem. Entre os fatores extrínsecos, encontram-se a inflexibilidade dos sistemas de registros e a falta de tempo. Os fatores intrínsecos citados foram a falta de confiança nas expressões escritas, uma tendência a sucumbir às normas referentes aos registros e as dificuldades em articular a natureza da prática de enfermagem. Sobre esse aspecto, é importante lembrar que se uma ação não foi registrada legalmente ela pode ser interpretada como não tendo sido realizada. Esses fatores que emergiram demonstram impedimentos a uma documentação oficial e fidedigna.¹¹

Na segunda categoria, nos deparamos com **o significado do relatório de enfermagem como um instrumento valorativo**. A compreensão do registro de enfermagem como uma forma valorizada ou não surgiu entre as falas dos entrevistados.

Pra mim o significado é muito importante, qual o significado dele? É um documento para você. (E2)

Vou ser bem sincera. Eu acho que ninguém lê relatório de enfermagem [...] porque fora disso, se não aconteceu nada, se foi tudo bem, se o paciente logo teve alta, tipo não aconteceu nada, ninguém vai ler agora [...] fora disso, ninguém lê. (E3)

O fato dos relatórios serem pouco lidos, muitas vezes é desencadeador da motivação ou não para efetuar os registros do período transoperatório. Um estudo sobre esta temática¹⁰ apon-

ta que muitas vezes nos deparamos com tanta dificuldade para desenvolver nosso trabalho que o incentivo e a motivação surgem com a recuperação do paciente, apesar da falta de estrutura, funcionários, equipamentos e companheirismo.

Apesar do conhecimento que possuem sobre os aspectos legais, os entrevistados muitas vezes se sentem desmotivados e sem interesse. Portanto, é importante que cada vez mais os enfermeiros valorizem o trabalho dos técnicos de enfermagem, incentivando-os com programas de educação continuada, para que possam adquirir mais segurança técnica e maior valorização pelo serviço prestado.

A terceira categoria retrata **o significado do relatório de enfermagem como um documento legal**, sendo citado pela maioria dos circulantes.

[...] uma segurança tanto pra mim como para o hospital, entidade ou paciente, por isso acho que tem que ter. (E2)

Eu gosto de colocar tudo que eu vejo assim, eu gosto de colocar tudo porque se acontecer alguma coisa vai estar ali escrito, aconteceu tal coisa, me deixa ver então lá e tem como eu provar que eu fiz aquilo, que eu observei aquilo que está relatado. É uma maneira de se defender, depois se acontece alguma coisa como que você vai provar que fez? (E3)

O relatório de enfermagem é um registro legal e comercial para a instituição de saúde e para a equipe profissional responsável pelo cuidado da pessoa. Tem ainda como finalidade, avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente, além de fornecer dados úteis para pesquisa, educação e planejamentos de longo e curto alcance.¹²

Refletindo sobre o aspecto legal do registro de enfermagem, não podemos nos esquecer da legibilidade da caligrafia do funcionário, do uso de termos técnicos, da sequência de anotação lógica, dos erros corrigidos, sem ocultar a redação anterior.¹³

Para além dos aspectos legais, devemos valorizar o registro de enfermagem na sequência da SAEP, pois, além de melhorar a sistematização da assistência ao paciente, ele também aproxima ainda mais a equipe de enfermagem aos pacientes e familiares, proporcionando maior segurança e tranquilidade para ambas as partes.⁷

Autores¹⁴ alertam que os profissionais de enfermagem deveriam estar atentos quanto ao conteúdo das anotações de enfermagem, “para não serem envolvidos em questões judiciais”, mas se isso acontecer, não poderão se eximir da responsabilidade conferida pela profissão.

Consideramos importante lembrar o artigo 20 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que considera dever desses profissionais “responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.⁸

A análise das três categorias permite observar que, embora ainda com algumas falhas e sem a devida consideração externa, todos os colaboradores desta pesquisa possuem conhecimento quanto à importância do registro de enfermagem bem elaborado. Relatam os detalhes minuciosos quanto ao atendimento ao paciente para que esse possa servir como instrumento contínuo da assistência prestada. Reconhecem o respaldo legal das anotações de enfermagem e as entendem como meio de comunicação com toda

equipe de saúde.

Apresentam as dificuldades em realizar o registro e a não valorização desta atividade em algumas situações. No entanto, reforçam que consideram o relatório de enfermagem como o melhor meio de registro da assistência prestada ao paciente, seja ele manual ou eletrônico.

Sabemos que esta pesquisa possui limitações em relação à discussão abrangente da temática, mas pretende contribuir no sentido de buscar valorizar o conteúdo dos relatórios de enfermagem. Esta valorização acontece tanto como meio de comunicação eficiente e eficaz, como também meio de proteção para o funcionário da equipe de enfermagem. O relatório serve como um registro claro da assistência prestada ao paciente cirúrgico, como base perante uma causa judicial, propiciando uma defesa segura, e também como instrumento para demonstrar a realização de um serviço. E o mais relevante, como a possibilidade de fazer com que cada vez mais a enfermagem aprimore o registro da assistência ao paciente, dando maior visibilidade ao cuidado prestado.

Ressaltamos a necessidade de ampliar esta discussão para os fatores cotidianos que acabam por fazer com que este conhecimento adquirido da necessidade de um bom relatório de enfermagem seja implantado na prática de forma integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que os técnicos de enfermagem, circulantes de sala de operação, atribuíram diferentes significados ao relatório de enfermagem. Estes significados abrangeram a capacida-

de de comunicação, de valorização profissional e de documentação legal dos atos praticados.

Referiram a importância que o relatório de enfermagem tem para o dia-a-dia de uma instituição de saúde, para respaldo individual, institucional e principalmente ao próprio paciente.

O relatório deve registrar todas as condutas tomadas pela equipe de saúde relacionadas ao paciente cirúrgico, esteja ele internado ou em regime ambulatorial, assim como todas as respostas que ele apresentou.

Os participantes da pesquisa demonstraram ter ciência e consciência da legalidade e da responsabilidade perante as informações escritas. Porém, percebem também a não valorização e a falta de leitura rotineira pelos membros da equipe de saúde. Os circulantes consideraram que todos os envolvidos com o cuidado do paciente cirúrgico poderiam se utilizar mais dos conteúdos dos registros de enfermagem para apoiarem as suas condutas.

REFERÊNCIAS

1. Santos NCM. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2008.
2. Kawamoto EE, Fortes JI. Fundamentos de enfermagem. São Paulo: EPU; 1997.
3. Enfermagem cirúrgica. Rio de Janeiro: SENAC; 1996.
4. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005.
5. Carrijo AR. Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola nightingaleana no Brasil (1959-1970) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
6. Carvalho CJA. Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola. Ribeirão Preto: EDUSP; 2005.
7. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2009.
8. Conselho Regional de Enfermagem. Principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo: COREN - SP; 2005.
9. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
10. Toledo MM, Soares TC. A percepção dos enfermeiros sobre sua prática: a ótica do profissional no contexto hospitalar. Nursing (São Paulo). 2008;11(120):214-8.
11. Dalri MCB. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. Rev Esc Enferm USP. 1999;9(33):221-30.
12. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
13. Rossi LA, Ochoa-Vigo K, Pace AE, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enferma-

gem. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(4):390-8.

14. Carrijo AR, Oguisso T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). Rev Bras Enferm. 2006;59(n.esp):454-8.

Autoras

Lidiane Frasson Gaspareli

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Coordenadora do Centro Cirúrgico e da Central de Material e Esterilização do Hospital Sociedade Beneficente Nossa Senhora Auxiliadora de Três Lagoas (MS).

Mara Lúcia Garanhani

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Vice-coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UEL.

ERWIN GUTH

INSTRUMENTAL PARA VIDA

Juntos, trazendo inovação

SIRAH

Rastreamento inteligente



Agradecemos sua visita
ao nosso estande.

Nos vemos no próximo
Congresso da SOBECC
em 2011.



11 4166-3902
vendas@erwinguth.com.br
www.erwinguth.com.br

Visite nosso site:
www.sirah.net.br

Sistema Multifuncional Endojet Lavadoras Ultrassônicas

Limpeza eficiente de materiais canulados



PRESERVAÇÃO
DA VIDA



Endojet

Prosonic



SOLUÇÕES EM LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Sistema Multifuncional Endojet

Inovadora: Funcionamento manual ou automatizado.

Bomba de pressurização: Autoaspirante e silenciosa. Bomba com pressostato de segurança.

Entrada: Possui 4 entradas de insumos automáticas, (água e/ou água de Osmose Reversa, detergente, desinfetante e ar).

Limpeza eficiente: A qualidade do processamento de materiais é monitorada por testes de eficiência de limpeza.

Acessórios: Para cada tipo de função.

Lavadora Ultrassônica Prosonic

Silenciosa: Desenvolvida para área hospitalar.

Eficiência e Segurança: Possui resistência embutida, transdutores ultrassônicos (tipo canhão), acessórios específicos para catéteres e materiais canulados, cuba com acabamento sanitário e escoamento de grande vazão.

Inovação: Microprocessada com display alfanumérico interativo e entrada de água automática em todos os modelos.

Capacidade: 20 e 30 litros.

Desempenho: comprovado através de dispositivos existentes no mercado.

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



Labnews

Todo o cuidado para você ter toda segurança

www.grupoldm.com.br