

58

SOBECC

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

NACIONAL

CENTRO DE MATERIAIS

O trabalho no CME e a qualidade na assistência

REVISÃO

Transplante hepático: pesquisa apresenta ações do enfermeiro no intraoperatório

ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA

Equipe de Enfermagem atesta benefícios de estratégias lúdicas no acolhimento de crianças em CC

RELATO

Atuação do Enfermeiro Auditor em Centro Cirúrgico

*Em 8 de março comemora-se o
Dia Internacional da Mulher,
uma data especial para
homenagear quem merece
reconhecimento todos os dias*



E mais:

Hospital em foco: Hospital Vitória é destaque em funcionalidade do fluxo em CC, RA e CME

Título de Especialista: confira normas para obtenção e revalidação

1ª Jornada Científica de Integração Regional Sul - SOBECC

Confira detalhes do evento, que acontecerá no dia 6 de maio, em Porto Alegre (RS)

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

10º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

28 a 31 de julho de 2011, São Paulo (SP)

Veja mais detalhes da programação e inscreva seu artigo científico

• **Presidente:** Janete Akamine • **Vice-presidente:** Marcia Hitomi Takeiti • **Primeira-secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Segunda-secretária:** Andrea Alfaya Acunã • **Primeira-tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Segunda-tesoureira:** Andrea Tamancoldi Couto • **Diretora da Comissão de Assistência:** Soraya Palazzo • **Membro da Comissão de Assistência:** Lígia Garrido Calicchio • **Membro da Comissão de Assistência:** Gessilene de Souza Barbosa • **Diretora da Comissão de Educação:** Aparecida de Cássia Giani Peniche • **Membro da Comissão de Educação:** Zuleica Fazoni Souza • **Membro da Comissão de Educação:** Isabel Miranda Bonfim • **Diretora da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rachel de Carvalho • **Membro da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • **Membro da Comissão de Publicação e Divulgação:** Eliane da Silva Grazziano • **Diretor do Conselho Fiscal:** Ernane de Sousa Almeida • **Membro do Conselho Fiscal:** Simone Batista Neto Arza • **Membro do Conselho Fiscal:** Tania Gryzyp 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 - EEUSP) 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 - EEUSP), 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 - EEUSP), Dr^a Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP), Ms Dulcilene Pereira Jardim (Universidade Santo Amaro - UNISA), Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP), Dr^a Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM), 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.

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

8 ...

HOSPITAL EM FOCO

11 ...

TÍTULO DO ESPECIALISTA

17 ...

REVALIDAÇÃO DO TÍTULO DO ESPECIALISTA

20 ...

10º CONGRESSO DA SOBECC

26 ...

12º CONGRESSO MUNDIAL DE ESTERILIZAÇÃO

31 ...

ARTIGO ORIGINAL

O Impacto do Trabalho do Centro de Materiais na Qualidade da Assistência

40 ...

REVISÃO DE LITERATURA

Intraoperatório de Transplante Hepático: Prática de Enfermagem Baseada em Evidências

48...

ARTIGO ORIGINAL

Estratégias Lúdicas para a Recepção de Crianças em Centro Cirúrgico

56 ...

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Auditoria de Enfermagem em Centro Cirúrgico: Atuação do Enfermeiro Auditor

Mais um ano trabalhando com você, para você!



*Janete Akamine
Presidente da SOBECC*

Após um período de refazimento, necessário para o planejamento das ações deste ano, a SOBECC retoma a programação da educação continuada e do aperfeiçoamento profissional. Nós, membros da Diretoria da Associação, como parceiros de nossos associados, vamos oferecer diversas oportunidades para aplicação do investimento em sua carreira.

Uma das mais importantes iniciativas neste ano é a 10ª edição do Congresso Brasileiro da SOBECC, que acontecerá de 28 a 31 de julho no Palácio das Convenções do Anhembi, em São Paulo, com extensa programação científica, conduzida por profissionais convidados renomados, e exposição tecnológica, com presença das empresas mais significativas do mercado.

A troca de experiência por meio da produção científica é um dos pilares do aperfeiçoamento da Enfermagem Perioperatória. Por isso, converse com seus colegas, desenvolva um tema e inscreva seu trabalho na programação científica do evento. Com certeza, seu relato poderá contribuir para solucionar dúvidas de outros colegas e refletir sobre aspectos importantes da assistência.

Durante o 10º Congresso Brasileiro, também tomará posse a nova Diretoria da SOBECC Nacional para a gestão 2011-2013. Na ocasião, a entidade reassume o compromisso de continuar crescendo cada vez mais, além de gerar conhecimento para seus associados e divulgar a Enfermagem Perioperatória no Brasil e no mundo.

Retomando sua periodicidade, o primeiro número da Revista SOBECC de 2011 apresenta, na sessão Hospital em Foco, um pouco da história do Hospital Vitória, em São Paulo, e publica quatro trabalhos inéditos que nos levam a refletir sobre aspectos específicos da nossa área de atuação.

Na revisão de literatura intitulada “Intraoperatório de Transplante Hepático: Prática de Enfermagem Baseada em Evidências”, as autoras analisaram as ações do enfermeiro e identificaram níveis de evidências e graus de recomendação das intervenções no intraoperatório de pacientes submetidos ao transplante hepático.

O relato de experiência “Auditoria de Enfermagem em Centro Cirúrgico: Atuação do Enfermeiro Auditor” descreve a importância e as dificuldades da auditoria de Enfermagem na área de Centro Cirúrgico, por meio da vivência da primeira autora como enfermeira auditora.

A pesquisa de campo “O Impacto do Trabalho do Centro de Materiais na Qualidade da Assistência” discorre sobre a importância da atuação do Centro de Material e Esterilização na qualidade da assistência prestada ao cliente, identificando os fatores que facilitam e que dificultam a realização da atividade nesta área, na opinião dos próprios funcionários da equipe de Enfermagem.

“Estratégias Lúdicas para a Recepção de Crianças em Centro Cirúrgico” relata uma interessante pesquisa de campo, na qual as autoras discutem a percepção da equipe de Enfermagem acerca da utilização de estratégias lúdicas na recepção das crianças na unidade de Centro Cirúrgico, em um hospital-escola.

Com esses artigos, esperamos contribuir com sua prática profissional diária. Aproveite bem as oportunidades pessoais e profissionais e um feliz 2011!



*Rachel de Carvalho
Diretora da Comissão de
Publicação e Divulgação*

O IMPACTO DO TRABALHO DO CENTRO DE MATERIAIS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

THE IMPACT OF WORK OF CENTRE FOR MATERIALS PROCESSING IN THE QUALITY OF CARE

IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO DE MATERIALES EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA

Ana Cleide Umbelino da Silva Florêncio • Rachel de Carvalho • Gessilene de Sousa Barbosa

RESUMO: Este estudo objetivou conhecer a importância do trabalho do Centro de Material e Esterilização (CME) para a qualidade da assistência prestada ao cliente e identificar os fatores que facilitam e que dificultam a realização do trabalho nesta área. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória, com análise quantitativa, cuja amostra foi composta por 45 profissionais (seis enfermeiros e 39 técnicos), que responderam um questionário, após cumpridos os devidos trâmites ético-legais. A totalidade dos entrevistados acredita que o trabalho do CME reflete diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente. Destacaram como fatores que facilitam sua atuação: trabalho em equipe, respeito, comprometimento, boa interação entre as equipes e liderança, incentivo para o desenvolvimento profissional, entre outros. Dentre os fatores que dificultam o trabalho, foram levantados: materiais que não suprem a demanda dos procedimentos, grande número de prioridades nos atendimentos, falta de iniciativa na tomada de decisões e no planejamento do setor. Concluiu-se que o impacto do trabalho do CME reflete diretamente na qualidade da assistência ao cliente e a equipe que nele atua tem plena consciência disto.

Palavras - chave: Cuidados de enfermagem; Papel do enfermeiro; Esterilização; Almoarifado central hospitalar; Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT: This study investigated the importance of the work of the Centre of Material and Sterilization for the quality of care and to identify factors that facilitate and hinder the work in this area. This is a field research, descriptive and exploratory, with quantitative analysis, whose sample was composed of 45 professionals (six nurses and 39 technicians), who answered a questionnaire after completed the appropriate ethical and legal manner. All the respondents believe that the work of the centre reflects the quality of care provided to patients. The factors that facilitate their work are: teamwork, respect, commitment, good interaction between staff and leadership, incentives for professional development and others. The factors that hinder the work are: insufficient material to supply the demands of procedures, large numbers of priorities in care, lack of initiative in decision making and planning. It was concluded that the impact of the centre work reflects directly on the quality of customer service and staff are fully aware of it.

Key words: Nursing care; Role of the nurse; Sterilization; Warehouse central hospital; Quality of care.

RESUMEN: Se investigó la importancia del trabajo del Centro de Material y Esterilización (CME) para la calidad de la asistencia suministrada a los pacientes y identificar los factores que facilitan y dificultan la realización del trabajo en esta área. Se trata de una investigación de campo, descriptiva y exploratoria, con análisis cuantitativo, cuya muestra estuvo compuesta por 45 profesionales (seis enfermeros y 39 técnicos de enfermería), quienes contestaron a un cuestionario después de cumplidos el trámite ético y legal. Todos los encuestados creen que el trabajo del CME refleja directamente la calidad de la atención suministrada a los pacientes. Los factores que facilitan su trabajo son: el trabajo en equipo, respeto, compromiso, buena interacción entre los equipos y el liderazgo, los incentivos para el desarrollo profesional, entre otros. Los factores que dificultan el trabajo son: materiales que no proveen las demandas de los procedimientos, gran número de prioridades en la asistencia, la falta de iniciativa en la toma de decisiones y la planificación de la sección. Se concluyó que el impacto del trabajo del

CME reflete directamente a qualidade do serviço ao cliente e o grupo que ali atua é plenamente consciente disso.

Palavras - chave: Atención de Enfermería; Rol de la enfermera; Esterilización; Central de Suministros en Hospital; Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico, destinada à recepção, limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento, distribuição e controle dos materiais para as demais unidades hospitalares. ⁽¹⁾ Sua meta é assegurar a quantidade e a qualidade de materiais necessários a todo o hospital, para que os clientes sejam assistidos com eficiência e qualidade. ⁽²⁾

Até o início da década de 1940, a limpeza, o preparo e o armazenamento dos materiais eram realizados pela equipe de enfermagem das próprias unidades. O CME se encarregava exclusivamente de esterilizar materiais e, portanto, a dinâmica do serviço era descentralizada. Em meados da década de 1950, surgiram os CME parcialmente centralizados, nos quais uma parcela dos instrumentais e artigos começou a ser preparada e esterilizada. ⁽³⁾

O avanço tecnológico das últimas décadas do século XX levou ao desenvolvimento vertiginoso dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, o que tornou os artigos e equipamentos cada vez mais complexos e sofisticados. Assim, se firmou a necessidade do aprimoramento contínuo dos processos de limpeza, preparo, desinfecção, esterilização, controle e armazenamento de todo este material. ⁽³⁾

Considerado uma unidade de referência, o CME tem um papel fundamental na assistência e no desenvolvimento das atividades realizadas, ressaltando aspectos estruturais, administrativos, econômicos e técnicos, que visam a garantia da qualidade dos artigos processados. ⁽⁴⁾ Sua grande importância se deve à especificidade das atividades ali desenvolvidas, que envolvem ações de terceiros, como a equipe médica e outros profissionais da enfermagem e de toda a área da saúde, em procedimentos críticos e semicríticos junto aos pacientes. ⁽⁵⁾

A Resolução RDC nº 307, de 14/10/2002, do Ministério da Saúde ⁽⁶⁾, determina que as atividades desenvolvidas no CME basicamente sejam: receber, desinfetar e separar os artigos; lavar os artigos; receber as roupas provenientes da lavanderia; preparar os artigos e as roupas em pacotes; esterilizar os artigos e as roupas, proporcionando condições de aeração dos produtos, conforme necessário; realizar controle microbiológico e de validade dos artigos esterilizados; armazenar e distribuir os artigos e as roupas esterilizados; zelar pela proteção e segurança dos operadores.

Desta forma, o trabalho desenvolvido no CME visa, principalmente, garantir qualidade e segurança no processamento de todos os materiais odonto-médico-hospitalares e, portanto, realiza um trabalho de grande importância na instituição de saúde. ⁽⁷⁾

O CME relaciona-se íntima e integralmente com o cuidado ao paciente; embora não realize a assistência direta, tudo o que faz está relacionado à atenção prestada ao cliente. ⁽⁸⁾

Nos últimos 30 anos, três fatores elevaram ainda mais o CME, relacionados à emergência da infecção hospitalar por microrganismos multirresistentes, à evolução tecnológica dos artigos médico-hospitalares, incluindo a reutilização daqueles originalmente de uso único, e aos riscos ocupacionais. Tais fatores vêm determinando produção de pesquisas e solidificando uma importante área do saber em enfermagem. ⁽⁸⁾

O impacto desse trabalho é frequentemente questionado pelo fato do enfermeiro lidar com materiais e não prestar um cuidado direto ao paciente. ⁽⁸⁾ Porém, para se obter êxito no funcionamento do CME, é necessário o trabalho conjunto de pessoal capacitado para exercer tarefas tão específicas. ⁽³⁾ A unidade deve contar com funcionários em quantidade e qualidade adequadas e que possuam conhecimento técnico e científico para realizar seu trabalho. ⁽⁵⁾

O CME necessita de pessoal adequadamente preparado para atuar em cada área e função que assuma na unidade. Os administradores dos hospitais devem estar conscientes dessa necessidade, dando, portanto, maior atenção a esses profissionais, os quais, embora não estejam prestando assistência direta ao paciente, executam atividades extremamente importantes. ⁽⁵⁾

Na prática da enfermagem, o enfermeiro deve exercer o papel de educador em todos os campos da assistência. Estará sempre comprometido com a função de educar, pois sua atuação envolve ações na área social, no ensino, na pesquisa, na administração, na responsabilidade legal e na participação em associações de classe. ⁽⁵⁾

O profissional que trabalha no CME precisa desenvolver habilidades e maturidade profissional para atender à demanda do trabalho realizado no dia-a-dia da unidade. Necessita sentir-se valorizado e competente em suas tarefas e, dessa forma, alcançar satisfação profissional e social. ⁽⁵⁾

Em vista do exposto, por ser o setor responsável pela previsão e provisão de materiais a todas as unidades que prestam assistência direta aos pacientes, o CME dever ser considerado de extrema importância, tanto do ponto de vista econômico, quanto técnico-administrativo. Tal unidade é tão importante no contexto hospitalar, que pode-se dizer que, de acordo com seu funcionamento, é possível subsidiar a eficiência da assistência prestada ao cliente. ⁽²⁾

Sendo assim, nosso interesse pelo tema surgiu da própria vivência em atuar na unidade como funcionárias e docentes, bem como pela preocupação advinda da percepção de que o trabalho desenvolvido no CME, na maioria das instituições hospitalares brasileiras, não tem o valor ao que lhe faz jus.

OBJETIVOS

- Conhecer a importância do trabalho do centro de materiais e esterilização para a qualidade da assistência prestada ao cliente, segundo a opinião dos funcionários que atuam na unidade;
- Identificar os fatores que facilitam e os fatores que dificultam a realização do trabalho no centro de materiais e esterilização, segundo a opinião dos funcionários.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de nível I, com análise quantitativa dos dados. A pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória é aquela na qual se coleta descrições detalhadas de variáveis existentes e se usa o dado para justificar e avaliar condições práticas de atenção. ^(9,10)

A pesquisa foi desenvolvida no CME de um hospital geral, de grande porte, localizado no município de São Paulo. Fizeram parte da amostra 45 funcionários (seis enfermeiros e 39 técnicos) que atenderam os seguintes critérios de inclusão: atuarem no CME, trabalharem em um dos três turnos (manhã, tarde ou noite) e aceitarem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para a coleta de dados, as autoras elaboraram um questionário (Anexo) constituído de duas partes: a primeira parte composta por questões que caracterizaram a amostra e a segunda composta por cinco questões específicas, que abordaram o trabalho do CME.

Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2009, após aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE, sob protocolo CAAE – 0042.0.028.000-09, bem como depois da autorização do gestor do CME. Os integrantes da equipe de enfermagem foram abordados individualmente e, após conhecerem os objetivos da pesquisa, os que aceitaram participar assinaram o TCLE e responderam o questionário, que foi entregue imediatamente após

respondido. Os resultados foram analisados de acordo com estatística descritiva e são apresentados sob a forma de tabelas e quadros.

RESULTADOS

Os resultados das respostas dos 45 funcionários do CME que fizeram parte da amostra são apresentados de acordo com as questões propostas no questionário (Anexo).

Características sócio-demográficas

No grupo estudado, de 58 funcionários da CME, 45 integrantes da equipe de enfermagem responderam à pesquisa (77,6%), sendo que seis eram enfermeiros (13,3%) e 39 técnicos de enfermagem (86,7%). A maioria era do gênero feminino (36 ou 80,0%) e, portanto, nove do gênero masculino (20,0%). A faixa etária de maior frequência foi entre 30 e 34 anos (13 ou 28,9%), com média de 36,8 anos, como se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos funcionários do CME, segundo faixa etária.

Faixa etária	nº	percentagem
20 a 24 anos	01	2,2%
25 a 29 anos	08	17,8%
30 a 34 anos	13	28,9%
35 a 39 anos	08	17,8%
40 a 44 anos	05	11,1%
45 a 49 anos	07	15,5%
50 a 54 anos	02	4,5%
55 a 59 anos	01	2,2%
Total	45	100,0%

Idade média = 36,8 anos

Tabela 2. Distribuição dos funcionários do CME, segundo tempo de formação profissional.

Faixa etária	nº	percentagem
01 a 04 anos	07	15,6%
05 a 09 anos	15	33,3%
10 a 14 anos	08	17,8%
15 a 19 anos	06	13,3%
20 a 24 anos	04	8,9%
25 a 29 anos	05	11,1%
Total	45	100,0%

Tempo médio de formação profissional = 11,9 anos

Tabela 3. Distribuição dos funcionários, segundo tempo de atuação em CME.

Tempo de atuação	nº	percentagem
menos de 01 ano	01	2,2%
01 a 04 anos	20	44,4%
05 a 09 anos	10	22,2%
10 a 14 anos	08	17,8%
15 a 19 anos	03	6,7%
20 a 24 anos	02	4,5%
25 a 29 anos	01	2,2%
Total	45	100,0%

Tempo médio de atuação no CME = 7,5 anos

Quanto ao tempo de formação, pode-se verificar (Tabela 2) que a maior frequência foi de funcionários da equipe de enfermagem que terminaram seus cursos entre 5 e 9 anos (15 ou 33,3%), com tempo médio de formação de 11,9 anos e quase metade deles (20 ou 44,4%) atuavam em CME de 1 a 4 anos (Tabela 3), com tempo médio de atuação de 7,5 anos.

No que se refere à opção por trabalhar na área, a grande maioria (40 ou 88,9%) respondeu ter escolhido trabalhar no CME, enquanto que apenas cinco funcionários (11,1%) foram para este setor por não haver vagas em outras unidades. Este resultado nos causou satisfação, pois nossa prática demonstra que esta não é a realidade na maior parte das Instituições de saúde do país, uma vez que no CME a assistência prestada ao cliente e à

sua família é caracterizada como cuidados indiretos, o que não atrai muitas pessoas.

Importância e fatores que influenciam o trabalho no centro de materiais e esterilização

Quanto à opinião dos funcionários acerca do trabalho desenvolvido na CME, a totalidade (45 ou 100,0%) respondeu afirmativamente, acreditando que sua atuação reflete diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente. Este também é um dado fundamental, pois reflete a importância que os próprios integrantes da equipe dão às atividades que realizam no dia-a-dia. Ao justificarem suas respostas afirmativas, os funcionários destacaram o que se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1. Respostas dos funcionários quanto à importância do trabalho do CME para a qualidade da assistência.

Trabalho do CME e qualidade da assistência	Número de respostas*
Controle de infecção e qualidade do material esterilizado	13
Primordial trabalho, pois sem a esterilização não haveria procedimentos cirúrgicos	13
Responsabilidade no preparo dos materiais garante bom resultado	10
Segurança desde o processo até o armazenamento	06
Início do processo, limpeza do material e processo final	03
Envolvimento no trabalho faz a diferença	02
Total	47

* O número de respostas excede o número de sujeitos, visto que cada um poderia apontar mais de uma descrição de importância do trabalho no CME.

Do total de respostas fornecidas pelos funcionários sobre a descrição da importância do seu trabalho no CME, 13 das respostas referiam-se ao controle de infecção, aliado ao reflexo que este controle exerce sobre a qualidade do material esterilizado e igual incidência de respostas (13 funcionários) recaiu sobre

o fato de que o trabalho nesta área é primordial, uma vez que se não houvesse processos de esterilização eficientes e eficazes, não seria possível a realização de quaisquer procedimentos anestésico-cirúrgicos, além de tantos outros realizados em todas as unidades hospitalares, como curativos, passagem de sondas vesicais, suturas, entre outros.

Quadro 2. Respostas fornecidas pelos funcionários em relação à visão dos colaboradores de outros setores quanto ao trabalho do CME.

Visão dos funcionários de outros setores quanto ao trabalho no CME	Número de respostas
Não valorizam e desconhecem a verdadeira importância do trabalho executado pelo técnico de enfermagem no CME	13
Acreditam que as atividades realizadas no CME não necessitam de conhecimento técnico e científico e que simplesmente "lavamos louças"	12
Demonstram discriminação e preconceito	05
Demonstram visão do que não conhecem e desvalorizam nosso trabalho	04
Pensam que é um local de trabalho para profissionais em fim de carreira, problemáticos e que têm dificuldades de relacionamento	03
Valorizam e consideram nosso trabalho importante	02
Desconhecem o impacto do trabalho realizado no CME	02
Por não prestarmos uma assistência direta ao paciente, acreditam que só sabemos lidar com instrumentais e equipamentos	02
Desconhecem a importância do CME na prevenção de infecções	02
Total	45

Perguntamos aos funcionários do CME o que eles pensam acerca da visão que os profissionais de outros setores têm em relação ao

trabalho por eles desenvolvido. As respostas nos surpreenderam, pois houve muito maior incidência de aspectos negativos e até pejorativos, como quando disseram que os colegas de outras áreas não valorizam ou desconhecem a importância das atividades executadas (13 funcionários) ou mesmo não acreditam que seja necessário um amplo conhecimento técnico-científico para atuar em CME (12 respostas). Apenas dois funcionários destacaram aspectos positivos, ao considerarem que seu trabalho é valorizado e considerado importante por outros colegas.

Quadro 3. Fatores que facilitam o trabalho no CME, segundo a opinião dos funcionários.

Fatores facilitadores do trabalho no CME	Número de respostas*
Trabalho em equipe, respeito, comprometimento e interação com o CC	32
Incentivo para o desenvolvimento profissional, investimentos em cursos e treinamentos	24
Líder interagir com a equipe diante de mudanças, dar respaldo frente aos problemas e boa coordenação de enfermagem	22
Novos equipamentos e tecnologia avançada	17
Boa comunicação / interação entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem	12
Disponibilidade de materiais para atender a demanda de procedimentos e estrutura física adequada	11
Organização entre os próprios funcionários	11
Total	129

* O número de respostas excede o número de sujeitos, visto que cada um poderia apontar mais de um aspecto que facilita o trabalho no CME.

Os funcionários do CME apontaram 129 respostas referentes aos fatores que facilitam sua atuação no setor. Estas respostas foram agrupadas por categorias, sendo as mais destacadas: trabalho em equipe, respeito, comprometimento e interação com o CC (32 respostas), incentivo para o desenvolvimento dos profissionais,

por meio de cursos de atualização e treinamentos (24 respostas) e boa interação do líder com sua equipe, oferecendo respaldo frente às dificuldades enfrentadas (22 respostas). Destacamos que foram fornecidas muitas respostas com ênfase nos aspectos interativos entre os próprios funcionários do setor, os funcionários e a chefia e os funcionários do CME com os de outros setores, especialmente os do CC.

Quadro 4. Fatores que dificultam o trabalho no CME, segundo a opinião dos funcionários.

Fatores dificultadores do trabalho no CME	Número de respostas*
Materiais que não suprem a demanda de procedimentos; muitas prioridades de atendimento	25
Falta de iniciativa na tomada de decisão e no planejamento do setor	20
Falta de espírito de equipe, compreensão, comprometimento e interação entre a equipe de enfermagem	15
Alto grau de estresse, alta pressão e incompreensão da equipe médica que não conhece os processos de esterilização	13
Passagem de plantão incompleta, carros de desmontagem de sala inadequados e pesados, planta física inadequada e ambiente não climatizado no CME	13
Falta de funcionários, escala de trabalho sobrecarregada	12
Falta de comunicação entre CC e CME	09
Falta de organização dos instrumentais vindos da sala cirúrgica	07
Total	114

* O número de respostas excede o número de sujeitos, visto que cada um poderia apontar mais de um aspecto que dificulta o trabalho no CME.

Quanto aos fatores que dificultam o trabalho no CME, os funcionários apontaram 114, sendo os mais frequentes: falta de materiais para suprir a alta demanda e atender as prioridades dos procedimentos realizados CC (25 respostas), falta de iniciativa

na tomada de decisão e de planejamento frente ao volume de trabalho executado no setor (20 respostas) e falta de espírito de equipe, compreensão, comprometimento e interação entre a equipe de enfermagem (15 respostas). Percebe-se maior incidência de aspectos relacionados à alta demanda de cirurgias, o que gera grande volume de trabalho na central de materiais.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo acerca do impacto do trabalho do CME mostrou um aspecto bastante positivo ao se verificar que a totalidade dos funcionários que compuseram a amostra (45 ou 100,0%) acreditam que a sua atuação reflete diretamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, não só no Centro Cirúrgico (CC), mas em todos os setores que compõem a macroestrutura hospitalar. Esta importância é destacada no próprio conceito de CME, que é considerado como uma unidade de apoio técnico, cuja finalidade é fornecer produtos para a saúde em condições adequadas de processamento, proporcionando condições para o atendimento direto e a assistência aos indivíduos enfermos e sadios^(3,6).

O reconhecimento da importância do próprio trabalho e o diferencial da atuação no CME podem estar ligados à escolha que a maioria dos profissionais (40 ou 88,9%) fez ao optarem por trabalhar em um centro de materiais. Quando a motivação está presente, reflete satisfatoriamente no desempenho das atividades propostas e, conseqüentemente, na qualidade da assistência ao paciente. Esta satisfação pessoal é um diferencial competitivo e trata-se de algo que invariavelmente traz benefícios a todos os envolvidos no processo (funcionários, instituição e especialmente clientes). Pessoas satisfeitas são mais competentes, trabalham mais motivadas e alcançam mais resultados positivos⁽¹¹⁾.

Este resultado apresenta-se em concordância com os encontrados em um estudo realizado em Unidades de CME de hospitais de Campinas (SP), onde foram entrevistadas dez enfermeiras, que referiram que o trabalho no CME está diretamente ligado à assistência ao cliente. A maioria das enfermeiras avaliou claramente este trabalho com subsídio na qualidade e na segurança para a assistência ao cliente. A qualidade da assistência está intimamente relacionada à qualidade do material utilizado, uma peça decisiva na qualidade do cuidado a ser prestado. Assim, todas as atividades realizadas no CME são desenvolvidas em

função da qualidade da assistência ao paciente ⁽⁸⁾.

Pode-se inferir que a crença que os funcionários têm de que o impacto do trabalho do CME é proporcionar qualidade na assistência ao cliente, deve ser fundamentada em conhecimentos técnico-científicos e humanísticos, proporcionando melhor desempenho à equipe de enfermagem.

Quanto às respostas dos funcionários em relação aos fatores que facilitam o trabalho no CME, apareceram 129 facilitadores, dentre os quais destacaram-se: trabalho em equipe, respeito, comprometimento e interação com o CC, incentivo para o desenvolvimento profissional e interação do líder com a equipe. Verifica-se que muitas respostas enfatizam aspectos relacionais entre os próprios funcionários, os funcionários e a chefia e os funcionários do CME com os de outros setores.

Nossos resultados estão de acordo com os encontrados em um estudo desenvolvido em instituições de Curitiba (PR), onde foram entrevistadas 15 enfermeiras de CME e a maioria identificou que os instrumentos do processo de trabalho que cooperam para facilitar sua atuação são essencialmente a comunicação e o relacionamento interpessoal. Além destes, foram considerados também o trabalho em equipe, a participação ativa e o envolvimento de todos frente às tarefas realizadas ⁽¹²⁾.

Identificamos em outro estudo, realizado em um hospital geral e privado do município de São Paulo, que para os 21 colaboradores do CME entrevistados, os mesmos fatores facilitadores funcionam

como pontos de partida para promover uma atmosfera mais intelectual no setor, por meio de programas de educação em serviço, organização racional e valorização do trabalho, além de interação multiprofissional ⁽¹³⁾.

O incentivo profissional é um fator importante para os funcionários, à medida que têm oportunidade de realizar, pela instituição, cursos de atualização e treinamentos, que visem ampliar seus conhecimentos e melhorar a qualidade da assistência prestada. Um estudo ⁽⁵⁾ vem reforçar a importância da prática da educação continuada e seus reflexos positivos na atuação da equipe de enfermagem que trabalha em centro de material.

Neste cenário, autores ⁽¹⁴⁾ se preocupam com os trabalhadores de enfermagem que ainda atuam em CME sem formação específica na área, o que se torna um desafio para o enfermeiro responsável pela unidade, para a instituição e para todo o setor saúde. No estudo citado ⁽¹⁴⁾, 20% dos 75 funcionários entrevistados, ou seja, 15 deles, não tiveram treinamento para atuarem no setor, aprendendo a rotina com os demais colegas e, mesmo não sendo esta a realidade da Instituição sede do presente estudo, é um fato que deve ser discutido e receber a devida atenção, por ainda ser uma realidade em várias regiões do nosso país.

Quanto às respostas dos funcionários em relação aos fatores que dificultam o trabalho no CME, foram destacados 114 aspectos, sendo que a falta de materiais para suprir a demanda dos procedimentos e o excesso de prioridades no atendimento foram os itens mais

citados pelos funcionários, seguidos pela falta de iniciativa na tomada de decisão e no planejamento do setor.

Quando os funcionários se referem à falta de materiais, esta é representada pela dificuldade no agendamento cirúrgico, uma vez que o dimensionamento do inventário é baseado na média do volume cirúrgico por especialidade. Desta forma, a consequente falta de materiais é ocasionada pela concentração de especialidades no agendamento e melhorias estão sendo realizadas junto às equipes médicas, a fim de que os agendamentos por especialidades sejam diluídos. É bom lembrar que estamos diante de um CME que atende um hospital de mais de 500 leitos, com dois centros cirúrgicos (total de 32 salas operatórias), onde são realizados, em média, 2.500 procedimentos anestésico-cirúrgicos mensais; isto sem falar das demais unidades que o setor atende.

Existe também o fato de que em uma instituição de excelência, como a deste estudo, sempre se trabalha com prioridades, sejam elas dos clientes médicos ou dos clientes internados, fato que aumenta ainda mais o nível de pressão exercido sobre os colaboradores.

No que se refere à tomada de decisões, ao planejamento do setor e à falta de espírito de equipe, compreensão, comprometimento e interação, é claro que se a presença destes aspectos são facilitadores, sua ausência dificulta a realização do trabalho no CME.

Sendo esta área de importância fundamental para a assistência ao cliente, seja ele cirúrgico ou não, a previsão de recursos humanos e materiais deve ser

prioritária para seu funcionamento ideal. O enfermeiro, responsável pela unidade, deve levar em conta o número de leitos do hospital, o tipo e a finalidade da instituição, os recursos e equipamentos disponíveis, a padronização de técnicas, o regime de trabalho e, essencialmente, o período de maior funcionamento ^(2,3).

Desta forma, o CME “deve ser considerado o cartão de visitas de uma instituição, pois é a unidade que responde pelo preparo, distribuição e controle dos materiais hospitalares e que tem por finalidade assegurar a quantidade e a qualidade de materiais necessários a todo o hospital, para que os pacientes possam ser assistidos com segurança” ⁽²⁾.

CONCLUSÕES

As respostas dos 45 integrantes da equipe de enfermagem que atua no CME levaram-nos a concluir que:

- a totalidade dos funcionários reconhece que o trabalho que desenvolvem reflete diretamente na qualidade da assistência prestada ao cliente;
- quanto aos fatores que facilitam sua atuação no CME, os mais citados foram: trabalho em equipe, respeito, comprometimento e interação; incentivo profissional, sob a forma de investimentos em cursos e treinamentos; interação da liderança com a equipe e boa coordenação de enfermagem;
- os fatores que mais dificultam a atuação no CME, segundo a opinião dos funcionários incluíram: materiais que não suprem a demanda dos procedimentos, com prioridades de atendimento; falta

de iniciativa na tomada de decisão e no planejamento da unidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações gerais para central de esterilização. Brasília; 2001.

2. Carvalho R. Centro de material e esterilização. In: Rodrigues AB, Silva MR, Oliveira PP, Chagas SSM. O guia da enfermagem: fundamentos para assistência. São Paulo: Iátria; 2008. p.129-43.

3. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

4. Lopes DFM, Silva A, Garanhani ML, Merighi MAB. Ser trabalhador de enfermagem da unidade de centro de material: uma abordagem fenomenológica. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):1-16.

5. Souza MCB, Ceribelli MIPF. Enfermagem no centro de material esterilizado: a prática da educação continuada. Rev Latino-Am Enferm. 2004;12(5):767-74.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União [periódico na Internet]. 2002 nov. 18 [citado 2010 fev.

22]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/307_02rdc.htm

7. Araújo GA, Santos IBC, Oliveira EF. Reflexões sobre o desempenho dos colaboradores no centro de material e esterilização. Rev SOBECC. 2006;11(4):31-6.

8. Bartolomei SRT, Lacerda RA. Trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(3):412-7.

9. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2009.

10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

11. Shinyashiki R. O sucesso é ser feliz. Medicis: Rev Cult Ci Saúde. 2000; 3:14-5.

12. Taube SAM, Meier MJ. O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):470-5.

13. West AAR, Lisboa MALP. Satisfação no trabalho e perfil dos funcionários do centro de material e esterilização. Rev SOBECC. 2001;6(4):17-21.

14. Tipple AFV, Souza TR, Bezerra ALQ, Munari DB. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):173-80.

ANEXO – Questionário: O impacto do trabalho do centro de materiais na qualidade da assistência

Parte I – Caracterização da amostra

Gênero: () M () F Idade: ____ anos

Tempo de formação profissional: _____ anos

Tempo de atuação no CME: _____ anos

Opção pelo trabalho em CME: () Sim () Não

Parte II – Importância e fatores que influenciam o trabalho no CME

1. Você acredita que o trabalho desenvolvido no CME reflete diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente? () Sim () Não

2. Descreva a importância do trabalho do CME para qualidade da assistência.

3. Em sua opinião, qual é a visão dos funcionários de outros setores quanto ao trabalho no CME? _____

4. Cite 3 (três) fatores que facilitam seu trabalho no CME.

1) _____

2) _____

3) _____

5. Cite 3 (três) fatores que dificultam seu trabalho no CME.

1) _____

2) _____

3) _____

Autoras

Ana Cleide Umbelino da Silva

Florêncio

Enfermeira, Graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Enfermeira do Centro de Materiais do HIAE.

Rachel de Carvalho

Enfermeira, Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem do HIAE.

Gessilene de Sousa Barbosa

Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico, Enfermeira Sênior do Centro de Materiais e Esterilização do HIAE.



Nós cuidamos da saúde do seu hospital.



Certificados

Certificado de Boas Práticas de Armazenagem e Distribuição de Produtos para a Saúde e Medicamentos

Garantia de Qualidade

A ampla linha de soluções 3Albe é composta por produtos especialmente desenvolvidos para eliminar o risco de infecções hospitalares onde profissionais da saúde e seus pacientes convivem dia a dia. Possui equipe especializada e qualidade preservada pelas melhores práticas de armazenamento e distribuição conforme as Certificações ISO 9001:2008 e da ANVISA. Afinal, cuidar da saúde das pessoas é também cuidar da saúde do seu hospital.



Soluções com qualidade em produtos e serviços à saúde.

INTRAOPERATÓRIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

INTRAOPERATORY OF LIVER TRANSPLANTATION: EVIDENCE BASED NURSING PRACTICE

**INTRAOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO: PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA
BASADA EN PRUEBAS**

Josely Santana de Amorim • Aneilde Maria Ribeiro de Brito • Fabiane Figueiredo Silva • Joana Mara Assunção • Josielle de Lima Pires Pimenta • Michelly Keesen Batista Resende

RESUMO: A prática baseada em evidências transforma o cuidado do enfermeiro em uma avaliação crítica, proporcionando a tomada de decisão integrada à experiência clínica individual baseada em uma melhor evidência clínica externa. Este estudo visa analisar ações assistenciais do enfermeiro e identificar níveis de evidências e graus de recomendação das intervenções de enfermagem no intra-operatório do transplante hepático. Trata-se de revisão bibliográfica composta por artigos que foram analisados e interpretados de acordo com Bork e Minatel (2005). Foram obtidos 12 artigos relacionados às intervenções de enfermagem, como posicionamento do paciente na mesa cirúrgica, cateterismo vesical de demora, prevenção de hipotermia, trombose venosa profunda e de lesões cutâneas por pressão. Conclui-se que o enfermeiro que atua no período intraoperatório de transplante hepático busca realizar ações embasadas no conhecimento científico, prestando assistência direcionada ao hepatopata, prevenindo possíveis danos que podem ser causados ao paciente.

Palavras-chave: Enfermagem prática; Transplante hepático; Tomada de decisões.

ABSTRACT: The evidence-based practice transforms the care of nurses in a critical evaluation, providing a decision-making integrated with an individual clinical experience based on better external clinical evidence. This study aims to analyze the nursing care actions and identify levels of evidence and grades of recommendation for nursing interventions in the surgery of liver transplantation. It is a literature review of the practices of nurses in the surgery of liver transplantation, consisting of articles that were analyzed and interpreted according to Bork and Minatel (2005). We obtained 12 articles related to nursing interventions such as positioning the patient on the surgical table, bladder catheterization of delay, avoidance of hypothermia, deep vein thrombosis and skin lesions by pressure. It is concluded that the nurse who works during the surgery of liver transplant pursuit perform actions based on scientific knowledge by providing targeted assistance to the hepatopatic, reducing possible damage can be caused to the patient.

Key words: Practical nursing; Liver transplantation; Decision making

RESUMEN: La práctica basada en la evidencia transforma el cuidado enfermero en una evaluación crítica, proporcionando la toma de decisiones integrada a la experiencia clínica individual basada en una mejor evidencia clínica externa. Este estudio tiene como objetivos examinar las acciones de atención de enfermería y de identificar los niveles de evidencia y grados de recomendación para las intervenciones de enfermería en la cirugía de trasplante de hígado. Se trata de una revisión de la literatura de las prácticas de enfermería en la cirugía de trasplante de hígado, que consta de artículos que fueron analizados e interpretados de acuerdo con Bork y Minatel (2005). Se obtuvieron 12 artículos relacionados con intervenciones de enfermería como el posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica, el cateterismo vesical de retardo, prevención de la hipotermia, la trombosis venosa profunda y lesiones cutáneas por presión. Se concluye que la enfermera que trabaja en el intraoperatorio de trasplante hepático busca realizar acciones basadas en el conocimiento científico y, al proporcionar asistencia específica a esos pacientes, previene posibles daños que les puedan ocurrir.

Palabras-clave: Enfermería; Trasplante hepático; Toma de decisiones.

INTRODUÇÃO

A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem que busca definir um problema e avaliar criteriosamente as evidências disponíveis. Para realização da PBE o enfermeiro necessita ter conhecimento e competência para interpretar resultados oriundos de pesquisas, desenvolvendo um julgamento clínico e encontrando uma resposta para melhorar a assistência prestada. Desta forma, o objetivo da PBE é centrado na utilização dos resultados de pesquisas voltadas para a qualificação da assistência a saúde, em amplos níveis de atenção. ⁽¹⁾ A qualidade da evidência é atribuída pela sua validade, relevância e aplicabilidade na assistência em saúde; as evidências devem ser buscadas para sustentar as decisões clínicas de diagnósticos, intervenções e resultados. ⁽²⁾

O transplante hepático é um procedimento cirúrgico complexo, destinado aos pacientes portadores de lesão hepática irreversível e sem outra forma de tratamento possível, possibilitando a reversão do quadro clínico. ⁽³⁾ Diante da debilidade orgânica e sistêmica do paciente hepatopata grave, faz-se necessária uma atuação de profissionais capacitados e qualificados no tratamento e no atendimento, com o objetivo de manter uma estabilidade favorável até a realização do transplante.

O enfermeiro atuante no Centro Cirúrgico (CC) deverá aplicar seus conhecimentos ao atendimento deste paciente, que possui uma série de disfunções

orgânico-metabólicas que propiciam o aparecimento de injúrias no período intraoperatório. O profissional deverá ser capacitado para atender as diversas fases do transplante e as necessidades de cuidados mais complexos que estes pacientes demandam. ⁽⁴⁾ Após admissão no CC, o receptor do transplante hepático deverá ser acolhido pelo enfermeiro na sala cirúrgica e, posteriormente, ser posicionado dorsalmente na mesa cirúrgica, previamente preparada pela equipe de enfermagem, com colchão térmico.

Ao ter recebido cuidados de enfermagem para manutenção da integridade da pele e prevenção de hipotermia, o paciente é monitorado pela equipe de anestesia. ⁽⁴⁾ Durante o intraoperatório, o enfermeiro auxilia os anestesiológicos na passagem do cateter de *Swan Ganz* e nas punções de veias calibrosas para infusões de líquidos, além de supervisionar outras tarefas desempenhadas pela equipe de enfermagem, bem como manter as técnicas assépticas no campo cirúrgico, orientar os cuidados durante o transporte do paciente para o Centro de Terapia Intensiva e realizar evolução de enfermagem. ⁽³⁾

O transplante hepático é considerado um procedimento cirúrgico de grande porte, com duração média de aproximadamente cinco horas; em consequência disso, o paciente permanecerá imóvel, podendo acarretar agravos ao sistema circulatório e tegumentar. Alguns autores relatam que a imobilização prolongada na mesma posição cirúrgica pode trazer sérias consequências para o paciente. Por isso, os enfermeiros devem avaliar os fatores de risco (idade, duração da anestesia

e da cirurgia, antecedentes pessoais), auxiliando a equipe médica na escolha do método preventivo da Trombose Venosa Profunda (TVP), minimizando e evitando os efeitos adversos que podem ocorrer. ⁽⁵⁾ Portanto, as intervenções de enfermagem durante o ato cirúrgico são determinantes para uma boa evolução clínica, decorrentes da imobilização prolongada.

É comum a hipotermia intraoperatória, desencadeada por um descontrole termorregulatório provocado pela anestesia, pelo tipo ou dimensão da cirurgia e pelo ambiente cirúrgico. Este descontrole causa severas consequências e alterações fisiológicas, como diminuição do fluxo sanguíneo em todos os sistemas e arritmia cardíaca. ⁽⁶⁾

O enfermeiro deverá planejar a assistência para prevenir a hipotermia, desde a organização da sala cirúrgica, providenciando a climatização ambiental, até intervenções direcionadas ao conforto do paciente, como uso de colchão térmico e de ataduras de algodão ortopédico nos membros inferiores. Alguns estudos relatam que o enfermeiro da equipe é responsável pela conferência de todo o material na sala, pela inserção da sonda vesical de demora no paciente, além da degermação do sítio cirúrgico e aquecimento de soluções fisiológicas para prevenir hipotermia. ⁽⁴⁾

Nesse contexto, emergiu o problema de pesquisa a ser investigado: as ações do enfermeiro durante as atividades desenvolvidas no intraoperatório do transplante hepático são realizadas de forma empírica ou esta prática é consolidada por evidências científicas

que contribuem para o bem-estar do paciente hepatopata grave?

Para responder este questionamento, considera-se de grande relevância investigar a literatura para contribuir com informações sobre a assistência prestada pelo profissional enfermeiro no CC e melhorar a assistência prestada ao paciente hepatopata grave no intraoperatório do transplante hepático.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos analisar e descrever as ações assistenciais do enfermeiro no intra-operatório do transplante hepático e identificar os níveis de evidências e graus de recomendação das intervenções de enfermagem no período intraoperatório do transplante hepático.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura sobre a prática do enfermeiro no período intraoperatório do transplante hepático baseada em evidências científicas. Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizado um levantamento de artigos científicos que abordam a atuação do enfermeiro no intraoperatório de transplante hepático.

A busca do material realizou-se no período de agosto de 2008 a fevereiro de 2009, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Centro Especializado da Organização Pan-Americana de Saúde (BIREME), Base

de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Google Acadêmico*. Para a busca foram utilizados os descritores: Enfermagem, Transplante hepático e Prática baseada em evidências.

A busca direcionou-se a artigos científicos relacionados à assistência de enfermagem no transplante hepático, do período de 1990 a 2009, como critério de inclusão. Este período justifica-se devido ao avanço, na área terapêutica do transplante hepático, ocasionado pela descoberta do imunossupressor denominado Ciclosporina®, na década de 1980, contribuindo para a expansão de diversos estudos acerca da evolução dos transplantes de órgãos e tecidos.

Na busca, encontrou-se 253 artigos científicos que abordavam temas relacionados aos cuidados de enfermagem no transplante hepático. Após este levantamento, realizou-se uma leitura prévia dos resumos dos artigos que continham intervenções relacionadas às ações de enfermagem realizadas no intraoperatório do transplante hepático, sendo excluídos aqueles que não se encaixavam neste critério. Com base nesta primeira leitura, fez-se uma seleção dos trabalhos que foram, a seguir, examinados detalhadamente.

Mediante a leitura dos títulos e dos resumos, selecionou-se uma amostra de 47 artigos, efetuando a leitura na íntegra, a fim de identificar os cuidados realizados pela enfermagem durante o período intraoperatório, sendo estes: posicionamento do paciente, uso do colchão térmico, cateterismo vesical de demora, aplicação de campos impermeáveis, enfaixamento dos membros inferiores com

algodão ortopédico e atadura de crepom e aplicação de coxins na região poplíteia e nos calcâneos.

Na segunda leitura, foram selecionados 12 artigos, sendo possível identificar os cuidados de enfermagem. Realizou-se leitura analítica, com o objetivo de identificar o tipo de estudo de cada artigo. Por meio da análise metodológica destes, foi possível interpretar o grau de evidência conforme a classificação de Bork e Minatel (2005)⁽⁷⁾, as quais classificaram as evidências por meio de números (Quadro 1). Os resultados obtidos nos artigos foram classificados conforme o grau de recomendações (Quadro 2) sugeridos pelas mesmas autoras.⁽⁷⁾

Quadro 1. Níveis de evidência propostos por Bork e Minatel (2005)⁽⁷⁾.

Níveis de evidência
1) Revisão sistemática
2) Ensaio clínico randomizado
3) Coorte
4) Caso-controle
5) Séries de casos
6) Opinião de especialistas
7) Estudos pré-clínicos (animais / <i>in vitro</i>)

Quadro 2. Graus de recomendação propostos por Bork e Minatel (2005)⁽⁷⁾.

Graus de recomendação
A) Resultado recomenda a intervenção
B) Resultado não é conclusivo – não é suficiente para confirmar a hipótese
C) Resultado contra-indica a intervenção

Após classificação por nível de evidência e por grau de recomendação, os resultados são apresentados em forma de quadros e tabelas, sendo discutidos posteriormente.

RESULTADOS

O profissional enfermeiro destaca-se como líder e integrante da equipe de enfermagem, responsável pelas intervenções realizadas no momento cirúrgico, desde a recepção do receptor do transplante hepático no CC até seu encaminhamento ao Centro de Terapia Intensiva. ⁽³⁾

Durante o período intraoperatório de transplante hepático, o enfermeiro coordena as ações da equipe de enfermagem, prestando os cuidados pertinentes a cada período cirúrgico, acompanhando todo o processo de forma sequencial, nas seguintes etapas: indução anestésica,

hepatectomia, fase anepática, implante do enxerto e revascularização do órgão doado (iniciada na anastomose término-terminal da veia porta, quando todos os clampeamentos são removidos, sendo restaurado o fluxo sanguíneo através da veia cava e da veia porta), fase pós-revascularização (focalizada na hemostasia) e no final, com a instalação de drenos e o fechamento do abdome. ⁽⁸⁾

O receptor do transplante hepático, na maioria das vezes, apresenta um quadro de depleção orgânica, devido à hepatopatia grave, apresentando ascite volumosa, icterícia, edema de membros inferiores, sangramento gastrointestinal, desnutrição, encefalopatia e outros sintomas, conforme o grau de comprometimento do órgão. ⁽³⁾ O enfermeiro deve assistir e planejar a assistência direcionada a este paciente baseada em conhecimento científico aplicado à prática de forma integral e preventiva, segundo as condições

clínicas do paciente. Como forma de intensificar o julgamento clínico do enfermeiro e melhorar a qualidade da assistência prestada, a implementação da prática baseada em evidências (PBE) constitui-se um importante meio e, para tanto, o enfermeiro deve saber como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas e das observações clínicas.

Com base na pesquisa realizada, identificaram-se algumas intervenções de enfermagem de responsabilidade exclusiva do enfermeiro no intraoperatório do transplante hepático, conforme se apresenta no Quadro 3. Estas novas responsabilidades são introduzidas no CC, acarretando diversas mudanças, como educação e treinamento de pessoal, sistema de suporte e outras. ⁽³⁾ O Quadro 4 mostra o nível de evidência e o grau de recomendação de cada um dos artigos utilizados no presente estudo.

QUADRO 3. Intervenções assistenciais de responsabilidade do enfermeiro no intraoperatório de transplante hepático.

Intervenções de enfermagem
Posicionar o paciente em decúbito dorsal
Utilizar colchão térmico
Realizar cateterismo vesical de demora
Realizar enfaixamento dos membros inferiores com algodão ortopédico e atadura de crepom da extremidade do membro até o joelho
Reposicionar o paciente aplicando coxins abaixo dos joelhos e dos calcâneos
Aplicar um impermeável com auxílio de fita adesiva hipoalergênica na linha média axilar até o terço médio da coxa

QUADRO 4. Classificação das intervenções de enfermagem, segundo cada artigo científico, indicando nível de evidência e grau de recomendação.

Intervenções de enfermagem	Artigos	Nível de evidência	Grau de recomendação
Posicionar o paciente em decúbito dorsal	Capela CF, Guimarães SM. Posicionamento cirúrgico e as complicações transoperatórias: recomendações de cuidados intraoperatórios. Rev SOBECC. 2009; 14(1):51-61. ⁽⁹⁾	1	A
Utilizar colchão térmico	Gotardo JM, Silveira RCCP, Galvão CM. Hipotermia no perioperatório: análise da produção científica nacional de enfermagem. Rev SOBECC. 2008; 13(2):40-8. ⁽¹⁰⁾	1	A
	Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL. Controle de temperatura em intervenção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução e condução associada à convecção. Rev Bras Anestesiologia. 2009; 59(1):56-61. ⁽¹¹⁾	5	A
Realizar cateterismo vesical de demora	Stamm AMNF, Coutinho MSSA. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. Rev A. S. S. Med. Brasil. 1999; 45(1):27-33. ⁽¹²⁾	3	A
Realizar enfaixamento de MMII com algodão ortopédico e atadura de crepom da extremidade do membro até o joelho	Souza Neto JL, Oliveira FV, Kobaz AK, Silva MNP, Lima AR, Maciel LC. Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do cateter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. Rev Col Bras Cir 2008; 35(1):28-33. ⁽¹³⁾	3	A
	Ribeiro MA, Garbes Netto P, Lage S G. Desafios na profilaxia do tromboembolismo venoso: abordagem do paciente crítico. Rev Bras Terapia Intensiva. 2006; 18(3):316-9. ⁽¹⁴⁾	1	A
	Nascimento MMM. Prevenção da trombose venosa profunda em cirurgia bucomaxilofacial. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2005; 5(4):9-16. ⁽¹⁵⁾	1	A
	Rodrigues M, Pires M, Santos C, Sousa R. Avanços na prevenção da trombose venosa profunda em urologia. Acta Urológica. 2006; 23(3):31-5. ⁽¹⁶⁾	1	A

Reposicionar o paciente aplicando coxins na região poplíteia e calcâneos	Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. <i>Acta Sci Health Sci.</i> 2007; 29(2):85-9. ⁽¹⁷⁾	5	A
	Faro ACM. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. <i>Rev Esc Enf USP.</i> 1999; 33(3):279-83. ⁽¹⁸⁾	5	A
	Carvalho LS, Ferreira SC, Silva CA, Santos ACPO, Regebe CMC. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. <i>Rev Baiana Saúde Pública.</i> 2007; 31(1):77-89. ⁽¹⁹⁾	5	A
	Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. <i>Rev Latinoam Enferm.</i> 2006; 14(1):124-31. ⁽²⁰⁾	1	A
Aplicar um impermeável com auxílio de fita adesiva hipoalergênica na linha média axilar até o terço médio da coxa	Gotardo JM, Silveira RCCP, Galvão CM. Hipotermia no perioperatório: análise da produção científica nacional de enfermagem. <i>Rev SOBECC.</i> 2008; 13(2):40-8. ⁽¹⁰⁾	1	A

DISCUSSÃO

No transplante hepático, o paciente deverá ser posicionado em decúbito dorsal, para facilitar o ato cirúrgico na região abdominal, onde se realizam incisões subcostais bilaterais (incisão de Chevron). ⁽⁸⁾ Esta posição é recomendada em estudos de revisão sistemática, pois facilita o acesso cirúrgico, a via aérea e a monitorização. ⁽⁹⁾

Os hepatopatas graves apresentam quadros de desnutrição, com grave perda da massa corpórea, em decorrência das alterações verificadas no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, as quais resultam em resistência periférica à insulina, reduzindo as

reservas hepáticas de glicogênio, aumentando o aproveitamento das gorduras para a produção de energia e gerando o catabolismo proteico. ⁽²¹⁾ A condição nutricional deste paciente é um fator contribuinte para perda de calor corporal, associando-se a outros fatores como: tempo prolongado de cirurgia, exposição do paciente ao ambiente frio da sala cirúrgica, inibição direta da termorregulação pelos anestésicos e pela exposição da cavidade. ⁽²²⁾

A interferência dos anestésicos na perfusão sanguínea para as proeminências ósseas favorece a lesão tecidual, o que também pode ocorrer em áreas de compressão com superfícies duras, em pacientes desidratados, caquéticos

ou em procedimentos cirúrgicos com mais de duas horas de duração. ⁽²³⁾ O estado nutricional reduzido prejudica a elasticidade da pele e leva à anemia e à redução de oxigênio nas células, em longo prazo. ⁽¹⁷⁾ Vários nutrientes fundamentais para o adequado estado nutricional do indivíduo têm seu metabolismo prejudicado na hepatopatia crônica, o que determina progressiva deterioração do estado nutricional dos pacientes. ⁽²¹⁾ Devido ao inadequado estado nutricional do paciente, concomitante com o tempo prolongado que envolve a cirurgia de transplante hepático, se faz necessário o uso de dispositivos para prevenção de lesões de pele. Estudo de série de casos indica medidas para controle do excesso de pressão sobre as proeminências ósseas,

protegendo-as com almofadas de espuma ou outros dispositivos que redistribuem o peso e reduzem a pressão. ⁽¹⁷⁾

Na cirurgia de transplante hepático, existem todas as condições supracitadas associadas, o que contribui para maior risco de hipotermia durante o intraoperatório. Para tanto, se fazem necessárias intervenções de enfermagem que minimizem este risco. Um estudo de revisão sistemática sobre hipotermia no perioperatório recomenda o uso do colchão térmico como medida preventiva para auxiliar na manutenção da temperatura, assim como os sistemas ativos de aquecimento cutâneos no intraoperatório (colchão de água aquecida). ⁽¹⁰⁾ São também recomendados os métodos de isolamento passivo como lençóis de algodão e campos impermeáveis, que são eficazes e de baixo custo. O princípio fundamental para a sua utilização consiste em cobrir ao máximo a superfície corporal do paciente na sala de operação. ⁽¹⁰⁾

Em estudo de série de casos, o uso do colchão térmico é recomendado para evitar o desenvolvimento de hipotermia inadvertida no intraoperatório, podendo-se utilizar métodos que limitem a perda de calor cutâneo para o meio ambiente; assim, o colchão de água aquecida representa uma alternativa. ⁽¹¹⁾

Por meio de estudo de coorte, o cateterismo vesical de demora é recomendado somente durante o tempo necessário de monitorização de débito urinário, a fim de prevenir infecções. ⁽¹²⁾ Outro estudo de coorte recomenda usar a sonda vesical de demora entre 3 a 5 dias para evitar infecção do trato urinário ou durante o menor tempo possível. ⁽¹³⁾

O enfaixamento de membros inferiores com algodão ortopédico e atadura de crepom da extremidade até o joelho é indicado, em um estudo de revisão sistemática, para pacientes com alto risco de sangramento, como método mecânico profilático. ⁽¹⁴⁾ Outro estudo de revisão sistemática recomenda a profilaxia da trombose venosa profunda e da embolia pulmonar através de métodos físico-mecânicos, com o objetivo de impedir ou diminuir o risco de tromboembolismo venoso. A finalidade da compressão é aumentar o fluxo de sangue das veias da perna, estimulando a atividade fibrinolítica. ⁽¹⁵⁾ As principais medidas profiláticas têm como objetivo reduzir o “pool” venoso nos membros inferiores, através da variação do posicionamento dos mesmos ou por compressão ativa ou passiva. A compressão dos membros inferiores reduz a estase venosa, sendo recomendada como adjuvante; estudo de revisão sistemática recomenda esta intervenção. ⁽¹⁶⁾

A necessidade circulatória de sangue e albumina para prevenir úlceras de pressão é de cerca de 20mmHg, pois a oclusão capilar e a necrose dos tecidos ocorrem com pressão entre 13 e 34mmHg. Por isso, a redução da pressão local necessita ser acompanhada de adequada redistribuição do peso do corpo, indicando o uso de almofadas e dispositivos de posicionamento, como recomendado em um estudo de série de casos. ⁽¹⁸⁾ Outro estudo de série de casos também indica uso de coxins para reduzir a pressão nas proeminências ósseas. ⁽¹⁹⁾ Em estudo de revisão sistemática, os autores recomendam intervenções eficazes na prevenção de lesões de pele, apontando medidas relacionadas ao

alívio de interface de pressão durante e imediatamente após a permanência do paciente na mesa cirúrgica. ⁽²⁰⁾ As proeminências ósseas são vulneráveis às áreas de pressão em tecidos frágeis; pacientes submetidos a tempo cirúrgico superior a duas horas têm risco de desenvolver úlcera de pressão, fazendo-se necessário o uso de equipamentos e dispositivos apropriados, sendo esta intervenção recomendada em estudo de revisão sistemática. ⁽⁹⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transplante hepático é um procedimento que garante a sobrevivência do paciente. Nesse contexto, o enfermeiro assume um papel indispensável para assegurar o bom andamento do processo cirúrgico, tendo responsabilidades exclusivas nas intervenções assistenciais de enfermagem no período intraoperatório.

Considera-se o enfermeiro atuante no período intraoperatório de transplante hepático indispensável, devendo este, portanto, realizar suas ações embasadas no conhecimento científico, prestando uma assistência direcionada ao paciente hepatopata e prevenindo, de forma eficaz, possíveis danos.

Este estudo apresentou ações assistenciais do enfermeiro classificadas segundo os níveis de evidência e os graus de recomendação das intervenções de enfermagem que devem ser implementadas no intraoperatório do transplante hepático.

REFERÊNCIAS

1. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):43-50.

2. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005;13(3):415-22.
3. Duarte MMF, Salviano MEM, Gresta MM. Assistência de enfermagem em transplante hepático. In: Pereira WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.467-71.
4. 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.
5. Miyake MH, Fonseca RMP. Sistemas de compressão vascular: subsídios para assistência de enfermagem na prevenção de trombose venosa profunda (TVP). *Rev SOBECC.* 2007;12(4):40-5.
6. Tramontini CC, Graziano KU. Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intra-operatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007;15(4):626-31.
7. Bork AMT, Minatel VF. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
9. Capela CF, Guimarães SM. Posicionamento cirúrgico e as complicações transoperatórias: recomendações de cuidados intraoperatório. *Rev SOBECC.* 2009;14(1):51-61.
10. Gotardo JM, Silveira RCCP, Galvão CM. Hipotermia no perioperatório: análise da produção científica nacional de enfermagem. *Rev SOBECC.* 2008;13(2):40-8.
11. Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL. Controle de temperatura em intervenção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução e condução associada à convecção. *Rev Bras Anesthesiol.* 2009;59(1):56-61.
12. Stamm AMNF, Coutinho MSSA. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 1999;45(1):27-33.
13. Souza Neto JL, Oliveira EV, Kobaz AK, Silva MNP, Lima AR, Maciel LC. Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do cateter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. *Rev Col Bras Cir.* 2008;35(1):28-33.
14. Ribeiro MA, Garbes Netto P, Lage SG. Desafios na profilaxia do tromboembolismo venoso: abordagem do paciente crítico. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006;18(3):316-9.
15. Nascimento MMM. Prevenção da trombose venosa profunda em cirurgia bucomaxilofacial. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2005;5(4):9-16.
16. Rodrigues M, Pires M, Santos C, Sousa R. Avanços na prevenção da trombose venosa profunda em urologia. *Acta Urol.* 2006;23(3):31-5.
17. Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. *Acta Sci Health Sci.* 2007;29(2):85-9.
18. Faro ACM. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33(3):279-83.
19. Carvalho LS, Ferreira SC, Silva CA, Santos ACPO, Regebe CMC. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2007;31(1):77-89.
20. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006;14(1):124-31.
21. Parolin MB, Zaina FE, Lopes RW. Terapia nutricional no transplante hepático. *Arq Gastroenterol.* 2002;39(2):1-2.
22. Biazotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, Auler Júnior JOC. Hipotermia no período peri-operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(1):89-106.
23. Matos FGOA, Piccoli M. Diagnóstico de enfermagem risco para lesão perioperatória por posicionamento identificado no período transoperatório. *Rev Ci Cuidado Saúde.* 2004;3(2):195-201.

Autoras

Josely Santana de Amorim

Mestranda em Educação, Docente da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

Aneilde Maria Ribeiro de Brito

Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

Fabiane Figueiredo Silva

Enfermeira, Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

Joana Mara Assunção

Enfermeira, Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

Josielle de Lima Pires Pimenta

Enfermeira, Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

Michelly Keesen Batista Resende

Enfermeira, Graduada pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

ESTRATÉGIAS LÚDICAS PARA A RECEPÇÃO DE CRIANÇAS EM CENTRO CIRÚRGICO

LUDIC STRATEGIES TO RECEIVE CHILDREN IN THE SURGERY SUITE

ESTRATEGIAS LÚDICAS PARA LA RECEPCIÓN DE NIÑOS EN BLOQUE QUIRÚRGICO

Marla Andréia Garcia • Tatiane Roberta Fernandes • Eliana Mara Braga • Silvia Maria Caldeira

RESUMO: O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção da equipe de enfermagem a respeito da utilização de estratégias lúdicas para crianças na recepção da unidade de Centro Cirúrgico (CC) de um hospital escola. Foi uma pesquisa transversal, de campo, com metodologia quanti-qualitativa, na qual a equipe de enfermagem respondeu um questionário quanto à utilização das estratégias lúdicas no perioperatório. Todos os entrevistados consideraram importante a utilização das estratégias lúdicas, pois diminuem o medo do desconhecido, reduzem o estresse no perioperatório e aproximam a criança e a família da equipe de cirurgia. Concluímos que a equipe de enfermagem apresenta uma percepção positiva quanto à utilização das estratégias lúdicas e que os benefícios da utilização são para a criança no perioperatório, para a mãe que se sente mais tranqüila ao ver o filho brincando e para a própria equipe que apresenta menor resistência por parte das crianças na realização dos procedimentos.

Palavras-chave: Criança; Equipe de enfermagem; Comunicação; Brinquedo.

ABSTRACT: This study aimed at learning about the nursing team's perception concerning the use of ludic strategies

to receive children in the Surgery Suite (SS) of a university hospital. It is a cross-sectional field study using qualitative methodology in which the nursing team answered a questionnaire addressing the use of ludic strategies in the perioperative period. All the respondents considered it to be important to use ludic strategies as they believed that they can reduce fear of the unknown, stress during the perioperative period as well as approximate children to their families and the surgery team. It was concluded that the nursing team presents a positive perception concerning the use of ludic strategies and that they benefit children during the preoperative period, their mothers, who feel calmer when they see their offspring playing, as well as the nursing team, whose members face less resistance from the children when performing procedures.

Key words: Child; Nursing team; Communication; Toy.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue conocer la percepción del equipo de enfermería a respecto de la utilización de estrategias lúdicas para niños en la recepción de la unidad del Bloque Quirúrgico(BQ) de un hospital universitario. Fue una investigación transversal, de campo, con metodología

cuantitativa. Todos los entrevistados consideraron importante la utilización de las estrategias lúdicas, pues creen que disminuyen el miedo a lo desconocido, reducen el estrés en el perioperatorio y acercan el niño y la familia al equipo de cirugía. Concluimos que el equipo de enfermería presenta una percepción positiva cuanto a la utilización de las estrategias lúdicas y cuanto a los beneficios de la utilización para el niño en el perioperatorio, para la madre, quien se siente más tranquila al ver al hijo jugando, y para el propio equipo y que los niños ofrecen menos resistencia a la realización de los procedimientos.

Palabras-clave: Niño; Equipo de enfermería; Comunicación; Juguete.

INTRODUÇÃO

A literatura a respeito da hospitalização infantil indica que essa vem caminhando em direção à humanização e passando por modificações. Até a década de 1980, os textos exploravam os efeitos da hospitalização na saúde física e mental da criança. Após esse período, enfatizam os benefícios da participação dos pais como acompanhante e os conflitos surgidos entre a família e a equipe de enfermagem, assim como a tentativa

de evitar esses conflitos. A inserção da família no ambiente hospitalar contribuiu para que as enfermeiras percebessem que os pais têm suas próprias necessidades, que devem ser informados sobre seu filho, preparados para participar de seu cuidado durante a hospitalização, exames, procedimento cirúrgico e alta, além de serem atendidos em suas necessidades físicas e emocionais ^(1,2).

A criança hospitalizada desencadeia muitas angústias e ansiedades, podendo surgir problemas de origem emocional e comportamental. Este é um momento penoso para ela e sua família, que se tornam fragilizadas diante do sofrimento ⁽³⁾. Para a criança hospitalizada, a distância de casa, a maior dependência do adulto, as transformações corporais e, especialmente, o medo da morte são sérias dificuldades a serem enfrentadas ⁽⁴⁾. Portanto, essa situação vivenciada pelas crianças e seus familiares, demanda atenção, esclarecimentos, observação contínua e sistematizada dos enfermeiros do Centro Cirúrgico (CC) ⁽⁵⁾.

Quando a criança é internada para a realização de uma cirurgia, é submetida a procedimentos que podem aumentar seu medo e sua ansiedade como: punção venosa, separação dos pais à porta do CC, indução anestésica e pós-operatório imediato. No entanto, autores afirmam que os efeitos da hospitalização e a realização de procedimentos invasivos na criança podem ser minimizados por meio de algumas condutas como: permitir a permanência dos pais no hospital; evitar rodízio do pessoal que cuida da criança; prepará-la para hospitalização, procedimentos e tratamentos; permitir que ela traga para o hospital seus brinquedos e,

ainda, que lhe seja dada a oportunidade de brincar ^(5,6).

Neste sentido, a atividade lúdica constitui uma necessidade humana que facilita o processo das relações interpessoais, permitindo ao indivíduo desvelar e compreender as experiências dolorosas e mais conflituosas com espontaneidade, criatividade e prazer, ou seja, o aspecto lúdico é inerente ao ser humano. O significado de lúdico associa-se a jogo, a brinquedo, a divertimento; é algo que provoca emoção e alegria como jogos educativos, dramatizações, festas e outras atividades que proporcionem momentos de descontração ⁽⁷⁾.

Vários autores demonstram em seus trabalhos que a utilização do brinquedo é um valioso instrumento no preparo da criança para procedimentos no hospital, pois não só lhes permite extravasar seus sentimentos e compreender melhor a situação, como subsidia a equipe para compreensão das necessidades da criança ^(5,6).

Além do benefício para a criança, o brinquedo ajuda no entendimento do que está acontecendo diminuindo ansiedades e medos. Para o enfermeiro, facilita a comunicação e a realização dos procedimentos e, para o hospital, colabora na humanização do atendimento ^(8,9).

Em um estudo, os autores questionaram o que as crianças gostariam de fazer no hospital e 78,6% responderam brincar. Ao investigar como as crianças desta pesquisa definiam o brincar, verificou-se que 67,8% delas o fizeram a partir de sua função lúdica, considerando as conseqüências de divertimento, alegria

e prazer ⁽¹⁰⁾.

Sabemos que um dos momentos mais difíceis para os pais e as crianças é a separação destes na porta no CC, bem como a entrada da criança nesta unidade, até o início da indução anestésica e a espera dos pais pelo fim da cirurgia ⁽¹¹⁾. Podemos minimizar essa angústia se os pais e as crianças forem orientados quanto ao procedimento cirúrgico-anestésico.

Os pais precisam ter oportunidade de se ajustarem à separação do filho quando a criança é encaminhada ao CC e, para isso ocorrer, é necessário que haja apoio da equipe nesta fase ⁽¹²⁾. Este apoio deve ser iniciado já no transporte, utilizando-se recursos que possam aproximar a criança ao seu cotidiano, favorecendo o uso de brinquedos e diminuindo o estresse dos pais e das crianças. As brincadeiras podem continuar até o início da indução anestésica, possibilitando que esta seja menos traumática para a criança.

A literatura científica tem mostrado a preocupação do enfermeiro em desenvolver atividades de orientação, promoção e recuperação da saúde com crianças internadas, através do lúdico como forma de amenizar seu sofrimento nos diferentes contextos hospitalares ⁽⁶⁻⁸⁾.

Estudo sobre as percepções dos profissionais de saúde que utilizam a promoção do brincar no espaço da hospitalização infantil mostra que um fator facilitador para esta atividade é a aceitação e o reconhecimento do trabalho por parte da equipe de saúde e da própria instituição. Em relação às dificuldades apontadas pelos profissionais para o desenvolvimento de suas ações, destacam-se o pouco reco-

nhecimento e a desvalorização desse tipo de trabalho pelos outros profissionais, a necessidade de formação e a permanência da equipe, bem como o antagonismo entre a espontaneidade do brincar e o cuidado específico decorrente de certos quadros clínicos⁽¹³⁾.

Diante do conteúdo exposto, esse estudo tem a finalidade de conhecer a percepção e a utilização de estratégias lúdicas pela equipe de enfermagem na recepção da criança no CC. Também busca levantar aspectos positivos e negativos para aprimoramento das atividades lúdicas realizadas no serviço.

OBJETIVOS

- Conhecer a percepção da equipe de enfermagem a respeito da utilização de estratégias lúdicas para crianças na recepção do Centro Cirúrgico;
- Identificar aspectos positivos e negativos na realização das atividades lúdicas.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de campo, com análise quanti-qualitativa dos dados. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, isto é, trabalha com um universo que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a operações de variáveis⁽¹⁴⁾.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um CC de um hospital escola, composto por dez salas de operação com trinta cirurgias diárias,

sendo que, em média, três pacientes são crianças. A equipe de enfermagem é composta por: 30 auxiliares de enfermagem e 16 técnicos de enfermagem e seis enfermeiros. As estratégias lúdicas são desenvolvidas desde o transporte da unidade de internação para o CC, durante a recepção da criança no CC e até o início da indução anestésica. Para o transporte é oferecido carrinho infantil colorido e na recepção da criança balões coloridos, desenhos para colorir e caça-palavras, de acordo com a idade e a aceitação. Nas datas comemorativas (Natal, Carnaval, Páscoa e Dia da Criança) são oferecidos kits temáticos.

Crítérios de inclusão e exclusão da amostra

Foram incluídos no estudo todos os membros da equipe de enfermagem. Foram excluídos os membros da equipe que não quiseram participar do estudo, ou os que estavam em férias ou licença saúde no período de coleta dos dados. Considerados estes critérios, três membros da equipe de enfermagem não aceitaram participar do estudo.

Fizeram parte do estudo 28 membros da equipe de enfermagem, sendo 15 auxiliares de enfermagem, nove técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros.

Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição para apreciação e aprovação conforme ofício 498/08. Depois de aprovado, a coleta de dados foi realizada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordância dos participantes. Os participantes responderam ao questionário (Anexo)

para avaliação da percepção da equipe de enfermagem quanto à importância da utilização de estratégias lúdicas para as crianças submetidas a procedimento cirúrgico. A coleta de dados ocorreu durante o mês de janeiro de 2009.

A pesquisa obedeceu a Resolução 196/96, sobre Aspectos Éticos da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, a qual garante aos indivíduos-alvo autonomia, com aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; vantagens significativas e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, além da garantia de que danos previsíveis serão evitados⁽¹⁵⁾.

Tratamento dos dados

A análise dos resultados das entrevistas foi feita, segundo a proposta de Bardin, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. Os resultados obtidos foram categorizados, que é a simplificação e classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento segundo o gênero, com critérios previamente definidos⁽¹⁶⁾. Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 28 membros da

equipe de enfermagem: 15 auxiliares de enfermagem, nove técnicos e quatro enfermeiros. Passamos, então, a apresentar os dados da Tabela 1, que se refere ao tempo de atuação no CC, sendo que 35,7% atuam no CC até cinco anos e 21,4% de 6 a 10 anos.

Tabela 1. Distribuição da equipe de enfermagem de acordo com o tempo de trabalho no Centro Cirúrgico

Tempo de trabalho	Número de profissionais	Porcentagem
Até 5 anos	10	35,7%
6 a 10 anos	06	21,4%
11 a 15 anos	05	17,9%
16 a 20 anos	04	14,3%
mais de 21 anos	03	10,7%
Total	28	100,0%

Em relação ao conhecimento das estratégias lúdicas, observamos que 27 (96,4%) entrevistados conhecem as estratégias lúdicas, sendo que um respondente (3,6%) relatou não conhecer essas atividades, justificado pelo fato do funcionário atuar a apenas três meses no Centro Cirúrgico.

As estratégias lúdicas mais conhecidas pela equipe de enfermagem são os desenhos para colorir, bexigas e o carrinho colorido de transporte (Quadro 1).

Quadro 1. Estratégias lúdicas conhecidas pela equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico.

Estratégias	Número de profissionais que citaram a estratégia
Desenho para colorir	25
Bexiga	15
Carrinho colorido de transporte	11
Conversa	09
Brinquedos e kits	06
Máscara	03
Outros	03

Da análise dos resultados das entrevistas, emergiram cinco categorias temáticas em relação às estratégias lúdicas com crianças: Distraem e diminuem a ansiedade; Facilitam o transporte da criança até a sala de operações; Diminuem o medo do desconhecido; Aproximam a criança e a família da equipe cirúrgica; Não utilizam estratégias lúdicas.

Categoria 1: Distraem e diminuem a ansiedade

Em relação à recepção dos pacientes, 85,7% dos entrevistados relataram utilizar as estratégias lúdicas considerando que estas distraem e diminuem a ansiedade. A admissão do paciente no CC deve ter como um dos objetivos reduzir agentes estressores⁽¹⁷⁾. O brinquedo terapêutico é uma ferramenta que pode ser utilizada para amenizar a ansiedade e o medo que o procedimento cirúrgico possa acarretar pela proximidade com o desconhecido⁽¹⁸⁾, o que foi traduzido, em nosso estudo, nas seguintes falas:

“Utilizo, pois no momento o paciente acaba se esquecendo da dor e da ansiedade/ distraíndo um pouco.” (E6)

“Tranquiliza as crianças.” (E10)

“Levo pinturas para distrair.” (E14)

“Ajudo, pois as estratégias fazem com que os pacientes se sintam mais seguros e com menos ansiedade, tornando a cirurgia menos agressiva psicologicamente.” (E18)

Categoria 2: Facilitam o transporte da criança até a sala de operações

A equipe de enfermagem também relatou que as estratégias facilitam o transporte da criança até a sala de operações. A utilização de estratégias lúdicas no CC minimiza o sofrimento da criança, principalmente a ausência de choros, gritos e expressões de medo⁽⁵⁾. Em nosso estudo, os relatos foram:

“Na chegada da criança, oferecemos balões, desenhos, e buscamos com carrinhos”. (E1)

“Facilita o transporte até a sala”. (E12)

Categoria 3: Diminuem o medo do desconhecido

Em relação à importância das estratégias lúdicas, todos os entrevistados responderam que consideram importante sua utilização, pois diminuem o medo do desconhecido, reduzindo o estresse antes e após a cirurgia. O brinquedo auxilia no pré-operatório como um instrumento facilitador da comunicação e do relacionamento enfermeiro-paciente, diminuindo a ansiedade e o medo, proporcionando segurança e conforto⁽¹³⁾.

Nas falas dos entrevistados:

“Para acalmar antes e depois da cirurgia.” (E5)

“Acalma e se sente mais confiante nas pessoas.” (E11)
“Maneira de tranquilizar e diminui o medo do desconhecido.” (E21)

Categoria 4: Aproximam a criança e a família da equipe cirúrgica

Nesta categoria, os entrevistados mencionaram que as estratégias aproximam a criança e a família da equipe de cirurgia. Cabe aos profissionais envolvidos com a criança hospitalizada procurar compreender a vivência da família nos diversos contextos e propor intervenções que auxiliem a lidar com as necessidades advindas da hospitalização infantil ⁽²⁾.

Nas falas dos entrevistados:

“Acalma as crianças e os pais.” (E1)
“Mãe fica mais tranqüila, por consequência, a criança também, o que a deixa mais familiarizada com as pessoas do CC.” (E6)
“Criança fica menos estressada, e a mãe também.” (E14)

Categoria 5: Não utilizam estratégias lúdicas

Apenas 14,3% relatam que não utilizam as estratégias lúdicas por falta de disponibilidade, habilidade e desconhecimento das atividades.

Estudo sobre humanização da assistência de enfermagem em CC mostrou que inicialmente há receio, tensão e impaciência e que, gradativamente, vão sendo substituídas por interações mais estreitas entre as crianças, seus familiares e a equipe de enfermagem ⁽⁵⁾. Em outro estudo sobre atitudes humanísticas da equipe de enfermagem do CC, observou-se aspectos “desumanos”, como não recepcionar o paciente na sala de operações, exercer atitudes tecnicistas e não tocar ou conversar com o paciente ⁽¹⁹⁾.

Nas falas dos entrevistados:

“Trabalho no noturno.” (E16)
“Quando estou disponível.” (E20)
“Falta de talento.” (E8)
“Não utilizo com os adolescentes, pois eles não gostam de ser tratados como crianças; prefiro conversas e explicações sobre o que será realizado.” (E4)

Neste estudo também foi avaliada a percepção dos entrevistados, considerando aspectos positivos (todas as falas de satisfação desveladas pela equipe de enfermagem) e aspectos negativos (sentimentos de indiferença na utilização das atividades lúdicas).

Aspectos positivos

Observamos que 86,4% dos entrevistados apresentaram percepções positivas quanto à utilização das estratégias lúdicas, considerando que diminuem o estresse da criança e da mãe na entrada no CC, traduzidas nas seguintes falas:

“Uma criança que já fez várias vezes já pede os brinquedos.” (E1)
“Expliquei para a criança que as duas bexigas eram os pulmões e que precisariam ser enchidos durante a anestesia; ai a criança utilizou a máscara com satisfação.” (E3)
“Fui buscar uma criança na pediatria e ela estava chorosa; vim conversando com ela e ela adquiriu tamanha confiança em mim, que quando acordou queria me ver e se despedir.” (E4)

Sabemos que o brinquedo beneficia não apenas a criança, ajudando-a no entendimento do que está acontecendo, liberando temores, tensões e ansiedade, como também ao enfermeiro e ao hospital, pois facilita a comunicação, a realização de procedimentos e promove humanização ^(6,17).

Aspectos negativos

Apenas 13,6% dos sujeitos deste estudo apresentaram percepções negativas considerando que a utilização das estratégias lúdicas diminui o estresse da mãe e da criança somente na porta do CC, mas não após a entrada na sala de operações.

Nos depoimentos:

“As mães passam mal, pois ficam sem comer e com o cheiro do local se sentem mal; tinham que ser melhor orientadas.” (E6)
“Quando a criança chora, fica difícil para o circulante de sala.” (E20)
“Não diminui o estresse da mãe e da criança.” (E8)

Neste estudo, os entrevistados fizeram importantes sugestões como a aquisição de novos carrinhos de transporte e um espaço

para uma brinquedoteca com televisão, DVD, revistas, desenhos e brinquedos para todas as faixas etárias.

Algumas destas sugestões já foram acolhidas pelos gestores da unidade de CC, como por exemplo, foram adquiridos, através de doação, mais dois carrinhos infantis coloridos (para meninos e meninas) para serem usados no transporte.

O serviço fez uma integração por meio de convênio com uma editora nacional que fornece revistas novas a cada três meses e que podem ser utilizadas por crianças e familiares na sala de espera do CC.

O ambiente da brinquedoteca ainda é um desafio a ser alcançado, porém há uma previsão de adequação da estrutura física e essa sugestão já foi encaminhada aos gestores da Instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a equipe de enfermagem apresenta uma percepção positiva quanto à utilização das estratégias lúdicas e que os benefícios da utilização são para a criança que enfrenta o difícil momento brincando, para a mãe que se sente mais tranquila ao ver o filho mais calmo e para a própria equipe de cirurgia, que tem menor resistência por parte das crianças na realização dos procedimentos, além da instituição que tem a oportunidade de realizar uma assistência humanizada.

Concordamos com as sugestões da equipe de enfermagem de que são necessários investimentos nestas atividades, especialmente no que se refere a novas estratégias e à construção de uma brinquedoteca, o que certamente possibilitará um cuidado

de qualidade. Também entendemos que é necessária a construção de uma nova sala de espera que possa ser utilizada para orientações e melhor acolhimento das famílias, promovendo mais privacidade aos usuários e à equipe de saúde.

Acreditamos, também, que as experiências positivas com a utilização das atividades lúdicas precisam ser apresentadas e discutidas com a equipe de enfermagem, visando a adesão daqueles que ainda não conseguem realizá-las por falta de disponibilidade, habilidade, interesse e conhecimento do processo. Entendemos, ainda, que o transporte e a recepção, não somente das crianças, mas de todos os pacientes que são submetidos a um procedimento cirúrgico devem ser realizados de acordo com as necessidades de cada indivíduo, em consonância com um cuidado de qualidade que inclui respeito, atenção e coerência.

REFERÊNCIAS

1. Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CV. Família da criança hospitalizada e suas demandas de cuidado. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(4):450-2.
2. Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005;13(6):974-81.
3. Benedito MD. A criança e a hospitalização. In: Carvalho ES, Carvalho WB, Terapêutica e prática pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 93.
4. Karen CH, Bellodi PL, Novaes MAFP. A criança na UCI. In: Carvalho

ES, Carvalho WB, Terapêutica e prática pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 95.

5. Silva DC, Meireles NF. Humanização da assistência à criança em centro cirúrgico oncológico. *Rev SOBECC.* 2009;14(1):30-41.
6. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e à família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(1):39-46.
7. Santos SMP. Brinquedoteca: a criança, adulto e o lúdico. Petrópolis: Vozes; 2000.
8. Leite TMC, Shimo AKK. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando? *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):389-95.
9. Furtado MCC, Lima RAG. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33(4):364-9.
10. Motta AB, Enuno SRF. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol Estudo.* 2004;9(1):19-28.
11. Salimena AMO, Cadete MMM. Os sentimentos expressos pela mãe a porta do centro cirúrgico: abordagem fenomenológica. *Nursing (São Paulo).* 2003;6(56):32-4.
12. Bousso RS. A experiência da família durante a cirurgia cardíaca do filho. *Nursing (São Paulo).* 2006;97(8):860-5.
13. Mitre RMA, Gomes R. A perspectiva

dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. Ci Saúde Coletiva. 2007;12(5):1277-84.

14. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

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

16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.

17. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2005 [citado 2010 maio 11];7(1):118-27. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista7_1/revisão_04.htm

18. Ribeiro PJ, Sabates AL, Ribeiro CA. Utilização do brinquedo terapêutico como um instrumento de intervenção de enfermagem no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(4):420-8.

19. Barreto RASS, Barros APM. Conhecimento e promoção de assistência humanizada no centro cirúrgico. Rev SOBECC. 2009;14(1):42-50.

ANEXO: Formulário de entrevista

Formação profissional: () Auxiliar () Técnico () Enfermeiro

Tempo de trabalho no Centro Cirúrgico: _____ anos

1. Você conhece as estratégias lúdicas utilizadas no Centro Cirúrgico?

() Sim () Não

2. Quais são as estratégias lúdicas utilizadas no Centro Cirúrgico que você conhece?

3. Você utiliza as estratégias lúdicas na recepção dos pacientes infanto-juvenis?

() Sim () Não

Justifique: _____

4. Você considera importante a utilização de estratégias lúdicas no Centro Cirúrgico?

() Sim () Não

Por que? _____

5. Qual a sua percepção a respeito das estratégias utilizadas?

() diminuem o estresse da criança na porta e durante a entrada no Centro Cirúrgico

() diminuem o estresse da mãe

() não diminuem o estresse da mãe e da criança

() diminuem o estresse da criança e da mãe somente na porta do Centro Cirúrgico, mas não após entrada no Centro Cirúrgico

() Outras. Quais? _____

6. Você poderia citar alguma experiência positiva e/ou negativa sobre o uso de estratégias lúdicas no Centro Cirúrgico?

7. Você tem alguma sugestão de novas estratégias a serem implantadas?

Autoras

Marla Andréia Garcia

Enfermeira, Mestre em Biotecnologia Médica, Especialista em Administração Hospitalar, Supervisora Técnica da Seção de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica.

Tatiane Roberta Fernandes

Enfermeira da Seção de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica, Especialista em Terapia Intensiva.

Eliana Mara Braga

Enfermeira, Professora Assistente Doutora da Disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina – Campus de Botucatu da UNESP, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa de Comunicação e Ensino de Enfermagem do CNPq – EEUSP.

Silvia Maria Caldeira

Enfermeira, Professora Assistente da Disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina – Campus de Botucatu da UNESP.

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

AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AUDITOR

NURSING AUDIT IN SURGICAL CENTER: PRACTICE NURSE AUDITOR

AUDITORÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA: PRÁCTICA DE LA ENFERMERA AUDITOR

Silvana de Souza Rocha Medrado • Márcia Wanderley de Moraes

RESUMO: A auditoria de enfermagem em centro cirúrgico (CC) se dá por meio de análise das anotações de enfermagem, descrições cirúrgicas e anestésicas, comparando-as com as cobranças realizadas no débito de sala e na recuperação anestésica. O objetivo foi descrever a importância e as dificuldades da auditoria de enfermagem e identificar os eventos adversos deste processo no CC. Trata-se de um relato de experiência da primeira autora como enfermeira auditora. Na instituição, a auditoria é realizada por meio de codificação e cobrança dos débitos do procedimento anestésico-cirúrgico com análise da documentação envolvida neste processo. O prontuário é o principal instrumento de análise de contas e cerca de 90% dos prontuários analisados apresentam inconformidades nas cobranças, ocasionando as glosas pelas seguradoras de saúde, o que prejudica o orçamento da instituição. É importante que haja educação continuada no preenchimento dos impressos, redução de desperdícios sem prejudicar a qualidade da assistência, cooperando para o resultado econômico da instituição e satisfação das seguradoras de saúde.

Palavras-chave: Auditoria de enfermagem; Centro cirúrgico hospitalar; Administração hospitalar.

ABSTRACT: The nursing audit in surgical center is giving by means of analysis of the nursing notes, anesthetic and surgical descriptions, comparing them with the collections carried out in the debit of OR and recovery room. The objectives were to describe the importance and the difficulties of the nursing audit and identify adverse events in this process in surgical center. This is an experience report of the first author as a nurse auditor. In this institution, the audit is performed by coding and collection of debts of the anesthetic-surgical procedures and analysis of the documentation involved in this process. The medical chart is the main instrument for assessing the accounts and about 90% of the analyzed ones showed unconformity, causing glosses by health insurance companies, which can damage institution's budget. It is important to promote constant training programs in order to guarantee the correct filling out form, reducing waste without injure the quality of care, contributing for the organizations' financial results and achieving high level of satisfaction by health insurance companies.

Key words: Nursing Audit, Surgical Center, Hospital administration.

RESUMEN: La auditoría de la enfermería en el quirófano (CC) es a través del análisis de los registros de enfermería, las descripciones de anestesia y cirugía comparandolas con los costos formulados en el quirófano y en la sala de recuperación anestésica. Los objetivos fueron describir la importancia y las dificultades de las auditorías de enfermería y de identificar los eventos adversos en este proceso en CC. Este es un relato de experiencia del primer autor como auditor de enfermería. En esta institución, la auditoría se realiza mediante la codificación y la cobranza de los costos de los procedimientos anestésico-quirúrgico con análisis de la documentación involucrada en este proceso. El prontuario es el principal instrumento de análisis de cuentas y cerca de 90% de ellos presentan divergencias en el cobro, sobreviniendo las suspensiones del reembolso por parte de las aseguradoras de salud, perjudicando el presupuesto de la institución. Es importante que haya educación permanente en el proceso de rellenar los impresos, reducción de los desperdicios sin afectar la calidad de la asistencia, contribuyendo para el resultado económico de la institución y satisfacción de las aseguradoras de salud.

Palabras-clave: Auditoria de Enfermería, Bloque Quirúrgico, Administración hospitalaria

INTRODUÇÃO

A palavra auditoria é originária do latim, do *audir*, que significa ouvir. Segundo o dicionário Brasileiro Globo, auditor significa: o que ouve, ouvinte, porém este termo é proveniente do termo inglês *to audit*, que significa examinar, ajustar, corrigir e certificar. ⁽¹⁾

A auditoria teve origem na área contábil, cujos fatos e seus registros datam do ano 2600 a.C. Porém, foi a partir do século XII d.C. que esta técnica passou a receber a denominação de auditoria, constatando-se na Inglaterra seu maior desenvolvimento. ⁽²⁾

A auditoria é a busca da qualidade dos serviços prestados, a fim de alcançar excelência no atendimento das necessidades apresentadas em todos os aspectos, principalmente no que se diz respeito ao pagamento justo frente ao serviço prestado. ⁽¹⁾

Na área da saúde, a auditoria foi utilizada pela primeira vez pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, em 1918, sendo verificada a qualidade da assistência médica prestada ao cliente através dos registros em prontuário. ⁽²⁾ Assim, o princípio da auditoria na área da saúde focalizou-se na avaliação da qualidade assistencial prestada ao cliente e no gerenciamento dos custos do serviço prestado. ^(1,2)

No Brasil, a auditoria começou a se destacar nos últimos cinquenta anos, ainda

adaptando-se à nossa realidade. Atualmente, com o aumento da concorrência entre serviços hospitalares, passou-se a oferecer tratamentos mais dispendiosos financeiramente, ressaltando a preocupação em aperfeiçoar seus custos. Isso passou a requerer a atuação de profissionais capacitados nesta área, o que exigiu também uma visão econômica e contábil para a operacionalização do processo de auditoria. ⁽¹⁾

A auditoria hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada ao cliente, como também a conta hospitalar. ⁽³⁾

Para atender os processos atuais, as instituições exigem dos seus colaboradores, um perfil profissional em constante desenvolvimento, visando acompanhar as inovações tecnológicas, com potencial para resolução de problemas e capacidade de negociação com as seguradoras de saúde. Diante desta exigência, fez-se necessário que os hospitais e os serviços de enfermagem repensassem qual era o perfil do profissional que fosse ao encontro de valores, missão e visão da organização para alcançar as metas estabelecidas. ⁽³⁾

Atualmente, com a necessidade de auto-sustentação e a competitividade em relação às instituições de saúde, passou a ser uma das preocupações por parte da enfermagem, controlar recursos para minimizar custos, sem prejudicar a qualidade da assistência, por meio da auditoria. ⁽³⁾

Com a evolução da administração aplicada à enfermagem, surgiu a função de auditoria, trazendo grande benefício,

pois lhe competia planejar, programar, coordenar e controlar com mais eficácia o espaço de trabalho. A enfermagem pôde aumentar a qualidade de suas ações através de mensurações de tempo ou gastos, que antigamente não eram avaliados. ⁽⁴⁾

Partindo desta necessidade, os profissionais de enfermagem, iniciaram uma busca contínua de informações e conhecimentos sobre essa nova ciência, visando o alcance de uma boa administração em auditoria hospitalar. ⁽⁴⁾

A auditoria hospitalar vem se modificando e aprimorando no decorrer dos anos, de forma a atender as exigências das seguradoras de saúde, que aumentam a cada dia em relação aos preenchimentos adequados dos prontuários e às justificativas pertinentes aos procedimentos realizados. ⁽⁵⁾

Atualmente, há grande número de instituições na área da saúde, que possuem serviços de auditoria e contam com profissionais da enfermagem para a avaliação assistencial, contábil e financeira dos serviços prestados na instituição.

A Resolução nº 266 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova as atividades do enfermeiro auditor, sendo elas: organizar, dirigir, planejar, controlar, avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre serviços de enfermagem. O enfermeiro auditor precisa estar inscrito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de sua jurisdição onde presta serviço e ter o seu título registrado. ⁽⁶⁾

Dentre os setores auditados nas institui-

ções de saúde, temos uma unidade com característica peculiar e complexa, que é o Centro Cirúrgico (CC). No CC ocorrem vários processos e subprocessos, direta ou indiretamente ligados à produção de cirurgias. O CC representa um setor de importância no hospital, pois atende clientes em caráter eletivo e emergencial, com capacidade de promover procedimentos de alta complexidade. (7,8)

No trabalho da enfermagem em CC deve-se procurar alcançar a qualidade através das tendências atuais, a fim de buscar o equilíbrio entre eficácia e eficiência e é de sua responsabilidade proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais visando a assistência integral, o ensino e a pesquisa. (8)

Segundo a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN), é de responsabilidade da enfermeira perioperatória gerenciar a unidade com responsabilidade e competência, estabelecer condutas éticas a toda a equipe do CC, manter um ambiente seguro e promover o cuidado ao cliente cirúrgico com qualidade. (9)

De acordo com a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), o crescimento tecnológico atual na área de equipamentos e artigos médico-hospitalares destinados ao CC possibilita ao enfermeiro a atualização do seu fazer com qualidade, proporcionando ao cliente e à equipe de saúde a realização de procedimentos com menor possibilidade de riscos e de complicações. (9)

Qualidade e produtividade são termos incorporados na maioria das instituições

do setor saúde desde os anos 1990. Cabe ressaltar que os instrumentos para a avaliação são denominados indicadores, representando resultados, situações ou ocorrências como ferramentas gerenciais para o monitoramento, a mensuração e a avaliação da qualidade e da produtividade. (7)

Em estudo realizado em dois hospitais, referentes ao papel de auditoria de enfermagem na redução de desperdícios de materiais e medicamentos, foram detectadas falhas nas cobranças pela falta de anotações de enfermagem nos prontuários dos clientes. (10)

A análise dos processos de auditoria em CC se dá por meio das anotações dos prontuários, comparando-os com as cobranças relacionadas. (7)

A auditoria nas contas hospitalares, a partir dos prontuários dos clientes, possibilita uma análise mais precisa das cobranças realizadas e facilita as comparações entre a prescrição médica, os registros de enfermagem e as realizações das cobranças. (4)

Por falta de conscientização profissional, incentivo, educação continuada e fiscalização eficaz, os registros dos prontuários estão cada vez mais escassos, ilegíveis e incompletos, os quais dificultam o trabalho do auditor. (4)

É cada vez mais comum que as instituições de saúde recebam glosas pela ausência de dados importantes nas descrições cirúrgicas, sendo prejudicadas em seus recebimentos. (4)

Glosa significa cancelamento ou recusa

parcial ou total de orçamento, conta e verba por terem sido considerados itens ilegais ou indevidos, ou seja, o auditor não considera aceitável para pagamento. Quando ocorrem as glosas, há conflito na relação entre o plano de saúde e a instituição que prestou o serviço. (4)

Dessa forma, a auditoria pode ser vista como um processo educativo, onde não se busca o responsável pela falha, mas se questiona o porquê do resultado adverso. (2)

Diante da experiência da primeira autora como auditora na unidade de CC, surgiu a motivação para o presente estudo, que visa relatar a importância e as dificuldades desta atividade, bem como a própria experiência de uma enfermeira auditora.

OBJETIVOS

- Relatar a experiência da primeira autora, como enfermeira auditora do centro cirúrgico.
- Descrever a importância e as dificuldades da auditoria de enfermagem em centro cirúrgico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, do tipo relato de experiência, na qual se faz a descrição do trabalho desenvolvido pela enfermeira auditora de centro cirúrgico, de um hospital geral, de grande porte, situado no município de São Paulo. Descreve-se como as auditorias são realizadas, quais são as dificuldades encontradas na realização deste processo, como é feita a supervisão da enfermeira assistencial do CC, bem como a notificação

de eventos adversos para que a equipe multiprofissional identifique os motivos de glosa. O desenvolvimento do trabalho foi realizado após aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE).

RESULTADOS

O relato de experiência da autora foi baseado nas atividades profissionais exercidas em um Centro Cirúrgico (CC) de uma instituição de médio porte, onde são realizados três tipos de auditoria por um profissional enfermeiro. Estas são classificadas em: auditoria institucional, auditoria no CC e funções da enfermagem e auditoria de custos e glosas, que serão descritos a seguir.

Auditoria institucional

Realizada de cinco maneiras diferentes, visando uma análise completa de todas as passagens do paciente na instituição e dos custos envolvidos no processo. Também são realizadas análises específicas em todos os setores, visando avaliação e melhor compreensão dos gastos. Deste modo, são realizadas as seguintes avaliações:

- Auditoria retrospectiva: realizada por enfermeiras auditoras da instituição após a alta do cliente. Trata-se de uma análise pericial dos procedimentos perioperatórios realizados, por meio da avaliação dos prontuários e cobranças de faturamento, desde a internação até a alta hospitalar;
- Auditoria interna contínua: realizada por enfermeiras auditoras da instituição, por meio de análise comparativa dos débitos

de cobrança relacionados com descrições médicas, exames realizados, assistência e registros da equipe multidisciplinar em períodos determinados, sendo que a revisão seguinte sempre se inicia a partir da última auditoria realizada. Geralmente é feita aos clientes hospitalizados por longo período;

- Auditoria externa ou independente: realizada pela análise do prontuário, com a cobrança de faturamento por auditor não pertencente à instituição, podendo ser profissional autônomo ou integrante de empresa especializada em serviços de auditoria ou até mesmo da própria seguradora de saúde;
- Auditoria específica: realizada para atender uma necessidade do momento. Em certo período são auditados prontuários e faturamentos de um setor específico por auditores da instituição e auditor de uma determinada seguradora de saúde;
- Auditoria total: abrange todos os setores da instituição. É o fechamento de contas através da análise das cobranças e faturamentos dos prontuários de certo período com determinada seguradora. Realizada pelos auditores da instituição e pelos auditores das seguradoras de saúde.

Auditoria no centro cirúrgico e funções da enfermagem

A auditoria de enfermagem no CC é realizada por enfermeiros, por meio de codificação e cobrança dos débitos de sala, avaliação da ficha anestésica, descrição cirúrgica, impresso do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e toda documentação envolvida no processo anestésico-cirúrgico. São

cinco impressos analisados na cobrança de cada procedimento cirúrgico:

- descrição cirúrgica: verifica-se se o procedimento cirúrgico realizado confere com: aviso de cirurgia, técnica cirúrgica realizada, legibilidade da letra do descritor, eventos adversos durante o transoperatório (se ocorrerem), participantes da cirurgia, tempo de exposição do sítio cirúrgico, medicamentos, equipamentos e materiais especiais utilizados no campo operatório, que devem estar descritos e conter nome e número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do cirurgião responsável;
- fichas anestésica e cirúrgica: analisa-se o tipo e o tempo de anestesia, os gráficos dos parâmetros vitais, os procedimentos invasivos realizados no ato anestésico, a monitorização, a dosagem e a quantidade de drogas e soluções utilizadas, os eventos adversos do ato anestésico (se ocorrerem), nome e CRM do anestesista;
- impresso de registro de enfermagem no trans e no pós-operatório: este impresso relata a assistência de enfermagem individualizada ao cliente nos períodos pré, trans e pós-operatório, até a saída do CC. É analisado todo registro de enfermagem durante a assistência perioperatória;
- débito de sala cirúrgica: analisa-se toda cobrança realizada, comparando-se com autorização do procedimento, descrição cirúrgica, ficha anestésica e registros de enfermagem no transoperatório;
- débito da Recuperação Anestésica (RA): analisa-se a cobrança, comparando-se com os registros de enfermagem no pós-operatório imediato e a descrição anestésica.

Para cada procedimento cirúrgico é cobrada uma taxa de sala, uso e hora de equipamentos, materiais de consumo, materiais especiais, medicamentos anestésico-cirúrgicos e taxa de permanência na RA. Toda a assistência de enfermagem está incluída na taxa de cobrança da sala cirúrgica e na taxa de RA.

Como auditora em CC, pode-se observar a importância da análise que envolve o ato anestésico-cirúrgico. Este processo envolve desde a marcação da cirurgia, incluindo porte de sala, tempo cirúrgico, materiais especiais, autorização prévia da seguradora de saúde, período perioperatório, alta hospitalar, até o recebimento da conta enviada.

Ao auditar os débitos do CC, cerca de 90% vêm com inconformidade na cobrança realizada pelo circulante de sala. Tais inconformidades são decorrentes de falhas nos registros durante o transoperatório, rasuras, letra ilegível, descrições e fichas anestésicas incompletas, ausência de imagens que comprovem os implantes e falta de justificativa do procedimento realizado.

É necessário que a auditoria do CC corrija essas inconformidades com a equipe responsável pelo procedimento cirúrgico, antes de encaminhar os débitos ao faturamento.

Na instituição sede do estudo, a auditoria está diretamente ligada à internação e ao agendamento de cirurgias, que possui a responsabilidade de comunicar e solicitar à seguradora de saúde a liberação do procedimento anestésico-cirúrgico e a utilização de materiais especiais. Nos casos de cirurgia eletiva, a responsabilidade é do agendamento

cirúrgico; nas cirurgias emergenciais, a responsabilidade é do CC em solicitar a justificativa ao cirurgião sobre o procedimento realizado e passar para o setor de internação, que solicitará a liberação da seguradora de saúde.

Segundo a literatura, a auditoria em CC é específica, um processo exigente, dinâmico e que depende da integração da equipe para que seja encaminhado corretamente à auditoria retrospectiva da instituição. Tem apresentado grande inserção no mercado de trabalho, tanto na área contábil como naquelas voltadas para a qualidade dos serviços prestados. ⁽²⁾

Para Martins e Sanna ⁽⁵⁾, a auditoria realizada por enfermeiros ofereceu grande incentivo para uma nova função, sendo que não se exigia ampla experiência e conhecimento especializado, mas um grande estímulo para traçar novos horizontes, aumentando, assim, a qualidade de nossas ações.

O que se busca dentro deste processo é a redução de custos sem interferir na qualidade da assistência, uma educação continuada no processo de cobrança e a isenção de glosas.

Auditoria de custos e glosas

As glosas ou correções são aplicadas quando se gera dúvidas em relação às práticas adotadas pela instituição de saúde e o auditor não considera cabível que seja feito o pagamento. Elas ocorrem, principalmente, pelos registros incompletos nos prontuários. Esses registros incluem: falta de quantidade de materiais utilizados, não checagem de medicações administradas, registros

incompletos da assistência, letras ilegíveis, ausência de exames radiopacos de materiais implantados, falta de dados nas prescrições cirúrgicas e anestésicas, falta de justificativas e erros nas cobranças dos débitos de sala e da RA.

Reforçando o que já foi descrito na introdução, o termo “glosa” significa cancelamento ou recusa parcial ou total de orçamento, conta e verba por terem sido considerados dados ilegais ou indevidos. Desta forma, o auditor não considera aceitável para pagamento. Quando ocorrem as glosas, há conflito na relação entre o plano de saúde e a instituição que prestou o serviço. ⁽⁴⁾

As glosas podem ser ⁽⁴⁾:

- Administrativas: decorrentes de falha operacional no momento da cobrança, falta de interação entre a seguradora e a instituição ou falha na análise da conta do prestador.
- Técnicas: vinculadas à apresentação de valores de serviços e medicamentos utilizados e não aos procedimentos médicos adotados.

Quando o auditor da seguradora determina a glosa, a conta fica parada para que a equipe de auditoria da instituição analise e tente reaver o pagamento do item glosado. Isto leva tempo e a falta de pagamento prejudica o orçamento da instituição, que já cumpriu pagamentos com suas despesas, fornecedores e todos os seus colaboradores. ⁽⁴⁾

DISCUSSÃO

A auditoria em CC cumpre uma finalida-

de institucional que atualmente não só visa os custos, mas também a qualidade da assistência e a educação continuada a toda equipe, evitando desperdícios e principalmente permitindo controlar todo o processo cirúrgico para que não existam as glosas.

A enfermagem gerencial do CC é responsável pela previsão, provisão e manutenção dos materiais e equipamentos indispensáveis pela realização dos procedimentos anestésico-cirúrgicos. É responsabilidade do enfermeiro gerente da unidade cirúrgica a administração de custos, evitando desperdícios e a aplicação de ética nos débitos praticados, por meio de supervisão e controle do uso de materiais de consumo e permanentes, sem prejudicar a qualidade da assistência. ⁽¹¹⁾

O crescimento tecnológico atual possibilita à equipe de enfermagem a atualização da sua assistência com qualidade e a diminuição de complicações pós-operatórias, proporcionando ao cliente e à equipe cirúrgica a realização dos procedimentos com menos riscos e complicações pós-operatórias. ⁽¹²⁾

Para se obter uma qualidade de assistência de enfermagem com prevenção de eventos adversos é fundamental a prática do SAEP, que visa o cuidado de maneira individualizada ao cliente cirúrgico. ⁽¹³⁾

A necessidade do cuidado individualizado no ambiente cirúrgico é extremamente necessária para que o cliente seja percebido em todas as suas necessidades bio-socio-psico-espirituais e perceba que, além da técnica, há também amor ao próximo, respeito e ética profissional. ⁽¹²⁾

O CC é um ambiente desconhecido para o cliente, e cabe à enfermagem compreendê-lo, dando-lhe segurança, esclarecendo suas dúvidas e as de seus familiares, para que tudo contribua para sua recuperação pós-operatória. ⁽¹⁴⁾

O principal objetivo do SAEP é permitir que a assistência iniciada no período pré-operatório, seja continuada no trans e no pós-operatório, promovendo a recuperação do cliente e sua alta hospitalar. Este benefício também retorna para a instituição, permitindo maior rotatividade de internações e períodos reduzidos de estadia do cliente perioperatório. ⁽¹⁵⁾

Conclui-se que a auditoria em enfermagem requer a busca de conhecimento e técnica na área, que as anotações no prontuário são o principal instrumento de análise de contas e inconformidades nas cobranças, que têm gerado insatisfação dos auditores, pois ocasionam as glosas. É fundamental que os envolvidos neste processo sejam orientados e cientes de como é o método de cobrança do procedimento anestésico-cirúrgico para que todos possam colaborar com o bom resultado econômico da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As anotações no prontuário têm valor como fonte de investigação, instrumento de educação e documento legal, servindo como avaliação da assistência prestada pela equipe multidisciplinar e para cobrança realizada.

Para se fazer auditoria em CC, é necessário conhecer os processos, buscar conhecimentos a respeito de custos hospitalares, reconhecer a responsabilidade,

ter respeito e ética pela instituição na qual atua, esclarecer as dúvidas dos auditores das seguradoras de saúde, prestar diariamente educação continuada no preenchimento dos débitos e nos registros do prontuário.

A importância da educação continuada no processo é voltada não só à assistência, mas também ao preenchimento correto do ato anestésico-cirúrgico, à redução de desperdícios, aos relatórios bem elaborados com anotações completas, trazendo benefícios para a qualidade da assistência e satisfação das seguradoras de saúde, o que reflete no resultado econômico da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Souza JSM. A prática da auditoria de enfermagem no estado de Santa Catarina: a percepção dos auditores a partir da análise do discurso do sujeito coletivo [dissertação]. Santa Catarina: Universidade do Oeste de Santa Catarina; 2006.
2. Scarparo AF, Ferraz CA. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):302-5.
3. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):472-8.
4. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq Ci Saúde. 2004;11(4):210-4.
5. Martins EG, Sanna MC. A produção

- científica sobre administração em enfermagem no Brasil no período de 1947 a 1972. Rev Bras Enferm. 2005;58(2):235-9.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Documentos básicos: adaptado pelo COREN-RS. Porto Alegre; 2006. Resolução COFEN 266/2001. Aprova atividades do enfermeiro auditor. [citado 2009 jun. 09]. Disponível em: http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/docs_oficiais.doc
7. Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. Rev Adm Saúde. 2006;8(31):63-70.
8. Oliveira MAN. Gerenciamento de novas tecnologias de centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Florianópolis; 2002.
9. Categoria dos padrões para enfermagem perioperatória – Parte I. Rev SOBECC. 2002;7(2):8-10.
10. Galvão CM. Estudo do papel da auditoria de enfermagem para redução dos desperdícios em materiais e medicamentos. Mundo Saúde. 2002;26(2):275-7.
11. Francisco IMF, Castilho V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(3):240-4.
12. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2007;60(5):546-51.
13. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm. 2006;59(5):675-9.
14. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7.
15. Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):34-42.

Autoras

Silvana de Souza Rocha Medrado

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

Márcia Wanderley de Moraes

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



Uma descontaminação correta e eficiente dos materiais cirúrgicos ajuda a prevenir infecções hospitalares. O 3M Detergente Multienzimático é o único com ECE (Estabilidade Comprovada das Enzimas) do começo ao fim do processo de limpeza e 5 enzimas ativas que promovem uma limpeza mais completa, promovendo drástica redução de carga orgânica e biofilme presentes nos materiais.

Os pacientes confiam na limpeza que você faz. Por isso, confie na qualidade que só a 3M tem.



DETERGENTE MULTIENZIMÁTICO

- 5 enzimas ativas
- estabilidade comprovada
- performance superior para canulados
- eficiência na remoção de biofilme
- qualidade 3M

