

60

SOBECC

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

NACIONAL

EDUCAÇÃO

A educação continuada aplicada à equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico Oncológico

SEGURANÇA

Retenção de objetos estranhos em cavidades em sítio cirúrgico e medidas preventivas

ASSISTÊNCIA

Estudo analisa a Assistência em Enfermagem prestada no intraoperatório dos pacientes pediátricos submetidos ao transplante hepático

RECUPERAÇÃO

Assistência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, baseada nos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem



E mais:

Hospital em Foco: HRAC-USP
Em Bauru (SP), o Centrinho une ciência e humanização

Gestão 2011-2013: conheça a nova Diretoria da SOBECC

Especialistas: confira os nomes dos enfermeiros que obtiveram ou renovaram o título

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

10º Congresso da SOBECC reúne 2.307 congressistas

O evento mostrou que a qualidade da assistência à saúde é uma preocupação mundial e a segurança do paciente deve ser prioridade

Diretoria da SOBECC - Gestão 2011 - 2013

• **Presidente:** Janete Akamine • **Vice-presidente:** Márcia Hitomi Takeiti
 • **Primeira-secretária:** Liraine Laura Farah • **Segunda-secretária:** Andrea Alfaya Acunã • **Primeira-tesoureira:** Simone Batista Neto Arza • **Segunda-tesoureira:** Zuleica Fazoni Souza • **Diretora da Comissão de Assistência:** Maria Lúcia Suriano • **Membros da Comissão de Assistência:** Mariângela Belmonte Ribeiro e Giovana Abrahão de Araújo Moriya • **Diretora da Comissão de Educação:** Márcia Cristina Pereira • **Membros da Comissão de Educação:** Aparecida de Cássia Giani Peniche e Tânia Regina Zeni • **Diretora da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rachel de Carvalho • **Membros da Comissão de Publicação e Divulgação:** Raquel Machado Cavalca Coutinho e Eliane da Silva Grazziano • **Diretor do Conselho Fiscal:** Ernane de Sousa Almeida • **Membros do Conselho Fiscal:** Kátia Aparecida Ferreira de Almeida e Mara Lúcia Leite Ribeiro • **Diretora de Comissão e Eventos Regionais:** Lígia Garrido Calicchio

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 Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR) e Dr^a Raquel Machado Cavalca Coutinho (Universidade Paulista – UNIP)

Conselho Editorial: Dr^a Ana Lúcia de Mattia (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP), Ms Dulcilene Pereira Jardim (Universidade Santo Amaro – UNISA), Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR), Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da USP), Ms Isabel Cristina Dauth (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA), Ms Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes (Centro Universitário de Brasília – UniCEUB), Ms Márcia Wanderley de Moraes (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE), Dr^a Maria Belén Salazar Posso (Faculdade de Enfermagem da Fundação ABC), Dr^a Maria Clara Padovezze (Escola de Enfermagem da USP), Dr^a Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru), Dr^a Maria Helena Barbosa (Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM), Dr^a Maria Isabel Pedreira de Freitas (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), Dr^a Maria Lúcia Suriano (Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP), Dr^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE), 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

7...

ACONTECE

14...

JORNADA CIENTÍFICA

17...

HOSPITAL EM FOCO

21...

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Estratégias de Capacitação da Equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico Oncológico

30...

REVISÃO DE LITERATURA

Retenção de Objetos Estranhos em Sítio Cirúrgico: Ainda Ocorre?

35...

ARTIGO ORIGINAL

Transplante Hepático Infantil: Análise da Evolução de Enfermagem do Intraoperatório

43...

ARTIGO ORIGINAL

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

52...

RESENHAS

53...

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC

10º Congresso da SOBECC: agradecimento aos participantes e reconhecimento pelo sucesso alcançado



Janete Akamine
Presidente da SOBECC

Iniciamos este editorial expressando nosso agradecimento a cada um dos participantes do 10º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, que aconteceu no período de 28 a 31 de julho, no Palácio das Convenções do Anhembi, em São Paulo (SP), com o tema central A Assistência de Enfermagem e a Segurança do Cliente Cirúrgico. Os números são de impressionar! Foram 2.307 congressistas, 45 palestrantes, 60 empresas expositoras, representadas por 907 profissionais,

entre empresários, diretores, gerentes e supervisores de vendas de produtos médico-hospitalares. A programação científica foi dividida em conferências, palestras, mesas-redondas, fórum de ensino, simpósios-satélites, workshops, talk-show e, como não poderia deixar de ser, trabalhos nas sessões pôster e apresentação oral.

Cabe destacar os 140 pôsteres expostos e os 36 trabalhos apresentados por enfermeiros que abrilhantaram o evento. Confira os trabalhos premiados em cada uma das categorias nesta edição da revista.

A Revista SOBECC deste trimestre destaca, na sessão Hospital em Foco, o maravilhoso trabalho de tratamento e reabilitação de pessoas com fissuras labiopalatais, realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, conhecido como “Centrinho”, situado em Bauru, interior de São Paulo. Seu slogan “Ciência e Humanização” de Mãos Dadas reflete a filosofia institucional.

Nos trabalhos publicados neste terceiro número da Revista SOBECC do ano, podemos ter uma ideia de algumas das tantas facetas da atuação do enfermeiro periperatório e também das maneiras de transformar nossas experiências diárias em trabalhos científicos, seja por meio de pesquisa de campo, pesquisa documental, relato de experiência ou revisão crítica da literatura.

Um grupo de enfermeiras pernambucanas criou, aplicou e avaliou um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica,

baseado no levantamento de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem a pacientes internados na recuperação.

Três docentes, que atuam em diferentes universidades do Estado de São Paulo, discutem um tema que é fonte de preocupação para toda a equipe cirúrgica e do qual muito se fala, porém pouco se escreve: Retenção de Objetos Estranhos em Sítio Cirúrgico.

Os profissionais que atuam em um grande hospital de São Paulo, especializado no tratamento de oncologia, mostram sua preocupação em relação ao adequado preparo da equipe e resolveram dividir sua experiência ao descrever Estratégias de Capacitação da Equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico Oncológico.

A pesquisa documental foi o método escolhido por enfermeiras do Rio Grande do Sul para avaliar a assistência de Enfermagem prestada a crianças submetidas ao transplante de fígado, por meio da análise dos registros realizados nos prontuários durante o período intraoperatório. O trabalho intitula-se Transplante Hepático Infantil: Análise da Evolução de Enfermagem do Intraoperatório.

Muito mais do que questão de praxe, mas sim por merecimento, a Diretoria da SOBECC aproveita este espaço para agradecer todos os envolvidos no planejamento e na execução do 10º Congresso Brasileiro, sem citações específicas, porém expressando nosso reconhecimento pela competência e profissionalismo de cada um.

Os membros da Diretoria não param, pelo contrário, as falhas nos servem como exemplos à procura de melhorias e os sucessos nos impulsionam a continuar trabalhando e planejando novos cursos, jornadas, congressos e simpósios.

Parabéns a todos os profissionais que aproveitaram mais esta oportunidade de reciclar e aprimorar seus conhecimentos. Aos que buscam cada vez mais, fiquem atentos à programação de eventos da SOBECC no site e nas edições da Revista.

Rachel de Carvalho
Diretora da Comissão de
Publicação e Divulgação



ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

TRAINING STRATEGIES FOR THE NURSING STAFF OF A SURGICAL ONCOLOGY CENTER

ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Mariângela Belmonte Ribeiro • Isabel Miranda Bonfim • Cleidileno Teixeira Silveira

RESUMO: Capacitação em serviço é uma atividade que está intimamente ligada à educação continuada, principalmente na área da enfermagem. O Centro Cirúrgico (CC), por ter características assistenciais *sui generis* e de alta complexidade, acaba, em muitos casos, não recebendo atenção dos setores de Educação Continuada. Este relato de experiência visa demonstrar como está estruturado o treinamento dos colaboradores técnicos de enfermagem do CC de um hospital de grande porte especializado em oncologia, disseminando quais são os cuidados assistenciais mais relevantes que um profissional de enfermagem deve saber para poder atuar neste setor, como: técnicas de anestesia, posicionamento cirúrgico, admissão na recuperação anestésica, montagem de sala operatória, noções de informática e cuidados com peças para exames anatomopatológicos dos pacientes cirúrgicos. Este relato tem o intuito de demonstrar que, mesmo em um setor especializado, é possível capacitar os colaboradores, garantindo segurança e qualidade assistencial durante o período transoperatório.

Palavras-chave: Enfermagem de centro cirúrgico. Capacitação em serviço. Educação continuada. Oncologia.

ABSTRACT: In service training is an activity that is closely related to ongoing education, especially in nursing. For having *sui generis* assistance characteristics and high-end complexity, in many cases, the surgical center end up not receiving the attention of Ongoing Education. This experience report aims

to demonstrate how the training of technical staff nurses in a surgical center of a large hospital specialized in oncology is structured, spreading the most relevant essential care that a nursing professional must know to be able to perform in this sector, such as anesthesia, surgical positioning, admission in post-anesthetic recovery room, setting up an operating room, notions in computer and the properly handle of surgical patient's tissues for anatomopathological study. The purpose of this report is to demonstrate that even in a specialized sector, it is possible to enable your employees ensuring safety and quality care during the trans-operative period.

Key words: Operating room nursing; Inservice training; Continuing education; Medical oncology.

RESUMEN: Capacitación en servicio es una actividad que está estrechamente relacionada con la educación permanente, especialmente en la enfermería. El Centro de Cirugía de tener asistencia características *sui generis* y la complejidad de gama alta, en muchos casos, no reciben la atención de los sectores de Educación Continua. Este relato de experiencia tiene por objeto, demostrar cómo se estructura la formación del personal técnico en un centro de cirugía de un gran hospital especializado en oncología, difundiendo cuáles son los cuidados de apoyo más importantes que un profesional de enfermería debe saber para actuar en este campo, como: las técnicas anestésicas, el posicionamiento quirúrgico, ingreso en la sala de recuperación pos anestésica,

ordenación de la sala de operaciones, informática básica y el cuidado con los tejidos patológicos de los pacientes quirúrgicos. Este relato pretende demostrar que mismo en un sector especializado se pueden capacitar a sus empleados para garantizar la seguridad y atención de calidad durante el período perioperatorio.

Palabras-clave: Enfermería de quirófano; Capacitación en servicio; Educación continua; Oncología médica.

INTRODUÇÃO

A globalização tem nos proporcionado acesso às informações de diversas regiões do mundo. Em se tratando de avanços nas técnicas cirúrgicas, o panorama não é diferente. O desenvolvimento tecnológico, no que diz respeito a materiais, equipamentos, técnicas e procedimentos, nos leva à contínua necessidade de atualização para termos condições de interagir e, até mesmo, competirmos no mercado internacional. No que diz respeito à educação em serviço, baseada no desenvolvimento de multiplicadores, fundamentada técnico-cientificamente em capacitações, treinamentos, orientações, entre outros, enfatiza-se a extrema importância para o crescimento profissional do funcionário, assim como o aumento na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Educação é a ação de desenvolver as faculdades psíquicas, intelectuais e morais, conhecimento e prática dos

hábitos sociais; boas maneiras.¹

O objetivo final da educação é formar ou transformar o ser humano como um todo, aperfeiçoando suas faculdades físicas, intelectuais e morais, preparando o indivíduo para o futuro. Sócrates e Platão já diziam que a educação é um processo que dura toda a vida.² A educação pode ser entendida como na forma de humanização do ser humano, pois conduz ao conhecimento da realidade, a qual está inserida e fornece subsídios para a construção de consciência crítica.³

A educação continuada pode ser entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização, com o propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais. No entanto, a educação permanente baseada no aprendizado contínuo é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto-aprimoramento, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social.⁴

Sendo assim, a aprendizagem no contexto do trabalho enfoca benefícios para a organização, como: adaptação à mudança, redução do estresse, melhoria das decisões, aumento da eficiência no desempenho das funções, diminuição de erros organizacionais e ampliação potencial de mudança do comportamento. Os treinamentos determinam a redução de custos, melhoram o absenteísmo e a taxa de rotatividade, diminuem gastos de materiais, aumentam a qualidade do serviço prestado e o grau de satisfação do trabalhador.⁵

Programas que prestigiam a participação e a valorização do potencial humano parecem ser a solução desta problemática. As pessoas devem ser vistas como parceiras das organizações, pois são fornecedoras de conhecimentos, habilidades, capacidades e impõem significado aos objetivos organizacionais.⁶

A capacitação de pessoal é um processo de

mudança planejada que visa à obtenção de determinado comportamento com o mínimo de esforço e o máximo de rendimento e satisfação para o hospital e o funcionário. A continuidade da educação tem dois aspectos importantes. O primeiro é que a evolução da sociedade, tanto no aspecto tecnológico como comportamental, requer do homem uma adaptação constante, gerando no indivíduo a necessidade de desenvolver outras capacidades de ação e de trabalho. O segundo aspecto é o de que existe um interesse da sociedade em aproveitar, para fins coletivos, a força de trabalho de cada um de seus membros e, à medida que se modifica seu grau de desenvolvimento, aumenta a necessidade de mais educação para os mesmos. Concluiu-se que, onde há sociedade há educação; logo, ela é continuada.⁷

Para que a Educação Continuada na Enfermagem se torne efetiva, deve-se crer que a educação seja de grande valor como meio de crescimento dos funcionários, o que contribuirá para a melhoria da assistência à clientela, estando a garantia do desenvolvimento do pessoal de enfermagem atrelada à existência de um setor que planeje e organize as atividades de Educação Continuada. Isso assegura que o desenvolvimento de recursos humanos seja uma prática institucional, portanto, com maiores chances de sucesso.⁸ Considera-se que a educação continuada deve seguir como fator determinante para a mudança, permeando a ciência do ser enfermeiro, proporcionando aquisição de habilidades, autoconfiança, crescimento profissional e incentivo.⁹

Avanços nas técnicas médicas e na engenharia genética já prevêm um prolongamento razoável da vida humana e a tecnologia na saúde passa por uma grande transformação, como as cirurgias videolaparoscópicas e os procedimentos com o auxílio da robótica; aproxima-se o momento dos computadores inteligentes e interativos, interligando pessoas e instituições de serviço.¹⁰

O Centro Cirúrgico (CC), sendo

um setor específico e que vive estas transformações, necessita de profissionais altamente preparados e treinados para cumprir o exercício da enfermagem com responsabilidade e competência na prestação da assistência aos pacientes cirúrgicos.

A educação permanente é uma necessidade para o enfermeiro que atua no CC, no desenvolvimento de uma postura crítica, auto-avaliação, autogestão, promovendo, assim, os ajustes necessários no sentido de trabalhar as diferenças existentes na equipe de enfermagem, na transmissão de saberes práticos e sociais, que mobilizam todas as possibilidades e saberes dos atores sociais envolvidos.¹¹

Por ser o CC um setor específico, é necessário que as atribuições fiquem evidenciadas de forma que a assistência de enfermagem vise o bem estar do paciente cirúrgico, priorizando as habilidades técnicas necessárias para a especialidade.

Surge, então, a preocupação de como a equipe de enfermagem do CC pratica a atividade educativa.

A educação continuada neste setor tem como finalidade fazer com que a equipe de enfermagem adquira maior conhecimento técnico e habilidades específicas, desenvolvendo valores e atitudes profissionais que promovam mudanças de conceitos mediante novas tendências e novas tecnologias, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional, fazendo com que a equipe seja multiplicadora.

Com a evolução da tecnologia, cada vez mais os funcionários da área da saúde são cobrados quanto à questão de aprimoramento, principalmente dentro do CC, setor no qual a equipe de enfermagem tem que atender as necessidades no cuidado do paciente no pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato e sejam realizados seguindo os padrões recomendados, bem como atender a equipe médica para que o ato anestésico-cirúrgico ocorra com segurança.

OBJETIVO

Relatar a experiência da Educação Continuada aplicada à equipe de enfermagem de um Centro Cirúrgico de instituição de grande porte, especializada em oncologia.

MÉTODO

Este estudo consiste em um relato de experiência, vivenciado através do treinamento de 27 técnicos e auxiliares de enfermagem do Centro Cirúrgico (CC) e da Recuperação Anestésica (RA) de um hospital referência no tratamento oncológico, na cidade de São Paulo no período de 2007 a 2010. Esta instituição possui uma média de oitocentos procedimentos anestésico-cirúrgicos por mês, um CC com 14 salas cirúrgicas e uma sala de RA com 15 leitos, monitorização central e box equipado para receber pacientes entubados.

Nesta instituição, como a Educação Continuada também atua nos processos em geral, a equipe do CC atua na educação permanente, sendo que uma enfermeira do setor é a responsável pelo treinamento dos novos colaboradores. É realizado um cronograma, com duração de aproximadamente dois meses e meio, para o acompanhamento do treinamento, no qual existe uma avaliação das etapas que o colaborador percorre com os principais pontos, dando oportunidade para que ele aponte as suas dificuldades de modo que estas sejam mais bem trabalhadas.

São passadas apostilas com as instruções das principais rotinas e a enfermeira acompanha todas as etapas do treinamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: ETAPAS DO TREINAMENTO

Admissão do paciente no Centro Cirúrgico

A chegada do paciente na recepção do CC significa sua saída de um local conhecido e de domínio e a entrada para o local fechado, onde permanecerá sob a

administração de um tipo de anestesia e que, geralmente, repercute em alterações fisiológicas, frequentemente, detectáveis pelos sinais vitais.¹²

Apesar da recepção do paciente ser de responsabilidade do enfermeiro, na Instituição em foco, é o técnico de enfermagem (circulante de sala) quem conduz o paciente para a sala operatória. Por ocasião do treinamento, o colaborador fica na admissão durante um dia, a fim de acompanhar a rotina da admissão e o transporte do paciente até o CC, que é realizado por estagiários de enfermagem. Alguns pontos importantes devem ser levados em consideração e ressaltados:

- Apresentar-se ao paciente pelo nome;
- Informar ao paciente que irá conduzi-lo à sala operatória e que durante o ato anestésico-cirúrgico é ele quem ficará em sala;
- Confirmar o nome do paciente com o aviso de cirurgia e o número da sala operatória na qual ocorrerá o procedimento;
- Checar com a enfermeira, no aviso de cirurgia, a confirmação da reserva de hemocomponentes e vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando solicitada;
- Na sala operatória, auxiliar o paciente na passagem para a mesa cirúrgica e passar a faixa de segurança;
- Realizar a monitorização do paciente e conferir os sinais vitais.

Noções básicas sobre o processo de trabalho do Centro Cirúrgico

Um profissional de enfermagem, mesmo com experiência na área, necessita se familiarizar com o novo ambiente de trabalho e com as características específicas do setor que irá trabalhar. Para tanto, acreditamos ser necessário que o funcionário tenha um treinamento sobre as principais atividades que irá desenvolver no transcorrer do seu trabalho, com noções básicas de diversas áreas de

atuação, tais como: anestesia, montagem ou preparo da sala operatória, controle de infecção, posicionamento cirúrgico, anotações de enfermagem, anatomia patológica, recuperação anestésica, bem como noções de informática, visto que o processo de inserção das informações é realizado nos prontuários eletrônicos.

Etapas do procedimento anestésico

É importante que o enfermeiro e/ou profissional de enfermagem tenha conhecimento geral acerca das principais etapas do procedimento anestésico, como materiais utilizados, medicações habituais e possíveis complicações, para que possa fornecer ajuda ao anestesologista.¹³

O enfermeiro fornece aos novos colaboradores uma aula impressa com noções de anestesia e artigos científicos sobre a temática em questão e suas possíveis complicações. O funcionário, então, é acompanhado por um técnico de enfermagem (circulante de sala) experiente durante um período de quinze dias, para auxiliá-lo na montagem e/ou no preparo do ato anestésico, com a supervisão do enfermeiro, que sana suas dúvidas e direciona o treinamento. Durante o treinamento, alguns pontos devem ser destacados:

- Conhecer os principais fármacos utilizados em anestesia, sua ação e possíveis reações;
- Detectar vazamentos no aparelho de anestesia. Apesar da função de checagem do aparelho ser da engenharia clínica, é importante que o funcionário saiba identificar qualquer alteração, pois pode ocorrer uma falha no equipamento com o paciente entubado e ele poderá auxiliar o anestesista na troca do aparelho;
- Montar dispositivos para monitorização de pressão venosa central (PVC) e da pressão arterial média (PAM);
- Equipar o aparelho de anestesia com todo material para anestesia geral e separar material para intubação difícil, quando solicitado;

- Montar soros e disponibilizar bombas de medicações para a sala de operações;
- Confirmar com o anestesiolegista quais são os fármacos que ele irá usar;
- Confirmar com o anestesiolegista qual é o tipo de anestesia a ser realizada e, se necessário, separar o kit para o bloqueio.

Montagem da sala operatória

O circulante deve prover a sala operatória com recursos adequados às necessidades do cliente e segundo as especificidades de cada intervenção anestésico-cirúrgica.¹²

O funcionário da sala operatória, pela responsabilidade que lhe compete, deve ser bem treinado. Na Instituição do presente estudo, ele fica em treinamento por dois meses, quando é realizado outro cronograma de atividades que englobam os pontos importantes a serem ressaltados. Este cronograma é acompanhado pelos enfermeiros do CC, para que o funcionário, além de segui-lo, possa acompanhar as etapas do treinamento e levantar os pontos em que considera necessário maior aprimoramento. As etapas são as seguintes:

- Solicitar na farmácia, mediante a etiqueta de identificação do paciente, o kit cirúrgico e os materiais consignados, que devem ser dispensados com o preenchimento do impresso próprio pelo funcionário da farmácia, com nome e assinatura do circulante de sala;
- Solicitar no arsenal a montagem da mesa com caixas e instrumentais avulsos adequados ao procedimento, seguido do impresso de controle de materiais;
- Em sala operatória, arrumar o kit e as caixas de instrumentais, de forma a facilitar a abertura de todo o material;
- Solicitar à instrumentadora que verifique os instrumentais, pois se houver necessidade de complementos, deverá solicitar antes do início da cirurgia, evitando, assim, a sua saída da sala operatória no

início do ato anestésico-cirúrgico;

- Verificar e testar todos os equipamentos fixos da sala operatória, como aquecedor, bisturi elétrico, mesa cirúrgica e tricótomos;
- Separar os acessórios da mesa cirúrgica necessários para o procedimento;
- Equipar a sala operatória com todos os equipamentos solicitados no agendamento para o procedimento, como bisturi ultrassônico, rack de vídeo, laser, probe, bomba injetora, microscópio, entre outros.

Prevenção de infecção de sítio cirúrgico

A principal fonte de contaminação do ar ambiente por microorganismos mais relacionada à infecção de sítio cirúrgico (ISC) é constituída pelas pessoas, pacientes e profissionais, cuja eliminação desses microorganismos é fortemente influenciada pelas atividades. Durante atividades físicas moderadas, cada pessoa pode eliminar cerca de 1.000 partículas com bactérias por minuto, com tamanho variando de 5 a 60µm. O ar contamina roupas, instrumentos e a ferida cirúrgica, por meio do contato direto.¹⁴

Pesquisas demonstram que o ambiente está praticamente livre de bactérias ou partículas maiores do que 5µm quando não há pessoas no local.¹⁴ Desta forma, a sala operatória deve ser o local de menor circulação possível. É necessário que o circulante de sala tenha noções acerca da contaminação em relação ao material e quanto ao ambiente.

Frente a esta situação, capacita-se os colaboradores para:

- Verificar a integridade das embalagens e os respectivos prazos de validade;
- Abrir as embalagens na técnica asséptica, levando em consideração as embalagens de grau cirúrgico, tecido e não tecido, pois estes possuem memória;
- Ter cuidado na colocação dos materiais

sobre a mesa cirúrgica, para não contaminar os instrumentais e nem o sítio cirúrgico;

- Durante a movimentação, evitar encostar a roupa privativa na mesa e nos campos operatórios;
- Durante a utilização de luvas de procedimentos, deve-se ter cuidado com a manipulação dos materiais, pois a luva utilizada como proteção pode ser um meio de contaminação.

Posicionamento cirúrgico

O posicionamento deve ser individualizado e adaptado às necessidades de cada pessoa e aos procedimentos previstos. Essas necessidades devem ser estabelecidas em conjunto com a equipe cirúrgica e de enfermagem, uma vez que o posicionamento promove alterações que poderão repercutir nos períodos subsequentes ao transoperatório, com consequências e complicações indesejáveis e até mesmo fatais.¹²

Segundo estudos, a equipe de funcionários em sala operatória acaba aprendendo a posicionar o paciente no dia-a-dia e quase nunca existe um treinamento específico para este procedimento tão importante.¹⁵

Para um posicionamento eficaz é necessário que o circulante de sala conheça as condições físicas do paciente. Na Instituição, por ser um hospital-escola, o posicionamento é realizado pela equipe multiprofissional, e se dispõe de colchão piramidal, posicionadores de polímeros de vários tamanhos e modelos para cabeça, região lombar, sacra, calcâneo e as mesas possuem colchões de densidade para suportar até cento e quarenta quilos.

Nos procedimentos de longa duração e devido à complexidade da cirurgia que será realizada, muitas vezes são necessárias duas incisões, uma na posição dorsal e outra na posição ventral, havendo necessidade de mudança de posição do paciente durante o procedimento. O circulante deixa uma maca preparada

para efetuar a mudança de decúbito com o paciente anestesiado. Para um posicionamento adequado discute-se com os colaboradores:

- Conhecer a idade do paciente e sua massa corpórea;
- Identificar qual procedimento será realizado e o tempo cirúrgico previsto;
- Possuir noções de anatomia e fisiologia;
- Conhecer as principais posições cirúrgicas e quais proeminências ósseas deverão ser protegidas;
- Utilizar os recursos de proteção adequados levando em consideração os equipamentos que a instituição possui;
- Realizar anotação em prontuário a respeito do posicionamento, incluindo tipo de posição e local de colocação dos recursos de proteção, principalmente colchão caixa de ovos, para fins de cobrança na auditoria de prontuário.

Anotações de Enfermagem

No que se diz respeito às anotações em sala operatória, muito pouco é relatado, devendo o circulante ser orientado para a importância destes registros, que devem conter:

- Descrição de como o paciente chegou à sala operatória, se recebeu pré-anestésico ou não e horário de entrada em sala;
- Anotação dos sinais vitais e locais em que foram colocados os acessórios de monitorização;
- Descrição de punções venosa e arterial e quantos artefatos foram utilizados, assim como a passagem de cateter venoso central, quando necessário;
- Relato do ato anestésico, com número e tipo da cânula de intubação e, nos casos de bloqueios, o tipo de agulha utilizado;

- Anotação do tipo de antisséptico utilizado na antisepsia da pele do paciente;

- Registro acerca qualquer intercorrência no transoperatório, incluindo sangramentos, alterações hemodinâmicas e eletrocardiográficas, entre outras;

- Anotação de todos os materiais especiais e de alto custo, assim como qualquer tipo de material ou medicamento utilizado em quantidade maior do que normalmente é usado;

- Realização do registro em campo próprio da quantidade de compressas utilizadas, principalmente em se tratando de cirurgias que envolvem as grandes cavidades corporais, fazendo a contagem com a instrumentadora de quantas foram abertas e quantas foram desprezadas no *hamper*, a fim de verificar se as quantidades estão exatas;

- Nas cirurgias de cabeça e pescoço, deve-se proceder à contagem do número de gazes utilizada em campo operatório, principalmente das colocadas em cavidade oral;

- Descrição da limpeza da pele ao término do procedimento, assim como realização do curativo e tipo de cobertura utilizada;

- Anotação no documento de prontuário e no quadro de cirurgia segura referente ao encaminhamento de peças cirúrgicas para anatomopatológicos e exames laboratoriais;

- Registro do horário da saída de sala operatória, local para o qual o paciente será encaminhado e em quais condições o paciente está sendo encaminhado.

O funcionário deve estar consciente da importância da anotação não apenas como documento, mas também como registro para as operadoras de saúde na auditoria de prontuário. Em Anexo, segue o modelo utilizado na Instituição para anotações transoperatórias em sala cirúrgica e pós-operatórias imediatas, na sala de recuperação anestésica.

Cuidados com espécimes anatomopatológicos e exames laboratoriais

Anatomia patológica é um ramo da patologia e da medicina que lida com o diagnóstico das doenças baseado no exame macroscópico de peças cirúrgicas e microscópicos para o exame de células e tecidos. O patologista tem ampla inserção na ciência médica, atuando em patologia cirúrgica diagnóstica e citopatológica, além de ser responsável pela análise e elaboração de laudos (pareceres médicos) em exames, utilizando-se a técnica de imuno-histoquímica. Aqueles que se dedicam preferencialmente à patologia diagnóstica são denominados patologistas cirúrgicos.¹⁶ Devido à importância da peça cirúrgica para o parecer do diagnóstico da doença na Instituição sede deste estudo, especializada em oncologia, o funcionário em treinamento permanece um dia no laboratório de anatomia patológica, o qual está localizado dentro do CC, a fim de conhecer a importância do acondicionamento e do registro das peças, quais são os tipos de exames que podem ser realizados com as peças e como estas peças devem ser acondicionadas, de acordo com o exame pelo qual passará.

As peças retiradas dos pacientes e encaminhadas para exames devem ter cuidados especiais. Para tanto, a equipe é orientada a:

- Preencher o impresso com todos os dados referentes à identificação do paciente;

- Após a retirada da peça, checar com a equipe médica o nome do espécime antes de colocar no impresso;

- Acondicionar as peças em recipientes segundo seu tamanho e usar soluções de conservação de acordo com o exame ao qual serão submetidas;

- Confeccionar as etiquetas de identificação, com nome e registro do paciente, numerando as peças e colocando as definições, conforme orientação da equipe médica;

- Checar as anotações das etiquetas com o impresso de pedido de exame realizado pelo médico da equipe;
- Conferir se o médico assinou e carimbou o impresso de pedido de anatomopatológico;
- Registrar no quadro de cirurgia segura, o qual se encontra na sala operatória, as peças que foram retiradas, para conferência no final do ato cirúrgico, assim como no *check list* de cirurgia segura, que deve ser assinado pelo médico e pelo circulante antes de ser fixado no prontuário;
- No caso de biópsia de congelação, o material é encaminhado sem solução de conservação e, no banco de tumores, é realizada a coleta de sangue venoso em frasco com código de barra fornecido pelo laboratório de anatomia patológica;
- Todas as peças encaminhadas ao laboratório de anatomia patológica devem ser protocoladas no livro da anatomia com todos os seguintes dados: nome e registro do paciente, identificação da peça, exame a ser realizado, número da sala, data, horário e nome do circulante que a trouxe;
- Peças encaminhadas para o setor de imagem devem ser fixadas em placas específicas, que são fornecidas pela anatomia patológica, com identificação completa do paciente e número da sala cirúrgica.

Para proceder à coleta de exames laboratoriais em sala operatória, o funcionário deve conhecer os frascos padronizados pelo laboratório para cada tipo de exame solicitado, podendo existir no local uma tabela com cada tipo de frasco fornecido, o que ajuda a agilizar a coleta de amostras, principalmente no caso de urgência e sangramento intraoperatório. O circulante de sala deve separar os frascos solicitados e identificar cada frasco com os dados do paciente. Depois de realizada a coleta, acondicionar os frascos na cápsula do pneumático e encaminhar ao laboratório, juntamente com o pedido do exame.

Prontuário eletrônico

A informática em enfermagem é a área de conhecimento que diz respeito ao acesso de dados, informação e conhecimento, para padronizar documentos, melhorar a comunicação, apoiar o processo de tomada de decisão, desenvolver e disseminar novos conhecimentos, aumentar a qualidade, a efetividade e a eficiência do cuidado em saúde, fornecendo maior poder de escolha aos clientes e fazendo avançar a ciência da enfermagem. Assim, o enfermeiro terá mais tempo para se dedicar à assistência direta ao paciente durante o período perioperatório e gerenciar a unidade de CC com efetividade.¹¹

A conscientização dos profissionais de enfermagem frente à utilização da tecnologia de informação redundante na reorientação do produto final, no sentido de beneficiar o paciente, reduzir os custos e racionalizar o trabalho. Esse tem sido o grande desafio da informática em enfermagem.¹⁷

Com a tecnologia cada vez mais presente no dia-a-dia, os funcionários da enfermagem da Instituição também sentiram a necessidade de ter conhecimentos básicos de informática, tanto os mais jovens que já convivem com esta nova realidade, quanto os funcionários mais antigos, que muitas vezes necessitaram conhecê-la para apreendê-la.

- O prontuário realizado através da informática proporciona organização e padronização, acabando com a dificuldade de se entender os manuscritos existentes.

Na Instituição em foco, é utilizado um reconhecido sistema eletrônico de gerenciamento hospitalar. Este sistema possui um módulo específico para o CC, com descrição de cirurgia, impresso de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório da enfermagem, prescrição e alta da RA e módulo de confirmação de cirurgia. Portanto, é muito importante que o funcionário, logo que admitido, conheça o programa e receba um trei-

namento para sua utilização, pois já que se debate a assistência de enfermagem intraoperatória além de todas as suas obrigações dentro da sala de operações, as anotações deverão ser efetuadas no sistema e requerem determinado tempo para serem realizadas pelo colaborador. As anotações no sistema informatizado, realizadas em sala operatória pelo circulante, consistem em:

- Preencher todos os dados da ficha na parte referente ao transoperatório;
- Na ficha de confirmação de cirurgia, anotar todas as taxas e os equipamentos utilizados. Para facilitar este processo, cada uma das salas possui uma ficha com o número referente às taxas e aos equipamentos;
- Checar, assinar e carimbar na ficha de avaliação e risco assistencial aberta, pela enfermeira durante a admissão do paciente no CC, todos os cuidados realizados durante o procedimento anestésico-cirúrgico.

Cuidados com o paciente na sala de Recuperação Anestésica

A sala de Recuperação Anestésica (RA) é a área destinada à permanência do paciente após o término do ato anestésico-cirúrgico, onde são dispensados cuidados intensivos até a recuperação da sua consciência, eliminação de anestésicos e estabilidade dos sinais vitais, incluindo, naturalmente, o diagnóstico e o tratamento das complicações, ou seja, até que o paciente esteja em condições de retornar em segurança à unidade de internação de origem.¹⁸

O transporte do indivíduo recém-operado deve ser feito de forma segura, mesmo que a unidade seja próxima à sala cirúrgica. Esse período é considerado crítico, pois muitas vezes as pessoas se encontram inconscientes, entorpecidas e com diminuição dos reflexos protetores. Tal instabilidade orgânica e emocional decorre do trauma anestésico-cirúrgico sofrido, requerendo, portanto, uma assistência especializada.¹⁹

No Hospital em foco não existe rodízio de funcionários do CC com os funcionários da RA, portanto o treinamento do funcionário da RA é realizado pelo enfermeiro, que faz uma apresentação das rotinas do setor, assim como orienta o novo colaborador acerca dos protocolos. O funcionário em treinamento é acompanhado desde a admissão do paciente com a explanação da importância dos controles vitais de quinze em quinze minutos para os pacientes estáveis, ficando apenas uma verificação diferenciada quando o paciente apresentar alguma alteração nos sinais vitais. Nestes casos, cabe ao enfermeiro avaliar de quanto em quanto tempo devem ser mensurados os parâmetros.

Na RA da Instituição utiliza-se a Escala de Aldrete e Kroulik, na qual os autores sugerem avaliações constantes dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular dos pacientes que se encontram sob os efeitos dos fármacos utilizados na anestesia.²⁰

- Primeiramente, o colaborador fica na admissão do paciente para controles dos sinais vitais e preenchimento dos dados da admissão e do protocolo dos exames, vindo do CC durante cinco dias. Após esse período, ele começa a aplicar medicações, sempre com a supervisão do enfermeiro, que vai transmitindo dados a respeito das medicações e cobrando estes conhecimentos do colaborador.
- A admissão do paciente na RA é muito importante e é o momento em que a equipe recebe o cliente pós-operado e a passagem do plantão é realizada pelo anestesiológico. Neste momento, os aspectos que os novos colaboradores devem assimilar são:
- Levantar e intervir frente às necessidades de cada paciente diante do procedimento realizado, executando a prescrição de enfermagem elaborada pelo enfermeiro;
- Realizar a monitorização do paciente e, se necessário, instalar suporte de oxigenoterapia ou manter, quando solicitado previamente;

- Aplicar medidas de avaliação e controle da dor, utilizando escalas específicas;
- Prevenir, controlar e intervir nos cacos de ocorrência de náuseas e vômitos;
- Reconhecer a importância do controle dos sinais vitais e como intervir no caso de alterações provocadas pelas medições;
- Controlar rigorosamente a temperatura, pois em geral os pacientes retornam da sala operatória hipotérmicos, e instalar aquecedor quando necessário;
- Preparar e administrar as medicações prescritas, seguindo o protocolo da instituição e conhecer os efeitos colaterais e as reações adversas dos fármacos administrados;
- Conhecer a rotina de atendimento de emergência, nos casos de parada cardiorrespiratória, choque, convulsões;
- Controlar rigorosamente volume e aspectos de secreções, incluindo débitos de drenos e sondas e avaliar aspecto do curativo;
- Juntamente com o enfermeiro, avaliar e proporcionar conforto ao paciente e prepará-lo para a alta da sala de recuperação;
- Realizar os registros pertinentes em impressos próprios durante o tempo de permanência do paciente na RA;
- Ter noções de informática, a fim de realizar as anotações e registrar as medicações utilizadas, uma vez que existe estoque de medicações na RA e, com isso, a cobrança é realizada através do sistema pelo código de barras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a Educação Continuada, na maioria dos hospitais, prioriza o treinamento em um contexto geral dentro da instituição, o treinamento específico, em algumas situações, acaba sendo realizado pelas próprias equipes dos setores fechados,

como UTI, CC e hemodinâmica, entre outros.

Devido à complexidade assistencial existente no setor de cirurgias, já discutida neste artigo, tenta-se demonstrar a necessidade de treinamentos bem elaborados a novos colaboradores do CC. O treinamento do funcionário de enfermagem em sala operatória é muito importante para o bom andamento do ato anestésico-cirúrgico, uma vez que ele deve ter conhecimento básico sobre anestesia, procedimentos cirúrgicos, instrumentais, materiais específicos para os mais diversos procedimentos, noções de infecção, acondicionamento do material para exames, anotações de enfermagem e informática.

Assim, com o programa desenvolvido na Instituição sede deste estudo, esta capacitação requer tempo hábil o suficiente para garantir que o novo colaborador se sinta seguro em executar suas novas funções, exigindo que o enfermeiro gestor compreenda a necessidade de mantê-lo fora da escala de trabalho até o término do programa de capacitação.

O enfermeiro deve preparar este novo colaborador para ficar realmente atento às peculiaridades da unidade cirúrgica.

O intuito de todo este treinamento para o enfermeiro e os seus pares é proporcionar qualidade assistencial, entendida, neste momento, como forma de garantir a segurança do paciente e visar a diminuição dos custos hospitalares, tendo a instituição hospitalar como uma unidade de negócios.

REFERÊNCIAS

1. Dicionário do Aurélio Online [dicionário na Internet]. Rio de Janeiro; 2010. [citado em 2010 ago 12]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com>
2. Oguisso T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. Nursing (São Paulo). 2000;20(1):22-9.

3. Salum NC, Prado ML. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(2):298-311.
4. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):479-80.
5. Castro LC, Takahashi RT. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):305-11.
6. Siqueira ILPC, Kurcgant P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):231-51.
7. Silva MJP, Pereira LL, Benko MA. Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. São Paulo: Saraiva; 1989. Escolha de uma linha educacional; p.6.
8. Backes VMS, Schmidt SMS, Nietsche EA, Saurim MHG, Ferraz F. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2003;12(1):80-8.
9. Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Mundo Saúde.* 2008;32(1):47-55.
10. Motta PR. Inovações tecnológicas e transformações sociais. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1998. Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar; p.10.
11. Oliveira MAN, Servo MLS. A educação à distância como estratégia da educação permanente do enfermeiro em centro cirúrgico frente às novas tecnologias. *Sitientibus.* 2004;30:9-20.
12. Bianchi ERF, Vátimo MFF. Recepção do paciente no centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação.* 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.162-76.
13. Bussolotti RM, Giroud EHJ. Tipos de anestesia. In: Malagutti W, Bonfim IM. *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico.* São Paulo: Martinari; 2008. p.115-34.
14. Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. Ambiente da sala de operações: fonte de contaminação e relação com infecção em centro cirúrgico; p.327.
15. Silveira CT. A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente durante o período intra-operatório [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
16. Werner B. Biópsia de pele e seu estudo histológico: Por quê? Para quê? Como? Parte I. *An Bras Dermatol.* 2009;84(4):391-5.
17. Évora YDM. A enfermagem na era da informática. *Rev Eletr Enferm [periódico na internet].* 2007. [citado 2009 dez 20]; 9(1):14. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a01.pdf>
18. Pita P. História e atualidades da RPA. In: Malagutti W, Bonfim IM. *Recuperação pós-anestésica: assistência especializada no centro cirúrgico.* São Paulo: Martinari; 2010. p. 19-28.
19. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Práticas Recomendadas - SOBECC.* 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
20. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth.* 1995;7(1):89-91.

AUTORES

Mariângela Belmonte Ribeiro

Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Enfermeira de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Hospital A.C. Camargo (SP).

Isabel Miranda Bonfim

Enfermeira, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto e Especialista em Centro Cirúrgico pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Especialista em Informática em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Gerente de Enfermagem do Hospital A.C. Camargo (SP).

Cleidileno Teixeira Silveira

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), Enfermeiro Pleno da Educação Continuada do Hospital A.C. Camargo (SP).

ANEXO

<p>Hospital A.C. Camargo Assistência de Enfermagem Perioperatória</p>	PACIENTE: _____	DEPARTAMENTO: LEITO: _____	
	RGH: _____	DATA DA ADMISSÃO: _____	DATA DA CIRURGIÁ: _____
	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____
	CATEGORIA: _____		

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO DATA: _____ HORA: _____

CHECAR:

SONDAS/RENOS/CATÉTERES:		ACESSO VENOSO:	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:		ESPECIFICAR (pre-anestésico):	
PRÉ-ANESTÉSICO:		<input type="checkbox"/> DIAZEPAN <input type="checkbox"/> MIDAZOLAN	
HORAS:		OUTRO:	
RESERVA DE UTÍLISEM:			
SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> EQUIPE CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> ANESTESIA			
TRICOTOMIA:		REGIÃO:	
SINAIS VITAIS: T: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ Hs: _____			
EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS RECEBIDOS Confere? <input type="checkbox"/>			
JUSTIFICATIVA: _____			
JEJUM: _____ Hs: _____		ALERGIAS:	
		ESPECIFICAR:	
PRÓTESE:		ROUPA ÍNTIMA:	
LOCAL:		ESPECIFICAR:	
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES:			
INFORMAÇÕES OBTIDAS DO:		NOME:	
E		NOME:	
ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A): _____		COREN: _____	

LOCALIZAÇÃO DE:

ELETRODO: <input checked="" type="checkbox"/>	
PUNÇÃO VENOSA: <input checked="" type="checkbox"/>	
LOCAL: <input type="checkbox"/> ESCALP Nº <input type="checkbox"/> UELCO Nº <input type="checkbox"/> INTIMA Nº	
PLACA DE BISTURI: <input type="checkbox"/>	
BISTURI ELET. MARCA Nº PATRIMÔNIO	
INCISÃO CIRÚRGICA: <input type="checkbox"/>	
ATO OPERATÓRIO (POSIÇÃO CIRÚRGICA)	
OUTRO:	
POSICIONADORES: LOCAL: <input type="checkbox"/>	
PREPARO DA PELE: <input type="checkbox"/> CLOREXIDINE TÓPICO <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> TÓPICO <input type="checkbox"/> PVPI <input type="checkbox"/> ALCOOLICO <input type="checkbox"/> CLOREXIDINE <input type="checkbox"/> ALCOOLICO <input type="checkbox"/> CLOREXIDINE DEGERMANTE	
TUBO: NOME Nº	

CONTAGEM E CONFERÊNCIA DE COMPRESSAS UTILIZADAS EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE CAVIDADE

REGISTRAR EM CADA QUADRO A QUANTIDADE EM UNIDADES

PEQUENAS	TOTAL
GRANDES	TOTAL

Contagem final das compressas confere?

JUSTIFICAR: _____

Informações Adicionais (inclusive a passagem de plantão): _____

Assinatura do circulante: _____

Nome / Coren (INÍCIO) Nome / Coren (TERMINO)

SERVIÇOS REQUISITADOS EM SALA OPERATÓRIA

PEÇA CIRÚRGICA (Nº) _____

BANCO DE TUMORES _____

CONGELAÇÃO _____

NÃO HOUE PEDIDO DE EXAME ANATOMO PATOLÓGICO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (BLOCO OPERATÓRIO)

MATERIAIS UTILIZADOS EM SALA OPERATÓRIA

CATÉTERES:	
CATETER NASOGÁSTRICO Nº _____	CATETER NASOENTERAL Nº _____
CATETER VESICAL DEMORA TIPO FOLLEY VIAS Nº _____	
DRENOS:	
PORTOVAC (LOCAL) _____	PENROSE (LOCAL) _____
JACKSON PRATT (LOCAL) _____	TORAX (LOCAL) _____
KHER/WATERMAN (LOCAL) _____	DRENO BILIAR (LOCAL) _____
OUTROS: _____	
CATETER VENOSO CENTRAL: _____	
DESCRIÇÃO: _____	
HEMOSTÁTICOS: <input type="checkbox"/> GELFOAN <input type="checkbox"/> SURGICEL OUTROS: _____	
FRASCO DE ASPIRAÇÃO: 2000 ml (QTD) 0 3500 ml (QTD) OUTROS: _____	
VOLUME DRENADO: ml _____	
SISTEMA GÁSTRICO: 1000 ml (QTD) OUTROS: _____	
VOLUME DRENADO: ml _____	
SUTURA MECÂNICA: <input type="checkbox"/> GRAMPEADOR CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> RECARGA DE GRAMPO PARA GRAMPEADOR <input type="checkbox"/> TROCARTES CIRÚRGICO OUTROS: _____	
OUTROS: <input type="checkbox"/> PRÓTESE MAMÁRIA <input type="checkbox"/> ENKERTO ARTERIAL BIFURCADO INORGÂNICO <input type="checkbox"/> MANIPULADOR UTERINO <input type="checkbox"/> CATETER URETRAL <input type="checkbox"/> CATETER DUPLO J <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA <input type="checkbox"/> PERICARDIO BOVINO <input type="checkbox"/> CONJUNTO DE HIDRIFALIA <input type="checkbox"/> CONJUNTO DE CATETER DE DRENAGEM ESTÉRIL OUTROS: _____	

MATERIAIS UTILIZADOS NA SALA CIRÚRGICA

ALGODÃO BÓIAS 50 GRs	UNID	PROPRE HOSPITALAR	ML
CARAX CLOREXIDINE 0.12%	ML	RIALCOOL 70% ALMOTOLIA 100 ML	ML
AQUAOSO	UNID	RIODEINE DEGERMANTE 1000ML(PVPI DEGERMANTE)	ML
ESCÓVA CIRÚRGICA C / PVPI A 10%	UNID	RIODEINE 10% ALCOOLICO ALMOTOLIA 100 ML(PVPI TINTURA)	ML
ESCÓVA CIRÚRGICA CLOREXIDINA 2%	UNID	RIODEINE TÓPICO ALMOTOLIA 100 ML(PVPI TÓPICO)	ML
ESPARRADRAPO 10x4.5 MT	MT	RIODEINE TÓPICO ALMOTOLIA 100 ML(PVPI TÓPICO)	ML
FITA MICROPORE BRANCA 19x50 MT	MT	RIODEX CLOREXIDINE ALC 0.5% ALMOT 100ML(CLOREX)	ML
FITA TRANSPORE 100x4.5 MT	MT	RIODEX DEGERMANTE 2% ALMOT 100ML(CLOREX)	ML
GORRO CIRÚRGICO DESC MASCULINO	UNID	SOMMARCARE CLOREX AGUOSA 0.2% 100 ML (CLOREXTÓPICO)	ML

GLUTARASTER	ML	TOUCA CIRÚRGICA DESC FEMININA	UNID
LUVA PROCEDIMENTO MEDTALCO HIPOALERG	UNID	TENSÓPLAST 10 CM 4x5 MT	MT
MÁSCARA CIRÚRGICA TRIPLA	UNID	XYLESTESIN SPRAY 10% 50 ML	FR

SAÍDA DO PACIENTE DA SALA OPERATÓRIA

HORÁRIO: _____

DESTINO: OUTROS	<input type="checkbox"/> INTUBADO	<input type="checkbox"/> EXTUBADO	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA
CURATIVO (REGIÃO / ASPECTO): _____			
LESÕES DA PELE: ESPECIFICAR: _____			
CIRCULANTE: _____			COREN: _____

RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

ENTRADA ADMISSÃO	HORA	SATURAÇÃO	FR	FC	PA	TEMPERATURA AA/ NEBU	FUNCIONÁRIO
15							
30							
45							
1:00							
1:30							
2:00							
2:30							
3:00							
3:30							
4:00							
4:30							

ESCALA DE RECUPERAÇÃO PÓS - ANESTÉSICA / ALDRETE E KROULIK

	2	1	0
CONCIÊNCIA	Desperto Totalmente	Desperto ao chamar	Não responde
	Movimento voluntário de todas as extremidades	Movimento voluntário de duas extremidades apenas	Incapaz de se mover
ATIVIDADE	Respira profundamente e tosse	Dispneia, hipoventilação	Apnéia
	P A normal ou até 20% menor que no pré-anestésico	P A menor em 25 à 50% do nível pré-anestésico	P A igual ou menor que 55% do nível pré-anestésico
RESPIRAÇÃO	SaO ₂ > 92%, respirando ar ambiente	Necessita suplementação de O ₂ suplementar	SaO ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar
CIRCULAÇÃO			
SATURAÇÃO			

ENTRADA ADMISSÃO	HORA	CONCIÊNCIA	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	SATURAÇÃO O ₂	TOTAL
15							
30							
45							
1:00							
1:30							
2:00							
2:30							
3:00							
3:30							
4:00							
4:30							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

INSTALAR	<input type="checkbox"/> AQUECEDOR	OUTROS: _____	M	T	N
MANTER	DECUBITO: <input type="checkbox"/> ELEVADO GRAUS + <input type="checkbox"/> DDH <input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG	OUTROS: _____			
IDENTIFICAR	<input type="checkbox"/> POLIFIX <input type="checkbox"/> EQUIPO <input type="checkbox"/> BURETA <input type="checkbox"/> SORO OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> CONTROLE DE IRRIGAÇÃO VESICAL CONTÍNUA			
INICIAR	<input type="checkbox"/> CONTROLE DE VOLUME URINÁRIO	OUTROS: _____			
OBSERVAR E ANOTAR	<input type="checkbox"/> NÍVEL DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO			
	<input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> PERFISSÃO PERIFÉRICA DE	<input type="checkbox"/> ASPECTO DO CURATIVO NA REGIÃO <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE CUTÂNEA			
CONTROLAR	FIXAÇÃO: <input type="checkbox"/> ACESSO VASCULAR <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> JP <input type="checkbox"/> PORTOVAC <input type="checkbox"/> TORAX	DEBITO E ASPECTO DAS DRENAGENS: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> JP <input type="checkbox"/> PORTOVAC			
	<input type="checkbox"/> WATERMAN <input type="checkbox"/> BIF <input type="checkbox"/> OUTROS: _____				
REALIZAR	<input type="checkbox"/> HIGIENE OCULAR COM SF 0.9%				
TECNICO DE ENFERMAGEM: _____		M	T	N	
ENFERMEIRO(A): _____		COREN: _____			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM / RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

LÍQUIDOS ELIMINADOS

HORA	URINA	DRENO - I	DRENO - II	SUCO GÁSTRICO	TOTAL GERAL

DOR - ESCALA NUMERICA VERBAL

HORA	Infundido		Eliminado	
	Volume	Hora/Termino	Volume	Aspecto
(0)				
Sem Dor (1 A 3)				
Frase (4 A 6)				
Moderada (7 A 9)				
Intensa (10)				
Insuportável				
Localização				
Balanço Total:				

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS NA RPA

BOMBA DE INFUSÃO OXÍMETRO DE PULSO SISTEMA DE AQUECIMENTO / AQUECEDOR

MONITOR CARDIACO P.A.N.I OUTROS: _____

NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA VENTILADOR - BIRD

TEMPO DE PERMANÊNCIA EM RA

TEMPO (EM HORAS): _____ (JUSTIFICAR QUANDO O TEMPO FOR SUPERIOR A DUAS HORAS)

JUSTIFICAR: _____

PASSAGEM DE PLANTÃO

SAÍDA DIRETO DA SALA OPERATÓRIA SAÍDA DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

PASSAGEM DE PLANTÃO HORAS PARA O(A) ENFERMEIRO(A): _____

ANDAR: _____

DEVOÇÃO DE EXAMES / PRÓTESES / OUTROS ESPECIFICAR: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

RETENÇÃO DE OBJETOS ESTRANHOS EM SÍTIO CIRÚRGICO: AINDA OCORRE?

RETAINED FOREIGN OBJECTS IN SURGICAL SITE: STILL OCCURS?

¿RETENCIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS EN SITIO QUIRÚRGICO: PERSISTE?

Eliane da Silva Grazziano • Aparecida de Cássia Giani Peniche • Soraya Palazzo

RESUMO: Trata-se de uma revisão crítica da literatura, cujo objetivo foi identificar a ocorrência de retenção de objetos estranhos em cavidades e as medidas preventivas. Foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados eletrônicas: MEDLINE, LILACS, SCIELO, com os descritores: *cirurgia and período perioperatório and complicações*, e em material de acervo pessoal das autoras publicados nos últimos 10 anos. O estudo permitiu concluir que os objetos estranhos retidos com maior frequência são as compressas e os instrumentais cirúrgicos; a cavidade abdominal foi a mais envolvida, seguida pela torácica. Os fatores associados ao aumento dos riscos para retenção foram: cirurgias de grande porte, contagem incorreta de compressas, cirurgias de emergência, mudança inesperada de procedimento cirúrgico e pacientes com alto índice de massa corpórea. A conscientização dos profissionais sobre a dimensão do problema é o primeiro passo para motivar as pessoas a executar as ações preventivas, aliado ao desenvolvimento do pensamento crítico e à comunicação interpessoal efetiva.

Palavras-chave: Cirurgia geral. Enfermagem. Assistência perioperatória. Erros médicos. Segurança.

ABSTRACT: This study is a critical review of literature with the objective to identify the retained foreign object occurrence. A search in electronic databases Medline, Lilacs, Scielo was carried through with descriptors: surgery, perioperative care, errors, safety, and complications, besides authors's personal

materials published in last 10 years. Concluded that the retained foreign objects most frequently are surgical sponge and surgical instruments; the abdominal cavity was more involved followed by thoracic. Factors associated with increased risk for retention were large surgeries, incorrect count of surgical sponge, emergency surgery, surgical procedure change unexpectedly and patients with high body mass index. Awareness of professionals about the magnitude of the problem is the first step to motivate people to perform the preventive actions ally development of critical thinking and effective interpersonal communication.

Key words: General surgery. Nursing. Perioperative care. Medical errors. Safety.

RESUMÉN: Trata-se de una revisión crítica de la literatura con el objetivo analizar la ocurrencia de los acontecimientos adversos causados por la acción o no acción de los profesionales de la salud en el período del transoperatório y las indicaciones para prevención en literatura. Una búsqueda en bases de datos electrónicas fue llevada a través, a saber, Medline, Lilacs, Scielo con los describers: *cirugía, atención perioperativa, y complicaciones*, y material del acervo personal de los autores publicado en los últimos diez años. El estudio llegó a la conclusión de que los objetos extraños que mantuvo con más frecuencia son las compresas y quirúrgicos; la cavidad abdominal participó más seguido torácica. Factores asociados con el aumento del riesgo para la retención eran grandes cirugías, conde incorrecta

de compresas, cirugía de emergencia, el cambio de procedimiento quirúrgico inesperadamente y pacientes con alto índice de masas. Sensibilización de los profesionales acerca de la magnitud del problema es el primer paso para motivar las personas para realizar las acciones preventivas aliado el desarrollo del pensamiento crítico y la comunicación interpersonal efectiva.

Palabras-clave: Cirugía general. Enfermería. Atención perioperativa. Erros médicos. Seguridad.

INTRODUÇÃO

A segurança em cirurgia é um tema que vem ocupando destaque, mais intensamente nos últimos anos, e que envolve todos os profissionais da área de saúde que atuam no período perioperatório. Cada vez mais estes profissionais são bombardeados com protocolos, padrões e programas de acreditação, que visam reduzir ou eliminar os riscos de complicações derivadas de inabilidade e falta de preparo dos profissionais, ausência de planejamento cirúrgico adequado, problemas de comunicação e trabalho em equipe, dentre outros.

O *Institute of Medicine* (USA), em seu relatório de 1999, divulgou que de 2 a 4% dos pacientes hospitalizados sofrem alguma injúria como resultado de tratamentos médicos e 7 a 14% morrem como resultado destes erros.⁽¹⁾ O *Harvard Medical Practice Study*, do mesmo ano, destaca que o evento adverso mais comum entre todos os pacientes hospitalizados está relacionado a erros de medicação (19%),

mas as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) correspondem a 14% e as complicações técnicas a 13%.⁽¹⁾

Estima-se que anualmente sejam realizadas 234 milhões de cirurgias em todo o mundo⁽²⁾ e que pelo menos a metade de todas as complicações cirúrgicas são evitáveis.⁽³⁾ Dados sobre complicações pós-operatórias são subestimados, porém, estudos em países industrializados mostram que a taxa de morte de pacientes no período perioperatório é de 0,4 a 0,8% e a taxa de complicações maiores é de 3 a 17%.⁽³⁾ Quando comparadas a estes números, as taxas em países em desenvolvimento são ainda maiores.⁽⁴⁻⁵⁾

No início do século passado, o óbito e as complicações pós-operatórias decorrentes da anestesia, bem como as ISC eram frequentes. Ao longo das décadas, foram realizados esforços no sentido de implantar práticas visando reduzir a incidência de ISC e/ou os eventos adversos relacionados à anestesia, tendo demonstrado uma redução significativa de complicações no pós-operatório.⁽⁶⁻⁷⁾ Estes resultados demonstraram que há uma ligação entre o desempenho da equipe de profissionais que atuam na cirurgia e a incidência de complicações no pós-operatório.

Entretanto, o aumento significativo de procedimentos cirúrgicos, a maior complexidade técnica, o aumento dos custos hospitalares, a redução do período de internação pré-operatória e, consequentemente, do tempo destinado ao preparo pré-operatório dos pacientes e familiares, aliados aos processos de trabalho fragmentados dentro da equipe de saúde contribuíram para o aumento da incidência de complicações pós-operatórias.

O aumento da ocorrência de complicações devido a atos inseguros levou a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* a manter um canal aberto com os hospitais acreditados por ela, para que todos os “eventos inesperados envolvendo morte ou danos físicos ou psicológicos sérios” (conhecidos como eventos sentinela), causados aos pacientes devido à assistência

à saúde, fossem reportados, cadastrados e fizessem parte de um banco de dados. A partir deste, foi possível realizar uma análise mais profunda sobre os tipos de evento, sua frequência e dos mecanismos envolvidos na sua ocorrência, de modo a propor medidas visando evitá-los.

Considerando o período perioperatório, vários protocolos e padrões de melhores práticas foram elaborados focando a ISC, a hipotermia perioperatória, as úlceras por pressão, as Infecções de Trato Urinário (ITU) adquiridas por cateter, as infecções de corrente sanguínea adquirida por cateter venoso central e o tromboembolismo venoso. Tais ocorrências possuem um risco mensurável, pois estão relacionadas diretamente às condições clínicas do paciente. Outros três eventos adversos, a saber retenção de objetos estranhos, erros de lateralidade e erros de medicação, por sua vez, ocorrem por única influência dos profissionais que assistem o paciente. Esta constatação, em primeira análise, entra em conflito com a alta performance exigida dos profissionais que atuam no ambiente cirúrgico, uma vez que os procedimentos aí realizados exigem equipes compostas por profissionais especializados, que trabalhem de forma integrada e façam uso de processos de comunicação eficientes, procedimentos técnicos padronizados e precisos, entre outros.

Entretanto, devido à diversidade de profissionais no Centro Cirúrgico (CC), e cada um deles com o seu potencial para erros na oferta do cuidado, às dificuldades nos processos de comunicação e à alta tecnologia envolvida, o ambiente cirúrgico proporciona condições favoráveis para a ocorrência de eventos adversos.

Neste artigo discute-se somente a Retenção de Objetos Estranhos, sendo os demais eventos adversos, a saber, erros de lateralidade e erros de medicação abordados em publicação posterior.

OBJETIVO

Este estudo tem por finalidade identificar a ocorrência de retenção de objetos

estranhos em sítio cirúrgico e as práticas utilizadas para evitá-la, segundo recomendações da literatura.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão crítica da literatura. Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica em bases de dados informatizadas, utilizando-se os seguintes recursos eletrônicos: *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e *Bases de Dados de Literatura em Ciências Biomédicas (MEDLINE)*. Foram também incluídos textos de material bibliográfico do acervo pessoal das autoras. O recurso utilizado na busca foram os descritores em português: *Cirurgia, Assistência perioperatória e Segurança* e em inglês: *Surgery, Perioperative care, Errors, Safety, and Complications*, utilizando-se a lógica booleana “and”. Foram incluídos no estudo os artigos relacionados ao tema, publicados nos idiomas português e inglês entre 1998 e 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os eventos adversos ocorridos no intraoperatório, a retenção de objetos estranhos *Retained Foreign Object (RFO)* é um dos mais comuns.

O esquecimento de objetos estranhos dentro de cavidades corpóreas após cirurgias tem sido relatado na literatura desde 1884 e ainda apresenta uma alta incidência: 1:100 a 1:18.000 laparotomias⁽⁸⁻¹¹⁾ e com um alto índice de morbi-mortalidade devido às complicações, tais como: formação de abscessos, infecção e sepsis, obstrução e/ou fístula intestinal e morte.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Outros fatores que tornam a RFO um evento de grande impacto, não somente para o paciente quanto para a equipe cirúrgica, é o seu difícil diagnóstico, o alto custo no tratamento das complicações pós-operatórias e as implicações ético-legais envolvidas. O aumento no tempo de internação hospitalar, a realização de outro procedimento cirúrgico para remoção do objeto estranho, bem como

o tratamento das complicações associadas apresentam um custo estimado de US\$ 50.000,00 por caso.⁽¹⁵⁾

Estimativas apontam que ocorra um caso de objeto estranho retido no pós-operatório pelo menos uma vez ao ano em qualquer hospital que realize entre 8.000 a 18.000 cirurgias de grande porte anualmente.⁽¹⁵⁾ Cerca de dois terços dos objetos esquecidos são compressas cirúrgicas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e formam o *Gossypiboma* (do latim *gossypium* = algodão, e do *kiswahili boma* = lugar oculto), também conhecido como textiloma ou tecido.⁽¹⁸⁾

Objetos com matriz têxtil retidos na cavidade abdominal produzem reação tissular que envolve uma resposta fibrinogênica asséptica, levando à aderência e ao encapsulamento, formando um granuloma com calcificação e reação inflamatória que pode evoluir para um abscesso. Deste processo, decorrem as ISC profundo e a sepsis. A obstrução intestinal e a formação de fístulas intestinais são decorrentes da tentativa do organismo em expulsar o corpo estranho pela via luminal de uma víscera oca, por meio da erosão da parede intestinal através do processo inflamatório e penetração na luz do órgão.⁽¹²⁾

Os pacientes com corpos estranhos retidos podem permanecer assintomáticos por meses ou anos ou, ao contrário, referirem dor constante, sem alívio por analgésicos e quadro clínico de ISC. Se uma marca radiopaca não está presente no material ou ele não é radiopaco, a precisão do diagnóstico por exames de imagem fica comprometida.^(12,19)

Entretanto, objetos radiopacos, tais como: instrumentais (pinças hemostáticas e afastadores maleáveis), agulhas (tamanhos variam de 4 a 64mm), lâminas e fragmentos de artigos (pedaços de fios ou cateteres), também foram encontrados em pacientes vítimas de RFO,⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ porém apresentam menor potencial para retenção de bactérias e, conseqüentemente, menos quadros infecciosos.⁽¹³⁾

Dados coletados em registros médicos sobre RFO em cirurgias de 1996 a 2005

indicaram a ocorrência de 30 casos de RFO em pacientes. Dentre os RFO encontrados, 52% eram compressas e 43% instrumentos; a cavidade abdominal foi a mais comumente envolvida (46%), seguida da torácica (23%), embora outras cavidades tenham sido envolvidas. Dos pacientes vítimas de RFO, oito (30%) necessitaram de reinternação, 25 (83%) de reoperação e houve taxa zero de mortalidade.⁽¹¹⁾

O mesmo estudo demonstrou que, quando comparados aos demais pacientes, os que sofreram RFO foram submetidos a um número maior de cirurgias de grande porte no mesmo período de tempo; suas cirurgias tiveram a participação de equipes cirúrgicas de outras especialidades e, mais frequentemente, tinham registros de contagem incorreta de instrumentais e compressas.

Os fatores associados ao aumento significativo dos riscos para RFO em cirurgias foram o número total de cirurgias de grande porte realizadas (odds ratio de 1.6 – p = 0.008) e contagem incorreta de compressas (odds ratio de 15.2 – p = 0,02).

Gawande et al,⁽¹⁵⁾ em seu estudo sobre os fatores de risco para RFO após cirurgias, em levantamento realizado de 1985 a 2001 no estado de Massachussets (EUA), encontraram 54 pacientes com um total de 61 RFO (dos quais 69% eram compressas e 31% instrumentos) e os compararam a um grupo controle de 235 pacientes.

Os pacientes com RFO tinham sido submetidos com mais frequência a cirurgias de emergência (33% contra 7% do grupo controle, com odds ratio de 8.8) ou ocorreu uma mudança inesperada no procedimento cirúrgico (34% contra 9% no grupo controle; odds ratio de 4.1), pacientes com índice alto de massa corpórea (odds ratio de 1.1).

Bani-Hani ET al,⁽¹⁰⁾ ao rever os registros de 11 pacientes que tiveram o diagnóstico de compressas cirúrgicas retidas no período de 1990 a 2003, encontraram uma incidência de 1:5.027 pacientes cirúrgicos; quatro das cirurgias foram gi-

necológicas, quatro cirurgias gerais, duas urológicas e uma laminectomia. Cirurgias de emergência ocorreram em sete casos; cinco pacientes eram obesos e registros de contagem de compressas presumivelmente corretas foram encontrados em oito prontuários. O tempo médio entre a primeira cirurgia e o diagnóstico de RFO foi de 12 meses.

Os autores concluíram que, embora sejam utilizadas compressas com fio radiopaco e a contagem intraoperatória seja realizada, a retenção de compressas cirúrgicas ainda ocorre.⁽¹⁰⁾

Devido a diversas variáveis que não podem ser controladas durante a cirurgia, a contagem de instrumentos e compressas cirúrgicas é um procedimento que permite erros e estes ocorrem com maior frequência quando não há uma política para a contagem na instituição.

A pressa na contagem de materiais, as interrupções durante a contagem, compressas que não são separadas quando abertas, a não atualização do número correto no campo operatório, a contagem que ocorre durante mudança de equipes de enfermagem e a fadiga de um ou mais membros da equipe cirúrgica são os maiores fatores para ocorrência de erros.⁽²⁰⁾

Segundo a Association of periOperative Registered Nurses (AORN),⁽²⁰⁾ a contagem de compressas deveria ser realizada sempre:

- no início do procedimento cirúrgico, para se estabelecer a quantidade oferecida;
- antes do fechamento da cavidade;
- antes do início do fechamento da cavidade cirúrgica;
- durante e ao final da sutura da pele;
- nas trocas entre circulantes de sala ou componente da equipe cirúrgica.

O Quadro 1 resume as principais Recomendações da AORN para contagem de compressas e instrumentais cirúrgicos.

Quadro 1 - Principais recomendações da *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)* para contagem de compressas e instrumentais cirúrgicos⁽²⁰⁾

Agente (s)	Ação	Observações
Circulante de sala e Instrumentador cirúrgico	Contar todos os itens abertos na mesa de instrumentais.	<ul style="list-style-type: none"> • A contagem não deve ser interrompida; • Materiais fornecidos durante o procedimento também devem entrar na contagem; • Se existir alguma dúvida na contagem, ela deve ser repetida.
Circulante de sala	Registrar a contagem em uma planilha elaborada pela instituição.	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar a quantidade e o tipo de material; • Registrar nome do circulante e do instrumentador; • Contagens adicionais devem ser realizadas sempre que houver troca de pessoal; • Materiais como sacos de hamper, lixo e campos não devem ser removidos da sala de operações até o término do procedimento e até que a contagem tenha sido concluída; • Em cirurgias de emergência, deve-se realizar raio X ao término do procedimento, para identificação de possível objeto retido.

Vale ressaltar que o início do procedimento de contagem de materiais cirúrgicos ocorre no Centro de Material e Esterilização (CME), com a padronização e o controle da quantidade de instrumentais cirúrgicos nas caixas e de seu registro. O trabalho conjunto da equipe de enfermagem do CME e do CC é fundamental para a redução dos erros na contagem.

Formulários para registro fornecidos pela instituição, com o nome dos instrumentais, auxiliam os profissionais e aceleram o processo, reduzindo o tempo gasto na contagem e a margem de erros.

O registro manual do número de instrumentais e compressas já está sendo substituído pelo registro informatizado, por meio da leitura de códigos de barras impressos nestes materiais, realizados no CME e na sala cirúrgica, por meio de scanners manuais. O mercado já disponibiliza compressas cirúrgicas com códigos bi-dimensionais que, segundo um dos fornecedores, foi desenvolvido para eliminar falsas contagens. Cada compressa é “escaneada” individualmente a cada período de contagem e, caso o operador escaneie a mesma compressa duas vezes, um sistema computadorizado instalado na sala operatória informa o circulante de sala com um sinal sonoro, além de não incluí-la na contagem. Ao final do procedimento cirúrgico, um

relatório impresso com a quantidade de instrumentais e compressas, bem como o registro de informações sobre horário de início e término da cirurgia, número de registro do paciente e nome do circulante de sala estará disponível para anexar ao prontuário do paciente.

Outra tecnologia disponível é a detecção por radiofrequência, a qual requer o uso de compressas com chips de identificação (por radiofrequência) incrustados no tecido. Sua utilização requer um “sensor”, que realiza uma “varredura” sobre a superfície do sítio cirúrgico para identificar compressas retidas.⁽²¹⁾

CONCLUSÕES

O estudo permitiu concluir que os objetos estranhos retidos com maior frequência são as compressas e os instrumentais cirúrgicos, respectivamente; a cavidade abdominal foi a mais envolvida, seguida pela cavidade torácica. Os fatores associados ao aumento dos riscos para retenção foram: cirurgias de grande porte, contagem incorreta de compressas, cirurgias de emergência, mudança inesperada de procedimento cirúrgico e pacientes com alto índice de massa corpórea.

Verificou-se que, apesar da busca pela qualidade e implantação de protocolos

para garantir a segurança na assistência ao paciente cirúrgico, os eventos adversos apresentam alta incidência. A retenção de objetos estranhos é um dos eventos adversos mais comuns no intraoperatório, sendo sua ocorrência relacionada exclusivamente à performance dos profissionais envolvidos. A conscientização dos profissionais sobre a dimensão do problema é o primeiro passo para motivar as pessoas a executar as ações preventivas. Entretanto, estratégias para redução de conflitos interpessoais, aliadas ao desenvolvimento de processos de informação, registros e comunicação eficientes, bem como a interação das ações entre os profissionais que assistem o paciente cirúrgico, são fundamentais para a redução deste tipo de ocorrência.

REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Building a safer health system: to err is human. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372(9632):139-44.
3. Kable AK, Gibbert RW, Spigelman

- AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(4):269-76.
4. McConkey SJ. Case series of acute abdominal in rural Sierra Leone. *World J Surg*. 2002;26(4):509-13.
5. Yii MK, Ng KJ. Risk adjusted surgical audit with the POSSUM score system in a developing country. *Br J Surg*. 2002;89(1):110-3.
6. Dellinger EP, Haussman SM, Bratzler DW, Juhnson RM, Daniel DM, Bunt KM et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *Am J Surg*. 2005;190(1):9-15.
7. Runciman WB. Iatrogenic harm and anaesthesia in Australia. *Anaesth Intensive Care*. 2005;33(3):297-300.
8. Rappaport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery: a continuing problem. *Arch Surg*. 1990;125(3):405-7.
9. Yildirim S, Tarim A, Nursal TZ, Yildirim T, Caliskan K, Torer N et al. Retained surgical sponge (gossypiboma) after intra abdominal or retroperitoneal surgery: 14 cases treated at a single center. *Langenbecks Arch Surg*. 2006;391(4):390-5.
10. Bani-Hani KE, Gharaibeh KA, Yaghan RJ. Retained surgical sponges (gossypiboma). *Asian J Surg*. 2005;28(2):109-15.
11. Lincourt AE, Harrel A, Cristiano J, Sechrist C, Kercher K, Heniford BT. Retained foreign bodies after surgery. *J Surg Res*. 2007;138(2):170-4.
12. Carvalho JB, Vinhaes JC. Corpo estranho retido na cavidade abdominal durante onze anos. *Rev Col Bras Cir*. 2004;31(1):68-70.
13. Iglesias AC, Salomão RM. Gossipiboma intra-abdominal: análise de 15 casos. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(2):105-13.
14. Science Daily. Surgical objects accidentally left inside about 1,500 patients in U.S. each year [homepage na Internet]. 2009. [citado 2010 Jul. 3]. Available from: <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/12/071208171847.htm>.
15. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med*. 2003;348(3):229-35.
16. Williamson JE. New gown, drape features have or staff covered. In: *Healthcare Purchasing News* [homepage na Internet]. Louisville; 2005. [citado 2010 Jul. 3]. Available from: <http://www.hpnonline.com/inside/september%2005/0509.html>
17. Association of Surgical Technologists. AST recommended standards of practice for surgical gowns and surgical drapes [homepage na Internet]. Littleton; 2008. [citado 2010, July 3]. Available from: http://www.ast.org/pdf/Standards_of_Practice/RSOP_Surgical_Drapes.pdf
18. Vayre F, Richard P, Olivier JP. Intrathoracic gossypiboma: magnetic resonance features. *Int J Cardiol*. 1999;70(2):199-200.
19. Rosalen Júnior RA, Bosi TCC, Souza RMF, Andrade FCG, Candido D, Fatureto MC et al. Corpo estranho intratorácico: achados radiológicos. *Rev Imagem*. 2006;28(4):281-6.
20. Association of periOperative Registered Nurses. AORN's recommended practices for sponge, sharp, and instrument counts. In: *AORN Recommended Practices*. Atlanta; 2000. p. 107-27.
21. Berger PS, Sanders G. Objects retained during surgery: human diligence meets systems solutions. In: *Patient Safety & Quality Healthcare* [homepage na Internet]. Marietta; 2008. [citado 2010 Jul. 3]. Available from: <http://www.psqh.com/sep0ct08/objects.htm>

AUTORAS

Eliane da Silva Grazziano

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (SP).

Aparecida de Cássia Giani Peniche

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

Soraya Palazzo

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Centro Universitário São Camilo (SP).

TRANSPLANTE HEPÁTICO INFANTIL: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DO INTRAOPERATÓRIO

LIVER TRANSPLANTATION IN CHILDREN: ANALYSIS OF NURSE EVOLUTION REPORT IN THE INTRAOPERATIVE PERIOD

TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL PERÍODO INTRAOPERATORIO

Mari Nei Clososki • Rita Catalina Aquino Caregnato • Heloisa Helena Karnas Hoefel

RESUMO: Esta pesquisa objetivou conhecer a assistência de enfermagem registrada nas evoluções do intraoperatório das cirurgias de transplante hepático infantil. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória, descritiva, retrospectiva e quantitativa, realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), nos prontuários de 87 pacientes submetidos a transplante hepático infantil, entre 1997 e 2009. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma planilha Excel contendo 20 variáveis. A análise foi calculada em percentuais simples. Constatou-se que, em 100,0% dos prontuários, a evolução de enfermagem intraoperatória contemplou as seguintes variáveis: 100,0% perdas sanguíneas; 100,0% punções venosa e arterial; 97,7% posicionamento cirúrgico; 97,7% formas de aquecimento; 96,6% sondagem vesical; 93,1% colocação de placa de eletrocautério; 83,9% preparo de campo; 80,5% sondagem gástrica/entérica; 72,4% incisão cirúrgica; 66,7% curativos; 57,8% proteção ocular; 54,0% anatomopatológico/cultural; 39,1% drenos; 34,5% controle de temperatura. Todos os prontuários avaliados tinham evoluções do intraoperatório realizadas por enfermeiras, contudo estas não eram homogêneas, evidenciando a não sistematização das mesmas.

Palavras-chave: Cirurgia geral. Transplante de fígado. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: This paper aimed at getting to know the registered nursing assistance on the evolutions of the intraoperative on

liver transplantation in children. Quantitative retrospective descriptive exploratory research, conducted at Porto Alegre's Hospital de Clínicas, in the records of 87 patients undergoing liver transplantation for children, between 1997 and 2009. The instrument used for data collect was an Excel spreadsheet containing 20 variables. Analysis calculated in simple percentages. It was found in 100.0% of the charts an evolution of intraoperative nursing, considering the following variables: 100.0% blood loss; 100.0% venous and arterial punctures; 97.7% surgical positioning; 97.7% forms of heating; 96.6% bladder; 93.1% placing plate electrocautery; 83.9% in the preparation of the field; 80.5% gastric/enteral probing; 72.4% incision; 66.7% bandages; 57.5% eye protection; 54.0% anatomopathological/culture; 39.1% drains; 34.5% temperature control. All records evaluated showed intraoperative improvements undertaken by nurses, however, these were not homogenous evidencing their non-systematization.

Key words: General surgery. Liver transplantation. Nursing care.

RESUMEN: Esta pesquisa tuvo como objetivo conocer los cuidados de enfermería registrados en las evoluciones del intraoperatorio de las cirurgías de trasplante hepático infantil. Pesquisa exploratoria descriptiva retrospectiva cuantitativa, realizada en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre, en los prontuários de 87 pacientes sometidos a trasplante hepático infantil, entre 1997 y 2009. El instrumento utilizado para la

colección de datos fue una planilla Excel conteniendo 20 variables. El análisis calculado en porcentual simple. Se constató en el 100% de los prontuários evolución de enfermería intraoperatoria, contemplando las siguientes variables: 100,0% punciones venosa y arterial; 100,0% pérdidas sanguíneas; 97,7% posicionamiento quirúrgico; 97,7% formas de calentamiento; 96,6% sondaje vesical; 93,1% colocación de placa de electrocauterio; 83,9% preparación del campo; 80,5% sondaje gastroentérico; 72,4% incisión quirúrgica; 66,7% apósitos; 57,5% protección ocular; 54,0% anatomo patológico/cultural; 39,1% drenajes; 34,5% control de temperatura. Todos los prontuários evaluados tenían evoluciones del intraoperatorio realizadas por enfermeras, sin embargo estas no eran homogêneas, evidenciando la no sistematización de las mismas.

Palabras clave: Cirugía general. Trasplante de hígado. Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

O fígado, maior órgão sólido do corpo humano, é dotado de funcionalidade múltipla; por isso o transplante hepático é considerado uma das cirurgias mais complexas da medicina moderna.¹⁻² O principal objetivo do transplante hepático é aumentar a sobrevida dos pacientes com doenças hepáticas agudas e crônicas irreversíveis, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos mesmos.¹⁻²

O primeiro transplante hepático ocorreu em 1963, na Universidade do Colorado, em Denver nos Estados Unidos. Naquela época, a mortalidade acontecia em 70% dos casos.³⁻⁴

Na década de 1980, as retiradas de múltiplos órgãos foram padronizadas, surgindo novos imunossuppressores e a solução de conservação de órgãos (Viaspan ou Belzer). Isto permitiu que o transplante hepático se tornasse uma realidade para pacientes com doenças hepáticas terminais, proporcionando uma sobrevida de 80% em dois anos aos transplantados.^{1,3-4}

No Brasil, em 4 de agosto de 1968, realizou-se o primeiro transplante hepático humano da América Latina, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com sobrevida do paciente por sete dias, falecendo em decorrência de lesão hepática ocasionada por isquemia e rejeição do órgão.¹

No Rio Grande do Sul, o primeiro transplante hepático ocorreu em 16 de junho de 1991, na Santa Casa de Porto Alegre, com resultados satisfatórios: a cirurgia foi considerada um sucesso.⁵

Para que o transplante hepático seja bem sucedido é imprescindível infraestrutura hospitalar adequada e equipe multiprofissional treinada para o atendimento a esse tipo de paciente, possibilitando cuidado específico, individualizado, humanizado e qualificado.¹⁻²

A equipe multidisciplinar atuará durante todo o processo relacionado ao procedimento: a espera pelo órgão, a internação hospitalar, o período perioperatório e a monitorização do paciente por toda a vida. Nesta equipe inclui-se o profissional enfermeiro, que serve como elo entre o paciente e os demais membros da equipe, sendo o responsável por grande parte das informações relacionadas a este.¹

É função do enfermeiro, segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no 292, de 2004, a

aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todo o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e o acompanhamento no período perioperatório do transplante.⁶⁻⁷

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e tem como objetivo identificar situações de saúde e doença, que possam vir a auxiliar na prescrição e na implantação de ações de assistência de enfermagem, visando contribuir na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, facilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)⁷.

O PE deve ser realizado em todos os ambientes onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem, compreendendo as seguintes etapas: histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem, esta última foco do presente trabalho.⁷⁻⁸

No período intraoperatório, a equipe de enfermagem tem papel fundamental, visto que é responsável por fornecer segurança ao paciente, manter um ambiente asséptico, garantir condições adequadas dos aparelhos e instrumentais, posicionar o paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico com mínimo risco, fazer registros fidedignos de técnicas e achados relevantes em todo o ato operatório e proporcionar apoio emocional ao paciente.⁷

É função do enfermeiro, neste momento, coordenar e realizar todos os procedimentos voltados à enfermagem, buscando manter a integridade do paciente e colaborando com a equipe multiprofissional, na busca da excelência do atendimento durante o transplante hepático. O intraoperatório é o período de maior complexidade no processo do transplante, gerando estresse para toda a equipe, devido a vários fatores: sensibilização e complicações do paciente pelas doenças prévias; tempo de isquemia deve ser minimizado; presença de intercorrências anestésico-cirúrgicas e hemorragias decorrentes do procedimento. Para que este período ocorra de forma harmoniosa, é importante a presença de uma equipe treinada e com

bom relacionamento interdisciplinar.^{1,9}

A atuação de uma das autoras desta pesquisa na equipe de transplantes, por mais de uma década como técnica de enfermagem (instrumentadora e circulante), e a constatação de poucas publicações nacionais direcionadas à assistência de enfermagem no período intraoperatório de transplante hepático, motivaram a realização desta pesquisa. A investigação foi conduzida no intuito de desvelar o problema de pesquisa traçado: Como está sendo registrada a assistência do intraoperatório prestada ao paciente pediátrico submetido à cirurgia de transplante hepático nas evoluções de enfermagem? Para responder esta pergunta, realizou-se um levantamento das evoluções de enfermagem realizadas por enfermeiros durante o período intraoperatório, procurando contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Conhecer a assistência de enfermagem registrada nas evoluções do enfermeiro no período intraoperatório das cirurgias de transplante hepático infantil, realizadas entre 1997 e 2009.

Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos pacientes pediátricos submetidos a transplante hepático;
- Realizar levantamento dos cuidados de enfermagem registrados no prontuário referente ao período intraoperatório dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil;
- Analisar as variáveis registradas nas evoluções de enfermagem do período intraoperatório, realizadas por enfermeiros nos prontuários dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-

exploratória, documental e retrospectiva, com abordagem quantitativa. O campo de ação foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre no Rio Grande do SUL (HCPA - RS), que se trata de um hospital universitário, geral, da rede pública, de direito privado, integrando a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, localizado na cidade de Porto Alegre (RS). O Bloco Cirúrgico (BC) é constituído por 12 salas de cirurgias que atendem todas as especialidades cirúrgicas.

O BC conta com 96 profissionais de enfermagem, sendo 84 técnicos de enfermagem e 12 enfermeiros, distribuídos nos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite. Nesta equipe de enfermagem, existe um grupo específico que também atua nas cirurgias de transplantes, conhecido como Grupo de Estudos e Assistência de Enfermagem Intraoperatória em Transplantes de Órgãos (GEAEITO), constituído por quatro enfermeiras e oito técnicos de enfermagem (circulantes de sala e instrumentadores), que trabalham em esquema de sobreaviso nos finais de semana e durante a semana no horário noturno, com o intuito de suprir as necessidades da unidade, na presença deste tipo de procedimento cirúrgico.

O GEAEITO tem como atribuições, além da atuação cirúrgica, participar de reuniões mensais com a equipe multidisciplinar, ministrar cursos de atualização para os demais funcionários, fazer revisão e controle dos instrumentais e manter a atualização de tudo que está relacionado aos transplantes.

Entre 1997 e 2009 foram realizados 114 transplantes hepáticos infantis. A amostra pesquisada selecionou 87 prontuários dos pacientes submetidos a esta cirurgia, representando 76% da população. A opção de pesquisar os transplantes hepáticos infantis se deve ao fato de terem sido estes os primeiros a ocorrer na instituição e por apresentarem documentação mais completa. Os critérios para seleção da amostra foram: ter o registro do nome do paciente na relação dos transplantes hepáticos infantis realizados no hospital

e ter acesso ao prontuário.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma planilha Excel, elaborada para esta pesquisa, contendo variáveis a serem investigadas nas evoluções de enfermagem. São elas: ano da cirurgia; idade do paciente; diagnóstico pré-cirurgia; posicionamento do paciente; uso de coxins de proteção; uso de proteção ocular; tipos de punções periféricas e/ou centrais; local de colocação da placa de eletrocautério; métodos utilizados para aquecimento do paciente; soluções antissépticas; tipo de incisão cirúrgica; controle de temperatura; uso de sonda vesical de demora, sonda nasoenteral ou sonda nasogástrica; registro das perdas sanguíneas; utilização de drenos; descrição do curativo; encaminhamento de material para anátomo/cultural; diagnóstico de enfermagem.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) do HCPA. Inicialmente consultou-se uma lista existente que relaciona os transplantes hepáticos infantis realizados no hospital e solicitou-se os prontuários junto ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS), seguindo-se a lista dos pacientes por ordem cronológica.

Consultaram-se os prontuários, tanto manuscritos quanto os *online*, verificando a existência da evolução de enfermagem do intraoperatório e levantando as variáveis pesquisadas. Contudo, por vezes, para levantar dados sobre o perfil do paciente e/ou para melhor compreensão dos dados, foi necessário acessar a ficha anestésica, a descrição cirúrgica do transplante e os diagnósticos prévios do paciente relacionados à perda da função hepática.

O presente estudo está de acordo com a Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde,¹⁰ tendo sido o projeto avaliado e aprovado pelo COEP do HCPA, sob registro nº 09-640, de 02 de junho de 2010. As pesquisadoras comprometeram-se em manter preservada a privacidade dos dados referentes aos pacientes, coletados em prontuários e bases de dados, podendo as informações serem divulgadas, desde que mantendo o anonimato.

RESULTADOS

Dos 87 prontuários avaliados de pacientes submetidos a transplante hepático infantil, entre 1997 e 2009, verificou-se um quantitativo maior de cirurgias realizadas nos anos de 2002, 2004, 2005 e 2008, conforme se evidencia na figura 1.

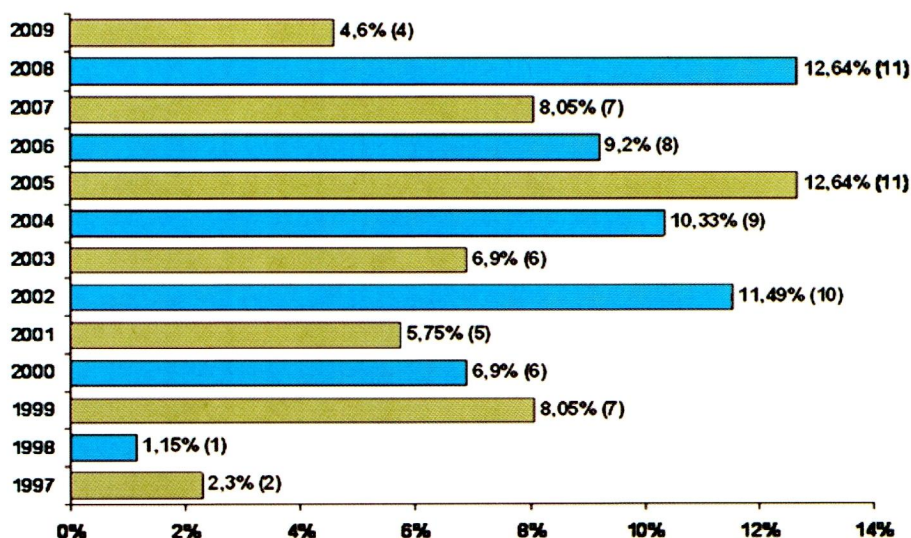


Figura 1 - Distribuição das 87 cirurgias de transplante hepático infantil realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período de 1997 a 2009.

Embora este tipo de procedimento cirúrgico tenha iniciado no hospital pesquisado em 1997, houve um incremento no quantitativo das cirurgias somente em 2002; contudo, observa-se que não se manteve homogêneo nos anos seguintes, ocorrendo oscilações imprevisíveis.

Referente às patologias que mais indicaram o transplante hepático, identificou-se: 42,53% (37) cirrose hepática, 40,23% (35) atresia de vias biliares, 14,94% (13) insuficiência hepática fulminante e 12,64% (11) cirrose hepática criptogênica (de causa desconhecida).

A faixa etária da amostra oscilou entre seis meses a 18 anos, havendo maior número de pacientes na faixa de um ano e um dia até dois anos, conforme apresenta o figura 2.

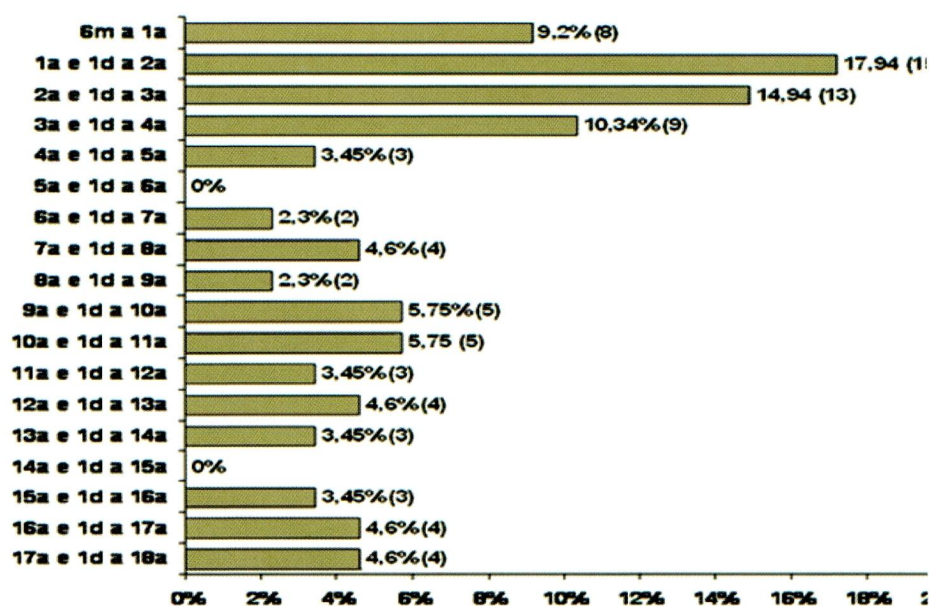


Figura 2 - Distribuição da faixa etária dos 87 pacientes submetidos ao transplante hepático infantil realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período entre 1997 e 2009.

Constatou-se em 100,00% dos 87 prontuários avaliados a existência da Evolução de Enfermagem do intraoperatório, realizada por enfermeira, com diversas variáveis evoluídas, conforme se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis evoluídas na Evolução de Enfermagem do intraoperatório de pacientes submetidos ao transplante hepático infantil no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período entre 1997 e 2009.

Variáveis evoluídas	Número	Porcentagem
Punção venosa	87	100,00%
Punção arterial	87	100,00%
Perdas sanguíneas	87	100,00%
Posicionamento do paciente	85	97,70%
Aquecimento do paciente	85	97,70%
Sonda vesical de demora	84	96,55%
Placa de eletrocautério	81	93,10%
Proteção nos pontos de pressão	78	89,65%
Preparo de campo operatório	73	83,90%
Sonda nasoentérica ou sonda nasogástrica	70	80,46%
Incisão cirúrgica	63	72,41%
Curativo	58	66,67%
Proteção ocular	50	57,47%
Anatomopatológico / cultura	47	54,02%
Drenos	34	39,08%
Controle de temperatura	30	34,48%
Diagnóstico de enfermagem	10	11,49%

O Quadro1 demonstra as variáveis que foram evoluídas durante o intraoperatório, segundo a incidência, porém, na descrição das variáveis e na discussão, optamos por apresentar segundo a ordem de realização de cada um dos cuidados prestados, desde a entrada até a saída do paciente da sala cirúrgica.

Assim, em relação ao posicionamento para cirurgia, em 97,70% (85) das evoluções foi registrado decúbito dorsal e em 37,94% (33) os funcionários descreveram a posição dos braços. Salienta-se como pontos mais protegidos a região do calcâneo, com 73,56% (64) e a região sacra, com 72,41% (63).

Quanto à evolução das formas de aquecimento do paciente, 97,70% (85) registraram a utilização de algodão laminado nas extremidades, 88,51% (77) atadura de crepon, 78,16% (68) colchão térmico e 36,78% (32) manta térmica. Embora o percentual das evoluções referente ao aquecimento do paciente tenha sido elevado, isto não aconteceu da mesma forma no monitoramento da temperatura corporal.

Foram realizadas nos pacientes tanto punções venosas periféricas quanto punção venosa central, sendo as evoluções de 97,70% (85) periféricas, com cateter flexível, e 90,81% (79) centrais, com cateteres de um, dois ou três lumens.

Sobre o eletrocautério, as evoluções apresentaram o local de colocação do eletrodo de retorno, sendo as principais áreas citadas: 55,17% (48) região glútea e 33,33% (29) face anterior da coxa.

As evoluções sobre o preparo do campo operatório registraram a realização de antissepsia de pele com PVP-I degermante em 83,90% (73), com PVP-I tóxico em 81,61% (71) e com PVP-I alcoólico em 3,45% (três) prontuários. A descrição da incisão cirúrgica aparece em 72,41% (63), variando sua denominação em abdominal e subcostal bilateral ou Mercedes.

Referente às perdas sanguíneas e à reposição de hemoderivados, 100,00% (87) das evoluções descreveram volume

de sangramento perdido, sendo 81,61% (71) uso de transfusão sanguínea, 54,02% (47) a utilização do *Cell Saver* e 2,30% (dois) uso de *Rapid Infusion System* (RIS).

Em relação à evolução de drenos, foram descritos: 32,18% (28) sucção, 5,75% (cinco) não descreveram o nome do dreno utilizado e 2,30% (dois) dreno tipo tórax em abdômen.

Dentre as evoluções que descreveram o Diagnóstico de Enfermagem, encontrou-se: 11,49% (10) “Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório” e 10,34% (nove) “Integridade tissular prejudicada”.

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se que o número de procedimentos de transplante hepático não se manteve constante no decorrer dos anos, visto que a maioria destes procedimentos cirúrgicos utiliza órgãos de doadores falecidos e a demanda dos órgãos depende do processo de captação de órgãos e da autorização dos familiares.

Identificou-se o diagnóstico de cirrose hepática como a principal causa de transplantes; contudo, em muitos prontuários, este aparece como doença terminal secundária à atresia de vias biliares. Estes dados vêm ao encontro de um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, referente aos 10 primeiros anos de transplante hepático em crianças e adolescentes nesta instituição, onde a atresia de vias biliares foi o diagnóstico mais frequente para indicação do transplante (35,7%).¹¹

No período intraoperatório, cabe ao enfermeiro realizar e/ou supervisionar o uso de métodos de aquecimento, auxiliar no posicionamento do paciente na mesa cirúrgica usando acessórios (coxins) para proteção da pele e dos nervos, auxiliar nas punções de acessos vasculares, determinar o local para utilização da placa de eletrocautério, checar o instrumental cirúrgico, fazer o preparo do campo operatório com uso

de antissépticos, controlar as perdas sanguíneas, registrar os tempos cirúrgicos, disponibilizar medicamentos e irrigações, prever e prover hemoderivados, fazer evolução de enfermagem, encaminhar peças cirúrgicas para anatomopatológico, informar dados relevantes do paciente para a equipe da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e encaminhá-lo, após o término da cirurgia, juntamente com sua documentação e seus exames.^{1,7}

Todos os prontuários avaliados apresentavam Evolução de Enfermagem do intraoperatório; contudo, evidenciou-se a inexistência de sistematização nas evoluções, por serem estas heterogêneas, apresentando diferenças nas variáveis evoluídas.

Na análise das evoluções, verificou-se a descrição do posicionamento do paciente em 97,70% (85) dos prontuários e registro de uso de coxins de proteção nos pontos de pressão em 89,65% (78). No intraoperatório, é fundamental para o bem estar do paciente manter um posicionamento adequado, seguro e eficiente, e, para que isto ocorra, é necessário: uma equipe com conhecimento de anatomia, fisiologia e patologia humana; utilização de mesas cirúrgicas modernas que facilitem diferentes posicionamentos; e uso de coxins de proteção nos pontos de pressão.^{1,7}

O posicionamento deve, ainda, facilitar o acesso ao local da cirurgia e da anestesia, manter alinhamento corporal, preservar funções circulatórias e respiratórias, manter integridade da pele e dos movimentos do paciente, proporcionando segurança e protegendo-o de traumas e possíveis eventos adversos.^{1,7}

A proteção dos olhos também deve ser realizada, a fim de evitar o ressecamento e a lesão de córnea¹. Esta proteção foi descrita em 57,47% (50) dos prontuários, sendo as principais formas utilizadas para manter os olhos fechados, o uso de pomada oftálmica lubrificante e micropore.

A hipotermia, um dos principais desconfortos pós-operatórios, favorece o aparecimento de alterações orgânicas, tais

como: alteração do sistema imunológico e de coagulação; efeitos metabólicos; depressão do sistema nervoso central (SNC); efeitos cardiovasculares, hemodinâmicos e respiratórios; tremores, entre outros.^{7,12-13} Esta pode e deve ser evitada com a utilização de métodos de aquecimento, como alguns descritos em 85 (97,70%) evoluções: colchão térmico e manta térmica, enfaixamento das extremidades com algodão laminado e atadura, uso de cobertores, controle rigoroso da temperatura da sala e infusão de soluções venosas aquecidas.^{1,7,12-13}

A literatura ressalta a importância do controle da temperatura; contudo, apenas 34,48% (30) das evoluções tinham registro deste controle com a utilização de termômetros nasal ou retal.

O uso de cateteres para acessos vasculares apresenta-se como uma fonte segura na manutenção da saúde do paciente, principalmente aqueles que necessitam de terapias intravenosas prolongadas.¹² Esses cateteres podem ser inseridos como acessos periféricos e/ou centrais, em rede venosa e/ou arterial, estando descritos em todas as evoluções analisadas. Podem ser utilizados para coleta de amostras laboratoriais, administração de soluções parenterais, antibioticoterapia, manutenção da anestesia, controle de pressão invasiva e reposição de hemoderivados.¹²

Observou-se que 80,46% (70) das evoluções registraram o uso de sonda nasoenteral (SNE) ou sonda nasogástrica (SNG) nos pacientes submetidos ao transplante hepático. A importância da sua utilização no intraoperatório é para drenagem e no pós-operatório para reposição nutricional, visto que a maioria das crianças e adolescentes hepatopatas crônicos apresentam desnutrição e deficiência de vitaminas e minerais, e também para administração dos imunossupressores (Ciclosporina e Tacrolimus) iniciados no pós-operatório.¹⁴

Pacientes que aguardam por um transplante hepático podem apresentar algum grau de disfunção renal, a qual pode ser agravada

no período intraoperatório, devido a hipotensão, hemorragia e clampamento de veia cava inferior.^{1,12,15} O controle do débito urinário em sala operatória foi registrado em 96,55% (84) das evoluções, reforçando a importância da preservação renal e verificação precoce de alterações, visto que a insuficiência renal aguda (IRA) é uma das complicações frequentes do transplante hepático, podendo o paciente ter que realizar terapia renal substitutiva (hemofiltração, hemodiálise), sendo esta, na maioria das vezes, de caráter transitório.^{1,12,15}

A unidade de eletrocirurgia (UEC) monopolar exige uso de um eletrodo de retorno aplicado na pele do paciente, o qual recupera a corrente elétrica, fazendo-a retornar ao gerador, finalizando o circuito elétrico.^{7,16} Este eletrodo deve ser colocado no paciente por profissional que tenha conhecimento, respeitando alguns critérios, como: aplicação em pele íntegra, seca, com ausência ou diminuição de pêlos, em área de massa muscular e o mais próximo do sítio cirúrgico, tendo o cuidado de manter o paciente livre de contato com partes metálicas da mesa e demais acessórios, eliminando risco de queimaduras.^{7,16} A localização deste eletrodo foi descrita em 93,10% (81) das evoluções, sendo a região glútea e a face anterior da coxa as principais áreas descritas, atendendo a recomendação da literatura.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) classifica como categoria IB a degermação do sítio cirúrgico, seguido pela antisepsia, a fim de prevenir infecção de sítio cirúrgico (ISC).^{7,17-18}

A degermação deve ser realizada no local e ao redor da incisão cirúrgica com a solução degermante; após, realiza-se a antisepsia, com escolha da solução conforme local da incisão.^{7,17-18} Neste estudo, 83,90% (73) das evoluções apresentaram o preparo do campo cirúrgico, sendo as soluções mais utilizadas, o PVP-I degermante e o PVP-I tópico.

O controle de perdas sanguíneas fidedignas no intraoperatório hepático, descrita em

todas evoluções, apresenta-se como um cuidado de enfermagem de extrema importância, pois o procedimento tem grandes chances de apresentar hemorragia, visto que o fígado é um órgão muito vascularizado, a reperfusão do enxerto pode apresentar sangramento pelas anastomoses vasculares, e pode ocorrer, também, piora da coagulação, devido à síndrome pós-reperfusão.¹²

Dependendo do volume perdido, faz-se necessária uma reposição imediata, com volumes significativos, no menor tempo possível.^{1,12,15}

A utilização de drenos neste tipo de procedimento, descrito em menos da metade das evoluções deste estudo, permite verificar eventuais hemorragias pós-operatórias.¹²

O CDC classifica como categoria IB a recomendação de manter a incisão cirúrgica fechada com curativo estéril por 24 a 48 horas após a cirurgia.^{7,17} Este estudo evidenciou que 66,67% (58) dos pacientes foram evoluídos quanto ao item curativo; no entanto, a maioria não descreve o tipo de material utilizado, descrevendo apenas “curativo” ou “curativo fechado” ou “curativo oclusivo”.

As Práticas Recomendadas da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) orientam que o encaminhamento de peças cirúrgicas e exames para laboratório sejam registrados na Evolução de Enfermagem intraoperatória.⁷ Da amostra analisada, verificou-se que 54,02% (47) das evoluções seguiram esta recomendação.

Sabendo-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e que tudo que estiver registrado ampara legalmente o cuidado de enfermagem, é importante na evolução registrar os Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao período intraoperatório.^{7,19} Na unidade onde se realizou esta pesquisa, os Diagnósticos de Enfermagem foram padronizados

para serem descritos nas Evoluções de Enfermagem a partir do segundo semestre de 2008, justificando-se a presença de um percentual pequeno de evoluções contendo este dado (10 ou 11,49%). Os diagnósticos registrados foram: Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório e Integridade tissular prejudicada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer a assistência de enfermagem prestada no período intraoperatório dos pacientes pediátricos submetidos ao transplante hepático, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), no período entre 1997 e 2009, a partir da análise das Evoluções de Enfermagem em 87 prontuários. Todos os prontuários avaliados apresentaram evoluções realizadas pelas enfermeiras do intraoperatório; contudo, estas não eram homogêneas, evidenciando a não sistematização das mesmas.

Evidenciou-se que o perfil dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil deste estudo é semelhante ao de outras instituições pesquisadas.

No levantamento dos cuidados de enfermagem registrados nas evoluções intraoperatórias, nos prontuário dos pacientes submetidos a transplante hepático infantil, foi possível analisar as seguintes variáveis: posicionamento cirúrgico, utilização de proteção para áreas de pressão, proteção ocular, formas de aquecimento utilizadas, controle de temperatura do paciente, utilização de sondas (SNE, SNG e SVD), tipos de punções realizadas (venosa e arterial), local de colocação de placa de eletrocautério, preparo do campo operatório, denominações da incisão cirúrgica, controle das perdas sanguíneas, uso de drenos, tipo de curativo realizado, encaminhamento das peças para anatomopatológico/cultural e Diagnóstico de Enfermagem.

Como uma das autoras desta pesquisa fez parte da equipe de transplantes da instituição pesquisada, sua experiência vivenciada, no decorrer de vários anos, permitiu constatar, nas evoluções de

enfermagem do intraoperatório analisadas, que muitos cuidados de enfermagem realizados não são evoluídos; contudo, constatou que a maioria dos cuidados recomendados pela literatura pesquisada é realizada pela equipe de enfermagem. Este diagnóstico reforça a importância da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE), bem como recomenda a criação de protocolos que facilitem a padronização da Evolução de Enfermagem, visto que a equipe de enfermagem faz muito mais do que se escreve.

REFERÊNCIAS

1. Mendes KDS. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. [dissertação na Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006. [citado 2009 set. 11]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/dissertacao_mestrado_mendes.pdf.
2. Aguiar IFM. Transplante hepático: o significado para aqueles que vivenciam a espera pelo procedimento cirúrgico [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.
3. Garcia JHP. Implantação do transplante ortotópico de fígado humano no Estado do Ceará [tese na Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2002. [citado 2009 out. 26]. Disponível em: <http://www.cirurgia.ufc.br/services/teses/josehuygens.pdf>.
4. Silva Júnior OC, Sankarankutty AK, Oliveira GR, Pacheco E, Ramalho FS, Sasso KD, et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. *Acta Cir Bras*. 2002;17(Supl 3):83-90.
5. Freitas F. Quinze anos de vitórias. *Santa Casa Notícias* [periódico na Internet]. 2009 jan./jun. [citado 2009 out. 25];24(16). Disponível em: <http://www.santacasa.tcche.br/revista/vermateria.asp?rev=16&mat=207&p=1>.
6. Conselho Federal de Enfermagem.

Resolução n. 292/2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos [Resolução na Internet]. Rio de Janeiro; 2004. [citado 2009 out. 6] Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materiais.asp?ArticleID=7120§ionID=34>.

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

8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras [resolução na Internet]. Rio de Janeiro; 2002. [citado 2009 nov. 2]. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/web/resolucao/r272.htm>.

9. Caregnato RCA, Lautert L. Situações geradoras de estresse na equipe multiprofissional na sala cirúrgica. *Rev SOBECC*. 2003;8(3):11-6.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

11. Mesquita MCO, Ferreira AR, Veloso LF, Roquete MLV, Lima AS, Pimenta JR et al. Transplante hepático pediátrico: experiência de 10 anos em um único centro no Brasil. *J Pediatr*. 2008;84(5):395-402.

12. Padilha KG, Vátimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. São Paulo: Manole; 2010.

13. Santos ST, Caregnato RCA. Hipotermia acidental perioperatória: proposta de protocolo de assistência de enfermagem. *Rev SOBECC*. 2010;15(2):45-51.

14. Ferreira CT, Vieira SMG, Silveira TR. Transplante hepático. *J. Pediatr* [periódico na Internet]. 2000. [citado

2009 set. 12];76(Supl.2):S198-S208. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S198/port.pdf>.

15. Fukamizu EA, Martins DAR, Moraes MW. Complicações no pós-operatório imediato de transplante hepático. Rev SOBECC. 2010;15(3):17-24.

16. Brito MFP, Galvão CM. Protocolo de cuidados no uso de eletrocirurgia monopolar. Rev SOBECC. 2010;15(3):33-8.

17. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for prevention surgical site infection. Atlanta; 1999.

18. Arsego M, Caregnato RCA. Serviço de controle de infecção: vigilância de processos no transoperatório. Rev SOBECC. 2010;15(1):19-25.

19. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

AUTORAS

Mari Nei Clososki

Enfermeira, Graduada pelo Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Campus Canoas (RS).

Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Educação, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) - Campus Canoas (RS).

Heloisa Helena Karnas Hoefel

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Chefe do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS).

Indicadores Biológicos

BI-Test



18 para todas as horas!

Rastreabilidade!



Etiquetadora para Etiqueta com 3 linhas e dupla camada adesiva!

A mais completa linha de produtos para CME!
Qualidade e Segurança da Limpeza até a Monitoração!

Stericontrol 21 Anos!

Você também é livre para ousar.
Venha conhecer a diferença, surpreenda-se!

Teste desafio tipo Helix



Com Integradores Classe 5 para Vapor - Formoldeído - ETO.

STEAM-VAPOR Famos Steam Emulator
ISO 11140-1 CLASS 6
134°C 7 MIN.
121°C 20 MIN.
LOT: 110301 03 2013 Cod. Nº 15.100.299
Emuladores Classe 6
4-5-7 Minutos

Linha completa de escovas para CME

0800 606 1516
sac@stericontrol.com.br

Stericontrol
"Os nossos clientes sabem a diferença!"



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN THE POST-ANESTHETIC RECOVERY ROOM

SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA

Evanísia Assis Goes de Araújo • Weslla Karla Albuquerque de Paula • Laís Anália Ferreira de Oliveira • Ana Carolina de Vasconcelos Arruda

RESUMO: O paciente em pós-operatório imediato possui um potencial risco de complicações, necessitando de assistência de enfermagem individualizada. Este estudo objetivou propor a implantação de um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) de um hospital público do Agreste Pernambucano. Foi utilizado como fundamento a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, os Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e as Intervenções de Enfermagem da *Nursing Interventions Classification* (NIC). Pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa. Aplicou-se o histórico de enfermagem a 30 pacientes internados na SRPA. Os resultados evidenciaram que os diagnósticos com percentual acima de 70% estão relacionados com Integridade da pele prejudicada, Náuseas e Risco para infecção. Estes dados propiciaram a elaboração de um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), composto por Diagnósticos e intervenções de enfermagem em forma de *check list*. Portanto, a SAE, se efetivamente praticada, trará benefícios ao paciente, à instituição e ao enfermeiro.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Período de recuperação da anestesia.

ABSTRACT: The patient in the immediate post-operative period has a potential risk of complications requiring

individualized nursing care. This study aimed to propose the implementation of a protocol of the Sistematization of Nursing Assistance (SAE) in the Post-Anesthetic Recovery Room of one public hospital in the Agreste of Pernambucano. It was used as basis, the Theory of Basic Humans Needs of Horta, the diagnoses of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and nursing interventions from Nursing Interventions Classification (NIC). This is an exploratory, descriptive and quantitative study. It was applied a history of nursing in 30 patients registred in (SRPA). The results showed diagnoses with percentages above 70% are related to impaired skin integrity, nausea, risk for infection. These data enabled the development of a protocol of (SAE), composed of diagnoses and nursing interventions in the form of check list. Therefore, (SAE) if effectively practiced, will bring benefits to the patient, to the institution and to the nurse.

Key words: Nursing diagnoses; Nursing care; Post-anesthetic recovery.

RESUMEN: El paciente en el post-operatorio inmediato tiene un riesgo potencial de complicaciones que requieren atención de enfermería individualizada. Este estudio tuvo como objetivo proponer el establecimiento de un protocolo de Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) en el Salón de Recuperación Post-anestésica (SRPA) de un hospital público en el Agreste de Pernambucano. Se utilizó como base, la Teoría de las Necesidades Humanas

Básicas de HORTA, los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y las intervenciones de enfermería de la Nursing Interventions Classification (NIC). Este trabajo es exploratorio, descriptivo y cuantitativo. Se aplicó una anamnesis de enfermería en 30 pacientes ingresados en la SRPA. Los resultados mostraron los diagnósticos de enfermería con porcentajes superiores al 70% relacionados con la alteración de la integridad cutánea, náuseas, riesgo de infección. Estos datos permitieron la elaboración de un protocolo de la SAE, compuesto de diagnósticos y intervenciones de enfermería en forma de *check list*. Por lo tanto, la SAE se practicada, traerá beneficios para el paciente, para la institución y para el enfermero.

Palabras-clave: Diagnósticos de enfermería; Cuidado de enfermería; Recuperación post-anestésica.

INTRODUÇÃO

A necessidade de um paciente submeter-se à cirurgia é caracterizada como um evento estressante e complexo na vida do paciente, de sua família e também da equipe de enfermagem, tanto por possíveis riscos, como por sentimentos vivenciados frente ao ato cirúrgico.⁽¹⁾

Dessa forma, a assistência de enfermagem deve ser integral e individualizada para o paciente e sua família, proporcionando o planejamento dos cuidados de forma sistemática, minimizando os riscos

inerentes ao procedimento e a ansiedade referente ao processo cirúrgico.⁽²⁾

Compreende-se que, para que se tenha uma assistência de enfermagem adequada e individualizada, é necessária a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), baseada em uma Teoria de Enfermagem específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado.⁽³⁾

A implantação da SAE constitui uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 272, de 2004. É também uma orientação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Além disso, sua implantação se torna uma estratégia na organização da assistência de enfermagem nas instituições, atendendo, assim, os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.⁽⁴⁻⁵⁾

A SAE é um processo que objetiva a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde do paciente e da comunidade, devendo ser desenvolvida pelo enfermeiro, sendo necessário que o mesmo tenha noção de uma ou mais Teorias de Enfermagem que fundamentem sua prática, além dos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão. Sua implementação exige do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como um indivíduo de forma holística, utilizando, para tanto, seus conhecimentos e suas habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a execução das ações sistematizadas.⁽⁶⁾

Diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos. Todos estes modelos convergem para a necessidade de se prestar uma assistência sistematizada, isto é, coletar os dados através da utilização de histórico de enfermagem, levantar diagnósticos de enfermagem e, a partir daí, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas ações, permitindo gerar conhecimento a partir da prática.⁽⁷⁾

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são agrupados de acordo com o tipo de cada um. Eis dois tipos de DE:

- **Diagnósticos Reais:** descrevem respostas humanas a condições de saúde / processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. São sustentados pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados. Apenas estes tipos de diagnósticos possuem fatores relacionados que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o DE;

• **Diagnósticos de Risco:** descrevem respostas humanas a condições de saúde / processos vitais que podem desenvolver em indivíduo, família ou comunidade vulnerável. São sustentados por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade.⁽⁸⁾

A enfermagem é uma ciência que visa descrever as Necessidades Humanas Básicas (NHB) explicando-as, relacionando-as e predizendo-as. Fundamenta-se na Teoria da Motivação Humana de Maslow. Entende-se por NHB os estados de tensões, conscientes e inconscientes, resultantes de desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Estes estão divididos em:

• **Necessidade psico-biológicas:** oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação fisiológica, percepção, locomoção, ambiente e terapêutica;

• **Necessidades psicossociais:** segurança, amor, liberdade, comunicação, gregária, criatividade, aprendizagem, auto-realização, auto-estima, auto-imagem, recreação, lazer, espaço, orientação espaço-temporal, aceitação, participação, e atenção;

• **Necessidades psíquicas:** necessidade religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida.⁽⁹⁾

Dessa forma, o conteúdo obtido pela SAE

representa uma preciosa fonte de informações sobre o paciente, principalmente na assistência perioperatória, que abrange três períodos: pré, trans e pós-operatório. Sendo, ainda, o pós-operatório subdividido em imediato e mediato, onde o primeiro compreende as primeiras 24 horas após o término da cirurgia e sua real duração depende do porte ou da gravidade da mesma e do estado em que se encontra o paciente ao seu término. Já o segundo, inicia-se após as primeiras 24 horas e se desenvolve por um período variável, até o dia da alta hospitalar.⁽¹⁰⁾

Sendo assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) preconiza uma filosofia de atendimento individualizado e humanizado, abrangendo conceitos da assistência continuada, participativa, documentada e avaliada, o que dá sustentação às ações de enfermagem nas áreas de internação cirúrgica, Centro Cirúrgico (CC) e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).⁽²⁾

Entende-se por SRPA uma unidade na qual o paciente é assistido logo após o procedimento anestésico-cirúrgico, no período pós-operatório imediato, permanecendo nesta unidade até o momento da recuperação da consciência e estabilização dos sinais vitais, em média, de 30 minutos a 2 horas após o término do procedimento. Sendo assim, a obrigatoriedade legal de inserção do Processo de Enfermagem (PE) na assistência ao pós-operatório imediato requer conhecimento e informação concisa sobre o estado geral do paciente, para que o desenvolvimento das ações e a assistência de enfermagem sejam personalizadas e direcionadas ao mesmo, que necessita de vigilância ininterrupta para prevenir possíveis complicações na SRPA, visto que, por menor que seja o procedimento cirúrgico, o risco de complicações sempre estará presente.⁽¹¹⁾

As principais complicações que ocorrem na SRPA têm correlação direta com as condições clínicas pré-operatórias, extensão e o tipo de cirurgia, intercorrências cirúrgicas, fármacos anestésicos administrados e seus efeitos colaterais, bem como

com a eficácia das medidas terapêuticas adotadas. Devido à alta rotatividade dos leitos e à carência de recursos humanos especializados, a assistência de enfermagem prestada durante a permanência do paciente na SRPA pode ser dificultada na sua principal ação, que é a detecção precoce destas complicações, através da monitorização contínua dos parâmetros dos pacientes.⁽¹²⁾

Sabe-se que os cuidados de enfermagem aos pacientes na SRPA em muitas instituições são realizados de forma assistemática, não existindo a elaboração de um plano assistencial individual e eficaz nos cuidados necessários ao paciente.

Tendo em vista o potencial risco de complicações pós-anestésicas inerentes ao paciente no período em que o mesmo permanece na SRPA, é essencial uma assistência de enfermagem sistematizada, garantindo segurança e cuidados específicos, que, quando implementados adequadamente, podem impedir a ocorrência de complicações, ou revertê-las, quando estas já estiverem instaladas.

OBJETIVO

Propor a implantação de um protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória na Sala de Recuperação Pós-Anestésica em um Hospital Público do Agreste Pernambucano.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, aliada à experiência de criação e aplicação de um protocolo de assistência ao paciente cirúrgico. Este tipo de pesquisa tem como objetivo coletar os dados de forma sistemática, visando descobrir, explicar, identificar, registrar e analisar estatisticamente as informações.⁽¹³⁻¹⁴⁾

Participaram do estudo 30 pacientes submetidos à cirurgia eletiva no mês de fevereiro de 2010, admitidos na SRPA em pós-operatório imediato, que tinham concordado em participar da pesquisa

e assinado previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no período pré-operatório imediato na enfermaria.

A instituição escolhida para o estudo foi um Hospital Público do Agreste Pernambucano, que é referência em trauma nos 32 municípios que compõem a IV Gerência Regional de Saúde (GERES). É uma instituição estadual, de alta complexidade, que dispõe de 230 leitos, distribuídos em emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria clínica e cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral, neurocirurgia e ortopedia. É também utilizada como campo de prática para ensino em cursos de graduação e pós-graduação, para os programas de residência em medicina e enfermagem, além de ser campo de estágio para as escolas de formação de técnicos em enfermagem da região. A SRPA da referida instituição está inserida no Centro Cirúrgico (com seis salas de cirurgia), possui três leitos e tem como finalidade o atendimento a pacientes em recuperação pós-anestésica, que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos. Conta, ainda, com uma equipe multiprofissional composta por anestesiológica, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o histórico de enfermagem, elaborado pelas autoras, em forma de *check list*, de acordo com a literatura direcionada para o tema e baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, contendo: Identificação, Padrão de Manutenção da Saúde, Fatores de Risco Familiar, Necessidades Humanas Básicas (padrão nutricional / higiene), Padrão Elimintório (hábitos intestinais e urinários), Padrão de Sono e Repouso, Padrão Perceptivo-Cognitivo, Dados Clínicos e Cirúrgicos, História da Doença Atual (Motivo do Ato Cirúrgico) e Exame Físico. Utilizou-se, para a coleta de dados, a entrevista estruturada com os pacientes, além de dados dos prontuários dos participantes da pesquisa no mês de fevereiro de 2010.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel 2003,

fazendo-se uso de frequências absoluta e relativa, apresentados sob a forma de tabelas. Em seguida, elencaram-se as necessidades de saúde dos participantes da pesquisa que requeriam cuidados de enfermagem, as quais possibilitaram traçar os diagnósticos de enfermagem, por ordem de prioridade, baseados na taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*,⁽⁸⁾ bem como suas respectivas intervenções, fundamentadas pela *Nursing Interventions Classification (NIC)*.⁽¹⁵⁾

A partir destes resultados, elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem direcionado e organizado em forma de *check list* (Anexo) para aplicação da SAE em pacientes no pós-operatório imediato.

Foram respeitados, no estudo, os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), sob protocolo nº 137/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Fizeram parte deste estudo 19 (63,3%) pacientes do sexo masculino e 11 (36,7%) pacientes do sexo feminino, que se encontravam, em maior frequência (40,0%), na faixa etária entre 40 e 59 anos. Observou-se, ainda, que 16,7% tinham idade menor ou igual a 20 anos. No que se refere aos procedimentos anestésicos, percebe-se que a maioria (19 ou 63,3%) foram submetidos à raqui-anestesia, quatro (13,3%) à anestesia geral e sete (23,4%) foram submetidos apenas a bloqueio anestésico.

Diagnósticos de Enfermagem Reais

A seguir, apresentam-se alguns Diagnósticos de Enfermagem Reais identificados na amostra estudada, assim como seus fatores relacionados e as características definidoras.

Tabela 1 - Principais Diagnósticos de Enfermagem Reais (segundo a NANDA⁽⁸⁾), fatores relacionados e características definidoras em pacientes internados na SRPA de um hospital público. Caruaru (PE); 2010

Diagnóstico	Nº	%	Fator Relacionado	Nº	%	Característica Definidora	Nº	%
Integridade da pele prejudicada	30	100,0	Fatores mecânicos	30	100,0	Destruição de camadas da pele	18	60,0
						Destruição de camadas da pele e rompimento da superfície da pele	12	40,0
Náuseas	23	76,7	Dor	02	100,0	Relato de náusea	14	60,9
			Ansiedade	04		Salivação aumentada	09	39,1
			Drogas anestésicas	17				
Temperatura corporal desequilibrada (Hipotermia)	21	70,0	Drogas anestésicas	21	100,0	Cianose nos leitos ungueais	04	19,1
						Palidez	05	23,8
						Pele fria e tremor	12	57,1
Mobilidade física prejudicada	20	66,7	Dor	08	100,0	Dificuldade para mudança de decúbito	08	40,0
			Prejuízos músculo-esqueléticos			12	Amplitude limitada de movimento	12
Ansiedade	18	60,0	Ameaça ao estado de saúde	18	100,0	Preocupação	10	55,6
			Estresse			08	44,4	
Padrão respiratório ineficaz	15	50,0	Ansiedade	08	100,0	Taquipnéia	10	66,7
			Dor	07		Uso da musculatura acessória para respirar	05	33,3
Dor aguda	11	36,7	Agentes lesivos (trauma e incisão cirúrgica)	11	100,0	Expressão facial	05	45,4
						Relato verbal de dor	03	27,3
						Comportamento expressivo	03	27,3
Perfusão tissular periférica ineficaz	09	30,0	Transporte prejudicado de oxigênio	09	100,0	Edema	03	33,3
						Mudanças da pressão sanguínea nas extremidades	01	11,0
						Mudanças na temperatura da pele	05	55,6
Retenção urinária	08	26,7	Inibição do arco-reflexo	08	100,0	Eliminação urinária ausente	03	37,5
						Distensão vesical	05	62,5

O diagnóstico “Integridade da pele prejudicada devido a fatores mecânicos”, apresentado por todos os pacientes (Tabela 1), está presente quando a epiderme e/ou a derme encontram-se alteradas.⁽⁸⁾

Outro diagnóstico identificado (Tabela 1) se refere a “Náuseas” que, em princípio, estariam relacionadas com os fármacos anestésicos administrados durante o procedimento anestésico. Este envolve uma série de etapas, resultantes em, dentre

outros fatores, analgesia e relaxamento muscular, podendo em uma de suas fases responder a estímulos reflexos que resultam em êmese e consequente aspiração deste conteúdo para o sistema respiratório, provocando asfixia e desencadeando lesões cerebrais decorrentes da hipóxia. Outro provável fator contribuinte para este diagnóstico se refere à dor, responsável por desconforto, alterações hemodinâmicas, neurovegetativas e ansiedade, presentes no pós-operatório imediato.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

A “Hipotermia” consiste em um desconforto frequentemente encontrado na SRPA (Tabela 1). Sua diminuição está relacionada ao procedimento anestésico (neste caso especificamente), bem como pelo resultado de uma temperatura baixa na sala de cirurgia ou na SRPA, infusão de líquidos frios, inalação de gases frios, cavidades ou feridas corporais abertas, atividade muscular diminuída e idade avançada. A consequência da hipotermia se refere ao metabolismo da glicose reduzido, que

pode desenvolver acidose metabólica. A hipotermia também pode ser induzida em procedimentos cirúrgicos selecionados para reduzir a taxa metabólica do paciente e as demandas energéticas. Porém, evitar a hipotermia acidental é importante.⁽¹⁶⁾

Em menor percentual, encontra-se o diagnóstico “Retenção urinária” (Tabela

1), resultante de espasmo reflexo dos esfíncteres, principalmente em cirurgias na região perineal ou anal, comumente ocasionado por alguns fármacos anestésicos que reduzem a inervação muscular e suprimem a urgência para urinar, impedindo o esvaziamento da bexiga. Este fator poderá levar à infecção crônica que, quando não resolvida, predispõe o paciente a cálculos,

pielonefrite e sepse, podendo desencadear até hidronefrose.⁽¹⁶⁾

Diagnósticos de Enfermagem de Risco

A Tabela 2 demonstra alguns Diagnósticos de Enfermagem de Risco identificados na amostra estudada, bem como seus fatores de risco.

Tabela 2 - Principais Diagnósticos de Enfermagem de Risco (segundo a NANDA⁽⁸⁾) e fatores de risco em pacientes internados na SRPA de um hospital público. Caruaru (PE), 2010

Diagnóstico	Nº	%	Fator de Risco	Nº	%
Risco para infecção	30	100,0	Ferida operatória	16	53,3
			Ferida operatória e Sonda Vesical de Demora (SVD)	02	6,7
			Ferida operatória e Trauma	12	40,0
Risco de lesão perioperatória por posicionamento	21	70,0	Edema	03	14,3
			Imobilização	08	38,1
			Edema e imobilização	07	33,3
			Distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes da anestesia	03	14,3
Risco para aspiração	08	26,7	Cirurgia facial	05	62,5
			Nível de consciência reduzido	03	37,5

O índice elevado de pacientes avaliados suscetíveis à infecção (“Risco para infecção”) ocorre porque procedimentos invasivos (incisão cirúrgica, punções, tricotomia, entubação, entre outros), ou até mesmo eventos traumáticos, permitem perda da barreira protetora da pele, propiciando a ocorrência de infecções. Relacionado à Sonda Vesical de Demora (SVD), o mesmo se configura como risco por se tratar de um procedimento invasivo, que favorece ao aparecimento e disseminação de bactérias.⁽¹⁸⁾

No que se refere ao “Risco de lesão perioperatória por posicionamento”, sabe-se que a anestesia causa vasodilatação

periférica, provocando hipotensão e diminuição do retorno venoso ao coração e aos pulmões. Os anestésicos interferem na perfusão sanguínea para as proeminências ósseas e membros comprimidos, favorecendo a lesão tecidual. O sangue imobilizado provoca a formação de depósitos no leito vascular. Desta forma, a permanência do paciente por período prolongado numa mesma posição pode causar pressão mecânica sobre os nervos, assim como o mau posicionamento do paciente pode lhe causar lesão.⁽¹⁹⁾

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo nos mostraram

que o Processo de Enfermagem possibilita ao enfermeiro organizar, planejar e estruturar a ordem e a direção do cuidado, constituindo-se no instrumento metodológico da profissão, subsidiando o profissional quanto à tomada de decisões na efetivação do *feedback* necessário para prever, avaliar e determinar novas intervenções.

No que se refere à assistência de enfermagem na SRPA, há um consenso de que os cuidados de enfermagem em muitas instituições de saúde ocorrem de forma assistemática, não existindo a elaboração de um plano assistencial individual e eficaz, direcionado aos cuidados necessários ao paciente.

Em decorrência dos altos riscos de complicações, a avaliação do paciente no período pós-operatório imediato, durante sua permanência na SRPA, deverá ser individualizada, integral, documentada e participativa, contemplando as necessidades do paciente, atendendo as especificidades de cada um e favorecendo melhor satisfação ao mesmo. Para tanto, foi proposto (criação, aplicação e implantação) um protocolo direcionado e organizado em forma de *check list* (Anexo) para aplicação da SAEP a pacientes no pós-operatório imediato, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Os Diagnósticos de Enfermagem Reais de maior incidência foram: Integridade da pele prejudicada, Náuseas e Hipotermia e os Diagnósticos de Enfermagem de Risco foram: Risco para infecção e Risco de lesão perioperatória por posicionamento, com percentual de incidência acima de 70% na amostra de 30 pacientes estudados. Foram, então, traçadas as Intervenções de Enfermagem correlatas aos principais diagnósticos identificados.

O protocolo tem como propósito nortear uma assistência de enfermagem sistematizada voltada principalmente para a detecção precoce e a prevenção de complicações, além do registro correto dos cuidados prestados. Portanto, este estudo considera que a sistematização, se efetivamente praticada, traz benefícios ao paciente, à instituição e ao enfermeiro. Sugere-se, porém, que a proposta seja continuada e que possa contemplar as demais etapas referentes ao período perioperatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa diminuir a incidência de complicações na SRPA, a avaliação dos pacientes durante o período pós-operatório imediato deve ser segura e eficaz, considerando-se as alterações endócrinas e metabólicas decorrentes do trauma anestésico-cirúrgico, devendo existir padrões de critérios de avaliação para a assistência prestada neste período e a avaliação dos mesmos.

Em relação ao plano assistencial de enfermagem aplicado aos pacientes na recuperação, considera-se extremamente importante a sua realização baseada na SAEP, pois se trata de um local onde o paciente permanece por um período curto de tempo e, geralmente, os modelos de assistência existentes não favorecem a implementação como um todo.

Neste sentido, existe a necessidade de criação de um instrumento que forneça subsídios para nortear uma assistência de enfermagem sistematizada, voltada, principalmente para a detecção precoce e a prevenção destas complicações, além do registro correto dos cuidados prestados após a priorização dos Diagnósticos de Enfermagem detectados.

Por outro lado, a SAEP, se efetivamente praticada, beneficia o paciente, pois o mesmo receberá uma assistência individualizada, integral, documentada, participativa e avaliada, aumentando sua sobrevivência. Beneficia a instituição, possibilitando menor tempo de internação pós-operatória do paciente, melhor recuperação, poupando tempo e preocupações, favorecendo maior satisfação do mesmo e ampliando sua assistência.

O profissional enfermeiro é beneficiado ao prestar cuidados de forma mais eficaz e sistematizada, proporcionando maior sustentação às suas ações e garantindo a possibilidade de poder avaliar a qualidade do cuidado prestado.

Portanto, considera-se que a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem e as consequentes Intervenções de Enfermagem são absolutamente necessárias, sugerindo-se que exista uma SAEP, fundamentada em uma Teoria de Enfermagem que contemple as necessidades do paciente, atendendo as especificidades de cada um.

É importante que as equipes das Unidades de Internação, UTI, CC, SRPA e demais envolvidas no cuidado ao paciente cirúrgico trabalhem de forma articulada, a fim de proporcionar uma adequada assistência perioperatória.

REFERÊNCIAS

1. Lima LB, Busin L. O cuidado humanizado sob a perspectiva de enfermeiras em unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(1):90-7.
2. Maia LFS. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: uma revisão de literatura. In: Webartigos.com – Enfermagem [homepage na Internet]. São Paulo; 2008. [citado 2009 jul. 20]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/9845/1/Sistematizacao-da-Assistencia-de-Enfermagem-Perioperatoria-Uma-Revisao-de-Literatura/pagina1.html>
3. Rodrigues AL, Maria VLR. Teoria das necessidades humanas básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2009;14(2):353-9.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro; 2002.
5. Brasil. Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na Internet]. 1986 jun. 26 [citado 2009 jul. 20]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>
6. Reda E, Peniche ACG. Instrumento de registro utilizado na avaliação do paciente em sala de recuperação pós-anestésica: importância na continuidade da assistência. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(1):24-31.
7. Araújo IEM, Lamas JLT, Ceolin MF, Bajay HM. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador: relato de experiência. *Acta Paul Enferm.* 1996;9(1):18-27.
8. *North American Nursing Diagnosis Association*. Diagnósticos de Enfermagem

- da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
10. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 3^a ed. São Paulo: Iátria; 2007.
11. Silva EA, Vicente MI, Gutierrez PP, Galdeano LE. Sentimentos e necessidades do paciente na unidade de recuperação pós-anestésica. Rev SOBECC. 2008;13(3):34-40.
12. Miyake MH, Diccini S, Glashan RQ, Pellizzetti N, Lelis MAS. Complicações pós-anestésicas: subsídios para assistência de enfermagem na sala de recuperação anestésica. Acta Paul Enferm. 2002;15(1):33-9.
13. Jung CF. Metodologia para pesquisa & desenvolvimento aplicada a novas tecnologias, produtos e processos. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil; 2004.
14. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
15. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
16. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
17. Mattia AL, Silva DAG, Araújo SGS. Atuação do enfermeiro no controle da dor em recuperação anestésica. Rev SOBECC. 2008;13(3):27-32.
18. Basso RS, Piccoli M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. Rev Eletrônica Enferm. 2004;6(3):309-23.
19. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

ANEXO - Instrumento para aplicação da SAEP em pacientes internos na SRPA

Diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA ⁽⁸⁾

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> Ansiedade
<input type="checkbox"/> Risco para infecção
<input type="checkbox"/> Dor aguda
<input type="checkbox"/> Perfusão tissular periférica ineficaz
<input type="checkbox"/> Temperatura corporal desequilibrada (Hipotermia)
<input type="checkbox"/> Risco para lesão por posicionamento perioperatório
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco para aspiração
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
<input type="checkbox"/> Retenção urinária
<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Outros _____

Intervenções de Enfermagem segundo a NIC ⁽¹⁵⁾

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	DATA/HORA
<input type="checkbox"/> Monitorar os sinais vitais (1ª hora: 15/15min.; 2ª a 4ª hora: 30/30min.; 4ª a 24ª hora:2/2horas)	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento a ser realizado	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Realizar a anti-sepsia da pele do paciente com agente antibacteriano, para reduzir a entrada de microorganismos, quando necessário	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Avaliar condições de cateteres, sondas, tubos e drenos	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Administrar medicações, conforme prescrito _____	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicar de forma efetiva	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos decorrentes de procedimentos	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Promover os fatores que melhoram o fluxo de sangue arterial como manter a extremidade em uma posição pendente, quando adequado	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Elevar as extremidades para facilitar o fluxo de sangue venoso, quando adequado	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Trocar as posições, movimentar as extremidades ou flexionar os dedos das mãos e dos pés de hora em hora	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Colocar o paciente na posição terapêutica designada	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Manter a cabeceira elevada 30° / 45° / 90°, quando adequado	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Mudar o decúbito do paciente conforme indicado pela condição da pele	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Cobrir o paciente com cobertores aquecidos, quando apropriado	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Tentar modificar os fatores contribuintes para diminuir a possibilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Alternar ou reduzir a pressão sobre a superfície da pele com o uso apropriado de revestimentos de apoio para promover a integridade da pele	_ / _ / _ - _
<input type="checkbox"/> Monitorar o nível de consciência, o reflexo da tosse, o reflexo da náusea e a capacidade para deglutir. (1ª hora: 15/15min.; 2ª a 4ª hora: 30/30min.; 4ª a 24ª hora:2/2horas)	_ / _ / _ - _

<input type="checkbox"/> Aspirar as secreções orais, nasais e traqueais, se necessário	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar a frequência, o ritmo, a profundidade e o esforço das respirações	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Realizar ausculta respiratória	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Administrar oxigênio aquecido, conforme prescrição	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio por meio da oximetria de pulso e gasometria arterial, quando adequado	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor, quando adequado	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Realizar cateterismo vesical intermitente ou de demora, conforme prescrição e orientar o paciente sobre a necessidade e os riscos decorrentes do procedimento	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Monitorar o grau de distensão da bexiga por meio de palpação e percussão	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Realizar um levantamento completo da náusea, incluindo a frequência, a duração, a gravidade e os fatores precipitantes	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/> Promover repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/>	__ / __ / __ - __
<input type="checkbox"/>	__ / __ / __ - __

AUTORAS

Evanísia Assis Goes de Araújo

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).

Láís Anália Ferreira de Oliveira

Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).

Weslla Karla Albuquerque de Paula

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Criança, Mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).

Ana Carolina de Vasconcelos Arruda

Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade Associação Caruarense de Ensino Superior (ASCES).

Labseptic

Limpador e desinfetante de superfície

Seu ambiente protegido
contra o vírus H1N1



SOLUÇÕES EM LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Labseptic é um detergente desinfetante pronto uso formulado com base aquosa, pH neutro, sem álcool e sem fragrância, efetivo na presença de matéria orgânica, compatível com vários materiais (alumínio, aço inox, acrílico, polietileno de alta densidade), permitindo a limpeza e desinfecção segura de móveis, bancadas, pisos, paredes e equipamentos hospitalares (Isoletes, focos, monitores, respiradores, camas de UTI, mesas cirúrgicas etc).



Soluções Integradas

Lavadoras e Termodesinfetadoras

Prosonic 6510
DS 610



Esterilizadora de Baixa Temperatura

130 LF



Limpeza de materiais

Detergentes



Monitores de limpeza

Monitor de ATP
Sono check
Detector de proteína
Tosi



Escritório
Avenida Lacerda Franco, 172
Cambuci - São Paulo - SP
CEP 01536-000
PABX: 55 11 3275.1166

Fábrica
Rua Ademar Bombo, 165
Dist. Industrial - Mogi Guaçu - SP
CEP 13846-146
PABX: 55 19 3361.5100



Labnews

Todo o cuidado para você ter toda segurança

www.grupoldm.com.br