

SOBECC

NACIONAL

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

CONHECIMENTO

O Conhecimento dos
Circulantes de Sala sobre a
Utilização do Bisturi Elétrico

FOCO NA EQUIPE

Saúde Mental da Equipe
de Enfermagem no Centro
Cirúrgico Frente à Morte

INTERVENÇÕES

Diagnósticos, Prognósticos e
Intervenções de Enfermagem
na Sala de Recuperação
Anestésica

EXPERIÊNCIA

A Atuação de uma Enfermeira
em Empresa de Material
Cirúrgico

PROTOCOLO

Lista de Verificação
de Materiais Óticos de
Videocirurgia: Avaliação da
Efetividade do Instrumento

E mais:

Hospital em Foco:
Hospital Esperança de Recife (PE)

Agenda:
Congressos, Simpósios e Cursos.
Tudo isso e muito mais!

*Que a mensagem
de fé e esperança do
Natal renove nossas
forças para continuar
lutando no Ano Novo
que anuncia!*



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 da 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), Isabel Cristina Dauth (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA), Ms Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal), 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), Ms Verônica Cecília Calbo de Medeiros (Centro Universitário São Camilo).

Equipe Técnica – Revisão: Marcelo de Andrade • **Coordenação:** Sirlene Aparecida Negri Glasenapp • **Administração:** Veridiana Franco • **Produção Gráfica:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão em Espanhol:** Dr^a Maria Belén Salazar Posso • **Revisão em Inglês:** Elaine Koda • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Editora Referência Ltda.

SOBECC: Rua Vergueiro, 875, conj. 64, Liberdade (metrô Vergueiro), CEP 01504-001, São Paulo, SP • CGC: 67.185.215/0001-03
Tel.: (11) 3341-4044 • Fax: (11) 2501-4144.

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

Índice

4...

EDITORIAL

5...

AGENDA

6...

ACONTECE

20...

HOSPITAL EM FOCO

24...

ARTIGO ORIGINAL

O Conhecimento dos Circulantes de Sala sobre a Utilização do Bisturi Elétrico

33...

ARTIGO ORIGINAL

Diagnósticos, Prognósticos e Intervenções de Enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica

48...

ARTIGO ORIGINAL

Saúde Mental da Equipe de Enfermagem no Centro Cirúrgico Frente à Morte

57...

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Empresa de Material Cirúrgico: Atuação do Enfermeiro

65...

ESTUDO EXPERIMENTAL

Lista de Verificação de Materiais Óticos de Videocirurgia: Avaliação da Efetividade do Instrumento

73...

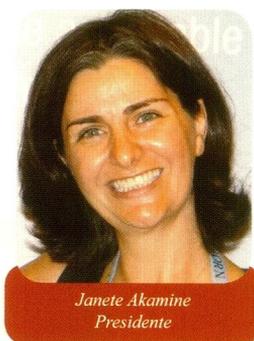
NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC



Capa: Alice Carvalho Pacheco (8 meses)

Foto: Fukuhara (São Carlos - SP)

Autorização dos pais: Lina de Carvalho Pacheco e Ermani A. Pacheco Jr.



Janete Akamine
Presidente

É tempo de balanço e de renovação

Novamente estamos à volta com os preparativos para as festividades de final de ano. Como se diz, é tempo de fazer um balanço das realizações do ano que se vai e de traçar metas para o ano vindouro.

Para a SOBECC, o ano 2012 foi marcado por muitas conquistas, fruto do trabalho conjunto de todos os membros da Diretoria, colaboradores, associados e parceiros, que não medem dedicação e esforços para elevar a Enfermagem Perioperatória brasileira ao patamar da Enfermagem mundial. São 728 sócios ativos que nos motivam a atuar cada vez mais e melhor.

Algumas realizações deste ano que queremos destacar incluem: promoção de três eventos científicos, sendo duas jornadas (Recife – PE e São Carlos – SP) e um simpósio internacional (São Paulo – SP); conferências e palestras ministradas por membros da Diretoria em 10 eventos científicos nacionais e dois internacionais; participação de membros da Diretoria em seis eventos científicos nacionais, um internacional e uma consulta pública da ANVISA; publicação de quatro números da Revista SOBECC, totalizando 20 artigos científicos, com participação de profissionais de norte a sul do Brasil.

No final de 2011, a SOBECC adquiriu mais uma sala, no mesmo edifício onde já estava localizada sua sede. Em 2012, foi realizada uma ampla reforma, a fim de atender melhor seus associados. Com a nova aquisição, a Associação conta, atualmente, com quatro conjuntos e ocupa todo o sexto andar do prédio. São duas salas para reuniões e cursos, em formato de salas de aula, cada uma com capacidade para 15 pessoas, equipadas com recursos multimídia de última geração. Oferecemos também uma sala de estudo e uma biblioteca com excelente acervo, disponível aos associados, além de Secretaria e Administração. Venha visitar a SOBECC! Continuamos contando com a participação de todos para que mais metas sejam atingidas em 2013.

A seção Hospital em Foco desta edição da nossa revista destaca a trajetória de uma instituição do Nordeste do País, que busca excelência, qualidade e segurança no atendimento aos seus clientes internos e externos. Estamos falando do Hospital Esperança de Recife (PE).

Os trabalhos científicos publicados na quarta edição de 2012 da Revista SOBECC são três estudos de campo, um relato de experiência e um estudo experimental, provenientes de São Paulo, do Paraná e do Rio Grande do Sul.

O Conhecimento dos Circulantes de Sala sobre a Utilização do Bisturi Elétrico demonstra que os elementos da equipe de

Enfermagem atuantes no bloco cirúrgico sabem lidar com a eletrocirurgia em situações diárias, porém apresentam controvérsias quando se trata de situações específicas.

A pesquisa de campo qualitativa intitulada Saúde Mental da Equipe de Enfermagem no Centro Cirúrgico Frente à Morte nos faz refletir sobre as concepções que os profissionais têm diante da morte dos seus clientes, revelando sofrimento psíquico velado sobre o assunto da perda.

Outra pesquisa de campo, porém com análise quantitativa, com foco no atendimento aos pacientes no período pós-operatório imediato, teve como finalidade a identificação e a discussão acerca dos Diagnósticos, Prognósticos e Intervenções de Enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica.

A atuação de uma enfermeira em empresa de material cirúrgico é a tônica de um relato de experiência que destaca como as mudanças no modo de produção ampliaram as possibilidades de trabalho para os enfermeiros brasileiros e como as empresas fornecedoras de materiais hospitalares carecem de enfermeiros que atuem nas áreas de assessoria e supervisão de atividades técnicas.

O estudo experimental realizado por uma equipe multiprofissional atuante em centro de materiais pode ser conferido no trabalho Lista de Verificação de Materiais Óticos de Videocirurgia: Avaliação da Efetividade do Instrumento; pesquisa de fundamental importância para todos os que atuam e se interessam pela área, com crescente preocupação voltada à manutenção e ao funcionamento adequado destes materiais específicos e sensíveis. Ressaltamos que este estudo foi premiado em um evento científico internacional. Parabéns aos autores!

Vale a pena conferir estas publicações, adquirir e aprofundar conhecimentos, mas, principalmente, aproveitar as experiências certas de nossos colegas. Isto sim é que significa fazer um bom *benchmarking*.

Para finalizar, nesta última edição do ano, mais uma vez agradecemos todas e cada uma das pessoas que ajudam a fazer da SOBECC a mais forte associação de classe da Enfermagem brasileira e desejamos de corpo e alma, mente e coração, os mais preciosos votos de um Feliz Natal e de um Ano Novo repleto de paz, amor, saúde e alegrias. Não se esqueça de que é sempre tempo de renovar.

"Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim."

(Chico Xavier)



Rachel de Carvalho
Diretora da Comissão de
Publicação e Divulgação

O CONHECIMENTO DOS CIRCULANTES DE SALA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO BISTURI ELÉTRICO

THE KNOWLEDGE OF CIRCULATING NURSES CONCERNING THE USE OF ELECTROCAUTERY

EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LOS QUIRÓFANOS ACERCA DEL USO DEL BISTURÍ ELÉCTRICO

PARRA, Renata Lourenço César; GIANNASTASIO, Márcia Bérghamo; DINIZ, Tânia Regina Zeni.

RESUMO: O Centro Cirúrgico (CC) sofre transformações constantes, em função da evolução das técnicas cirúrgicas, anestésicas e tecnológicas. O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem de sala cirúrgica quanto à utilização do Bisturi Elétrico (BE), por meio de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, com análise quantitativa. A amostra foi composta por 57 profissionais de enfermagem e a coleta dos dados ocorreu durante um Evento Científico promovido pela SOBECC. Entre os resultados obtidos, destaca-se que, embora o uso do BE seja freqüente no CC, só houve treinamento eficaz a 54% dos usuários; quanto aos cuidados específicos com os pacientes portadores de marcapasso e que precisam utilizar o BE, 72% dos entrevistados desconhecem tais cuidados. Conclui-se que há falha no treinamento da equipe de enfermagem de CC relacionada ao emprego do BE. Sugerimos que seja viabilizada a educação permanente sobre esse assunto, de modo a garantir qualidade no atendimento e segurança do cliente cirúrgico.

Palavras-chave: Eletrocoagulação. Educação continuada. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT: The Surgical Center (SC) is constantly transformed given the development of surgical, anesthetic and technological techniques. The aim of

this study was to identify the knowledge of nursing professionals working in the surgical room in relation to the use of electrocautery (electric scalpel) through a descriptive, exploratory field research with quantitative analysis. The sample consisted of 57 nursing professionals and data collection occurred during a scientific event sponsored by SOBECC. Among the results, it is highlighted that, although the use of electrocautery is common in the OR, only 54% of the users were effectively trained; regarding specific care with pacemaker patients who need using the electric scalpel, 72% of the interviewees were unaware of such care. It is concluded that there is a failure in the training of the nursing staff of SC related to the use of electrocautery. We suggest that be feasible an ongoing education on the subject, to ensure quality care and safety of surgical patients.

Key words: Electrocoagulation; Education, Continuing; Nursing, Team.

RESUMEN: El Bloque Quirúrgico (BQ) prueba constantes transformaciones, debido a la evolución de las técnicas quirúrgicas, de anestesia y de la tecnología. Este estudio exploratorio y cuantitativo investigó el conocimiento de los profesionales de enfermería de salas quirúrgicas acerca del uso del Bisturí Eléctrico (BE). La recolección de datos tuvo lugar en uno de los eventos de la SOBECC, cuya muestra fue de 57 profesionales de enfermería. En el análisis y discu-

sión de los datos, se consideró relevante el hecho de que, aunque el uso del BE es común, sólo el 54% de los usuarios tienen una formación eficaz para el uso. Es preocupante el uso del BE en la atención a los pacientes con marcapasos, pues el 72% de los encuestados desconocen la atención adecuada. Hay falta de entrenamiento del equipo de enfermería en BQ relacionado con el BE y hay que viabilizar la educación continua en esta materia, asegurando la calidad de la atención.

Palabras clave: Electrocoagulación; Educación continua; Equipo de enfermería.

INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é um dos setores mais importantes do hospital, devido a fatos como ser o local onde o paciente deposita toda a sua esperança de cura, local que necessita de tecnologia de ponta para prestar assistência efetiva à clientela, e por ser o setor mais caro do hospital¹. Muitas das ações desenvolvidas no CC estão em permanente estado de alerta, em decorrência das intervenções que podem colocar em risco a integridade do paciente². Desta forma, a assistência de enfermagem deve ser plena, livre de erros, de modo que garanta segurança ao paciente³.

Assim, a justificativa para este estudo está em reconhecer as dificuldades que os profissionais de enfermagem atuantes em sala cirúrgica apresentam em relação à utilização do Bisturi Elétrico (BE). Considera-se que os equipamentos utilizados no CC merecem especial atenção e conhecimento dos profissionais que os manipulam¹.

Os primeiros CC surgiram atrelados à história e à evolução da medicina⁴. Na antiguidade e durante a Idade Média, os cirurgiões realizavam numerosos procedimentos paliativos, localizados em áreas corpóreas em que não era necessária a abertura da cavidade, pois tipicamente lidavam com o exterior e as extremidades. De maneira geral, quando o trata-

mento cirúrgico se tornava inevitável e aos cirurgiões não restava outra opção se não tentar, por meio de operações, livrar os seus pacientes do sofrimento que os afligia, enfrentavam os três grandes desafios da cirurgia: a dor, a hemorragia e a infecção.

À medida que as técnicas cirúrgicas foram se desenvolvendo, em consequência das descobertas dos procedimentos anestésicos, da hemostasia e da assepsia cirúrgica, o acesso aos órgãos foi se tornando cada vez mais possível⁵. O século XX se tornou o século de ouro para a cirurgia⁶. Uma das preocupações mais antigas, a hemostasia, foi sanada com a invenção e a evolução do BE⁷. Na Idade Média, a cauterização era realizada com a utilização de óleo fervente ou ferro em brasa, com o intuito de estancar a hemorragia.

O surgimento do BE trouxe grande impacto na técnica cirúrgica, substituindo todos esses métodos rudimentares. Em 1920, foi desenvolvido, nos EUA, o primeiro BE, no qual o calor responsável pela dissecação dos tecidos e pela hemostasia não era mais produzido pela corrente elétrica que percorria um fio de platina, mas sim por uma corrente de radiofrequência, que percorria uma parte do corpo humano, produzindo efeitos de eletrodissecação e de eletrocoagulação. Pensava-se que, uma vez que a corrente elétrica entrasse no corpo do paciente, ela retornaria ao solo através do eletrodo de retorno do paciente. Mas a eletricidade procurará o caminho de menor resistência⁸. Neste momento, ocorriam muitas queimaduras, pois se desconheciam a necessidade de proteger o paciente, para que nenhuma parte de seu corpo entrasse em contato com metal. Posteriormente, a placa dispersiva utilizada também era de metal e nela se usava um gel condutor.

Em 1968, a eletrocirurgia foi revolucionada pela tecnologia de isolamento do gerador, que reduziu drasticamente os perigos inerentes à divisão da corrente e à queimadura de localização alternativa⁹. A corrente elétrica de alta frequência aquece a ponta

metálica do eletrodo positivo (ponta do bisturi, caneta ou pinça), passa através do corpo do paciente e é eliminada, por meio da placa dispersiva (placa neutra ou placa paciente), que está direta ou indiretamente ligada ao fio terra.

No sistema de retorno placa neutra, a corrente elétrica é removida para fora do mesmo. No sistema mais recente de monitorização do eletrodo de retorno (REM), a corrente elétrica retorna para o gerador. Nesse tipo de aparelho, se a placa se desconectar durante o uso do equipamento, o gerador deixa de enviar a corrente, evitando, com isso, queimaduras no paciente, além de assegurar que o sistema só funciona com placa a apropriada e devidamente instalada.

Estudos descrevem que o paciente nunca deve entrar em contato com partes metálicas da mesa cirúrgica, e que os adornos merecem atenção especial, devendo-se avaliar o procedimento e a necessidade de retirá-los¹⁰. A placa deve ser colocada na pele limpa, seca e desengordurada, sem pelos e sobre grande massa muscular e bem vascularizada, não existindo um local específico¹¹. Devem ser evitadas as proeminências ósseas, superfícies com úlceras ou lesões, tecidos adiposos e regiões que possam acumular líquidos, evitando-se fuga ou divisão de corrente.

Neste momento, é importante ressaltar o papel da enfermagem na sala operatória (SO), intimamente envolvida com toda a ação cirúrgica, responsável pelo bom andamento da SO, antes, durante e após o procedimento¹².

Ao circulante de sala, por exemplo, cabe a responsabilidade de colocar a placa dispersiva do gerador eletrocirúrgico em local não determinado, mas o mais apropriado, de acordo com o procedimento anestésico-cirúrgico ao qual o paciente será submetido. Recomenda-se que esta placa seja colocada após o posicionamento cirúrgico para menor risco

de deslocamento e sua localização deve ser observada no transcorrer da cirurgia⁴. Ao término do procedimento, a remoção da placa dispersiva deve ser realizada com cuidado e observação de possíveis lesões, atentando-se aos registros de enfermagem relacionados com o uso deste equipamento. Também é necessário testar o aparelho antes de cada procedimento anestésico-cirúrgico.

Devido à alta complexidade cirúrgica, torna-se cada vez mais presente no dia a dia hospitalar a presença do enfermeiro de CC em SO, desenvolvendo, de forma sistematizada, a assistência de enfermagem direcionada e individualizada, de modo a promover segurança do paciente¹².

Cientificamente descrito, é demonstrado que a necessidade de treinamento e desenvolvimento do pessoal de enfermagem de CC deve ser reforçada constantemente, pois, além da complexidade e dos avanços tecnológicos do setor, o enfermeiro precisa garantir treinamento e conhecimento do circulante de sala, por ser este o profissional que permanece na SO durante todo o tempo em que transcorre a anestesia e a cirurgia⁹.

Quando se aborda a assistência em CC, não se pode deixar de citar a necessidade da implantação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que organiza e sistematiza o atendimento nos períodos pré, trans e pós-operatório¹¹. Em se tratando de BE, se faz necessário que os dados do equipamento, a forma de utilização, a localização da placa dispersiva e as observações transoperatórias relacionadas ao referido aparelho estejam sistematicamente documentadas em prontuário, gerando segurança ao paciente e à equipe multiprofissional.

Já que citamos a segurança transoperatória, se faz relevante a gestão de materiais, equipamentos e recursos humanos nas atividades do enfermeiro de CC. Portanto, estratégias de controle, manutenção e educação continuada devem ser inseridas¹³.

Diante de tais considerações, a presente pesquisa tem como finalidade discutir aspectos relacionados ao treinamento e ao conhecimento de profissionais da enfermagem que atuam no CC, acerca do BE, de modo que possa servir de subsídio para que o enfermeiro possa promover a educação permanente a esses profissionais.

OBJETIVO

Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em sala cirúrgica em relação à utilização do Bisturi Elétrico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada durante uma Jornada Científica, promovida pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), em São Paulo (SP), no dia 05 de dezembro de 2009, com a devida aprovação da SOBECC e do Comitê de Ética da Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Os entrevistados foram informados, pela primeira autora, sobre o objetivo e os propósitos do estudo, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A população do evento foi contada com 130 participantes, sendo distribuídos 100 questionários, com retorno de 57. Portanto, a amostra do estudo foi composta por 57 profissionais de enfermagem, que representaram 43,8% da população.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário composto por 10 (dez) questões fechadas, sendo duas relacionadas à caracterização dos entrevistados e as demais envolvendo conhecimentos específicos acerca do tema abordado (Anexo).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 57 profissionais de enfermagem atuantes em sala operatória (SO), entre os quais 24 (42,1%) eram enfermeiros, 22 (38,6%) técnicos de enfermagem, 10 (17,5%) enfermeiros com titulação e um (1,8%) auxiliar de enfermagem. A Tabela 1 demonstra o tempo de atuação dos profissionais em CC.

Tabela 1 - Profissionais de enfermagem integrantes da amostra, segundo tempo de atuação em Centro Cirúrgico.

Tempo de atuação	Número	%
Menos de 02 anos	06	10,5%
De 02 a 05 anos	10	17,6%
De 05 a 10 anos	26	45,6%
Mais de 10 anos	15	26,3%
Total	57	100,0%

Quanto ao tempo em que atuavam no CC, verifica-se (Tabela 1) que houve maior incidência de profissionais que trabalhavam no setor entre 05 e 10 anos (26 ou 45,6%), seguidos dos que tinham mais de 10 anos de atuação em CC (15 ou 26,3%).

Estes dados nos permitem afirmar que a maioria dos participantes do evento possui ampla experiência na prática em CC, uma vez que 41 profissionais (71,9%) tinham mais de 05 anos de atuação no setor. Verificou-se, também, que 32 profissionais da equipe de enfermagem (56,1%) exerciam suas atividades em instituições hospitalares da cidade de São Paulo.

No que se refere especificamente às questões relacionadas ao Bisturi Elétrico (BE), os gráficos seguintes (Figuras 1 e 2) representam as respostas dos profissionais quando abordados em relação ao treinamento admissional e continuado sobre BE.

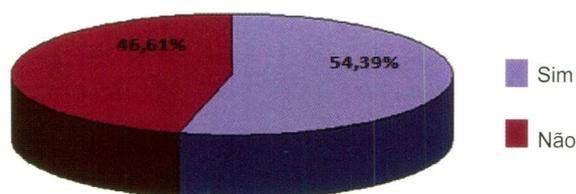


Figura 1. Treinamento admissional sobre Bisturi Elétrico.

Verifica-se que 31 participantes (54,4%) tiveram o treinamento admissional (Figura 1) e, portanto, percentagem significativa (26 ou 45,6%) não teve treinamento específico sobre BE nem quando foram admitidos no CC (Figura 1).



Figura 2. Educação permanente sobre Bisturi Elétrico.

Em relação à educação permanente, os números são ainda mais preocupantes, visto que 37 profissionais (64,9%) não tiveram nenhum treinamento, além da apresentação do BE quando um equipamento novo é adquirido pelo hospital; 15 (26,3%) têm treinamentos até duas vezes ao ano e uma pequena minoria (cinco ou 8,8%) são os profissionais que têm mais de dois treinamentos sobre BE anualmente (Figura 2).

Estes resultados contrariam o referencial teórico, quando considera que a educação permanente torna-se imperativa para o enfermeiro de CC, pois o conhecimento técnico-científico sobre o uso da ele-

trocirurgia fornecerá subsídios para a implantação de políticas e procedimentos que garantam a segurança do paciente com relação aos riscos potenciais do uso desta tecnologia¹⁴.

Quando abordados sobre a frequência em que se utiliza o BE, 48 participantes (84,2%) apontaram que o utilizam em todos os procedimentos cirúrgicos; oito (14,0%) acreditam que utiliza-se o BE em metade dos procedimentos e somente um participante (1,8%) utiliza BE em menos da metade dos procedimentos realizados.

Acredita-se que o BE seja utilizado em quase 90% dos procedimentos cirúrgicos¹⁵, porcentagem esta semelhante à encontrada no presente estudo. Este resultado nos faz refletir sobre a seguinte questão: Por que não há educação continuada e permanente sobre um equipamento utilizado com tamanha frequência? Autoras consideram que os enfermeiros devem repensar suas obrigações assistenciais, pois atualmente, não basta somente “saber” ou somente “fazer”, é preciso “saber fazer”, ou seja, unir teoria e prática, interagindo e intervindo. Essa formação deve ter como características a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa, e isto se refere à inseparabilidade do conhecimento e da ação¹⁶.

No questionamento em relação ao conhecimento dos participantes sobre o sistema REM do BE, em português Monitorização do Retorno de Eletrodo, identificou-se que 30 participantes (52,6%) conhecem o sistema, porém muitos deles (27 ou 47,4%) desconhecem o sistema e seu funcionamento correto.

O Sistema REM é um sistema de eletrodo retornável, onde toda energia liberada pelo aparelho e que permeia os tecidos por ele atingidos, retorna ao próprio aparelho. Desta maneira, o sistema fechado da condução elétrica causa menor risco de queimaduras aos pacientes¹⁵. Ressalta-se que quase metade da amostra estudada utiliza o equipamento diaria-

mente, sem o conhecimento técnico acerca de seu funcionamento, o que é mais um fato preocupante.

Com relação à forma correta do uso da placa dispersiva, 41 participantes (71,9%) optaram pela opção correta, ou seja, instalar a placa em local de maior massa muscular e o mais próximo possível do sítio cirúrgico. Mais uma vez houve, em nosso entendimento, percentagem significativa de pessoas que responderam de forma incorreta a esta, que é a mais importante das questões: 13 profissionais (22,8%) optariam por colocar a placa dispersiva em local de maior área de gordura e próxima ao sítio cirúrgico e três (5,3%) responderam que instalam a placa sempre na panturrilha.

Conforme descrito anteriormente, a placa dispersiva do aparelho deve ser colocada em local limpo e desengordurado, o mais próximo possível da incisão cirúrgica, na pele seca, sem pelos e sobre grande massa muscular e bem vascularizada. Portanto, não existe local específico, no sentido de ser fixo sempre na mesma região do corpo⁹.

Diante deste resultado, considera-se que, embora a maior parte dos participantes utilize a placa dispersiva em local adequado, nem todos são seguros em relação a esta recomendação, que é básica na utilização do BE.

A Figura 3 demonstra o conhecimento dos profissionais acerca de cuidados específicos com pacientes portadores de marcapasso e que são submetidos a cirurgias onde há necessidade da utilização do BE.

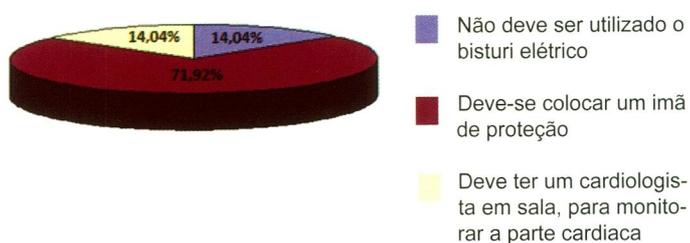


Figura 3. Utilização do marcapasso concomitante com o Bisturi Elétrico.

Quanto à utilização de marcapasso concomitante com o BE, 41 participantes (72,0%) responderam que deve ser utilizado um ímã de proteção sobre o marcapasso, oito (14,0%) consideraram que deve haver um cardiologista em sala para monitorar o marcapasso e oito (14,0%) responderam que, se o paciente for portador de marcapasso, não se pode utilizar o BE em sua cirurgia.

A utilização do BE é uma das fontes de maior interferência nos marcapassos, portanto um cardiologista em sala para estes pacientes de alto risco é essencial¹⁷. Mais uma vez, o resultado obtido é muito preocupante, já que mais de 70% dos participantes desconhecem a conduta correta.

Quando perguntados se os pacientes que utilizam próteses metálicas, como próteses ortopédicas ou clips de aneurisma, podem utilizar o BE, 56 participantes (98,3%) responderam que sim e apenas um (1,7%) respondeu que não. Consideramos este achado favorável, pois não há nenhuma contraindicação do uso de BE concomitante ao uso de próteses metálicas.

Por fim, perguntou-se sobre a necessidade de um protocolo de utilização de BE e todos os integrantes da amostra (57 ou 100,0%) responderam que acham importante terem este subsídio em sua atuação. Este dado causou satisfação, uma vez que demonstra o reconhecimento dos integrantes da equipe de enfermagem de que haja um instrumento que os guie a uma melhor atuação, de modo a assegurar a segurança do paciente quanto ao uso desta tecnologia.

CONCLUSÃO

A análise dos questionários respondidos por 57 profissionais de enfermagem que atuam em salas operatórias, acerca dos conhecimentos sobre Bisturi Elétrico (BE) levou-nos a concluir que: a maioria teve

treinamento admissional sobre BE, porém não tem educação continuada e permanente acerca do uso do equipamento; a grande maioria utiliza o BE em todos os procedimentos cirúrgicos, porém muitos desconhecem o sistema e seu funcionamento; a maior parte dos participantes sabe o local correto onde deve ser colocada a placa dispersiva, porém desconhece os cuidados quando se tem em sala um paciente portador de marcapasso; a grande maioria sabe que a presença de próteses metálicas não impede o uso do BE e todos concordam que é importante a instituição ter um protocolo sobre a utilização do BE.

O estudo nos permitiu detectar relevantes aspectos sobre o aparelho de BE, uma vez que sua utilização correta encontrou-se prejudicada, devido ao desconhecimento dos profissionais em alguns aspectos relevantes.

Ressalta-se que o enfermeiro deve ter um olhar mais direcionado para a utilização deste equipamento, principalmente por ser de grande utilização. Recomenda-se que a educação permanente seja uma ferramenta de trabalho mais presente na assistência diária, gerando qualidade na atuação.

O conhecimento deve ser estimulado, valorizado e compartilhado por todos os profissionais de enfermagem. Sugere-se, ainda, que um protocolo de utilização deste equipamento seja desenvolvido nos CC, resultando em maior segurança de utilização, tanto para os profissionais, como para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Silvia MAP, Rodrigues AL, Cesarreti IUR. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2009.
2. Andreu JM, Deghi LP. Enfermagem perioperatória. In: Malagutti W, Bonfim IM, organizadores. Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2008. p.19-28.
3. Figueiredo NMA, Leite JL, Machado WCA. Centro cirúrgico: atuação intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do SUL: Yendis; 2009.
4. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2009.
5. Marco RC. Enfermagem de centro cirúrgico. Rio de Janeiro: Centro de Formação Profissional Bezerra de Araújo; 2003.
6. Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Souza SROS, Machado WCA, Cupello AJ. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu; 2004. v. 2. (Série atualização em enfermagem).
7. Arone EM, Philippi M, Santos DS. Introdução à enfermagem médico- cirúrgica. São Paulo: SENAC; 1994.
8. Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):34-42.
9. Oliveira BC, Pirovano RSV. Educação continuada para os profissionais de enfermagem em centro cirúrgico. In: Anais do 9º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização; 2009 jul. 17-21; São Paulo. São Paulo: SOBECC; 2009. p.100.
10. Santos SSC, Luis MAV. A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico. Goiânia: AB; 1999.
11. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas

SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

12. Morin E. La méthode 3: la connaissance de la connaissance. Paris: Seuil; 1990.

13. Bittar OJNV. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Rev Ass Med Brasil. 1999;45(4):357-63.

14. Brito MFP, Galvão CM. Os cuidados de enfermagem no uso da eletrocirurgia. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(2):319-27.

15. Hermini AH. Unidades eletrocirúrgicas: conceito

e bases de operação de sistemas eletrocirúrgicos. Campinas: Mundo Digital; 2008.

16. Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ª ed. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.190-217.

17. Mateos EIP, Mateos JCP, Mateos MGP. Cuidados com os marcapasos e desfibriladores nas intercorrências, cirurgia geral, cardioversão elétrica e dentista. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2004;14(2):260-74.

ANEXO – Instrumento de coleta de dados – Questionário

1. Qual é a sua formação?

Auxiliar Técnico Enfermeiro Especialista Área: _____

2. Há quanto tempo você trabalha em CC?

menos de 2 anos 2 a 5 anos 5 a 10 anos + de 10 anos

3. Quando você começou a trabalhar neste setor, você recebeu treinamento sobre o Bisturi Elétrico?

Sim Não

4. Existe educação permanente em relação à utilização do Bisturi Elétrico?

Sim, até 2 vezes ao ano

Sim mais de 2 vezes ao ano

Não, só existe apresentação quando se compra um aparelho novo

Não existe

5. No CC, em que trabalha, qual a é frequência da utilização do Bisturi Elétrico?

Utiliza-se praticamente em todos os procedimentos cirúrgicos

Utiliza-se em metade dos procedimentos cirúrgicos

Utiliza-se em menos da metade dos procedimentos cirúrgicos

6. Você conhece o sistema REM?

Sim. É um sistema fechado, onde há menor risco de queimaduras para o paciente.

Sim. É um sistema aberto, onde há menor risco de queimaduras para o paciente.

Não conheço o sistema REM.

7. Com relação à placa dispersiva:

- Deve ser colocada sempre na panturrilha
- Deve ser colocada em local de maior área de gordura e próxima ao sítio cirúrgico
- Deve ser colocada em local de maior área muscular e próxima ao sítio cirúrgico

8. Quando o paciente é portador de marcapasso:

- Não deve ser utilizado o Bisturi Elétrico
- Deve-se colocar um ímã de proteção no marcapasso, se for necessário utilizar o Bisturi Elétrico
- Deve-se ter um cardiologista em sala, para monitorar o padrão cardíaco do paciente.

9. Os pacientes que utilizam próteses metálica, como próteses ortopédicas e clips de aneurisma, podem utilizar o bisturi elétrico?

- Sim
- Não

10. Você considera importante a implantação de um protocolo para utilização do Bisturi Elétrico?

- Sim
 - Não
-

Autoras

Renata Lourenço César Parra

Enfermeira, Graduada pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela UNINOVE.

E-mail: renataparra@ig.com.br.

Márcia Bérnago Giannastasio

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Mestranda na Medicina do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UNINOVE.

E-mail: mbergamo@uninove.br.

Tânia Regina Zeni Diniz

Enfermeira, Especialista em Gerenciamento de Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Docente do Ensino Superior pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (UNIFMU), Enfermeira Sênior Líder do Centro Cirúrgico e da Recuperação Anestésica do Hospital Sírio-Libanês.

E-mail: tania.diniz@hsl.org.br.

DIAGNÓSTICOS, PROGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NURSING DIAGNOSES, PROGNOSTICS AND INTERVENTIONS IN THE POST-ANESTHESIA CARE UNIT

DIAGNÓSTICOS, PRONÓSTICOS Y INTERVENCIONES EN LA SALA DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

SOUZA, Talita Monteiro de; CARVALHO, Rachel de; PALDINO, Camila Moreira.

RESUMO: Pesquisa de campo, descritivo-exploratória, que objetivou identificar os Diagnósticos de Enfermagem de pacientes submetidos à cirurgia geral e internados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e listar as Intervenções e os Prognósticos propostos pelas Classificações de Resultados e Intervenções de Enfermagem para os diagnósticos identificados. A coleta de dados foi feita com 65 pacientes internados na SRPA de um hospital geral, de extra porte, situado em São Paulo. Foram identificadas 22 categorias diagnósticas, sendo 11 Diagnósticos de Risco e 11 Diagnósticos Reais. Verificou-se incidência de 100% dos diagnósticos: Risco de queda, Risco de aspiração, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Integridade da pele prejudicada, Proteção ineficaz e Mobilidade no leito prejudicada. Os Resultados e as Intervenções abordaram os seguintes aspectos: prevenção de queda, precauções contra aspiração, proteção contra infecção, promoção do equilíbrio da temperatura corporal, manutenção das condições basais do organismo, promoção da cicatrização, controle da dor, troca gasosa adequada, promoção do conforto e prevenção de complicações.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória. Enfermagem em pós-anestésico. Período de recuperação

da anestesia. Cuidados pós-operatórios. Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT: Field survey, descriptive and exploratory, that aimed to raise the Nursing Diagnoses of patients who had undergone general surgery and were admitted to Post-Anesthesia Care Unit (PACU) and list the Interventions and Prognosis by Nursing Classification Interventions and Outcomes for the diagnoses identified. Data collection was performed with 65 patients in the PACU of a extra large general hospital located in São Paulo. It was identified 22 categories of diagnosis, being 11 Potential Risk Diagnosis and 11 Real Diagnosis. 100% of them were verified: Risk of falling, Risk of aspiration, Risk of infection, Risk of body temperature imbalance, Risk body fluid imbalance, Impaired skin integrity, Ineffective protection and Impaired mobility in bed. The Outcomes and Interventions address the following aspects: prevention of falls, precautions against aspiration, protection against infection, promotion of body temperature balance, maintenance of baseline body, promoting scarring, pain control, adequate gas exchange, promotion of comfort and preventing complications.

Key words: Perioperative nursing; Nursing in the recovery room; Post anesthesia recovery; Postoperative care; Nursing diagnoses.

RESUMEN: Investigación de campo, descriptivo y exploratorio, tuvo como objetivo identificar los Diagnósticos de Enfermería de los pacientes sometidos a cirugía general y ingresados en la Recuperación Anestésica(RA) y listar las intervenciones propuestas y los pronósticos propuestos por las Clasificaciones de Resultados e intervenciones de Enfermería para los diagnósticos identificados. La recolección de datos se realizó con 65 pacientes ingresados en la RA de un hospital general, ubicado en São Paulo. Fueron e identificados 22 categorías de diagnósticas, 11 Diagnósticos de Riesgo y 11 Diagnósticos Reales. Hubo un 100% de incidencia de los diagnósticos de: Riesgo de caída, Riesgo de la aspiración, Riesgo de infección, Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, Alteración de la integridad cutánea, Falta de protección y Movilidad reducida en la cama. Los resultados e intervenciones subrayan los siguientes aspectos: prevención de caídas, precauciones contra la aspiración, la protección contra la infección, la promoción del equilibrio de la temperatura corporal, el mantenimiento de las condiciones basales del organismo, promoción de la cicatrización, control del dolor, cambio gaseoso adecuado, promoción de comodidad y prevenir complicaciones.

Palabras clave: Enfermería perioperatoria; Sala de recuperación post anestésica; Cuidados postoperatorios; Diagnósticos de enfermería. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A experiência de se submeter a um procedimento anestésico-cirúrgico pode ser vivida pelo paciente como uma situação de risco à sua integridade física, emocional, social e altamente estressante, ou então como algo comum e tranquilo. Sabe-se que o paciente fica sujeito a diversas complicações e eventos adversos devido à anestesia e à cirurgia. Além disso, a sedação e a anestesia causam a perda temporária da função cognitiva, de mecanismos biológicos de

autoproteção, capacidade de se comunicar, perda da percepção dolorosa e dos reflexos¹.

Neste contexto, é fundamental que os pacientes cirúrgicos permaneçam na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) imediatamente após o procedimento. Esta unidade proporciona a recuperação dos pacientes até que retornem às suas condições basais e oferece cuidados para prevenção e detecção de complicações que porventura possam ocorrer.

A SRPA deve estar adjacente ao Centro Cirúrgico (CC), de modo que facilite o transporte do paciente e o acesso da equipe, caso seja necessário². A localização ideal é que seja agregada às salas cirúrgicas, para que diminuam os riscos durante o transporte do paciente inconsciente³.

O enfermeiro que atua na SRPA deve possuir conhecimentos e habilidades altamente qualificadas para atender pacientes advindos de diferentes cirurgias, de complexidades variadas e que necessitam de cuidados específicos e individualizados.

Para isso, este profissional deve planejar o cuidado, com o objetivo de recuperar o equilíbrio fisiológico do paciente, com o mínimo de complicações⁴, além de individualizar o cuidado e identificar os diagnósticos de enfermagem, a fim de facilitar o andamento da assistência e oferecer qualidade no serviço prestado.

O Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é, com certeza, um grande aliado que norteia as ações de enfermagem no CC, tanto na assistência quanto na promoção da saúde e na prevenção de complicações pós-operatórias. Vale ressaltar que o conhecimento e a habilidade devem caminhar juntos com os preceitos éticos da profissão para que se constitua uma enfermagem com qualidade⁵.

O SAEP é o processo de enfermagem aplicado ao

cuidado do paciente cirúrgico, que se baseia na assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada⁶.

Os principais objetivos do SAEP são ajudar o paciente e sua família a compreenderem o estado de saúde e prepará-los para o tratamento anestésico-cirúrgico e suas consequências, diminuir os riscos inerentes ao ambiente do CC e da recuperação anestésica, bem como promover quantidade e qualidade de materiais, equipamentos e recursos humanos⁷.

O SAEP compreende cinco etapas, a saber: avaliação pré-operatória de enfermagem, planejamento da assistência perioperatória, implementação da assistência, avaliação da assistência por meio da visita pós-operatória de enfermagem e reformulação da assistência de acordo com os resultados obtidos⁷.

Tal sistematização abrange a assistência ao cliente cirúrgico no período perioperatório, que compreende as fases de pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato. O período pré-operatório imediato começa no dia anterior à cirurgia e vai até a entrada do paciente no CC. O transoperatório compreende desde a entrada do paciente no CC até sua saída da sala de operação (SO), após o término do procedimento anestésico-cirúrgico. O período pós-operatório imediato (POI) abrange as primeiras 24 horas após a cirurgia e inclui o tempo em que o cliente permanece na SRPA⁸⁻⁹.

A assistência de enfermagem durante o POI é importante e destinada às intervenções de prevenção e/ou tratamento de complicações⁵.

O paciente é admitido na SRPA, encaminhado da SO pelo anestesiológico e pelo profissional de enfermagem do CC, geralmente o técnico que exerceu a função de circulante de sala. O enfermeiro da SRPA deve receber as informações referentes ao transoperatório, como: identificação do paciente,

procedimento realizado, tipo de anestesia, intercorrências, localização de sondas, drenos, cateteres, incisões e curativos. Segue com a avaliação inicial, o monitoramento dos sinais vitais (SSVV) e do padrão respiratório. Para isso, instala-se o oxímetro de pulso, a fim de verificar a saturação de oxigênio (SatO₂), eletrodos para monitorização do eletrocardiograma (ECG) e manguito para verificação da pressão arterial não invasiva.

Após a monitorização, são realizados os controles dos SSVV e a avaliação do estado fisiológico do cliente. Recomenda-se que esta avaliação seja feita a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora, caso o paciente se apresente estável¹⁰. Se o paciente estiver instável hemodinamicamente, estes intervalos devem ser menores.

Para a avaliação das condições do cliente na SRPA, utiliza-se mundialmente o Índice de Aldrete e Kroulik. Esta escala baseia-se na verificação e no controle de cinco parâmetros: atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de O₂. Para cada um dos parâmetros, o paciente pode receber uma pontuação de 0 a 2, sendo que a soma dos escores totaliza 10 pontos, no máximo. Para que o paciente receba alta da SRPA é necessário somar, no mínimo, oito pontos, além de ser avaliado pelo enfermeiro e pelo anestesiológico antes da liberação para a unidade de internação^{3,10}.

Com a alta rotatividade de pacientes na SRPA, o SAEP nem sempre é aplicado de forma integral, porém o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem é fundamental, já que facilita a assistência de enfermagem prestada no POI, de forma dinâmica, organizada e sistemática, exigindo do enfermeiro avaliação crítica e tomada de decisão¹¹.

A adoção da Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), para a identifica-

ção dos Diagnósticos de Enfermagem, promove uma nova forma de comunicação na enfermagem¹². Esses diagnósticos são baseados em problemas reais e potenciais do paciente e são as bases para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, que visam atingir resultados de responsabilidade do enfermeiro¹³.

Para prescrever as intervenções de enfermagem é necessário haver um Diagnóstico de Enfermagem prévio e um plano de ação sobre o que deve ser prescrito, a fim de que os resultados esperados sejam alcançados. Para tanto, foi criada a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC), que padroniza a linguagem usada pelos enfermeiros na prescrição dos cuidados para os pacientes¹⁴. As intervenções de enfermagem têm o intuito de minimizar ou solucionar os problemas apresentados pelos clientes¹⁵.

Além das taxonomias NANDA e NIC, foi criada a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que contém os resultados esperados para cada Diagnóstico de Enfermagem identificado. Portanto, esta é a etapa de avaliação do Processo de Enfermagem¹⁶. Desta forma, completa-se a tríade que vem sendo conhecida na enfermagem como NANDA / NOC / NIC.

Na literatura, foram encontrados estudos que reportam à identificação dos Diagnósticos de Enfermagem no período perioperatório^{3-4,11-12}. No entanto, não foram encontrados estudos que englobem os Diagnósticos, os Resultados e as Intervenções no POI, utilizando-se a tríade NANDA / NOC / NIC. Este fato, aliado à experiência das autoras na assistência a clientes cirúrgicos no período perioperatório, motivou a realização do presente estudo.

Neste contexto, esta pesquisa visa conhecer os principais Diagnósticos de Enfermagem apresentados por pacientes cirúrgicos durante sua permanência

na SRPA, relacionando-os com os Resultados e as Intervenções de Enfermagem.

OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia geral, internados na sala de recuperação pós-anestésica;
- Identificar os Diagnósticos de Enfermagem no período pós-operatório imediato de pacientes submetidos à cirurgia geral, internados na sala de recuperação pós-anestésica;
- Listar os Resultados e as Intervenções de Enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia geral durante sua permanência na sala de recuperação pós-anestésica.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, prospectiva, descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa. Foram empregadas a técnica de observação não participativa e a análise de prontuários para se coletar os dados. Foi realizada na unidade de recuperação pós-anestésica de um hospital geral, de extra porte, da rede privada, situado no município de São Paulo. A unidade possui dez leitos de recuperação pós-anestésica e supre a demanda cirúrgica de 14 salas operatórias, atendendo, em média, 1.000 pacientes por mês.

A amostra do estudo foi composta por 65 pacientes internados na recuperação nos períodos da manhã e tarde, durante o mês de Julho de 2010, no qual foi realizada a coleta dos dados. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: pacientes adultos, de ambos os sexos, submetidos à cirurgia geral e internados na SRPA.

O instrumento de coleta de dados (Anexo) foi ela-

borado pelas autoras e é dividido em duas partes: a primeira com dados de caracterização da amostra e a segunda destinada ao levantamento dos Diagnósticos, dos Resultados e das Intervenções de Enfermagem.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição, sob protocolo SISNEP número CAAE - 0023.0.028.000-10, bem como após autorização da chefia da recuperação anestésica.

A coleta de dados foi realizada obedecendo-se um plano sistemático, no qual foi verificada a inclusão do paciente no estudo, seguindo-se ao preenchimento do campo de caracterização da amostra, com dados que constavam no prontuário do paciente e finalizou-se com o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem. Todas as informações foram registradas no instrumento (Anexo), a partir da observação não participativa das pesquisadoras.

Pelo fato da amostra ser composta por pacientes em POI, que certamente estavam sonolentos devido ao efeito anestésico, tornou-se inviável a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E, em se tratando de observação não participativa e de utilização de informações contidas no prontuário, pediu-se autorização ao Presidente do CEP para não utilização do TCLE, a qual foi concedida.

Os resultados foram analisados quantitativamente e a apresentação é feita por meio de gráficos, tabelas e quadros, no intuito de facilitar e organizar as informações obtidas.

RESULTADOS

Para análise dos dados da caracterização da amostra foi feita uma tabulação referente ao gênero e à faixa etária dos 65 pacientes (100,0%) que se submeteram

à cirurgia geral e que permaneceram na SRPA após o procedimento. Também foram elaborados tabelas e quadros referentes aos principais Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem, com o intuito de atingir os objetivos propostos.

Tabela 1- Caracterização da amostra, segundo gênero e faixa etária.

Gênero	Número	Porcentagem
Feminino	36	55,4%
Masculino	29	44,6%
Total	65	100,0%

Idade	Número	Porcentagem
18 — 28 anos	10	15,4%
28 — 38 anos	07	10,8%
38 — 48 anos	18	27,7%
48 — 58 anos	15	23,1%
58 — 68 anos	08	12,3%
68 — 78 anos	05	7,7%
78 — 88 anos	02	3,0%
Total	65	100,0%

Verifica-se, na Tabela 1, que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (36 ou 55,4%). A idade variou entre 18 e 87 anos, sendo a maior parte composta por adultos entre os 38 e os 58 anos (33 ou 50,8%), seguidos dos adultos jovens, com idades entre 18 e 28 anos (10 ou 15,4%).

No que se refere à procedência, a maioria dos pacientes estava internada na clínica médico-cirúrgica (47 ou 72,3%), seguidos pelos da pré-internação (oito ou 12,3%), internação ambulatorial *Day Clinic* (seis ou 9,3%), Pronto Atendimento (dois ou 3,1%), Unidade de Terapia Intensiva (um ou 1,5%) e Neurologia (um ou 1,5%).

Em relação ao procedimento anestésico, a grande maioria foi submetida à anestesia geral (56 ou 86,1%), seguida de raquianestesia com sedação

representaram (cinco pacientes ou 7,7%), raquianestesia associada à anestesia geral (três pacientes ou 4,6%) e bloqueio regional com sedação (um paciente ou 1,6%).



Figura 1. Patologias associadas dos pacientes submetidos à cirurgia geral.

Na Figura 1 pode-se verificar maior frequência de pacientes que não apresentavam patologias associadas (27,0%). Dentre os que tinham outras patologias, além do que levou à cirurgia, obteve-se 20,2% de pacientes hipertensos, 12,3% com dislipidemia, 9,1% com hipotireoidismo e 7,9% pacientes diabéticos. Já os 23,5% dos pacientes com outras patologias, apresentaram artrite, doenças psiquiátricas, enxaqueca, síndrome metabólica, doenças do trato gastrointestinal, entre outras.

Quanto ao diagnóstico médico, motivo pelo qual foi indicado o tratamento cirúrgico, houve maior frequência de colecistite (25 ou 34,3%), seguida de hérnia de hiato (10 ou 13,7%) e obesidade mórbida (nove ou 12,4%). Diverticulite, alteração de enzimas hepáticas, abdome em avental e cirurgias de outras especialidades associadas à cirurgia geral somaram oito casos (11,0%).

Diretamente relacionados aos diagnósticos, os procedimentos realizados estão destacados na Figura 2.

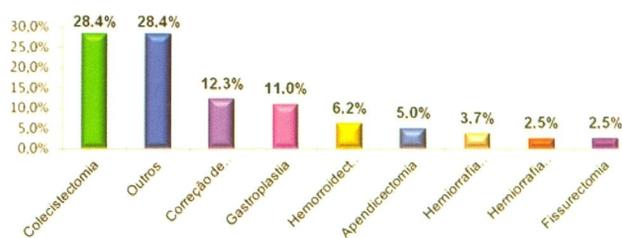


Figura 2. Procedimentos cirúrgicos aos quais os pacientes do estudo foram submetidos.

A colecistectomia foi a cirurgia mais realizada (23 ou 28,4%) nos pacientes do estudo. Cirurgias de correção de hérnia de hiato foram feitas em 10 pacientes (12,3%) e a gastroplastia em nove pacientes (11,0%).

Os procedimentos agrupados como “outros”, se referem a: colostomia, exérese de corpo estranho pélvico por via abdominal, biópsia hepática, reconstrução do trato intestinal, videolaparoscopia exploradora, entre outros.

Após a caracterização da amostra, foram feitas tabulações dos Diagnósticos de Enfermagem identificados de acordo com a classificação de Diagnósticos de Risco e Diagnósticos Reais (Tabelas 2 e 3).

Foram identificados 11 Diagnósticos de Risco durante a permanência dos pacientes na SRPA. Destes, cinco apresentaram frequência igual a 100,0% e estavam, portanto, presentes nos 65 pacientes: Risco de queda, Risco de aspiração, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal e Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (Tabela 2).

Os diagnósticos Risco de glicemia instável, Risco de retenção urinária, Risco de sangramento, Risco de lesão perioperatória por posicionamento, Risco de função hepática prejudicada e Risco para recuperação cirúrgica retardada foram incidentes em menos de dez pacientes.

Tabela 2 - Diagnósticos de Enfermagem de Risco identificados no pós-operatório imediato de cirurgia geral, durante a permanência do paciente recuperação pós-anestésica.

Diagnóstico de Enfermagem ¹³	Número	Porcentagem
Risco de queda	65	100,0%
Risco de aspiração	65	100,0%
Risco de infecção	65	100,0%
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	65	100,0%
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	65	100,0%
Risco de glicemia instável	07	10,8%
Risco de retenção urinária	05	7,7%
Risco de sangramento	01	1,5%
Risco de lesão perioperatória por posicionamento	01	1,5%
Risco de função hepática prejudicada	01	1,5%
Risco para recuperação cirúrgica retardada	01	1,5%

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem Reais identificados no pós-operatório imediato de cirurgia geral, durante a permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica.

Diagnóstico de Enfermagem ¹³	Número	Porcentagem
Integridade da pele prejudicada	65	100,0%
Proteção ineficaz	65	100,0%
Mobilidade no leito prejudicada	65	100,0%
Dor aguda	17	26,1%
Padrão respiratório ineficaz	16	24,5%
Hipotermia	10	15,4%
Náusea	03	4,6%
Ansiedade	02	3,1%
Memória prejudicada (situacional e temporária)	01	1,5%
Retenção urinária	01	1,5%
Comunicação verbal prejudicada	01	1,5%

Pela Tabela 3, pode-se verificar que foram identificados onze diagnósticos reais, dos quais três estiveram presentes em todos os pacientes da amostra: Integridade da pele prejudicada, Proteção ineficaz e Mobilidade no leito prejudicada. Os diagnósticos Dor aguda, Padrão respiratório ineficaz e Hipotermia estiveram presentes em percentagens consideradas elevadas, entre 26,1 e 15,4% pacientes.

Para facilitar didaticamente a apresentação deste estudo, optamos por apresentar as os Resultados e as Intervenções de Enfermagem, baseados em NOC e NIC¹⁵⁻¹⁶, também separados segundo Diagnósticos

de Risco e Diagnósticos Reais, inserindo os respectivos quadros no capítulo das discussões.

DISCUSSÃO

Foram identificados onze Diagnósticos de Risco e onze Diagnósticos Reais, presentes nos 65 clientes cirúrgicos que compuseram a amostra do estudo, enquanto permaneceram internados na SRPA. Devido ao grande número de diagnósticos, serão discutidos os que apresentaram frequência de incidência igual ou superior a 10,0%.

Quadro 1 - Diagnósticos de Risco, Resultados e Intervenções de Enfermagem identificados com Frequência superior a 10% em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia geral

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir queda - Prevenir complicações 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda - Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente - Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas - Manter elevadas as grades de proteção da maca - Manter cama em altura adequada para prevenir quedas
Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir broncoaspiração - Prevenir complicações 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir - Posicionar o paciente em decúbito de 45°, no mínimo - Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado - Manter aspirador disponível
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir infecção evitável 	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos - Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia) - Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento - Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações - Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir alteração da temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar temperatura, padrão respiratório, pressão arterial e pulso - Avaliar cor, temperatura e umidade da pele - Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor, piloereção) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial, sudorese) - Utilizar manta térmica, quando disponível e indicado - Manter o ar condicionado desligado
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a cicatrização da ferida por segunda intenção - Manter o equilíbrio hídrico - Manter equilíbrio eletrolítico e ácido-básico 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica - Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) - Monitorar níveis de eletrólitos séricos - Verificar presença de sangramentos - Realizar balanço hídrico
Risco de glicemia instável	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório - Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia - Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado - Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente

O diagnóstico Risco de queda é definido como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”¹³. Este Diagnóstico de Enfermagem foi identificado devido às condições pós-operatórias e aos efeitos dos agentes anestésicos aos quais todos os pacientes do estudo foram submetidos, levando à diminuição dos reflexos motores e do nível de consciência, o que causa sonolência e possível mudança de comportamento, como agitação.

O Risco de aspiração é decorrente da dificuldade que o paciente apresenta em mobilizar-se. Deve-se dar especial atenção a pacientes obesos com dificuldades de elevar o corpo e expandir o tórax, diminuição do reflexo de tosse e deglutição, presença de resíduo gástrico e administração de medicamentos que podem potencializar a náusea, provocando o vômito. Risco de aspiração é o “risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas”¹³. A aspiração do conteúdo gástrico é danosa ao organismo, pois causa irritação e destruição da mucosa traqueal e facilita o aparecimento de pneumonia, aumentando o risco de infecção¹¹.

O diagnóstico Risco de infecção é descrito como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”¹³. Foi identificado em todos os pacientes e está relacionado tanto às condições pré-operatórias do paciente (estado geral, nutrição, idade e doenças crônicas, entre outras), quanto aos aspectos técnicos, como paramentação correta, técnica asséptica, antisepsia da pele, materiais esterilizados corretamente e classificação da cirurgia. O cuidado no pós-operatório imediato para este diagnóstico está relacionado especialmente em avaliar as condições da incisão cirúrgica, a fim de prevenir infecção e facilitar o processo de cicatrização.

O Risco de desequilíbrio da temperatura corporal é definido como “risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais”¹³. A

administração de vasodilatadores deprime o centro regulador da temperatura, o hipotálamo, que diminui a capacidade de vasoconstrição¹⁷. Além disso, outros agentes anestésicos (relaxantes musculares e narcóticos) impedem o organismo de reagir à baixa temperatura, como realizar a contração da musculatura para produzir calor e, associada ao ambiente frio da sala de cirurgia, predispõe ao risco de desequilíbrio da temperatura corporal. Neste caso, a infusão de líquidos aquecidos endovenosos, o uso de roupas secas, de cobertores ou manta térmica são medidas que previnem a hipotermia e reduzem o desgaste físico do paciente.

O Risco de desequilíbrio do volume de líquidos é definido como “risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais”¹³. O fator de risco para o diagnóstico citado são os procedimentos invasivos, que podem gerar diversos eventos, como sobrecarga hídrica com aumento de hormônio diurético causado pelo estresse cirúrgico e pela anestesia, hipovolemia resultante de reposição inadequada de volume ou de sequestro de líquido para o espaço intersticial ou, ainda, por distúrbios eletrolíticos causados pela hemodiluição¹¹.

O diagnóstico Risco de glicemia instável, identificado em 10,8% dos pacientes, é definido como “risco de variação nos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação aos parâmetros normais”¹³. Pacientes com histórico de diabetes têm maior risco de glicemia instável, devido ao grande período em jejum a que são submetidos. A taxa de açúcar no sangue se eleva, em média, a cada três horas e a insulina faz a metabolização desta glicose, porém, nos pacientes diabéticos, essa compensação feita pela insulina é comprometida pela patologia, sendo, em alguns casos, necessário o uso de medicamentos hipoglicemiantes para normalizar o nível sérico de glicose. O diabetes também aumenta o risco de infecção e causa alteração na coagulação.

Quadro 2 - Diagnósticos Reais, Resultados e Intervenções de Enfermagem identificados com frequência superior a 10% em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgia geral

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar a recuperação adequada da pele 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar condições da incisão cirúrgica - Avaliar condições do curativo - avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres - Monitorar temperatura da pele do paciente
Proteção ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações - Evitar infecção 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar incisão cirúrgica - Avaliar presença de sinais flogísticos em cateter e/ou venóclise - Realizar troca de curativo, com técnica asséptica, se houver sujidade - Realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações (buretas e equipos), com álcool a 70%
Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações - Prevenir dor por posicionamento incorreto 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alinhamento do corpo do paciente - Manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras - Avaliar condições da pele do paciente - Realizar massagem de conforto, quando pertinente - Manter profilaxia para tromboembolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente) - Realizar mudança de decúbito a cada duas horas
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar a dor - Promover conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar características, intensidade e local da dor - Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente - Considerar escore de dor relatado pelo paciente - Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, freqüências cardíaca e respiratória) - Administrar analgésicos conforme prescrição médica - Reavaliar dor após administração da medicação
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar troca gasosa adequada - Manter a permeabilidade das vias aéreas - Manter equilíbrio eletrolítico e ácido-básico 	<ul style="list-style-type: none"> - Instalar cateter de O₂ a 2l/min ou conforme recomendação médica - Orientar paciente a realizar inspiração profunda - Despertar o paciente e estimulá-lo a respirar profundamente - Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude) - Avaliar a necessidade de aspiração da via aérea - Realizar controle da dor, se presente - Avaliar sinais de insuficiência respiratória (respiração artificial, ruídos, estertores, batimento de asa do nariz)
Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> - Promover termorregulação - Promover conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar temperatura a cada 15 minutos e sucessivamente a cada 30 minutos - Substituir roupas molhadas por secas - Cobrir o paciente com cobertores - Instalar manta térmica, se disponível - Evitar descobrir o paciente desnecessariamente - Monitorar cor, temperatura e umidade da pele - Avaliar perfusão periférica - Infundir soluções venosas aquecidas - Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente

A Integridade da pele prejudicada é descrita como “epiderme e/ou derme alteradas”¹³, que está relacionada a fatores mecânicos como a própria incisão cirúrgica, em que há invasão de estruturas do corpo e presença de cateteres, sondas e drenos. O tempo prolongado do intraoperatório pode levar ao surgimento de úlcera por pressão, aumentando o risco de lesão perioperatória por posicionamento.

O diagnóstico Proteção ineficaz é definido como a “diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões”¹³. As características que definem este diagnóstico são as comorbidades do paciente, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e idade, somadas aos riscos inerentes ao procedimento anestésico-cirúrgico, bem como aos procedimentos anteriores aos quais o paciente foi submetido.

Mobilidade no leito prejudicada é definida como “limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito”¹³. A característica definidora é a diminuição da força e incapacidade de mover-se no leito, especialmente da posição supina para posição sentada com pernas alongadas¹⁸. Os fatores relacionados à dificuldade de mobilização no leito, observados durante a coleta de dados, foram a dor, o desconforto, o estado de coma vigil, além dos medicamentos sedativos, bloqueadores neuromusculares e de pacientes obesos.

O diagnóstico Dor aguda foi encontrado em 26,1% dos pacientes. É definido como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”¹³. A dor no pós-operatório imediato não está relacionada apenas à incisão cirúrgica, mas também à estimulação nervosa por substâncias químicas liberadas durante a cirurgia, ocorrência de áreas isquemiadas devido à pressão no local, vasoespasmo, espasmo muscular,

edema e posicionamento cirúrgico, que interferem no suprimento de sangue para os tecidos, ocasionando dor aguda¹². A dor é considerada o quinto sinal vital, servindo de alerta para ocorrências de eventos mais danosos ao paciente³. No cuidado pós-operatório imediato (POI) é importante avaliar a dor, aplicar escala numérica de dor, se adequado, relacioná-la aos sinais vitais do paciente e administrar analgésicos prescritos.

O Padrão respiratório ineficaz é descrito como “inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada”¹³. Foi identificado em 24,5% dos pacientes. As características definidoras mais frequentes foram ventilação-minuto diminuída, tempo entre inspiração e expiração desproporcional, com consequente diminuição da frequência respiratória e da saturação de hemoglobina. Em uma pesquisa que objetivou identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem em pacientes no POI de colecistectomia laparoscópica, as autoras identificaram Padrão respiratório ineficaz em 80% da amostra estudada¹⁷.

Hipotermia é descrita como “temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais”¹³. Esta ocorrência foi observada em 15,4% da amostra do presente estudo. As características identificadas para este diagnóstico foram temperaturas abaixo do parâmetro normal, tremor e piloereção. É considerada hipotermia quando a temperatura corporal está menor ou igual a 36°C³. Fatores como gênero feminino, baixa temperatura do ambiente, anestesia geral e utilização de dióxido de carbono para formação de pneumoperitônio nas cirurgias laparoscópicas deixam o paciente suscetível à hipotermia¹⁷. Em duas outras pesquisas^{3,17}, o diagnóstico Hipotermia teve incidência de cerca de 60% sobre o total de pacientes que compuseram a amostra, valor consideravelmente superior aos encontrados neste estudo. Acreditamos que esta diferença, positiva nesta pesquisa, se deva à utilização de mantas térmicas nos pacientes internados na Instituição sede do estudo. O Hospital

disponibiliza este recurso, tanto para os pacientes no intraoperatório, quanto no POI, durante sua permanência na SRPA.

Publicação multiprofissional especificamente relacionada a estudos de caso, destaca, em dois capítulos, Casos Cirúrgicos¹⁹ e de Centro Cirúrgico²⁰, que os Diagnósticos de Enfermagem identificados com maior frequência em clientes cirúrgicos são: Risco de infecção, Integridade da pele e tissular prejudicada, Risco de glicemia instável, Risco de lesão perioperatória por posicionamento, Hipotermia, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, Risco de queda, Recuperação cirúrgica retardada, Mobilidade física prejudicada, Dor aguda, entre outros¹⁹⁻²⁰.

Outros estudos que também tiveram como foco os Diagnósticos de Enfermagem apresentados com maior frequência em pacientes na SRPA identificaram Risco de infecção, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Risco de aspiração, Dor aguda, Mobilidade no leito prejudicada, Risco de lesão por posicionamento perioperatório, Troca de gases prejudicada e Risco de desequilíbrio da temperatura corporal^{11-12,17-18,21}. Verifica-se, portanto, uma convergência entre os resultados destes estudos e os da nossa pesquisa.

No tocante às Intervenções de Enfermagem, foram encontrados apenas dois artigos que as apresentaram e relacionaram aos respectivos Diagnósticos de Enfermagem³⁻⁴. De modo geral, foram analisados sete artigos centrados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no POI^{3-4,11-12,17-18,21}; destes, cinco artigos abordaram os Diagnósticos de Enfermagem e apenas os dois anteriormente citados³⁻⁴ incluíam intervenções.

As incidências dos Diagnósticos de Enfermagem em estudos específicos variaram de acordo com o perfil da clientela, o diagnóstico médico, as doenças crônicas associadas, o tipo de cirurgia e a anestesia realizada.

Pacientes obesos são mais suscetíveis à infecção, devido à pouca vascularização do tecido adiposo e à dificuldade de acesso ao órgão operado, que ocasiona maior tempo de exposição.

Procedimentos realizados sob anestesia geral com intubação orotraqueal podem gerar maior resposta inflamatória do organismo, pois o tubo é considerado um corpo estranho, além de modificar a flora local e prejudicar o transporte de muco, a movimentação ciliar e o reflexo de tosse, aumentando o risco de aspiração e levando a uma proteção ineficaz¹⁷.

Observou-se que o diagnóstico Risco de queda não teve grande expressão nos artigos levantados; apenas um artigo abordou este diagnóstico¹⁸. Este fato nos causou estranheza, uma vez que várias condições perioperatórias contribuem para a possibilidade de queda do cliente. Sabe-se que o paciente cirúrgico está incluso no grupo de risco potencial para queda devido aos efeitos dos fármacos anestésicos, ao prolongado período de jejum e à limitação física, entre outros aspectos.

Além do mais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) traçou como uma das dez metas internacionais de Segurança do Paciente, as Cirurgias Seguras (meta número quatro), tendo seu *slogan* bastante divulgado e conhecido mundialmente: "Cirurgias seguras salvam vidas". A redução do risco de lesões decorrentes de quedas é baseada na avaliação constante do risco de queda, incluindo o risco potencial associado ao uso de medicamentos e a adoção de ações que diminuam ou eliminem qualquer risco identificado²²⁻²³.

Como principal cuidado do POI enquanto o paciente está na SRPA, deve-se manter a maca em altura adequada, com as rodas travadas e com as grades de proteção elevadas.

Quanto aos Resultados de Enfermagem listados, houve predomínio daqueles relacionados à manu-

tenção das necessidades fisiológicas, buscando o equilíbrio das condições basais do paciente, a fim de promover saúde e bem estar, o que facilita a recuperação cirúrgica e anestésica. Destaca-se que não foram encontrados estudos que discutissem os resultados frente aos diagnósticos identificados. Desta forma, verificamos carência de pesquisas de campo que abordassem a tríade NANDA / NOC / NIC em um mesmo estudo sobre assistência de enfermagem a pacientes no POI de cirurgias gerais.

É importante considerar que, neste contexto de assistência direta, cabe ao enfermeiro avaliar o paciente individualmente e prestar cuidados com competência técnico-científica, justificada pelos achados clínicos, pela avaliação dos riscos aos quais cada cliente está exposto e pelo exame físico, que é a base para assistência segura na SRPA.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados obtidos por meio da coleta de informações no prontuário e do levantamento de diagnósticos observados em 65 pacientes submetidos à cirurgia geral permitiu concluir que:

- a maioria dos pacientes era do gênero feminino, com faixa etária predominante dos 38 aos 58 anos, provenientes da clínica médico-cirúrgica, submetidos à colecistectomia, correção de hérnia de hiato e gastroplastia, sob anestesia geral;
- foram identificadas 22 categorias diagnósticas, sendo 11 Diagnósticos de Risco e 11 Diagnósticos Reais;
- oito Diagnósticos de Enfermagem obtiveram incidência de 100%, estando, portanto, presentes em todos os pacientes que compuseram amostra: Risco de queda, Risco de aspiração, Risco de infecção, Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Integridade da pele prejudicada, Proteção ineficaz e Mobilidade no leito prejudicada;

- as Intervenções de Enfermagem propostas para os diagnósticos identificados com frequência superior a 10% foram baseadas nos Resultados de Enfermagem correlatos. Em geral, os resultados esperados com as intervenções prescritas visaram: prevenção contra quedas, precauções contra aspiração, proteção contra infecção, promoção do equilíbrio da temperatura corporal, manutenção das condições basais do organismo, promoção da cicatrização, controle da dor, adequação da troca gasosa, promoção de conforto e prevenção de complicações.

Dada a falta de artigos publicados que englobem a tríade NANDA / NOC / NIC no período pós-operatório, os dados colhidos e os resultados dessa pesquisa possibilitaram o levantamento dos Resultados e das Intervenções, baseados nos Diagnósticos de Enfermagem dos pacientes submetidos à cirurgia geral. E, secundariamente, o presente estudo mostrou a importância da implementação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e da prestação de cuidados por profissionais qualificados e envolvidos na prestação da assistência aos clientes no pós-operatório imediato de cirurgias gerais.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. Bonfim IM, Malagutti W, organizadores. Recuperação pós-anestésica: assistência especializada no centro cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2010.
3. Santos S, Garbin IS, Carvalho R. Intervenções de enfermagem na recuperação anestésica para o controle da dor e de outros eventos no período pós-operatório imediato. Rev Dor. 2009;10(4):337-42.
4. Capello RG, Alves ANS, César Júnior A, Carvalho R. Intervenções de enfermagem na recuperação

- anestésica: controle da dor, náuseas, hipotermia e outras complicações do pós-operatório. *Rev Dor*. 2009;10(2):113-9.
5. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2009.
6. Castellanos BEP, Jouclas UMG. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP*. 1990;24(3):359-70.
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. Ribeiro MB. Sala de recuperação anestésica (SRA). In: Malagutti W, Bonfim IM. *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martinari; 2008. p.259-80.
9. Moraes MW, Carvalho R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 1ª ed. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.1-21.
10. Galdeano LE, Rossi LA, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. 1ª ed. 2ª reimp. Barueri: Manole; 2010. p.267-98.
11. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(2):199-206.
12. Rossi LA, Torrati FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):154-64.
13. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.
14. Tannure MC, Gonçalves AMP. *Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JMcC. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
17. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período de pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(3):389-96.
18. Luvisotto MM, Carvalho R, Galdeano LE. *Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato*. Einstein. 2007;5(2):117-22.
19. Carvalho R. Casos cirúrgicos. In: Mohallem AGC, Farah OGD, Laselva CR, coordenadoras. *Enfermagem pelo método de estudo de casos*. Barueri (SP): Manole; 2011. p.3-58.
20. Carvalho R. Centro cirúrgico. In: Mohallem AGC, Farah OGD, Laselva CR, coordenadoras. *Enfermagem pelo método de estudo de casos*. Barueri: Manole; 2011. p.513-55.
21. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(4):37-43.

22. World Health Organization. Patient safety: safe surgery saves lives [Internet]. [cited 2010 Nov 26]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/safe-surgery/en/>

23. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Polo São Paulo: 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN-SP; 2010.

Autoras

Talita Monteiro de Souza

Enfermeira, Graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE).

Rachel de Carvalho

Enfermeira, Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da FEHIAE.

E-mail: rachel.carvalho@einstein.br.

Camila Moreira Paladino

Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela FEHIAE. Enfermeiro Pleno da Recuperação Anestésica do HIAE.

E-mail: camilabm@einstein.br.

ANEXO - Instrumento de coleta de dados - Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica

Parte I: Caracterização da amostra

Gênero: () Masculino () Feminino Idade: ____ anos

Procedência: _____

Profissão: _____ Grau de instrução: _____

Diagnóstico médico: _____

Patologias pregressas / associadas: _____

Tipo de anestesia: _____ Tipo de cirurgia: _____

Tempo de duração da cirurgia: _____ Tempo de permanência na SRPA _____

Parte II: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico 1: _____

Resultado: _____

Intervenções: _____

Diagnóstico 2: _____

Resultado: _____

Intervenções: _____

Diagnóstico 3: _____

Resultado: _____

Intervenções: _____

SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO FRENTE À MORTE

MENTAL HEALTH OF NURSING SURGICAL CENTER TEAM FACE TO DEATH

SALUD MENTAL DEL EQUIPO DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE CIRUGÍA DE CARA CON LA MUERTE

SEMENIUK, Anna Paula; DURMAN, Solânia; MATOS, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo.

RESUMO: Uma das causas do sofrimento emocional do trabalhador da área da saúde é o eminente risco de morte de pacientes, presente no cotidiano dos profissionais. Desta forma, o objetivo do estudo foi investigar os sentimentos dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico de um hospital escola do oeste do Paraná, frente à morte de pacientes. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo, por meio da técnica de análise conteúdo de Minayo. A coleta de dados ocorreu em junho de 2010 por meio de um questionário aberto. A amostra do estudo foi composta por 15 profissionais: três enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e três auxiliares de enfermagem. As respostas foram agrupadas seis categorias: Faixa etária do paciente, Motivo da cirurgia, Família, Calosidade profissional e impactos do trabalho na vida pessoal, Papeis dentro da equipe e Impactos da morte. Os resultados revelam sofrimento psíquico velado sobre o assunto “perda por morte”. Esta forma de proteção sugere que a equipe de enfermagem enfrenta dificuldades para administrar as sensações vivenciadas neste ambiente. Percebe-se a diferenciação no manejo dos sentimentos de acordo com a faixa etária do paciente em óbito. De forma geral, os participantes negam a necessidade de suporte psicológico.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem perioperatória. Estresse psicológico. Morte.

ABSTRACT: One of the causes of health workers emotional suffering is the imminent patients' risk of death present in everyday life. The aim of this study was to investigate the feelings of the Nursing Surgical Center staff of a teaching hospital in western Paraná, facing to the patients' death. This is a field research, qualitative in nature. Data collection occurred in June 2010 through an open questionnaire. The study sample consisted of three nurses, nine technicians and three nursing assistants. The results reveal hidden psychic suffering on the subject “Loss By Death.” This form of protection suggests that the nursing staff struggles to manage the sensations experienced in this environment. It's possible to notice the difference in feeling management according to the age of patient death. In general, participants deny the necessity of psychological support.

Key words: Nursing. Perioperative nursing. Stress, psychological. Death.

RESUMEN: Una de las causas del sufrimiento emocional del trabajador en la area de salud es el riesgo inminente de muerte de los pacientes en la vida cotidiana. El objetivo de este estudio fue investigar los sentimientos del personal de enfermería del Centro de Cirugía de un hospital universitario en el oeste de Paraná frente a la muerte de los pacientes. Se trata de una investigación de campo, de carácter cualita-

tivo. Los datos fueron recolectados en Junio de 2010 a través de un cuestionario abierto. La muestra del estudio estaba formado por tres enfermeros, nueve técnicos y tres auxiliares de enfermería. Los resultados revelan la angustia psicológica oculta sobre el tema “el duelo”. Esta forma de protección indica que el personal de enfermería tiene luchado para manejar las sensaciones experimentadas en este entorno. Podemos ver la diferencia en el manejo de los sentimientos de acuerdo a la edad de la muerte del paciente. Casi todos los participantes se niegan a la necesidad de apoyo psicológico.

Palabras clave: Enfermería. Enfermería Perioperatória. Estrés psicológico. Muerte.

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem que trabalha em Centro Cirúrgico (CC) presta cuidados tanto fisiológicos quanto emocionais aos pacientes cirúrgicos. Desde a admissão do paciente no bloco cirúrgico até a sua alta dessa unidade, a equipe de enfermagem atua diminuindo ansiedades, esclarecendo dúvidas e amenizando medos (do desconhecido, do ambiente, da própria cirurgia, de seu resultado, da anestesia, das alterações da imagem corporal, da morte)¹.

Da mesma forma, o estresse gerado pelo trabalho no bloco cirúrgico afeta fisicamente e emocionalmente o trabalhador da área da saúde, interferindo nas suas relações de trabalho e no seu desempenho. Um dos principais motivos de sofrimento emocional do trabalhador da saúde é o eminente risco de morte presente no cotidiano de trabalho. Tais profissionais despendem muita energia para equilibrar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos².

Por mais que o trabalho seja feito com o máximo de empenho, que seja prestado o melhor cuidado ao paciente, utilizado os melhores materiais e equipamentos, acontecimentos como a morte muitas vezes não podem ser evitados e o modo como o

profissional enfermeiro e sua equipe encaram o processo de morte/morrer, influencia no seu trabalho. Estudiosos sobre o assunto³⁻⁴ consideram que a forma como o indivíduo vivencia ou realiza o seu trabalho é potencializadora da sua saúde ou da sua doença. Assim sendo, ao ser responsável por cuidar integralmente do paciente, o profissional necessita estar bem, para que possa trabalhar bem.

O interesse em identificar a forma com que a equipe de enfermagem que atua no CC lida com seus sentimentos frente à morte de pacientes motivou o desenvolvimento do presente estudo.

OBJETIVO

- Investigar os sentimentos dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico de um hospital escola do oeste do Paraná frente à morte de pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com análise qualitativa dos dados, realizada no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital escola da região oeste do Paraná, que é campo de aulas práticas supervisionadas (APS) e estágio curricular do curso de graduação em enfermagem. A população de estudo foi composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam no CC nos turnos da manhã, tarde e noite.

Esta pesquisa seguiu todos os passos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, sendo apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, obtendo parecer favorável nº 551/2009.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de junho de 2010, por meio de questionário aberto. O contato da pesquisadora com os participantes ocor-

reu no próprio turno de trabalho, individualmente ou em pequenos grupos, no qual foram apresentados os objetivos da pesquisa, foram lidas as questões norteadoras e garantido o anonimato dos sujeitos do estudo. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam o questionário de coleta de dados. Foi realizado um acordo entre as partes que os questionários deveriam ser preenchidos e devolvidos para as pesquisadoras em um prazo de 24 horas.

Foram retirados os núcleos de conteúdo de cada resposta e os mesmos foram agrupados em categorias⁵. O objetivo da análise dos dados foi retirar a ideia central do exposto e “dialogar” a partir delas. A interpretação dos dados obtidos foi feita com base na leitura do conteúdo dos questionários respondidos, na leitura do material teórico pesquisado e na troca de experiências com profissionais da área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 15 profissionais da equipe de enfermagem, sendo três enfermeiros, nove técnicos e três auxiliares de enfermagem. A totalidade da amostra foi composta por profissionais do sexo feminino, com idades entre 25 e 53 anos. Os respondentes foram identificados como Q1, Q2, Q3, e assim sucessivamente, até Q15. Para análise dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Minayo⁶. Os dados foram categorizados de acordo com seus núcleos de conteúdo. No total foram agrupadas seis categorias de respostas, a saber: Faixa etária do paciente, Motivo da cirurgia, Família, Calosidade profissional e impactos do trabalho na vida pessoal, Papeis dentro da equipe e Impactos da morte.

1. Faixa etária do paciente

Trabalhar com sofrimento alheio requer identificar-

se com momentos de sua própria vida, momentos pessoais e experiências de sofrimento. Trabalhar com saúde, doença e morte implica em identificar-se com quem sofre e compartilhar desse sofrimento⁷.

Durante a análise da coleta de dados observou-se que os profissionais da equipe de enfermagem mostram respeito aos pacientes que vão a óbito no ambiente de CC, mas se mostram mais sensibilizados quando se trata de óbito infantil.

Tal fato pode ser observado nas seguintes falas:

- *“O óbito de uma criança me deixa chocada, extremamente triste, pois é difícil aceitar esse óbito como processo natural” [...] (Q3).*
- *“Quando se trata de crianças ou mãe com filhos ainda novos (jovens)” (Q9).*
- *“Quando é criança fico mais abalada” (Q11).*
- *“Inicialmente analisamos a causa da morte, mas se for criança, ficamos ainda mais aborrecidos” (Q12).*
- *“Quando uma criança morre fico muito chocada” (Q14).*

A morte na infância é revestida de especial sensibilização. O trato com a morte de uma criança é fonte de angústia diferenciada para a equipe, que vive a dor da perda de maneira exacerbada. A morte infantil é considerada como morte precoce. O entendimento da sociedade é de que a morte é aceitável somente nos casos de velhice, quando o sujeito já produziu o esperado durante sua trajetória de vida. Tal entendimento está baseado na ideologia de que a infância é idade passageira e que o objetivo da criança é ser adulto⁸.

De forma diferenciada da morte infantil, a morte na velhice é vista pelos participantes desta pesquisa como um alívio para o sujeito, com menor impacto sobre suas emoções, como se pode perceber nos seguintes relatos:

- *“Se é paciente idoso com várias sequelas, vejo como um descanso” (Q9).*

- “A morte de um paciente idoso vivencio/considero como um processo natural” [...] (Q3)”.

No entanto, pôde-se perceber que em ambos os casos (crianças e idosos), os aspectos relacionados à morte do paciente em CC não são trabalhados, digeridos ou socializados.

2. Motivo da cirurgia

O tema morte-morrer é pauta quase que diária na grande maioria dos meios de comunicação. A morte é objeto de audiência, especialmente quando se trata de mortes traumáticas, envolvendo assassinatos, catástrofes, acidentes naturais, automobilísticos e de aviões. Entretanto, essas mortes não representam nem 15% da totalidade dos óbitos⁹, o que significa que grande parte dos óbitos se dá por razões de adoecimento, envelhecimento, má formação, problemas durante o nascimento, entre outros.

Observou-se sofrimento psíquico dos profissionais pesquisados relacionado à morte de pacientes cirúrgicos vítimas de traumas graves ou de acidentes. Esta situação pode ser explicada pela imprevisibilidade com que tais infortúnios acontecem e pela falta de tempo hábil para poder socorrê-los. Os seguintes relatos evidenciam esses achados:

- “Fico abalada quando a morte é muito trágica (acidente)” (Q5).
- “É pior quando o paciente é jovem e quando morre de um acidente, pois havia muitas coisas a serem vivenciadas ainda” (Q15).
- “É considerado um momento chocante (a morte do outro), principalmente quando não há tempo para fazer algo para salvá-lo [...]” (Q15).

Assim como as doenças obscuras, de difícil diagnóstico ou de difícil tratamento⁷, as situações de morte traumática despertam no profissional de saúde sentimentos de ignorância, incerteza e impotência.

3. Família

Em seu trabalho, Carvalho¹⁰ descreve o significado de família para a contemporaneidade. O autor coloca que a importância da família para um indivíduo está na segurança da “maximização dos rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde” [...] ¹⁰. A família se remete ao que somos; é uma realidade muito próxima, como uma identidade pessoal.

Observa-se nos depoimentos a seguir, a sensibilização dos profissionais pesquisados com as famílias dos pacientes que faleceram:

- “Com pesar, sinto a perda, é uma vida, a pessoa tem família, tem filho, tem pai, mãe. Penso na dor dessas pessoas” (Q5).
- “No caso de acidente de trânsito, é uma coisa que ninguém espera, fico imaginando o sofrimento da família” [...] (Q10).
- “Imagino que se fosse alguém da minha família, é um choque [...]” (Q10).
- “Muitas vezes tenho que comunicar sobre o óbito. Não é fácil lidar com a dor da família” (Q9).
- “Quanto à forma que cada indivíduo vivencia a morte, a enfermeira não pode interferir, pois é um processo individual, mas é função do enfermeiro prestar apoio à família e realizar atendimento com respeito à dignidade da pessoa, mesmo após o óbito” (Q3).
- “Manter a ética profissional, dando ao corpo e aos familiares os cuidados e as informações necessárias” (Q15).

Observou-se que os trabalhadores pesquisados consideram a dor da família e a reconhecem como uma instituição importante para o paciente, mas, pela particularidade do setor em que atuam, suas ações não vão além do comunicado do óbito aos familiares. Considera-se que a crescente evolução do conhecimento existente na área de enfermagem da família ainda não tem resultado em sua aplica-

ção na mesma intensidade na prática¹¹. Assim sendo, sensibilizar-se não é apenas pensar na família e perceber sua dor, é prestar apoio, especialmente em situações de doença e de morte¹¹.

A morte pode tanto fragilizar a família como fortalecê-la. O evento da morte pode aproximar as pessoas, estreitar laços, proporcionar junção familiar, conforto, calor humano e, de certa forma, minimizar o sofrimento¹⁰. Em se tratando da morte do outro, a equipe de enfermagem começa a aprender que prestar assistência é muito mais do que curar; é cuidar, mesmo que tais cuidados não objetivem a cura ou não levem a ela¹².

4. Calosidade profissional e impactos do trabalho na vida pessoal

A sociedade lida com a morte por meio da tentativa de excluí-la do seu cotidiano. Essa estratégia também se repete no trabalho dos profissionais da área da saúde. Uma vez negada a morte pela sociedade, esta também é recusada pelo profissional, suggestionando o indivíduo a negar a finitude humana. Consequência deste fato é a angústia, a fobia e o tabu em torno do processo morte-morrer¹³.

A exclusão das emoções, muitas vezes é transformada, por meio da racionalização, em técnica científica, aparentemente necessária ao bom desempenho do trabalho¹³. Essa indiferença do profissional em lidar com a morte de um paciente, consiste em um mecanismo inconsciente de defesa. A melhor forma de lidar com este tipo de emoção é a elaboração do problema e não a repressão ou a negação acerca do problema¹³.

Verifica-se que os profissionais pesquisados acreditam lidar bem com o “óbito de pacientes”. No entanto, a negação do problema fica evidente em suas respostas:

- *“É importante não pensar no que aconteceu, na fa-*

mília do paciente, na sua história de vida” [...] (Q1).

- *“É um fato triste, apesar de natural. Para mim não é normal, porém sinto e vivencio desta maneira, no meu íntimo, mantendo-me dentro desta postura profissional” [...] (Q1).*

- *“Procuro não envolver o lado emocional de forma a não atrapalhar o meu trabalho” [...] (Q1).*

- *“Procuro separar o profissional do pessoal. Faço tudo pelo paciente, se ele vier a morrer, sinto muito, mas sei que fiz o que pude fazer” (Q5).*

Nota-se que os trabalhadores pesquisados tendem a buscar a separação do profissional e do humano, de forma a não encarar a realidade que se apresenta. Cumprem seu papel e as atividades que lhes são designadas, buscando não se emocionar com os casos, não compartilhando com os colegas seus sentimentos ou até mesmo não assumindo o impacto da morte em sua vida profissional e pessoal.

A linguagem hospitalar é citada como denunciante da negativa à morte¹⁴. Há uma tendência de se considerar que no hospital os pacientes não morrem, expiram; os pacientes não morrem na sala de operação, perdem-se na mesa¹⁴. Vivemos em uma sociedade em que o pertencer a uma profissão é associado ao comportamento profissional. Ou seja, demonstrar emoções, sentimentos particulares ou lágrimas ainda são tabus em muitas situações. Preocupações genuínas não devem ser mostradas e isso, especificamente no CC, pode ser conseguido com o uso da máscara, de modo que não se expresse as preocupações.

Fica clara a necessidade de suporte ou ajuda psicológica aos profissionais da saúde, em razão da complexidade da relação cuidado-cuidador. Os eventos estressantes aumentam a sensibilidade geral às doenças e os suportes sociais são capazes de moderar seus efeitos⁷.

Ensina-se e aprende-se a trabalhar com a dor, as

angústias, os medos e a desestruturação emocional, sem se relacionar com a pessoa, a personalidade, a história de vida e as crenças¹⁵.

Tanto as tristezas como as alegrias, ao longo de tratamentos exaustivos, cirurgias complicadas e diagnósticos, só são permitidas para os familiares e para o próprio paciente, nunca ao profissional cuidador. Não há como esperar que o profissional da saúde partilhe da dor do paciente, tampouco que ele possa sofrer em sua vida pessoal com as angústias e o desespero dos pacientes e de seus familiares.

“Agimos como se não fôssemos pessoas a tratar de outras pessoas. Assumimos uma postura técnica que simplesmente nos transforma em inumanos, sem a menor emoção com o que quer que seja”¹⁵.

5. Papeis dentro da equipe

Os hospitais são instituições comprometidas com o processo de cura, sendo os pacientes à beira da morte, uma ameaça a essa função. Os profissionais têm normas e rotinas a cumprir, protocolos e burocracias que os ocupam o suficiente para que não tenham tempo de processar a morte dos que estão sob seus cuidados. Não há lugar nas funções desses profissionais para que se comportem como seres humanos que são. O CC é parte integrante do ambiente hospitalar, porém seu funcionamento, suas normas e rotinas, suas particularidades (ambiente restrito, fechado, com pouco contato com as demais áreas de internação) influenciam comportamentos, pensamentos e sentimentos dos profissionais que ali atuam.

Os relatos a seguir evidenciam a preocupação da equipe pesquisada com a execução das rotinas do setor e com a agilidade para executá-las:

- *“Quanto ao meu trabalho, devo realizar o que foi solicitado pelo médico, supervisor de enfermagem e agir de acordo com a rotina da instituição”* (Q1).

- *“Devo fazer minha função com cuidado, o mais ágil possível, alcançando o que é pedido e administrando os medicamentos solicitados”* (Q2).

- *“Direcionar a parte burocrática do óbito e orientar a equipe quanto às condutas”* (Q4).

- *“Prestar assistência direta ao paciente, auxiliar na ressuscitação, administrar medicamentos”* [...] (Q5).

- *“Retirar cateteres, sondas, etc., identificar e encaminhar ao necrotério”* (Q10).

- *“Prestar cuidado com o corpo pós-morte com o respeito que é devido”* (Q12).

Protocolos e normas são recursos necessários para o bom andamento do setor e para o direcionamento do cuidado a ser prestado. No entanto, a exigência do seu cumprimento acaba valorizando o trabalho técnico, em detrimento da assistência holística e humanizada, que resulta no não envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morte-morrer dos pacientes sob seus cuidados.

6. Impactos da morte

Diante da possibilidade da morte daqueles que compartilham a nossa intimidade, o amor toma proporções incríveis. Esse amor se apresentará para tentar concretizar sonhos ainda não realizados, melhorar a pessoa que somos⁹. A chegada da morte invade e desrespeita todas as regras impostas, independente de quais sejam e por quem tenham sido criadas. Assim também, os profissionais da saúde são tomados pela impossibilidade de permanecerem “imparciais, insensíveis ou arredios diante dessa profunda reflexão que a morte nos concita”⁹.

Identificou-se nesta pesquisa, respostas que corroboram com a visão de que a morte pode se tornar um aprendizado para os que ficam, e dela conseguem retirar sentimentos proveitosos ao crescimento humano. Baseando-se nesta experiência íntima de cada um, foi possível observar a valorização de aspectos notáveis não percebidos anteriormente:

- *“Na maioria das vezes o impacto (da morte) é positivo, tornando-nos mais humanos e passamos a valorizar mais a saúde, a família, as pequenas coisas; é uma profissão de doação e de amor o ser humano”* (Q1).
- *“De acordo com os fatos ocorridos no nosso dia a dia, nos tornamos mais sensíveis e passamos a valorizar mais nossos familiares e a nos cuidar melhor”* (Q3).
- *“Só aí, percebemos que temos tudo”* (Q8).
- *“É um acontecimento que nos pega de surpresa, fazendo-nos refletir sobre a vida, sobre a existência”* [...] (Q14).

Mesmo compreendendo a finitude da vida, aceitar a morte não é tarefa fácil. Quando se passa a olhar a morte diferentemente do rotineiro, verifica-se que ela é responsável por modificações no ser humano. Talvez a morte nos lembre que nosso tempo é limitado e que é melhor realizarmos nossos objetivos aqui na Terra antes que este tempo se esgote¹⁴.

Por mais que o contato constante com a morte traga más lembranças, sentimentos de impotência ou até mesmo ausência de sentimento, é preciso compreender que a evolução humana se baseia nas perdas, nas reconstruções, nas mudanças de comportamentos e nos hábitos de vida. Com estas experiências, é possível aproveitar cada dia como se fosse único, aprendendo a perdoar, a tratar o outro como gostaria de ser tratado e a não transformar desafios em problemas intermináveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo evidenciam o despreparo da equipe de enfermagem pesquisada em lidar com a morte de pacientes ocorrida durante o período em que se encontram na unidade de Centro Cirúrgico (CC). Esse despreparo pode ser fruto da própria formação acadêmica, cuja abordagem é voltada para a doença e para a cura, e não para a morte. Ob-

serva-se que desde os primeiros anos de estudo, incentiva-se a ausência de sentimentalismos e expressões emotivas, o que gera postura basicamente biológica e impessoal.

É fundamental a existência de temas referentes a relacionamento interpessoal, qualidade de vida e cuidados com o cuidador nos currículos regulares. Da mesma forma, é necessário introduzir, nas instituições de ensino e nas instituições assistenciais, um serviço de apoio psicológico ao aluno e aos colaboradores, para que todos possam encontrar espaço diferenciado para a discussão de seus conflitos, dificuldades, vivências e dilemas no decorrer de sua formação e/ou de seu trabalho. A existência de serviços de consultoria e de apoio psicológico dentro dos hospitais seria uma importante ferramenta para auxiliar a equipe a lidar com seus processos emocionais dentro das relações de trabalho com pacientes, familiares e demais colegas¹⁵.

A análise dos dados obtidos no presente estudo revela que os profissionais de enfermagem pesquisados ficam mais sensibilizados quando o paciente que entra em óbito é uma criança ou quando o óbito é decorrente de causas trágicas. Os profissionais demonstraram considerar a dor e o sofrimento dos familiares, no entanto, reconhecem que suas ações são limitadas. Os profissionais pesquisados tratam a finitude de forma velada, não elaborando o processo de morte vivenciado.

O seguimento dos protocolos e normas favorece o trabalho técnico e o não envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morrer dos pacientes sob seus cuidados. Os profissionais pesquisados apontam que o fenômeno da morte pode operar modificações positivas nos indivíduos envolvidos nesse processo, tanto nos familiares, quanto nos cuidadores.

Mesmo não constatando sofrimento psíquico expli-

cito nas respostas dos participantes frente ao processo de morte dos pacientes sob seus cuidados, há evidências que apontam sofrimento velado.

A maioria dos entrevistados busca não interiorizar o referido evento como meio, talvez, por proteção. Dessa forma, acabam ocultando suas reações de si mesmos, dos colegas de trabalho e dos familiares. Tal atitude indica que os profissionais pesquisados apresentam dificuldades em administrar suas emoções frente à morte de pacientes e, mesmo assim, quase a totalidade dos membros da equipe de enfermagem negou a necessidade de ajuda ou de suporte psicológico.

Diante dos resultados encontrados, levantamos os seguintes questionamentos para reflexão: Que tipo de sentimento se espera de uma equipe saudável no contexto do processo de morte-morrer? Qual é o princípio de normalidade para esses profissionais? Existe reação ideal?

REFERÊNCIAS

1. Cruz EA. Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. *Rev Eletrôn Enferm* [Internet]. 2002. [acesso 2009 mar 19];4(1):[aproximadamente 7p]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/centro.html
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
3. Cruz EBS. Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para vigilância epidemiológica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
4. Boemer M, Rossi LRG, Nastari RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva – análise de depoimentos. In: Cassorla RMS. Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991. p.145-57.
5. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.67-80.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
7. Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
8. Hoffmann L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1993 jul-set. [acesso 2010 jul 10]; 9(3): 364-74. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n3/23.pdf>
9. Santos FS. Tanatologia: a ciência da educação para a vida. In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p.13-48.
10. Carvalho MCB. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 2005. O lugar da família na política social; p.14 -22.
11. Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Rev Fam Saúde Desenvol.* 1999;1(1):7-14.
12. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família. *Rev Fam Saúde Desenvol.* 1999;1(1):21-6.
13. Quintana AM. Morte e formação médica: é possível a humanização? In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 2ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p.37-48.
14. Kubler-Ross E. Morte: estágio final da evolução.

Trad. de Ana Maria Coelho.
2ª ed. Rio de Janeiro: Nova
Era; 1996.

15. Sebastiani RW. A equi-
pe de saúde frente às si-
tuações de crise e emer-
gência no hospital geral:
aspectos psicológicos. In:
Camon VAA. Urgências psi-
cológicas no hospital. São
Paulo: Pioneira Tompson;
2002. p.31-9.

Autoras

Anna Paula Semeniuk

Enfermeira, Graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
E-mail: annaenfgem@gmail.com.

Solânia Durman

Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem, Docente da Univer-
sidade Estadual do Oeste do Paraná.
E-mail: durman@terra.com.br.

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos

Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná.
E-mail: fabianamatos@hotmail.com.

Qualidade e segurança para sua CME



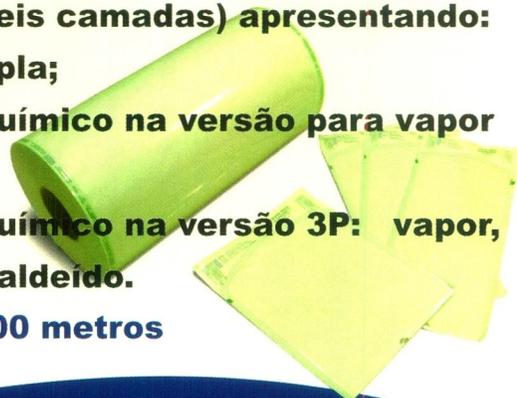
▶ **Papel Crepado** - Sterisheet 2ª e 3ª geração

- ✓ **Reciclável**
- ✓ **Biodegradável (ecologicamente correto)**
- ✓ **Atóxico**
- ✓ **Maior capacidade de barreira bacteriana - 97%**
- ✓ **Não retém vapor**
- ✓ **180 dias de garantia em prateleira**
- ✓ **Hidrorepelente**
- ✓ **Não desprende fibras**



▶ **Papel Grau Cirúrgico**

- ✓ **Papel com 70 g/m² e filme plástico multi-camadas (seis camadas) apresentando:**
 - **Selagem tripla;**
 - **Indicador Químico na versão para vapor e ETO.**
 - **Indicador Químico na versão 3P: vapor, ETO e Formaldeído.**
- ✓ **Rolo com 200 metros**



**WOLF
COMERCIAL**
PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO

55 21 2269-5557
www.wolfcomercial.com.br
comercial@wolfcomercial.com.br

EMPRESA DE MATERIAL CIRÚRGICO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

COMPANY OF SURGICAL MATERIALS: NURSE'S PERFORMANCE

EMPRESA DE MATERIALES QUIRÚRGICOS: ACTUACIÓN DEL ENFERMERO

FOPPA, Luciana Foppa; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino.

RESUMO: Este estudo teve como objetivos relatar a experiência de trabalho do enfermeiro em uma empresa de materiais cirúrgicos, descrever seu papel e apresentar sua importância na empresa, além de servir de reflexão sobre a atuação do enfermeiro em uma área de trabalho não assistencial. As mudanças do modo de produção social ampliaram as possibilidades de trabalho dos enfermeiros. Desta forma, empresas especializadas em materiais hospitalares precisam de enfermeiros para assessoria e supervisão das atividades técnicas desenvolvidas. O enfermeiro passa a ser o elo fundamental entre a empresa e os clientes, porque tem conhecimento técnico e especializado para entender as necessidades do cliente que presta serviço na área da saúde. A experiência de trabalhar em uma área não assistencial, longe de muitas correntes de pensamento, evidenciou ser um grande desafio para o enfermeiro quebrar o paradigma que entende a enfermagem como prática assistencial.

Palavras-chave: Enfermagem. Serviços de enfermagem. Área de atuação profissional. Setor de assistência à saúde.

ABSTRACT: This study aimed at describing the work experience of nurses in a company of surgical, describe their role and his importance in the company, besides serving as a reflection on the nurse's performance in a non-healthcare area. Changes in social

production have expanded employment opportunities for nurses. Thus, companies that specialize in hospital supplies need nurses for advice and supervision of the technical matters involved in their activities. The nurse becomes the key link between the company and its clients, once he has technical and specialized knowledge to understand the customer's needs in the healthcare area. The experience of working in a non-assistance area, differently from several line of thoughts, has proven to be a great challenge for nurses to break the paradigm that sees Nursing Practices exclusively as an assistance practice.

Key words: Nursing; Nursing services; Professional practice location; Health care sector.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivos relatar la experiencia de trabajo del enfermero en una empresa de materiales quirúrgicos, describir su papel y presentar su importancia en la empresa y realizar una reflexión sobre la actuación del enfermero en un área de trabajo no asistencial. Los cambios del modo de producción social ampliaron las posibilidades de trabajo de los enfermeros y empresas especializadas en materiales médicos hospitalarios necesitan de enfermeros para asesoría y supervisión de las actividades técnicas desarrolladas. El enfermero pasa a ser el vínculo fundamental de enlace entre la empresa y los clientes, porque tiene conocimiento técnico y especializado para entender las necesida-

des del cliente que presta servicio en el área de la salud. El desafío de trabajar en un área no asistencial, lejos de muchas líneas de pensamiento, evidenció ser un gran desafío para el enfermero romper el paradigma que entiende la Enfermería como práctica asistencial.

Palabras clave: Enfermería; Servicios de enfermería; Ubicación de la práctica profesional; Sector de atención de salud.

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem crescido como ciência, por meio de estudos e pesquisas, preparando os profissionais para atuarem em várias áreas. Nos últimos anos, diversos campos de atuação têm sido oferecidos para o enfermeiro, abrindo-se novas perspectivas de conhecimento em diversas direções e espaços¹⁻⁵.

A diversificação de campo e a consequente ampliação do mercado de trabalho tornam a enfermagem muito mais abrangente, podendo o enfermeiro atuar nas mais variadas áreas, tais como: *homecare*, hospitais, unidades básicas de saúde, enfermagem do trabalho, empresarial, consultorias, auditorias, universidades, pesquisa e outras, devido à sua formação que o prepara para discutir determinantes e condicionantes nas diversas áreas nas quais está inserido.

O setor da saúde é importante para o sistema econômico, por isso diversos países instituíram estruturas políticas e administrativas com estimativa de tecnologias em saúde que determinem os elementos científicos e técnicos necessários, capazes de embasar as instâncias desse setor⁶.

As empresas de materiais cirúrgicos são agentes que transformam o conhecimento em inovação, trazendo uma dinâmica empresarial de produção de bens e serviços, que nasce da ideia do complexo da saúde como artifício fundamental para se refle-

tir a questão da inovação no sistema². O estímulo empresarial privado e a inovação são meios que as empresas utilizam para implantar as tecnologias conhecidas por eles, com um resultado não intencional, gerando avanço das forças produtivas e aumentando a segurança ao paciente².

Embora inexista legislação específica exigindo a contratação de enfermeiros nas empresas que comercializam produtos hospitalares, cada vez mais empresas de material cirúrgico contratam este profissional, devido ao seu conhecimento em relação ao ato cirúrgico, aos cuidados com os materiais utilizados em cirurgias e à gama de funções desenvolvidas dentro do Centro Cirúrgico (CC), permitindo que este profissional dê suporte técnico para melhor atendimento dos clientes (hospitais e clínicas). O ambiente cirúrgico é conhecido por sua complexidade, pelo estresse que causa, tanto no paciente, quanto na equipe cirúrgica, e por sua aparência rude e fria⁷⁻¹⁰. O enfermeiro é responsável pelo bom andamento da cirurgia, sustentando estratégias para enfrentar os obstáculos, pelo monitoramento dos fatores que podem provocar lesões nos pacientes, pelo funcionamento dos equipamentos e por evitar perigos ambientais¹⁰⁻¹³.

O CC é a área formada pelo Bloco Cirúrgico (BC) propriamente dito, pela Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e pelo Centro de Material de Esterilização (CME), formando um conjunto de alta complexidade técnica e gerencial, devido à finalidade a que se destina, à gama de procedimentos anestésicos e cirúrgicos realizados, exigindo competência teórica e prática por parte dos profissionais de enfermagem que trabalham nesses setores^{10,12,14}.

O contexto apresentado, somado à vivência de trabalho como enfermeira, logo após concluir a formação acadêmica, em uma empresa com produtos de consumo da área de BC, adicionado ao fato da ca-

rência de artigos publicados sobre este tema, motivaram o desenvolvimento deste relato de experiência. A questão norteadora considerou a atuação do enfermeiro nas empresas de materiais cirúrgicos.

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral proposto para este estudo é relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira em uma empresa de materiais cirúrgicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- descrever o papel desempenhado pelo enfermeiro em empresas de materiais cirúrgicos;
- apresentar a importância da atuação do enfermeiro nas empresas de materiais cirúrgicos;
- realizar uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro em uma área de trabalho não assistencial.

MÉTODO

Pesquisa descritiva e analítica, do tipo relato de experiência, que tem como meta a busca de informações, por se tratar de um tema com poucas evidências científicas. A sua valorização está baseada na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas¹⁵⁻¹⁶.

Traz o relato da primeira autora, ao atuar em uma empresa de materiais cirúrgicos como enfermeira, no período de fevereiro de 2008 a outubro de 2009, quando teve a oportunidade de vivenciar a experiência relatada e discutida a seguir.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A empresa de atuação da enfermeira está no mercado brasileiro há aproximadamente 10 anos, tendo

iniciado suas atividades em São Paulo, porém, devido à saturação do mercado paulista, deslocou-se posteriormente para o Rio Grande do Sul. Desde seu início, incluiu um enfermeiro no seu quadro funcional para desenvolver um trabalho específico. Os materiais comercializados por esta abastecem algumas necessidades do CME, tais como: soluções de limpeza e desinfecção dos instrumentais cirúrgicos e embalagem de não tecido para esterilização, bem como materiais para o BC, como campos e aventais descartáveis confeccionados em não tecido.

O papel desempenhado pelo enfermeiro nesta empresa é trabalhar diretamente com seus colegas enfermeiros que atuam em diversos BC e CME dos hospitais e clínicas clientes, apresentando os produtos e realizando capacitação dos profissionais envolvidos nos processos de trabalho destes setores.

A dinâmica de trabalho inclui inicialmente uma visita realizada aos enfermeiros do BC e do CME para apresentação dos produtos e seus benefícios. Este primeiro contato geralmente ocorre na companhia de um dos vendedores da empresa, para que posteriormente apresente os valores dos produtos ofertados ao setor de compras do hospital. A empresa trabalha com instituições privadas, que compram diretamente, e em instituições públicas, que realizam as compras mediante licitações, por isso, o enfermeiro da empresa deve entender sobre a legislação que rege este processo.

Ao ingressar na empresa, é oportunizado ao enfermeiro participar de um curso denominado “Esclarecimentos e Impugnações de Editais”, que tem como objetivo capacitar os profissionais a esclarecer as dúvidas sobre a interpretação de Editais, e como confeccionar uma impugnação quando há falhas editalícias. O conhecimento teórico adquirido no curso e aplicado na prática vivenciada permite compreender o funcionamento dos editais de licitação de materiais da área da saúde, pelos quais o en-

fermeiro deve ser o responsável em acompanhar. Os esclarecimentos e as impugnações aos editais realizados pelo enfermeiro têm extrema importância, pois ele entende do produto, da sua utilização dentro das instituições e tem embasamento teórico para debater mudanças a serem realizadas nas especificações editalícias. Os clientes que adquirem seus materiais de saúde por meio de licitação solicitam aos enfermeiros que trabalham em suas instituições realizarem a descrição do produto a ser licitado. Algumas vezes, esta descrição é realizada de forma inadequada, direcionando o pedido a determinada marca, infringindo a legislação vigente. O desconhecimento da lei que rege as licitações por parte do enfermeiro, quando descreve o produto, permite a impugnação do edital. O enfermeiro da empresa é o profissional apto para debater com o enfermeiro do cliente o motivo da interposição da impugnação.

A empresa dispõe de representantes e distribuidores dos seus produtos em alguns estados do Brasil. Neste caso, o enfermeiro da empresa capacita os vendedores e os enfermeiros contratados para representá-la nessas cidades.

Os produtos cirúrgicos descartáveis em não tecido, como *kits* (campos e aventais) e aventais avulsos, comercializados pela empresa, geralmente são confeccionados de acordo com a necessidade de cada cliente, ou seja, são personalizados. Para que a instituição adquira o produto, torna-se necessário que o enfermeiro da empresa entre em contato com a equipe ou participe de um procedimento cirúrgico, observando a dinâmica de funcionamento, levantando as necessidades para produzir o material desejado e, posteriormente, a empresa confecciona uma amostra. A conferência e a testagem do material, para verificar se o produto está de acordo com a solicitação, são realizadas pelo enfermeiro da empresa, sendo que este realiza, em todas amostras solicitadas, uma inspeção na confecção, desde o

preparo do material, para não quebrar as técnicas cirúrgicas e assépticas, até o acondicionamento e a esterilização, para que seja alcançado o sucesso na realização do teste durante a cirurgia.

A empresa apoia e, algumas vezes, patrocina eventos com temas de abrangência desta área. Este apoio ou patrocínio permite à empresa adquirir um estande para a exposição dos seus produtos. Neste evento, o enfermeiro da empresa apresenta os produtos aos seus colegas de profissão que ainda não os conhecem, respondendo aos questionamentos e às dúvidas referentes ao material comercializado. A empresa conta com o enfermeiro nestes eventos, porque este é habilitado a interagir com os participantes, por entender do produto e utilizar linguagem hospitalar, interagindo com pessoas da mesma profissão.

As empresas de materiais cirúrgicos procuram profissionais de enfermagem, pois acreditam que os mesmos apresentam criatividade, conhecimento técnico-prático do ambiente onde estão inseridos e, muitas vezes, possuem capacidade para inventar ou reinventar produtos e serviços.

DISCUSSÃO

Atualmente, vivencia-se o desafio de acompanhar complexas evoluções, tanto na tecnologia, quanto na informação, em todos os âmbitos da atividade humana⁹. Capacitar um profissional é investir no seu desenvolvimento pessoal e em seu treinamento¹³. A globalização e as rápidas e contínuas mudanças da ciência tornaram as cirurgias mais diversificadas e com o uso de computadores e robótica, requerem cada vez mais capacitação e habilidade das equipes^{10,13}. Neste contexto, está inserido o enfermeiro, pois conhece os processos que ocorrem dentro do hospital, principalmente no BC e no CME, e sabe onde e como aplicar a tecnologia disponibilizada pela empresa, capacitando o enfermeiro-cliente

para que este promova uma assistência qualificada e humanizada a pacientes, familiares e equipe.

Embora a formação do enfermeiro seja direcionada para o cuidado, as transformações no modo de produção social alteram as formas de atuação destes profissionais⁹. A enfermagem possui um importante papel a desempenhar⁹, não só assistencial, como também administrativo, definindo e planejando os materiais e os equipamentos que serão utilizados no BC, no CME e na SRPA. Por isso, as empresas de materiais hospitalares necessitam de um enfermeiro que viabilize a aplicabilidade dos materiais aos enfermeiros-clientes, fazendo com que estudem as mudanças sugeridas.

A metodologia de trabalho do enfermeiro nas empresas é diferente da realizada pelos enfermeiros assistenciais, todavia também se enquadra na área da saúde e pode-se considerar como cuidado, pois indiretamente assiste o paciente. Os enfermeiros de empresas desenvolvem conhecimentos específicos sobre a diversidade de materiais e equipamentos comercializados e a maneira de processá-los, configurando o domínio de uma área do saber, com o propósito de garantir produtos seguros para assistência ao paciente¹⁷. Neste tipo de atividade, o enfermeiro de empresa lida com o material e não com o paciente, distanciando-se de algumas correntes de pensamento da enfermagem que entendem a prática do processo de cuidar no inter-relacionamento da enfermagem com o paciente. Porém, há vertentes que identificam a assistência como atos que configuram o conforto, a segurança física e material, desenvolvendo, assim, a enfermagem moderna¹⁷.

Ações desempenhadas pelos enfermeiros são indispensáveis para extinguirem muitos problemas existentes na organização hospitalar e promoverem a melhor articulação entre os integrantes da equipe de enfermagem, favorecendo sua importância para a equipe de saúde e a instituição^{3,18}. Eventos que

discutem temas de abrangência da área realizam intercâmbio técnico, político e cultural entre profissionais, que dificilmente seria viável em outro cenário, constituindo uma instância de construção do conhecimento em enfermagem¹⁹. Os eventos científicos são espaços de aprimoramento e, geralmente, reúnem profissionais de diferentes cidades, havendo oportunidade das empresas contribuírem para o aperfeiçoamento do enfermeiro. Os estandes das empresas apresentam novas tecnologias e novos métodos que proporcionam maior conforto e segurança aos pacientes. Por isso, o enfermeiro da empresa tem uma atuação importante nestes eventos, incentivando a pesquisa e fazendo com que enfermeiros clientes transformem as inovações em prática cotidiana.

O enfermeiro realiza o planejamento, a organização, a direção ou a liderança e o controle⁹ do setor em que trabalha. Compete ao enfermeiro estabelecer um sistema de previsão, provisão e seleção de materiais e equipamentos⁹, submetendo os produtos a serem comprados a testes de desempenho técnico e avaliação dos riscos para os pacientes e funcionários¹⁸, sendo o enfermeiro do setor responsável por emitir o parecer técnico de aprovação ou reprovação do produto. A condução do processo de compra nas instituições difere entre públicas e privadas; as ligadas ao governo compram por meio de licitações, sendo indispensável a caracterização do objeto a ser licitado, sem enumeração de marca²⁰. É importante que as especificações das licitações sejam realizadas pelo enfermeiro. Em uma licitação, vários produtos são oferecidos, de boa qualidade ou não, e o critério de julgamento pelo “menor preço” impõe algumas dificuldades, cabendo ao enfermeiro, que usa o material, associar o menor preço com o melhor produto²⁰. Fica evidente a necessidade dos enfermeiros entenderem acerca da legislação vigente sobre o processo de compra de materiais, ainda mais os enfermeiros que trabalham em empresas públicas e os enfermeiros de empresas que trabalham para

abastecer as instituições públicas.

Como o BC e o CME são unidades complexas, diferentes das demais unidades hospitalares, apresentam uma manutenção do ambiente asséptico com restrição de fluxo de pessoas⁹⁻¹⁰. O enfermeiro que trabalha nestas unidades, aliado às implicações éticas, é o porta voz de ideias, valores e padrões¹⁷, implantados nas instituições, sendo o responsável pelo bom andamento das cirurgias, que implica desde a esterilização até o ato cirúrgico. Por esses motivos, o enfermeiro da empresa de material cirúrgico deve estar qualificado para manter o padrão desejado pelos enfermeiros clientes.

O enfermeiro da empresa se desvencilha do pensamento e da conduta retrógrados da limitação de pensamentos e ações⁵. A criatividade do enfermeiro implica na articulação de aptidões, com ênfases em níveis técnico e científico, utilizando as técnicas já existentes de forma inovadora⁵, o que beneficia a representação da profissão. A criatividade e a inovação são ferramentas importantes para os enfermeiros vencerem as barreiras no ambiente de trabalho, fazendo com que sejam reconhecidos como protagonistas de um novo saber e fazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu relatar a experiência vivenciada por uma enfermeira que atuou em uma empresa de materiais cirúrgicos, mostrando uma nova área de trabalho para o enfermeiro. Ao terminar a graduação, geralmente, o enfermeiro se direciona à busca de trabalho na área assistencial, por vezes ignorando novos campos de atuação. Ao trabalhar em uma empresa de materiais de assistência à saúde, o enfermeiro estará prestando assistência indireta ao paciente. A experiência vivenciada nesta área despertou uma visão mais empreendedora da profissão que ultrapassa o ambiente de trabalho tradicional do enfermeiro, motivando a criatividade

para instituir estratégias de atuação em diferentes campos.

Descrever o papel desempenhado pelo enfermeiro em uma empresa de materiais cirúrgicos permitiu evidenciar a importância da atuação junto aos colegas que trabalham em diversos Blocos Cirúrgicos (BC), Centro de Materiais e Esterilização (CME) e Salas de Recuperação Pós-Anestésicas (SRPA), apresentando materiais que ajudarão no cuidado dos pacientes, familiares e funcionários e prestando uma grande contribuição na implantação e manutenção institucional e social.

Embora a legislação não exija a contratação de enfermeiros por empresas de materiais cirúrgicos, por ser o BC, o CME e a SRPA unidades complexas, a contratação de um enfermeiro é de suma importância, pois este profissional conhece a complexa dinâmica dessas unidades, tornando-se um elo indispensável entre a empresa e o cliente.

A reflexão realizada sobre a atuação do enfermeiro em uma área de trabalho não assistencial evidenciou ser um grande desafio para o enfermeiro quebrar paradigma e trabalhar em uma área diferente da usual, longe de muitas correntes que entendem a enfermagem somente como prática assistencial. Este relato permitiu associar conceitos e percepções, demonstrando que o enfermeiro de empresa apresenta uma conduta inovadora, levando informação e novas tecnologias aos enfermeiros-clientes, possibilitando o desenvolvimento da criatividade, tornando prazeroso o trabalho cotidiano e assistindo o paciente, tanto na promoção da saúde como em defesa da vida, por meio da enfermagem moderna.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion M, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro

- em saúde coletiva. Rev Eletron Enferm [Internet]. 2004. [citado 2011 set 01]: 6(1):9-15. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/804/915>
2. Arone EM, Cunha ICKO. Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressupostos no cenário da ciência e tecnologia. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):569-72.
 3. Costa RA, Shimizu HE. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(3):418-26.
 4. Ferreira Júnior MA. Os reflexos da formação inicial na atuação dos professores enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2008;61(6):866-71.
 5. Erdmann AL, Fernandes JV, Melo C, Carvalho BR, Menezes Q, Freitas R, et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 ago. [citado 2011 set 01];62(4):637-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400025&lng=es>
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação tecnológica em saúde: subsidiando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS (Reforsus). Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
 7. Caregnato RCA. Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia: um estudo de caso. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
 8. Caregnato RCA, Lautert L. Situações geradoras de estresse na equipe cirúrgica multiprofissional na sala cirúrgica. Rev SOBECC. 2003;8(3):11-6.
 9. Guido LA, Szareski C, Andolhe R, Martins FZ. Competências do enfermeiro em CC: reflexões sobre o ensino/assistência. Rev SOBECC. 2008;13(1):16-23.
 10. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
 11. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
 12. Silva MA, Freitas GF. Significados atribuídos pelos enfermeiros às ações nas ocorrências éticas no bloco operatório. REME Rev Min Enferm. 2007;11(4):425-31.
 13. Bronzatti JAG, Pontelli SRC, Ferretti HH. Investindo na formação do futuro enfermeiro do bloco operatório. Rev SOBECC. 2008;13(14):24-9.
 14. Galvão CM. Liderança do enfermeiro de centro cirúrgico. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.
 15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 16. Brevidelli MM, Domenico EBL. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2010.
 17. Tonelli SR, Lacerda RA. Refletindo sobre o cuidar no centro de material e esterilização. Rev SOBECC. 2005;10(1):28-31.
 18. Silva MA, Galvão MC. Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):104-12.

19. Mancia JR, Padilha MICS, Ramos FRS, Cordova FP, Amaral NV. Congresso Brasileiro de Enfermagem: sessenta anos de história. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):471-9.

20. Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Autoras

Luciana Foppa

Enfermeira, Pós-Graduada em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.
E-mail: lufoppa@hotmail.com.

Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Educação, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
E-mail: carezuca@terra.com.br.

CONTROLES DE ESTERILIZAÇÃO CISA

Vapor a Alta Temperatura, Vapor a Baixa Temperatura e Formaldeído, Peróxido de Hidrogênio.

- ✓ Integrador e Emulador Químico
- ✓ Bowie&Dick
- ✓ Indicadores Biológicos
- ✓ Helix Test
- ✓ Incubadora



Controle do **equipamento**, da **exposição** e da **carga** com a segurança e a qualidade da marca Cisa.

Fone 55 47 3801-9090 | cisa@cisabrasile.com.br
www.cisabrasile.com.br

 **Feel the innovation**

10
anos
DE BRASIL

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE MATERIAIS ÓPTICOS DE VIDEOSQUIRURGIA: EFETIVIDADE DO INSTRUMENTO

CHECKLIST OF OPTICAL MATERIALS OF VIDEOSURGERY: EFFECTIVENESS OF THE INSTRUMENT

LISTA DE MATERIALES OPTICOS DE VIDEOSQUIRURGÍA: EFECTIVIDAD DEL INSTRUMENTO

ARZA, Simone Batista Neto; VASCONCELOS, Maria Socorro; POSSARI, João Francisco; SILVA, José Eduardo Lopes; CONCIANCI, Marcelo dos Santos Silverio; FERREIRA, Karine Azevedo São Leão.

RESUMO: Avaliar a efetividade do uso da lista de verificação como instrumento de checagem padronizada para verificar o funcionamento e a estrutura de ópticas e cabos de fibra óptica usados em videocirurgias e analisar se, ao implantar a lista de verificação, ocorreu redução no número de ópticas danificadas. Método: Trata-se de um estudo experimental, que comparou as amostras medidas nos períodos de setembro de 2009 a janeiro de 2010 (antes da implantação da lista) e fevereiro a junho de 2010 (após a implantação da lista). Resultados: No período de coleta ocorreram 1.219 procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia, sendo 473 antes e 746 após a implantação da lista de verificação. Após a implantação da lista, houve redução de 50,0% do número mediano de ópticas danificadas e de 56,3% do gasto médio mensal com reparos e substituição de ópticas. Conclusão: Verificou-se uma redução de ópticas danificadas e de gasto médio mensal com reparos e substituição de ópticas, sugerindo a efetividade da lista de verificação. O instrumento possibilitou a padronização do processo de identificação da integridade e da qualidade da imagem da óptica e do cabo de fibra óptica, bem como do treinamento da equipe de enfermagem e da engenharia clínica, envolvidas no processo.

Palavras-chave: Fibras ópticas. Tecnologia de fibra óptica. Laparoscopia. Efetividade. Lista de checagem.

ABSTRACT: To evaluate the effectiveness of using the checklist as a standard checking tool to verify the operation and structure of optical and fiber optic cables used in laparoscopic procedures and examine whether, when deploying the checklist, there was a reduction in the number of damaged optics. Method: This is an experimental study that compared the samples measured in the September 2009 to January 2010 period (before implementation of the checklist) and from February to June 2010 period (after implementation of the checklist). Results: During the study period there were 1219 laparoscopic surgical procedures, being 473 before and 746 after the implementation of the checklist. After the implementation of the checklist, there was a reduction of 50% of the median number of damaged optics and 56.3% of average monthly expenses for repairs and replacement optics. Conclusion: It was verified a reduction of damaged optics and the monthly expenses average for repairs and replacement of optics suggesting the effectiveness of the checklist. The instrument allowed the standardization of the process of identifying the integrity and image quality of optical and fiber optic cable, as well as the training of nursing staff and clinical engineering involved.

Key words: Optical fibers; Fiber optic technology; Laparoscopy; Effectiveness; Checklist.

RESUMEN: Evaluar la efectividad del uso de la lista de verificación como una herramienta de conferencia estandarizada para verificar el funcionamiento y la estructura de cables de hebra o hilo óptico utilizados en las videocirugías y analizar si, al instaurar la lista de verificación, hubo reducción en el número de cables ópticos dañados. Método: Se realizó un estudio experimental comparando las muestras medidas en los periodos de Setiembre de 2009 a Enero de 2010 (antes da implantación da lista) y Febrero a Junio del 2010 (después de la implantación de la lista). Resultados: Durante el período de estudio hubo 1.219 procedimientos de cirugía laparoscópica, 473 antes y 746 después de la aplicación de la lista. Después de la aplicación de la lista, hubo una reducción del 50% en media del número de hilos ópticos dañados y el 56,3% de los gastos medios mensuales de reparación y sustitución del hilo óptico. Conclusiones: El estudio encontró una reducción de hilos ópticos dañados y del gasto promedio mensual con las reparaciones y sustituciones del hilo óptico que sugieren la efectividad de la lista. La herramienta posibilito la estandarización del proceso de identificación de la integridad y de La calidad de la imagen óptica y del cable del hilo óptico, También del entrenamiento del equipo de enfermería y de la ingeniería clínica, involucradas en el proceso.

Palabras clave: Fibras ópticas; Tecnología de hilo óptico; Laparoscopia; Efectividad; Lista de verificación.

INTRODUÇÃO

Com os avanços nas técnicas cirúrgicas e o aumento de procedimentos minimamente invasivos, os hospitais têm investido em artigos de videocirurgia, principalmente em ópticas (OT), cabos de fibra óptica (CFO) e instrumental acessório, que representam elevado custo para a realização deste tipo de cirurgia.

Para aquisição destes artigos, é esperado que tenham um funcionamento adequado e que atendam as necessidades dos cirurgiões, cumprindo a função à qual se destinam. Porém, a vida útil destes artigos está diretamente relacionada com o correto manuseio e a conservação dos mesmos. Constitui-se um grande desafio para o Centro de Material e Esterilização (CME), a manutenção destes materiais em funcionamento adequado.

Nas videocirurgias, são utilizados os endoscópios rígidos, comumente conhecidos como ópticas (OT); são como telescópios, formados por mais de vinte elementos internos, que proporcionam imagens ampliadas e de alta resolução da cavidade que se deseja examinar ou operar. São constituídas por diversas lentes em formato de bastões cilíndricos, justapostos com espaçadores, encapsulados numa haste metálica hermeticamente vedada. As lentes em formato de bastão são empregadas nestes equipamentos, pois possuem maior capacidade de transmissão de luz e permitem um maior campo de visão¹.

A lente distal das ópticas rígidas captura a imagem, enquanto a lente ocular (proximal) a amplia para visualização do cirurgião, sendo semelhante à de um microscópio. Em torno do sistema de lentes, um conjunto de fibras ópticas transmite a iluminação externa para dentro das cavidades. A iluminação externa é obtida a partir de uma fonte de luz, que é conduzida à óptica por meio do cabo de fibra óptica flexível².

O cabo de fibra óptica (CFO) flexível é composto por uma malha de delgadas fibras ópticas. Estas fibras possuem um limite crítico para angulação e torção. Com o manuseio inadequado, as fibras podem se quebrar, diminuindo a transmissão de luz e a sua vida útil média. Mesmo com o uso normal e cuidadoso deste tipo de cabo, as fibras estão sujeitas ao desgaste natural, diminuindo a transmissão de luz. Com aproximadamente 20% das fibras quebradas,

há uma diminuição de 40% de passagem de luz². Por fim, a imagem da ocular pode, ainda, ser captada por um cabeçote com microcâmara acoplada à óptica, levada a um processador de vídeo para, então, ser visualizada num monitor externo³.

As OT e os CFO são materiais extremamente frágeis. Devido a esta fragilidade, pequenos impactos mecânicos podem causar graves danos às ópticas; tais impactos podem estar associados à manipulação incorreta durante e após a cirurgia. A manipulação incorreta poderia ser justificada pelo despreparo dos profissionais para manusear os materiais e também pela inexistência de meios para identificar e responsabilizar os profissionais que manipulam o instrumental. As repercussões da manipulação incorreta são negativas para instituição e para o paciente, pois aumentam os custos institucionais com manutenção e reparo, além de provocar atrasos e adiamentos das cirurgias⁴.

Pela prática, observa-se que, em grande parte dos serviços de saúde, os materiais não são conferidos antes do uso em procedimentos subsequentes, o que pode dificultar ou atrasar as videocirurgias. A *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)* recomenda que as ópticas sejam inspecionadas após sua utilização, quanto à presença de riscos, rachaduras, condições do campo visual da óptica ou qualquer outra irregularidade⁵.

Na realização de testes para checagem da qualidade da imagem, as ópticas devem ser inspecionadas a olho nu e conectadas à fonte de luz, antes do acondicionamento na embalagem específica para serem submetidas à esterilização. Estes procedimentos contribuem para minimizar os custos com reparos e melhoram a qualidade da assistência ao paciente⁵. Além disto, a implantação do procedimento de checagem das OT e dos CFO após videocirurgias poderia garantir a qualidade dos materiais, reduzir o número de danos nas ópticas e nos cabos danifi-

cados e identificar os colaboradores que manipulam, permitindo atribuir responsabilidade ao profissional e, assim, auxiliar a prevenir a manipulação incorreta de equipamentos.

No Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), observou-se aumento repentino do número de quebras de ópticas rígidas e infiltrações. As infiltrações são detectadas a partir do embaçamento das lentes e ocorrem quando o sistema óptico, formado pelas lentes em bastão e pelos espaçadores, sofre deslocamento mecânico e, conseqüentemente, permite a entrada de ar externo e de vapor empregado no processo de esterilização.

Segundo alguns autores, para evitar que o dano seja identificado apenas após o início da cirurgia, a verificação dos materiais deveria ser preventiva⁵. A efetividade e o impacto financeiro da verificação preventiva dos materiais de videocirurgias não são conhecidos, o que justificativa a importância da realização do presente estudo.

OBJETIVOS

- Avaliar a efetividade do uso da lista de verificação como instrumento de checagem padronizada para verificar o funcionamento e a estrutura de ópticas e cabos de fibra óptica usados em videocirurgias;
- Analisar se, ao implantar a lista de verificação, ocorreu redução no número de ópticas danificadas, comparativamente às danificadas antes da implantação da lista.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo experimental, comparativo, no qual os dados foram coletados após videocirurgias realizadas no Centro Cirúrgico (CC), comparando-se as amostras medidas nos períodos de setembro de

2009 a janeiro de 2010 (antes da implantação da lista de verificação) e fevereiro a junho de 2010 (após implantação da lista de verificação).

Local de estudo

O estudo foi realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), uma instituição de médio porte, com 250 leitos, volume médio de 480 procedimentos anestésico-cirúrgicos por mês e 281 procedimentos ambulatoriais, sendo, em média, 300 cirurgias com ópticas por mês. A Instituição possui 51 ópticas e 51 cabos de fibras ópticas utilizados nos procedimentos videolaparoscópicos. Este quantitativo de ópticas e cabos de fibra óptica constituiu a amostra do estudo, antes e depois da implantação da lista de verificação.

Instrumento para coleta de dados

A partir das recomendações dos fabricantes dos materiais de fibra óptica⁶ e da AORN⁴, foi elaborada uma lista de verificação (Anexo), pela equipe de enfermagem do Centro de Material e Esterilização (CME) e pela Engenharia Clínica, para padronização da checagem da óptica e do cabo de fibra óptica. A verificação é realizada no CC pelas equipes de enfermagem do CC (instrumentador cirúrgico e enfermeiro) e do CME (enfermeiro) e pela equipe de Engenharia Clínica. No ambulatório cirúrgico, a checagem é realizada pelas equipes de enfermagem do setor e do CME.

A lista de verificação inclui os principais itens de verificação para a padronização da conferência dos materiais de ópticas após os procedimentos de videocirurgia. Antes da implantação, os colaboradores das áreas envolvidas foram treinados em relação ao preenchimento e ao método para conferência da OT e do CFO a olho nu e com a utilização do equipamento. O processo de conferência é rápido e consome tempo inferior a 5 minutos, mensurado

previamente.

Intervenção

A conferência foi realizada ao término das cirurgias por videolaparoscopia executadas no CC e dos exames complementares videoassistidos, realizados no ambulatório cirúrgico, por quatro profissionais, respeitando as seguintes etapas, antes da devolução do material para o CME:

- **Primeira etapa:** corresponde à primeira checagem, onde o instrumentador cirúrgico (no CC) e o técnico de enfermagem (no ambulatório cirúrgico) preenchem a lista de verificação, após a avaliação a olho nu da óptica e do cabo de fibra óptica, quanto a avarias e também conectados à fonte de luz, para avaliação da qualidade da imagem e da iluminação;
- **Segunda etapa:** corresponde à segunda checagem, que segue o mesmo procedimento da primeira etapa, sendo realizado por enfermeiros do CC e do ambulatório cirúrgico;
- **Terceira etapa:** corresponde à terceira checagem, que segue o mesmo procedimento da primeira e da segunda etapas, sendo realizada pelo técnico da Engenharia Clínica no CC e no ambulatório cirúrgico;
- **Quarta etapa:** corresponde à quarta checagem, que segue o mesmo procedimento das etapas anteriores, sendo realizada pelo enfermeiro do CME no CC e no ambulatório cirúrgico.

Medidas de desfecho

A efetividade da implantação da lista de verificação de ópticas e cabos foi medida pelo número de ópticas danificadas e também pelo custo do reparo das ópticas no período de coleta dos dados, a partir do banco de dados informatizado da Engenharia Clínica do ICESP.

A Engenharia Clínica é responsável pelo gerenciamento da manutenção dos equipamentos biomédicos no ICESP. Assim, toda óptica avariada é enviada para este setor, que solicita orçamentos de conserto, seleção de fornecedores e, posteriormente, uma análise técnica do orçamento para aprovação do mesmo pelos gestores do Instituto.

O número total de OT e CFO em uso na Instituição no período do estudo era de 51 unidades, constituindo a amostra. Na época do estudo, o custo médio do reparo por óptica era de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), sendo este valor obtido da média aritmética dos consertos realizados no período do estudo. Um conserto típico de uma óptica consiste da desmontagem parcial do sistema óptico, substituição de lentes, limpeza, montagem e testes de funcionamento.

Análise dos dados

Os dados foram armazenados e analisados no programa SPSS 13.0, sendo realizadas as análises descritivas e inferenciais pertinentes ao estudo. Na análise descritiva, foi computada a média percentual, a mediana, os valores mínimos e máximos.

O teste *t-student* pareado foi computado para comparar o custo mensal (em reais - R\$) e o número de ópticas danificadas antes e após a implantação da lista de verificação. O teste foi selecionado após ser avaliada a aderência destas variáveis, a curva de

distribuição normal pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Em todas as análises, o p-valor <0,05 foi considerado estatisticamente significativa.

RESULTADOS

Avaliação da efetividade da lista de verificação

No período de coleta de dados, ocorreram 1.219 procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia, sendo 473 antes (setembro de 2009 a janeiro de 2010) e 746 após (fevereiro a junho de 2010) a implantação da lista de verificação. O número total de ópticas (OT) e cabos de fibra óptica (CFO) em uso na Instituição, durante o período no qual o estudo foi desenvolvido, era de 51 unidades de OT e também de CFO. Neste período, não ocorreu dano a nenhum CFO, somente às OT.

Após a implantação da lista de verificação, houve redução significativa do número de ópticas danificadas e do gasto mensal com manutenção (Tabela 1). Não houve CFO danificados. Observou-se redução de 56,25%, o equivalente a R\$13.897,80, no gasto mensal médio com reparos e substituição das ópticas em relação ao período anterior à implantação da lista de verificação.

No período do estudo, embora tenha ocorrido um aumento de 55% no número total de cirurgias, houve diminuição de 50% no número mediano de ópticas danificadas (4 vs 2) (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Comparação do número de ópticas danificadas e do gasto mensal com reparos antes e após a implantação da lista de verificação.

Medidas	Momento em relação à implantação da lista de verificação de óptica				p
	Antes		Após		
	Mediana	Mín – Máx	Mediana	Mín – Max	
Número de ópticas danificadas	04	01-05	02	00-02	0,000
	Média	DP	Média	DP	
Gasto mensal com manutenção das ópticas (R\$)	24.707,20	11.541,49	10.809,40	6.282,40	0,000

Antes da implantação da lista de verificação, o percentual médio de ópticas danificadas, em relação ao total de cirurgias, era de 6,67% e, após a implantação, foi de 2,75%, sendo observada redução de 58,77% (dados não apresentados em tabelas). No que se

refere ao percentual mediano do número de ópticas danificadas, em relação ao total de ópticas em uso, verificou-se redução de 50%, sugerindo efetividade da lista de verificação.

Tabela 2. Descrição do número de cirurgias e percentual médio de ópticas danificadas em relação do número total de ópticas e cirurgias antes e após a implantação da lista de verificação de conferência de óptica.

Medidas	Momento em relação à implantação da lista de verificação de óptica			
	Antes		Após	
	Mediana	Mín – Máx	Mediana	Mín - Máx
Número de cirurgias	100	72-108	155	85-198
Percentual de ópticas danificadas em relação ao nº de cirurgias.	3,77	0,93-6,94	1,18	0 -1,45
Percentual de ópticas danificadas em relação ao total de ópticas.	7,84	1,96-9,80	3,92	0-3,92

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que o emprego da lista de verificação foi efetivo para reduzir número de ópticas danificadas e o custo mensal com reparos. Além disto, sua utilização padronizou e facilitou a verificação dos artigos.

A implantação da lista de verificação subsidiou a criação de banco de dados informatizado do programa na Engenharia Clínica para acompanhamento e controle da utilização das 51 ópticas e dos 51 cabos de fibras ópticas, contendo informações referentes a data de uso, local, cirurgião, data da ocorrência de danos e tipo de dano que resultou no encaminhamento do equipamento para conserto.

A checagem prévia dos materiais, tal como descrita no presente estudo, poderia ser uma estratégia efetiva para minimizar os atrasos e os cancelamentos decorrentes de danos aos materiais de videocirurgia, pois asseguraria que fossem seguidos todos os passos importantes para avaliação e auxiliaria na

manutenção preventiva dos equipamentos, minimizando riscos.

Antes da implantação da lista de verificação, eram registrados regularmente danos às OT e aos CFO. Com a sua implantação, houve redução de 58,77% do número médio de ópticas enviadas para conserto. Do ponto de vista clínico, este resultado é bastante relevante, pois, provavelmente, percentual significativo de cirurgias, que antes seriam adiadas ou canceladas devido à falta de equipamentos, foram realizadas conforme planejado.

A falta e os danos causados aos equipamentos e materiais podem resultar em suspensão e atraso de cirurgias. Este tipo de evento é observado em cerca de 3,22 a 7,40% das cirurgias, segundo estudos realizados acerca do cancelamento de procedimentos anestésico-cirúrgicos⁷⁻⁸. Embora este percentual seja relativamente baixo, o atraso ou o cancelamento de cirurgias resultam em consequências desagradáveis para o paciente, a família e a instituição, pois prejudicam o preparo pré-operatório, geram custos

adicionais ao hospital, causam desconforto para o paciente e sua família, bem como descontentamento da equipe⁹⁻¹⁰.

O cancelamento de cirurgias em serviços de saúde pode ser decorrente de diversas causas, como motivos particulares dos pacientes, transferência de dia, condições clínicas do paciente, entre outros. A maior parte dos cancelamentos seria potencialmente evitável e recomendável que o enfermeiro analise as causas geradoras dessa problemática e proponha intervenções específicas para redesenhar os processos relacionados a esses fatores, como gerenciamento de materiais, planejamento do mapa cirúrgico, entre outros¹¹.

A implantação da lista de verificação certamente não é estratégia única e isolada para prevenir a ocorrência de danos aos equipamentos de videocirurgias. O treinamento da equipe na manipulação intraoperatória, no transporte, na limpeza, no preparo e na esterilização seriam certamente atores importantes deste processo.

Um estudo realizado nos Estados Unidos⁴, avaliando a efetividade de estratégias para minimizar os danos aos equipamentos endoscópicos, verificou que as mudanças no processo de esterilização dos endoscópios e o treinamento dos colaboradores médicos e da equipe de enfermagem, quanto ao manuseio correto dos equipamentos, resultou em diminuição significativa de custos (antes = US\$3,765 e depois = US\$2,000) com consertos destes materiais. A adoção destas condutas otimizou a realização dos exames e a manutenção dos endoscópios em condições adequadas para a realização dos procedimentos⁴. No ICESP, foi elaborado um programa de treinamento contínuo para os colaboradores do CME para o manuseio adequado dos materiais de videocirurgias, envolvendo transporte, limpeza, preparo e esterilização. Os resultados desta estratégia ainda não foram avaliados, mas certamente contribuirão ainda mais

para prevenção de danos a OT e CFO.

Uma das principais limitações do estudo se refere ao tempo de seguimento dos resultados, uma vez que não houve seguimento dos mesmos em longo prazo, tendo sido avaliados os desfechos apenas antes e após a implantação da lista de verificação. Entretanto, após um ano de implantação, a observação não sistematizada das rotinas permitiu verificar que há adesão da equipe para o preenchimento do instrumento e que o número de equipamentos danificados continua expressivamente baixo.

CONCLUSÕES

Após a implantação da lista de verificação houve redução de 50% do número mediano de ópticas danificadas e, conseqüentemente, diminuição de 56,25% do gasto mensal com manutenção e reparos, sugerindo que houve efetividade da lista de verificação de materiais ópticos de videocirurgia. Durante o estudo não ocorreu danificação de cabos de fibras ópticas.

O instrumento possibilitou a padronização do processo de identificação da integridade e da qualidade da imagem da óptica e do cabo de fibra óptica, bem como o treinamento da equipe de enfermagem envolvida na dinâmica de utilização e reprocessamento destes materiais, como instrumentador cirúrgico, técnico de enfermagem do ambulatório cirúrgico, enfermeiros do Centro Cirúrgico, do ambulatório cirúrgico e do Centro de Material e Esterilização na manipulação, no transporte, na limpeza, no preparo e na esterilização e do técnico de Engenharia Clínica no gerenciamento preventivo dos equipamentos.

REFERÊNCIAS

1. Emergency Care and Research Institute. Laparoscopes, Healthcare Products Comparison System. Plymouth Meeting ECRI; 2002.

2. Nácul MP. Conceitos e estado da arte da videociurgia. Rev Saúde UCPEL. 2007;1(2):149-59.
3. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
4. Workman J, Vrabel C. Benefits of process change in the care and handling of rigid endoscopes. AORN J. 2002;76(2):314-6.
5. Spry C, Leiner DC. Rigid endoscopes ensuring quality: before use and after repair. AORN J. 2004;80(1):103-9.
6. H. Strattner & Cia Ltda. Manutenção e cuidados com o instrumental cirúrgico endoscópico: guia de recomendações [Internet]. Rio de Janeiro; 2008. [citado 2012 fev 28]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL\[34253-1-2\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL[34253-1-2].PDF)
7. Pittelkow E, Carvalho R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. Rev Einstein. 2008;6(4):416-21.
8. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(1):48-53.
9. Straforo JR. Estudo da taxa de ocupação de centro cirúrgico através da modelagem e simulação de sistemas [tese]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2005.
10. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. Rev Lat Am Enferm. 2000;8(4):59-65.
11. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Monito-

rando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):113-9.

Autores

Simone Batista Neto Arza

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Especialista em CC, RA e CME, Coordenadora do CME do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

E-mail: simone.neto@icesp.org.br.

Maria Socorro Vasconcelos

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em CC, RA e CME pela Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), Enfermeira do CME do ICESP.

E-mail: ms.vasconcelos@yahoo.com.br.

João Francisco Possari

Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela EEUSP, Diretor de Enfermagem de Pacientes Internos do ICESP.

E-mail: joao.possari@icesp.org.br.

José Eduardo Lopes Silva

Engenheiro Clínico, Diretor do Departamento de Engenharia Clínica e Infraestrutura do ICESP.

E-mail: jose.silva@icesp.org.br.

Marcelo dos Santos Silverio Concienci

Tecnólogo, Gerente da Engenharia da Clínica.

E-mail: marcelo.concienci@icesp.org.br.

Karine Azevedo São Leão Ferreira

Enfermeira, Doutora pela EEUSP, Pesquisadora na Área de Dor do ICESP.

E-mail: karine.leao@icesp.org.br.

A LABNEWS APRESENTA A SUA NOVA MARCA



Lab NEWS

Soluções em Limpeza e Desinfecção de Materiais

É com esta marca que vamos seguir trabalhando com as melhores soluções para limpeza, desinfecção, conservação e esterilização de instrumentais cirúrgicos.

Linha de Equipamentos

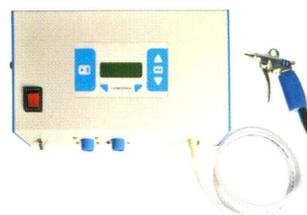


TERMODESINFETADORAS
Steelco



SECADORA
Steelco

PISTOLA
PRESSURIZADA
Endojet



LAVADORAS ULTRASSÔNICAS
Prosonic Jet



ESTERILIZADORA
Matachana

FABRICAÇÃO NACIONAL, QUALIDADE MUNDIAL.

Linha de Saneantes



StelClean Plus

MaxZyme 4

Neozime Eco

Neozime 5

Enziclean 4

Prolab Alcalino

Prolab Neutro

Prolab Não Iônico

Oxiclean

Proxi Plus

Prolub Spray

Prolub L

Neosec

Labseptic

Labseptic PP



www.labnews.ind.br

