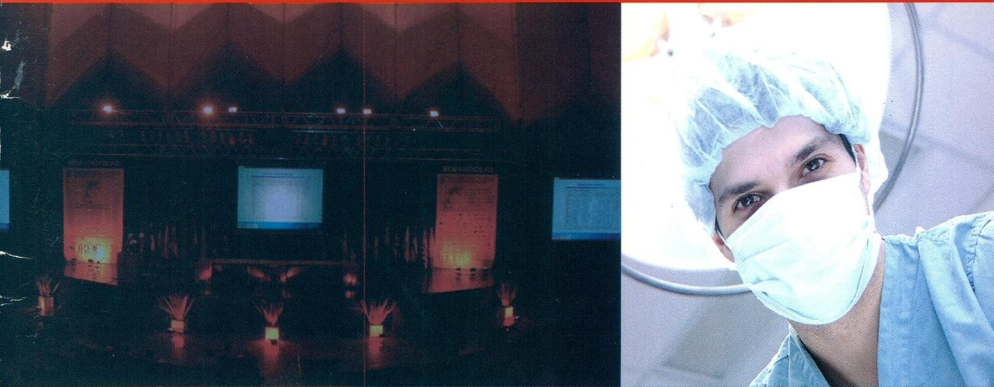


SOBECC

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

NACIONAL – SP



**8º Congresso da SOBECC reúne
mais de 2 mil pessoas no Anhembi**



ASSISTÊNCIA

Problemas de Enfermagem
no pós-operatório de
transplantes hepáticos

Uma revisão da literatura
sobre a humanização da
assistência ao paciente
cirúrgico

As estratégias para prevenir
eventos adversos na sala
operatória

ESTERILIZAÇÃO

Análise do reprocessamento
de instrumental odontológico

E mais:

Nova presidente da
SOBECC revela os planos
da gestão 2007-2009

DIRETORIA DA SOBECC

• **Presidente:** Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti • **Vice-Presidente:** Lígia Garrido Calicchio • **Primeira-Secretária:** Marcia Hitomi Takeiti • **Segunda-Secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Primeiro-Tesoureiro:** João Francisco Possari • **Segunda-Tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Diretora da Comissão de Assistência:** Renata Barco de Oliveira • **Diretora da Comissão de Educação:** Marcia Cristina de Oliveira Pereira • **Diretora de Publicação e Divulgação:** Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • **Diretora do Conselho Fiscal:** Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Membros do Conselho Fiscal:** Ernane de Sousa Almeida e Janete Akamine.

REVISTA SOBECC

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Conselho Editorial – Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Dra. Aparecida de Cassia Giani Peniche (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Dra. Arlete Silva (Irmandade Santa Casa de São Paulo), Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Especialista em Centro Cirúrgico Isabel Cristina Daudt (Universidade Luterana Brasileira), Dra. Kazuko Uchikawa Graziano (Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo), Dra. Laura Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria), Dra. Maria Belén Salazar Posso (Universidade do Vale do Paraíba), Dra. Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru), Dra. Raquel M. Cavalca Coutinho (Universidade Paulista) e Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Universidade de São Paulo)

Comissão de Publicação e Divulgação – **Diretora:** Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • **Membros:** Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa, Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi, Mestre Maria Lúcia Fernandez Suriano, Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein) e Mestre Verônica Calbo Medeiros.

Equipe Técnica – **Edição:** Solange Arruda e Débora Marques • **Coordenação:** Sirlene Aparecida Negri Glasenapp • **Produção Gráfica e Ilustração:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão de Espanhol:** Dra. Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Elaine Koda • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Editora Referência Ltda.

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 21 • Liberdade (Metrô Vergueiro) • CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3341-4044 • Fax: (11) 3208-1285

E-mail: sobecc@sobecc.org.br

Internet: <http://www.sobecc.org.br>

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

A SOBECC está associada à Academia Brasileira de Especialistas de Enfermagem (ABESE) desde 2000 e à International Federation Perioperative Nurses (IFPN) desde 1999. Além disso, mantém parceria constante com a Association Operating Room Nurses (AORN).

4...
EDITORIAL

5...
ENTREVISTA

○ conhecimento como bandeira

6...
GESTÃO 2007 - 2009

Quem é quem na nova diretoria da SOBECC

8...
AGENDA

9...
ACONTECE

18...
SOBECC - PARANÁ
Temporada de atualização

20...
TEMAS LIVRES DO 8º CONGRESSO
Estratégias de prevenção de eventos adversos na sala operatória

26...
ARTIGO ORIGINAL – ESTERILIZAÇÃO
Reprocessamento de instrumental odontológico – análise dos procedimentos e da qualidade

32...
ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA
Transplante hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório

38...
ARTIGO ORIGINAL – HUMANIZAÇÃO
Humanização da assistência oferecida ao paciente cirúrgico: revisão da literatura científica na enfermagem

ISSN 14144425

Revista indexada nas bases de dados
LILACS e CUIDEN

Editorial



Os avanços tecnológicos vêm proporcionando recursos extremamente importantes para facilitar o dia-a-dia dos profissionais e oferecer segurança aos pacientes. É fato também que o progresso da tecnologia é de vital relevância para o desenvolvimento e a evolução da ciência. Contudo, não podemos nos deixar acomodar

e permitir que tal condição nos influencie a ponto de desviar a atenção e o nosso foco. O objetivo dos enfermeiros deve ser sempre a humanização do ambiente cirúrgico, o acolhimento do paciente e de seus familiares e o processamento consciente e responsável dos materiais utilizados na assistência direta aos pacientes. Afinal, saúde é um direito de todos, e zelar por sua recuperação e manutenção é um dever dos profissionais de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

*Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti e
Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite*



LIVRO

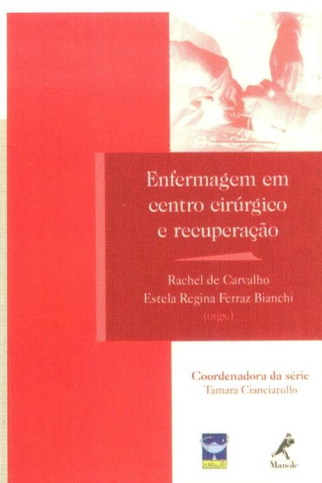
Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação

Organizadoras: Rachel de Carvalho e Estela Regina Ferraz Bianchi

Coordenadora: Tamara Cianciarullo

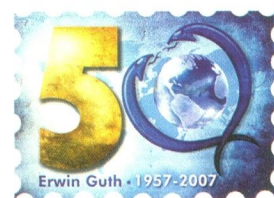
Editora Manole, 2007

Este livro se propõe a fornecer subsídios nas áreas de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica para estudantes de graduação e pós-graduação de Enfermagem. É composto de 20 capítulos e foi escrito por enfermeiros perioperatórios com vasta experiência tanto na prática como na docência.



Erwin Guth 50 anos.

Mais uma conquista para quem é líder de mercado, foi a recomendação para a certificação na norma internacional ISO 13485:2003 sistema de gestão da qualidade de produtos para saúde.



ISO 13485 **idm** **CE**

Rua Álvaro Fragoso, 378
Ipiranga • 04223.000 • SP
www.erwinguth.com.br
vendas@erwinguth.com.br
export@erwinguth.com.br
Tel.: +55 (11) 6271-3902

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA SALA OPERATÓRIA

Preventive Strategy for Adverse Event in the Surgical Suite

Ana Lucia Mirancos Cunha • Andréa Alfaya Acunã • Daniela Magalhães Bispo

Resumo – O evento adverso é definido como uma lesão causada pelo cuidado médico, e não pela doença de base, que prolonga a estada do paciente no hospital ou resulta numa incapacidade presente no momento da alta⁽¹⁾. Há alguns fatores que estão associados com uma maior probabilidade de falhas e acidentes, entre os quais a tecnologia, a presença de muitos profissionais atendendo o mesmo paciente, a gravidade da doença, um ambiente propenso à distração, a pressão do tempo, a necessidade de tomar decisões rápidas e o elevado volume e carga de pacientes imprevisíveis⁽⁷⁾. O presente estudo teve o objetivo de relatar a experiência do Centro Cirúrgico de um hospital-geral em relação às estratégias adotadas pela equipe de Enfermagem no intuito de prevenir eventos adversos. As medidas incluem a coleta de informações de prontuário, na admissão do paciente, pertinentes à identificação do indivíduo, do cirurgião, da sala operatória correta, de alergias medicamentosas e do lado a ser operado. Esses dados são sinalizados por meio de placas colocadas em local estratégico na sala de cirurgia, a fim de propiciar sua visualização por toda a equipe multidisciplinar.

Palavras-chave – Eventos com potencial de criação de lesão; prevenção; sinalização; Enfermagem Perioperatória.

Abstract – Adverse event is defined as an injury caused during the medical care and not by the original ill, that lengthen

the patient's time in hospital or generates a disability in the patient. There are some aspects that are associated with a higher probability of the occurrence of an accident, such as: technology, excessive number of professionals taking care of a patient, ill seriousness, environmental propensity to disruption, need to take fast decisions in a stressing scenario and a high number of unscheduled patients. The objective of this study is to relate the experience of an OR of general hospital regarding the actions taken by the Nursery team to prevent adverse events. During the entrance of the patient into the operating room some information are obtained from the chart regarding customer identification, surgeon name, operating room number, allergic medicines and the part of the patient body to be surgically treated. Those information are included in tables that will be visually available in the operating room during the surgical procedure to all surgery staff.

Key words – Adverse events; prevention; signing; Operating Room Nursery.

Resumen – El acontecimiento adverso se define como dañar causado durante la asistencia médica y no por el Illinois original. Este acontecimiento causa una prolongación del paciente en el hospital o genera generalmente una inhabilidad en el paciente. Hay algunos aspectos que se asocian a una probabilidad más alta de la ocurrencia de un accidente, por ejemplo: tecnología, número excesivo de los



profesionales que toman cuidado de una seriedad paciente, enferma, propensión ambiental a la interrupción, necesidad de tomar decisiones rápidas en un panorama que tensiona y un alto número de pacientes no programados. El objetivo de este estudio es describir las acciones tomadas por el equipo del cuarto de niños para prevenir acontecimientos adversos en un cuarto de funcionamiento de un hospital general. Durante la entrada del paciente en el cuarto de funcionamiento una cierta información se obtiene del historial con respecto la identificación del cliente, el nombre del cirujano, el número de habitación de funcionamiento, las medicinas alérgicas y a la parte del cuerpo paciente que se tratará quirúrgico. Eso la información se incluye en las tablas que estarán visualmente disponibles en el cuarto de funcionamiento durante el procedimiento quirúrgico para todo el personal de la cirugía.

Palabras claves – Acontecimientos adversos; prevención; firmando; cuarto de niños de funcionamiento del sitio.

INTRODUÇÃO

Atualmente, pesquisadores de várias partes do mundo vêm estudando de forma sistemática o problema relacionado com a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde. Nesse contexto, o fenômeno chamado de evento adverso tem provocado um interesse de âmbito internacional no que concerne à segurança do indivíduo hospitalizado⁽¹⁾.

Em 1854, Florence Nightingale revolucionou a atenção hospitalar com a observação dos riscos, para o paciente, da má higiene nos hospitais⁽¹⁾.

No início do século XX, Ernest Codman, um cirurgião de Boston, apontou a necessidade de avaliação rotineira dos resultados negativos na cirurgia para a melhoria da qualidade⁽¹⁾.

Estima-se que cerca de 100 mil pessoas morram em hospitais a cada ano, vítimas de eventos adversos. Essas situações também representam um grave prejuízo financeiro, dado o prolongamento do tempo de internação do paciente. Contudo, de acordo com estudos internacionais, mais precisamente nos EUA, no Reino Unido e na Irlanda do Norte, os sistemas informatizados conseguem avaliar de forma mais ágil a ocorrência de eventos adversos. No Brasil, porém, as pesquisas estão no começo, constituindo um desafio para muitos hospitais⁽¹⁾.

Quando analisamos esses dados, é natural questionarmos a segurança do paciente na instituição em que trabalhamos. Na prática, o que fazemos para evitar os eventos adversos? Mas, inicialmente, precisamos diferenciar essas ocorrências de erros.

Os eventos adversos são definidos como lesões causadas pelo cuidado médico, e não pela doença de base, que prolongam a estada do paciente no hospital ou que resultam numa incapacidade presente no momento da alta⁽²⁾. Os erros podem ser ou não causadores de tais eventos.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi relatar as estratégias adotadas para a prevenção de eventos adversos na sala operatória relacionados com a identificação do pa-

ciente, da sala correta, de alergias medicamentosas e do lado a ser operado.

MÉTODO

A presente pesquisa pode ser definida como exploratória, por conta de sua familiarização com o problema, e descritiva, por detalhar características de uma população ou de um fenômeno e ainda estabelecer relações entre suas variáveis⁽³⁾. Foi realizada no Centro Cirúrgico de um hospital-geral privado, filantrópico e de ensino, localizado na cidade de São Paulo, o qual realiza, em média, 900 procedimentos por mês em 11 salas operatórias.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Na admissão do paciente no Centro Cirúrgico, a Enfermagem confirma a sala operatória por meio do mapa cirúrgico localizado na recepção interna e, em seguida, preenche um check-list em um impresso de transoperatório (veja o anexo 1), no qual anota informações do prontuário pertinentes à identificação do indivíduo a ser operado, do cirurgião, da sala operatória, das alergias medicamentosas e do lado da intervenção, incluindo a pulseira de identificação, a fim de uma melhor assimilação dos dados ali contidos. Após o preenchimento do documento, a equipe separa placas de sinalização de acordo com as informações colhidas e as encaminha juntamente com o paciente e com o prontuário. As placas sinalizam alergia a algum medicamento específico, assim como o lado da cirurgia (direito e/ou esquerdo), e são colocadas em local estratégico na sala operatória, de modo a propiciar sua visualização por toda a equipe multidisciplinar.

Antes da entrada do paciente no Centro Cirúrgico, a marcação do local operató-

rio ou do procedimento deve ser feita pelo médico executor da intervenção – ou por um profissional médico por ele indicado – com marcador padronizado (caneta) e marcação recomendada, que consiste na inscrição de um círculo ou de dois círculos circunscritos, simulando um alvo. As cirurgias em que essa indicação precisa ser efetuada de forma especial, como a plástica e a vascular, podem utilizar marcação específica. Nos casos que não estejam marcados ou que sejam de emergência, há necessidade de confirmação do local da intervenção com marcação adequada e padronizada, realizada pelo médico responsável antes do início da cirurgia, assim como de registro desse dado em prontuário pela equipe de Enfermagem, seguido da colocação da sinalização na sala operatória. O paciente não deve ser encaminhado para a sala sem marcação, com exceção das cirurgias de órgão único e daquelas em que o local cirúrgico não tenha sido previamente definido.

DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde, por natureza, esforçam-se para proporcionar a melhor assistência possível. Esse comportamento, entretanto, não impede que ocorram falhas e acidentes decorrentes do cuidado prestado aos clientes/pacientes, o que se contradiz com a idéia de perfeição na assistência médica⁽⁴⁾. A publicação do relatório *Errar é Humano* (IOM, 1999) expôs o tema, por meio de dados, com toda a crueza e estimulou positivamente vários segmentos a repensar formas de atuação e discutir suas falhas e acidentes assistenciais de maneira proativa⁽⁴⁾.

Durante muito tempo, médicos e outros profissionais da saúde foram treinados para atuar preferencialmente sozinhos. Os primeiros, em particular, sentiam-

se independentes do hospital e de sua estrutura organizacional. Além do mais, a tradição de seus valores, baseada na autonomia de sua profissão e na responsabilidade pessoal, refletiam-se num modelo artesanal em que o sucesso era inteiramente creditado ao médico, enquanto eventuais fracassos eram atribuídos às debilidades dos pacientes ou mesmo à infra-estrutura oferecida pela organização.

Atualmente, a fragmentação assistencial exige um novo modelo que favoreça a comunicação e o trabalho em equipe, dado o aumento da complexidade dos procedimentos, o uso da tecnologia e a rápida expansão do conhecimento médico, a fim de assegurar a melhor segurança do paciente⁽⁴⁾. Um estudo americano constatou que enfermeiros que cumprem uma jornada diária superior a 12,5 horas são mais susceptíveis a cometer erros no fim do trabalho e quando tentam concluir tarefas múltiplas⁽⁵⁾. Os profissionais de saúde que trabalham além do tempo estipulado, portanto, tornam-se mais expostos a esse risco, da mesma forma que existe uma relação direta entre o número de horas trabalhadas pelos médicos e residentes e a ocorrência de equívocos e acidentes médicos⁽⁶⁾.

Com base em um consenso de especialistas⁽²⁾ pertencentes a várias especialidades, apoiado por mais de 40 associações médicas e organizações, foi elaborado um instrumento de prevenção de acidentes, denominado Protocolo Universal, com a finalidade de eliminar situações catastróficas em circunstância de cirurgia ou de procedimento invasivo por meio de três passos fundamentais:

1) Identificação da pessoa a ser operada, da cirurgia ou do procedimento e do local da intervenção em três momentos:

no agendamento, na admissão e antes do ingresso na sala operatória, sempre com o envolvimento do paciente e de seu familiar.

2) Marcação do local cirúrgico em todos os casos que envolvam lateralidade, após o preparo do paciente. A marca precisa estar visível e indicar somente a área em questão, sem ambigüidade, devendo ser efetuada pelo profissional que fará o procedimento. Este passo, da mesma forma que o primeiro, tem de ocorrer com a participação do paciente e/ou de seu familiar. Mesmo assim, a verificação do local a ser operado ainda é necessária imediatamente antes de o procedimento começar.

3) Logo antes do início do ato anestésico-cirúrgico planejado, validação final da identificação do paciente, do local e lado da intervenção, da concordância com a cirurgia a ser realizada, da posição correta do indivíduo e da disponibilidade de implantes corretos, assim como validação de equipamentos e de quaisquer exigências especiais. Essa verificação deve envolver a equipe de cirurgia, utilizar-se de comunicação ativa e ser documentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As falhas e os acidentes na assistência à saúde não são nem raros nem intratáveis. Os profissionais das organizações de saúde têm subestimado esses fenômenos nas intervenções assistenciais, seja por temor, seja pela tentativa de preservar a imagem de que "não se erra" nessa área. A falibilidade faz parte da condição humana. Mas é possível propiciar condições de trabalho que minimizem as falhas, que, muitas vezes, podem estar associadas ao sistema, e não ao despreparo dos trabalhadores. Os protocolos assistenciais bem

estruturados e baseados em evidências são instrumentos que dão consistência aos cuidados e permitem aperfeiçoá-los⁽⁴⁾. Prestar um serviço eficiente e livre de riscos ao paciente exige empenho de todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde. O compromisso e a disposição individual são fatores essenciais, porém insuficientes. Somente uma cultura institucional da segurança estimula a identificação de falhas e acidentes. Evidentemente, as lideranças precisam estar comprometidas com isso⁽⁴⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha, JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(4):393-406.
2. JCAHO. Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery: practical approaches to implementation [homepage na internet]. [citado em 2006 jul. 14]. Available from: <http://www.jcinc.com.com/consulting.asp?durki=7445>
3. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Ática; 1994.
4. Quinto Neto A. Acreditação de organizações de saúde: manual de orientação para o avaliador interno. Belo Horizonte: Fundação Unimed; 2004.
5. Rogers AE, Hwang WT, Schott LD, Aiden LH, Dinges DF. Hospital staff nurse work and patient safety. *Health Aff.* 2004;23:1-11.
6. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med.* 2002;347(16):1249-55.

7. Ralston JD, Larson EB. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. J Postgrad Med. 2005;51(1):61-7.

Anexo 1 – Impresso do transoperatório

Intra-operatório	
Sala: _____ Recebido por: _____ Função: _____ Hora: _____ h	
Check in	Pré-anestésico <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
	Antibiótico pré-operatório <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Qual: _____
	Nível de sedação <input type="checkbox"/> responde verbalmente <input type="checkbox"/> se estimulado <input type="checkbox"/> não responde
	Alergias _____
Pulseira de identificação <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE	
MEMBRO OU LADO A SER OPERADO	
() DIREITO () ESQUERDO	
Dados da anestesia	Anestésista: _____ Início: _____ h Término: _____ h () Geral venosa () Geral inalatória () Geral balanceada
	Tubo endotraqueal nº _____ () sem cuff () com cuff Aramada nº _____ Tentativas: _____ Endobronquial nº _____ () direita () esquerda Máscara laríngea nº _____ Outras: _____ () Peridural () Raqui () Cateter contínuo () Bloqueio () Bloqueio + sedação () Local () Local + sedação () _____
Dados da cirurgia	Entrada no CC: _____ h Entrada na SO: _____ h Início _____ h Término _____ h Saída da SO: _____ h
	Circulante: _____ Cirurgia proposta: _____ Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____ Assistente: _____ Instrumentador: _____
Anti-sepsia	() PVPI Degermante () PVPI tópicos () PVPI tintura () Chlorohex Degermante () Chlorohex Alcoólico () Chlorohex Aquoso () Álcool 70% () Benjoin () Outros _____
	Equipamentos e acessórios Aparelho de anestesia: _____ Capnógrafo: _____ Bomba de infusão: _____ Oxímetro: () MSD () MSE () MID () MIE Bisturi elétrico _____ nº _____ Bipolar: _____ nº _____ Outros: _____ () colchão de transferência de obeso () Colchão térmico início: _____ h término: _____ h () Manta térmica início: _____ h término: _____ h () Aparelhos/materiais trazidos por terceiros: _____ Resp: _____
Sinais vitais na admissão: P _____ bpm PA _____ mmhg Sat O ₂ _____ %	
<input type="checkbox"/> Placa de Bist. Elétrico () ad. () inf () neo	
<input type="checkbox"/> Eletrodo () ad. () inf () neo	
<input type="checkbox"/> Garrote In: _____ h Pneumático T: _____ h () Sim () Não	
<input type="checkbox"/> Incisão Cirúrgica () Sim () Não	

AUTORIA

Ana Lucia Mirancos Cunha

Enfermeira-coordenadora do Bloco Operatório do Hospital Sírio-Libanês; mestre em Enfermagem de Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; especialista em Centro Cirúrgico.

Andréa Alfaya Acunã

Enfermeira do Centro Cirúrgico e da Recuperação Anestésica do Hospital Sírio-Libanês; especialista em Centro Cirúrgico; docente da Universidade São Camilo.

Endereço para correspondência: Rua Cipriano Barata, 3.039, ap. 134, Ipiranga, São Paulo, SP - Tel.: (11) 9407-4957

E-mail: andreaalfaya@superig.com.br

Daniela Magalhães Bispo

Enfermeira do Centro Cirúrgico e da Recuperação Anestésica do Hospital Sírio-Libanês.

REPROCESSAMENTO DE INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO – ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS E DA QUALIDADE

- Odontological Instrumentation Reprocessing – Procedure and Quality Analysis
- Reprocesamiento de Instrumental Odontológico – Análisis de los Procedimientos y Calidad

Ana Cláudia Rodrigues Cardoso • Dulce Aparecida Martins

Resumo – A área da saúde vem incorporando a prática de trabalhar com a transdisciplinaridade, principalmente na questão do controle de infecção. Nesse sentido, a presente pesquisa surgiu de reflexões sobre o reprocessamento do instrumental odontológico de uma instituição de ensino. Fizemos um estudo descritivo, transversal e qualitativo, no qual observamos a estrutura física do Centro de Material e Esterilização local, o fluxograma e o armazenamento do material, o ambiente de trabalho dos funcionários e a análise dos controles de qualidade. Verificamos que os procedimentos avaliados divergiam das recomendações técnicas da literatura e das normas de vigilância sanitária vigentes no País e que, portanto, estavam comprometendo a qualidade da esterilização.

Palavras-chave – Odontologia; esterilização; infecção hospitalar.

Abstract – The healthcare area has been incorporating the practice of working with the transdisciplinarity, mainly in the infection control issue. In this way, the present article came up from reflections on the Odontologic instrumentation reprocessing of a teaching institution. It is about a descriptive, transversal and qualitative study, where the CME physical structure, the itinerary and material storage, the employees's work environment and the quality control analysis were observed. We are able to state that the procedures analysed are in disagreement from the technical recommendations of

the literature and from the current sanitary inspection regulation of the country, jeopardizing the sterilization quality.

Key words – Dentistry; sterilization; cross infection.

Resumen – En el área de salud se viene incorporando la práctica de trabajar con la transdisciplinaridad, principalmente en la cuestión del control de infección. En este sentido, el presente estudio surgió de reflexiones sobre el reprocesamiento del instrumental odontológico de una institución de enseñanza. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y cualitativo, donde se observó la estructura física del CME, el fluxograma y almacenamiento del material, el ambiente de trabajo de los funcionarios y análisis del control de calidad. Se verificó que los procedimientos analizados están divergentes a las recomendaciones técnicas de la literatura y las normas de vigilancia sanitaria vigentes en el país, comprometiendo la calidad de la esterilización.

Palabras-clave – Odontología; esterilización; infección hospitalar.

INTRODUÇÃO

A cavidade oral é uma região que se caracteriza por apresentar uma microbiota residente, um fato relevante e que deve ser compreendido para auxiliar a discussão sobre a natureza e as implicações dos procedimentos odontológicos. Aproximadamente 300 espécies de mi-

croorganismos são encontradas na boca, entre protozoários, vírus, fungos e, sobretudo, bactérias⁽¹⁾.

É necessário relacionar a microbiota da cavidade oral e o risco de transmissão de microrganismos potencialmente letais pelos instrumentos contaminados, como os vírus das hepatites B e C e o da imunodeficiência humana (HIV), com os processos de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos odontológicos utilizados diretamente nos pacientes, assim como com as medidas de prevenção para a realização dos procedimentos. É não se pode deixar de mencionar que os membros da equipe de odontólogos, equipamentos e pacientes também fazem parte da via de contaminação.

A contaminação cruzada, no ambiente clínico, é definida como a transmissão de agentes infecciosos entre pacientes e equipe (forma direta) ou por meio de objetos contaminados (forma indireta)⁽²⁾.

Atualmente, as medidas preventivas básicas para o controle das infecções incluem lavagem das mãos, imunização dos profissionais, uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPIs), técnicas assépticas, limpeza e desinfecção de superfícies e processamento dos artigos.

O Centro de Material e Esterilização (CME) surgiu em consequência da evolução da cirurgia. Com o avanço

das técnicas cirúrgicas, foi crescendo a necessidade de aprimorar os cuidados com os materiais empregados. A necessidade de centralizar atividades como processos de limpeza, preparo, esterilização e armazenamento dos artigos e, conseqüentemente, de ter pessoal capacitado para tais atribuições deu origem a esse setor⁽³⁾.

Convém ressaltar que o CME precisa de uma estrutura física mínima concordante com a RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002⁽⁴⁾, para realizar suas atividades, a qual deve contemplar a segurança na execução das rotinas e do acondicionamento dos itens contaminados, o fluxo e o transporte adequados desses materiais, um local condizente com as normas para diminuir a disseminação de germes, a orientação da manipulação de instrumentos – contaminados ou limpos – e a monitorização do processo⁽⁴⁾.

Com base nesse contexto, o presente estudo foi realizado em um hospital-escola que possui clínicas odontológicas, no interior de Minas Gerais, com a finalidade de efetuar um diagnóstico do processamento dos materiais odontológicos e disponibilizar sugestões de intervenção nessa prática.

OBJETIVOS

- Observar as etapas do reprocessamento dos materiais no setor;
- Comparar a estrutura, o fluxograma e os processos de esterilização dos materiais do CME com as normas vigentes de controle de infecção.

METODOLOGIA

Este estudo, de natureza descritiva, transversal e qualitativa, observou a estrutura física do CME, o fluxograma e o armazenamento de materiais, o ambiente

de trabalho dos funcionários e a análise dos controles físicos, químicos e biológicos para as estufas e as autoclaves. Os requisitos exigidos pela Resolução no 196/96 foram atendidos.

A coleta de dados seguiu um roteiro preestabelecido e se constituiu de 20 visitas ao CME do hospital-escola, feitas em um período de 12 meses, de junho de 2004 a junho de 2005, pela acadêmica de Enfermagem que assina a presente pesquisa. Em cada oportunidade, foram avaliados aspectos como o fluxograma do material e da estrutura física, a inspeção das estufas e da autoclave, o uso de EPIs pelos funcionários, a limpeza de superfícies, a contagem de conjuntos de instrumental/dia, a validação dos materiais, as embalagens e o número de controles físicos, químicos e biológicos efetuados.

RESULTADOS

O CME estudado fica situado em um andar térreo, próximo à recepção para a triagem dos pacientes, ao ambulatório (clínica) de atendimento odontológico, onde se realizam limpezas, restaurações e extrações de dentes, à clínica (sala) cirúrgica e à sala de raios X. Funciona oito horas por dia, das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas, com intervalo para almoço entre 11 e 13 horas.

Durante as visitas, anotamos os tipos de embalagem utilizados e a quantidade e a frequência com que eram deixados no setor para o reprocessamento.

Os alunos entregavam a caixa com os instrumentais para esterilização, assinavam o livro de controle de entrada desse material e, depois, buscavam-na para utilizar os itens no momento da consulta ou, então, para guardá-la nos escaninhos metálicos que ficam do lado externo do

prédio das clínicas, um local também usado para outros fins.

Os materiais esterilizados no CME incluíam instrumentais odontológicos de alunos e da própria instituição. Os artigos eram acondicionados em caixas metálicas, algumas com perfurações e outras totalmente vedadas, embaladas em diferentes invólucros, sem padronização. Notamos que não havia registro dos itens pertencentes ao patrimônio do hospital.

A única autoclave em funcionamento, do tipo gravitacional (vertical), tinha frequência de ciclos de cinco a seis vezes ao dia, nos quais se esterilizavam materiais como caixas metálicas com instrumentais dentários, toucas, aventais, compressas e campos cirúrgicos.

Constatamos que os testes biológicos ou químicos para a validação do funcionamento das autoclaves e das estufas não eram efetuados. Além disso, os pacotes não continham fita termossensível para indicar se os materiais haviam sofrido contato com calor e não apresentavam identificação a respeito de data de esterilização, validade, lote e tipo de item esterilizado.

Observamos ainda um grande trânsito de pacientes, alunos, professores, funcionários de outros departamentos e visitantes no setor, que, por sua vez, não possuía arquitetura interna, dimensões e instalações condizentes com as determinações da RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002⁽⁴⁾.

A limpeza do local era feita por uma empresa terceirizada, que, no entanto, não recebia orientações específicas para realizar esse procedimento, o que é altamente necessário em se tratando de uma área crítica como o Centro de Material

e Esterilização.

À época da coleta de dados, dois funcionários do setor não tinham capacitação apropriada para o trabalho que exerciam e não recebiam aperfeiçoamento periódico. Não observamos o uso de equipamentos de proteção individual pela equipe. Eventualmente, notamos que a área alocava dois trabalhadores para substituir as ausências ou para agilizar o processamento dos materiais, a fim de entregá-los a tempo aos ambulatórios e/ou aos alunos. Além do mais, a unidade não contava com um responsável técnico permanente para sua coordenação.

DISCUSSÃO

Quanto à localização, o CME avaliado está próximo dos serviços que dele necessitam, porém percebemos que havia um fluxo local de pessoas além do recomendado, o que pode gerar contaminação do ar e diminuir a eficácia dos itens processados⁽⁵⁾.

Constatamos, assim, a necessidade de adequação da planta física, de forma a atender às seguintes características: paredes e piso resistentes, laváveis, de fácil limpeza e lisos, de modo que não propiciem o acúmulo de sujidade e umidade; janelas grandes (duplas), altas e com telas; sistema adequado de exaustão, ventilação e iluminação; pia e bancada de trabalho apropriados para permitir um fluxo contínuo, sem cruzamento do material limpo com o contaminado; e, por fim, barreira física para separar a área limpa da contaminada⁽³⁻⁶⁾.

Por sua vez, os profissionais responsáveis pelo processamento de artigos odontológicos precisam possuir documento de habilitação profissional, com registro, expedição e inscrição nos conselhos regionais⁽⁷⁾, e devem ser técnicos e auxiliares

de Enfermagem, atendentes de consultório dentários (ACD) ou técnicos de higiene dentária (THD), tendo a coordenação de um enfermeiro ou de um cirurgião-dentista capacitado para atuar nessa área. O aprimoramento dos recursos humanos exige supervisão contínua, treinamento e educação continuada, com atualização em temas relacionados com controle de infecção e/ou biossegurança⁽³⁻⁴⁾. O uso de equipamentos de proteção individual, tais como luvas, máscara, óculos, gorro e avental impermeável para a higienização dos artigos, é obrigatório para a realização dos procedimentos, desde o momento da limpeza até o armazenamento dos itens, o que não foi observado no setor.

Já a seleção de embalagens de materiais deve atender a diversos requisitos, levando em conta sua capacidade de funcionar como barreira microbiana, de permitir a penetração e a remoção do ar e de resistir à água, a rasgos e a perfurações, além de avaliar se o invólucro é isento de furos e livre de resíduos tóxicos, a exemplo de corantes, alvejantes e amido, se evita a liberação de fibras ou partículas, se tem relação custo-benefício positiva e se pode ser facilmente obtido no mercado, entre outros detalhes⁽³⁾. Contudo, não encontramos tais características no CME do hospital estudado, o que pode comprometer a qualidade do serviço prestado.

Uma opção adequada de embalagem para o processo de esterilização a vapor é o tecido duplo de algodão cru para envolver a caixa metálica, desde que ela esteja sem tampa ou que seja perfurada, com a desvantagem da limitação quanto ao controle de vida útil do tecido, ou seja, para garantir a barreira microbiana, há um número máximo de ciclos de reprocessamento dos campos de algodão⁽⁴⁾. Outros invólucros indicados para calor

úmido incluem o papel crepado, o grau cirúrgico e o SMS (não-tecido), todos eles apropriados para embalagem de campos e paramentação cirúrgica, além do contêiner rígido⁽³⁾.

Convém acrescentar que, após o ciclo na autoclave, os pacotes ainda quentes não devem ser colocados sobre superfícies frias, uma vez que existe a possibilidade de os itens ainda conterem alguma quantidade de vapor que pode se condensar, tornando-os úmidos e favorecendo uma nova contaminação^(3-4, 8-9).

O controle da qualidade da esterilização é outro ponto importante. Durante as visitas, não verificamos esse monitoramento, que pode ser feito por métodos físicos, químicos e biológicos e serve para assegurar que todas as etapas anteriores foram bem-sucedidas. Os testes químicos, por exemplo, conseguem indicar potencial falha no processo, pois a fita termossensível ajuda a diferenciar os materiais esterilizados dos não esterilizados⁽¹⁰⁾.

Já em relação à validade da esterilização, esse prazo depende do tipo de embalagem empregado, das condições de armazenamento e transporte, do número de vezes em que o pacote foi manuseado e das pessoas que o manipularam antes do uso⁽¹¹⁾.

No que diz respeito à contagem de instrumentais, uma forma de controlar a entrada e a saída dos materiais do CME é usar um caderno com folhas numeradas para cada período/turma do curso, de modo que os números sirvam de código/inscrição para os alunos. Outra opção é separar as turmas de acordo com canetas de cores diferentes ou de fitas adesivas coloridas, com uma cor para cada turma. O controle dos itens pertencentes ao hospital também é necessário, visto

que muitos fazem parte do patrimônio da instituição, mas esse cuidado não foi observado durante as visitas ao setor.

Por fim, a limpeza do CME deve ser feita diariamente e de forma geral por profissionais capacitados, incluindo a higienização de pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários, assim como o esvaziamento e a troca de recipientes de lixo e arrumação em geral⁽¹²⁾.

CONCLUSÃO

No que diz respeito à limpeza e ao reprocessamento dos materiais, encontramos procedimentos divergentes das recomendações técnicas da literatura e das normas de vigilância sanitária do País,

criando, assim, uma incompatibilidade com a qualidade da esterilização.

Verificamos falhas nas etapas do processamento dos instrumentais odontológicos quanto à esterilização e ao armazenamento. A área física do CME avaliado não oferecia fluxo contínuo e unidirecional de material, o que impediria o cruzamento de materiais não esterilizados com os já esterilizados, bem como evitaria que o funcionário da área contaminada transistasse pela área limpa e vice-versa.

Constatamos ainda a necessidade de restringir o acesso de pessoal ao local destinado ao armazenamento no CME do hospital-escola estudado, assim como de efetuar algum controle de validação da esterilização – físico, químico ou bio-

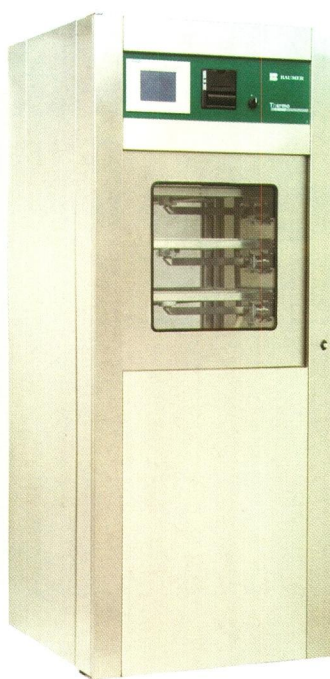
lógico – e de adequar e uniformizar as embalagens adotadas, de acordo com as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Recomendamos também que os funcionários designados para o trabalho no CME local sejam capacitados para tal serviço e que a área tenha um profissional capaz de gerenciar as dificuldades, assumindo a responsabilidade pela coordenação do setor e proporcionando qualidade do serviço à clientela envolvida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Controle de infecção na prática odontológica. São Paulo; 2000.

Inovação e qualidade
ao seu alcance.



COMANDO

Permite armazenagem de 30 ciclos configuráveis pelo usuário e definição do tempo e temperatura nas fases do processo.

SEGURANÇA

Prevê alarmes sonoros e visuais, que impedem a abertura simultânea das portas.

TERMODESINFECTORA

Praticidade sem riscos ocupacionais.
Manutenção facilitada.
Alto desempenho para lavagem e secagem.
Flexibilidade na programação.
Cálculo de letalidade de desinfecção (A_0).

NORMA ATENDIDA

- ISO 15883-01 1ed. 28/10/1999.



Baumer S.A.

Customer Service/Comercial:

F: 55 (11) 3670.0000 • Fax: 55 (11) 3670.0053

www.baumer.com.br

e-mail: cmlbh@baumer.com.br

STIC | Controle de Contaminação e Sistemas Térmicos

2. Samaranayake LP, Scheutz F, Cottone JA. Controle da infecção para a equipe odontológica. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1995.
3. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Manual de Práticas Recomendadas. 2ª ed. São Paulo: 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [resolução na internet]. Brasília; 2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construção e instalação de serviços de saúde. 2ª ed. Brasília; 1987. (Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 4).
6. Gabrielloni MC, Pinter MG. Central de material e esterilização. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. P. 1.041-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Arquitetura na prevenção de infecção hospitalar: textos de apoio à programação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília; 1995. (Série Saúde & Tecnologia).
8. Souza ACS, Bento DA, Pimenta FC. Rotina de procedimentos de descontaminação das clínicas da ABO-Goiás. 2ª ed. Goiás; 1998.
9. Graziano KU, Graziano RW, Rodrigues L, Barros ER. Serviço de odontologia. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. P. 861-81.
10. Graziano KU, Silva A, Bianchi ERF. Limpeza, desinfecção, esterilização de artigos e anti-sepsia. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. P. 266-305.
11. Cunha AF et al. Recomendações práticas para processos de esterilização em estabelecimentos de saúde. Campinas: Comedi; 2000.
12. Yamaushi NI, Lacerda RA, Gabrielloni MC. Limpeza hospitalar. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. P. 1.141-55.

Este artigo foi apresentado na conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

AUTORIA

Ana Cláudia Rodrigues Cardoso

Acadêmica do oitavo período de graduação em Enfermagem da UFVJM.

Dulce Aparecida Martins

Enfermeira; mestre em Enfermagem Psiquiátrica; professora-assistente do Departamento de Enfermagem da UFVJM (orientadora do artigo).

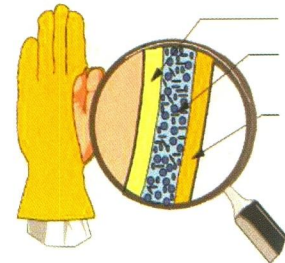
Endereço para correspondência: Rua dos Jasmins, 131, Jasmins, Diamantina - MG - CEP: 39100-000

Tel.: (38) 3531-1811, ramal 202

E-mail: dulcediamanti@yahoo.com.br

CHEGA AO BRASIL A LUVA CIRÚRGICA G-VIR, CAPAZ DE IMPEDIR CONTÁGIO POR VÍRUS EM CASO DE PERFURAÇÃO ACIDENTAL

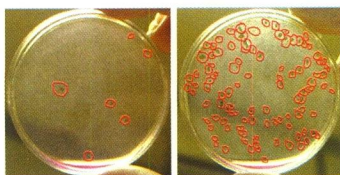
Trata-se de um produto de nova geração, que protege os profissionais de saúde neutralizando as cargas viróticas dos instrumentos contaminados.



Anualmente, centenas de profissionais contagiam-se no Brasil por meio de agulhas, bisturis, tubos capilares de vidro e até fragmentos de ossos, pondo em risco também as pessoas de seu convívio e os próprios pacientes. Dentre tais ameaças, figuram o HIV, com alto índice de ocorrências na população; a Hepatite C – doença de longa incubação assintomática (até 10 anos), já identificável em cerca de 1,8% das pessoas no Brasil e até o momento sem cura –; e até mesmo a Gripe Aviária, todas elas demandando altos custos para tratamentos que desgastam as vítimas e nem sempre chegam a êxito. A partir de intensas pesquisas, a francesa Hutchinson Santé, subsidiária do grupo Hutchinson, desenvolveu a luva ativa G-VIR, a primeira projetada para reduzir drasticamente os riscos de contaminação quando perfurada em diversos tipos de procedimentos médicos. Essa conquista tecnológica acaba de chegar ao Brasil, por meio da Mucambo S/A, indústria do grupo Hutchinson no País, com 57 anos de credibilidade no segmento de luvas cirúrgicas e de procedimento. A luva G-VIR é composta por três camadas, como um “sanduíche” de 0,5 mm totais de espessura, o equivalente a uma luva dupla: as camadas externa e interna, de alta resistência à perfuração, e a camada central (aproximadamente 0,25 mm) com a inovadora frente de resistência biológica, que contém 8 ml de líquido desinfetante distribuídos homogeneamente por cerca de 300 milhões de microgotas separadas entre si por finíssimas paredes de elastômero.

Como a G-VIR Protege

O desinfetante – uma mistura de dois amônios quaternários (cloreto de didicildimetil amônio e cloreto de benzalcônio) com o digluconato de clorexidina – é comprovadamente eficiente no bloqueio dos vírus “encapsulados**”, como os causadores de AIDS, Hepatite C, Gripe Aviária, Herpes Simplex, Raiva, Chikungunya, entre outras doenças. Quando um ponto da luva é pressionado pelo objeto perfurante, entra em ação o mecanismo exclusivo que aumenta a quantidade de líquido desinfetante disponível no ponto ameaçado de rompimento, de forma semelhante a uma laranja descascada, cujos poros da pele induzem o líquido sob pressão, que pode ser esguichado a uma distância de vários metros. Assim, a energia elástica da luva exerce pressão sobre o detergente, projetando-o com vigor no ponto da perfuração, atingindo a parte interior de uma agulha oca, por exemplo. Quando o instrumento perfurocortante ultrapassa a camada central com detergente, enfrenta ainda a resistência da última camada, podendo não atingir a pele. Caso atinja, já estará biologicamente tratado pela química desinfetante. A rápida ação físico-química dos detergentes da G-VIR destrói as cápsulas dos vírus, tornando-os, assim, inativos**. Além da ação do desinfetante sobre os vírus, a pressão do jato contrapõe-se ao fluxo infectado; interrompendo-o*.



Redução Viral Reconhecida Internacionalmente

A performance biológica da luva da G-VIR – que apresenta uma redução média de 80% da carga viral transmitida, quando comparada ao uso de dois pares de luvas sobrepostas – foi avaliada in vivo e in vitro por meio de métodos experimentais publicados no Journal of Medical Virology (2003, Vol 69, 538-545). Essa redução significa que, em caso de perfuração por agulha de 22G de diâmetro – o pior caso tomado como exemplo –, ainda que o paciente apresente uma alta taxa viral (vários milhões de cópias por milímetro), o número de vírus potencialmente transmissíveis permanecerá muito baixo, em cerca de cem, ou no máximo, algumas centenas. Antes de sua colocação no mercado, a G-VIR foi testada nos serviços de cirurgias viscerais de urgência do Pr. J-L Caillot (CHU Lyon Sul) em 100 pacientes. Em junho de 2006, 618 membros de equipes médicas de mais de 85 hospitais franceses, entre ortopedistas, ginecologistas, obstetras, profissionais de cirurgias (urológicas, viscerais, cardíacas, torácicas e plásticas) e enfermeiros de salas de cirurgia usaram e avaliaram a luva G-VIR em intervenções cirúrgicas com aprovação absoluta, inclusive quanto a características como elasticidade, movimentação, destreza e sensação tátil.

Produto de Tecnologia Global

A luva G-VIR não contém pó de talco ou amido. Também não contém látex de borracha natural, nem agentes de vulcanização, podendo, portanto, ser utilizada mesmo por profissionais sujeitos a alergias dos tipos I e IV – o que satisfaz as exigências da norma de biocompatibilidade NF EN ISO 10993. A Hutchinson, subsidiária do grupo TOTAL, é constituída na Europa e mantém fábricas também na América do Norte, na América do Sul e na Ásia, empregando atualmente 25.800 funcionários em 119 unidades operacionais de 25 países. Por meio da Mucambo S.A., subsidiária do grupo Hutchinson e filial da líder mundial em luvas profissionais - Mapa Spontex, o mercado brasileiro pode agora contar com G-Vir, a mais alta tecnologia desenvolvida em luvas cirúrgicas.

Publicações Científicas Internacionais

(*) O mecanismo que provoca o jato de detergente sobre o ponto da luva onde o instrumento perfurocortante exerce pressão foi publicado no periódico Nature Materials (P. Sonntag et al., Biocide squirting from an elastometric film, 2004, 3, No. 5, 311-315).

(**) Sobre a ação de detergentes da G-Vir sobre a parede fosfolípide dos vírus mencionados: (Lasch, J, Interaction of detergent with lipid vesicles. Biophys. Acta, 1995, 1241, 269).

Mais informações: www.g-vir.com.br ou 0800-7074435

TRANSPLANTE HEPÁTICO: PROBLEMAS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO

- Liver Transplant: Nursing Problems with Post-Operative Patients
- Transplante Hepático: Problemas de Enfermería en Pacientes de Postoperatorio

Telma Christina do Campo Silva • Rachel de Carvalho

Resumo – Este trabalho teve a finalidade de levantar os problemas de Enfermagem na Clínica Cirúrgica, de forma a oferecer elementos para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. O objetivo foi identificar o perfil epidemiológico de pacientes submetidos ao transplante hepático e os problemas de Enfermagem no período pós-operatório imediato. Para tanto, utilizamos a análise retrospectiva do prontuário digitalizado de indivíduos que receberam transplante de fígado no período de um ano. No total, identificamos 312 problemas de Enfermagem em 35 pessoas que passaram por esse procedimento, os quais estavam principalmente associados aos sistemas gastrointestinal, respiratório, cutaneomucoso e neurológico. As ocorrências de maior incidência incluíram abdome globoso e doloroso à palpação, oligúria, incisão cirúrgica serossanguinolenta, icterícia e prurido, períodos de confusão, murmúrios vesiculares diminuídos e edema.

Palavras-chave – transplante de fígado; hepatopatias; Enfermagem; paciente.

Abstract – The aim of this study is to raise the problems of Nursing in the surgical clinic providing elements for the Systematization of Nursing Assistance. The objectives were: to identify the epidemiological profile and the Nursing problems in the immediate post-surgical period of patients submitted to liver transplant. A retrospective analysis was used through access to medical records of patients submitted to liver transplant

during a one-year period, in which 35 patients were submitted to the procedure. A total of 312 Nursing problems was identified. The systems with the largest number of associated problems were: gastro-intestinal, respiratory, cutaneous-mucous, and neurological. The Nursing problems that presented greater frequency were: abdomen tender to palpation and swollen, oliguria, serosanguineous surgical incision, jaundice and itching, periods of confusion, reduced vesicular murmurs and edema.

Key words – liver transplant; hepatopathies; Nursing; patient.

Resumen – Este trabajo tuvo por finalidad pesquisar los problemas de Enfermería en la clínica quirúrgica ofreciendo elementos para la Sistematización de la Atención en Enfermería. Los objetivos fueron identificar el perfil epidemiológico y los problemas de Enfermería en el período postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a transplante hepático. Se utilizó el análisis retrospectivo accediendo a la ficha digitalizada de pacientes sometidos a transplante hepático en el período de un año, durante el cual 35 pacientes fueron sometidos al procedimiento. Se identificaron 312 problemas de Enfermería. Los sistemas que presentaron un mayor número de problemas asociados fueron el gastrointestinal, respiratorio, cutáneo mucoso y neurológico, y los problemas de enfermería de mayor incidencia fueron abdomen globoso y doloroso a la palpación,

oliguria, incisión quirúrgica serosanguinolenta, ictericia y prurito, períodos de confusión, murmúrios vesiculares disminuidos y edema.

Palabras clave – transplante de hígado; hepatopatías; Enfermería; paciente.

INTRODUÇÃO

O transplante de fígado é uma modalidade terapêutica que possibilita a reversão do quadro terminal de um paciente com doença hepática. Em muitas situações, esse procedimento constitui-se no único tratamento para portadores de patologias em que há dano irreversível de algum órgão ou tecido.

O primeiro transplante hepático em humanos ocorreu em 1963 e o primeiro que teve sucesso só veio a ser realizado quatro anos depois, em 1967, ambos nos Estados Unidos^(1,2). O surgimento da ciclosporina, em 1977, marcou definitivamente a história de tais cirurgias e possibilitou o controle das rejeições e das infecções oportunistas⁽²⁾. No Brasil, o primeiro transplante hepático bem-sucedido foi feito pelo professor Silvano Raia, em setembro de 1985, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

As modalidades de transplante variam conforme o tipo de doador e o local do enxerto. No primeiro caso, consideram-se o doador cadáver, o vivo, o dominó e o split⁽³⁾. Em relação à topografia em

que o enxerto costuma ser implantado, classificam-se os procedimentos em ortotópico, quando ocupa o sítio anatômico do órgão, e o heterotópico, quando se encontra em outras localizações⁽⁴⁾.

O transplante de fígado é compreendido como um processo dividido em quatro períodos consecutivos: a inclusão do paciente na lista de espera, o preparo e a espera para a realização da cirurgia, o transplante propriamente dito e o período pós-operatório⁽⁵⁾.

A indicação desse tipo de tratamento está reservada aos portadores de insuficiência hepática crônica terminal que tenham expectativa de vida inferior a 20%, ao fim de 12 meses, se não forem transplantados, e àqueles cuja progressão da doença hepática resulte em mortalidade que exceda a decorrente do próprio transplante. Basicamente, essa indicação objetiva prolongar a vida do paciente, proporcionando-lhe satisfatória qualidade de vida e recuperação de sua capacidade de trabalho⁽⁹⁾. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, o tempo médio na lista de espera é de aproximadamente 357 dias⁽⁶⁾.

De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), aproximadamente 7,5 mil transplantes são feitos a cada ano em cerca de 200 centros internacionais. No Brasil, há 25 instituições catalogadas para realizar o transplante de fígado⁽⁷⁾. A sobrevida relatada na literatura varia de 80% a 90%, nos dois primeiros anos depois do procedimento, e de 55% a 70%, em nove anos⁽⁸⁾.

A qualidade de vida após o transplante é um padrão para a avaliação da cirurgia, razão pela qual quem trabalha com esse tipo de procedimento precisa fazer uma

análise cuidadosa de tais doentes⁽⁸⁾. Ademais, nos aspectos psicológicos, os pacientes dos programas de transplante apresentam grande ansiedade e carência afetiva⁽⁵⁾.

O sucesso do pós-operatório baseia-se no manuseio do transplantado, tanto na sala de cirurgia quanto nos primeiros dias após o ato cirúrgico. Nesta última fase, rápidas modificações ocorrem na função hepática e o seguimento de tais acontecimentos depende da integração de um grupo de especialistas⁽⁵⁾.

A assistência a esse paciente deve ser altamente especializada, requerendo a atuação do enfermeiro nas diversas fases do processo e exigindo pessoal com capacitação específica. Contudo, a fragmentação do atendimento e do cuidado pode fazer com que esse profissional perca a noção do todo.

Ocorre que, muitas vezes, os enfermeiros que prestam assistência ao transplantado durante o período de internação desconhecem a assistência pré e pós-transplante efetuada no ambulatório. A falta de continuidade do trabalho e a ausência de integração entre os diferentes membros da equipe não asseguram a tais pacientes o recebimento das orientações necessárias⁽⁵⁾.

O presente trabalho, portanto, nasceu com a finalidade de apurar os problemas de Enfermagem na Clínica Cirúrgica e as ações necessárias à atuação do enfermeiro, de modo a oferecer elementos de análise para organizar e sistematizar, com segurança e efetividade, a assistência de Enfermagem aos pacientes submetidos ao transplante de fígado.

OBJETIVOS

Identificar o perfil epidemiológico dos

indivíduos submetidos ao transplante hepático;

Detectar os problemas de Enfermagem no período pós-operatório mediato de pacientes que passaram por essa cirurgia.

MATERIAL E MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Israelita Albert Einstein (Hiae), onde a maior parte dos transplantes de órgãos é custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com média de 7,5 transplantes de fígado mensais, 60% dos quais ortotópicos e com doador cadáver⁽¹⁰⁾.

A amostra do estudo reuniu a totalidade dos pacientes submetidos ao transplante hepático ortotópico no período de janeiro a dezembro de 2003.

O instrumento que elaboramos para a coleta de dados constou de duas partes: uma para identificar o perfil epidemiológico dos indivíduos investigados e outra para levantar os problemas de Enfermagem, seguindo o sentido cefalocaudal e utilizando o modelo do processo de Enfermagem proposto por Wanda Horta.

O levantamento das informações começou apenas após a aprovação do projeto pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (Fehiae) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hiae, assim como depois da autorização da coordenadora do Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) da instituição. Tivemos acesso ao prontuário retroativo digitalizado dos indivíduos que passaram pelo transplante hepático no período mencionado durante o segundo semestre de 2004, quando utilizamos os registros de Enfermagem das primeiras 24 horas de permanência

desses clientes na unidade de internação.

Analisamos os dados obtidos e os agrupamos por meio da medida estatística descritiva de comparação de frequência para apresentar o perfil epidemiológico dos sujeitos e os problemas de Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período determinado para o estudo, 35 pacientes foram submetidos ao transplante hepático. Destes, 62,86% (22) eram do sexo masculino, incidência confirmada pelo estudo de Machado et al.⁽¹¹⁾. Em relação à cor, 68,60% (24) eram brancos. A média de idade foi de 53 anos, com predominância de 34,30% (12) na faixa entre 60 e 70 anos. No estudo de Canero, Carvalho e Galdeano⁽¹⁰⁾, os transplantados tinham, em média, 44 anos.

Existem, atualmente, 19 centros que realizam transplantes de fígado no Brasil, dos quais dez se localizam na cidade de São Paulo⁽¹²⁾. A migração de pacientes para listas de grandes centros transplantadores é comum. Assim, verificamos que 22,86% (8) dos indivíduos dessa amostra provinham de outros Estados brasileiros, embora 77,14% (27) fossem mesmo do Estado de São Paulo.

Por conta da gravidade clínica resultante da hepatopatia e da carência de doadores, muitos pacientes apresentam patologias associadas ao transplante⁽³⁾. Neste estudo, a insuficiência renal aguda (IRA) teve maior incidência, com 28,57% (10), seguida do diabetes mellitus e da encefalopatia, cada qual com 25,71% (9).

Os dados obtidos confirmam a grande frequência, da ordem de 51,45%

(18), de transplantes hepáticos realizados em virtude de cirrose causada pelo vírus da hepatite C (VHC). De fato, a cirrose de etiologia viral constitui uma das principais indicações do transplante de fígado⁽¹²⁾.

A média do tempo de espera pelo transplante foi de 23,37 meses. As equipes transplantadoras vêm enfrentando, como desafio, a escassez de doadores de órgãos, visto que a demanda não é suficiente para atender todos os que necessitam dessa terapêutica. Dessa forma, muitos morrem na expectativa de um novo órgão⁽¹³⁾.

Em relação à modalidade do transplante, 60% (21) dos pacientes deste estudo receberam o enxerto de doadores cadáveres, comprovando que estes são a maior fonte de órgãos para o procedimento⁽³⁾. Moraes⁽¹³⁾ relatou que, apesar de a maioria dos estudantes permitir a colocação do carimbo de doador em seus documentos, o número de não-doadores ainda é muito grande.

A taxa de retransplante foi de 8,6% (3) e todos os casos se deveram à trombose da artéria hepática. Os problemas vasculares representam uma das mais sérias complicações no pós-operatório desses procedimentos, por conta da diferença que existe entre os vasos de doador e receptor e da dificuldade de anastomose⁽¹⁴⁾.

Da totalidade dos casos, 20% (7) evoluíram para óbito, mas apenas um deles teve associação com a trombose da artéria hepática. Vale esclarecer que 8,6% (3) dos indivíduos investigados vieram a morrer devido a choque séptico. No estudo de Coelho et al.⁽¹⁵⁾, a maioria dos óbitos ocorreu nos três primeiros meses após o transplante e foi causada por infecção, complicações téc-

nicas e não-funcionamento primário do enxerto.

O enfermeiro deve sempre investir esforços na identificação e na prevenção de complicações, bem como intervir para proporcionar recuperação integral e melhor qualidade de vida ao paciente que se submete ao transplante hepático⁽¹⁶⁾.

Após a caracterização da amostra e a leitura dos registros contidos no prontuário do paciente, identificamos 312 problemas de Enfermagem, que foram divididos em oito categorias e seguiram o modelo empregado para a técnica do exame físico, de acordo com os sistemas orgânicos e no sentido cefalocaudal.

Dessa forma, encontramos 40 problemas (12,8%) relacionados com o sistema neurológico, 21 (6,7%) com o sistema endócrino, 60 (19,2%) com o sistema respiratório, 24 (7,7%) com o sistema cardiovascular, 67 (21,5%) com o sistema gastrointestinal, 31 (9,9%) com o sistema geniturinário, 45 (14,4%) com o sistema cutaneomucoso e 24 (7,7%) com o sistema musculoesquelético. Analisando tais achados por sistemas orgânicos, verificamos que as ocorrências incidiram com maior frequência nos aparelhos gastrointestinal e respiratório.

Quanto às manifestações individuais, discutimos neste trabalho apenas os problemas de Enfermagem identificados em sete ou mais pacientes, apesar de termos relacionado todos os aspectos encontrados no quadro 1.

Sistema neurológico

Constatamos períodos de confusão em 18 pacientes e agitação psicomotora em dez deles. Na prática, muitos apresentam graus variáveis de encefalopatia hepática no período pós-operatório do

Quadro 1. Problemas de Enfermagem apresentados por pacientes no pós-operatório mediato de transplante hepático, segundo os sistemas orgânicos.

Sistema	n°	Sistema	n°
Neurológico		Gastrointestinal	
Períodos de confusão	18	Abdome globoso e doloroso	25
Agitação psicomotora	10	Incisão cirúrgica serossanguiolenta	21
Sonolência	5	Náuseas e vômitos	
Cefaléia	5	Diarréia	9
Disfasia	1	Ascite	6
Disartria	1		6
Subtotal	40		67
Endócrino		Geniturinário	
Hiperglicemia	20	Oligúria	23
Hipoglicemia	1	Edema escrotal e peniano	6
		Edema de grandes lábios	2
Subtotal	21		31
Respiratório		Cutaneomucoso	
Murmúrios vesiculares diminuídos	18	Icterícia e prurido	19
Tosse seca	16	Hematoma em membros superiores	15
Taquipnéia	16	Anasarca	
Tosse produtiva	6	Hipertermia	7
Dispneia	4		4
Subtotal	60		45
Cardiovascular		Musculoesquelético	
Hipertensão	14	Edema de membros	18
Taquicardia	7	Astenia	6
Hipotensão	3		
Subtotal	24		24

transplante em decorrência da concentração aumentada de amônia e de outros metabolitos tóxicos no sangue, o que provoca lesão e disfunção cerebral. Dessa forma, o indivíduo passa por períodos de confusão e por alterações de humor e do padrão de sono, ou seja, tende a dormir de dia e a ficar agitado e ter insônia à noite⁽¹⁴⁾.

Sistema endócrino

Os picos de hiperglicemia estiveram presentes em 20 pacientes e se deveram aos efeitos intrínsecos dos imunossupressores, ao aumento da resistência à insulina e possivelmente aos efeitos tóxicos diretos sobre as células das ilhotas pancreáticas. A hiperglicemia ocorre no período pós-operatório, podendo comportar-se como simples intolerância transitória à glicose, reque-rendo o uso temporário da insulina. A minoria dos pacientes precisa da utilização permanente desse hormônio⁽¹⁷⁾.

Sistema respiratório

Observamos murmúrios vesiculares diminuídos em 18 pacien-tes, além de tosse seca e taquipnéia, cada qual incidindo em 16 sujeitos do estudo. As complicações do sistema respira-tório são comuns após o transplante, em razão da intoxica-

ção hídrica em indivíduos com insuficiência hepática terminal, associada a um certo grau de hiperhidratação decorrente da politransusão e dos freqüentes desequilíbrios hidroeletrólíticos intra-operatórios. O comprometimento da excursão diafragmática é bastante freqüente e se relaciona com o acúmulo de ascite, com a extensa manipulação cirúrgica do diafragma e com a lesão do nervo frênico durante o clampeamento da veia cava inferior supra-hepática⁽¹⁴⁾. Os murmúrios vesiculares reduzidos, a tosse seca e a taquipnéia provenientes da dor e da distensão abdominal devem ser tratados de forma intensiva, com fisioterapia respiratória. Na vigência de imunossupressão, as atelec-

tasias podem propiciar o aparecimento de pneumonias graves, de difícil tratamento⁽³⁾.

Sistema cardiovascular

Catorze pacientes apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS). Essa condição decorre da intensa vasoconstricção sistêmica que ocorre no pós-operatório do transplante hepático, somada à hiperhidratação do pós-operatório precoce e à retenção de sódio e água causada pela administração de corticóides e imunossupressores⁽³⁾. Como a hipertensão pode ser uma manifestação de toxicidade da ciclosporina, a adequação dos níveis séricos dessa substância é fundamental para o controle da pressão arterial. A circulação hiperdinâmica, a hipervolemia, as alterações no metabolismo de agentes vasoativos endógenos e os efeitos secundários da administração de drogas podem levar o indivíduo à taquicardia⁽¹⁴⁾, que, neste estudo, foi identifica-da em sete pacientes.

Sistema gastrointestinal

O abdome globoso e doloroso à palpação, presente em 25 das pessoas avaliadas, é uma condição bastante freqüente no pós-operatório de transplante de fígado, uma vez que, além do grande trauma cirúrgico sofrido, o paciente fica com a mo-

bilidade física deficiente e com a motilidade intestinal diminuída⁽³⁾. Em razão da extensão da ferida, do prolongado tempo operatório, dos distúrbios de coagulação intra-operatórios, da necessidade de abertura do tubo digestivo para a confecção da drenagem biliar e da imunossupressão associada, o transplante hepático é também um procedimento potencialmente contaminado e relacionado com freqüentes complicações incisivas. Tanto é assim que, nesta pesquisa, 21 pacientes tiveram secreção serossanguinolenta na incisão⁽¹⁴⁾. No pós-operatório dessa cirurgia, outras condições gastrointestinais, tais como náuseas e vômitos, detectados em nove indivíduos do presente estudo, redundam em diminuição da ingestão de alimentos, aumentando o risco de adquirir infecções pós-operatórias em decorrência da desnutrição⁽¹⁷⁾.

Sistema geniturinário

A oligúria apareceu em 23 dos pacientes estudados. Algum grau de disfunção renal sempre está presente no período pós-operatório do transplante. Em geral, a oligúria se instala em virtude da perda de sangue no intra-operatório⁽¹⁸⁾, sendo, porém, quase sempre autolimitada e não exigindo terapia específica. Apesar disso, deve-se garantir adequado volume intravascular e ótimo débito cardíaco⁽¹⁴⁾.

Sistema tegumentar

A icterícia e o prurido foram detectados em 19 pacientes. Essas complicações são comuns no pós-operatório do procedimento, visto que o enxerto, nessa fase, ainda não restabeleceu as funções hepáticas. A icterícia ocorre quando a concentração de bilirrubina no sangue está elevada de maneira anormal. Já o prurido é atribuído à retenção de sais biliares⁽¹⁴⁾ pelos indivíduos com disfunção hepática. Após o transplante, quando

o fígado recobra sua função, os sangramentos que ocorriam antes começam a diminuir, embora o paciente ainda apresente alterações na cascata de coagulação sanguínea⁽¹⁸⁾. Tanto é assim que, neste estudo, 15 transplantados apresentaram hematomas em membros superiores. A anasarca, por sua vez, foi observada em sete pacientes, tanto como resultado da administração excessiva de líquidos, principalmente hemocomponentes, quanto em associação ao comprometimento do mecanismo regulado⁽³⁾.

Sistema musculoesquelético

Dezoito pacientes tiveram edema em membros superiores e inferiores. De fato, muitos transplantados apresentam acúmulo de líquidos, sobretudo sob a forma de edema. Esse líquido começa a ser mobilizado cerca de 48 horas após o término do procedimento. Entretanto, em razão da hipoalbuminemia, da extensa área da dissecação cirúrgica e da administração de volume hipertônico durante a anestesia, assim como dos efeitos determinados pelo uso de imunossupressores e de altas doses de corticóides, o processo de redimensionamento do compartimento intersticial pode demorar algumas semanas⁽¹⁴⁾.

A caracterização de uma classe de pacientes submetidos a uma cirurgia tão complexa possibilitou-nos visualizar os principais problemas de Enfermagem que surgem nas primeiras 24 horas de permanência desses indivíduos na unidade de internação, no período pós-operatório mediato. Diante da grande complexidade de tais doentes, uma vez que estão permeados por complicações e acumulam internações recorrentes, faz-se necessária a construção de diretrizes para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. O levantamento dos problemas mencionados oferece a oportunidade de padronização das condutas dos

profissionais de Enfermagem e, ademais, a construção de parâmetros de qualidade para a assistência resulta na redução da possibilidade de complicações pós-operatórias.

CONCLUSÕES

A análise dos prontuários de 35 pacientes submetidos ao transplante hepático em 2003 permitiu-nos concluir que os sujeitos eram, em sua maioria, do sexo masculino e da cor branca, pertenciam à faixa etária entre 60 e 70 anos, provinham do Estado de São Paulo, apresentavam IRA como patologia associada, tinham indicação cirúrgica em decorrência da cirrose pelo VHC e haviam ficado, em média, 23,37 meses na lista de espera. Do total da amostra, 21 pacientes receberam o transplante de doador cadáver.

A análise dos dados obtidos pela coleta de informações referentes às anotações, evoluções e prescrições de Enfermagem revelou 312 problemas de Enfermagem, os quais seguiram o sentido cefalocaudal. Os sistemas gastrointestinal, respiratório, cutâneo-mucoso e neurológico tiveram o número mais elevado de ocorrências associadas. Os problemas de maior incidência incluíram abdome globoso e doloroso à palpação, oligúria, incisão cirúrgica serossanguinolenta, icterícia e prurido, períodos de confusão, murmúrios vesiculares diminuídos e edema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nehme CS. Histórico do transplante de fígado [texto na internet]. São Paulo; 2003 [citado em 2003 fev. 01]. Disponível em: <http://www.transpatica.org.br/frame5.htm>
2. Assis FN. Histórico do transplante de fígado [texto na internet]. São Pau-

lo; 2003 [citado em 2003 fev. 03]. Disponível em: <http://www.adote.org.br/projetos/doe/html>

3. Chapchap P, Carone E. Transplante hepático. In: Neumann J, Filho MA, Garcia VD. Transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Sarvier; 1997. P. 290-2.

4. Alfieri FJ, Mies S. Transplante de órgãos: bases fisiopatológicas e técnicas. In: Goffi FS, Gonçalves JJ, Benassi EL, Buenno ELR, Mies S, Alfieri FJ. Técnicas cirúrgicas: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 2001. P. 158-67.

5. Massarolo MCKB, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. Rev Lat-Am Enferm. 2000;8(4):66-72.

6. Neto BHF, Afonso RC, Saad WA. Situação do transplante hepático no Brasil: diagnóstico e tratamento, São Paulo. ABTO. 1999;4(3):7-10.

7. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro brasileiro de transplantes [homepage na internet]. São Paulo; 2003 [citado em 2004 out. 28]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/população/profissionais/gráficos.htm>

8. Udo EY, Boin IFSF, Biella S, Leonardi LS. Perfil socioeconômico dos receptores de fígado: correlação com aderência ao programa de transplante hepático. J Bras Transplantes 2001; 4(2):35-9.

9. Silva OCJ, Sankarankutty AK, Oliveria GR, Pacheco E, Ramalho FS, Sasso KD, et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. Acta Cir Bras. 2002;17(3):83-7.

10. Canero TR, Carvalho R, Galdeano LE. Nursing diagnoses for the immediate postoperative period of patients submitted to liver transplantation. Rev Einstein. 2004;2(2):100-4.

11. Machado MM, Rosa ACF, Barros N, Cerri LMO, Cerri GG. Coleção líquida adjacente ao ligamento falciforme em pacientes no pós-operatório imediato de transplante de fígado: achado ultra-sonográfico normal ou anormal? Estudo prospectivo. Radiol Bras. 2003;36(2):77-9.

12. Mies S. Transplante de fígado. Rev Assoc Med Bras. 1998;44:(2):127-34.

13. Moraes MW. Caracterização dos determinantes socioculturais que influenciam os adolescentes na atitude de ser "doador de órgãos" [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

14. Marujo WC, Barros MFA, Cury RA, Sette HJ. Transplante de fígado. In: Knobel E, Marujo WC, Barros MFA, Cury RA, Sette HJ, Ramalho AJ. Condutas no paciente grave. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 1998. P. 1.135-47.

15. Coelho JCU, Parolin MB, Matias JEF, Jorge FMF, Canan Junior LW. Causa de óbito tardio em transplantados de fígado. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(2):177-80.

16. Sasso KD, Azevedo MAJ. Assistência de Enfermagem no transplante de fígado: a importância do enfermeiro nessa modalidade terapêutica. Nursing (São Paulo). 2003;60(6):16-20.

17. Parolin MB, Zaina FE, Lopes

RW. Terapia nutricional no transplante hepático. Arq Gastroenterol. 2002;39(2):114-21.

18. Rocha ABL, Kina C, Lourenzen R, Silva SC. Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos ao transplante hepático: cuidados intensivos no pós-operatório. Nursing (São Paulo). 2000;32:18-22.

AUTORIA

Telma Christina do Campo Silva

Enfermeira assistencial do Hospital Alvorada – Santo Amaro; graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (Fehiae).

Endereço para correspondência: Avenida Grande São Paulo, 373, Parque Brasil, São Paulo - SP CEP: 04843-040

Tel.: (11) 5928-0194 (res.) / (11) 9700-0374 (cel.)

E-mail: telma.chris@bol.com.br

Rachel de Carvalho

Enfermeira; doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); docente da Fehiae e da Universidade Paulista (Unip).

Endereço para correspondência: Rua Peixoto Gomide, 459, ap.12, Cerqueira César, São Paulo - SP CEP: 01409-001

Tel.: (11) 3541-1040 (res.) / (11) 9545-9948 (cel.) / (11) 3746-1001 (com.)

E-mail: rachel@einstein.br

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OFERECIDA AO PACIENTE CIRÚRGICO: REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM

- Humanization of Care for the Surgical Patient: a Revision of Scientific Literature in Nursing
- Humanización de la Asistencia al Paciente Quirúrgico: Revisión de la Literatura Científica en la Enfermería

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

Resumo – O conceito de humanização é teorizado em diversas áreas do conhecimento. Na Enfermagem, recebe especial atenção por se tratar de uma profissão cujo foco de ação é o ser humano. Para conhecermos a assistência humanizada oferecida ao paciente cirúrgico, desenvolvemos a presente pesquisa com o objetivo de analisar a produção científica relacionada com esse tema nos periódicos nacionais de Enfermagem. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, que teve, como fonte, os artigos publicados por enfermeiros nas bases de dados Medline, Lilacs e PeriEnf. Do total dos trabalhos encontrados, nove referiam-se ao assunto proposto, dos quais seis (66,7%) tratavam da humanização da assistência como tema principal, dois enfocavam a tecnologia e o profissional de Enfermagem (22,3%) e um apresentava abordagem teórica para a análise do tema (11,0%). Pudemos observar, com os resultados alcançados, que a humanização ainda necessita de estudo e desenvolvimento na prática da Enfermagem Perioperatória, devendo ser assumida dentro das instituições competentes como algo que urge ser efetivado.

Palavras-chave – Humanização; assistência humanizada; Enfermagem Cirúrgica; Enfermagem Perioperatória; Enfermagem de Centro Cirúrgico.

Abstract – The concept of humanization

is theorized in different areas of knowledge. In nursing, it receives special attention for dealing with a profession that has the human being as its main focus of action. With the intention of knowing the humanized assistance offered to the surgical patient, this research was developed with the goal of analyzing scientific papers related to the assistance for surgery patients in the national Nursing periodicals, published by nurses. A descriptive bibliographical research was done, with a quantitative approach, having been pulled from a database of articles published by Medline, Lilacs e PeriEnf. From the total articles found, nine referred to the proposed theme, six (66,7%) had the humanization of assistance as its focus point, two focused in technology and the Nursing professional (22,3%), and one with a theoretical approach for the analysis of the theme (11,0%). As a result, it was observed that this theme needs further study and development in the practice of Peri-Operating Nursing and be implemented in proficient institutions, as something requiring pressing consideration.

Key words – Humanization; humanization of assistance; Perioperative Nursing, Operating Room Nursing; Surgical Nursing.

Resumen – El concepto de la humanización es teorizado en diversas áreas del conocimiento, y en la enfermería tiene

especial atención por tratarse de una profesión que tiene como foco de acción el ser humano. Con el intento de conocer la asistencia humanizada ofrecida al paciente quirúrgico, fue desarrollada esta investigación con el objetivo de analizar la producción científica relacionada a la humanización de la asistencia al paciente quirúrgico en los periódicos nacionales de Enfermería, publicados por los enfermeros. Para tanto fue realizada la investigación bibliográfica, de carácter descriptivo, con enfoque cuantitativo que tuvo como fuente de datos los artículos publicados en la base de datos Medline, Lilacs y PeriEnf. Del total (9 / 100%) de los artículos encontrados se refieren al tema propuesto, 6 (66,7%) tenían como tema principal la humanización de la asistencia, 2 (22,3%) con enfoque en la tecnología y el profesional de enfermería y 01 (11,0%) con abordaje teórico para análisis del tema. Se puede observar con los resultados alcanzados que el tema todavía debe de ser estudiado y desarrollado en la práctica de la Enfermería Perioperatoria y ser incorporado dentro de las instituciones competentes como algo que urge ser efectuado.

Palabras clave – Humanización; humanización de la atención; Enfermería Perioperatoria; Enfermería em Sala Quirúrgica; Enfermería Quirúrgica.

INTRODUÇÃO

A atividade profissional de Enfermagem caracteriza-se pela prestação de cuidados ao ser humano. O enfermeiro notabiliza-se por conseguir um contato mais freqüente com o paciente e, conseqüentemente, ao se tornar mais próximo, por apresentar maior potencial para compreender suas principais necessidades. Desse modo, compete a esse profissional a responsabilidade de conhecer e aplicar os preceitos de humanização nas práticas do cuidado.

Para Ferreira⁽¹⁾, o termo humanizar significa tornar humano, dar condições humanas, adquirir hábitos sociais e polidos. A grande dificuldade para a aplicação desse conceito está em sua própria definição. Entretanto, o primeiro passo para tal entendimento é a reflexão sobre como o outro gostaria de ser tratado ou cuidado. Para tanto, é necessário colocar-se no lugar dessa outra pessoa, a fim de compreender seus valores, e também fazer a inserção da assistência baseada na individualidade.

O conceito de humanização é teorizado em diversas áreas do conhecimento humano; entretanto, merece especial apreço quando mencionado na área da saúde. Fala-se muito em humanizar o cuidado, mas pouco se discute sobre os aspectos relacionados com esse preceito. Tratar um paciente de maneira humanizada requer atitudes simples, como dar atenção às suas dúvidas, dedicar-lhe tratamento individualizado, respeitar suas crenças e valores e apoiar sua família, que, afinal, deve ser entendida como uma continuidade do próprio cliente.

No mesmo contexto tem de ser especificamente mencionada a humanização dos profissionais de Enfermagem. De início, pode-se compreender que, para atuar

de maneira humanizada na prestação de cuidado a seus pacientes, o enfermeiro precisa estar imbuído desse conceito e, para tanto, é fundamental que essa característica tenha sido incitada durante sua formação profissional, ainda na graduação. Cabe, portanto, às instituições de ensino dispensar especial atenção à formação de pessoas que entendam a importância da aplicação do referido conceito na prática profissional.

No dia-a-dia da Enfermagem, a humanização é de fundamental importância, pois permite que sejam criados espaços de trabalho menos alienantes e nos quais haja valorização da dignidade humana, tanto do usuário dos serviços de saúde quanto do profissional que presta o serviço. Humanizar é, antes de tudo, uma tarefa que deve ser aplicada entre os próprios trabalhadores, uma vez que a integração do cuidado humanizado fica difícil se esse conceito não for uma premissa dos próprios integrantes da equipe.

O enfermeiro precisa compreender a necessidade de humanização nas relações de trabalho. Uma vez que, muitas vezes, age como um gerenciador da assistência, ao delegar as atividades para os membros da equipe, o enfermeiro não somente exige que o profissional cumpra as tarefas, mas que os princípios da ética sejam respeitados e que o cuidado seja oferecido com competência e segurança. Contudo, esse mesmo enfoque deve estar inserido entre os colaboradores da equipe de saúde. Ou seja, atuar de maneira humanizada estende-se às relações interpessoais, de modo a favorecer a construção de um ambiente mais harmônico e respeitoso entre os elementos que o compõem.

A temática da humanização da assistência aos usuários dos serviços de saúde

tem sido amplamente difundida. Observa-se que, em alguns setores de atendimento, os profissionais mostram-se cada vez mais empenhados em discutir meios para a concretização desse objetivo.

Com o intuito de aprimorar as relações entre o trabalhador de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)⁽²⁾. A iniciativa nasceu da avaliação dos serviços hospitalares, na qual a qualidade da atenção humana dispensada aos clientes se mostrou uma das questões críticas do sistema de saúde brasileiro. Os resultados dessa avaliação revelaram que a qualidade da atenção ao usuário, a forma de atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender as demandas e as expectativas do paciente chegam a ser mais valorizadas que a falta de médicos, de espaço físico nos hospitais e de medicamentos. Com esse programa, a aplicação dos preceitos de humanização passa a ser o eixo norteador das práticas de atenção e de gestão em todas as esferas de atendimento do Sistema Único de Saúde.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), um projeto semelhante foi desenvolvido pelo Comitê Humaniza HC⁽³⁾ com a intenção de difundir uma nova cultura de humanização na instituição, de melhorar a qualidade e a eficácia da atenção conferida aos usuários do hospital e de conceber e implantar novas iniciativas do gênero para beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.

Entende-se como forma de alcançar a humanização a troca de saber entre usuários e profissionais, o que resulta, des-

se modo, num verdadeiro trabalho em equipe. Além disso, ainda que a teorização sobre o tema seja de muita valia, é necessário o verdadeiro engajamento dos profissionais para que esse processo se torne cada vez mais parte de uma política constante e, sobretudo, norteadora dos serviços prestados.

O atendimento humanizado tem de ser uma prática presente, independentemente da área de atuação do enfermeiro. Em um setor específico, como o Centro Cirúrgico (CC), a implementação da assistência humanizada de Enfermagem deve estar relacionada com os diversos aspectos de expressão do cuidado. Pelas características das atividades realizadas e pela presença do paciente, o CC é um local gerador de insegurança e de temores dos mais variados graus. O medo da anestesia, a ameaça física e o desconhecimento do ambiente produzem estresse no paciente, podendo até interferir na realização do ato anestésico-cirúrgico⁽⁴⁾.

O atendimento humanizado em CC precisa ter, como preceitos, a manutenção da individualidade da pessoa hospitalizada e a preservação de sua intimidade, procurando evitar sua exposição a constrangimentos desnecessários, além de proporcionar-lhe segurança física e emocional. Para completar, a solicitude e o esclarecimento das dúvidas que podem surgir ao longo do processo cirúrgico devem estar inseridos entre os serviços prestados.

Segundo Castellanos e Jouclas⁽⁵⁾, o enfermeiro é responsável pelo cuidado do paciente em CC. Assim sendo, as atividades desenvolvidas com materiais, com equipamentos e com a equipe de Enfermagem tem de focar a segurança desse indivíduo, que, afinal, é o sujeito de todo o processo de trabalho.

Para prestar a assistência humanizada em CC, um aspecto essencial é o estabelecimento da interação enfermeiro-paciente, que deve ocorrer de forma efetiva, permitindo que o profissional exerça seu papel com satisfação, embasado no conhecimento científico⁽⁶⁾.

Conhecer como se dá a humanização da assistência de Enfermagem em CC é tornar-se ciente da maneira pela qual essa prática se desenvolve, é deixar evidente a qualidade do cuidado, é, enfim, tomar conhecimento dos valores aceitos e preconizados que estão envolvidos na ética profissional e na filosofia institucional.

OBJETIVO

Para conhecermos a assistência humanizada oferecida ao paciente cirúrgico, pautada pela literatura científica de Enfermagem, desenvolvemos esta pesquisa com o objetivo de analisar a produção científica dos enfermeiros relacionada com o tema em questão nos periódicos nacionais de Enfermagem.

METODOLOGIA

O presente estudo usou, como método, a pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, feita com abordagem quantitativa. Como fonte, utilizamos os artigos publicados nas bases de dados Medline (1966-2006), Lilacs e PeriEnf, mas sem levar em consideração a delimitação do tempo para a escolha dos trabalhos.

Para a localização dos artigos, empregamos as palavras-chave humanização, assistência humanizada e humanismo, conforme a apresentação do vocabulário contido nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), criados pela Bireme. Com esses termos, deparamo-nos com um total de 208 estudos, dos quais separamos somente os relacionados com a

Enfermagem Cirúrgica, com a Enfermagem Perioperatória e com a Enfermagem de Centro Cirúrgico. Após a leitura dos resumos, escolhemos nove artigos, uma vez que estavam associados com o tema em questão e continham, ao menos, um dos termos selecionados na apresentação do título.

A seleção das publicações foi feita de modo manual no acervo da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, onde encontramos todos os trabalhos necessários. Após essa etapa, partimos para a leitura dos textos e para sua classificação e análise sistematizada, conforme as categorias contidas no instrumento de coleta de dados (anexo 1):

- **Identificação do artigo** pelo nome e pelo periódico em que ele foi publicado;
- **Identificação dos autores** de acordo com sua formação, com sua titulação principal e com sua área de atuação;
- **Definição da área temática** conforme o enfoque da pesquisa na saúde da criança, do adulto ou do idoso;
- **Definição da área de abordagem** da pesquisa, com classificação dos artigos em ambiente de CC, tecnologia e áreas teórica e assistencial, entre outras;
- **Determinação do tipo de estudo** conforme as especificações da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o que determinou o agrupamento dos artigos nas categorias de relato de pesquisa, relato de experiência profissional, estudo teórico e revisão crítica de literatura. Os trabalhos selecionados também foram classificados dentro da linha qualitativa ou quantitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 208 artigos encontrados, apenas nove referiam-se à humanização

relacionada com o paciente cirúrgico ou com o CC. Esses estudos foram publicados principalmente na *Revista SOBECC*, na qual estavam seis deles, e na *Revista Enfoque*, na *Revista Paulista de Enfermagem* e na *Revista Brasileira de Enfermagem*, cada qual com um dos trabalhos selecionados.

Quanto à formação acadêmica dos autores, a maioria era formada por enfermeiros com titulação de graduados, mestres – em maior número – e doutores, tendo havido alguns poucos alunos do curso de graduação em Enfermagem. Observamos freqüência mais significativa de docentes da área de Enfermagem, os quais exerciam suas atividades de ensino em escolas públicas ou privadas. Notamos ainda uma pequena participação

de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares.

Dos estudos escolhidos para análise, seis (66,7%) tratavam da humanização da assistência como tema principal, dois enfocavam a tecnologia e o profissional de Enfermagem (22,3%) e um apresentava abordagem teórica para a análise do tema (11,0%). Entre esses trabalhos havia cinco resultados de pesquisa – dos quais três na linha qualitativa e dois na linha quantitativa, adotadas como método de desenvolvimento do estudo –, três relatos de experiência e uma revisão de literatura. A temática adotada nas pesquisas contemplou o paciente adulto na maior parte dos casos (87,5%), uma vez que apenas um artigo (12,5%) abordou a criança como objeto de hu-

manização da assistência.

Carvalho e Araya⁽⁷⁾ desenvolveram um relato de experiência em que retrataram a importância da implantação da Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) em todas as suas etapas como um fator contribuinte para o processo de humanização do cuidado ao paciente que passa por cirurgia cardíaca. Por meio de um levantamento das necessidades mais freqüentes, as autoras constataram que os pacientes e sua família careciam de orientações e de apoio emocional e queriam ser tranqüilizados por pessoas que estivessem presentes durante o ato cirúrgico para que se sentissem em maior segurança. Na tentativa de atender a essas demandas, foi proposta a Sistematização da Assistência de

SOLUÇÃO DEFINITIVA EM SISTEMAS DE ESTERILIZAÇÃO



A Cisa é especializada em projetos, construção e instalação de centrais de esterilização.

Com tecnologia européia, fabricação e assistência técnica nacional, a empresa é capaz de atender às necessidades mais exigentes de esterilização.

cisa
CisaBrasile
sistemas de esterilização

CISA BRASILE LTDA.
Rua Dona Francisca, 8300
Distrito Industrial - Bloco C - Módulo 6
CEP 89239-270 - Joinville - SC - Brasil
Fone +55 47 3437 9090
Fax +55 47 3435 7592
e-mail: cisa@cisabrasile.com.br

Enfermagem baseada em três etapas: a visita pré-operatória, o transoperatório – desde a admissão, passando pela assistência ao paciente, até a orientação à família – e a assistência após a cirurgia, incluindo o transporte do indivíduo operado à unidade pós-cirúrgica. De acordo com Carvalho e Araya, a realização de uma assistência humanizada é vital para o pleno restabelecimento do cliente e para sua reabilitação num tempo razoável. Nesse ponto, as autoras atestam que o enfermeiro tem um papel imprescindível, defendendo que as orientações sejam oferecidas de maneira a permitir uma fácil compreensão por parte do paciente e de sua família, a fim de assegurar integridade ao indivíduo submetido ao procedimento e de promover a participação de todo o núcleo familiar no plano terapêutico proposto.

Zen e Brutsher⁽⁴⁾ realizaram uma revisão de literatura que apresentou uma abordagem geral do ajustamento do enfermeiro de CC, com ênfase nos aspectos éticos e humanos necessários à atuação desse profissional. De acordo com os autores, a equipe cirúrgica, especialmente o enfermeiro, deve possuir a capacidade de pressupor a emoção que as pessoas sentem antes e depois da cirurgia, utilizando-se de todos os meios possíveis para atenuar o sentimento de ansiedade e sofrimento comum a esses indivíduos. O artigo, portanto, mostra a necessidade de o enfermeiro adquirir conhecimento da prática do cuidado e desenvolver suas habilidades para atuar com o paciente cirúrgico, ressaltando que, ao se atualizar, o profissional de Enfermagem ganha um lugar de destaque perante a equipe cirúrgica e pode oferecer uma assistência fundamentada no conhecimento científico.

Aquino e Caregnato⁽⁸⁾ desenvolveram um estudo descritivo e de caráter explo-

ratório, com abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros de CC sobre a humanização da assistência perioperatória e de verificar a importância desse conceito e o modelo desenvolvido por eles. O conteúdo dos dados coletados seguiu o referencial de Bardin para a análise, o que determinou a formação de quatro categorias. A *Humanização Hospitalar no CC* apontou a preocupação em humanizar o relacionamento, tanto com os pacientes quanto com a equipe atuante. Já a categoria *Dificuldades Encontradas* caracterizou-se pelos empecilhos enfrentados diariamente no CC pelos profissionais de Enfermagem para que possam exercer a humanização a contento. Outra categoria foi a *Comunicação*, que envolve o processo de comunicação na esfera do atendimento ao paciente, aos familiares e à própria equipe. A última, denominada *Resultado da Humanização*, mostrou que o atendimento humanizado contribui para a recuperação do indivíduo operado, na medida em que estimula a colaboração e proporciona maior tranquilidade e segurança ao paciente. Os autores concluíram que os profissionais pesquisados sabiam definir claramente o conceito e apontaram atitudes ideais para a prestação de uma assistência humanizada.

Schmidt, Orasmo e Gil⁽⁹⁾ fizeram uma pesquisa fenomenológica, com abordagem qualitativa, para avaliar o significado, para o auxiliar de Enfermagem, da permanência dos pais ou acompanhantes na sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA) nos períodos pré e pós-operatório de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos. Na análise do conteúdo das entrevistas, o primeiro tema apontado pelos profissionais foi o *Processo de Trabalho da Enfermagem*, no qual eles relataram a rotina da RPA e lembraram o momento de admissão da mãe e da criança, dentro da área reservada, e o

retorno do paciente ao lado dos pais no pós-operatório. No segundo tema, intitulado *Auxílio ao Desenvolvimento do Trabalho*, os auxiliares referiram a importância de os familiares permanecerem na companhia dos pacientes infantis, especialmente para a prestação de um cuidado mais humano. Outro tema que emergiu dos depoimentos foi a *Integração entre Equipe de Enfermagem e Família*, um momento de grande importância para a orientação dos pais ou acompanhantes das crianças cirúrgicas pelos componentes das equipes médica e de Enfermagem. O último tema, denominado *Consequências Positivas*, considerou o benefício da presença de pessoas conhecidas na RPA para diminuir o estresse que o local provoca no paciente infantil. Por outro lado, os entrevistados mencionaram também os aspectos negativos dessa experiência, como área física inadequada, pessoas que passam mal e falta de materiais adequados. Por fim, relataram que o fato de se perceberem como pais no aguardo de seus filhos colabora para a prestação de uma assistência humanizada e para a transmissão de segurança às crianças e a seus acompanhantes, minimizando, assim, situações traumáticas.

Ferraz et al.⁽¹⁰⁾ realizaram um relato de experiência do campo de estágio da disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico e utilizaram a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) como meio de humanização do serviço. O estudo foi desenvolvido com a implementação de todas as etapas da SAEP, ou seja, a visita pré-operatória, o transoperatório – incluindo o recebimento do paciente no CC –, as diversas fases do intra-operatório, a recuperação anestésica e o pós-operatório imediato. Na experiência vivenciada, as autoras concluíram que o sistema oferece maior segurança, diminui o trauma anestésico-

cirúrgico e facilita a interação entre enfermeiro/equipe e paciente. No entender delas, a humanização deve ser individualizada e o processo precisa ocorrer de forma que o cliente se sinta respeitado e que seu conforto, segurança e pronto restabelecimento sejam assegurados.

Medina e Backes⁽¹¹⁾ lançaram mão de uma pesquisa qualitativa, com abordagem convergente-assistencial, respaldada pela teoria humanística de Paterson & Zderad (1988). O estudo foi feito com 15 clientes cirúrgicos, que, à luz da teoria, ofereceram subsídios para a formação de cinco categorias. A primeira, denominada *Interlocução com o Cliente e a Família*, expressou a importância do familiar, para o cliente hospitalizado, como fator contribuinte para seu bem-estar físico, mental e social, o que se reflete na recuperação de sua saúde e no sucesso do tratamento. A segunda categoria, sobre as *Interfaces da Comunicação na Interação Enfermeiro e Cliente*, referiu a comunicação entre enfermeiro e cliente como uma forma propícia para identificar e compreender os fatores de ansiedade, desconforto e medo presentes no pré-operatório, permitindo visualizar a possibilidade de intervenção nesse período e, assim, tornar a assistência humanizada. Já a terceira, *Conhecendo os Fatores Geradores de Medo e Ansiedade* diante do Processo Cirúrgico, retratou a ansiedade e o medo sentidos pelo cliente, especialmente quanto à anestesia, à dor e às possíveis complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico. Por sua vez, a quarta categoria, *Conhecendo e Referendando a Prática Assistencial: o Pós-Operatório*, reuniu relatos a respeito da vivência do processo anestésico-cirúrgico e da recuperação pós-operatória. A última categoria, *Sensibilizando a Equipe de Enfermagem para o Processo de Humanização*, mostrou os resultados provenientes de um exercício

de sensibilização com a equipe de Enfermagem, depois do qual os participantes passaram a vivenciar uma nova conduta e puderam despertar para a busca de uma assistência mais humanizada. As autoras concluíram que a teoria oferece subsídios para a construção de uma Enfermagem humanística, que facilite a compreensão do homem, com base em sua experiência. Destacaram ainda que a pesquisa permitiu-lhes adquirir uma visão mais ampla de seu potencial como ser humano e observaram que o conhecimento pessoal é necessário para o enfermeiro conhecer e compreender os pacientes.

Guido⁽¹²⁾ relatou sua experiência na aplicação de uma prática assistencial humanizada e sistematizada ao cliente cirúrgico ambulatorial, embasada no marco conceitual fundamentado na teoria do alcance dos objetivos de Imogene King. A pesquisadora acompanhou 13 pacientes com a intenção de desenvolver todos os passos de implementação da teoria nas diversas etapas do processo de assistência, durante o período perioperatório. Dessa maneira, pôde perceber as limitações e as facilidades vivenciadas, sobretudo a experiência de elaborar um marco conceitual e de implantá-lo na prática assistencial. De acordo com Guido, a presença do enfermeiro, a necessidade de um ambiente cirúrgico tranquilo e a preocupação com a segurança e o com conforto do indivíduo hospitalizado contribuem de forma decisiva para o pronto restabelecimento do paciente cirúrgico, com sua rápida reintegração à comunidade e com a redução do tempo de sua permanência no ambiente hospitalar. A autora concluiu que a aplicação da teoria escolhida é adequada para uma prática de Enfermagem humanizada voltada ao cliente cirúrgico ambulatorial.

Oliveira, Bruggermann e Zampiere⁽¹³⁾ fizeram um estudo exploratório-des-

critivo e de natureza transversal, com abordagem quantitativa, para avaliar a humanização desenvolvida por enfermeiros que gerenciam novas tecnologias em CC. A pesquisa foi realizada com 33 profissionais que tinham experiência em Centro Cirúrgico e que estavam em pleno exercício de sua atividade no local da pesquisa. Os resultados mostraram que, para a maioria dos participantes, a tecnologia da informação contribui para a organização e para a sistematização de suas atribuições no CC. Os enfermeiros referiram também que a combinação de humanização e tecnologia resulta em melhor qualidade da assistência ao paciente no perioperatório e disseram acreditar que o conhecimento científico e técnico prepara o profissional para gerenciar as novas tecnologias e os capacita a usá-las na administração da assistência, garantindo um atendimento humanizado e seguro ao paciente no período relatado.

Ribeiro et al.⁽¹⁴⁾ desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de verificar o grau de concordância que existe entre os aspectos que envolvem a tecnologia e a humanização para os enfermeiros que atuam em CC e para aqueles que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A coleta de informações, feita com uma amostra de 35 profissionais, utilizou um instrumento composto de 20 frases que abordavam a tecnologia e a humanização nas áreas estudadas, que foram aleatoriamente distribuídas. Os autores concluíram que os enfermeiros não possuem uma visão uniforme sobre a tecnologia e a humanização na assistência.

Inseridos nesse contexto, os resultados apontam a importância das orientações perioperatórias ao paciente e à sua família, assim como do conhecimento e das habilidades do enfermeiro para intervir no processo de atendimento de maneira

humanizada e, dessa maneira, oferecer segurança, bem-estar e assistência individualizada ao sujeito internado para procedimento cirúrgico. O suporte de uma teoria de Enfermagem igualmente reflete um caminho a ser seguido para pôr em prática um cuidado humanizado. A tecnologia é outro aspecto evidenciado em pesquisas que abordam a humanização, constituindo um fator de segurança ao paciente, que, aliado à prestação de um serviço mais humano, contribui para uma maior qualidade da assistência transoperatória.

CONCLUSÃO

Com o presente trabalho, encontramos nove artigos a respeito da assistência humanizada oferecida ao paciente cirúrgico. Pelos resultados alcançados, observamos que o tema ainda precisa de estudo e desenvolvimento na prática da Enfermagem Perioperatória, devendo ser assumido dentro das instituições competentes como algo que urge ser efetivado. A humanização é uma prática que tem de estar enraizada não só entre os profissionais de Enfermagem, mas em toda a equipe que oferece assistência no CC. Deve, portanto, ser exercitada de maneira verdadeira e abrangente, uma vez que só dessa forma outros exemplos da aplicação de tal prática serão divulgados e conhecidos nas diversas esferas do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Básico de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Portal Humaniza: humanização da saúde [homepage na Internet]. São Paulo [atualizado em 2007; citado em 2007 jan. 17]. Disponível em: www.porta-humaniza.org.br/ph/texto.asp?id=30

Comitê Humaniza HC FMUSP [homepage na Internet]. São Paulo [citado em 2007 jan. 17]. Disponível em: www.hcnet.usp.br/humaniza/index.htm

Zen OP, Brutsher SM. Humanização: enfermeira de Centro Cirúrgico e o paciente de cirurgia. *Enfoque* 1986;14(1):4-6.

Castellanos BP, Jouclas VMG. Assistência de Enfermagem Perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP* 1990;24(3):359-70.

Leite RCBO. A assistência de Enfermagem Perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.

Carvalho R, Araya MDA. Uma experiência de assistência humanizada ao paciente submetido a cirurgia cardíaca. *Rev Paul Enferm* 1991;10(n. esp.):115-20.

Aquino CP, Caregnato RCA. Percepção das enfermeiras sobre a humanização da assistência perioperatória. *Rev SOBECC* 2005;10(2):16-21.

Schmidt DRC, Orasmo CVN, Gil RF. Percepção das enfermeiras sobre a humanização da assistência perioperatória. *Rev SOBECC* 2005;10(3):14-20.

Ferraz SB, Takeshita CT, Azevedo OS, Ribeiro RCN. Sistematização e humanização no Centro Cirúrgico. *Rev SOBECC* 1998;3(4):27-9.

Medina RF, Backes VMS. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. *Rev Bras Enferm* 2002;55(5):522-7.

Guido LA. Acompanhamento ao clien-

te cirúrgico ambulatorial fundamentado em King: relato da experiência de aplicar um marco conceitual e propor uma assistência de Enfermagem alicerçada na perspectiva da humanização. *Rev SOBECC* 1996;1(1):8-13.

Oliveira ME, Bruggermann OM, Zampiere M. Humanização e trabalho: razão e sentido na Enfermagem. *ABEn Nacional Caderno de Dicas* (2002).

Ribeiro RCN, Carandina DM, Farah OGD, Fugita RMI. Tecnologia e humanização em CC e UTI. *Rev SOBECC* 1999;4(3):15-9.



ANEXO 1**Instrumento de coleta de dados****1. Identificação do artigo**

1.1. Nome do artigo:

1.2. Nome do periódico (volume, número, página, mês e ano):

2. Identificação dos autores

2.1. Formação:

2.2. Titulação:

2.3. Área de atuação:

3. Área temática Criança Adulto Idoso**4. Área de abordagem da pesquisa** CC Tecnologia Teórica Assistencial Outra. Qual?**5. Tipo de estudo** Pesquisa Abordagem quantitativa Abordagem qualitativa Revisão de literatura Relato de experiência Outro. Qual?**AUTORIA****Ana Lucia Siqueira Costa**

Enfermeira; Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Endereço para correspondência:

Rua Oscar Caravelas, 334, ap. 52, Vila Madalena, São Paulo - SP - CEP: 05441-000

Tel.: (11) 3864-7735 (res.) / (11) 3061-7563 (com.)

E-mail: anascosta@usp.br

Simone Alvarez Moretto

Aluna de graduação da EEUSP.

Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite

Enfermeira; Professora Doutora da EEUSP e da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia (licenciada).

Mais qualidade no reprocessamento de artigos.



A limpeza é fundamental para assegurar que os processos de desinfecção e esterilização dos artigos odonto-médico-hospitalares sejam eficazes.

Consciente de sua responsabilidade, a Labnews pesquisa e desenvolve produtos, aliando novas tecnologias às necessidades do mercado nacional.

A qualidade e eficiência dos produtos Labnews está bem representada em seus detergentes enzimáticos, removedores de oxidação e lubrificantes, além de possuir uma linha completa de equipamentos e acessórios para o cuidado com a limpeza e conservação de instrumentais.

Conheça nossa completa
linha de soluções para
limpeza e conservação:

- Detergentes enzimáticos
- Removedores de oxidação
- Lubrificantes e polidores
- Lavadoras ultra-sônicas
- Lavadoras para canulados
- Gabinete de secagem
- Escovas especiais
- Osmose reversa
- Tamanco Cauzioneh



(11) 3275.1166

www.grupoldm.com.br

Labnews



Todo o cuidado para você ter toda segurança