

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO  
NO ASPECTO ORGANIZACIONAL E PROPOSTA DE  
UMA AÇÃO ASSISTENCIAL

Florianópolis, 1991.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO  
NO ASPECTO ORGANIZACIONAL E PROPOSTA DE  
UMA AÇÃO ASSISTENCIAL

N.Cham. TCC UFSC ENF 0202  
Título: O papel do enfermeiro de centro  
cirúrgico no aspecto organizacional e



972519712 Ac. 241039

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0202  
Ex.1

Projeto de Conclusão da VIIIª Unidade Curricular (INT 1108) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Profª Enfª Theresinha Mazzuranna da Silva, sob supervisão do Enfº Ruvani Fernandes da Silva e executado por:

- Richard Nunes
- Rita de Cássia de Souza
- Rosilene Oliveira Antunes
- Vanusa Pietrovski

Florianópolis, 1991.

Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos;  
nossa inteligência, empedernidos e cruéis.  
Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.  
Mais do que máquinas, precisamos de huma-  
nidade. Mais do que inteligência, precisa-  
mos de afeição e doçura. Sem essas virtu-  
des, a vida será de violência e tudo será  
perdido. O importante não é chegar. É ir.

CHARLES CHAPLIN

## ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUÇÃO .....	5
Local de Estágio .....	8
População .....	10
Metodologia .....	10
REVISÃO DE LITERATURA .....	12
Teorias de Enfermagem .....	16
Aplicação das Teorias (Sistematização) .....	19
PLANO DE AÇÃO .....	20
OBJETIVOS .....	21
1. Geral .....	21
2. Específicos/Estratégias .....	21
2.1 - Administrativos .....	21
2.2 - Assistenciais .....	23
CRONOGRAMA .....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	29

## INTRODUÇÃO

Este trabalho está relacionado com as ações de enfermagem que foram por nós planejadas, para o estágio de conclusão da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, e será desenvolvido no período de 18/03 a 05/07 pelos acadêmicos: Rita, Richard, Rosilene e Vanusa. Com orientação da professora enfermeira Theresinha Mazzuranna da Silva e sob a supervisão do enfermeiro do Centro Cirúrgico do Hospital Governador Celso Ramos Ruvani Fernandes da Silva.

O referido trabalho destina-se ao conhecimento e dinâmica de funcionamento de um Centro Cirúrgico (C.C.) e as atividades que podem ser desenvolvidas juntamente às Unidades Cirúrgicas, a fim de promover uma melhoria da assistência para o paciente, uma vez que, este apresenta-se quase sempre tenso antes do ato anestésico-cirúrgico por insegurança, medo da anestesia e até medo da morte. Cabe ao enfermeiro executar estas atividades, por ser ele o profissional habilitado para assistir o ser humano como um todo.

A partir do conceito que: "enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano", a base da profissão do enfermeiro deve centrar-se nos valores da pessoa, através do respeito ao atendimento das necessidades básicas do indivíduo.

Para compreender o homem como um ser, é preciso atingir o mais íntimo de cada pessoa, para isso é preciso considerar a pessoa e seu ambiente como uma unidade composta de fatores interdependentes, é preciso compreender a maneira de pensar, sentir e fazer, que o próprio homem desenvolveu como parte de seu ambiente, e ainda, ter consciência de que o bem estar só é alcançado quando as necessidades estão sendo supridas satisfatoriamente.

BINSWANGER (1972) citado por BELAND e JOYCE (1979) diz que "uma pessoa está doente não por ser necessariamente doente, mas porque a existência não tem significado, e que os indivíduos adoecem na medida em que não sabem o porque de suas ações".

Neste momento, o enfermeiro pode assumir um papel importante, orientando e estimulando o auto-cuidado, onde à partir da aceitação ou não pelo paciente, podemos interferir em suas ações fazendo com que adquira novos hábitos e conhecimento de suas potencialidades, sendo que MOSQUEIRA (1974) preconiza isto quando diz que "todo homem, em qualquer parte do mundo e em qualquer momento, tem direito à Educação, e este direito inalienável lhe deve ser oferecido bem como deve proporcionar-lhe o conhecimento de suas próprias potencialidades e o crescimento de sua auto-estima".

Segundo PANZA (1977) "nos poucos centros cirúrgicos onde o enfermeiro recebe o paciente, este procedimento de enfermagem é desenvolvido em nível de qualidade de assistência bastante precário, pois poucos dados relevantes para esse recebimento são de conhecimento do enfermeiro. Os dados relativos ao paciente como ser humano, ou seja, sobre suas preocupações, receios, dúvidas e expectativas, são os mais ignorados".

O paciente encontra na maioria das vezes uma equipe automatizada em suas atividades, que passa a tratá-lo simplesmente como um "caso" a mais na programação cirúrgica. Essa equipe passa a ser um componente ambiental (desconhecido quanto a maioria de seus membros, e com roupas e vocabulários estranhos). E o paciente passa a interagir com esse ambiente, que conforme seus valores e percepções, lhe é mais hostil que acolhedor.

"Diante do dualismo tecnologia/humanismo, em que o humanismo está quase esquecido, não cabem dúvidas de que quanto ao sistema de centro cirúrgico, é ao enfermeiro que cabe a iniciativa nessa retomada de posição, integrando-se no cuidado total do paciente cirúrgico" (RODRIGUEZ, 1979).

Partindo do princípio que o enfermeiro é educado para assistir o cliente nas suas Necessidades Humanas Básicas (N.H.B.), identificando e planejando, prevendo cuidados pré, intra e pós-operatórios, deverá haver um fluxo de informação e conhecimento por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados, que possibilite o restabelecimento do paciente, proporcionando ambiente mais agradável e seguro, visando com isso diminuir complicações do pós-operatório.

O centro cirúrgico é um dos sub-sistemas no sistema hospitalar. Da mesma forma que o hospital, o centro cirúrgico não é um aglomerado de técnicas, é uma organização complexa, um sistema humano e social, sua matéria prima é humana, seu produto é humano, por isso seu serviço precisa ser individualizado e personalizado.

O levantamento da estrutura organizacional e a posição da equipe de enfermagem no contexto administrativo do hospital é sem dúvida, a primeira iniciativa a ser tomada na análise da si-

tuação administrativa de um centro cirúrgico, porque ela define as diretrizes propostas pelo hospital, bem como finalidades da instituição e proposições de todas as classes.

A estrutura administrativa fornece armação para as relações de autoridade para um pleno funcionamento da unidade, visando a prestação da melhor assistência de enfermagem.

### **Local de Estágio**

Atuaremos no Hospital Governador Celso Ramos (H.G.C.R.) que faz parte da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (F.H.S.C.), de acordo com a lei nº 3.765 de 13 de dezembro de 1965, publicada no Diário Oficial do Estado, de 27 de dezembro de 1965; o hospital integrava-se ao patrimônio da antiga Fundação Médica Hospitalar Catarinense, atualmente F.H.S.C.

Segundo o estatuto vigente é uma entidade de caráter beneficente, dotada da personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Florianópolis e jurisdição em todo território catarinense.

O hospital foi inaugurado em 30 de janeiro de 1966. Em termos de estrutura organizacional possui três divisões ligadas à Diretoria Geral, sendo que o Serviço de Enfermagem está subordinada à divisão técnica.

Possui na sua totalidade 236 leitos, é um hospital de grande porte.

O bloco cirúrgico localiza-se no 3º andar, fazendo parte do mesmo: Centro de Material e Esterilização (C.M.E.), Centro Cirúrgico (C.C.) e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (S.R.P.A.). O que pudemos observar previamente é que hoje, apenas um enfer-



meiro está exercendo todas as atividades do bloco, onde achamos que deveria existir um profissional específico para cada setor, sendo assim, o enfermeiro do C.C. poderia desempenhar mais o seu papel, principalmente o assistencial, dificultado pelo excesso de atividades administrativas. A partir dessa observação, nosso estágio será voltado para o Centro Cirúrgico e se estenderá às clínicas cirúrgicas:

- U.C.A. - Unidade Cirúrgica Ambulatorial, localizada no 3º pavimento, com capacidade para 3 leitos, destinada à pacientes de ambos os sexos, onde não demandam permanência superior à 12 horas.
- U.C.C.P. - Unidade Cirúrgica de Curta Permanência, localizada no 2º pavimento, com capacidade para 8 leitos, sendo 4 destinados à pacientes do sexo feminino e 4 à pacientes do sexo masculino, onde não demandam mais que 24 horas de permanência intra-hospitalar.
- U.C.C. - Unidades de Clínicas Cirúrgicas, localizadas no 2º e 4º pavimentos, com capacidade para 92 leitos, sendo 46 destinados à clínica cirúrgica feminina e 46 à clínica cirúrgica masculina; ainda contamos com 3º e 7º pavimentos com capacidade para 27 leitos destinados às clínicas médicas e cirúrgicas particulares. Pacientes internados nesta unidade submetem-se à cirurgias maiores, que demandam permanência intra-hospitalar superior à 24 horas.

A fim de desenvolvermos o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (S.A.E.P.)

## População

Serão aplicados aproximadamente 48 questionários, 24 em pacientes no perioperatório e 24 somente no pós-operatório, a partir do dia 02/04/91 a 04/06/91, abrangendo todas as faixas etárias (adulto), ambos os sexos, selecionados previamente, atingindo pacientes da Unidade Cirúrgica Masculina, Unidade Cirúrgica Feminina, Unidade Cirúrgica Ambulatorial e Unidade Cirúrgica de Curta Permanência.

## Metodologia

As estratégias utilizadas vão ocorrer em dois momentos:

**Organizacional:** será desenvolvido através de leituras do material existente no setor de C.C., fazendo análise comparativa com bibliografias consultadas e através de um apanhado geral sobre as atividades do enfermeiro de C.C., desenvolvendo as que foram propostas em nosso objetivo.

**Assistencial:** faremos um levantamento nos livros de registros do C.C. afim de colher uma amostra de cirurgias de maior prevalência no período de janeiro a março/91. A partir disso selecionaremos as cirurgias que deverão ser acompanhadas para avaliação do S.A.E.P., sendo que antes de executarmos o mesmo, faremos estudos direcionados, principalmente à assistência de enfermagem.

Serão separados dois grupos de pacientes, de aproximadamente 24 pessoas por grupo, sendo um acompanhado no perioperatório através de roteiros previamente elaborados, e outro acompanhado somente no pós-operatório, para podermos fazer uma análise comparativa dos benefícios do S.A.E.P. para o paciente.

Semanalmente nos reuniremos em grupo e onde juntamente com o supervisor e orientadora, discutiremos as dificuldades e problemas surgidos no transcorrer do estágio, bem como, estudos que se fizerem necessário.

## REVISÃO DE LITERATURA

ROSA (1989) procura distribuir as atividades do enfermeiro de centro cirúrgico em quatro papéis considerados mais importantes: administrativo, assistencial, ensino e pesquisa.

No papel administrativo coloca as atividades referentes ao planejamento, organização, direção ou liderança e controle ou avaliação. No papel assistencial é aplicado o processo científico na assistência perioperatória. O papel ensino é considerado relevante como fator motivador para o aperfeiçoamento e atualização do profissional; ao passo que o papel pesquisa é de um valor indiscutível para que a profissão se afirme cada vez mais como ciência.

Organização é a atividade voltada para a estruturação harmoniosa dos recursos disponíveis, com o intuito de promover uma atuação sistêmica e eficiente e, assim obter a esperada eficácia de conjunto. Para se obter essa eficácia é importante que toda a equipe de enfermagem esteja envolvida no planejamento administrativo. É necessário que cada um conheça seu lugar dentro da estrutura organizacional do centro cirúrgico (sua autoridade, seus deveres, responsabilidades e direitos dentro da equipe); reconhecendo que as pessoas são fatores chaves para atingir as metas de enfermagem do centro cirúrgico e que o enfermeiro é o responsável pela coordenação de todas as atividades.

des ali desenvolvidas, é dever moral para com o paciente que toda a sua organização e os instrumentos que a auxiliam sejam planejadas e avaliados constantemente, para que cada vez mais o paciente receba a assistência que socialmente merece, com a melhor qualidade possível, prestada por uma equipe ajustada ao seu trabalho.

JOUCLAS e FERRAZ (s.d.) complementam: "como empresa, cuja característica é a prestação de serviços, ao hospital também se aplicam os elementos de administração: previsão, organização, comando, coordenação, controle. Muito mais que outra empresa o hospital apresenta uma complexidade; sua finalidade define esta característica: receber o corpo humano para prevenir enfermidades, ou quando por qualquer razão esse tornou-se doente".

Em síntese, a estrutura administrativa fornece armação para as relações de autoridade para o pleno funcionamento da unidade, visando a prestação da melhor assistência de enfermagem.

Segundo FERRAZ (1978), administrativamente a finalidade da unidade de centro cirúrgico é proporcionar ao paciente uma intervenção de maneira mais eficiente e segura possível.

O atendimento do paciente cirúrgico pelo enfermeiro da unidade de centro cirúrgico, na nossa realidade, é bastante falho quando analisado dentro da perspectiva de assistência integral. O paciente cirúrgico encontra-se em estados peculiares de alterações das necessidades básicas humanas.

Segundo BRUNNER e SUDDARTH (1987) "todo procedimento cirúrgico vem sempre precedido de alguma reação emocional do paciente, evidente ou não, normal ou anormal, por exemplo, a ansiedade é uma resposta antecipada a uma experiência que ameaça

o papel habitual do paciente na vida, sua integridade corporal, ou mesmo sua própria vida". Com isso podemos concluir que a extensão das reações e a maneira pela qual o paciente antecipa o resultado da cirurgia baseiam-se em condicionamentos físicos, psicológicos, sociais e filosóficos.

Para SALZANO e colaboradores (1979) a predominância da assistência de enfermagem prestada, entretanto, sem dúvida nenhuma, continua a ser "na área instrumental ou técnica, sendo muito mais enfatizado mesmo nesta área, o atendimento das solicitações da equipe médica e o bom desempenho do ato anestésico-cirúrgico em si, sendo muito pouco dirigido para o paciente".

RODRIGUES (1979) afirma "que os problemas sentidos pelos pacientes no período pré-operatório são decorrentes principalmente da falta de orientação, onde é rara a participação do enfermeiro neste sentido". Partindo dessa afirmação e outras já citadas aplicaremos o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (S.A.E.P.), que será utilizado para atingir as metas profissionais do enfermeiro de centro cirúrgico, uma vez que esse está ligado diretamente ao papel assistencial.

O SAEP está baseado em uma filosofia que representa a operacionalização do conceito de assistência de enfermagem integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada.

O S.A.E.P. tem por objetivo ajudar o paciente e sua família a compreender o seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto e suas consequências. Visa diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica, e a utilização dos materiais e equipamentos necessários.

O período perioperatório compreende as fases do: pré-operatório imediato, trans-operatório, recuperação anestésica e pós-operatório-imediato.

Período pré-operatório: compreendido desde a véspera da cirurgia até o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico.

Período trans-operatório: compreende desde o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica (S.R.P.A.).

Período de recuperação anestésica: compreendido desde o momento da alta do paciente da sala de operação até sua alta de recuperação anestésica.

Período do pós-operatório imediato: compreendido desde a alta do paciente da sala de recuperação anestésica até as primeiras 48 horas pós-operatório.

ALCOFORADO (1976) descreve o S.A.E.P. da seguinte maneira: a enfermeira da sala de operações ao tomar conhecimento da programação cirúrgica para o dia imediato, visita os pacientes, e através de diálogo com os mesmos, faz o preparo psicológico com o máximo de apoio e atenção, diminuindo suas dúvidas na medida do possível, explicando sobre aparelhagens, ambiente e demais aspectos que possam causar medo e apreensão". Apresenta ainda as "normas para a determinação do plano específico de enfermagem do paciente no centro cirúrgico" que abordam os seguintes itens: identificação do paciente; condições emocionais e comportamento do paciente ao ser recebido no C.C.; algumas das indicações das expectativas do paciente (o que espera como resultado da cirurgia, o que a cirurgia significa para ele, o que

ele espera do pessoal de enfermagem, o que pensa que os enfermeiros fazem, o que quer que seu enfermeiro faça); o que é importante para o paciente; o que poderá ajudá-lo a sentir segurança, conforto, proteção; a assistência e o plano de cuidados.

### **Teorias de Enfermagem**

A teoria de enfermagem é um instrumento com o qual o enfermeiro exerce o seu trabalho, ou seja, a ação de enfermagem. O desenvolvimento do conhecimento científico acentuou-se à partir da década de 70, para a enfermagem, quando vários autores expuseram suas idéias sobre a assistência de enfermagem ao ser humano como problema de saúde. Cada um expressa um modo de ver a enfermagem, o contexto social e o ser humano, de acordo com a sua própria realidade enquanto pessoa e profissional, portanto, as teorias não podem ser compreendidas como "verdades" sobre a enfermagem, mas como modos de explicar a realidade de saúde, doença, e a forma de agir sobre esta realidade.

As teorias que utilizaremos são as que seguem:

#### **- Teoria de Ida Orlando.**

A sua aplicação é direta nos procedimentos de visita pré e pós-operatórias de enfermagem, uma vez que é a oportunidade do enfermeiro do C.C. abordar com o paciente suas ansiedades, medos, validar as suas observações, planejar os cuidados para o período trans-operatório ou até modificar a assistência prestada naquele momento.

O marco conceitual do relacionamento dinâmico enfermeiro-cliente baseia-se em conceitos relativos a: compreender, assistir e suprir (onde).



Relata três princípios em sua teoria:

- 1º - "Qualquer observação partilhada e explorada com o paciente é imediatamente útil para verificar e satisfazer sua necessidade ou descobrir que de nada necessita naquele momento".
- 2º - "O enfermeiro não supõe que todo aspecto da sua reação ao paciente seja correto, útil ou apropriado, até que chegue à validade deste, na exploração com o paciente".
- 3º - "O enfermeiro inicia um processo de exploração para identificar como o paciente é influenciado no que diz ou faz".

- **Teoria de Travelbee - Relação Pessoa a Pessoa.**

A relação pessoa a pessoa constitui uma meta a ser alcançada. É o resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: a enfermeira e o paciente. Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único. A enfermeira ajuda a pessoa enferma a enfrentar os problemas presentes, se preocupando com o aqui e agora. Ela não está preocupada por descobrir relações que existem entre os problemas atuais e acontecimentos ocorridos em etapas anteriores da vida do paciente. Isto porém, não quer dizer que a informação não seja útil (ou interessante); implica que o objetivo primário da enfermeira consiste em ajudar o paciente com seu problema atual.

- **Teoria de Wanda de Aguiar Horta - Necessidades Humanas Básicas.**

Esta teoria de enfermagem foi desenvolvida à partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas, que estão segundo ele hierarquizadas em cinco níveis: 1) necessidades fisiológicas, 2) de segu-

rança, 3) de amor, 4) de estima, 5) de auto-realização, onde o indivíduo só passa a procurar satisfazer as do nível seguinte após o mínimo de satisfação das anteriores.

Esta teoria coloca que o ser humano como parte integrante do Universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço; este se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização, e poder unir presente, passado e futuro. Estas características permitem a sua unicidade, autenticidade e individualidade. É também agente de mudanças do universo dinâmico, no tempo e no espaço, conseqüentemente, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio de seu próprio dinamismo.

Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

As necessidades não atendidas, ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença. Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

Desta teoria decorre o conceito de enfermagem que é "a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimentos de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado: de recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais".

E a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde im-

plementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio, pela assistência ao ser humano no atendimentos de suas necessidades.

### **Aplicação das Teorias (Sistematização)**

Estabelecer um contato pessoal (Travelbee) para descobrir as N.H.B. afetadas (Horta) e tentar suprir essas necessidades (Orlando).

## PLANO DE AÇÃO

Entendemos por plano de ação o conjunto de ações, procedimentos e técnicas que serão executadas visando a consecução dos objetivos específicos. Assim, para normatizar o plano seguiremos o seguinte esquema:

- a) citação dos objetivos;
- b) descrição de sua operacionalização;
- c) aprazamento;
- d) avaliação.

## **OBJETIVOS**

### **1 - Geral.**

Conhecer e executar atividades do enfermeiro de centro cirúrgico no papel administrativo, centrando-se nas atividades de planejamento, organização, direção e liderança; e no papel assistencial aplicando o processo científico na assistência perioperatória.

### **2 - Específicos/Estratégias.**

#### **2.1 - Administrativos.**

2.1.1 - Conhecer e analisar a estrutura organizacional do serviço de enfermagem no setor de C.C.

- Fazer consulta bibliográfica e análise comparativa:

- . da filosofia: conceito, importância, eficácia quanto a aplicação;
- . dos objetivos: importância, áreas de abrangência;
- . do regimento: existência ou não, sua finalidade;
- . das políticas (assistencial, de recursos humanos e recursos materiais): existência e importância;
- . das normas e rotinas: existência, importância e diferenciação;
- . do planejamento e relatório: importância, periodicidade, responsabilidade pela elaboração;

. do organograma: posição do centro cirúrgico no organograma do hospital e do serviço de enfermagem em relação ao C.C.

Aprazamento: 2<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> semana (26/3 a 05/04).

Avaliação: o objetivo será alcançado se conseguirmos conhecer e analisar a estrutura organizacional durante o prazo previsto.

2.1.2 - Exercer atividades próprias do enfermeiro de centro cirúrgico.

- Fazer seleção e provisão do material, equipamentos e medicamentos de acordo com o programa cirúrgico diário.

- Acompanhar a montagem de carro de material cirúrgico.

- Acompanhar a montagem de carro de material anestésico.

- Supervisionar o uso de uniforme adequado previsto para o centro cirúrgico.

- Supervisionar as salas cirúrgicas e assistência prestada ao paciente.

- Supervisionar a equipe de enfermagem na execução de atividades delegadas e das atividades próprias da categoria ocupacional correspondente.

- Fazer previsão e provisão de recursos humanos visando a assistência contínua (escala de trabalho diária e mensal).

- Observar limpeza terminal diária das salas.

- Manter entrosamento com enfermeiras das unidades cirúrgicas afim de haver colaboração para aplicação do S.A.E.P.

Aprazamento: execução durante todo período proposto para o estágio: 09/04 a 05/06.

Avaliação: o objetivo será alcançado se conseguirmos desenvolver as estratégias propostas durante o período de estágio.

## 2.2 - Assistenciais.

2.2.1 - Aplicar o processo científico na assistência perioperatória (S.A.E.P.).

- Elaborar roteiro para avaliação perioperatória.
- Fazer levantamento das cirurgias mais frequentes, selecionando-as para aplicação do S.A.E.P.
- Fazer pesquisa bibliográfica relativa à assistência de enfermagem com relação às cirurgias mais frequentes.
- Consultar o prontuário para fazer levantamento de dados sobre o paciente (nome, idade, condições clínicas, cirurgia proposta etc.).
- Fazer visita pré-operatória promovendo interação e conhecimento entre enfermeiro de centro cirúrgico e paciente.
- Aplicar o roteiro pré-operatório, identificando-se e explicando o objetivo do mesmo.
- Fazer avaliação das condições físicas e emocionais do paciente de acordo com o roteiro pré-operatório.
- Dar orientações perioperatórias de acordo com a cirurgia e expectativas do paciente.
- Acompanhar o paciente do quarto até a porta do centro ci-

rúrgico e daí para a sala de operações.

- Receber o paciente no centro cirúrgico.
- Confirmar a identidade do paciente, chamando-o pelo nome e apresentando-se para ser reconhecido, dando continuidade do plano assistencial.
- Auxiliar na colocação do paciente em posição específica para a cirurgia, promovendo manutenção fisiológica e anatômica durante o ato cirúrgico, prevenindo lesões e tensões, deixando-o de maneira confortável e segura.
- Fazer levantamento e avaliação das condições gerais do paciente observando o formulário pré-operatório utilizados nas unidades cirúrgicas, detectando possíveis omissões ou falhas em relação ao preparo cirúrgico.
- Acompanhar o trans-operatório, fazendo anotações na ficha relativos aos procedimentos anestésico-cirúrgico, bem como, intercorrências do mesmo, para o planejamento e implementação de cuidados específicos de enfermagem para o pós-operatório.
- Consultar o prontuário do paciente, analisando evolução da S.R.P.A. até o momento da visita pós-operatória, selecionando dados que possam auxiliar nas orientações da visita pós-operatória.
- Realizar visita pós-operatória aplicando o roteiro para avaliação da assistência prestada no perioperatório, fornecendo reorientação se necessário.
- Avaliar juntamente com o enfermeiro da unidade ou não, sinais e sintomas de infecção, queimaduras, alterações musculares, vasculares ou neurológicas, eliminações, nutrição, condi-



ções psicológicas etc.

Aprazamento: às três primeiras estratégias - 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> semana (19/03 a 25/03); as demais a partir da 3<sup>a</sup> semana (02/04 ao final do estágio).

Avaliação: o objetivo será alcançado se o feed-back for positivo e se conseguirmos um vínculo de comunicação, a fim de promover uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem, promovendo o bem-estar do paciente, esclarecendo-lhes dúvidas e transmitindo-lhes segurança emocional.

#### 2.2.2 - Fazer análise comparativa da eficácia do S.A.E.P.

- Aplicar questionário pós-operatório com pacientes que não foram acompanhados, para posterior análise da eficácia do S.A.E.P.

- Fazer reunião semanal com os membros do grupo, juntamente com o supervisor e orientadora, para analisar e discutir o roteiro, redefinindo-o e modificando-o se necessário.

Aprazamento: a partir de 3<sup>a</sup> semana (02/04).

Avaliação: o objetivo será alcançado se conseguirmos comprovar que a aplicação do S.A.E.P. trás benefícios para o paciente.

**CRONOGRAMA**

MÊS	FEVEREIRO
DIA	26 27 28 T Q Q
ATIVIDADE	RF P P

MARÇO	
DIA	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 S S D S T Q Q S S D S T Q Q S S D S T Q Q S S
ATIVIDADE	P - - P P S P P - - PP PP AP AP AP - - C C C C C - - G A A A D -

ABRIL	
DIA	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 S T Q Q S S D S T Q Q S S D S S D S T Q Q S S D S T
ATIVIDADE	G A A A A A - - G P D D D D / - - G D D D D / B - - G D / B - -

MÊS		MAIO																															
DIA		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	T	Q	Q	S	D	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S
ATIVIDADE	F D / D /	-	-	G D /	D /	D /	D /	D /	D /	-	-	G D /	D /	D /	D /	D /	-	-	G D /	D /	D /	D /	D /	-	-	G D /	D /	D /	D /	D /	D /	D /	
	B B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	

MÊS		JUNHO																													
DIA		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	S D	S	T	Q	Q	S	D	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
ATIVIDADE	- D / B	G	S	E	R	-	-	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	-	-	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R
	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

## LEGENDA:

- A - Conhecer e analisar a estrutura organizacional do C.C.
- B - Executar atividades próprias do Enfermeiro.
- C - Elaboração do roteiro perioperatório, seleção de grupos cirúrgicos, pesquisas bibliográficas.
- D - Aplicação do S.A.E.P.
- F - Feirado.
- G - Reunião do grupo para estudos.
- P - Planejamento do projeto.
- RF - Reunião geral da fase.
- S - Seminários.
- PP - Preparo para apresentação do projeto.
- AP - Apresentação dos projetos.
- ER - Elaboração dos relatórios.
- AR - Apresentação dos relatórios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o crescimento profissional precisamos perceber e avaliar as expectativas dos papéis que desempenhamos, se as atividades que desempenhamos estão direcionadas corretamente, se estamos alcançando os objetivos propostos, se estamos fazendo o correto dentro do proposto, se estamos ou não fazendo o que devemos como profissionais. Toda a análise do papel vai estar ligada diretamente às exigências que nos são impostas dentro de toda limitação profissional e organizacional, vale a reflexão e retrospectiva de todo o serviço, estrutura organizacional para que possamos dentro de cada realidade modificar, reestruturar, direcionar o serviço dentro de uma linha assistencial assumindo o **SER ENFERMEIRO**.

Muitas vezes os enfermeiros queixam-se por não serem valorizados, serem mal remunerados, sobrecarregados, não terem status e sobretudo perderem espaço para outras categorias de enfermagem (MATOS, 1987). Entretanto isso não acontecerá, se o profissional enfermeiro lutar pelo seu espaço e demonstrar, acima de tudo, o desempenho eficiente de seus papéis, bem como, sua valorização pessoal em termos de aparência, atitudes, senso de responsabilidade, auto-confiança, aquisição de conhecimentos técnico-científicos e desenvolvimento de habilidades (COIMBRA et al, 1965).

Queremos ao final deste, demonstrar através dos resultados, a diferença que existe entre uma assistência qualificada que deriva na utilização de conhecimentos e habilidades, numa metodologia científica, comparada ao cuidado pouco criativo que geralmente é o resultado do comportamento automático, tarefa centrada que se pode denominar de "prática-reflexa", segundo CHRISTMANN, citado por CASTELLANOS et al (1985).

RELATÓRIO DO ESTÁGIO DA VIII UNIDADE  
CURRICULAR EM CENTRO CIRÚRGICO NO  
ASPECTO ORGANIZACIONAL E PROPOSTA DE  
UMA AÇÃO ASSISTENCIAL

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos Enfermeiros Theresinha e Ruvani, que além de nos orientar e supervisionar na elaboração deste trabalho, nos transmitiram segurança e foram nossos amigos em todos os momentos, confiando-nos responsabilidades e deixando-nos dar os primeiros passos, mas quando precisávamos sempre se fizeram presente, facilitando nossa permanência na Unidade de Centro Cirúrgico.

Aos nossos pais, marido, esposa e filhos que muitas vezes deixaram de receber atenção e carinho em prol de nossa formação profissional e mesmo assim nos compreenderam, incentivando-nos à prosseguir.

A nós, por este período de convivência, pela especial atenção, estímulo e amizade dispensados.

A todas as pessoas que ajudaram direta ou indiretamente, e nos incentivaram para a realização deste; em especial aos pacientes, que muito contribuíram para o nosso aprendizado.

## SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO .....	4
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	5
1 - Objetivo Geral .....	5
2 - Objetivos Específicos .....	6
2.1 - Objetivos Administrativos .....	6
2.1.1 - Conhecer e analisar a estrutura organizacional do Serviço de Enfermagem no setor de C.C. ....	6
2.1.2 - Exercer atividades próprias do enfermeiro de C.C. .	24
2.2 - Objetivos Assistenciais .....	108
2.2.1 - Aplicar o processo científico na assistência peri- operatória (S.A.E.P.) .....	108
2.2.2 - Fazer da análise comparativa da eficácia do S.A.E.P.	153
CONCLUSÃO .....	168
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	172
BIBLIOGRAFIA .....	174
APÊNDICES	
ANEXOS	



## INTRODUÇÃO

Este relatório, está relacionado com ações administrativas e assistenciais de enfermagem que foram por nós planejadas, para o estágio de conclusão da VIII Unidade Curricular, desenvolvido no terceiro andar do Hospital Governador Celso Ramos, na Unidade de Centro Cirúrgico e estendendo-se às Clínicas Cirúrgicas.

A nossa proposta centrou-se no aspecto organizacional e assistencial de um Centro Cirúrgico, por ser este um campo com o qual nos identificamos no decorrer do Curso e tivemos liberdade de escolha e acesso. Relacionado a isso houve ainda a busca pelo conhecimento e o desenvolvimento do censo crítico, preparando-nos para a vivência profissional nesta área. O estágio foi desenvolvido no período de 18/03 a 05/06/91.

Para KRON (1978) "registro e relatório contêm prova de efetividade das atividades do grupo e são fundamentais para uma boa administração",

Os resultados dos objetivos propostos no planejamento são descritos a seguir.

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 1 - Objetivo Geral

Conhecer e executar as atividades do enfermeiro do Centro Cirúrgico no papel administrativo, centrando-se nas atividades de planejamento, organização, direção, liderança; e no assistencial aplicando o processo científico na assistência perioperatória.

As descobertas científicas e o desenvolvimento tecnológico, aliados à rapidez das comunicações determinam constantes modificações em todas as áreas de atividade humano, e consequentemente no sistema de saúde.

Novos conceitos são elaborados, novas técnicas são desenvolvidas, tudo visando a acompanhar e, assim, atender a cada vez mais crescente especialização da ciência médica.

O sistema Centro Cirúrgico recebe o paciente, com sua demanda de necessidades afetadas (falta de recursos), para um processo que compreende todas as ações a serem desenvolvidas, reflexo da situação pela qual o nosso país está passando. Outro agravante é a estrutura administrativa da instituição, a qual não se adapta mais aos nossos tempos, não criando novas expectativas. O Centro Cirúrgico por ter uma administração mais dinâmica tentou atualizar-se a respeito destas questões.

No dia a dia, observamos que muito tem-se preocupado com a tecnologia, deixando o humanismo (parte assistencial) defasado. Traçamos dois paralelos, um por parte dos profissionais que tentam implantar tecnologias avançadas, proporcionando a facilidade dos procedimentos, distanciando-se da parte humana; outro partiu de observações feitas em nossa pesquisa onde o paciente demonstra preocupações quanto ao relacionamento interpessoal, onde dá primordial importância em relação às suas necessidades.

## 2 - Objetivos Específicos

### 2.1 - Objetivos Administrativos

2.1.1 - Conhecer e analisar a estrutura organizacional do Serviço de Enfermagem no setor de Centro Cirúrgico.

#### - Filosofia.

Segundo AMADOR (1975) citando BUZZI, os gregos diziam que "é a admiração que leva os homens a filosofar". Define filosofia como "aquele singular desejo do homem de querer estar em harmonia do todo, de querer ver as coisas no UM ... não é um saber justaposto ao ser, mas um saber revelador do ser ... consciente ou inconscientemente, explícita ou implicitamente, quem vive possui uma filosofia de vida, uma concepção do mundo ... é também uma conquista através do diálogo ... o conversar se torna então um pensar, que processo e faz viver em maior intensidade o mistério da vida ... É, enfim algo em que cremos e que dá sentido a nossa vida".

Em se tratando de uma estrutura organizacional, denomina-se "filosofia" o conjunto de crenças que se manifesta através do desempenho das pessoas ao qual se atribui papel fundamental para que toda organização possa sobreviver e alcançar êxito. A

partir desta filosofia, a organização baseia suas normas e ações.

AMADOR (1975) afirma que "é difícil definir uma filosofia de enfermagem. Pode-se esboçá-la da seguinte maneira: as enfermeiras concentrando seu interesse no Homem, no seu direito à saúde e ao bem-estar; preparando-se para assistir o "ser humano" em suas necessidades básicas, ajudando-o a resolver por si próprio seus problemas de saúde, sabendo olhar com admiração o universo que os espera". Os padrões de crenças, atitudes e valores constituem a base dos princípios filosóficos pessoais do enfermeiro e projetam-se no desempenho de sua equipe, no seu relacionamento com a mesma, com os pacientes e familiares, demais membros da equipe de saúde, da organização hospitalar e funcionários. Este conjunto de crenças individuais devem ser muito bem considerados pelo enfermeiro, haja visto que interferem e influem não só na elaboração da filosofia do Serviço de Enfermagem como da própria instituição.

Mesmo que não esteja escrita ou mesmo apresentada de forma sistemática, a filosofia de uma organização pode ser claramente observada, quer seja ela fruto de atributos pessoais de um indivíduo ou um reflexo do caráter da instituição, levando-se em conta, principalmente, o conjunto de suas tradições. Tem como centro de suas atividades o indivíduo (cliente) e o atinge através das atividades realizadas pelo pessoal da enfermagem.

A elaboração da filosofia deve ser sempre realizada em grupo, devendo o mesmo ter uma compreensão real do conceito de filosofia, bem como as implicações advindas das relações existentes entre filosofia, privilégios, objetivos, funções e atividades.

A pretensão de alcançar a excelência deve estar evidenciada nas declarações existentes na filosofia, representadas ali de forma idealista, cujo conteúdo é a representação de um estado de perfeição. Apesar disto vir a implicar num desempenho excelente a ser realizado em condições ambientais excelentes, esta pretensão fornece um estímulo contínuo ao progresso.

WATSON, citado por DIVINCENTI (1977), refere que apesar de uma organização ter que estar preparada para reformular tudo sobre si mesma a fim de sobreviver em um mundo em contínua mudança, a mesma pode fazê-lo desde que mantenha íntegros seus princípios filosóficos. Estes são sua essência. É o conjunto de princípios que oferece ao corpo de funcionários um sentido comum e consistente de direção.

Para a enfermagem é necessário o estabelecimento de uma filosofia de assistência, para nortear as ações da mesma que envolvam o paciente cirúrgico no perioperatório.

A filosofia do setor de Centro Cirúrgico, do Hospital Governador Celso Ramos é baseada na Declaração dos Direitos Humanos e da própria enfermagem enquanto profissão. Foi elaborada pela primeira vez em 1989, pelos Enfermeiros Ruvani Fernandes da Silva e Clarice Magalhães.

A filosofia de Enfermagem do setor de Centro Cirúrgico encontra-se descrita dentro do Regimento do Centro Cirúrgico do Hospital Governador Celso Ramos, onde possui duas cópias arquivadas, uma na Diretoria de Enfermagem e outro no próprio Centro Cirúrgico.

A filosofia do setor se encontra voltada para o ser humano, onde constam: satisfação das necessidades humanas básicas, res-

peito ao indivíduo como ser único, tendo direito a uma assistência individualizada e personalizada buscando eliminar todo e qualquer risco que possa advir.

#### **- Objetivos.**

Os objetivos pré-estabelecidos são o ponto de partida para a prática administrativa. Orientam-nos em relação aos passos que devem ser tomados para que os fins sejam alcançados. Dividem-se em: gerais e específicos; permanentes; estabelecidos a longo, médio e a curto prazo. Primeiramente são estabelecidos os objetivos a longo alcance, depois os intermediários, e por fim os de curto alcance.

Os objetivos estabelecidos pelo setor de Centro Cirúrgico emanam da filosofia, portanto são colocados para o Ser paciente em relação aos assistenciais, com exceção de ensino e pesquisa. São estabelecidos a curto e longo prazo.

Nos objetivos nada consta no que diz respeito à filosofia do ser Enfermeiro, Ser enfermagem, Ser funcionário, pois as mesmas estão descritas nos objetivos da Instituição.

#### **- Regimento.**

É o ato normativo que especifica dispositivos regulamentares interpretando e completando o regulamento, a fim de que este funcione de maneira harmônica, efetiva e sincrônica.

Segundo FELDMAN (s.d.), "este deve ser elaborado pelo próprio chefe do serviço de enfermagem e posteriormente autorizado pelo diretor do hospital".

Devem conter, segundo a autora, os seguintes itens:

1. Finalidades;

2. Posição;
3. Estrutura administrativa;
4. Competências das diversas unidades de trabalho;
5. O pessoal e seus requisitos;
6. O pessoal e suas atribuições;
7. Disposições gerais.

Diante do que é preconizado pela autora observou-se a inexistência de dois itens:

- competências das unidades, por este já ser específico;
- requisitos para o pessoal, por este seguir a norma da Instituição, onde o pessoal recebe a educação em serviço na admissão (ver política de recursos humanos).

**- Políticas.**

Política é a declaração de intenção a respeito das obrigações e responsabilidades de trabalho.

Segundo CHIAVENATO (1983), "política é um guia para executar uma função. São guias orientadores das ações administrativas. Elas revelam as intenções da empresa, demarcando áreas, dentro das quais as decisões serão tomadas. Estabelece ainda, que a partir de objetivos, a empresa pode fixar suas políticas, diretrizes, programas, metas e normas".

Os parágrafos a seguir são citados por BITTEL (1984):

"As políticas de uma empresa são normas gerais ou orientações para a ação. Fundamentalmente, estas normas constituem uma exposição dos objetivos e princípios básicos da empresa para empreender negócios, pretendendo ser um guia para supervisores e gerentes realizarem seus trabalhos. Muitas políticas proporcionam aos seus supervisores a oportunidade de utilizarem

seu melhor julgamento em sua execução. Outros contêm normas rígidas que os supervisores devem observar para que possam administrar um departamento em harmonia com o restante da organização".

"A política não se restringe apenas aos altos escalões, embora a política seja geralmente estabelecida pela alta administração da empresa, pode ser mais do que um conjunto de palavras altissonantes se os supervisores não as traduzir em ação de linha de frente, pois não ocorrerá qualquer ação efetiva até que o supervisor ponha em prática os termos da política".

"Uma empresa pode adotar uma política para abranger quase todas as fases de suas atividades - desde a regulamentação de seu método de aquisição de material até a especificação de como os funcionários podem encaminhar sugestões".

"As políticas nem sempre são formuladas por escrito. Muitas políticas rígidas nunca foram colocadas no papel e muitas políticas firmemente estabelecidas nunca foram repetidas por um executivo, porém tanto os funcionários como os supervisores reconhecem a matéria afetada por essas políticas devem ser tratadas de alguma forma e normalmente o fazem".

"A existência de tantas políticas não formuladas por escrito levam muitas autoridades à conclusão de que toda política deve constar de um texto para que possa ser explicada, discutida e compreendida. Não obstante, muitas empresas discordam desta linha de pensamento, mantendo sua política implícita".

"Um dos grandes mal-entendidos em relação à política é a crença de que são sempre negativas: não faça isso ou faça desta forma, se não vai ter problemas. A política também pode ser en-



corajadora ou afirmadora; basta examinar a política formalizada por uma empresa de renome nacional em um livreto publicado por sua diretoria; como: importância do indivíduo, interesse comum, comunicações abertas, decisões locais, elevados padrões morais".

"Palavras? Sim. Políticas? Sem dúvida alguma. É como um guia oficial para a ação, formalizando por escrito, pelos altos dirigentes da organização, estes enunciados constituem um excelente exemplo dos aspectos positivos das políticas".

"O supervisor não deve alterar uma política. As políticas são estabelecidas para orientar a ação. A responsabilidade de um supervisor está em agir dentro dos limites determinados pela política. Contudo, os supervisores podem influenciar uma mudança de política, levando suas idéias e observações ao conhecimento do chefe de departamento de pessoal ou do conhecimento da alta administração".

"Os supervisores sempre estabelecem políticas a nível departamental. A aplicação da política na supervisão consiste na interpretação de como a política empresarial mais ampla deve ser executada pelos funcionários. É importante reconhecer que a política da empresa, de maneira geral, lhe permite a utilização de critérios individuais a nível de supervisão - embora esse critério possa ser definido".

"Algumas vezes você terá de seguir uma política com a qual não concorda inteiramente - uma política que pode ser impopular para você ou seus funcionários. Resista a tentação de desculpar-se por suas ações ou de criticar a política com os funcionários. Se o fizer estará enfraquecendo sua posição".

"Para evitar que sua interpretação sobre política tome um

rumo indesejado procure proteger suas ações perguntando a si próprio antes de tomar a decisão: Há envolvimento da política neste caso? Qual a maneira de proceder? Qual a norma? Estou seguro em relação aos fatos? Conheço todas as circunstâncias? Quem pode orientar-me sobre este problema? Devo pedir orientação? Será que meu chefe gostaria de discutir isto comigo? Este problema envolve sindicato? Em caso afirmativo, devo procurar o representante sindical ou conversar primeiro com o pessoal de relações trabalhistas?

"Raramente os funcionários se interessam por frases de efeito. Os enunciados gerais de política pouco significam para eles, contudo manifestam grande interesse crítico sempre que esta os afeta".

Dentre as várias políticas de uma instituição hospitalar podemos citar: políticas assistencial, orçamentária, financeira, administrativa-estrutural-diretiva, de recursos humanos (R.H.), recursos materiais (R.M.), ensino, pesquisa e extensão. O serviço de enfermagem deve possuir as mesmas políticas da instituição, porém, a seu nível e baseadas nas da instituição.

Definir as políticas é parte fundamental da organização de um serviço, visto que, são guias gerais que definem e delimitam as áreas de ação dos vários órgãos que o compõe. Por outro lado, definem as responsabilidades, e com isso, estabelecem as competências individuais, contribuindo e facilitando a avaliação de cada órgão e dos funcionários que o compõe.

BITTEL (1982) cita que nem sempre as políticas são formuladas por escrito. Analisando o regimento do Centro Cirúrgico, a única política que aparece descrita é a de Recursos Humanos, que inclui as atribuições das categorias ocupacionais, não apa-

recendo as de enfermagem porque essa distribuição é feita conforme a tarefa desenvolvida, e não pela formação profissional.

O bloco cirúrgico atualmente conta com um quadro de pessoal de 51 funcionários distribuídos por profissionais e ocupacionais, que num processo dinâmico e interativo, prestam assistência sistematizada e global ao paciente durante a sua permanência na Unidade de Centro Cirúrgico, que são:

- Centro Cirúrgico:

- . maqueiros - 03 atendentes de enfermagem;
- . serviçal - 01;
- . circulante - 11 atendentes de enfermagem;
- . instrumentadores - 03 técnicos de enfermagem,  
08 atendentes de enfermagem;
- . auxiliar de anestesia - 03 atendentes de enfermagem;
- . enfermeiro - 01;
- . secretaria - 01 atendente de enfermagem,  
01 auxiliar administrativo.

- Sala de Recuperação Pós-Anestésica:

- . 03 auxiliares de enfermagem.

- Centro de Material e Esterilização:

- . 01 técnico de enfermagem;
- . 03 atendentes de enfermagem.

- Noturno;

- . 02 técnicos de enfermagem;
- . 08 atendentes de enfermagem.

- Unidade de Cirurgia Ambulatorial:

- . 01 auxiliar de enfermagem;
- . 01 atendente de enfermagem.

No Anexo 1 estão apresentadas as atribuições das ocupações.

Na admissão do funcionário este se apresenta ao setor de pessoal central da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, onde vai ser distribuído para as unidades hospitalares, o qual se apresenta ao diretor administrativo que por sua vez o encaminha à chefia de competência. O pessoal de enfermagem é encaminhado ao serviço de educação em serviço, onde é feito ficha funcional, na qual constamos locais em que já atuou; a partir daí é remanejado para o local em que já possui experiência ou que gosta de atuar, isto quando há vaga disponível. O pessoal admitido recebe de 3 a 10 dias informações sobre atividades administrativas do hospital e, quando é decidido qual a unidade que vai atuar ele recebe as normas e rotinas da respectiva unidade. Quando há necessidade de funcionários no setor de centro cirúrgico, este atua durante 15 dias para avaliar sua adaptação, recebendo concomitantemente orientações quanto ao trabalho a ser desenvolvido.

Nada existe em relação a programação da educação em serviço no que diz respeito à reunião de estudos, cursos de atualização, isto decorrente das dificuldades encontradas pelo pessoal envolvido nesse trabalho, para formar grupos de funcionários devido a falta que os mesmos fazem nas unidades. Esse trabalho desenvolvido nas unidades não é eficaz, pela dispersão dos funcionários para cumprir suas atividades, e pela própria falta de interesse por parte dos mesmos.

A política assistencial, segue a formulada pela instituição, se bem que a enfermagem sendo autônoma deve dizer como vai prestar essa assistência, mas infelizmente nessa instituição não existe uma metodologia científica para uma melhor assistência programada, e a criação desta implica nos Recursos Humanos,

pois cremos que a política assistencial visa assistir o ser como um todo e dependendo da demanda do Centro Cirúrgico um enfermeiro não consegue dar assistência individualizada ao paciente.

A política de material também segue a da instituição, uma vez que todas as unidades seguem a mesma rotina.

Afim de padronizar uma política adequada para o uso de materiais no serviço de enfermagem, em 1990 foi criado por três enfermeiras do Hospital Governador Celso Ramos o programa para implantação de uma política de racionalização.

Essa política de racionalização visa utilização do material de maneira mais adequada, com lucro para a empresa e para o paciente que receberá uma assistência mais eficiente. Antes da implantação dessa política, o material era solicitado à chefia de enfermagem, a qual se submetia ao contato com o almoxarifado, retornando a mesma que posteriormente fazia a distribuição para as unidades.

Atualmente o pedido das unidades é feito diretamente ao almoxarifado, sendo que cada setor tem um funcionário designado para fazer as solicitações.

A direção do hospital possui verbas complementares com finalidades de suplementar as necessidades que poderão advir, as quais recebem prioridades para compras, por essa verba ser reduzida.

A implantação dessa política melhorou a comunicação, o fluxo, fazendo com que as coisas sejam agilizadas mais rapidamente, mas isto também não depende somente da instituição, porque ela não é isolada, uma vez que o material distribuído para a

mesma é fornecido pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina, o qual é responsável pela compra, qualidade, distribuição, onde visa na maioria das vezes a economia e não a qualidade do material, resultando em prejuízo para a própria empresa, bem como, déficit na assistência.

Quando aparece um material novo no mercado e a Fundação interessa-se em adotá-lo, há necessidade de ser testado, onde coloca-se em experimentação por um determinado tempo nas unidades hospitalares e, após o mesmo, é emitido um parecer técnico aprovando ou não a sua utilização, onde prevalece a "a opinião da maioria".

#### **- Normas e Rotinas Administrativas.**

Normas são, segundo HENDRIKX (s.d.), "diretrizes que delimitam o seu campo de ação e fonte de referência para caracterizar procedimentos". A autora afirma que as normas têm por finalidade evitar a dispersão de interesses, incompreensão de ocorrências, entendimento dos objetivos, propósitos e funções determinadas. Elas podem classificar-se em: administrativas e técnicas. As normas administrativas "determinam o que deve ser feito, estabelecidas em princípios científicos e de autoridade" e para serem elaboradas devem guiar-se por princípios, tais como: devem basear-se em objetivos, filosofia, funções e estrutura do serviço de enfermagem. As normas técnicas ou operacionais são referentes à orientação do funcionamento de um serviço.

Apresentam-se com características particulares, como serem explícitas, breves, flexíveis, atualizadas, definidas, mensuráveis e exequíveis.

Entende-se por rotina a descrição das ações que compõe uma

atividade, na sequência em que devem ser desenvolvidas. É um componente da organização hospitalar, fundamento indispensável à execução das numerosas atividades que nele se desenvolvem a cada momento.

As rotinas descrevem a composição de cada tarefa. Sua alteração pode significar aperfeiçoamento gradativo. A mensuração de desempenho do seu cumprimento figura como teste de avaliação e fornece subsídios valiosos para a tomada de decisões.

Para os executantes das tarefas, as rotinas representam um guia que facilita o caminho a percorrer, a luz que afugenta as trevas das dúvidas, o paradigma do bom desempenho no cumprimento do dever.

A flexibilidade é uma das características marcantes das rotinas, não no sentido de que suas ações possam ou não ser executadas, com vistas a consecução de melhores resultados ou para ratificar o acerto do assentamento anterior.

A descrição do procedimento deve ser concisa e clara e nenhuma palavra deve ter sentido dúbio.

A rotina pode descrever uma atividade que inicia e termina dentro de uma mesma unidade administrativa ou a que atravessa várias unidades.

Para HENDRIKX (s.d.) a finalidade de se elaborar rotinas não visa somente possuir documentos escritos nas unidades, consistindo em muito mais, tal como: "(1) determinar de modo preciso como o trabalho deve ser desenvolvido; (2) padronizar os métodos de proceder; (3) racionalizar o trabalho; (4) oferecer segurança aos funcionários; (5) evitar perda de tempo; e (6) proporcionar segurança aos pacientes". Ainda segundo a mesma au-

De acordo com PAIM (1978) planejar é "prescrever ou apresentar o futuro e traçar um programa de ação, determinar o fim que se pretende atingir e buscar as melhores estratégias de ação para o seu alcance, reformulando o plano em conformidade com as sugestões vindas pela experiência e pelos fatos.

BITTEL (1982) afirma que o planejamento é "o processo de desenvolvimento do que você e seu grupo de trabalho vão realizar no futuro. Os planos estabelecem uma hierarquia de metas ...".

O autor também justifica por que se dá tanta ênfase a planejamento: "o planejamento constitui uma maneira comprovada de enfrentar a mudança. Ajuda a assegurar que você conte com funcionários em número suficiente para a realização do trabalho, com a quantidade e tipo correto de materiais, e com a maquinaria ajustada para ser utilizada quando necessitar. E o aspecto mais importante: o planejamento prepara um roteiro que permite ao supervisor ativar com eficiência os recursos disponíveis".

Para o autor exceções a regras de planejamento devem existir. Na certeza de que cada supervisor agirá com flexibilidade frente ao seu planejamento.

BITTEL (1982) classifica os planos e programas de acordo com a sua duração e finalidade, como segue:

- Plano de longo prazo: são normalmente estabelecidos pela alta administração, e sua operação é prevista para um período de dois a cinco anos.
- Plano de curto prazo: são aqueles que recebem maior atenção por parte dos supervisores e em geral baseiam-se em operações de um ano ou menos.
- Planos permanentes: incluem praticamente qualquer atividade



tora, as rotinas podem ser classificadas como: "rotinas para o uso de impressos gerais, administrativas e específicas". Para cada especialidade elas devem ser elaboradas a partir da contribuição de todos os funcionários que compõe a equipe de enfermagem.

O regimento do Centro Cirúrgico como um todo ainda precisa ser complementado, uma vez que a sobrecarga de trabalho decorrente da existência de um único enfermeiro para todo o bloco cirúrgico, propicia que o seu tempo seja quase todo ocupado por funções administrativas.

Esse documento existente não foi concluído, pois não existe normas e precisa ser complementado em outro pontos, sendo que o mesmo encontra-se em aberto para as complementações que se fazem necessário apesar que a intenção dos enfermeiros era de terem concluído na época em que foi elaborado, mas a enfermeira afastou-se da instituição, gerando a situação colocada anteriormente (ver objetivo 2.1.2, item e).

#### **- Planejamento e Relatório.**

Planejar em administração do serviço de enfermagem, significa preparar-se para dividir e para atuar sobre algum problema ou como parte de um problema.

Para FELDMANN (s.d.), planejamento é "fundamentalmente uma técnica, um método de ação, é um processo. Baseia-se no diagnóstico de uma situação, em hipóteses, projeções e metas básicas".

Segundo CHIAVENATO (1983) planejar é "a tarefa de traçar as linhas gerais das coisas que devem ser feitas e dos métodos de fazê-las, a fim de atingir os objetivos da empresa".

que se desenvolva sem grande modificação de ano para ano. Os planos permanentes cobrem práticas gerais de emprego, saúde e segurança, procedimentos de compras, disciplina de rotinas e questões semelhantes.

- Planos de emprego isolado: são utilizados uma única vez e devem ser revisados em seguida. Orçamentos departamentais e cronogramas operacionais constituem exemplos. Permanecem válidos por uma semana ou um mês, até que novos elementos sejam introduzidos.

Consideramos o planejamento uma das mais importantes funções de uma administração hospitalar. É uma previsão de que, por que, quando, quem, onde e de como vai ser feito. É a pré-determinação do curso de ação.

O planejamento tem que ser feito junto com as pessoas que vão executá-lo; ser gradativo e adaptável a cada circunstância, para cada situação e que seja colocado claramente para as pessoas envolvidas com o planejamento.

SIMÕES (1983) ao se referir ao relatório de pesquisa, afirma que "um relatório consiste em escrever ou relatar o que foi realizado. A grande dificuldade, geralmente encontrada, é escrever com clareza, objetividade, ou seja, sem ambiguidades o que se fez. Escreve claro e preciso quem pensa com clareza também. Não é fácil escrever o que se pensa; não é fácil escrever sem deixar dúvida no leitor, não é fácil transmitir graficamente, de forma consisa o que se pretende ...".

O autor faz algumas abordagens, que não poderão ser esquecidas na confecção do relatório: as palavras devem ser empregadas de forma simples, não poéticas; devem transmitir exatamente a idéia que se pretende; não devem ser polissêmicas, porque as

interpretações múltiplas poderão distorcer a mensagem; não devem ser conotativas, são preferidas aquelas de significado denotativo.

No setor de Centro Cirúrgico o planejamento e relatório eram feitos anualmente e encaminhados a chefia do serviço de enfermagem; nos relatórios eram apresentados os resultados para todos os enfermeiros da instituição e outros que tivessem interesse.

Há dois anos este planejamento não é realizado, apesar de que o enfermeiro do Centro Cirúrgico acha importante, por este estabelecer diretrizes para o trabalho e ampliar seus conhecimentos na procura de aprimorar, cada vez mais seus planejamentos, e este ainda lhe proporciona abrir espaços, inovar teorias e mostrar que seu serviço não é só burocrático, mas sim, é amplo atingindo todos os seus papéis.

Para ser feito o enfermeiro precisa de recursos, pois dificilmente consegue se alcançar os objetivos relacionados a material e pessoal por estes hoje não estarem disponíveis no setor.

#### **- Organograma.**

Organograma "é o gráfico que representa a organização formal do Serviço de Enfermagem, a sua estrutura, os seus órgãos competentes, as vias hierárquicas, a subordinação, os canais de comunicação e interdependência, das partes que constituem o todo da organização. Portanto, é a representação gráfica de uma estrutura administrativa indicando a hierarquia funcional e as linhas de subordinação" (HENDRIKX, s.d.).

É um processo de comunicação escrito, esquematizado, e que

para REZENDE (1976) tem a finalidade de "transmitir a mensagem, a fim de que seja captada, processada e respondida, alcançando-se assim o fim desejado".

Segundo FELDMANN (s.d.), "distinguimos no Serviço de Enfermagem dois tipos de organograma:

- 1º) Organograma da área de trabalho;
- 2º) Organograma hierárquico.

No Hospital Governador Celso Ramos existe dois organogramas: um ideal conforme consta no Regimento de Instituição (Anexo 2) e, outro real (Anexo 3) conforme está operacionalizado na prática.

O Serviço de Enfermagem está subordinado à divisão técnica, dificultando sua dinâmica, autonomia e a conquista de seus ideais e, ainda em desacordo com a importância do seu papel na instituição. A estrutura organizacional favorece pouco o fluxo de informações que também não é planejado e organizado de maneira mais eficaz, o que gera morosidade na transmissão de informações. As reuniões são realizadas somente quando julgadas necessárias pelas respectivas chefias. E estas quando são realizadas, só participam enfermeiros, tornando difícil as discussões, pois são pessoas pouco informadas a cerca de suas dificuldades e ocorrências, pouco espírito participativo e insensíveis aos problemas dos colegas do próprio sistema.

Durante o estágio de Administração e Liderança realizado no ano anterior nessa Instituição, chegamos a questionar sobre a reformulação dessa estrutura organizacional, mas isso é um processo moroso e está na dependência de inúmeros fatores (política de saúde, desconhecimento por parte dos profissionais ...). Porém, recebemos informações de que está sendo elaborado um no-

vo organograma, o qual não tivemos acesso por este estar ainda em estudo quanto a sua viabilização na aplicação à nível de hospital.

### 2.1.2 - Exercer atividades próprias do enfermeiro de centro cirúrgico.

Segundo o Decreto nº 94.406 que regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, Art. 8º, ao enfermeiro incumbe:

#### 1) Privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia do serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras destes serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem;
- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exigem conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

#### 2) Como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação da saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos pla-

- nos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde;
  - d) participação em projetos de construção ou reforma de unidade de internação;
  - e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
  - f) participação na elaboração das medidas de prevenção e controle sistemático de doenças que possam ser causadas aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
  - g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
  - h) prestação da assistência de enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
  - i) participação nos programas e atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
  - j) acompanhamento da evolução e trabalho de parto;
  - l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
  - m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
  - n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
  - o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargos ou contratação de enfermeiro ou pessoal técnico ou auxiliar de enfermagem.

De acordo com o Regimento do Centro Cirúrgico as atribuições do enfermeiro são:

- cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem;
- desenvolver as características inerentes a profissão como: liderança, responsabilidade, raciocínio, tomada de decisão e outros;
- administrar (planejar, organizar, dirigir e controlar) a seção sob sua responsabilidade;
- manter bom relacionamento com a equipe de trabalho e com toda a comunidade hospitalar;
- elaborar a escala mensal dos funcionários;
- elaborar a escala anual de férias dos funcionários;
- participar das reuniões mensais da equipe de enfermagem do hospital;
- participar de reuniões mensais da equipe multidisciplinar;
- promover reuniões periódicas com os servidores sob sua responsabilidade;
- comunicar ao setor de pessoal do hospital através de impressos, atrasos, troca de plantão e/ou horário;
- manter a chefia imediata informada das ocorrências do setor;

- orientar funcionários novos;
- prever e solicitar os recursos humanos necessários para a sua seção;
- participar da elaboração de planejamento e relatório anual;
- orientar e supervisionar o desempenho das atividades dos funcionários;
- avaliar mensalmente o desempenho dos funcionários;
- solucionar ou encaminhar problemas da seção relacionados com pacientes, colegas, funcionários, alunos, familiares e outros profissionais que desenvolvem atividades na seção ou relacionadas a mesma;
- prever, requisitar e supervisionar o controle de material de consumo, permanente e equipamentos;
- revisar, assinar e encaminhar para o respectivo setor de manutenção, as solicitações de conserto;
- planejar, organizar, dirigir e controlar (avaliar) as atividades assistenciais;
- promover e zelar pela integração docente-assistencial;
- participar de comissões;
- elaborar, executar, avaliar, desenvolver e/ou orientar programas de treinamento ou atualização para o pessoal de enfermagem;
- desenvolver e/ou colaborar em pesquisa;
- participar e estimular a participação de colegas e/ou equipe nos programas de ensino e atualização;
- determinar a distribuição das cirurgias;
- cumprir e fazer cumprir regulamentos, portarias, ordens de serviço da Instituição;
- Zelar pelo uso adequado dos recursos materiais e equipamentos da seção;
- desempenhar atividades afins;



- desenvolver e cultivar os instrumentos básicos da profissão: observação, comunicação, aplicação de métodos científicos, aplicação de princípios científicos, destreza manual, planejamento, avaliação, criatividade, trabalho de equipe e utilização dos recursos da comunidade;
- manter um bom relacionamento com os demais membros da equipe.

Dentre estas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do Centro Cirúrgico listamos algumas, as quais julgamos serem as mínimas necessárias para o pleno funcionamento do mesmo.

Nossas estratégias foram voltadas principalmente para a supervisão com o intuito de desenvolvermos a nossa capacidade de observação, porém sem modificar as situações erradas com as quais nos deparamos, porque a partir do momento que tentássemos modificá-las isso iria refletir negativamente em nosso estágio, através de alterações de comportamento e omissões de fatos, o que não viria de encontro ao nosso objetivo, pois primeiramente gostaríamos de estabelecer um vínculo de comunicação, onde os próprios funcionários nos mostrassem as falhas e/ou dificuldades.

Supervisão é:

Segundo ANDRADE e ADAMI (1969) "um processo dinâmico e democrático de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais, numa estrutura organizada, visando alcançar os objetivos definidos em um programa de trabalho, mediante o desenvolvimento do pessoal".

Segundo TEJADA-RIVERO (s.d.) "um processo dinâmico, mediante o qual o supervisor ajuda e guia o pessoal sob sua direção, auxiliando-o a desenvolver-se, superar-se e realizar o

trabalho de forma mais eficiente".

Segundo RIBEIRO (1971) "uma função de planejamento contínuo cujo objetivo é melhorar a produtividade e promover o bem-estar do pessoal, cita que na enfermagem, supervisão, embora se centralize no pessoal, sua meta porém é a atenção ao paciente".

NAT-7/UFF (1976) "acima de tudo uma filosofia de trabalho. É uma atividade orientadora e educacional, exercida por uma pessoa experientada no serviço, devidamente qualificada, com o objetivo de melhorar o padrão de trabalho, promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos funcionários, através das seguintes atividades: administrativas, de supervisão propriamente dita e de ensino".

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1981) "um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base em normas a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados".

Segundo HERR (1989) "um processo de interação e educação contínua, portanto dinâmico, que através da comunicação consegue motivar empregados para alcançar objetivos".

Nosso roteiro de supervisão foi baseado nos seguintes componentes:

- a) assistência propriamente dita;
- b) pessoal;
- c) material;
- d) ambiente;
- e) cumprimento de normas e rotinas administrativas.

## a) Assistência.

O profissional de enfermagem aprende os valores e atitudes de sua profissão durante sua formação e vivência profissional. O bem-estar do doente constitui o fundamento de um hospital, em torno do qual todas as atenções devem girar, isto é, concedendo-lhe todo conforto e assistência. A partir do momento que o paciente é transferido para o Centro Cirúrgico precisa de proteção contra traumas tanto físicos como psicológicos. Embora possam estar sonolentos devido as medicações pré-anestésicas, os pacientes tem consciência dos sons e estímulos visuais ao seu redor. Os ruídos ambientais e as conversas devem ser mantidas a um nível mínimo. É importante que os eventos sejam explicados ao ocorrerem e que não se deixem os pacientes sem assistência por longos períodos enquanto se espera o início dos procedimentos cirúrgicos.

Durante a operação, os pacientes são atendidos direta e indiretamente por membros da equipe cirúrgica, todos os quais estão preocupados com a segurança e o bem-estar do paciente e têm de aderir a técnicas assépticas estritas.

O interesse primordial do cirurgião é o de realizar a operação de modo efetivo e seguro. O conhecimento e habilidade do cirurgião são fundamentais à recuperação do paciente; a habilidade no manejo de órgãos e tecidos de modo suave porém eficiente é vital para prevenção de complicações. As preocupações primárias do cirurgião são decisões relativas à abordagem cirúrgica, à hemostasia efetiva, à prevenção de lesões aos tecidos e à resposta fisiológica do paciente à cirurgia.

O anestesista ou o enfermeiro anestesista são os responsáveis por proporcionar uma boa indução da anestesia para preve-

nir a dor e manter um relaxamento satisfatório do paciente durante todo o procedimento cirúrgico. Ambos tem a responsabilidade primária pela monitorização do estado fisiológico do paciente; eles controlam continuamente a troca de oxigênio, as funções circulatórias, a circulação sistêmica e os sinais vitais do paciente. O anestesista avisa ao cirurgião quanto as complicações iminentes, mas espera-se que ele intervenha independentemente. O enfermeiro anestesista requer instrução médica em situações complicadas que estão além dos protocolos da enfermagem.

O papel do elemento "de escovação" ou instrumentador é ajudar a proporcionar um ambiente asséptico e a prever as necessidades do cirurgião durante a operação. O termo "de escovação" é derivado da necessidade da pessoa escovar suas mãos e antebraços, essa assepsia envolve o uso de uma esfregação metódica de tempo marcado, com um agente bacteriostático, para reduzir o número da flora transitória, residente e profunda das mãos e braços, tornando-os cirurgicamente limpos. Após a assepsia este elemento veste um avental e luvas esterilizadas e passa a reunir o equipamento e instrumentos esterilizados para aprontá-los para o procedimento cirúrgico. Os instrumentos são passados ao cirurgião ou seu assistente, de acordo com a necessidade em momentos diferentes do procedimentos; também é responsável pela preparação de agulhas e suturas; além disso, mantém um campo estéril limpo e arrumado para facilitar a pronta disponibilidade dos instrumentos específicos e controla a contagem de gases, agulhas e instrumentos, para se certificar de que nada seja perdido ou deixado acidentalmente no paciente. Esta última função é feita com a cooperação de outras pessoas que fizeram assepsia e do circulante. A contagem de gases, agulhas e instrumentos é feita antes da cirurgia, antes do fecha-

mento do peritônio (ou outro revestimento cavitário) e novamente antes do fechamento da pele.

O circulante também é responsável pela manutenção da técnica asséptica de toda equipe, mas não se submete à assepsia, nem usa luvas e aventais esterilizados. O controle do ambiente e da segurança do paciente são as principais preocupações do circulante, que é também responsável pela assepsia inicial e o preparo do local da incisão e ajuda a posicionar o paciente. Esta responsabilidade inclui providências relativas ao conforto psicológico do paciente antes e durante a indução da anestesia. Idealmente, o circulante encontra-se com o paciente antes da cirurgia e constitui um elemento de ligação para o paciente no ambiente estranho na sala de operação. A avaliação inicial e a monitorização contínua do paciente são importantes responsabilidades do circulante. Ele é a ligação entre o elemento de "escovação" submetido à assepsia, o resto do departamento cirúrgico e o resto do hospital. Ele guarda todas as gazes e agulhas jogadas fora e participa da contagem de gazes, instrumentos e agulhas; ainda observa o procedimento cirúrgico, prevê necessidades de equipamentos, instrumentos, medicações e unidades sanguíneas e prepara os rótulos para os espécimes para o exame laboratorial.

Seu papel é mais amplo que o do elemento "de escovação". Assim o circulante deve ser um enfermeiro formado, devido a série de responsabilidades que tem que assumir e tomadas de decisões, que requerem conhecimento por parte do mesmo.

Dependendo do tipo de cirurgia, o cirurgião pode ter um ou dois assistentes que são médicos clínicos, cirurgiões ou estudantes de medicina (todas essas pessoas também tem de se subme-

ter à assepsia e usar vestes e luvas esterilizadas). Estes indivíduos ajudam a reduzir o campo operatório, assegurando assim a exposição. Eles também ajudam a manter a homeostase e executam outras funções conforme o necessário.

Teoricamente, esta equipe é todo o pessoal essencial num centro cirúrgico específico. Na prática, estudantes tanto de medicina como de enfermagem podem estar na área para uma experiência de aprendizado por observação, assim como outros membros da equipe hospitalar que estejam aprendendo novas responsabilidades. O número de pessoas na sala de operações deve ser limitado, porque um maior número de pessoas só aumenta a possibilidade de contaminação e posterior infecção.

NOLAN (1984) atribui ao enfermeiro do centro cirúrgico a tarefa de manter um ambiente seguro, tanto no aspecto físico como psíquico, e favorecer o envolvimento interpessoal da equipe cirúrgica na responsabilidade do atendimento às necessidades biopsicossocioespirituais do paciente.

São muitos os trabalhos que preconizam e/ou enfatizam a importância da atuação do enfermeiro, como membro profissional da equipe cirúrgica e como líder da equipe de enfermagem, em assegurar ao paciente, na fase transoperatória, assistência personalizada, contínua e integrada (BERRY e MICHAEL, FAI, FEHLAV, PANZA).

Além dessas pessoas, há outras interessadas no bem-estar do paciente e que são responsáveis pelo ambiente e manutenção de uma área cirúrgica asséptica e segura. Serventes, auxiliares e ajudantes de limpeza que lavam e limpam os instrumentos e suprimentos tem todos um papel vital na manutenção de um ambiente seguro e asséptico.

Com o decorrer do estágio, através de um acompanhamento diário por longo período, levantamos alguns aspectos relevantes à parte assistencial/comportamental dos profissionais envolvidos com o paciente e o centro cirúrgico.

Desde que o paciente adentra ao centro cirúrgico, nem sempre recebe a atenção necessária, sendo tratado com uma certa "insignificância", pois o trabalho torna-se automatizado, simplesmente havendo a transferência de maca, onde este é encaminhado à sala de operação ou quando não, à sala de recuperação pós-anestésica ou no próprio corredor, onde na maioria das vezes fica desacompanhado, à mercê de suas próprias ansiedades.

Na nossa percepção, no momento da recepção do paciente atribuímos ao enfermeiro a responsabilidade de iniciar uma interação positiva que desperte no paciente confiança nas ações da equipe, pois a comunicação verbal constitui fator de percepção auditiva agradável, quando relacionada a explicações do ato anestésico-cirúrgico e a palavras de apoio.

O que encontramos hoje, são informações oriundas na maioria das vezes do anestesista ou do circulante, mesmo assim sendo palavras soltas ou conversações fragmentadas, que deixa dúvidas sobre o que irá acontecer no trans e pós-operatório ou mesmo relacionadas ao próprio ambiente.

Deveria constituir um compromisso básico da equipe permanecer ao lado do paciente, assistindo-o durante sua permanência no centro cirúrgico uma vez que esta assistência prestada deve obedecer a princípios éticos e legais, pois a condição de dependência do paciente determina que a equipe cirúrgica responda por ele, conforme sua vontade ou de sua família, expressa previamente.

## b) Pessoal.

A enfermagem tem como objetivo assistir integralmente ao homem visando contribuir na promoção, prevenção e recuperação da saúde, aplicando metodologia própria na assistência, ensino e pesquisa. As ações técnico-científicas específicas são executadas pela equipe de enfermagem na prestação dos cuidados, no preparo de material e ambiente, com racionalização tendo o enfermeiro a responsabilidade pelo planejamento, coordenação, execução e continuidade dessas ações.

A qualidade da assistência à saúde, mantém relação direta com a quantidade e principalmente com a qualidade dos recursos disponíveis. Muito se vem questionando sobre a eficácia e eficiência do funcionamento de grande parte dos serviços de saúde existentes no país. Entretanto, podemos observar que apesar do domínio técnico que gradativamente o setor saúde vem atingindo, tais conhecimentos são totalmente obscurecidos pela problemática administrativa existente em seus serviços.

Segundo manifestações da Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) as funções específicas do enfermeiro consistem em prestar assistência ao indivíduo, a família e a comunidade em relação as suas necessidades básicas de saúde, pois consiste o núcleo de seus afazeres, ao proporcionar tal assistência o enfermeiro faz, ajuda, informa, orienta e supervisiona, coordenando com outros trabalhadores da saúde, os aspectos de atendimento que lhe competem.

Segundo JOUCLAS (1990) "a Segunda Guerra Mundial pode ser considerada como um marco, quando se analisa a organização hospitalar, no tocante ao cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. Iniciou-se nessa fase a divisão do trabalho de enfermagem,



passando-se, então para a fase do trabalho em equipe", muito discutido hoje em dia.

O aumento do número de intervenções cirúrgicas nos hospitais, aliado à falta do elemento profissional de enfermagem e ao desenrolar da Segunda Guerra Mundial, trouxe para dentro das salas de operações, o pessoal ocupacional. Com uma velocidade fantástica, esse pessoal foi preenchendo o espaço profissional do enfermeiro, a maior parte das vezes, sem o mínimo preparo e sem a consciência profissional necessária para assumir a responsabilidade dos riscos próprios e inerentes a uma sala de operação.

Com o posterior desenvolvimento da tecnologia cirúrgica e o aparecimento do complexo médico industrial e todo seu marketing, observou-se uma absorção total do elemento ocupacional nas atividades de enfermagem nas salas de operações.

Observou-se, na época, e ainda hoje, um afastamento do enfermeiro do interior das salas de operações, assumindo pouco a pouco uma posição gerencial, restrita a uma série de atividades técnico-burocráticas. Assim ao enfermeiro do centro cirúrgico cabia, e atualmente cabe: o controle, a previsão e provisão das salas de operações, dos materiais e equipamentos cirúrgicos cada vez mais diversificados, complexos e sofisticados. As atividades de caráter assistencial ficaram delegadas quase que exclusivamente ao atendente e ao auxiliar de enfermagem.

A deficiência numérica dos profissionais de enfermagem é relevante se comparada a de outros profissionais de saúde, cuja disponibilidade numérica tem sido insuficiente para a demanda, não atendendo as necessidades.

O cálculo de pessoal tem como objetivo consolidar os trabalhos de pesquisa, levantamento de recursos humanos, adaptação e padronização da assistência na área de enfermagem, visando oferecer subsídios que possibilitem adequar as tabelas de lotação de pessoal de enfermagem nas unidades às reais necessidades de atendimento; e adequar a lotação de profissionais da área de enfermagem elevando o padrão assistencial. Para se calcular a quantidade, qualidade e percentual de funcionários (categorias), existem fórmulas as quais serão utilizadas para avaliar como se encontra a unidade em questão.

À partir do resultado das mesmas, ainda calcula-se um percentual de absenteísmo, também conhecido como absentismo ou ausentismo.

De acordo com CHIAVENATO (1981) absenteísmo é "uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho, ou seja, é a soma dos períodos em que o empregado de determinada organização encontra-se ausente do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal". Citando FONTES, refere que "as causas do absenteísmo não estão diretamente ligadas ao empregado, mas a organização (na supervisão, no empobrecimento das tarefas, na falta de motivação e estímulo, nas condições desagradáveis de trabalho, na precária integração do empregado à organização e nos impactos psicológicos de uma direção deficiente).

Existem vários valores/fórmulas para se calcular o absenteísmo. Nos cálculos que seguem, usaremos os valores preconizados por cada autor.

De acordo com o CENTRO SÃO CAMILO (1985), administrar o Serviço de Enfermagem é levar o grupo a atingir determinados ob-

jetivos; experiências vividas durante seu exercício profissional demonstram que com frequente ausência dos mesmos torna-se praticamente inviável a existência efetiva do serviço de enfermagem, pois os mesmo é representado por vários profissionais orientando, guiando, liderando e supervisionando, com vistas a um trabalho em conjunto.

O referencial para Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização é calculado através da Média de Operações, obtida através da fórmula:

$$M.O. = \frac{O.P. \dots C.C.}{\text{dias}}$$

ONDE:

M.O. = média de operações;

O.P. . C.C. = somatória de operações, excluindo as emergências;

dias = somatória de dias considerado pela O.P. . C.C.

A fórmula para dotação de pessoal em unidades especiais, onde não há leitos é:

$$TFR_{(C.C.)} = \frac{(M.O. \times H.E. \times J.T.)}{C.H.S.} + I.S.T.$$

ONDE:

TFR = total de funcionários C.C.;

M.O. = média de operações;

J.T. = total de dias de operação normal (05 dias úteis);

C.H.S. = lançar a carga horária (40 h, baseada na Instituição - Hospital Governador Celso Ramos);

I.S.T. = índice de segurança técnica (preconizado 20%, para cobrir folgas, faltas, férias, licenças);

H.E. = horas de enfermagem (preconizado 8 h).

$$M.O. = \frac{O.P. \cdot C.C.}{\text{dias}} = \frac{366}{24} = 15,25 \text{ operações/dia}$$

OBS: A somatória das operações/dias por nós considerado foi num período de 30 dias, equivalente de 25 de março à 25 de abril de 1991.

$$TFR_{C.C.} = \frac{(M.O. \cdot H.E. \cdot J.T.)}{C.H.S.} + I.S.T.$$

$$TFR_{C.C.} = \frac{(15,25 \cdot 8 \cdot 5)}{40} + 20\% = \frac{610}{40} + 20\% = 18,3 \text{ funcionários}$$

Do total do TFR é derivado uma proporção de 30% para o Centro de Material e Esterilização.

$$TFR = 18,3$$

$$C.M.E. = 30\% = 5,49 \text{ funcionários}$$

$$C.C. = 70\% = 12,81 \text{ funcionários}$$

A distribuição do pessoal de enfermagem por categoria percentual, envolve quando a equipe é completa, contendo e considerando-se a existência de disponibilidade de todos os elementos citados à nível de mercado de trabalho. Considera-se:

- enfermeiro = 5%;
- técnico de enfermagem = 10%;
- auxiliar de enfermagem = 25%;
- atendente de enfermagem = 60%.

FELDMANN (s.d.), mesmo fazendo parte da Instituição São Camilo, diverge da mesma no que diz respeito as horas de enfermagem, onde ela tem como base 3,5 horas, que foi preconizado pela Organização Mundial da Saúde em 1972 para o tipo de assis-

tência complexa, consideradas as que são desenvolvidas no Centro Cirúrgico.

Calcula-se:

$$\text{Qtde. Pessoal}_{\text{C.C.}} = \frac{\text{Média diária de Op.} \times \text{H.E.} \times \text{Dias da Semana}}{\text{J.T.}} + 20\%$$

Onde:

Média diária de operações = 16 pacientes. Baseada na fórmula do Centro São Camilo;

H.E. = horas de enfermagem = 3,5;

Dias da semana = 5 dias úteis;

J.T. = jornada de trabalho - preconizado por Feldmann = 44 h, sendo que adaptamos para 40 h semanais, que é o estipulado pela Instituição Hospital Governador Celso Ramos;

20% = absenteísmo.

$$\text{Qtde. Pessoal}_{\text{C.C.}} = \frac{\text{M.O.} \times \text{H.E.} \times \text{dias/semana}}{\text{J.T.}} + 20\%$$

$$\text{Qtde. Pessoal}_{\text{C.C.}} = \frac{16 \times 3,5 \times 5}{40} + 20\% = 7 + 20\% = 8,5 \text{ funcionários}$$

Para Sala de Recuperação Pós-Anestésica (S.R.P.A.) preconiza:

- 1 enfermeiro para cada 02 leitos;
- 1 auxiliar/técnico para cada 02 leitos;
- 2 atendentes para cada 02 leitos.

Considerando que na Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital Governador Celso Ramos existem 10 leitos permanentes, o número de pessoal fica assim distribuído:

- 05 enfermeiros;

- 05 auxiliares/técnicos;
- 10 atendentes.

Sendo que a distribuição do pessoal por categoria percentual é de:

- 10% para enfermeiro;
- 30% para auxiliar e técnico;
- 60% para atendente.

Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL (I.N.S.S.), para calcular a quantificação de pessoal, utiliza-se as unidades de atendimento primário, secundário e terciário da Instituição, baseando-se na assistência progressiva de enfermagem, capacidade e média de ocupação das unidades e horas de cuidados de enfermagem.

Como no Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Sala de Recuperação Pós-Anestésica não temos número de leitos porque o paciente não fica interno, apenas permanece um período, bem como não se pode calcular a média de ocupação, vamos seguir um modelo operativo: com base na progressividade da assistência ou seja, no nível de atenção, no nível assistencial e na estrutura apresentada na unidade selecionada, estabelecendo a relação profissional por sala.

Para Centro Cirúrgico:

- enfermeiro = 01 para cada 03 salas cirúrgicas;
  - técnico de enfermagem = 01 para cada 01 sala cirúrgica;
  - auxiliar de enfermagem = 01 para cada 01 sala cirúrgica.
- Por  
Turno

O Centro Cirúrgico do Hospital Governador Celso Ramos é composto por 06 salas cirúrgicas e o turno considerado para o bloco é de 40 h semanais. O preconizado pelo INSS é de 30 h se-

manais e em nossos cálculos adaptamos à jornada de trabalho de Instituição.

	I.N.S.S.	H.G.C.R.
	30 h	40 h
Enfermeiro:		
6 salas = 2 enf/turno X 4 turnos =	08	06
Técnico de Enfermagem:		
6 salas = 6 técn/turno X 4 turnos =	24	18
Auxiliar de Enfermagem:		
6 salas = 6 aux/turno X 4 turnos =	24	18
Total de funcionários	56	42

Para Sala de Recuperação Pós-Anestésica:

- enfermeiro = 01 para cada 05 leitos;
  - técnico de enfermagem = 01 para cada 03 leitos;
  - auxiliar de enfermagem = 01 para cada 05 leitos.
- Por  
Turno

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica possui 10 leitos permanentes sendo que à partir desses, as categorias ficam assim distribuídas:

	I.N.S.S.	H.G.C.R.
	30 h	40 h
Enfermeiro		
10 leitos = 2 enf. X 4 leitos =	08	06
Técnico de Enfermagem		
10 leitos = 3,3 técn. X 4 turnos =	13	10
Auxiliar de Enfermagem		
10 leitos = 2 aux. X 4 turnos =	08	06
Total de funcionários	29	22

Para Centro de Material e Esterilização:

Para cada 100 leitos preconiza 13 funcionários; consideran-

do-se que no Hospital Governador Celso Ramos o número de leitos é de 227, o resultante para 30 h/semanais é de 29,5 funcionários, o que adaptado para 40 h/semanais (Instituição) estabelece 23 funcionários.

A distribuição percentual por categoria é de:

- enfermeiro = 10%;
- técnico de enfermagem = 30%;
- auxiliar de enfermagem = 60%.

#### Absenteísmo.

Estudos realizados pelo I.N.S.S. demonstraram que a Instituição possui alto índice de absenteísmo justificado pelo déficit de pessoal, pela incidência de faltas e folgas nos finais de semana e feriados, pela falta de cobertura para férias, licença de saúde, maternidade e licença especial. Pelo exposto concluíram que para cobertura nas unidades com funcionamento de 24 h, o percentual de absenteísmo deverá ser de 45% e para as unidades com funcionamento de 12 h o percentual deverá ser de 18%.

Para unidade com funcionamento de 24 h a cobertura é de 45%, considerando que no ano temos: 48 sábados, 48 domingos, 15 feriados fixos, 30 dias de férias, 24 faltas concedidas por regimento = total de 165 dias a serem cobertos.

Ano = 365 dias - 165 dias = 200 dias de trabalho efetivo.

365 - 100% = 45%

165 - X

Resultante: 45% de cobertura necessária;

55% de cobertura existente.



Este percentual de absenteísmo (45%) aplica-se para o Centro de Material e Esterilização por este ser um serviço com funcionamento nas 24 horas.

Cálculo:

23 funcionários do C.M.E. - 100%

X - 45%

x = 10,3 funcionários para cobertura

Somando um total de 33 funcionários para o Centro de Material e Esterilização.

Cálculo para unidade com funcionamento de 12 horas diárias. Considerando-se:

- 05 dias úteis;

- faltas e férias por servidor = 24 + 30 = 54 dias.

365 - 100%

54 - X

X = 18%

Este percentual de 18% é proveniente de uma jornada de trabalho de 70 h/semanais; adaptada para a nossa jornada, que é de 40 h, o percentual é de 12% como segue:

70 h - 18%

40 h - X

X = 12%

O funcionamento do Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica é de 8 h diárias, sendo que o número de funcionários é equivalente a 64, no total de dois serviços com uma jornada de trabalho de 40 h/semanais.

64 funcionários - 100%

X - 12%

X = 7,6 funcionários para cobertura

Somando um total de 71 funcionários para o Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1986), à partir do desenvolvimento de uma série de instrumentos de avaliação de estabelecimentos de saúde, com vistas a melhor orientar Processos Organizacionais e Administrativos, cujo propósito é avaliar as condições de eficiência em organização e funcionamento dos hospitais, proporcionando a rede hospitalar, um melhor desempenho administrativo, para que não mais a qualidade técnica seja dificultada por problemas organizacionais.

Para o Centro Cirúrgico o número de funcionários preconizado é:

- 01 auxiliar de enfermagem por sala para cada turno;
- 01 atendente de enfermagem por sala para cada turno;
- 01 supervisor enfermeiro.

Considerando-se que o Centro Cirúrgico possui 06 salas cirúrgicas, onde os funcionários são distribuídos em 04 turnos, com uma jornada de trabalho de 40 h/semanais temos:

Centro Cirúrgico:	func.	X	nº salas	X	turnos	=		
- Técnico/auxiliar	01	X	06	X	04	=	24	
- Atendente	01	X	06	X	04	=	24	
- Enfermeiro	01	X			04	=	04	
Total de funcionários							=	52

Centro de Material e Esterilização:

- 01 auxiliar/técnico para cada 50 leitos;

- 01 atendente para cada 15 leitos;  
Supervisão por enfermeiro.

Considerando-se um total de 227 leitos no Hospital Governador Celso Ramos, temos:

01 aux/técn - 50

X - 227

4,54 X 4 turnos = 18,16 aux/técn.

01 atendente - 15

X - 227

15,13 X 4 turnos = 60,53 atendentes

1 enfermeiro X 4 turnos = 04 enfermeiros

Total de Funcionários: 82,69

Em 1977 a Assessoria de Enfermagem da Superintendência Médica Hospitalar de Urgência, elaborou o primeiro estudo sobre Cálculo de Pessoal, objetivando dotar a Superintendência de parâmetros que possibilitassem a previsão adequada de pessoal de enfermagem nas unidades e adequação progressiva das tabelas existentes. O período transcorrido de 1977 à 1982, demandou novo estudo e revisão do cálculo efetuado. Este novo estudo foi realizado por ALCALÁ e colaboradores (1977), cujo objetivo era propor parâmetros que possibilitassem adequar as tabelas de lotação de pessoal de enfermagem nas unidades de Superintendência às necessidades reais de atendimento, dotando os mesmos de instrumento capaz de medir o déficit de pessoal de enfermagem, padronizando o critério de lotação de pessoal, elevando o padrão técnico de assistência, pela adequada lotação dos profissionais e elementos operacionais de enfermagem para o cuidado, supervisão e gerenciamento da assistência de enfermagem.

Seu cálculo baseia-se no funcionamento de 12 horas para cirurgias eletivas e 24 horas considerando as de emergência, com um número de 06 salas cirúrgicas, jornada de trabalho de 33 horas/semanais, carga diária de 6 horas.

OBS: Adaptamos para a Jornada de Trabalho do Hospital Governador Celso Ramos, que é de 40 horas/semanais.

Equipe	Critérios	Período	nº de Elementos	
			33 h.	40 h
Enfermeiro	1 p/cada 10 salas	Diurno	02	1,65
Auxiliar	1 p/cada sala	Diurno	12	9,9
	1 p/cada 02 salas	Noturno	06	4,95
Atendente	1 p/cada 03 salas	24 h	08	6,6
	1 p/transporte	12 h	02	1,65
	<u>1 p/cada vestiário</u>	<u>12 h</u>	<u>04</u>	<u>3,3</u>
Total de Funcionários			34	28,05

Sala de Recuperação Pós-Anestésica:

Considera: para cada 02 salas de operações, 01 leito de recuperação pós-anestésica.

Das 06 salas cirúrgicas existentes no hospital, de acordo com a autora deveriam existir somente 03 leitos de recuperação pós-anestésica, sendo que o existente hoje é um total de 10 leitos, o que corresponderia, segundo seu critério a um valor numérico de 20 salas cirúrgicas.

Cálculo:

Equipe	Critérios	Período	nº de Elementos	
			33 h	40 h
Enfermeiro	1 para cada 06 leitos	24 h	07	5,77
Aux./Téc.	1 para cada 02 leitos	24 h	20	16,5
Atendente	<u>1 para cada 06 leitos</u>	<u>24 h</u>	<u>07</u>	<u>5,77</u>
Total de Funcionários:			34	28,04

Centro de Material e Esterilização:

Jornada de 8 horas diurna e 12/36 noturna.

Equipe	Critério/Local	Período	nº de Elementos
- Enfermeiro	01	12 horas	02
- Aux. Enf.	Esterilização 01	24 horas	03
- Aux. Enf.	Arsenal 01	24 horas	04
- Atendente	Vidros/agulhas 01	12 horas	02
- Atendente	Borracha/inox 01	12 horas	02
- Atendente	Preparo 02	12 horas	04
- Atendente	Luvas s/mãq. 06	12 horas	12
- Atendente	Inst. s/mãq. 02	24 horas	06
- Atendente	Dobradura e preparo de pacotes 02	24 horas	08
- Atendente	Montagem de caixa de instrumental 02	24 horas	08
- Atendente	Recolhimento e distri- <u>buição</u>	<u>24 horas</u>	<u>08</u>
Total de Funcionários:			59

Absenteísmo.

O padrão tradicional adotado era de 20% para cobertura de férias, folgas e licenças, sendo que a partir deste trabalho (1977) foi alterado para 30%, onde 24% representa o absenteísmo

previsto e 2,8% o absenteísmo não previsto, ou seja, recurso legal que o servidor tem em abonar 2 dias do mês. Outra característica a destacar é o quadro de pessoal de enfermagem ser composto predominantemente por elementos do sexo feminino, o que determina normalmente uma constante de ausência por motivo de licenças para maternidade e outras decorrentes.

Cálculo:

Centro Cirúrgico:	p/33 h	p/40 h
Enfermeiros	02 + 30% = 03	02 + 30% = 03
Auxiliar/Técnico	18 + 30% = 24	15 + 30% = 19,5
Atendentes	14 + 30% = 18	12 + 30% = 15,6
<u>Total de Funcionários:</u>	45	38,1

Sala de Recuperação Pós-Anestésica:

	p/ 33 h	p/40 h
Enfermeiros	07 + 30% = 09	06 + 30% = 7,8
Auxiliar/Técnico	20 + 30% = 26	17 + 30% = 22,1
Atendentes	07 + 30% = 09	06 + 30% = 7,8
<u>Total de Funcionários:</u>	44	37,7

Centro de Material e Esterilização:

Enfermeiros	02 + 30% = 03
Auxiliar/Técnico	07 + 30% = 09
<u>Atendentes</u>	50 + 30% = 65
<u>Total de Funcionários:</u>	77

## Quadro Comparativo (Análise).

Tabela 1 - FELDMANN (s.d.).

LOCAL	C.C.	S.R.P.A.	TOTAL	%
CATEGORIA				
Enfermeiro	01	06	07	20
Auxiliar/Técnico	03	06	09	26
Atendente	06	12	18	54
TOTAL	10	24	34	100

OBS: Calculado com absenteísmo de 20%.

Tabela 2 - ALCALÃ (1977).

LOCAL	C.C.	C.M.E.	S.R.P.A.	TOTAL	%
CATEGORIA					
Enfermeiro	03	03	7,8	13,8	9,03
Auxiliar/Técnico	24	09	22,1	50,6	33,11
Atendente	18	65	7,8	88,4	57,85
TOTAL	45	77	37,7	152,8	99,99

OBS: Calculado sobre absenteísmo de 30%

Jornada de trabalho - 40 h/semanais

Tabela 3 - CENTRO SÃO CAMILO (1985).

LOCAL	C.C.	C.M.E.	TOTAL	%
CATEGORIA				
Enfermeiro	01	0,25	1,25	5
Técnico	01	0,5	1,5	10
Auxiliar	03	1,25	4,25	25
Atendente	08	3	11	60
TOTAL	13	5	18	100

OBS: O número total de funcionários inclui o absenteísmo de 20% preconizado na fórmula utilizada.

Tabela 4 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (1986).

LOCAL \ CATEGORIA	C.C.	C.M.E.	TOTAL	%
Enfermeiro	04	04	08	6
Auxiliar/Técnico	24	20	44	32
Atendente	24	61	85	62
TOTAL	52	85	135	100

Tabela 5 - INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL (1988).

LOCAL \ CATEGORIA	C.C.	S.R.P.A.	C.M.E.	TOTAL	%
Enfermeiro	06	06	02	14	16
Técnico	18	10	07	35	40,2
Auxiliar	18	06	14	38	44
TOTAL	42	22	23	87	100

OBS: para Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica  
12% - funcionamento 8 horas;  
para Centro de Material e Esterilização absenteísmo 45% -  
funcionamento 24 horas.

Tabela 6 - Hospital Governador Celso Ramos (1991).

LOCAL \ CATEGORIA	C.C.	C.M.E.	S.R.P.A.	U.C.A.	TOTAL	%
Enfermeiro	01	-	-	-	01	2
Técnico/Auxiliar	05	01	03	01	10	20
Atendente	34	03	-	01	38	78
TOTAL	40	04	03	02	49	100

OBS: nesta tabela não estão incluídos: 1 serviçal, 1 auxiliar administrativo.



Nas bibliografias citadas, os autores preconizam o cálculo de pessoal de acordo com o tipo de instituição e as características da assistência prestada, ou seja, neste caso voltado para o Bloco Cirúrgico.

Usam percentuais pré-estabelecidos que nem sempre condizem com a realidade, podendo isso ser observado nas Tabelas 1 e 3, onde ambos os autores preconizam apenas 1 enfermeiro para o Centro Cirúrgico, sendo que este é sem dúvida alguma, insuficiente para o mesmo. Nestes cálculos efetuados, uma observação que faz-se importante é que os autores fazem parte de uma instituição privada. Partindo da premissa que toda iniciativa privada visa lucro para o seu contexto geral, ela busca no bojo de sua teoria a redução do pessoal e com isso o lucro, onde quase sempre a quantidade sobrepõem a qualidade, seja na assistência prestada ou da saúde de quem trabalha nela. As instituições privadas visam acima de tudo, buscar mão de obra mais barata e o "andar" do serviço, nem sempre preocupando-se com a qualidade, quantidade e produtividade do pessoal, isto sem considerar que o Centro Cirúrgico é uma área insalubre, pois os riscos do pessoal que ali trabalha é muito grande. Dentre estes podemos citar: riscos físicos, biológicos, radiações ionizantes e não ionizantes, problemas de origem músculo-esquelética, fadiga psíquica, física, trabalho noturno, agentes infecciosos e manuseio de materiais contaminados, agentes anestésicos, poluição sonora (ver item d).

A qualidade de vida das equipes de enfermagem já vem sendo relatada em trabalhos nacionais e internacionais, tratando do problema do stress do enfermeiro do Centro Cirúrgico, apontando-o como um dos elementos da equipe de saúde que está mais propenso a este, devido as características físicas e psicológi-

cas do ambiente em que trabalha, fechado por paredes, cujo objetivo é manter uma barreira asséptica, mas que muitas vezes encarcera o enfermeiro e sua equipe a um ambiente tão cheio de riscos físicos, biológicos e psicológicos. Outro fator coadjuvante é a parte técnica, pois o desenvolvimento diário das atividades torna-se monótono, rotineiro e na maioria das vezes não valorizadas pelos outros membros da equipe de saúde.

Entretanto, é uma área onde qualquer falha ocorrida pode acarretar ônus ao paciente, à instituição e à equipe multiprofissional.

O funcionário do Centro Cirúrgico é uma pessoa que deve estar consciente de sua responsabilidade na prestação da assistência ao paciente, devido a natureza complexa do mesmo e ao alto grau de riscos que envolvem o paciente que necessita de um procedimento anestésico-cirúrgico, provocando a necessidade de organização deste, lotando-o de pessoal de enfermagem com perfil de competência que leve em consideração os conhecimentos científicos para o atendimento do cliente no período transoperatório, tomando decisões embazadas nos conteúdos teórico-práticos de enfermagem médico-cirúrgica e da administração dos serviços de saúde.

Na maioria das vezes são atendentes de enfermagem que estão sob supervisão de um enfermeiro, e que exige treinamento e educação contínua para o desempenho de suas funções. Este setor é estressante para a atuação do enfermeiro, pois ele como líder da equipe, deve assegurar a qualidade do pessoal com quem trabalha, levando os mesmos a obterem satisfação no trabalho, dentro das condições organizacionais da instituição, que nem sempre vem ao encontro da filosofia da própria empresa pois é im-

perativo que os dirigentes e responsáveis pelas unidades de centro cirúrgico se conscientizem da importância de:

1. Manter um profissional qualificado, isto é, um enfermeiro na sua chefia e colocá-lo em posição apropriada para o desempenho de suas funções na equipe e na área administrativa.

2. Suscitar um esquema de treinamento permanente e eficaz na qualificação dos profissionais de centro cirúrgico, através de uma metodologia que abarque as necessidades da entidade e da equipe.

Com o decorrer da nossa pesquisa, o INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL (1988) levou-nos a crer que existem peculiaridades que fogem à nossa realidade, pois preconizam que a qualidade de assistência mantenha estreita correlação com a qualidade e o quantitativo de recursos humanos, entretanto constata-se graves distorções que atingem os profissionais de enfermagem na prestação de assistência face a inadequada relação entre a formação e utilização desses profissionais com maior concentração desta na mão do atendente.

Com base neste princípio, o documento para cálculo de recursos humanos (parâmetros), por certo indicaria a necessidade de pessoal nas unidades, assegurando o desenvolvimento de uma política de saúde e significativa melhoria da assistência prestada à população.

Considerando, como já citado, que toda empresa que visa lucro obedece padrões e/ou regras, seja ela privada, de economia mista, fundações governamentais ou filantrópicas. Analisando uma empresa pertinente ao estado, em especial o Hospital Governador Celso Ramos, onde o que nos interessa neste momento é a Política de Recursos Humanos, vejamos o que segue com os fatos.

O Hospital desde sua criação passou de empresa mista à Fundação e vice-versa, sem que houvesse uma preocupação de requisição de pessoal através de regras pré-estabelecidas até os dias de hoje. O que se tem é que toda e qualquer solicitação é feita a mercê das necessidades e da improvisação, nem sempre visando a qualidade e quantidade necessária ao serviço, mas sim o tocar do mesmo; com isso, percebe-se que a Instituição em questão apesar de ser governamental no seu contexto geral visa o lucro, pois toda empresa que se preocupa com a qualidade e quantidade tem Política de Recursos Humanos no mínimo preconizada pelo órgão regulador (Ministério da Saúde), onde assim a assistência melhoraria de qualidade.

À partir das diversas experiências vividas no decorrer do curso ligadas à Política de Recursos Humanos (P.R.H.), nos deparamos com resultados (número de funcionários) que não são preconizados ou quando os são, não condizem com a realidade devido a fatores já relacionados anteriormente.

Se fossemos estabelecer uma P.R.H. para o Bloco Cirúrgico o nosso parecer seria favorável ao Instituto Nacional de Seguridade Social, pois é o que mais se aproxima da realidade hoje, por ter um número de pessoal considerado suficiente e qualificado, além disso com redução na jornada de trabalho, sendo que esses fatores implicam na melhora da assistência. Outro fator é a extinção do atendente do quadro de funcionários, que é importante e se faz necessária pois este não está previsto na Lei do Exercício Profissional (L.E.P.) 7.498/86, sendo que traz benefícios tanto à Instituição como para o funcionário, onde para este, deixa de ser apenas enquadrado como categoria ocupacional, passando a ser um profissional habilitado; para a Instituição, evidências entre quantidade e qualidade leva-nos a crer e pre-

servar a melhor assistência, formulando P.R.H., avançando com a modernidade dos tempos, propiciando e diminuindo toda e qualquer dificuldade que possa advir ao serviço.

Em contrapartida, sabemos que apesar de ideal, não é o real e está muito longe deste, pois temos que considerar outros aspectos: o conteúdo político-sócio-econômico que caracteriza a sociedade brasileira, problemática de saúde, a organização dos serviços de saúde, o saber da enfermagem e o desenvolvimento dos processos educativos.

Enquanto não se estabelecem novas perspectivas em relação aos aspectos citados, dificilmente conseguiremos chegar ao ideal. Por isso lançamos nossa proposta, a partir das necessidades observadas por nós no decorrer do estágio (Tabelas 7, 8 e 9).

Considerando para tal:

- Jornada de trabalho = 30 h/semanais;
- Absenteísmo baseado no I.N.S.S.:
  - 18% para funcionamento 12 h;
  - 45% para funcionamento 24 h;
- Funcionamento do Centro Cirúrgico com 07 salas de operações e 12 h para cirurgias eletivas;
- Sala de Recuperação Pós-Anestésica consideramos funcionamento com 10 leitos;
- Centro de Material e Esterilização com funcionamento de 24 h.

OBS: plantão noturno para Centro de Material e Esterilização e será coberto pelo enfermeiro plantonista do Centro Cirúrgico.

Outra realidade que não podemos deixar de citar, é a falta

Quadro 1 - Pessoal para o Centro Cirúrgico.

SALA	AUXILIAR ENF.		TÉCNICO ENF.		ENFERMEIRO		CIRCULANTE		MAQUEIRO		AUX. AD.		SERVICAL		
	MANHÃ	TARDE	NOITE	MANHÃ	TARDE	NOITE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE	TOTAL
1	1	1		1		1									
2	1	1		1											
3	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	
4	1	1		1											
5	1	1		1											
6	1	1		1											
7	1	1		1											
<b>SUBTOTAL</b>	7	7	3	7	7	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	17	17	17	17	17	17	5	5	2	4	2	2	2	2	49
<b>ABSENTEISMO 18%</b>	20	20	20	20	20	20	6	6	2	5	2	2	2	2	57

Quadro 2 - Pessoal para Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

LEITO	AUXILIAR ENFERMAGEM			TÉCNICO ENFERMAGEM			ENFERMEIRO			TOTAL
	MANHÃ	TARDE	NOITE	MANHÃ	TARDE	NOITE	MANHÃ	TARDE	NOITE	
1 - 5	1	1		1	1		1	1		
						3				
5 - 10	1	1		1	1		1	1		
SUBTOTAL	2	2		2	2	3	2	2		
TOTAL	4				7		5			15
ABSENT. 18%	5				8		5			18

Quadro 3 - Pessoal para Centro de Material e Esterilização.

ÁREA	AUXILIAR ENFERMAGEM			TÉCNICO ENFERMAGEM			ENFERMEIRO			TOTAL
	MANHÃ	TARDE	NOITE	MANHÃ	TARDE	NOITE	MANHÃ	TARDE	NOITE	
Expurgo	1	1	3							
Preparo	1	1	1		1	1				
Esterelização e guarda	1	1	-	1	1	3	1	1		
Preparo de carro para cirurgia	1	1								
SUBTOTAL	4	4	4	1	2	6	1	1		
TOTAL		12			9		2			23
ABSENTEÍSMO 18%		14			11		4			27

de humanização no trabalho do Centro Cirúrgico, onde esta problemática deve ser encarada de frente por nós, que dele fazemos parte e somos na maioria das vezes os responsáveis.

É necessário que a busca da satisfação no trabalho seja uma constante no nosso dia a dia, procurando contribuir para o desenvolvimento e o crescimento de cada um na equipe de enfermagem como elementos importantes do trabalho, conscientes do que realizam e participantes das decisões que direcionam a unidade.

É necessário que cada membro da equipe de enfermagem cresça como pessoa, procurando no **FAZER BEM, SER MAIS**.

Alguns aspectos relevantes à consciência asséptica da equipe cirúrgica, deixam a desejar, onde tivemos a oportunidade de observar falhas relacionadas aos procedimentos prestados ao paciente, trazendo riscos para o mesmo como para o profissional. Entre estes citamos:

- passado sonda vesical de alívio sem qualquer tipo de antissepsia e assepsia;
- desconhecimento do procedimento para retirada de sonda foley;
- falta de assepsia quanto ao manuseio de frascos de soro (abertura e retirada de ar);
- contaminação do abocath e repetidas punções com o mesmo;
- antissepsia de ampôlas de medicações realizadas dentro do próprio recipiente onde se guarda o algodão;
- pinça servente do circulante, utilizada a mesma para procedimentos estéreis e não estéreis;
- aspiração do tubo oro-traqueal (TOT), utilizando passos errôneos (mais contaminado para menos contaminado);
- realizado antissepsia para punção com algodão contaminado (o



- mesmo foi ao chão e após foi reutilizado);
- realização de procedimentos sem assepsia médica, após limpeza de sangue no chão;
  - contaminação do cachimbo de Pressão Arterial Média (P.A.M.), (utilizado pedaço de borracha que estava conectado ao frasco de aspiração, este não havia sido utilizado, porém não estava estéril);
  - contaminação de seringa de P.A.M. (esta foi ao chão e novamente conectada ao sistema);
  - manuseio de material das caixas estéreis com luvas utilizadas na cirurgia, sendo que após a mesma era enviada para reesterilização sem ser submetida à processo de limpeza.

Outra responsabilidade que cabe a toda a equipe é o uso de roupas limpas por este constituir um dos elementos importantes sob o ponto de vista econômico, social, higiênico e de conforto:

- no aspecto econômico-financeiro, identifica-se a necessidade de controle tanto para maior aproveitamento e durabilidade, como para evitar desaparecimento;
- no aspecto higiênico, fundamentalmente conforto e segurança para o paciente;
- no aspecto social, a qualidade e conservação do tecido, suas condições de limpeza e apresentação podem causar boa ou má impressão ao paciente;
- no aspecto geral a perfeita adequação em qualidade e quantidade das roupas para os pacientes e o grupo cirúrgico, bem como para os outros setores do hospital classificam-se como elementos de conforto e necessidade técnica.

A importância da correlação entre a vestimenta e a responsabilidade, requer consciência e sobretudo um conhecimento cien-

tífico do por que do uso pela equipe cirúrgica, sendo que este constitui um elemento de barreira protetora que contribui para a manutenção de condições assépticas visando manter a assepsia cirúrgica para maior proteção do paciente.

Entre as roupas limpas, que não precisam submeter-se a um processo de esterilização citamos: pro-pés, gorros, camisas, máscaras, triângulos (campos) e cobertura de mesa cirúrgica, vestidos, lençóis para cobertura do paciente.

Entre as roupas assépticas, ou aquelas que necessitam para seu uso serem submetidas a um processo de esterilização citamos: campos cirúrgicos, aventais, opas, cobertura de mesa de instrumental cirúrgico.

As peças devem ser de pano lavável, de cor neutra, com identificação do centro cirúrgico para padronização dos tecidos, evitando assim o extravio e facilitando o controle tanto por parte do enfermeiro, como da própria lavanderia.

Durante nosso período de supervisão tivemos oportunidades diárias de observar dados relacionados ao uso inadequado de pro-pés, máscaras e gorros como: circulação no corredor externo com pro-pés posteriormente voltando ao centro cirúrgico, circulação em área restrita sem máscara e algumas vezes sem gorro, sendo que as máscaras, várias vezes não são utilizadas na própria sala de operações durante o ato operatório; ainda constatamos circulação de pessoas à paisana em área semi-restrita.

Há um conjunto de fatos que leva a padronização e que movem a ordem e os princípios do centro cirúrgico e que não são respeitados, embora a maioria dos profissionais mesmo sabendo da necessidade do uso adequado, e tendo conhecimento técnico-

científico desrespeitam as normas estabelecidas, sendo que alguns só as respeitam após a advertência do enfermeiro ou de outros profissionais.

Segundo URIEL ZANON (1987), "os indivíduos disseminam os microorganismos que habitam o seu corpo: pelo nariz durante a expiração forçada; pela boca ao falar; mediante descamação cutânea quando se movimentam por dispersão de partículas quando agitam cabelos longos". Esta observação justifica o uso de vestuário cirúrgico para evitar a contaminação exógena. Ainda complementa: "durante a respiração normal o ar expirado é praticamente estéril e a contaminação ambiental nula, mas durante a conversação, a tosse e principalmente o espirro, há grande número de partículas contaminadas que são lançadas ao ar. As maiores são projetadas à distância de até dois metros e, caso não sejam inaladas, se depositam no piso. As menores ficam em suspensão no ar por períodos mais longos. A máscara atua como filtro de ar impedindo a inalação de partículas ou a disseminação das mesmas através dos mecanismos já citados. Esta nunca deve ser removida e posteriormente recolocada; não deve ser pendurada pelo cordão no pescoço, nem guardada no bolso do uniforme, mas descartada em recipiente adequado imediatamente após o uso. A máscara deve cobrir completamente o nariz e a boca e ser confeccionada com tecido com porosidade definida para filtrar microorganismos. É necessário ajustá-la perfeitamente ao nariz e a face, a fim de evitar o escapamento de ar expirado. Indivíduos que cultivam barba devem usar um capuz para cobri-la completamente".

O American College of Surgeons recomenda o emprego de pro-pés sobre o calçado ou o uso de sapato exclusivo para o centro cirúrgico. A American Hospital Associations indi-

ca o uso de pro-pês, quando existem recursos de lavanderia", porém o Medical Research Council da Grã-Bretanha e o Centers of Diseases Contrás, dos E.U.A., não se manifestaram explicitamente sobre esta recomendação, todavia em 47% dos Centros Americanos não utilizam pro-pês e na maioria destes (87%), permite-se o acesso com o sapato de uso, desde que limpo de forma habitual (limpeza com pano ou capacho).

Quanto ao restante do uniforme, este é padronizado e respeitado, porém deixando a desejar no que diz respeito a quantidade, pois o centro cirúrgico deveria constituir-se de um hall de roupas abrangente e profundo para alcançar um nível de satisfação prevendo e suprimindo as necessidades diárias e sua substituição, só assim diminuindo as dificuldades relacionadas ao vestuário.

c) Material.

Sempre que se planejar construir um centro cirúrgico, deve se prever todas as suas rotinas, tipo e quantidade de trabalho a ser realizado, bem como, sua racionalização, estudo dos regulamentos-técnicos especializados, entrosamento com os vários serviços afins, controle e distribuição do material e pessoal devidamente treinado e em número suficiente, bem como, o controle de tráfego interno de trabalho em todas as suas dependências, obedecendo uma íntima ligação com o Centro de Material e Esterilização que é a unidade responsável pelo processamento de todo material, de forma a prover materiais em qualidade, quantidade e em condições adequadas para uso, para promover uma assistência segura e eficaz ao paciente.

O preparo dos materiais a serem utilizados pelo Centro Cirúrgico na sua grande maioria é feito pelo Centro de Material e

Esterilização. Em alguns hospitais, principalmente nos de grande porte, o Centro de Material e Esterilização é um setor isolado, com área física e administração independente, mas, na maioria dos casos constitui uma subdivisão do sistema de Centro Cirúrgico, que é composto de: Centro Cirúrgico propriamente dito, Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Centro de Material e Esterilização, sendo esse na concepção de vários autores o setor responsável pela limpeza, preparo, esterilização, estocagem, controle e distribuição de material para os demais subsistemas do hospital, na quantidade necessária e nas condições adequadas ao uso.

NEVES (1967), TAVARES (1979), SALZANO (1981) vão além, atribuindo-lhe ainda a função de desinfetar, armazenar e fornecer aparelhos, equipamentos e materiais descartáveis as unidades supra citadas.

Enfermeiros do Centro de Material e Esterilização reconhecem que a "relação da sua prática com a do enfermeiro do Centro Cirúrgico", está diretamente ligada "a resolução de problemas" no tocante ao material.

O homem é a principal fonte e vítima de contaminação, por veicularem microorganismos ou por se tornarem disseminadores; os materiais vem a seguir com o seu risco potencial, dependendo do fornecimento de germes pelo homem e de cuidados indevidos no preparo, manipulação, guarda e do uso nos procedimentos.

. Interrelação: Centro de Material e Esterilização e os Serviços do Centro Cirúrgico.

- controlar a qualidade do material, novos ou de substituição;
- programar a compra de materiais cirúrgicos de implante, se-

gundo o esquema de reposição do utilizado para manter níveis mínimos à disposição;

- receber roupa empacotada para uso cirúrgico, já supervisionada e consertada;
- receber pacotes de roupas necessárias para uso em Centro Cirúrgico de acordo com os padrões;
- confecção de material cirúrgico;
- encaminhar material danificado ao serviço de manutenção e zelar pela conservação dos aparelhos e equipamentos através da verificação constante de como estão sendo utilizados;
- verificar e supervisionar a limpeza, preparo, conservação dos materiais;
- coordenar e responder pela distribuição do material ao Centro Cirúrgico;
- verificar se os processos de esterilização estão atualizados e fazer os testes periódicos da eficiência dos aparelhos;
- zelar para que a produção de material mantenha as quantidades necessárias em estoque.

. Relação entre material do Centro Cirúrgico e unidades dependentes.

- Quando bem cuidado o equipamento tem sua duração prolongada e pode oferecer melhores condições para o cuidado dos pacientes, com menos esforço do pessoal;
- a utilização do material sem condições de uso resulta em prejuízo na economia hospitalar e compromete a segurança dos pacientes;
- a fixação da quantidade estabelecida para uso diário deve ser baseada nas necessidades levantadas;
- os meios apropriados para armazenar o equipamento e observação dos princípios de armazenamento, irão prolongar a sua du-

- ração e impedir que se estraguem;
- as atividades de supervisão devem ser sincronizadas com as metas do Centro de Material e Esterilização.

No Hospital Governador Celso Ramos o Centro de Material e Esterilização é centralizado em relação ao Centro Cirúrgico, e parcialmente centralizado em relação aos demais subsistemas. No Centro de Material e Esterilização há grande circulação de pessoal por parte dos funcionários do Centro Cirúrgico, onde deveriam transitar somente pessoas que exerçam atividades no respectivo local, de modo a haver uma preservação do ambiente asséptico, o que não ocorre, devido os serviços serem interligados, decorrente da falta de funcionários, onde os mesmos são remanejados quando não estão em atividades no Centro Cirúrgico, a fim de agilizar as tarefas desenvolvidas pelo Centro de Material e Esterilização.

Observamos que toda e qualquer provisão do material a ser utilizado no ato cirúrgico como: aventais, campos, instrumental são feitas no período noturno no Centro de Material e Esterilização de acordo com a escala cirúrgica, após é armazenado na sala de guarda de material estéril.

No período matutino, o circulante é o responsável pela montagem do carro (seleção e provisão de material), que será utilizado para a cirurgia realizada na sala sob sua responsabilidade.

Quanto ao material existente no Centro Cirúrgico, este deixa muito a desejar, tanto qualitativa quanto quantitativamente, pois há falta de instrumental para suprir a demanda diária, assim como, a montagem de caixas sobresalentes, além do número reduzido de roupas (estéril e não estéril) que muitas vezes não

atendem às necessidades.

O que se tem no momento relacionado à previsão e provisão, é um levantamento que está sendo efetuado pelo enfermeiro do Centro Cirúrgico, a fim de averiguar o material existente com o intuito de solicitar a aquisição destes para complementar e ampliar o já existente, tentando com isso suprir o déficit.

O fluxo de material das salas ao expurgo e das salas ao Centro de Material e Esterilização, ou vice-versa, não ocorre linearmente, onde há cruzamento de material devido ao seu dinamismo e a própria planta física, o que ocorre neste momento são atitudes relacionadas à vivência diária, onde isto torna-se um processo mecânico, ocultando seu conhecimento asséptico.

A montagem dos carros de anestesia estão sob a responsabilidade do auxiliar de anestesia, sendo que este é revisado entre as cirurgias. Ao final do dia é deixado em condições de uso para o período noturno caso haja cirurgia de emergência e/ou para manhã seguinte, atendendo o mapa cirúrgico, onde este novamente é revisado.

d) Ambiente.

A doença limita o homem nas suas atividades, aumenta suas necessidades e o restringe nas suas capacidades de auto-realização e produção, bem como onera a comunidade.

As instituições que se dedicam à recuperação da saúde, ao atenderem uma pessoa, devem ter não só um compromisso individual, mas também coletivo. A tarefa de tratar da saúde não pode pois, se limitar à práticas curativas, mas, tem que estar voltada a todo momento, para os aspectos de prevenção, e evitar disseminações de moléstias, imperícias e omissões.



Dentre essas instituições, a hospitalar é a que mais se destaca, tanto por sua complexidade organizacional, quanto por sua paradoxal insalubridade ambiental. O hospital é uma organização dinâmica, pois, apesar de seguir normas-padrão para a sua construção e organização, tem que acompanhar, e se adaptar aos avanços tecnológicos. Sua mesa diretora tem que estar aberta às discussões e inovações, que visem aumentar sua eficiência e segurança; racionalizar seus custos, garantindo a melhor assistência; investir nos seus recursos humanos e bem gerir os recursos materiais.

O Centro Cirúrgico está localizado no 3º andar do Hospital Governador Celso Ramos, em área de acesso próprio e contém: 08 salas de operações com os seguintes fins em relação ao seu espaço físico:

- . Sala 01 - é a menor sala ( $21 \text{ m}^2$ ), destinada à cirurgias de otorrinolaringologia e cirurgias de menor porte.
- . Salas 02 e 03 - são salas maiores (média de  $27 \text{ m}^2$ ), destinadas às cirurgias de maior porte como: angiologia, neurologia, pneumologia e ortopedia.
- . Sala 04 - destinada às cirurgias urológicas, principalmente ressecção transuretral (RTU), devido a esta ser a única sala que possui um irrigador para lavagem vesical ( $24 \text{ m}^2$ ).
- . Salas 05 e 06 - destinadas à cirurgias: geral, ginecológicas e contaminadas ( $24 \text{ m}^2$ ).
- . Salas 07 e 08 - desativadas devido a falta de funcionários; hoje são utilizadas para guarda de material.

A finalidade da sala 08 era para atendimento de cirurgias contaminadas, por esta ter um corredor externo para passagem do paciente, onde este não tem contato com o corredor interno do Centro Cirúrgico.

Possui ainda: 01 Sala de Recuperação Pós-Anestésica, 01 sala para uso da enfermagem e anestesistas, 01 sala para depósito de material, local para guarda de material móvel, 01 expurgo, 01 Centro de Material e Esterilização, 01 sala para revelação de Rx, corredor de acesso a todas as salas e transporte de pacientes mais lavabo, 02 vestiários, masculino e feminino, 01 secretaria e a Unidade de Cirurgia Ambulatorial com 03 leitos.

O ambiente físico do Centro Cirúrgico deve ser planejado para oferecer conforto e segurança para os funcionários no desenvolvimento de suas atividades/técnicas, sem grande desperdício de material, proporcionando, porém, conforto, segurança e o mínimo exigível para que tudo possa ser desenvolvido a contento, bem como sempre ressaltando a segurança do paciente. Deverá ter situação independente da circulação geral, longe da entrada do pessoal, com facilidade para a entrada da equipe cirúrgica e dos pacientes, e sempre devidamente acessível às enfermarias de cirurgia ou outros departamentos que dele necessitem; ao contrário disso encontramos algumas distorções neste sentido quanto a:

- as unidades cirúrgicas não estão centradas no mesmo piso, o que dificulta o transporte do paciente;
- difícil acesso ao laboratório, gerando morosidade na agilização de pedidos, por este localizar-se no 7º andar.

Dentro de um Centro Cirúrgico temos áreas para efeito de controle asséptico que são:

- restrita - é limitada para a circulação de pessoal e equipamentos. Compoem-se de: salas de operações, lavabos, sala de recuperação pós-anestésica, sala de depósito, corredor inter-

no, sala de anatomia patológica, Rx, esterilização.

- Semi-restrita - permite a circulação de pessoal e de equipamento de modo a não interferir nas rotinas de controle e manutenção da assepsia da área restrita. Compõem-se de: expurgo, copa, sala de estar, secretaria, sala de preparo de material.
- Não restrita - área de circulação livre do ambiente interno do centro-cirúrgico. Compõem-se de: vestiário e corredor de entrada.

No Centro Cirúrgico do Hospital Governador Celso Ramos encontramos algumas anormalidades no que diz respeito ao controle asséptico quanto à:

- na área restrita - encontramos a sala do enfermeiro e o expurgo, sendo que é uma área de livre acesso dos funcionários, e daí estes se deslocam para as salas cirúrgicas e sala de preparo e esterilização de material, nem sempre tomando as devidas precauções para evitar a disseminação de agentes patogênicos. Outro aspecto observado foi relacionado ao cruzamento de material cirúrgico contaminado com o material estéril, devido a entrada do expurgo estar lateralizada à saída do material estéril.
- na área semi-restrita - o que mais foi discutido por nós é a localização de uma sala cirúrgica nesta área (sala 08), a qual deveria estar presente na área restrita para melhor controle e manutenção da assepsia, mesmo que sua finalidade seja para cirurgias contaminadas.

Salientamos ainda, a necessidade de se ter uma sala de lanche, uma vez que o mesmo é realizado no vestiário feminino, interferindo na privacidade.

Quanto a supervisão das salas cirúrgicas:

Atualmente o uso de janelas em Centro Cirúrgico é discutível, mas elas já estão sendo substituídas por sistema de ar condicionado. Na existência de janelas, estas devem ser do tipo basculantes, vidros fixos e teladas, não devendo possuir para-peitos dentro ou fora, cortinas, persianas ou venesianas. Tais exigências se fazem necessárias em função do controle de limpeza e de assepsia ambiental. O uso de janela está relacionado com dois fatores importantes: iluminação e ventilação.

A iluminação a ser fornecida pode ser oriunda de fonte natural, através de janelas; artificial através de focos fixos e móveis e luz de teto, ou combinada (natural e artificial).

Na forma artificial devemos ter em mente três finalidades: iluminação geral, especial e de emergência. Na iluminação geral podemos contar com auxílio de luz natural e artificial. A forma natural, por si só, não supre as necessidades, servindo apenas como coadjuvante, onde age como germicida por meio de raios ultra-violetas, ajudando a compensar o esforço visual. A forma artificial deve ser de cor mais natural possível para não alterar a coloração da pele e mucosas do paciente, deixar sombras e apresentar brilhos. Na iluminação especial contamos com focos fixos e portáteis, movidos a bateria ou corrente alternada.

Cada sala de operação deve conter um foco central de teto, com mobilidade suficiente para todos os ângulos, centralizando bem a luz no campo operatório, lâmpadas para iluminação geral da sala, colocadas no contorno do teto, de modo a evitar sombras acentuadas. Também deve possuir um foco móvel como auxiliar para uma melhor visualização do campo operatório. Essas fontes de luz não deverão produzir ofuscamento, o que resultará

em má visibilidade e fadiga do cirurgião, nem produzir calor excessivo, devendo estar protegidas para não derrubarem poeira acumulada, sobre o campo cirúrgico.

A iluminação de emergência poderá ser conseguida por meio de gerador próprio, o qual deverá entrar automaticamente em atividade, tão logo ocorra a interrupção da corrente externa, e fornecer energia necessária para alimentar todo o sistema. Podemos contar também com fontes alimentadas por baterias, focos portáteis.

O tratamento de ar e controle de temperatura influe grandemente no conforto do ambiente da sala. A ventilação serve para renovar o ar, torná-lo mais puro e remover substâncias anestésicas. O ar condicionado assegura conforto ao pessoal que trabalha na sala e reduz a quantidade de bactérias veiculadas pelo pó do ar. Assim, 70% do mesmo poderá ser recirculado após ser convenientemente tratado. Quando não se dispuser desta aparelhagem, poder-se-á obter a renovação do ar por meio de mecanismo de ventilação. O ar introduzido nas salas deverá criar sempre uma sobreposição, a fim de evitar a entrada de ar indesejável pelas diversas aberturas. Sempre que for possível, evitar-se-á tentar obtê-lo através de janelas por ser incompatível com o ambiente asséptico requerido para tais ambientes, nem permitir sua troca entre as salas.

Os corredores cirúrgicos não deverão ser utilizados como passagem de ar, seja de insuflação ou exaustão, para qualquer recinto cirúrgico, devendo todo o sistema de ventilação, mecânico ou de ar condicionado, ser provido de filtros. A temperatura deverá ser regulada para evitar a transpiração excessiva ou resfriamento do pessoal que trabalha na sala, devendo variar

entre 21°C a 26°C, estando o ideal em torno de 23°C. O grau de umidade do ar aconselhável deverá estar em torno de 55%, o que servirá para evitar a desidratação do paciente e mal-estar da equipe cirúrgica.

As paredes devem ser de material lavável e de cor neutra (azul acinzentado, verde acinzentado, cinza, pastel), cuja finalidade é combater a fadiga visual, o cansaço físico e a excitação nervosa (dinâmica das cores); a tinta deve ser fosca, os cantos arredondados, as paredes devem terminar junto ao piso, sem rodapé. Essas recomendações decorrem da necessidade de se evitar reflexos, facilitar a limpeza e contribuir para manutenção das condições de menor risco ambiental.

Segundo CRUZ (1987), o piso da sala de operação deve ser condutível, não poroso, não absorvente, resistente a agentes químicos comuns, sem fendas ou fissuras, ter aspecto estético, realçar a sujeira, ser absorvente de luz, impermeável, resistente ao choque, durável e de fácil limpeza. Os pisos, por serem superfícies sujeitas a lavagens constantes deverão ser fabricados com material resistente à água e soluções germicidas; o uso de piso de linóleo, asfalto condutor, borracha especial e plástico tem sido bastante discutido em função da necessidade de assegurar o equilíbrio da eletricidade estática. Deve ser evitada a condutividade excessiva, capaz de provocar choques ou, insuficiente, a ponto de não dar escoamento às cargas eletrostáticas, formadas no ambiente.

As portas devem ser largas, ter no mínimo 1,50 m de largura, ser de fácil manuseio, pois nem sempre é possível o uso das mãos para abri-la ou fechá-la, e recomenda-se, para tanto o uso de porta vai-vem com visores, que devem ser abertas e fechadas

lentamente para evitar a movimentação brusca do ar. A porta de correr não é recomendada pelo fato de causar barulho ao abri-la e de ser obrigatório o uso das mãos, e de o trilho no chão dificultar a limpeza.

As tomadas e interruptores devem ter no mínimo 1,20 m de altura do chão a fim de não perturbarem a livre movimentação da mesa cirúrgica, além do que, se estiverem próximas do chão poderão ser danificadas pelo uso de água, sabão ou substâncias químicas usadas para fim de limpeza, e devem ser construídas a prova de desgaste e corrosão. Essas tomadas bem como os plugs correspondentes deverão ser padronizadas para cada circuito a saber: 110V, 220V e raios X. Cada sala deverá contar com pelo menos três tomadas à prova de explosão, pinos de aterramento e tomadas de raios X.

Segundo pudemos observar quanto à estrutura física do Hospital, esta, apesar de ser antiga, ainda se enquadra em sua maioria quanto as bibliografias por nós pesquisadas.

Deixa a desejar em alguns pontos:

Há inexistência de iluminação natural, o que concorre para o aumento de gasto de energia elétrica, bem como provocam um efeito psicológico negativo para toda a equipe, causando sensação de claustrofobia, os quais são obrigados a permanecerem por longo tempo em ambiente confinado. No entanto, existem janelas, porém são fixas e de cor preta, as quais retêm os raios ultra-violetas e infra-vermelhos que são indispensáveis por disporem de ação germicida.

Quanto as portas, essas são em sua maioria com trilhos, favorecendo a impregnação de sujidades, além de dificultar a

limpeza e a circulação da equipe cirúrgica, pois nem sempre este tipo de porta permite o acionamento sem o auxílio das mãos, as quais geralmente estão ocupadas com material ou já desinfetadas e prontas para calçarem as luvas. Neste tipo de porta deveria existir um encaixe colocado em sua margem inferior, a fim de permitir seu acionamento com a ponta do pé.

Ao final do objetivo administrativo apresentamos uma análise quanto aos Recursos Humanos, Físicos, Materiais e Organizacionais preconizados pelo Ministério da Saúde.

Quanto a desinfecção.

O enfermeiro do centro cirúrgico deve se preocupar com a limpeza como parte da assistência individualizada ao paciente, sendo importante pelo seu aspecto de segurança no atendimento ao paciente e para o trabalho dos funcionários.

Para LITSKY (1978) "o homem vive mergulhado num mundo de agentes microbianos, vivendo em intensa interação, não existindo espaço aéreo estéril, ficando evidente a importância da limpeza para se conseguir manter um ambiente saudável".

O principal objetivo da limpeza é a remoção dos agentes microbianos que estão nas superfícies a serem limpas. FERRAZ (1982) aponta que as superfícies horizontais acumulam resíduos contaminados que podem ser dispersos pelas correntes de ar ou movimentação de pessoas, sendo que o mobiliário e equipamentos que estão em contato direto com o paciente são os que requerem cuidados mais frequentes de limpeza.

O paciente cirúrgico é submetido a diversos procedimentos que podem possibilitar o aumento da incidência de infecção hospitalar. Ele é anestesiado, pode sofrer punções venosas, arte-



riais, colocação de sondas, catéteres, próteses e a sua barreira cutânea sofre lesão de continuidade, além da própria manipulação dos órgãos na cirurgia, dificultando no combate à infecção. Sabe-se que no centro cirúrgico é de vital importância a técnica asséptica para a segurança do paciente que se submete à cirurgia, e para o pessoal que trabalha naquela unidade.

PEERS (1974) considera quatro etapas de limpeza em centro cirúrgico: preparatória, operatória, concorrente e terminal.

- Preparatória: é efetuada com intuito de remover as partículas depositadas após o final da limpeza terminal. A remoção de pó das superfícies horizontais deve ser sempre com pano úmido, usando-se uma solução detergente ou desinfetante. Geralmente o álcool a 70% é o agente escolhido, tendo ainda a vantagem da evaporação rápida. Essa remoção deve ser feita uma hora antes do início da primeira cirurgia da programação a ser realizada.

- Operatória: é a que se executa durante o procedimento cirúrgico. Deve se restringir a contaminação ao redor do campo operatório. As áreas contaminadas com material orgânico como sangue, secreção, muco devem receber cuidados com agentes químicos de amplo espectro, para que não ocorra secagem da superfície e disseminação contaminando o ar, não se devendo, entretanto, manipular roupas ou lixo durante este período.

Durante o ato operatório deve-se evitar turbulência de ar, resultante do trânsito excessivo do pessoal. Materiais e equipamentos não devem ser retirados da mesma. Neste momento, compete ao circulante prover a sala com materiais e equipamentos na fase de preparo da sala.

- Concorrente: executada após o término da cirurgia. A

equipe cirúrgica ao deixar a sala deve colocar o avental no hamper e as luvas em local determinado, para auxiliar o circulante na arrumação da sala para a próxima cirurgia. O hamper deve ser fechado e levado ao local de acesso à lavanderia. O instrumental deve ser colocado aberto em caixas perfuradas, para ser transportado ao centro de material e esterilização e ali sofrer o processo de limpeza, preparo e esterilização. As conexões do aspirador de secreções devem ser retiradas e levadas ao centro de material e esterilização, assim como material de inox, de vidro, de borracha, que foram utilizados na cirurgia. O conteúdo do frasco deve ser desprezado na sala de utilização ou vaso sanitário. Os frascos de aspiração devem ser trocados e desinfetados, antes do uso da próxima cirurgia. As superfícies horizontais do mobiliário e dos equipamentos existentes na sala devem ser limpas com solução desinfetante, geralmente álcool a 70%. As cânulas endotraqueais deve ser esterilizadas ou pelo menos desinfetadas.

Segundo recomendações práticas da Associação Americana de Enfermagem de Centro Cirúrgico (A.D.R.N.) há necessidade do uso de circuito de anestesia descartável, tanto máscara, cânula, como as conexões. O chão deve ser limpo usando máquina de vácuo, de acordo com Peers. Como isto nem sempre é possível em todos os hospitais, recomenda-se o uso de um pano de chão seco e limpo para cada sala e para cada limpeza concorrente e, após isso deve ser mandado à lavanderia para ser processado. Peers e as recomendações práticas da A.D.R.N. levantaram a necessidade desse pano ser autoclavado para não ser considerado um veículo de contaminação.

MALLISON (s.d.) diverge desses autores, levantando a necessidade de ser pano limpo e seco, sem ser autoclavado, o que é

mais compatível com a nossa realidade. Aponta, ainda, a necessidade de descontaminar o interior do balde usado, com altas concentrações de hipoclorito de sódio, mas como é corrosivo e irritante aconselha-se a aplicação de solução detergente desinfetante com borifador, não usando balde, e retirar o excesso com pano limpo ou esfregão descartável.

As paredes devem ser limpas somente se houver contaminação direta com secreção, muco, sangue ou material orgânico, assim como o teto. A sala poderá ser novamente montada para outra cirurgia.

- Terminal: executa-se no final do dia. O mobiliário e equipamentos são limpos com agente adequado, incluindo rodas e gavetas, levando em consideração que a fricção mecânica é importante para a remoção de sujeira. As macas e os carros de transporte também devem ser limpos. As paredes devem ser lavadas se houver necessidade. As portas devem ser limpas diariamente, especialmente próximo à maçaneta. Os lavabos devem ser limpos, trocado a solução antisséptica, assim como as escovas para o preparo de mãos e antebraços. O chão deve ser lavado com água e sabão, assim como na limpeza concorrente, o uso de máquina a vácuo é recomendado. Estas etapas devem ser realizadas diariamente. Além disso, há limpeza diárias específicas (ar condicionado, janelas) que devem ser feitas periodicamente.

PEERS (1974) recomenda a limpeza semanal do ar condicionado, principalmente grades de saída de ar e filtros, num trabalho conjunto como serviço de manutenção e reparos. Recomenda-se ainda que as paredes dos corredores devem ser lavadas mensalmente, levando-se em consideração as condições da parede, a pintura e porosidade. A limpeza das janelas segue as mesmas diretrizes das

executadas para paredes.

A limpeza do centro cirúrgico é geralmente dividida entre o pessoal de limpeza e o circulante da sala. Este cuida da limpeza do mobiliário, materiais e equipamentos enquanto o serviçal é o responsável pela limpeza do teto, paredes e chão. Todo o pessoal que trabalha em hospital deve conhecer os princípios básicos de limpeza e sua responsabilidade neste processo. O pessoal da limpeza deve ter noções sobre: bactérias e sua transmissão, o por quê da limpeza; como realizar o procedimento em função de técnica e equipamentos existentes.

Durante o estágio tivemos oportunidade de acompanhar várias limpezas concorrentes, onde esta se processa de acordo com a teoria. O instrumentador é responsável por todo material cirúrgico, o qual encaminha ao expurgo o material contaminado, sendo que é de sua responsabilidade a limpeza do mesmo; ainda deve fazer devolução do material cirúrgico estéril não utilizado no centro de material e esterilização e/ou estoque. O circulante é responsável pela limpeza de mobiliários e equipamentos, bem como a organização da sala para a próxima cirurgia. O carro de anestesia fica sob responsabilidade do auxiliar de anestesia, o qual é responsável pela organização e reposição do material necessário.

No processo de limpeza terminal, após a cirurgia todo o material segue o mesmo destino da limpeza concorrente. O que difere entre uma e outra é os cuidados com o mobiliário e a sala como um todo. O chão, bem como todo o mobiliário, recebem tratamento com solução germicida, o qual permanece em contato com a superfície até a manhã seguinte, onde então, é realizada a limpeza preparatória. As paredes, janelas e teto recebem limpeza

quando necessário, ou seja, quando tiverem contato com secreções ou sangue.

Em casos de cirurgias contaminadas, sempre é realizada a limpeza terminal. Porém, o material cirúrgico sofre desinfecção prévia embebido em solução na própria sala cirúrgica, onde após no mínimo 30 minutos é encaminhado ao expurgo para ser lavado e processado. As roupas usadas na cirurgia são colocadas no hamper, e este dentro de um saco plástico identificado como contaminado. O lixo insalubre é acondicionado em saco de lixo e também colocado em saco plástico com identificação.

Quando sabe-se que a cirurgia será infectada e que a sala ficará em condições sépticas, retira-se móveis e aparelhos desnecessários da sala; todos os componentes devem usar aventais de proteção, retirando-os quando saírem da sala, bem como substituir gorros e pro-pés. Durante a cirurgia deve ser escalado um circulante para atender as solicitações desta sala, pois as pessoas que ali estão não devem circular dentro do centro cirúrgico a fim de evitar a propagação dos microorganismos para locais que não os contenham.

Tivemos a oportunidade de acompanhar cirurgias sépticas, entre elas uma laparotomia, realizada em um paciente aids (HIV positivo), a qual nos deu parâmetros para fazermos alguns comentários: a falta de consciência asséptica por parte do pessoal que ali trabalha foi demonstrada durante a cirurgia; a equipe que realizou a cirurgia preparou-se tomando todas as precauções necessárias para evitar o contato (óculos, luvas, aventais plásticos) porém a preocupação maior foi com o "não se contaminar" e não com a disseminação no ambiente, pois pudemos observar a circulação de pessoas para dentro e fora da sala várias

vezes. Ressaltamos isso não como problema asséptico, e sim com a preocupação do grupo em não contrair AIDS.

Por parte da equipe atuante na cirurgia, houve preocupação em relação a nós acadêmicos, pois foi-nos solicitado que calçássemos luvas, mesmo não realizando nenhum procedimento, como uma medida de proteção.

Em outras cirurgias sépticas observadas, o pessoal permaneceu até o final da cirurgia no interior da sala de operações, mas ao final da mesma não se encaminham para o vestiário, permanecendo no centro cirúrgico, os quais muitas vezes são abordados pelo enfermeiro para procederem a troca de roupa.

Mensamente é realizada a desinfecção terminal no bloco cirúrgico. Acompanhamos duas destas, as quais achamos que foram um pouco rudimentares, sendo que detalhes importantes não foram observados pelos funcionários:

- materiais danificados não foram substituídos (estetoscópio, esfigmomanômetro);
- interior de gavetas realizado limpeza superficial ficando sujidades impregnadas nas mesmas;
- crostas de ferrugem nas camas, sendo que as mesmas foram observadas no mesmo dia em que havia sido feita a desinfecção;
- não realizada desinfecção do depósito, e este como parte do centro cirúrgico também deveria ser abrangido.

Através do diálogo e observação de alguns funcionários constatamos que eles sabem que deve ser feito e como fazê-lo, porém estes fogem à regra quando não estão sob supervisão do enfermeiro.

Talvez isso esteja relacionado com a sobrecarga de serviço

e falta de estímulo, porque além da desinfecção realizada, no outro período ainda tem que realizar suas atribuições.

Segundo bibliografia pesquisada (URIEL ZANON, 1987), admite-se que a limpeza e desinfecção de pisos, paredes, mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias exerce um efeito psicológico salutar nos pacientes e no pessoal hospitalar estimulando higiene em seu sentido mais amplo.

Todavia, as rotinas de desinfecção e limpeza devem ser estabelecidas em função de uma avaliação prévia dos riscos de transmissão de infecção relativos a cada superfície, sob pena de se tornarem onerosos rituais inúteis.

Parte das bactérias contaminantes não sobrevivem ao dessecação, outras conseguem sobreviver mais perdem a virulência, algumas, além de sobreviverem, mantêm-se virulentas, constituindo portanto, um risco potencial.

As superfícies existentes nas áreas críticas do hospital devem ser submetidas à limpeza e desinfecção simultâneas com a frequência necessária para mantê-las livres de poeiras, umidade, manchas de gordura e outras impurezas visíveis. A periodicidade dependerá do risco potencial de transmissão de cada uma e de condições variáveis de cada instituição, bem como, consciência do problema, disponibilidade de recursos financeiros e humanos, fiscalização de autoridades sanitárias, pressão da clientela ... etc.

A limpeza nas áreas críticas não deve ser feita com panos secos ou vassouras, a fim de evitar a suspensão de partículas contaminadas. Recomenda-se a aspiração de poeira e de outros detritos com aspirador equipado com saco de papel para recolher o

pó. Na limpeza úmida deverão ser usadas soluções desinfetante-detergente fenólicas para limpeza e desinfecção simultânea de todas as áreas ocupadas por pacientes. A desinfecção complementar de qualquer superfície com solução de hipoclorito de sódio a 1%, é indicada apenas quando os mesmos estiverem visivelmente contaminadas com secreções ou excretas de pacientes com infecções causadas por vírus, como hepatite, AIDS, poliomielite e outras, devido a ação corrosiva desta solução sobre os metais.

A limpeza das áreas semi-críticas e não críticas devem ser lavadas diariamente com sabão ou detergente e desinfetados apenas quando estiverem visivelmente contaminadas. Instalações sanitárias deverão ser lavadas e desinfetadas com solução detergente fenólica.

O que também nos chamou a atenção, é com relação aos riscos a que os funcionários estão expostos, por ser o centro cirúrgico uma área insalubre, e onde a situação de saúde no Brasil apresenta um conjunto de problemas intimamente ligados às condições de vida dos diferentes grupos, que refletem as desigualdades regionais, espaciais e sociais da distribuição de renda e dos recursos públicos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde ocupacional tem os seguintes objetivos: promoção e manutenção do mais alto grau de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvio de saúde causado pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptado às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua



atividade ..

A recomendação nº 112, da Organização Internacional do Trabalho estabelece que aos serviços médicos de empresas compete:

a) Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;

b) contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho aos trabalhadores e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;

c) contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem estar físico e mental dos trabalhadores ..

Hoje o que nos deparamos são pessoas trabalhando em locais em que haja melhor remuneração, portanto sem se preocupar com a realização profissional ou mesmo aos riscos dos quais estão expostos.

Vários autores tem demonstrado a seriedade e complexidade dos riscos ocupacionais em hospitais, em decorrência da diversidade de fatores de riscos que compõem o problema, e incluem uma extensa relação de riscos físicos, ergonômicos, biológicos e químicos.

Quanto aos riscos físicos, estes incluem os riscos elétricos, pisos escorregadios, ruídos, umidade, calor, má iluminação, ventilação inadequada, vibrações, radiações etc ...

Tanto radiações ionizantes como não ionizantes constituem um grande risco a saúde. Associou-se às radiações ultra-violeta

(fototerapia) problemas de pele, olhos, stress e em exposições a longo tempo à carcinogênese e cataratogênese. Quando da super exposição à radiações ionizantes, são desencadeadoras de alterações cutâneas, leucopenias, esterilidade, mutações genéticas, microcefalias, malformações congênitas, catarata, neoplasias malignas e aumento da incidência de hemangiomas em crianças cujas mães foram expostas a Rx durante a gravidez.

No trabalho hospitalar, ainda deparamos com problemas sérios de origem músculo-esquelética. Um levantamento realizado nos E.U.A. em 1975 mostrou que 13% de todos os traumatismos e doenças de trabalhadores em hospitais advinham de esforços ou estafa; 86% destes eram relacionados com o cuidado dos pacientes e, quase 40% de tais problemas afetam as costas.

Dentro da área da ergonomia, depara-se com três fatores de riscos importantes: fadiga psíquica, fadiga física, trabalho noturno.

Esses fatores normalmente não aparecem isolados, e são causas ou consequências de outros. Em indivíduos predispostos associado ao quadro de fadiga psíquica aparecem doenças psicossomáticas como: úlceras, gastrites, cólon irritável, piora da hipertensão etc.

A fadiga física como psíquica são patologias de diagnóstico complexo, em função do grande número de variáveis que interferem diretamente na instalação das mesmas. Entre estas podemos citar: insatisfação no trabalho, má alimentação, ruído excessivo, iluminação insuficiente, número excessivo de horas trabalhadas sem repouso, carga da trabalho, tarefas repetitivas e monótonas, condições precárias de trabalho, moradia etc.

A fadiga ou enfermidade da adaptação é a perda da força física e diminuição da imprecisão da atividade psicofisiológica que acarretam transtornos sexuais, impotência e frigidez, cefaléia, dores variadas, palpitações, anorexia, úlceras gástricas, desordens mentais, irritabilidade etc.

Os agentes biológicos também são fatores importantes se considerarmos a função reprodutora da mulher, onde constata-se que há grande contingente de trabalhadores deste sexo nos hospitais.

Dentre os agentes infecciosos, os vírus são os que tem maior capacidade de produzir malformações fetais, e as bactérias podem alterar a morfologia fetal pelos processos inflamatórios que desencadeiam.

Os riscos químicos tem tido a principal atenção por estudos de todo mundo, porque além de causarem danos à saúde dos trabalhadores, podem causar também efeitos teratogênicos e abortogênicos em conceptos de mulheres ocupacionalmente expostas. Dentre os fatores químicos podemos destacar as drogas antineoplásicas, o formoldeído, óxido de etileno e os gases anestésicos.

Aos gases anéstesicos são atribuídos principalmente a toxicidade ao sistema reprodutivo, onde há estudos que constataram o aumento do risco de aborto espontâneo em mulheres expostas ocupacionalmente aos gases, assim como, em esposas cujos maridos encontram-se expostos. Foram encontrados também efeitos mutagênicos e carcinogênicos, além de sinais e sintomas como a diminuição da percepção visual, da memória, da resposta sensorial motora. Os gases anestésicos são altamente inflamáveis e explosivos, razão pela qual requerem precauções especiais em todos os

locais onde são manipulados. Para se manter as condições adequadas de segurança deve se manter uma boa refrigeração.

O ruído é um som fundamentalmente não desejado, e qualquer som que produza moléstia, dificulta a comunicação e interfere no rendimento de tarefas. Um estímulo sonoro pode ser percebido subjetivamente como ruído por alguns e como som para outros, quando se trata de ruído este provoca efeitos corporais, moléstias e adventos.

Este ponto é importante já que o ruído pode ser fator de estresse subjetiva ou objetivamente, ou ambos. Na hora em que um determinado som é recebido como ruído, este sobrecarrega o sistema nervoso central, e a recepção deste estímulo pode ser influenciada por duas classes de estado cognitivo característicos: comum transitório e a qualidade do indivíduo.

Um ruído produzido de maneira contínua e sem grandes alterações, não se faz sentir e ao fim de algum tempo passa ao nível do subconsciente permitindo que o trabalhador não se dê mais conta de sua existência. Ao contrário, porém, os barulhos insólitos, nem contínuos, nem ritmados - perturbam bastante, dificultando a atenção da pessoa em relação a execução de suas tarefas.

O ruído diminui a capacidade de trabalho e em alguns casos, parece interferir mais na sua qualidade que na sua quantidade, podendo inclusive induzir a erros. Além de afetar a produtividade também afeta o bem-estar.

A exposição prolongada do indivíduo à ruídos em níveis muito intensos pode causar efeitos nocivos no organismo. O excesso de ruído constitui a chamada poluição sonora, e seus efeitos podem causar desordens físicas, fisiológicas e psicológicas.

As alterações fisiológicas podem ocorrer como resposta geral a uma seção de estresse. Indicações de que o ruído causa estresse, podem ser evidenciados pelo aumento da secreção de hormônios da hipófise e de catecolaminas que provocam repercussões cardiovasculares, digestiva, respiratórias, endócrinas, genito-urinárias e sanguíneas.

Outro fator que não é dada importância é ao projeto da planta física do centro cirúrgico. As paredes são intencionalmente criadas de forma a facilitar a limpeza no combate a infecção, mas sendo duras e lisas, contribuem para a reverbação dos ruídos, tornando ambiente acústico irritante. Aliado a isso, o mobiliário e os instrumentos de aço contribuem muito para os efeitos auditivos.

e) Cumprimento de normas e rotinas administrativas.

Uma organização como o centro cirúrgico necessita de instrumentos que relatem as finalidades à que ela se propõe, bem como a sua dinâmica de funcionamento.

O enfermeiro deve possuir liderança, mostrar flexibilidade, receptividade e habilidade para transmitir auto-confiança aos outros.

As normas e rotinas são guias para as ações a serem tomadas, tem por objetivo a orientação no processo de decisão, visando a economia de tempo e esforço, resultando na segurança do paciente e equipe. Deve ser uma fonte de referência objetiva, clara e acessível para o pessoal de enfermagem, onde a inexistência destas dificultam a cobrança por parte do enfermeiro, quanto ao conhecimento e execução das mesmas, se confundindo com toda a organização que se pretende, mostrando com isso uma certa inope-

rância na prática e dificuldades relacionadas aos procedimentos pertinentes aos serviços.

Diante dos dados pesquisados no Regimento do Centro Cirúrgico, constatamos que as normas e rotinas encontram-se descritas agrupadas, não especificadas e incompletas no que regem quanto a suas atividades. Partindo disso resolvemos elaborar normas técnicas e rotinas para a Unidade de Cirurgia Ambulatorial por essa ser integrante do Bloco Cirúrgico e estar sob responsabilidade do enfermeiro, uma vez que não constava nada escrito sobre a referida unidade.

Achamos que é de suma importância que os funcionários dessa unidade possuam guias de orientação sobre atividades a serem ali desenvolvidas, por esta localizar-se fora do Bloco Cirúrgico, interferindo na supervisão constante por parte do enfermeiro. Esperamos que a partir deste, haja uma melhor compreensão e boa assimilação por parte dos funcionários, para que quando colocadas em prática venham diminuir a incidência de risco de vida e acidentes à pacientes e toda equipe. As normas e rotinas encontram-se descritas no Apêndice 1.

#### **Atividades do Enfermeiro.**

A A.O.R.N. (s.d.) define como prática de administração de enfermagem em centro cirúrgico "a coordenação de todas as funções relacionadas com o cuidado de enfermagem submetidos à internação cirúrgica. A pessoa responsável pela área administrativa do centro cirúrgico, deve ser enfermeiro que adquiriu habilidades de gerência por meio de métodos educativos e experiência pessoal. As habilidades de gerente incluem: planejar (determinar com antecedência o que deve ser feito); organizar (determinar quando e em que sequência o trabalho deve ser feito); dirigir ou

exercer o plano (aplicar força humano ao trabalho); controlar (determinar se o trabalho foi feito); avaliar (verificar o cuidado prestado). Inerente a gerência está o reconhecimento do equilíbrio entre a execução do serviço e o atendimentos às necessidades básicas humanas através do relacionamento interpessoal efetivo. O enfermeiro deve possuir liderança, demonstrar flexibilidade, receptividade e habilidade para transmitir autoconfiança aos outros".

Todas as pessoas que dirigem um serviço devem basear-se em uma filosofia, seja ela a da Instituição ou fruto de experiência pessoal. Quando oriunda da Instituição e esta permite a prática de tal convicção, ela e o serviço serão enriquecidos, quando estas divergem, na aplicação e aceitação, surgem conflitos entre sua conceituação filosófica e a prática; e terão então as seguintes alternativas:

1º) Pode desistir de sua crença e seguir o sistema já estabelecido; como resultado o seu trabalho poderá tornar-se rotineiro, preenchendo seu dia, porém não lhe oferece senão uma satisfação mínima ao desempenhar o seu papel.

2º) Pode renunciar a este trabalho e procurar outra posição.

3º) Pode permanecer em situação conflitante, o que resultará na frustração contínua e em relações interpessoais difíceis.

4º) Pode estudar a situação e tornar a examinar sua crença para assim encontrar, a forma de adaptar-se e pouco a pouco introduzir as mudanças necessárias, sem perder de vista seus objetivos a longo prazo.

A prática do enfermeiro é influenciada diretamente pelas características alienantes de uma instituição burocrática, onde na maioria das vezes os aspectos organizacionais são definidos

pela Instituição sem participação efetiva do profissional, restando para este, executar as ações definidas nos escalões superiores da hierarquia do poder.

Achamos que todo enfermeiro deve ter reflexão crítica a fim de estabelecer novas diretrizes para manter um equilíbrio harmônico operacional, evitando com isso situações conflitantes e/ou contornar as mesmas.

No Centro Cirúrgico, na inexistência de filosofia própria para direcionar o trabalho, o enfermeiro do mesmo, pela sua experiência de vida, criou uma filosofia de acordo com suas convicções e necessidades relacionadas ao mesmo, sendo que este segue linhas da Instituição, porém é mais recente e específico para este setor.

O Colégio Americano de Cirurgiões, no Congresso de 1951, determinou entre outras coisas, que a administração do centro cirúrgico seja feita por "enfermeiro competente e especializado, auxiliado por pessoal suficiente em número e qualidade".

Estamos convictos de que a maior parte das funções do enfermeiro do Hospital Governador Celso Ramos estão direta ou indiretamente ligadas à supervisão do pessoal, e que estes apresentam problemas próprios de uma Unidade de Enfermagem, devido a sua carência em quantidade e qualidade.

Há um paralelo entre a real função do enfermeiro e a exigida e exercida, decorrente das necessidades do setor, onde certas circunstâncias levam o indivíduo a enfrentar momentos em que tem que decidir ou "remediar", contornar. O enfermeiro demonstra ser eficaz quando possui habilidades em reconhecer que surgiu uma situação que requer decisão, predominam situações várias que so-



brecarregam o enfermeiro, no sentido de ter várias coisas ao mesmo tempo para serem resolvidas.

Com isso na prática assistencial assiste-se a um afastamento entre o paciente e enfermeiro, onde muitas vezes este não tem oportunidade de ver o paciente. Em geral, o enfermeiro delega a assistência ao paciente cirúrgico aos ocupacionais de enfermagem, que por sua vez, não estão preparados para assisti-lo; a assistência visa apenas à técnica e os princípios científicos, com vistas à assepsia do procedimento. Constatamos que na prática diária o enfermeiro não tem tempo para prestar assistência continuada.

Na nossa opinião, para promover uma boa relação dos papéis do enfermeiro, principalmente o assistencial e o administrativo deveriam existir no mínimo 02 enfermeiros, 01 para funções administrativas e outro para funções assistenciais para permitir a realização da assistência como um todo.

GRUENDEMANN (1977) relata o obstáculo, quanto à falta de tempo e de pessoal no centro cirúrgico. Em nosso meio, essa resposta é comum à tentativa de implementar a visita pré-operatória, porém, quando há somente a prerrogativa de falta de tempo, deve-se fazer um estudo e verificar a possibilidade de se fazer um horário intermediário ou com superposição de enfermeiros, para tornar viável a realização deste procedimento. Quanto à falta de pessoal, já é um problema mais complexo, implicando na conscientização dos responsáveis da administração de pessoal e da parte financeira da Instituição quanto à necessidade e importância da visita para o paciente.

Outra atividade de grande importância que também fica defasada devido à sobrecarga administrativa é a educação em serviço

continuada que segundo NUNEZ (1980) "representa um dos esteios que assegura a boa qualidade da assistência a ser prestada ao paciente. Através de um processo educativo atualizado e coerente com as necessidades específicas da área, ele mantém o seu papel valorizado e capaz de apresentar um bom desempenho profissional". Ainda complementa "o enfermeiro como educador, tem uma missão muito mais complexa e difícil do que se imagina, pois não pode limitar-se apenas às atividades de ensinar para transmitir conhecimentos ou informar, mas, ensinar para informar e formar, oferecendo à sociedade homens completos e integrais, verdadeiramente habilitados, compreendendo os fundamentos e respeitando os princípios de ética em que se estrutura".

Para HERR et al (1988) "a educação em serviço pode ser caracterizada como sendo um processo planejado, organizado, educativo, dinâmico e contínuo que ocorre durante o período de trabalho dos funcionários, com o qual todas as pessoas da área estão comprometidas. Classifica a educação em serviço em três programas: de orientação, de treinamento e de atualização.

- O programa de orientação visa introduzir o funcionário novo no serviço e na instituição. Dando o direito participativo a todos os funcionários novos, independente da categoria profissional/ocupacional.

- O programa de treinamento visa a transmissão de informações, desenvolvimento de habilidade e desenvolvimento ou modificações de atitudes.

- O programa de atualização visa aperfeiçoar e ampliar os conhecimentos em um campo específico de ação, possibilitando manter os padrões de qualidade do desempenho profissional".

A educação em serviço no Bloco Cirúrgico é quase inexistente; o que se tem é um programa de orientação, iniciado junto com a entrevista no ato da admissão, com a finalidade de averiguar as habilidades do profissional com objetivo de melhor lotar, buscando com isso a redução de possíveis complicações no que tange à adaptação.

Partimos da premissa de que para existir um programa de educação em serviço completo e contínuo se faz necessário também programas de treinamento e atualização, sendo que estes não são realizados. Esta deficiência porém, não é pertinente somente ao serviço do Centro Cirúrgico, sendo reflexo da própria política de educação em toda Instituição.

#### **Sistema de Avaliação Segundo o Ministério da Saúde.**

A avaliação, concebida como um processo dinâmico e contínuo, oferece subsídios que identificam os ajustes técnicos, administrativos e operacionais necessários ao bom desempenho dos estabelecimento de saúde.

Na posse do Instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde, levantamos os dados solicitados pelo mesmo, referentes ao Bloco Cirúrgico, os quais nos deram parâmetros para identificar as deficiências existentes na área física, em recursos humanos e materiais e no funcionamento e organização do mesmo.

Conhecendo as deficiências existentes, poder-se-á adotar medidas pertinentes à mudanças nas áreas deficientes, as quais melhoradas contribuem para alcançar as condições de eficiência ou seja, todo conjunto de meios mínimos necessários ao funcionamento de um estabelecimento, em termos de recursos humanos, físicos, materiais, sua organização e dinâmica.

Para chegar a isto, adotaremos o sistema de pontuação estabelecido pelo Ministério da Saúde, que são os que seguem:

	PONTOS MÁXIMOS
1. Recursos Humanos (R.H.) .....	80
2. Recursos Físicos (R.F.) .....	83
3. Recursos Materiais (R.M.) .....	111
4. Organização e funcionamento (O.F.) .....	157
TOTAL	431

1. Recursos Humanos	Pontos	
Lotação de Pessoal	Máximos	Obtidos
1.1 - Centro Cirúrgico		
Um auxiliar de enfermagem por cada sala por turno	15	07
Um atendente para cada sala por turno	10	10
Supervisão por enfermeiro	15	15
TOTAL	40	40
1.2 - Centro de Material e Esterilização		
Um auxiliar de enfermagem para cada 50 leitos ÷ 24 h	15	10
Um atendente para cada 15 leitos ÷ 24 h	10	07
Supervisão por enfermeiro	15	1
TOTAL	40	17
TOTAL DE R.H.	80	49

## 2. Recursos Físicos

Unidade de Centro Cirúrgico - pontos: 13.

2.1 - Centro Cirúrgico	Área Mínima	Pontos	
	em m <sup>2</sup>	Máximos	Obtidos
Vestiário masculino	12	02	02
Sanitário anexo ao vestiário masculino, com chuveiro	03	01	01
Vestiário feminino	12	02	02
Sanitário anexo ao vestiário feminino, com chuveiro	03	01	01
Posto de enfermagem (chefia e secretaria)	16	02	02
Sala de estar para relatórios médicos	12	01	-
Copa	04	01	-
Sala de estar e repouso p/pessoal	08	01	-
Sala para material de limpeza	04	01	-
Sala de expurgo	08	03	03
Local de lavabo	02	03	03
Sala para cirurgia geral	25	05	4,5
Sala para estocagem de material esterilizado e outros	08	01	01
Sala para guarda de aparelhos	08	01	01
Área para guarda de transferências de macas	12	02	02
Sala para guarda de aparelhos de raios X, transportáveis	04	01	01
Sala para câmara escura	04	01	0,5
Há medida linear mínima na sala de cirurgia	4,65	02	02...

	Área Mínima	Pontos	
	em m <sup>2</sup>	Máximos	Obtidos
Hã instalação satisfatória	-	03	03
Hã instalação satisfatória de vãcuo	-	03	-
Os vestiãrios sã de barreira (único acesso para o pessoal)	-	03	03
A localização do C.C. estã li- de trãnsito de pessoal e mate- rial e estranhos ao trabalho	-	01	01
Sala de recuperaçã pãs-anestã- sica com área mĩnima por leito	06	03	2,5
Hã uma sala cirũrgica para cada 50 leitos	-	02	02
Hã conservaçã satisfatória dos tetos, pisos e paredes	-	02	02
Hã telas nas salas de cirurgia	-	01	-
O material de tetos, pisos e paredes ẽ:			
. lavãvel	-	01	01
. durãvel	-	01	01
. liso	-	01	01
Hã largura de 1,50 m nas portas de entrada do C.C. e sala de cirurgia	-	01	01
Hã pã-direito mĩnimo de 3,00 m na sala de cirurgia	-	01	01
As circulaçães para passagens de macas e carros tem no mĩnimo 2,00 m de largura	-	02	02...

	Área Mínima	Pontos	
	em m <sup>2</sup>	Máximos	Obtidos
Hã iluminação satisfatória	-	02	02
Hã ventilação satisfatória	-	02	02
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>	<b>49,5</b>
<b>2.2 - Centro de Material e Esterilização</b>			
Recepção e expurgo	12	03	03
Preparo de material	28	03	03
Esterilização	16	03	1,5
Guarda e distribuição de material	10	03	03
Hã conservação satisfatória dos tetos, pisos e paredes	10	02	02
Hã piso antiderrapante	-	01	01
Hã telas nas janelas	-	01	01
O material de tetos, pisos e paredes é:			
. lavável	-	01	01
. durável	-	01	01
. liso	-	01	01
Hã iluminação satisfatória	-	02	02
Hã ventilação satisfatória	-	02	-
<b>TOTAL</b>		<b>23</b>	<b>19,5</b>
<b>TOTAL DE R.F.</b>		<b>83</b>	<b>69</b>

## 3. Recursos Materiais

3.1 - Sala de Cirurgia	Pontos	
	Máximos	Obtidos
Ambú	02	02
Aspirador de secreção	02	02
Balde com rodízios - dois	02	02
Banqueta giratória - duas	02	02
Bisturi elétrico	03	03
Cânulas endotraqueais - diversos tamanhos	02	02
Cubas (suficientes)	02	02
Disfibrilador	03	0
		(1 SRPA)
Equipamento de anestesia adequado (suficiente)	04	04
Escada de dois degraus	02	02
Estetoscópio	02	02
Fios de sutura (suficientes) - diversos tipos e números	03	03
Foco móvel de emergência	03	03
Hamper	02	02
Instrumental cirúrgico (suficiente para demanda)	06	03
Lâmpada cialítica - de teto	03	03
Laringoscópio com lâminas curva e reta	02	02
Luvas esterilizadas (suficientes)	03	03
Máscara de oxigênio - dois tamanhos	02	02
Material de enfermagem suficiente (algodão, esparadrapo, soluções)	02	02
Medicamentos de urgência e analgésicos (suficientes)	03	03
Mesa auxiliar com rodízios	02	02

/....



	Pontos	
	Máximos	Obtidos
Mesa cirúrgica com acessórios	05	05
Mesa de mayo	02	02
Negatoscôpio	02	02
Oxigênio e vácuo com mamômetro	03	03
Pacotes com gazes e compressas esterilizadas (suficientes)	03	02
Roupa esterilizada e em boas condições (suficientes)	04	03
Seringas e agulhas esterilizadas (suficientes)	02	02
Suporte de soro	02	02
Suporte duplo para bacias ou vidro de solução	02	-
Termômetro	02	02
Tensiômetro	02	02
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>78</b>
<b>3.2 - Centro de Material e Esterilização</b>		
Armário para roupas, material esterilizado e estoque (suficientes)	02	01
Autoclaves (suficientes para demanda)	04	02
Caixa para entalcar luvas	02	02
Estufas (suficientes para demanda)	04	02
Exaustor	02	-
Material para empacotamento adequado (suficiente)	03	02
Mesas para manipulação do material	02	02
Produtos e recipientes para esterilização química	03	03

..../	Pontos	
	Máximos	Obtidos
Relógio de parede	01	01
Tamborettes de madeira com descanso para os pés (suficientes)	02	02
TOTAL	25	17
TOTAL R.M.	111	95
4. Organização e Funcionamento		
	Pontos	
4.1 - Sala de cirurgia	Máximos	Obtidos
Há cumprimento da programação cirúrgica	02	02
Há observação dos horários das cirurgias	02	02
Há preparo da sala antes das cirurgias	03	03
Há paramentação completa e adequada do pes.	03	03
Há limpeza e desinfecção da sala:		
. antes da cirurgia	02	02
. após a cirurgia	04	04
Há controle satisfatório do equipamento	03	03
Há observação das barreiras contra contaminação:		
. há troca de macas de pacientes na entrada do C.C.	03	03
. não há acesso direto à sala cirúrgica	03	03
. não é utilizado tapete embebido em desinfetante	03	03
Há assistência na recuperação pós-anestésica	05	05
Há cuidados especiais com o material de cirurgias contaminadas	05	05

	Pontos	
	Máximos	Obtidos
Há observação da técnica asséptica de:		
. degermação das mãos da equipe cirúrgica com PUP-I ou similar	04	04
. preparo da pele dos pacientes com PUP-I ou similar	04	04
Há registros das cirurgias em livros	03	03
O paciente é recebido na sala com seu prontuário completo	02	02
Há balanço do material utilizado no paciente após a cirurgia	02	02
Há transporte fechado do lixo cirúrgico	02	02
Há manutenção satisfatória dos aparelhos	03	03
O pessoal de nível elementar teve treinamento mínimo de 3 meses	03	0
Há manual de normas, procedimentos e/ou de rotinas	02	01
Há cumprimento dos procedimentos e das rotinas estabelecidas	02	02
Há pessoal suficiente para o serviço	02	01
Há supervisão sistemática para o pessoal	03	02
Há treinamento em serviço	02	-
Há pessoal habilitado para o serviço	04	03
Há reposição satisfatória de material	02	01
Há condições satisfatórias de limpeza na unidade	02	02
TOTAL	83	73

.../

	Pontos	
	Máximos	Obtidos
4.2 - Centro de Material e Esterilização		
Hã estatística mensal de produção	02	-
Hã sistema satisfatório de troca de material - recepção e distribuição	04	02
Hã sistema satisfatório de preparo de material	05	03
Hã sistema satisfatório de esterilização	06	06
Hã sistema satisfatório de estocagem de material esterilizado, livre de umidade e poeira	04	02
Hã realização periódica, registrada, de testes para controle de autoclaves e estufas:		
. biológicas	04	04
. químicos	02	02
Hã listagem de instrumental por tipo de cirurgia - pacote ou caixa	05	05
Hã desinfecção satisfatória do centro	04	04
Hã rotulagem satisfatória do material esterilizado	03	02
Hã controle de data do material estocado	04	04
Hã paramentação adequada do pessoal	03	03
Hã manutenção satisfatória dos aparelhos	03	01
Hã inventário periódico do material	03	03
O pessoal de nível elementar teve treinamento mínimo de 03 meses	03	0
Hã manual de normas, procedimentos e ou de rotinas	02	0...

.../

	Pontos	
	Máximos	Obtidos
Hã cumprimento dos procedimentos e das rotinas estabelecidas	02	02
Hã pessoal suficiente para o serviço	02	01
Hã supervisão sistemática para o pessoal	03	02
Hã treinamento em serviço	02	01
Hã pessoal habilitado para o serviço	04	04
Hã reposição satisfatória do material	02	01
Hã condições satisfatórias de limpeza na unidade	02	02
TOTAL	74	54
TOTAL O.F.	157	127

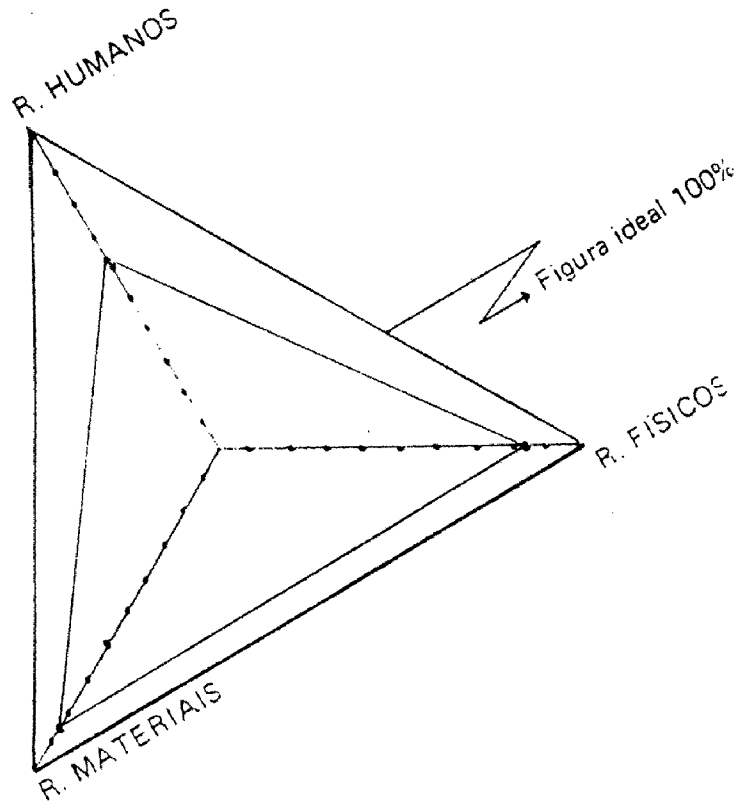
#### Sistema de Avaliação.

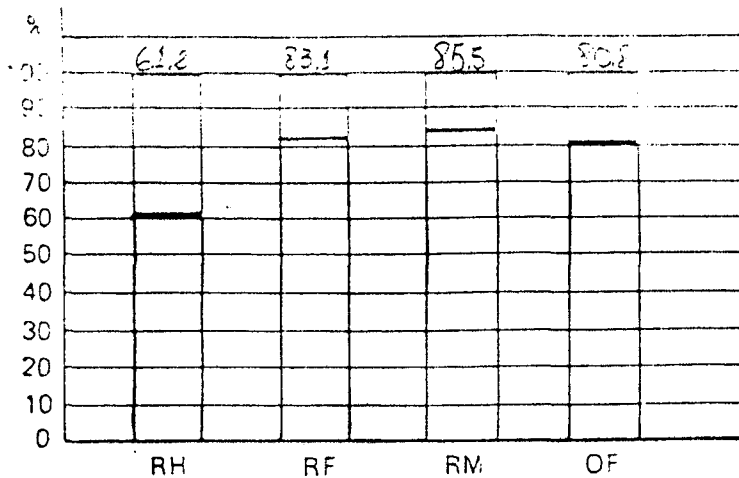
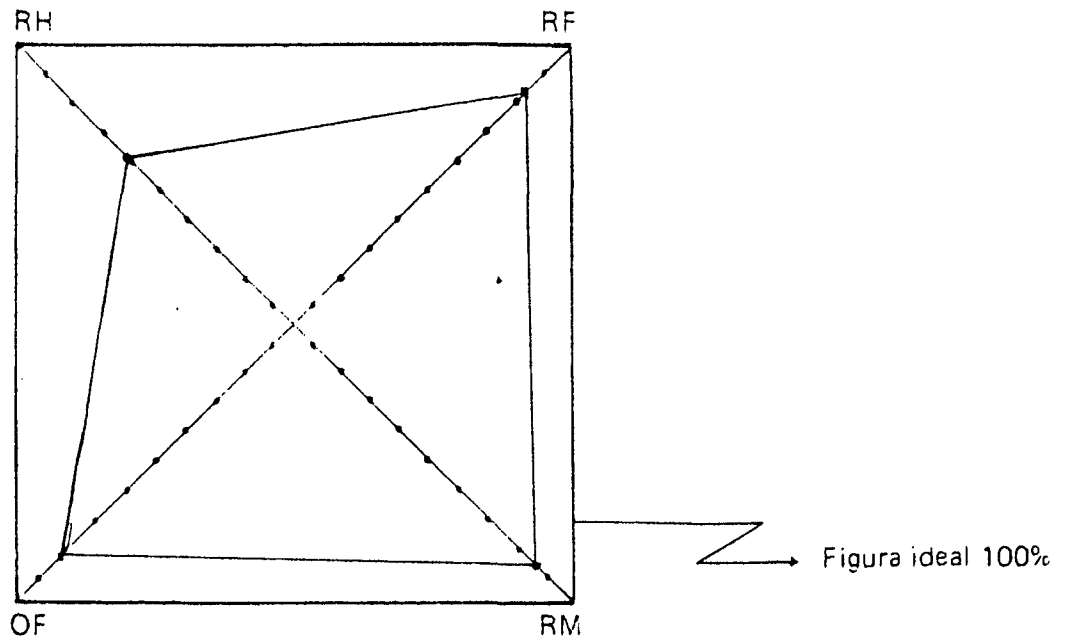
Ao aplicarmos este questionário, verificamos na Unidade do Bloco Cirúrgico, a existência dos recursos disponíveis e a execução das ações estabelecidas em cada questão. Atribuimos os pontos na coluna respectiva (pontos obtidos) sempre que atendido o mínimo exigido ou se houvesse resposta positiva.

A classificação dos resultados, de acordo com o número de pontos obtidos, é a seguinte:

CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS	PONTOS	
	OBTIDOS	%
Ótimo	431 a 387	100 a 90
Bom	386 a 270	89,9 a 70
Regular	269 a 134	69,9 a 50
Precário	133 e menos	49,9 e menos

Cirurgico do Hospital Governador Celso Ramos, após  
através do preenchimento do questionário foi classi-  
como BOM, com um total de 340 pontos.  
Para melhor visualização e identificação rápida das áreas  
cientes, conforme os resultados da avaliação, utilizamos a  
representação gráfica na qual são apresentados os percentuais  
em figuras geométricas e gráfico de barra.





**LEGENDA:**

- RH - Recursos Humanos
- RF - Recursos Físicos
- RM - Recursos Materiais
- OF - Organização e Funcionamento

Este instrumento serviu como subsídio para complementarmos os dados relatados na supervisão quanto à R.M., R.F., R.H. e O.F., comprovando o que tínhamos descrito anteriormente, principalmente no que diz respeito à R.H.

## 2.2 - Objetivos Assistenciais

### 2.2.1 - Aplicar o processo científico na assistência perioperatória (S.A.E.P.).

Diante de pesquisas realizadas por grupos de enfermeiros quanto a importância da eficiência do S.A.E.P. para os mesmos onde os resultados obtidos foram em sua maioria positivos, resolvemos elaborar um roteiro visando sua eficácia e importância diante do paciente.

Esse roteiro tem como finalidade identificar o paciente, ter conhecimento global do seu perioperatório, visando identificar problemas decorrentes do ato anestésico-cirúrgico, inseguranças, medos, tensões, tentando suprir essas necessidades dando informações para o mesmo, fazendo com que ele fique melhor esclarecido sobre sua condição e o ato anestésico-cirúrgico, tentando com isso aliviar suas angústias, tensões e medos.

Fizemos um apanhado geral de todos os roteiros existentes nas bibliografias que nos foram possíveis consultar, onde procuramos adaptá-lo ao nosso objetivo e as prioridades do paciente, visando os cuidados que o mesmo necessita, a fim de comprovarmos os benefícios do S.A.E.P.

Sentimos necessidade de elaborar um roteiro mais operacional para atender a nossa finalidade, que se apresenta sob o título de: **Assistência de Enfermagem Perioperatória** (Apêndice 2).  
Se divise em:

- I - Pré-Operatório;
- II - Trans-Operatório;
- III - Pós-operatório.



## I - Avaliação Pré-Operatória.

### 1 - Identificação

São dados pertinentes a pessoa, onde exprime características próprias de cada indivíduo, como idade, nome, profissão, religião, estado civil, número de filhos, procedência. Os dados são importantes para assistir o paciente como um ser humano, preservando sua individualidade e características próprias e não simplesmente como um "caso cirúrgico". Ele deve ser compreendido como um indivíduo, membro de uma família e comunidade e do meio em que vive, sendo isso determinante para compreensão de sua personalidade e conduta.

#### - Cirurgia Proposta.

Tem finalidade da identificação das cirurgias por nós escolhidas, para juntamente com o diagnóstico médico, aprofundarmos teoricamente, para posterior orientações a pacientes.

#### - Cirurgia Anterior/Anestesia Anterior/Problemas Apresentados.

Para conhecimento de experiências anteriores e as possíveis implicações que as mesmas tiveram para o paciente, evitando assim que haja uma provável repetição de fatos, acarretando ônus ao paciente.

#### - Grau de Contaminação.

Classificação das cirurgias por potencial de contaminação (Ministério da Saúde, 1983 - Portaria 196).

a) Operações limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de pro-

cesso infeccioso local, ou de falhas técnicas grosseiras. Ex: herniorrafia de todos os tipos, procedimentos cirúrgicos ortopédicos, cirurgias de ovário, vascular.

b) Operações potencialmente contaminadas - são aquelas realizadas em tecido colonizado por flora bacteriana pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso local ou falhas técnicas grosseiras. Ex: histerectomia abdominal, cirurgia gástrica e duodenal, cirurgia das vias biliares.

c) Operações contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Ex: apendicectomia sem processo de supuração, cirurgia das vias biliares em presença de bile contaminada, fratura exposta com atendimento após 10 h, cirurgia de orofaringe.

d) Operações infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em quaisquer dos tecidos ou órgãos anteriormente mencionados, em presença de processo infeccioso (supuração local). Ex: nefrectomia com infecção, cirurgia abdominal em presença de pús e conteúdo do cólon, cirurgia do reto e ânus pús.

#### **Dados Exames Complementares.**

Servem como parâmetros para avaliar as condições gerais e determinar medidas específicas a serem tomadas, tanto do ponto de vista médico como da assistência de enfermagem.

- Valores normais da hematologia:

. Hematócrito: - homem 42 à 50%; - mulher 40 à 48%.

Diminuída em várias anemias, gravidez, hemorragia grave ou prolongada e com ingesta excessiva de líquidos; aumentada na policitemia, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, insuficiência de oxigenação por causa de insuficiência congestiva, e normalmente em pessoas que vivem em grandes altitudes.

. Tipagem Sanguínea - sistema ABO: A

B

AB - receptor universal

O - doador universal

- Rh: positivo e negativo.

. Contagem plaquetária - varia entre 200.000 à 350.000 por  $\text{mm}^3$ . Diminuída na púrpura trombocitopênica, leucemia aguda, anemia aplástica e durante a quimioterapia do câncer; aumentada em leucemia granulocítica crônica, hemoconcentração.

. Contagem leucocitária - 5.000 à 10.000 por  $\text{mm}^3$ .

Elevada nas doenças infecciosas agudas - predominantemente na fração neutrofílica com doenças bacterianas e nas frações linfocíticas e macrocíticas em doenças virais.

. Tempo de coagulação - 5 à 10 minutos.

Prolongado nas doenças hemorrágicas e em várias deficiências do fator de coagulação.

. Tempo de sangramento - 30 segundos à 6 minutos.

Prolongado na púrpura hemorrágica, na qual as plaquetas estão reduzidas, e no envenenamento por clorofórmio e fósforo.

- Parasitário de Fezes.

. Positivo - quando na presença de *Ascaris lumbricoides*,

Trichuris trichiura, Enterobius vermicularis, Ancylostoma duodenale, necator Americanus, Taenia solium, Taenia saginata, Giardia lamblia.

. Negativo - quando na ausência destes.

- Parcial de Urina - valores de referência.

#### Caracteres Gerais:

- . cor - amarela;
- . aspecto - límpido;
- . depósito - ausente;
- . densidade - 1019 a +/- 16;
- . reação pH - 6,0 +/- 0,5.

#### Bioquímica:

- . Proteínas - inferior a 100 mg/l.

Aumentadas na presença de nefrite, insuficiência cardíaca, envenenamento por mercúrio, estados febris, hematúria, amiloidose.

- . Subredutoras - ausentes.

- . Cetonas - ausentes.

- . Bilirrubina - ausente.

- . Sangue - ausente.

- . Urobilinogênio - até 1/20.

Aumentado nas doenças hepáticas e da árvore biliar, anemia hemolítica; diminuído na obstrução biliar completa ou quase completa, diarreia e insuficiência renal.

Sedimentos (microscopia):

- . leucócitos - até 6.000 p/ml;
- . hemácias - até 5.000 p/ml;
- . células epiteliais - raras;
- . cilindros - ausentes;
- . bactérias - ausentes.

- Raio X de Tórax.

Tem por finalidade formular imagens da anatomia e alterações fisiopatológicas desta área, da qual participam órgãos relacionados às funções cardíaca e pulmonar, que são vitais que estejam com o mínimo de alterações possíveis, de acordo com as condições do paciente, para a plena realização da cirurgia.

- Outros.

Além dos básicos, existem ainda outros exames, no que tange quanto ao tipo de cirurgia, idade e diagnóstico, conforme necessidades de cada paciente.

Entre estes, alguns foram analisados por nós: Raio X de abdome, ultrassonografia, biópsias, raio X ortopédicos e traumatológicos, cultura de urina, glicose, triglicerídeos e outros.

## 2 - Exame Físico.

Serve para obter informações sobre o paciente, através da avaliação e da conversação, onde teremos condições de analisar o estado do mesmo e planejar sua assistência, dependendo do grau de necessidade apresentado por ele.

- Estado Nutricional/Hidratação.

. Alimentação:

a) Apetite:

- estimulado ou desestimulado;
- anorexia (perda de apetite);
- bulimia (fome logo após ter se alimentado);
- pilofagia (alimenta-se em excesso);
- malícia ou pica (desejo mórbido de comer determinado alimento);
- interferência na dieta por dor, ruídos etc ...

b) Intolerância:

- alimentos que provocam alergia;
- aversão;
- presença de náuseas e/ou vômitos.

c) Mastigação:

- ausência de dentes;
- uso de próteses;
- dor/dificuldade na mastigação.

d) Hábitos alimentares:

- qualidade dos alimentos ingeridos;
- variação e frequência da ingesta;
- valores culturais, morais e religiosos relacionados;
- higiene pessoal antes das refeições;
- gosta de comer sozinho ou em grupo.

e) Dependência na alimentação:

- parcial;
- total.

## f) Deglutição/digestão:

- disfagia;
- dispepsia;
- pirose;
- distensão abdominal;
- flatulência.

## . Hidratação:

## a) Volume diário:

- aumentado;
- diminuído.

## b) Frequência:

- horários;
- número de vezes.

## c) Preferências: água, café, leite, sucos.

## - Condições de Musculatura:

- atrofiados;
- edemaciados;
- com nódulos;
- dor, rubor, calor, local;
- solução de continuidade;
- hematomas.

## - Rede Venosa:

- pouco visível;
- hipertricose;
- soromas;
- hematomas;
- equimoses;
- esclerose;

- dor, rubor, calor, local.

Com fluidoterapia:

- fragilidade das paredes venosas;
- necessidade de frequente troca de local;
- controle de infusão.

Com dissecação:

- fixação;
- acotovelamento;
- gotejamento;
- obstrução;
- curativo (secreções).

Alterações:

- Locomotora:

a) Marcha:

- lenta;
- apressada;
- com movimentos deficientes;
- com postura incorreta;
- com pouca flexibilidade;
- tropeçante;
- vacilante;
- estereotipada;
- desordenada.

Problemas relacionados:

- dormência;
- paralisia;
- parestesia;
- edema;



- atrofia de membros.

b) Motilidade:

- total;
- parcial;
- mínima;
- nenhuma.

- Gastrointestinal:

. Gastro - ver alimentação/hidratação (página 114).

. Intestinal:

- quantidade;
- frequência;
- cor;
- odor;
- consistência.

Problemas relacionados:

- melena;
- enterorragia;
- tenesmo;
- dor ao evacuar;
- hábitos de higiene após defecação.

- Córdio-Vascular:

a) Pulso:

- frequência - 60 a 80 batimentos por minuto - adultos;
- volume, ritmo (fino, fraco, filiforme, cheio arritmico);
- estado da parede das artérias (nodosa, esclerosada);
- frequência cardíaca (bradicardia, taquicardia).

b) Pressão arterial - 120 X 80 mmHg - adultos (hipotensão, hipertensão).

c) Pressão Venosa Central (PVC) - normal entre 5 à 10 mmH<sub>2</sub>O.

Problemas relacionados com a inserção do catéter:

- secreção;
- sangramento;
- refluxo do líquido;
- má fixação.

Causas da PVC elevada (acima de 12):

- hipervolemia;
- deficiência da contratilidade cardíaca;
- taquicardia;
- tumores de mediastino.

Causas da PVC diminuída (abaixo de 5):

- perda de líquidos e sangramentos.

Problemas relacionados com as causas de erro na determinação:

- compressão;
- posicionamento do paciente;
- uso de ventiladores com pressão positiva;
- obstrução parcial ou total do catéter;
- tosse;
- esforço físico;
- convulsões.

- Respiratória:

- frequência (16 à 20 mpm); diminuída = bradicardia, aumentada = taquicardia;
- amplitude;

- simetria;
- ritmo;
- tipo.

Problemas relacionados:

- dispnéia;
- anóxia;
- hipóxia;
- ortopnéia.

. Tosse:

- tipo;
- frequência;
- ocasião em que aparece.

. Expectoração:

- consistência e tipo;
- cor;
- quantidade;
- odor;
- ocasiões em que aparece com maior abundância.

- Genito-Urinária:

. Genito:

Problemas relacionados com os órgãos genitais:

- lesões; edema;
- secreções;
- inflamações;
- malformações;
- prurido;
- sangramento;
- prolapso de útero e/ou bexiga;
- ausência (seios/testículos);

- problemas emocionais relacionados.

Problemas relacionados com a vida sexual:

- presença de dor ou sangramento no ato sexual;
- impotência/frigidez;
- utilização de anticoncepcionais.

. Urinária.

- Frequência:

- número de vezes nas 24 h;
- polaciúria;
- enurese (incontinência);
- retenção urinária.

Quantidade:

- anúria;
- oligúria;
- poliúria.

Cor.

Odor.

Problemas relacionados:

- globo vesical;
- disúria;
- nictúria;
- prurido;
- ardência;
- sangramento;
- presença de preservativo (jontex) ou sonda vesical.

- Integridade Cutâneo-Mucosa (I.C.M.).

. Pele:

Características:

- elasticidade;
- umidade;
- cor.

Solução de continuidade:

- hematoma;
- equimose;
- prurido;
- eritema;
- queimaduras/ulcerações;
- lesões/escaras.

Problemas relacionados:

- edema;
- dor;
- cicatrizes;
- condições de higiene;
- dermatite/escabiose.

. Couro cabeludo:

- tipo de cabelo;
- higiene;
- pediculose;
- alopecia.

. Olhos e pálpebras - alterações de pupilas/escleróticas.

Problemas relacionados:

- prurido;
- secreções;
- ardor;

- dor;
- lacrimosidade;
- hiperemia;
- edema ou ptose palpebral;
- higiene.

. Ouvidos:

Alterações:

- solução de continuidade;
- sangramento;
- secreções;
- prurido.

. Nariz:

Alterações:

- deformidades;
- obstrução;
- epistaxe;
- coriza;
- espirros.

Problemas relacionados:

- secreções;
- edema;
- dor;
- hábitos de higiene.

. Boca:

- ulcerações;
- cor;
- inflamações (estomatite, aftas);
- hipertrofia gengival;
- hálito;
- sialorréia.

. Lábios:

- fissuras;
- paralisia;
- deformidades;
- edema;
- dor.

. Língua:

- solução de continuidade;
- sangramentos;
- cor;
- edema;
- dor;
- paralisia.

. Dentes:

- cáries;
- abcessos;
- amolecimentos;
- ausência;
- irregularidade na arcada;
- cor;
- dor.

. Garganta:

- inflamação;
- placas;
- hipertrofia de amígdalas;
- mucosas hiperemiadas;
- dor ao deglutir e/ou falar;
- secreções (características).

. Ânus:

- soluções de continuidade (fissuras, escoriações, fístulas);
- hemorróidas;
- prolapso;
- cistos;
- doenças venéreas;
- incontinência;
- obstipação;
- dor;
- secreção;
- prurido.

. Órgãos genitais:

- lesões, ulcerações, inflamações;
- malformações;
- hérnias;
- hidrocele;
- fimose;
- doenças venéreas;
- sangramento;
- dor;
- secreção;
- prurido.

. Abdome:

- distensão;
- flacidez;
- rigidez;
- com adiposidade;
- presença de hérnias;
- solução de continuidade;
- dor (causa conhecida ou desconhecida/localização);
- ascite.



- Endócrino:

- hipoglicemia;
- hiperglicemia;
- disfunção supra-renal;
- hipotireoidismo;
- hipertireoidismo;
- problemas relacionados ao crescimento.

Problemas terapêuticos relacionados:

- uso de insulina ou corticóides;
- efeitos colaterais;
- uso prolongado de droga e suspensão brusca da mesma;
- glicosúria;
- dieta especial.

Outros problemas relacionados:

- desconhecimento da doença e/ou do tratamento;
- orientação e aprendizagem deficientes;
- obesidade;
- infecções;
- hipertricose;
- hirsutismo;
- controle de peso;
- exercícios;
- aspectos psicológicos relacionados.

- Neuro-Sensorial:

. Neuro:

- níveis de consciência;
- convulsões;
- crises conversivas;
- vertigens.

. Sensorial:

a) Visual:

. Acuidade visual:

- percepção de cores e imagens;
- diplopia (visão dupla);
- ambliopia (visão fraca);
- miopia;
- fotofobia;
- cegueira;
- exoftalmia;
- estrabismo;
- ptirígio.

b) Auditiva:

. Acuidade auditiva:

- surdez;
- otite;
- otalgia;
- tontura;
- lipotímia;
- edema;
- secreções (características).

c) Olfativa:

. Acuidade olfativa:

- percepção diminuída ou ausente;
- percepção de odores desagradáveis.

d) Tátil:

. Sensibilidade tátil;

- diminuída, aumentada, ausente;

- espessura da pele (principalmente das mãos).

e) Gustativa:

. Sensibilidade gustativa:

- diminuída;
- ausente;
- queixas de gosto: doce, salgado, amargo.

f) Dolorosa:

. Sensibilidade dolorosa:

- tipos de dor (intensa, espasmódica, superficial, profunda, localizada ou não);
- fatores que a aliviam ou intensificam (frio, calor, pressão e posições).

Fatores relacionados ao aparecimento:

- exercícios;
- posições;
- emoções;
- alimentação;
- tosse.

- Psíquico.

. Manifestação de insegurança (segurança emocional):

- restrição da liberdade;
- mudança de ambiente;
- receio de sofrimento;
- medo das consequências da doença ou experiências negativas anteriores.

. Manifestação de carência (amor, afeto, atenção):

- ansiedade;

- agitação;
- desconfiança;
- negativismo;
- dependência;
- choro frequente.

. Manifestação de carência (liberdade, participação):

- não participa do plano terapêutico e no auto-cuidado;
- limitação da liberdade criada pelas normas e rotinas do hospital não aceitas; também relacionadas à hábitos e costumes.

. Manifestação de carência (criatividade):

- aceita sem questionamento;
- conformismo;
- não faz perguntas;
- não dá sugestões.

. Manifestações de desequilíbrio (auto-imagem, aceitação, auto-estima):

- senso de valor pessoal depreciado;
- não aceita as circunstâncias da vida, que não podem ser alteradas (sequelas);
- auto-depreciação;
- não reconhece seus aspectos positivos.

. Manifestações da não realização (auto-realização):

- não possui auto-confiança;
- não se sente realizado (no trabalho, vida afetiva, como pessoa).

. Comunicação:

- alteração de voz e/ou fala;
- dificuldade na expressão de mensagens (verbais, por gestos,

olhares, escrita);

- outro idioma.

. Manifestações de isolamento (gregária):

- conversa só quando abordado;
- não gosta de receber visitas;
- refere não ter amigos;
- não pertence a grupos no trabalho, comunidade e no hospital.

. Preferências (recreação, lazer):

- não possui aptidões para trabalhos manuais;
- não gosta de jogos, leitura, rádio, televisão.

. Manifestação da necessidade (espaço):

- desrespeito a individualidade;
- falta de privacidade;
- desrespeito as suas crenças, tabus, tradições.

. Manifestação de necessidade (religiosa, ética):

- sente falta de atividades religiosas no hospital.

Por parte do pessoal do hospital:

- incompreensão, desrespeito aos princípios;
- ridicularização;
- falta de apoio.

- Sinais Vitais (S.V.):

Nos dão parâmetros para verificação do equilíbrio homeodinâmico, que deve estar em perfeita harmonia. As alterações da função corporal geralmente se refletem na temperatura (T) do corpo, no pulso (P), no nível respiratório (R) e na pressão arterial (PA). Os mecanismos que os regulam são muito sensíveis a qualquer alteração dos níveis normais, e por isso eles são

sinais vitais. Quando se nota que os S.V. se desviam do normal, isto significa que o cliente precisa ser observado para evidenciar a relação de causa e efeito.

Os S.V. variam de indivíduo para indivíduo e em diferentes horas do dia no mesmo indivíduo, embora hajam limites considerados normais.

Parâmetros de normalidade (indivíduos adultos):

a) Temperatura:

- normal ou pirexia: 36 a 37°C;
- febre: 38°C a 39°C;
- hiperpirexia ou hipertermia: 40 a 43°C;
- hipotermia: abaixo de 35,9°C;
- febrícula ou estado febril: 37 a 37,5°C.

b) Pulso:

- normal: 60 a 80 bpm;
- bradicardia: menos de 50 bpm;
- taquicardia: mais de 100 bpm.

c) Respiração:

- normal ou eupneica: 16 a 20 mpm;
- bradipnéia: movimentos respiratórios diminuídos;
- taquipnéia: movimentos respiratórios aumentados;
- dispnéia: dificuldade respiratória;
- apnéia: parada respiratória;
- hipóxia: suprimento de oxigênio é inadequado.

d) Pressão arterial:

- normal: 120 X 80 mmHg (aumento ou queda de 20 a 30 mmHg é significativo);
- hipertensão: aumento da P.A. acima do normal;

- hipotensão: diminuição da P.A. abaixo da média.

- Peso e altura:

Referências para avaliação do paciente quanto ao seu estado nutricional (perdas e ganhos), bem como para dosagem do anestésico a ser administrado. Dosagens elevadas podem levar à alterações indesejáveis, assim como dosagens insuficientes não atingem os efeitos desejados.

- Uso de medicamentos/presença de alergias:

Qualquer problema alérgico deve ser identificado e imediatamente comunicado ao anestesista. A notificação da hipersensibilidade às soluções químicas, medicamentos ou outros produtos de uso tópico só pode trazer benefícios para a profilaxia de complicações trans e pós-operatórias.

- Uso de próteses:

É de fundamental importância o conhecimento quanto ao uso de próteses para que as mesmas sejam removidas antes do paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico, explicando-lhe o por que deste procedimento, a fim de evitar perdas ou complicações.

Tipos de próteses:

- lentes de contato;
- dentaduras, ponte móvel;
- corretores dentários;
- coletes;
- aparelhos ortopédicos;
- membros artificiais.

OBS: em alguns casos, as próteses são retiradas somente no Centro Cirúrgico,

### 3 - Entrevista com o Paciente.

BRUNNER e SUDDARTH (1987) "consideram que a entrevista clínica de enfermagem constitui um aspecto básico de relacionamento enfermeiro/paciente. Através desse instrumento é que se estabelece a qualidade do relacionamento, que se obtém a informação suficiente para se fazer a identificação do problema e se iniciar a ajuda".

Conforme DU GAS (1977), "a enfermeira comunica-se com o paciente, e este com ela, tratando-se assim, de um processo recíproco. Relaciona-se com os familiares do paciente, membros da equipe e outros profissionais, além de inúmeras outras pessoas no correr do dia".

Demonstrações de interesse pelos pacientes submetidos à cirurgia, através do diálogo e gestos de carinho podem ser percebidos por eles como fatores gratificantes e que suavizam os problemas apresentados e sentidos.

A humanização dos cuidados de enfermagem e sua maior individualização, destacando a importância da comunicação e poder constituir um meio de diminuir as tensões. Através de diálogos que procurassem tornar o ambiente e os procedimentos mais familiares ao paciente, e indagações sobre suas expectativas, o enfermeiro estaria proporcionando a ele condições para enfrentar situações nas quais o desconhecido seria a menor parcela, resultando em menor medo e mais segurança.

Esta comunicação, no momento da visita, propicia ao paciente ver o enfermeiro como um elo, como alguém que já não lhe é estranho. A comunicação não verbal expressa por gestos, tais como segurar a mão do doente, passar a mão em sua cabeça, são



gestos simples que exprimem carinho e podem ser muito importantes para quem se sente sô, receoso e inseguro.

## II - Avaliação Trans-Operatória.

### Recebimento no Centro Cirúrgico.

- Nível de atenção:
  - acordado;
  - dormindo;
  - sonolento/obnubilado;
  - sedado;
  - lúcido;
  - orientado.
- Estado emocional:
  - agitado;
  - calmo;
  - ansioso;
  - chorando;
  - apático.
- Verificar ficha de preparo da unidade - com a finalidade de obter informações quanto aos procedimentos pré-operatórios realizados (lavagem intestinal, jejum, retirada de próteses, sinais vitais, medicação pré-anestésica etc ...).
- Drenagens, sondas e catéteres:
  - sonda nasogástrica/orogástrica;
  - sonda vesical (foley e alívio);
  - catéter O<sub>2</sub>;
  - drenos diversos (tubular, kerh, penrose).
- Infusões venosas:
  - butterfly
  - abocath

punções em vias periféricas

- intra-cath - punções subclávia;
- catéter - dissecação venosa.
- Anotações de enfermagem - ocorrências relacionadas ao paciente quanto ao recebimento de centro cirúrgico, que requeiram atenção ou providência para amenizar as mesmas.

### **Anestesia.**

- Tipo:

#### . Bloqueio:

- locoregional: peridural lombar, sacral, cervical e torácica;
- plexos: membros superiores, membros inferiores, tórax, abdome;
- subaracnóidea.

#### . Geral:

- inalatória;
- endovenosa total;
- combinada.

#### - Posição indução anestésica:

- decúbito dorsal;
- decúbito lateral direito ou esquerdo.

- Anestésicos usados - bupivacaína (marcaína), efedrina, lidocaína (xylocaína), atropina, quelicin, enflurano, halotano, fentanil, protóxido de azoto, thionembutal, pavulon.

- Intercorrências: relacionadas ao ato anestésico-cirúrgico.

### **Cirurgia.**

- Posição cirúrgica - dorsal, semi-fowler, fowler, late-

ral, litotomia, sentada, ventral (promoção), canivete, trendelemburg e trendelemburg reversa.

- Potencial de contaminação - limpa, potencialmente contaminada, contaminada e infectada.

- Exames - os necessários para avaliação da cirurgia (raio X).

- Peça/espécime/biópsia - identificar a peça retirada e verificar o destino da mesma.

- Cirurgia realizada - nem sempre a cirurgia proposta é a cirurgia realizada; podem haver mudanças no local e/ou diagnóstico após visualização do campo operatório (dierese).

- Intercorrências.

#### **Localização de materiais e equipamentos.**

- Eletrodos - são dispositivos elétricos adaptados ao tórax para avaliação constante da monitorização, através do traçado eletrocardiográfico. Deve-se observar localização correta do mesmo para que haja um bom funcionamento e precisa avaliação através deste.

- Placa neutra - de material inoxidável, ligado a um fio terra, cuja finalidade é a passagem da corrente elétrica, quando em uso o bisturi elétrico.

Não deve ficar em locais onde exista a possibilidade de umidade, nem em contato com materiais metálicos. Localização: região dorsal, glútea, coxa, panturrilha.

- Punções venosas - verificar local/condições das mesmas para posterior avaliação pós-operatória.

- Uso de drogas - identificar as drogas usadas para detectar reações que poderão advir em função destas.

**Controle de Perdas** (sangue, diurese, sonda nasogástrica (S.N.G.), vômitos).

Observar perdas significativas, para avaliar condições hidroeletrólíticas e tomar as providências necessárias, a fim de evitar complicações no pós-operatório.

### **Condições ao Final da Cirurgia.**

Para termos uma visão global do estado do paciente, podendo prestar uma assistência individualizada no pós-operatório imediato, de acordo com as necessidades por ele sentidas.

### **Evolução de Enfermagem para Sala de Recuperação Pós-Anestésica.**

Tem como finalidade anotar dados importantes que ocorrem no trans-operatório, oferecendo subsídios para o desenvolvimento da assistência contínua ao paciente cirúrgico na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

### **III - Avaliação Pós-Operatória.**

#### **1 - Identificação do Paciente.**

Somente preenchida para pacientes que foram acompanhados somente no pós-operatório (ver item 1, pré-operatório, página 109).

#### **2 - Evolução (condições gerais e intercorrências na Sala de Recuperação Pós-Anestésica).**

Essa evolução serviu como um fluxo de comunicação, a qual

possibilitou-nos complementar a evolução de enfermagem para Sala de Recuperação Pós-Anestésica, uma vez que acompanhávamos o trans-operatório, e a evolução até a mesma. As evoluções nos fornecem informações quanto ao estado do paciente (intercorrências e condições gerais) e a partir disso formulávamos nosso plano para a visita pós-operatória.

- Uso de drogas (ver trans-operatório, página 133).

### 3 - Exame Físico.

Através deste fazíamos uma avaliação da assistência (procedimentos) prestada durante o trans-operatório (ato anestésico-cirúrgico).

- Edema facial - relacionado ao uso de corticóides, retenção de líquidos, causas alérgicas.

- Lesão de lábio, boca e alteração na fonação - relacionados com entubação, aspiração ou cirurgia neste local.

- Sonda nasogástrica:

- sifonagem;
- gavagem.

Relacionado com:

- tipo de cirurgia;
- presença de náuseas/vômitos;
- casos de hemorragia,

- Traqueostomia - é indicada nos seguintes casos:

- após laringectomia;
- quando há intolerância do tubo endotraqueal pelo paciente;
- obstrução das vias aéreas superiores;
- para permitir aspiração de secreções.

**Tronco.**

Serão observados presença de drenos, sondas e punções de acordo com a cirurgia (ver item 4 - trans-operatório, página 133).

**Alterações.**

A ferida operatória atua como uma injúria a qual o organismo reage através de alterações biológicas locais e sistêmicas.

**- Gastrointestinal:**

- ausência de peristaltismo;
- flatulência;
- constipação;
- distensão abdominal;
- diarreia;
- náuseas/vômitos;
- anorexia;
- disfagia.

**- Córdio-vacular:**

- estase venosa;
- parestesias;
- sangramentos;
- acamado.

**- Respiratória:**

- dispnéia;
- tosse;
- expectoração;
- hipertermia.

- Genito-Urinária:

- anúria;
- globo vesical;
- disúria;
- ardência.

- I.C.M.

. Local da incisão:

- edema;
- eritema;
- sangramento;
- hematoma;
- dor.

. Local de infusão:

- hematoma;
- eritema;
- soroma;
- obstrução;
- gotejamento.

. Local da placa:

- eritema;
- queimadura;
- vesícula.

- Endócrino: sintomas de:

- hiperglicemia;
- hipoglicemia.

- Neuro-sensorial:

- alteração de conduta;
- ansiedade;

- agitação - apatia;
- lipotímia;
- disfonia;
- diminuição da acuidade visual;
- percepção olfativa diminuída ou ausente;
- alterações de sensibilidades táteis;
- percepção gustativa diminuída ou ausente;
- dor.

#### **Membros.**

- Alterações:
- paresia;
- parestesia;
- edema;
- dor;
- perfusão periférica-diminuída;
- infusões.

#### **4 - Entrevista com o paciente.**

Além de dar continuidade ao plano assistencial, esta serviu como um instrumento a partir do qual fizemos avaliação da importância do S.A.E.P. para o paciente.

Após elaborado o roteiro, fizemos levantamento nos livros de registros do Centro Cirúrgico, a fim de colher uma amostra das cirurgias de maior prevalência no período de janeiro à março de 1991, cujo objetivo era selecionar as mesmas para acompanhamento e posterior avaliação do S.A.E.P.

As de maior prevalência, que foram selecionadas por nós, estão demonstradas no quadro a seguir.



QUADRO 4 - Cirurgias de maior incidência no Centro Cirúrgico do Hospital Governador Celso Ramos, no período de janeiro à março de 1991. Florianópolis, 1991.

UROLOGIA	GINECOLOGIA	VASCULAR	GASTROENTEROLOGIA	ORTOPEDIA	PAREDE ABDOMINAL	NEUROLOGIA
Postectomia (14)	Histerectomia abdominal (13)	Varizes bilaterais (39)	Gastrectomia (10)	Osteossíntese + redução (10)	Apendicectomia (17)	Dissectomia lombar e cervical (11)
Prostatectomia (15)					Laparotomia (15)	
RTU de Próstata (17)					Herniorrafia (37)	
Nefrectomia (11)					Colecistectomia (21)	

Outras cirurgias, também com incidência significativa, deixadas como sobresalentes para substituição se necessário:

- microcirurgia tumor cerebral (18);
- microcirurgia vascular intracraniana (10);
- tumorectomia mamária (07);
- ureterolitotomia (09);
- artroscopia (09);
- artrodese de coluna (05);
- pielolitotomia (05).

Após esta seleção, realizamos estudos sobre as patologias e cuidados de enfermagem relacionados a esses tipos de cirurgias.

O método científico possui um corpo inicial de conhecimentos, contendo fatos e conceitos sobre um determinado assunto, visto a partir de um determinado quadro de referência. O corpo de conhecimentos representa tudo o que presentemente se sabe ou se determinou sobre o tema. A partir dessas informações são desenvolvidas hipóteses que procuram examinar e explicar os aspectos importantes a respeito do tema a ser tratado.

Acreditamos que a base da profissão do enfermeiro seja a crença no valor da pessoa através do respeito ao atendimento das necessidades básicas do paciente e, para tanto, é imprescindível identificar seus problemas tendo amplos e atualizados conhecimentos fisiopatológicos e psicossociais, sem os quais nossa atuação seria desnecessária e, muitas vezes, prejudicial.

Como nosso trabalho está basicamente voltado à orientação ao paciente, sentimos a necessidade de aprofundarmos nossos conhecimentos, pois como enfermeiros devemos ter uma visão holística e um embasamento teórico-prático, tentando suprir as necessidades que poderão advir do paciente, assim como as nossas próprias.

No Apêndice 3, colocamos um modelo de cirurgia por nós selecionada, mostrando os passos que seguimos para realização dos nossos estudos.

Durante um período de atuação no centro cirúrgico, percebemos que duas das cirurgias por nós escolhidas não eram viáveis, que são: apendicectomia e postecmia.

- Apendicectomia: cirurgia de urgência, geralmente ocorrendo fora do nosso período de atuação, dificultando a aplicação do roteiro pré-operatório; neste período também foi observado a diminuição de ocorrências deste caso.

- Postectomia: percebemos que este tipo de cirurgia, bem como todas as cirurgias da Unidade de Cirurgia Ambulatorial, não eram viáveis devido a permanência intra-hospitalar ser mínima, dificultando a aplicação do roteiro. Concluímos também que o roteiro elaborado se adequava mais às cirurgias de maior porte, por este ser complexo.

Essas duas cirurgias foram substituídas pelas seguintes: artrodese de coluna e pielolitomia.

Apesar de não obedecerem a ordem decrescente do levantamento de cirurgias, estavam tendo ocorrência significativa; este levantamento é relativo, pois notamos que existe uma variação grande em relação ao tipo e incidência de cirurgias conforme o período.

Não abrangemos as microcirurgias neurológicas por estas serem cirurgias que requerem maiores cuidados, e após as mesmas, os pacientes são encaminhados a Unidade de Terapia Intensiva, onde nem sempre é viável a realização da visita pós-operatória, devido às condições do paciente.

Cabe ao enfermeiro do centro cirúrgico diversas funções, entre elas o papel assistencial, que deveria ser priorizado.

Segundo FERRAZ (1978), administrativamente a finalidade da Unidade de Centro Cirúrgico é proporcionar ao paciente uma intervenção cirúrgica de maneira mais eficiente e segura possível.

O enfermeiro é o único profissional educado para assistir o paciente como um todo, identificando as suas necessidades e planejando a sua intervenção (McPHAIL citado por RODRIGUES, 1979), preve a continuidade de cuidados através da avaliação e preparação pré-operatória, intervenção intra-operatória e avaliação pós-operatória (STANDARDS, 1976).

É tarefa da enfermagem, postulado por LAMBERTSEN (1966), incentivar a participação do paciente no planejamento de sua assistência, considerando-o como um elemento da equipe de enfermagem e orientando-o adequadamente.

Em virtude do acúmulo de atividades existentes pela excessiva burocracia administrativa, o enfermeiro fica impossibilitado de prestar a devida assistência ao paciente. Por outro lado, só a ele cabe analisar estes problemas, dando o rumo certo a sua atenção, face as prioridades que se apresenta. Logo, é necessário muito empenho e perspicácia para evitar que o progresso científico e tecnológico afaste a profissão do seu conteúdo humano (ZEN e BRUTSCHER, 1987).

Todavia, o pronto atendimento das necessidades do paciente só se dará quando houver harmonia no desenvolvimento das áreas expressivas e técnicas, a qual refletirá na perfeita assistência, em todos os seus âmbitos, ou seja, fisiológico e psicossócio-espiritual (SALZANO et al, 1979).

Conforme conceituam BARNETT (1973), CASTELLANOS (1978), DeLAPPE (1974), DUARTE (1976), EDWARDS (1971), EPSTEIN (1977), e PANZA (1977), quanto melhor o paciente entender a importância de sua cooperação e participação, melhores serão as suas condições para superar não só o estresse da doença, como da própria cirurgia e anestesia. E mais que isso, "os pacientes tem o di-

reito de receber informações completas, que servem de base para que possam lidar com o sistema e não serem por ele abafados (BELAND, 1978).

Toda pessoa, ao ser admitida num hospital, traz consigo muitas dúvidas e preocupações em relação ao seu futuro e à recuperação de sua saúde. KAMIYAMA (1972), declara que "todo ser humano tem medo do desconhecido: o que é desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrolável".

O paciente cirúrgico tem medo da cirurgia, de sentir dor, da anestesia, de não acordar da anestesia, da solidão, dos aparelhos e equipamentos, do resultado da operação e da morte (ALCOFORADO, 1976).

A necessidade da intervenção profissional de enfermagem no Centro Cirúrgico, frente a estas necessidades básicas afetadas, é fato comprovado por inúmeros trabalhos na área do paciente cirúrgico.

Neste sentido, a assistência de enfermagem sistematizada é de relevante importância no período perioperatório, como referem CASTELLANOS (1978) e CASTELLANOS e MANDELBAUM (1985), quando propõem a aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente durante a fase trans-operatória tanto no que se refere ao preparo físico do paciente para o ato anestésico-cirúrgico, como também com o intuito de prepará-lo emocionalmente para enfrentar esta agressão. Para que isso ocorra o enfermeiro do centro cirúrgico necessita levar em considerações dois componentes básicos de enfermagem profissional: o modelo conceitual de enfermagem e a determinação da competência profissional do enfermeiro. O primeiro pode ser descrito como o guia que

levará o enfermeiro a determinar que dados coletar para fins de identificar o diagnóstico de enfermagem e a consequente intervenção e o segundo é caracterizado pelo conhecimento das necessidades afetadas dos pacientes decorrentes do ato anestésico-cirúrgico propriamente dito.

JOUCLAS e SALZANO (1981) citando RICHTER dizem que "não olhemos para os pacientes como se fossem um objeto qualquer, como se tivessem sido sempre pacientes ou como se fossem pacientes para todo o sempre. Devemos pensar onde eles estavam dias antes? Onde estarão depois? Como a operação neles realizada irá figurar na sua experiência total de vida?".

Muitas vezes deixa-se de contar com o sentimento espontâneo e com as iniciativas naturais do enfermeiro no atendimento ao bem estar do paciente. O que ocorrem são processos de rotina, onde o enfermeiro enfrenta serviços técnicos, que nada dizem à natureza humana, mas dizem muito à natureza do ato cirúrgico. Assim EPSTEIN (1977), delega ao enfermeiro maior responsabilidade, para que não seja negada, ao paciente, sua parcela de carinho e interesse, por parte de nenhum membro da equipe, e HORTA citada por BIANCHI e CASTELLANOS (1988), em sua teoria das Necessidades Humanas Básicas, afirma que a enfermagem é um serviço prestado não à doença mas, ao homem, assistindo-o em suas necessidades.

FOLTA (1975), situou tal responsabilidade, como inerente do enfermeiro ao resumir: "a medicina está cada vez mais dirigida à tecnologia, o serviço social ao meio social do homem, a psicologia à mente humana. A enfermagem é a única profissão, no campo da saúde, que, por sua posição ambivalente, pode mover-se até à síntese de mente e corpo, comunidade e sociedade, tecno-

logia e humanismo".

A assistência de enfermagem hospitalar inicia-se a partir da admissão do paciente no hospital; se o paciente irá se submeter a uma cirurgia, haverá três fases em seu tratamento: a pré-operatória, a trans-operatória e a pós-operatória.

O período pré-operatório é de importância vital para o paciente, em nível bio-psico-sócio-espiritual e, por isso estressante (KATZS, BELAND e PASSOS, citados por BIANCHI e CASTELLANOS, 1983); "o estresse começa desde o momento em que se conhece a recomendação cirúrgica até a recuperação de todas as atividades, com exacerbações relacionadas com a internação, espera, anestesia, pós-operatório, convalescença e magnitude da perda de tecido e função" (KATZ e colaboradores citados por RODRIGUES, 1979).

BELAND e PASSOS (1979) relatam que "para a maioria, uma cirurgia, mesmo insignificante, é sinônimo de situação de crise e provocam um comportamento semelhante ao de qualquer outra situação traumática".

Empiricamente, sabe-se que a visita do enfermeiro de centro cirúrgico, ao paciente, na unidade de internação, contribui para reduzir a sua ansiedade, e PANZA citado por RODRIGUES (1979) provou ser significativa a diminuição do estresse nos pacientes, quando estes recebiam orientações de acordo com os problemas identificados.

Autores como BRUNNER e colaboradores, DUARTE, DUMAS, OSTLER e SMITH, RANDALL e colaboradores citados por RODRIGUES (1979), referem que a cirurgia é trabalho de equipe e a visita pré-operatória deve atender a uma filosofia da equipe. Além das

informações concernentes aos procedimentos terapêuticos, deve ser valorizado o relacionamento humano, de tal maneira que o paciente sinta que está conhecendo uma pessoa do centro cirúrgico, que estará junto dele durante a cirurgia.

Considerando-se, ainda, relevante a afirmação de MAHOMET citado por RODRIGUES (1979), que uma presença conhecida durante o ato anestésico-cirúrgico representa para o paciente, segurança física e psicológica.

A assistência de enfermagem neste período, além de preparar fisicamente o paciente para o ato anestésico-cirúrgico em termos de higiene, jejum, tricotomia, lavagem intestinal, também o preparam emocionalmente, como pessoa, preocupado com o seu EU e com o que ocorrerá com o seu corpo (EDWARDS, ORLANDO, WHITAKER, citados por RODRIGUES, 1979).

EPSTEIN citado por RODRIGUES (1979) cita que "o paciente não deixa sua essência humana na portaria do hospital, enquanto submete uma série de sintomas às análises médicas e as limitações da rotina hospitalar. Traz consigo sua inteligência e seus conhecimentos".

Na visita pré-operatória utilizamos a técnica da entrevistada. Anteriormente, porém, obtivemos conhecimento das condições gerais do paciente, como dados de identificação, diagnóstico, tratamento médico proposto e estado geral, encontrados no prontuário médico e de dados colhidos com o enfermeiro da unidade de internação. Após este conhecimento do perfil do paciente, fez-se a apresentação e iniciou-se o "rapport", para a criação de um clima favorável ao diálogo produtivo. Explicou-se os objetivos da visita, proporcionando condições para que o paciente perguntasse algo e expressasse suas dúvidas, sendo que este mo-



mento foi caracterizado como um elo de interação entre enfermeiro e paciente, com intuito de prestar a melhor assistência de enfermagem a que o paciente tem direito, desenvolvendo um relacionamento de ajuda com o paciente, proporcionando uma atmosfera que encoraje sua verbalização, estando aberto a sua individualidade e holismo, a fim do paciente conhecer mais um membro da equipe de saúde do centro cirúrgico, tentando aliviar a ansiedade do paciente, utilizando abordagens que demonstrem interesse, atenção e compreensão.

O papel do enfermeiro em proporcionar ou, ao menos, facilitar a interação do paciente com o ambiente físico e social do centro cirúrgico, é de maior importância, pois o mesmo tem o direito de receber informações acerca do procedimento anestésico-cirúrgico e efeitos potenciais, físicos e psicológicos, bem como tudo que o envolve, sempre atendendo as necessidades sentidas pelo paciente, partindo sempre daquilo que ele já sabe e manifesta querer saber/conhecer.

O período trans-operatório compreende desde o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado a sala de recuperação pós-anestésica.

Esta é uma fase de complementação da assistência de enfermagem, por isso é fundamental que seja o enfermeiro a recepcionar o paciente, se fazendo reconhecer, para continuação da relação pré-estabelecida, sempre ficando atento a comunicação verbal, demonstrando-se disponível. Nesse momento, inicia-se também uma interação positiva dentro do centro cirúrgico, com relação ao paciente diante da equipe cirúrgica, despertando no mesmo confiança com relação as ações por esta executadas.

Receber o paciente no Centro Cirúrgico é função do enfer-

meiro que não deve ser delegada a nenhum outro profissional. Ele é o "dono da casa" e o paciente "seu hóspede". Encaminhar o mesmo a sala de cirurgia e entregá-lo ao circulante com as orientações pertinentes. Ninguém, que esteja entrando em um ambiente estranho e frio se sentirá seguro, muito menos se não sentir o calor humano de um profissional que está ali para atendê-lo. Mas não basta só o enfermeiro e estas considerações, além disso ele deve conscientizar e treinar o pessoal de enfermagem para o mesmo tipo de conduta profissional, aliando a eficiência com bom relacionamento e conhecimento.

Segundo EDWARDS e NOLAM citados por RODRIGUES (1979) "o tempo que o enfermeiro de centro cirúrgico dispende com o paciente não é o maior responsável pelas respostas comportamentais do paciente à interação, mas é a qualidade da interação enfermeiro-paciente que exerce o maior impacto sobre ele, e esta qualidade depende de como o paciente percebe sua experiência".

HULL citado por RODRIGUES (1979) considera a fase transoperatória, o centro de toda a experiência hospitalar do paciente cirúrgico e que, por essa razão, deve ser a menos traumática possível.

Mc WILLIAMS e NOLAM citados por RODRIGUES (1979) atribuem ao enfermeiro do centro cirúrgico a tarefa de manter um ambiente seguro, tanto no aspecto físico como psíquico, no aspecto físico promover a manutenção do paciente em posição cirúrgica correta observando sempre detalhes pertinentes a manutenção fisiológica e anatômica, prevenindo lesões e tensões, deixando-o de maneira confortável e segura. No aspecto psíquico, a interação enfermeiro/paciente promove a diminuição do estresse e ansiedade, podendo levá-lo a uma maior tranquilidade e confiança

por ele sentir que alguém "lá dentro" interessa-se por suas necessidades.

RICHTER, YANICK e PODOBNIKAR citados por RODRIGUES (1979) abordam a necessidade de segurança do paciente em se sentir pessoa, enquanto no centro cirúrgico, pelo respeito de todos os elementos da equipe, à sua individualidade.

DeLAPPE citado por RODRIGUES (1979), enfatiza, que para o início da comunicação com o paciente, no centro cirúrgico, a equipe deve "dirigir-se a ele, cumprimentá-lo e chamá-lo pelo nome, apresentando-se como um profissional disposto a diminuir suas tensões".

GILBERTONI e PLEITEZ citados por RODRIGUES (1979) afirmam que as relações interpessoais na sala de operação são muito importantes, principalmente, quando o paciente está consciente, durante a cirurgia.

O paciente sofre durante sua permanência no centro cirúrgico uma série de procedimentos comuns a quaisquer tipos de tratamentos anestésico-cirúrgicos, ou específicos, os quais determinam um plano assistencial de enfermagem ou médico.

Todos esses procedimentos requerem explicações ao paciente, que envolvem um trabalho de equipe efetiva, onde, segundo HOOPES e McCONNEL citados por RODRIGUES (1979), o enfermeiro desenvolve um relacionamento interpessoal na orientação dos pacientes no que diz respeito aos cuidados, enquanto prestados, minimizando o seu medo e ansiedade em relação ao tratamento.

ABDELLAH e LEVINE citados por RODRIGUES (1979) afirmam que o paciente deseja explicações sobre o seu tratamento, e que deve-se prepará-lo, não só para o que o espera, como também, para

o que se espera dele.

No trans-operatório deve-se fazer anotações quanto aos procedimentos anestésico-cirúrgicos, bem como intercorrências do mesmo; estes dados são de vital importância para o enfermeiro do centro cirúrgico, para avaliação no período pós-operatório da assistência de enfermagem prestada, quanto para o enfermeiro da unidade de internação, que terá subsídios para dar continuidade à assistência de enfermagem no pós-operatório.

O período pós-operatório imediato compreende desde a alta do paciente da sala de recuperação pós-anestésica até as primeiras 48 horas pós-operatórias.

Considera-se a visita do enfermeiro do centro cirúrgico, no período pós-operatório do paciente, método útil para detectar os problemas que afetam as suas necessidades básicas na fase trans-operatória e, principalmente a atuação de enfermagem, conforme identificada pelo paciente. E assim sendo, reforçam-se os conceitos de BERRY e MICHAEL, EWELL, MARRAM e NEHRING e GEACH citados por RODRIGUES (1979), de que o paciente é a fonte mais valiosa de informações sobre os cuidados recebidos, e grande a sua importância no sistema de enfermagem, a fim de encorajar o "feed-back" na avaliação da assistência prestada.

A avaliação pós-operatória consta de dados sobre as condições gerais do paciente, sua opinião quanto a assistência perioperatória recebida, o que ele achou da experiência e do tratamento recebido pela equipe; consideramos essa etapa importante pois nos traz, além das opiniões do paciente, nossas próprias impressões e os resultados obtidos da assistência de enfermagem prestada.

Partindo de todas essas abordagens e conhecimentos prévios sobre o S.A.E.P., resolvemos colocá-lo em prática para justificar realmente sua eficácia ou não para o paciente, pois em muitos estudos foram comprovados somente a importância do mesmo, segundo as percepções dos enfermeiros da área.

### **2.2.2 - Fazer análise comparativa para avaliar a eficácia do S.A.E.P.**

Para execução desta análise, aplicamos o roteiro somente aos pacientes no pós-operatório, a fim de verificarmos se os pacientes que não receberam orientação sobre o tratamento cirúrgico, apresentariam alguma percepção da situação cirúrgica que os diferenciasse dos pacientes os quais foram aplicados o S.A.E.P.

Os resultados serão apresentados a seguir, em forma de tabelas, obedecendo a seguinte distribuição:

- A) características gerais da amostra estudada (tabelas 1 a 5);
- B) problemática na interação do paciente com o contexto (físico e humano) na assistência perioperatória (tabelas 6 a 9);
- C) levantamento para análise comparativa da eficácia ou não do S.A.E.P., avaliando-se somente os pós-operatórios (tabelas 10 a 13).

### A - Características Gerais da Amostra Estudada.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, segundo a faixa etária.

IDADE	ACOMPANHAMENTO		PÓS-OPERA-		TOTAL	
	S.A.E.P.	%	TÓRIO	%		%
20 — 29	05	20,83	04	16,66	09	18,75
30 — 39	05	20,83	05	20,83	10	20,83
40 — 49	03	12,5	05	20,83	08	16,66
50 — 59	04	16,66	05	20,83	09	18,75
60 — 69	03	12,5	04	16,66	07	14,58
70 — 79	03	12,5	01	4,16	04	8,33
80 e mais	01	4,16	-	-	01	2,08
TOTAL	24	100	24	100	48	100

Os dados da tabela nos permite verificar a faixa etária que prevalece. No S.A.E.P. é entre 20 à 39 anos e no pós-operatório 40 à 59 anos, o que corresponde a 41,66% em ambos. Na população escolhida estabelecemos parâmetros para a idade adulta, porém esta foi abrangente. Pois percebemos que nos pacientes acima de 70 anos houve dificuldade para a aplicação do S.A.E.P., por estes nem sempre assimilarem as orientações que lhes foram prestadas; outro parâmetro que foi observado tem haver com experiência de vida, objetivo alcançado, conscientização, o que tende a modificar as opiniões, por este ter tido maior probabilidade de ter passado por experiências anteriores, principalmente em indivíduos do sexo feminino (cesária, parto).

Para caracterizar os pacientes, segundo as ocupações, foi utilizado a classificação de FONSECA (1967), em níveis de I a V:

Nível I - prendas domésticas, lavrador (a), faxineiro(a), lavadeira.

Nível II - cabelereira, manicure, barbeiro, marceneiro, eletrecista, pintor, motorista.

Nível III - vendedor(a), escriturário(a), secretário(a).

Nível IV - gerente, comerciário(a), bancário(a).

Nível V - engenheiro, dentista, assistente social, enfermeira, economista, professor.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, segundo ocupação.

OCUPAÇÃO	ACOMPANHAMENTO S.A.E.P.	%	PÓS-OPERATÓRIO
Nível I	12	50	Não pudemos classificar
Nível II	-	-	os pacientes no pós-
Nível III	03	12,5	operatório, dentro dos
Nível IV	02	8,33	níveis ocupacionais,
Nível V	-	-	pois não constava no
Nível X*	07	29,16	questionário por falha nossa.
TOTAL	24	100	

\*Segundo a tabela de FONSECA, não consta classificação para os aposentados, por isso adaptamos o nível X para englobar os mesmos.

Outra variante que influencia para assimilação e entendimento é quanto aos níveis de ocupação e formação; onde a maioria por nós acompanhados encontram-se no nível I, correspondendo à 50% dos pacientes, os quais encararam os procedimentos como necessários, sem questioná-los.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes, em número e porcentagem, segundo o sexo.

SEXO	ACOMPANHAMENTO		PÓS-OPERA-		TOTAL	
	S.A.E.P.	%	TÓRIO	%		%
Masculino	08	33,33	13	54,16	21	43,75
Feminino	16	66,66	11	45,83	27	56,25
TOTAL	24	100	24	100	48	100

Em nosso planejamento pensamos manter um equilíbrio em ambos os sexos, atendendo tanto no S.A.E.P. quanto no pós-operatório para uma posterior análise quanto as percepções em relação ao sexo; o que não foi possível ser atingido pois o prazo que estipulamos para aplicação dos roteiros não foram suficientes, onde não conseguimos selecionar o número desejado devido a demanda. Mas, mesmo com essa amostra percebemos que não existe variação de percepção com relação ao sexo.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, segundo o tipo de anestesia.

ANESTESIA	ACOMPANHAMENTO		PÓS-OPERA-		TOTAL	
	S.A.E.P.	%	TÓRIO	%		%
Geral	10	41,66	11	45,83	21	43,75
Subaracnóidea	05	20,83	04	16,66	09	18,75
Peridural	05	20,83	07	29,16	12	25
Combinada	04	16,66	02	8,33	06	12,5
TOTAL	24	100	24	100	48	100



Tabela 5 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, segundo a especialidade cirúrgica.

ACOMPANHAMENTO ESPECIALIDADE	S.A.E.P	%	PÓS-OPERA- TÓRIO	%	TOTAL	%
Urologia	07	29,16	04	16,66	11	22,91
Ginecologia	03	12,5	02	8,33	05	10,41
Vascular	04	16,66	06	25	10	20,83
Gastroenterologia	02	8,33	01	4,16	03	1,25
Ortopedia	05	20,83	02	8,33	07	14,58
Parede abdominal	03	12,5	08	33,33	11	22,91
Neurologia	-	-	01	4,16	01	2,08
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

O que podemos observar entre a tabela 4 e 5 é o alto nível de porcentagem de procedimento anestésico geral que está em torno de 43,75%, a qual relaciona-se com o tipo de cirurgia, que é avaliado segundo as condições do paciente, nem sempre priorizando suas vontades; ou às vezes por erro ou inabilidade decorrente da múltipla atividade do centro cirúrgico em busca da rapidez, com prejuízo da assistência interferindo na segurança.

As cirurgias de maior prevalência acompanhadas por nós estão na especialidade da urologia e parede abdominal, que correspondem a 45,82% juntas, sendo que estas na maioria das vezes não requerem anestesia geral. Esta prevalência ocorreu devido o nosso levantamento não ter sido feito conforme a especialidade e sim pela maior incidência de cirurgias, segundo o livro de registro; o que corresponde respectivamente a pielolitomia, nefrectomia, R.T.U. de próstata, prostatectomia e apendicectomia, laparotomia, herniorrafia, colecistectomia, as quais foram agru-

padas. A de menor prevalência está na especialidade da neurologia (2,08%) por nesta abrangermos somente a discectomia.

**B - Problemática na interação do paciente com o contexto (físico e humano) na assistência perioperatória.**

Esse grupo de tabelas está relacionada com os acompanhamentos do S.A.E.P., sendo que dizem respeito somente a visita pré-operatória.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, conforme nossa percepção quanto à: estado emocional (comunicação/medos).

PERCEPÇÕES	ACOMPANHAMENTO	S.A.E.P.	%
. seguro/tranquilo		13	54,16
. inseguro/ansioso		04	16,66
. medo/nervoso		06	25
. otimista/descontraído		01	4,16
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

Tabela 7-A - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem quanto à resposta sobre conhecimento e percepção no procedimento anestésico-cirúrgico.

CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO	ACOMPANHAMENTO	S.A.E.P.	%
. conhece sobre procedimento anestésico/cirúrgico		01	4,16
. conhece parcialmente sobre procedimento anestésico/cirúrgico		06	25
. desconhece sobre procedimento anestésico/cirúrgico*		15	62,5
. desconhece sobre a cirurgia e não gostaria de saber		02	8,33
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

\*Classificamos desconhece procedimento anestésico/cirúrgico, àqueles que relatam o procedimento relacionado somente ao órgão afetado. Ex: "vou retirar a próstata; vou colocar o osso no lugar".

Tabela 7-B - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem quanto à resposta sobre conhecimento do ambiente do centro cirúrgico.

CONHECIMENTO DO AMBIENTE	ACOMPANHAMENTO	S.A.E.P.	%
. conhece o ambiente do C.C.		01	4,16
. recebeu orientações		22	91,6
. não recebeu orientação porque não gostaria		01	4,16
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem conforme resposta acerca de suas dúvidas, ou seja, "o que gostaria de perguntar?".

DÚVIDAS	ACOMPANHAMENTO	S.A.E.P.	%
. sobre procedimento cirúrgico (1)		08	33,33
. sobre procedimento anestésico (2)		06	25
. sobre procedimento anestésico-cirúrgico		03	12,5
. sobre procedimentos de enfermagem		-	-
. não quis fazer perguntas		07	29,16
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

(1) duração da cirurgia, acontecimentos na sala de operações, sobre a doença, tempo sem atividade após a cirurgia.

(2) tempo de permanência na S.R.P.A., tipo e perigo da anestesia.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, conforme resposta sobre expectativas quanto aos cuidados de enfermagem.

EXPECTATIVAS	ACOMPANHAMENTO	S.A.E.P.	%
. esperam receber atendimento bom e eficiente		16	66,66
. esperam receptividade, amizade, carinho e ajuda		03	12,5
. não tem opinião*		04	16,66
. esperam receber orientações		01	4,16
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

\*pacientes de curta permanência intra-hospitalar (inferior a 6 horas).

A tabela 6 reflete sobre as percepções do paciente por nós observados, as quais encontramos um percentual de 54,16% como seguro/tranquilo, e o mesmo não ocorre minutos antes do ato cirúrgico; o que foi observado são percepções física e emocional abaladas como, tremores, ansiedade, medo, choro. Em contrapartida encontramos pacientes calmos, tranquilos, mas sobre efeito do pré-anestésico (sedativo). Muitas das vezes o medo/nervosismo (25%) estão relacionados aos procedimentos anestésico/cirúrgico, o que gera inquietude e tensão, sendo que muitos aceitam a assistência prestada temendo interferir no comportamento ritualístico, que envolve o processo de assistência-operatória, sendo que suas dúvidas e anseios ficam ocultados, aumentando a tensão, assim como, as poucas orientações prestadas ao paciente tanto no que diz respeito a cirurgia e anestesia, ficam a mercê da visita do anestesiológico.

Para muitos pacientes, "a orientação" significava apenas

o nome da cirurgia à qual seria submetido: "o senhor vai retirar a próstata", ou "o senhor será operado de hérnia", sendo que nesses casos consideramos como desconhecimento sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, num percentual de 62,5% conforme tabela 7A.

Pacientes que além da informação do nome da cirurgia, receberam mais uma ou duas informações: "o senhor fará uma cirurgia de hérnia e a sua anestesia será na espinha" ou "o senhor vai ser operado de varizes, caso contrário abrirá uma úlcera na sua perna", foram classificados como conhecem parcialmente sobre os procedimentos anestésico-cirúrgicos. Os pacientes que desconheciam sobre a cirurgia e não gostariam de saber sobre o ato anestésico-cirúrgico (8,33%) relataram que com isso ficariam mais tensos.

Os resultados da tabela 08, centram-se nas dúvidas do paciente, sendo que nossas orientações foram prestadas à partir das necessidades apresentadas pelo paciente, bem como daquilo que ele já conhecia sobre o procedimento anestésico-cirúrgico. As dúvidas mais abordadas foram em relação ao procedimento cirúrgico (33,33%), sendo que também obtivemos um índice elevado (29,16%) em relação aos pacientes que não quiseram fazer perguntas, mesmo assim, estes receberam orientações gradativamente, de acordo com aceitação, chegando muitas vezes à questionar-nos.

Em nossas orientações procuramos ser abrangentes, orientando sobre:

- ato anestésico-cirúrgico de acordo com a percepção do paciente;
- orientações pós-operatórias (repouso, deambulação, uso de sondas);

- procedimentos de enfermagem como tricotomia, lavagem intestinal, jejum, mesmo quando já haviam sido submetidos a estes, tentamos explicar-lhes a razão científica de cada procedimento com palavras acessíveis.

Pelos dados da tabela 7-B relacionados ao ambiente do centro cirúrgico, verificou-se que dos 24 pacientes que foram ao mesmo, 4,16% já conheciam o ambiente; dos 24 pacientes aptos a receber orientações só 22 os tiveram (91,6%) sendo que do total, um (4,16%) não recebeu, pois não gostaria.

Nossas orientações relacionadas ao ambiente foram quanto à: sala de operações, equipamentos usados, paramentação cirúrgica, S.R.P.A., trajeto do andar ao C.C. e baldeamento de macas,

Na tabela 08 não aparece nenhum questionamento sobre os procedimentos de enfermagem pois estes nunca foram abordados diretamente pelo paciente, porém as orientações necessárias foram prestadas juntamente com os outros procedimentos. Muitos pacientes mostram-se indiferentes diante dos procedimentos de enfermagem, aceitando-os como procedimentos necessários, porém na tabela 09 mostram-se preocupados em receber um atendimento bom e eficaz, o que correspondem a 66,66%. Essas situações paralelas leva-nos a crer que o paciente possui certa confiança no atendimento, o que não o leva a questionar, confiando na capacidade dos profissionais que executam as tarefas, ou não questiona por medo de interferir na assistência.

C - Levantamento para análise comparativa da eficácia ou não do S.A.E.P., avaliando-se somente os pós-operatórios.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, conforme resposta obtida quanto a opinião da assistência perioperatória.

ACOMPANHAMENTO	SAEP	%	PÓS-OPERA- TÓRIO	%	TOTAL	%
OPINIÃO SAEP						
. ótimo/importante	04	16,66	02	8,33	06	12,5
. gostou(ria)/bom	15	62,5	16	66,66	31	64,5
. interessante/razoável	01	4,16	-	-	01	2,08
. não acha importante	-	-	01	4,16	01	2,08
. sem opinião	04	16,66	05	20,83	09	18,75
TOTAL	24	100	24	100	48	100

Nesta tabela pode-se notar que dos 24 paciente do S.A.E.P. que receberam orientações prévias, o percentual entre ótimo e bom foi de 79,16%, no pós-operatório entre ótimo e bom foi de 74,99%, onde através deste constatamos um equilíbrio com uma pequena diferença de 4,17%.

Através dos 48 pacientes, obtivemos um percentual de 77% do total que acharam válido à aplicação do S.A.E.P. Ainda na tabela encontramos um percentual de 18,75% do total de pacientes, dos quais não obtivemos opiniões. Consideramos também sem opinião, pacientes que responderam sobre assistência periódica e não sobre a perioperatória.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, conforme resposta à pergunta: "o (a) senhor(a) considera importante e necessária a interação (conversa) mantida com o enfermeiro do C.C. no período pré-operatório? Por que?"

ACOMPANHAMENTO IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO	SAEP	%	PÓS-OPERA- TÓRIO	%	TOTAL	%
. ótimo/importante (1)	09	37,5	12	50	21	43,75
. boa/intessante (2)	12	50	10	41,66	22	45,83
. não acha importante (aumenta nervosismo)	-	-	01	4,16	01	2,08
. não sabe responder	03	12,5	01	4,16	04	8,33
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

(1) preocupação por parte do enfermeiro com o paciente, esclarecimento sobre dúvidas/termos, "por ser este quem trabalha lá dentro", orientações sobre perioperatório, interação enfermeiro/paciente proporciona maior liberdade para comunicação (companheirismo).

(2) "diminua medo, ansiedade, nervosismo; aumenta segurança, fornece tranquilidade, conforto, calma, relaxamento, positivismo".

Nessa tabela, podemos notar que 87,5% dos pacientes do S.A.E.P. classificam como importante e interessante a interação mantida com o enfermeiro do C.C. no período pré-operatório, representada pela nossa figura como aplicadores do roteiro, com um percentual de 87,5% no S.A.E.P. e 91,66% no pós-operatório. Percebemos através dos resultados que o S.A.E.P. se faz necessário, sendo que esta necessidade foi sentida em maior pro-



porção, ainda que não muito significativa, pelos pacientes que não receberam orientação pré-operatória. O que observamos é que estes sentem a necessidade da relação pessoa a pessoa sentida como: "preocupação do enfermeiro com ele, ter alguém conhecido lá dentro, alguém com quem esclarecer dúvidas, proporção de liberdade para comunicação", para atender suas expectativas.

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, conforme resposta à pergunta: "como o(a) senhor(s) se sentiu diante dos procedimentos de enfermagem (tricotomia, lavagem intestinal, jejum, sondagens e outros)? Recebeu alguma orientação?"

ACOMPANHAMENTO PERCEPÇÃO/ ORIENTAÇÃO	SAEP		PÓS-OPERA- TÓRIO		TOTAL	
	SAEP	%		%		%
. já conhecia, não recebeu orientação, recebeu procedimento	01	4,16	07	29,16	08	16,66
. recebeu orientação e não aceitou	-	-	01	4,16	01	2,08
. foi orientado, recebendo procedimento com naturalidade por achar necessário	13	54,16	10	41,66	23	47,91
. foi orientado e sentiu desconforto	04	16,66	02	8,33	06	12,5
. não foi orientado e sentiu desconforto	02	8,33	04	16,66	06	12,5
. não soube responder	03	12,5	-	-	03	6,25
. não realizou procedimentos	01	4,16	-	-	01	2,08
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Por esta tabela, notamos que o percentual de 47,91% é relativo aos pacientes que foram orientados, recebendo os procedimentos com naturalidade, por acharem necessário; destes,

54,16% são do S.A.E.P., e 41,66% são do pós-operatório. Através destes dados constatamos mais uma vez, que os pacientes mostram-se indiferentes diante dos procedimentos de enfermagem, aceitando o que lhe é imposto. Na maioria das vezes, as orientações limitam-se apenas a dizer "o senhor tem que fazer uma lavagem, a qual é necessária para a cirurgia", o mesmo ocorrendo para os demais procedimentos que se façam necessário, sem explicar a razão dos mesmos.

O procedimento desagradável tende a traumatizar o paciente quanto ao mesmo; este traumatismo tende a variar na sua intensidade, para mais ou menos, dependendo do tipo de orientação recebida. Encontramos um percentual que consideramos significativo (12,5%) de procedimentos desagradáveis sem orientação. Dos 24 pacientes do S.A.E.P., 12,49% não receberam orientação, porém receberam os procedimentos; dos 24 pacientes do pós-operatório 45,82% não receberam orientação e também receberam os procedimentos. Essa análise demonstra nossa atuação, onde apareceram em menor proporção no S.A.E.P. o número de pacientes não orientados, e este percentual poderia ser ainda menor; isto não ocorreu devido à que muitos pacientes os quais realizamos o pré-operatório já tinham sido submetidos aos procedimentos, com ou sem orientação.

O percentual de 6,29% corresponde aos pacientes que não quiseram responder por estarem ansiosos pela alta, desviando-se do assunto.

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, em número e porcentagem, conforme resposta à pergunta: "gostou (ria) de ter sido orientado(a) e acompanhado(a) durante o perioperatório? Por que?"\*

ACOMPANHAMENTO RESPOSTAS À PERGUNTA	SAEP	%	PÓS-OPERA- TÓRIO	%	TOTAL	%
. gostou(ria)	21	87,5	18	75	39	81,25
. gostou(ria) mesmo já sabendo	-	-	02	8,33	02	4,16
. gostou(ria) res- pondendo somente de seu interesse	-	-	03	12,5	03	6,25
. gostou(ria), não sabe dizer porque	03	12,5	01	4,16	04	8,33
. não gostou(ria)	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

\*As respostas relacionadas ao "porquê gostou(ria) está incutida nas mesmas respostas feitas na observação da tabela 11.

A análise dos dados desta tabela, permite verificarmos que tanto no S.A.E.P. como no pós-operatório, um maior percentual dos pacientes identificaram que gostaram(riam) de ter sido acompanhados e orientados, o que corresponde respectivamente a 87,5% e 75%, num total de 81,25%. Dos 48 pacientes, 8,33% gostaram(riam) de ter sido orientados, mas não souberam relatar o porquê, tendo isto, uma correlação com o percentual 6,25% da tabela anterior (tabela 12).

Um dos pontos que nos chamou atenção, foi que nenhum paciente respondeu que não gostou(ria) de receber este tipo de assistência; porém, 6,25% do total dos 48 pacientes gostariam de receber somente orientações de seu interesse, porque acham que o fato de conhecerem sobre o procedimento anestésico-cirúrgico lhe trariam inseguranças, aumentando o "medo".

## CONCLUSÃO

Dentro das características deste objetivo e dos enfoques nele considerados, acreditamos ser lícido concluir que:

- De acordo com os comentários da tabela 1, onde citamos que pacientes acima de 70 anos houve dificuldades quanto à aplicação do S.A.E.P., percebemos que mesmo assim aconteceu a interação enfermeiro/paciente, trazendo resultados positivos. Achamos que independente da idade, sexo, nível, cor, assimilação, todo paciente tem o direito de receber uma assistência individualizada, contínua e integrada. Acima de tudo, manter um relacionamento interpessoal, que proporcione uma liberdade para a comunicação.

Tivemos expressivos resultados, principalmente com os pacientes que não receberam orientação pré-operatória (91,66%), o que pode ser observado na tabela 11.

- Achamos válida a aplicação do S.A.E.P., pois obtivemos um percentual de 77% do total de 48 pacientes que classificaram entre ótimo e bom a assistência perioperatória. Nosso percentual poderia ser mais elevado, caso tivéssemos considerado as respostas dos pacientes que interpretaram a assistência perioperatória como assistência periódica, dando um parecer de forma positiva. Estes apareceram na tabela 10 classificados como pacientes sem opinião, assim como aqueles que não tiveram uma compreensão ou entendimento da perguntas confecciona-

da no questionário.

- Alguns pacientes não demonstram interesse relacionados com as orientações, pois são questões abstratas, aceitando com naturalidade e sem questionamento os procedimentos que lhes são impostos. Isto pode ter relação com: sentem-se intimidados diante do profissional/sexo oposto? tem medo da resposta? o nível de linguagem é inacessível? tem receio de fazerem pouco caso? falta de interesse?

Os profissionais tem sua parcela de culpa, estas podendo decorrer: da má qualificação/conhecimento? da disponibilidade de tempo? pelo descaso? por não acharem importante?

Na nossa percepção, na maioria das vezes ambos tem culpa; o profissional por omissão, má qualificação e às vezes por sobrecarga de atividades; o paciente por não mostrar interesse pelos procedimentos, ficando passivo diante dos mesmos.

Essa é uma questão que deve ser ainda estudada mais profundamente, pois é um assunto amplo e que merece ser avaliado.

- O S.A.E.P. foi válido e de grande importância (conforme observado nas tabelas 10, 11 e 13) com percentuais significativos, vindo de encontro às nossas expectativas. Apesar da amostra ser pequena e refletir erros decorrentes de nossa inexperiência, dificuldades e possível indução no que tange o questionário, este ainda é válido, pois exprime através das tabelas opiniões positivas dos pacientes quanto ao S.A.E.P., interação enfermeiro/paciente, percepções e orientações quanto aos procedimentos de enfermagem.
- Segundo FLETCHER (1991), "eficácia, é a demonstração de condições rigorosas e experimentais, de que um tratamento funciona".

O que consideramos como comprovado foi a validade do

S.A.E.P., e não a eficácia, pois para tanto deveríamos ter estabelecido padrões de avaliação, sendo que, para medir a eficácia se faz necessário outro trabalho que leve a um choque de dados, pois só assim saberíamos o quanto mais ou menos eficaz foi o relato.

O ideal, é a realização da visita pré-operatória, onde, além de conhecer e manter uma efetiva interação enfermeiro-paciente, pode-se orientar, supervisionar e encaminhar os problemas detectados a outros profissionais, no trans-operatório. Para completar, realiza-se a visita pós-operatória, para verificar se as expectativas do paciente foram atingidas e se existe alguma sugestão para melhorar o cuidado de enfermagem no Centro Cirúrgico, além de avaliar a assistência de enfermagem prestada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do planejamento e principalmente do relatório foram de grande valia, pois nos proporcionou adquirir conhecimento quanto aos papéis do enfermeiro, e também nos servirá como subsídio bibliográfico para a vida profissional.

Reconhecemos que a administração é responsável pela organização dos elementos produtivos de um órgão; atualmente nota-se uma tendência cada vez maior pela padronização da assistência, tornando o serviço de enfermagem cada vez mais burocrático.

Para o enfermeiro que enfrenta problemas diários, o paciente no Centro Cirúrgico passa somente a subsistir como paciente dependente do ato cirúrgico, vital à sua sobrevivência. Na prática do enfermeiro é imprescindível que o papel assistencial seja incutido no trabalho diário, através da percepção do valor que ele traz à assistência prestada ao paciente.

Acreditamos que a intervenção de enfermagem no período perioperatório deve seguir o caminho de uma "ação do homem sobre a matéria e criação - através dela - de uma realidade humanizada" (VASQUEZ, 1977).

O ambiente hospitalar moderno, especializado, transistori-

zado, computadorizado nos leva a negligenciar um aspecto da assistência, a qual por tradição é campo especial do enfermeiro, o qual deve prestar uma assistência cordial, humanizada.

Todos nós, profissionais da saúde, de algum modo, precisamos desenvolver uma melhor ação para convencer o público de que caridade, compaixão e benevolência podem existir, juntos com o acelerador linear, os sistemas de corrente laminar e o pulmão de aço, Uma boa assistência e a cura podem ajudar a prevenir a insatisfação do paciente e ações posteriores contra a incompetência. O paciente sempre foi e precisa continuar o ser, o centro de nosso universo profissional.

Não pretendemos ser sonhadores, acreditamos ser viável a realização de um trabalho de tal alcance.

É necessário que se insista na atuação do enfermeiro marcada mais por atividade assistencial do que burocrática. Só estaremos valorizando a atuação do enfermeiro quando soubermos colocar as devidas prioridades centradas no atendimento do paciente. Sabemos que teoricamente em nossa realidade, o enfermeiro pode ser substituído pelo auxiliar de enfermagem. No entanto nenhum profissional da equipe, por uma questão de informação, pode substituir o enfermeiro na prática educativa, dada a complexidade que envolve a educação.

Sabemos contudo que esse trabalho é incompleto e muito teremos a elaborar e criar no sentido de diminuir as ansiedades e necessidades do paciente.



## BIBLIOGRAFIA

1. ABEN. A Nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Comissão de Legislação, Brasília, 1987.
2. ALCALÁ, Maria Única et al. Cálculo de pessoal. Estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência - Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria da Higiene e Saúde, Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência, 1977.
3. ALCOFORADO, L.M.A. et al. Humanização no atendimento do paciente cirúrgico. Enfoque, São Paulo, v. 5, edição especial, 1976, p. 7-9.
4. AMADOR, M.V. Uma filosofia de enfermagem. Será possível? Enf. Novas Dimensões, v. 1, n. 1, 1975, p. 48-50.
5. ANJOS, A.T. dos, PEREIRA, A.C., PATROCÍNIO, J.R. do, COSTA, W.S. da. Avaliação do enfermeiro a nível de chefia. Enf. Atual, ano 1, n. 3, jan./fev. 1979, p. 28-32.
6. BARBIERI, D.L.; CHIDA, A.M., BARBOSA, M.L.J. Auto-cuidado na assistência de enfermagem. Sua prática no hospital universitário. Rev. Paul. de Hospitais, São Paulo, v. XXXV, n. 7/8/9, jul./ago./set. 1987, p. 118-125.
7. BELAND, I.L., PASSOS, J.Y. Enfermagem clínica. São Paulo: EPU/DUSP, 1979. v. 1,2,3.
8. BEYERS, M., DUDAS, S. Enfermagem médico-cirúrgica - Tratado de prática clínica. 2. ed., Editora Guanabara, v. 1,2,3.
9. BIANCHI, E.R.F., CASTELLANOS, B.E.P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 3, n. 5, out./nov./dez. 1983. p. 161-165.
10. BIANCHI, E.R.F. Limpeza em centro cirúrgico. Enfoque, São Paulo, v. XII, n. 2, p. 24-27.
11. BITTEL, L.R. Supervisão eficaz. São Paulo: Mc Graw Hill do Brasil, 1982.

12. BRANDÃO, Doracy B. Controle de roupa hospitalar. Rev. Paul. Hospitais, São Paulo, v. XXIX, n. 2, fev. 1981, p. 46-53.
13. BRUNNER, L.S. e SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 5 ed, Rio de Janeiro:Editora Guanabara, 1987.
14. CALDAS, N.P. A tomada de decisão. Enfermagem Atual, Rio de Janeiro, ano IV, n. 20, nov./dez. 1981, p. 12-14.
15. CASTELLANOS, B.E.P., BIANCHI, E.R.F. Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação de enfermagem. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 4, n. 1, jan./fev./mar. 1984, p. 10-13.
16. \_\_\_\_\_. Posição do paciente para cirurgia e implicações no cuidado de enfermagem. Rev. Esc. de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 14, n. 1, 1980, p. 73-82.
17. CASTELLANOS, B.E.P., MANDELBAUM, M.H.S. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 5, n. 1, jan./mar. 1985, p. 15-20.
18. CENTRO SÃO CAMILO DE DESENVOLVIMENTO EM ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE (CEDAS). O serviço de enfermagem - administração e organização. 2 ed., São Paulo, 1985.
19. CHIAVENATO, I. Administração de recursos humanos. 2 ed., São Paulo:Atlas, 1981.
20. COIMBRA, A., SANCEVERINO, J., LEITE, J.L., OLIVEIRA, I.R., FERNANDES, S.W. Fatores que influenciam a aprendizagem de enfermagem no centro cirúrgico e centro de material e esterilização. Enfoque, São Paulo, n. especial, jun. 1965, p. 3-6.
21. COSTA, B.G. A enfermagem na profilaxia da infecção hospitalar. Rev. Paul. de Hospitais, v. XXV, n. 3, mar. 1977, p. 120-122.
22. CRHISTMANN, F., OTTOLLENGHI, C.E., RAFFO, J.M., CROLMAN, G.V. Técnica cirúrgica. e ed. brasileira, Tomo II, Rio de Janeiro:Livraria Editora Guanabara Koogan S.A., 1958.
23. DI VICENTI, M. Administrando serviço de enfermagem. 2 ed., Little, Braen an Company (IMC), 1977.
24. DU GAS, B.W. Enfermagem prática. 3 ed., Rio de Janeiro:Interamericana, 1977.
25. ENCONTRO NACIONAL DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO, V. Anais, Florianópolis, 1987.
26. EPSTEIN, C. Interação efetiva na enfermagem. São Paulo:EPU, 1977.
27. FELDMANN, M.A. Administração do serviço de enfermagem. São Paulo:Sociedade Beneficiente Sao Camilo, (s.d.).

28. FLETCHER, R., FLETCHER, S., WAGNER, E. Epidemiologia clínica. 2 ed., Porto Alegre:Artes Médicas, 1991.
29. GHELLERE, T., ANTÔNIO, M.C., SOUZA, M.L. de. Centro cirúrgico - aspectos fundamentais para a enfermagem. 2 ed., Florianópolis:Editora da UFSC, 1987.
30. GREY, J.M., TINOCO, E.M., RODRIGUES, A. et al. Princípio da cirurgia - generalidades técnicas. Rio de Janeiro:FENAME, 1982.
31. HENDRIKX, H.M. Manual de organização e avaliação do serviço de enfermagem. São Paulo:Sociedade Beneficiente São Camilo, (s.d.).
32. HERR, L. Roteiro de observação - problemas relacionados as Necessidades Humanas Básicas. - Hospital Universitário. Florianópolis, julho de 1981.
33. HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo:EPU-EDUSP, 1979.
34. REVISTA ENFERMAGEM MODERNA. Infecções hospitalares, onde estão as falhas? v. 3, n. 1, jan./fev.mar. 1985.
35. JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, IV. Anais, São José do Rio Preto, 1990.
36. JOUCLAS, V. Considerações sobre planejamento de recursos humanos em enfermagem em centro cirúrgico. Revista Enfoque, São Paulo, v. 19, n. 1, abril, 1991.
37. JOUCLAS, V.M.G., FERRAZ, E.R. Rev. Enfoque, São Paulo, v. IX, n. 5, p. 19-22.
38. JOUCLAS, V.M.G., SALZANO, S.D.T. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 15, n. 1, 1981. p. 5-16
39. KRON, T. Manual de enfermagem. 4. ed., Rio de Janeiro:Interamericana, 1978.
40. MATOS, N.L. de. Atitude profissional do enfermeiro de centro cirúrgico. Rev. Enfoque, São Paulo, v. 15, n. 1, 1987, p. 14-16.
41. MENDES, D.C. Algumas considerações sobre o papel do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, v. 9, n. 2, dez. 1988, p. 67-72.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrumento de avaliação para hospital geral de médio porte. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
43. MOSQUEIRA, J.J.M. Educação: novas perspectivas. Porto Alegre:Sulina, 1974.
44. NERY, I.S., FERNANDES, W. Supervisão de enfermagem. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, Ano 1, n. 2, dez. 1978.

45. NERY, I.S., FERNANDES, W. Supervisão de enfermagem. Rev. Enf. Atual, Rio de Janeiro, Ano 1, n. 3, jan./fev. 1979.
46. ORLANDO, I.J. O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente. São Paulo:EPU/EDUSP, 1979. Cap. 1 e 37.
47. PAIM, R. Problemas de enfermagem e terapia centrada nas necessidades do paciente. União dos Cursos Cariocas, 1978.
48. PIMENTA, L.G., SILVA, A.L. Centro cirúrgico - vinte sugestões de economia. Rev. Paul. Hosp., São Paulo, v. XXXII, n. 1/2, jan./fev. 1984, p. 5-10.
49. POSSO, M.B.S. O ruído emitido por aparelhos usados nas salas de operações: estudo preliminar sobre alterações físicas, fisiológicas e psicológicas nos componentes da equipe cirúrgica e paciente. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 16, n. 2, 1982, p. 225-240.
50. REZENDE, A.L.M. O processo de comunicação como instrumental da enfermagem. Enf. Novas Dimens., v. 2, n. 2, 1976, p. 98-111.
51. RODRIGUES, A.I. O paciente no sistema centro cirúrgico. Um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período trans-operatório. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
52. \_\_\_\_\_. O paciente no sistema centro cirúrgico - um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 18, n. 2, 1984, p. 163-176.
53. ROSA, I.B. O papel do enfermeiro em centro cirúrgico. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, v. 10, n. 2, jul. 1989.
54. SALZANO, S.D.T. Instrumento de comunicação de enfermagem. Estudo de um modelo de comunicação escrita entre as equipes de enfermagem das unidades cirúrgicas e do centro cirúrgico. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 17, n. 3, 1983, 235-252.
55. SANTOS, E.S., CABERLON, I.B. Visita pré e pós-operatória aos pacientes. Rev. Enfoque, São Paulo, v. IX, n. 6, dez. 1981, p. 41-45.
56. SANTOS, G.M. A entrevista de pesquisa - instrumento de análise administrativa. Ano XXV, v. XXV, n. 6, jun. 1977, São Paulo, p. 277-283.
57. SILVA, A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira do centro cirúrgico. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 21, n. 2, ago. 1987, p. 146-160.
58. SILVA, M.A.A., RODRIGUES, A.L., CEZARETI, I.U.R. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. São Paulo:EPU/EDUSP, 1982.
59. SIMÕES JR., C. Metodologia da pesquisa para o estudante de enfermagem. Baurú:Gráfica da SFASC, 1983.

60. SOARES, S.R.S., ZAPPAS, S. Atuação do enfermeiro no centro cirúrgico: atividade X tempo. Rev. Enfoque, São Paulo, v. 19, n. 1, abr. 1991, p. 8-10.
61. SOUZA, A.M.R., ANGER, M., ANGER, J. Infecção do paciente cirúrgico. Cuidados para sua prevenção. Enf. Novas Dim., v. 2, n. 2, 1976, p. 80-83.
62. STERSA, O. O centro cirúrgico. Rev. Paul. de Hospitais, São Paulo, v. XXIX, n. 6, jun. 1981, p. 176-183.
63. TODD, M.C. Assepsia e disciplina na sala de cirurgia. Rev. Paul. de Hospitais, São Paulo, v. XXV, n. 3, mar. 1977. p. 106-108.
64. TRAVELBEE, J., B.S., Ed., M.S.R.R.N. Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona. Organización Panamericana de la Salud/OMS, Impreso em Colombia Carvajal S.A., Printed in Colombia.
65. VASQUES, A.S. Filosofia de praxis. 2. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
66. VEIGA, D.A., CROSSETTI, M.G. Manual de técnicas de enfermagem. 3. ed., Porto Alegre:D.G. Luzzato Editores Ltda., 1990.
67. VIEIRA, A.A.B., RODRIGUES, M.S.P. Problemas psico-espirituais do paciente cirúrgico. Rev. Enfoque, São Paulo, v. 18, n. 2, set. 1990, p. 44-45.
68. WYNGAARDEN, J.B., SMITH, L.H., CECIL. Tratado de medicina interna. 16. ed., Interamericana, 1984. v. 1.
69. ZANON, U., NEVES, Jayme. Infecções hospitalares, prevenção, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro:Editora Médica e Científica Ltda., 1987.

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

**NORMAS E ROTINAS**  
**PARA**  
**UNIDADE CIRÚRGICA AMBULATORIAL**

ELABORADAS POR

ROSILENE OLIVEIRA ANTUNES

VANUSA PIETROVSKI

Orientação: Enfª Ruvani Fernandes da Silva

Florianópolis, Junho de 1991.

## UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIAL (U.C.A.)

Definição: É uma unidade cirúrgica de internação destinada ao atendimento de pacientes submetidos a cirurgias menores, que não demandam mais que 12 horas de permanência intra-hospitalar. Esta unidade é integrante do Bloco Cirúrgico.

Em pacientes submetidas à anestesia local a U.C.A. serve como intermediária para conferir prontuários e preparar pacientes, sendo que os mesmos, após a cirurgia podem ir embora, desde que com acompanhante.

Em pacientes que necessitam de bloqueios ou anestesia geral, após o ato cirúrgico são encaminhados para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (S.R.P.A.) até o restabelecimento de suas funções (respiratória, circulatória, neuro-sensorial); recebendo alta da mesma, são encaminhados à U.C.A. onde ficam em observação pelo tempo que se faça necessário.

### Objetivos.

1. Atender pacientes provenientes de ambulatório, com a finalidade de agrupá-los para o preparo pré-operatório.
2. Permitir a realização de maior número de cirurgias.

### Área Física.

A área física destinada a U.C.A. localiza-se no 3º pavimento do Hospital Governador Celso Ramos, Sala 318, com capacidade para 3 leitos, assistindo ambos os sexos, um posto de enfermagem (destinado para preparo de medicação pré-anestésica, controle dos prontuários de pacientes candidatos à cirurgia, guarda de material), uma sala para troca de roupa e retirada de pertences

(próteses, grampos, jóias, ...).

#### Atendimento de Enfermagem.

Será dado 02 (dois) funcionários do Centro Cirúrgico (C.C.), um no período matutino e outro no período vespertino, ambos sob supervisão do enfermeiro do setor.

#### Mecanismo de Funcionamento.

1. Da marcação de cirurgia - os procedimentos a serem realizados em regime de cirurgia ambulatorial deverão ser marcados na Secretaria do C.C. diariamente, sem um limite considerado máximo. A média de cirurgias é definida pelo cirurgião, sendo que as realizadas sob anestesia local não tem um número máximo; as que necessitam de bloqueio ou anestesia geral podem ser marcadas no máximo três (3), o que corresponde ao número de leitos disponíveis na U.C.A.

No aviso de cirurgia o regime de atendimento deverá ser claramente especificado através da Sigla EXT (paciente externo).

2. Da avaliação pré-anestésica - os pacientes operados em regime de cirurgia ambulatorial deverão preencher os mesmos critérios quanto ao estado físico daqueles atendidos em regime de curta permanência, genericamente definidos o bom estado geral de saúde, e não portadores de doenças associadas que sejam passíveis de descompensação nos períodos trans e pós-operatórios. A visita pré-anestésica será realizada na véspera do dia da operação ou às sexta-feiras no caso de cirurgias programadas para às segunda-feiras ou no dia que anteceda feriado, quando a data da cirurgia for em dia que suceda o respectivo feriado; as avaliações pré-anestésicas serão realizadas no Consultório do Serviço



de Anestesia, 1º andar, sala 161, no horário das 15:00 às 17:00 horas, diariamente de segunda a sexta-feira; os pacientes deverão ter os exames de rotina em mãos e, após liberados pelo Serviço de Anestesia, serão encaminhados ao Registro Geral, para confecção do prontuário. Pacientes externos devem pegar guia de autorização para cirurgia e carimbar no Instituto Nacional de Seguridade Social (I.N.S.S.), para então fazer o prontuário no registro.

3. Rotinas de exames pré-operatórios - como a U.C.A. só atende paciente hípidos, os exames listados a seguir são os de rotina:

Idade (anos)	Homem	Mulher
. abaixo de 40 anos	Nenhum exame	HT
. 40 a 60 anos	Creatinina Glicemia Eletrocardiograma HT	Igual
. acima de 60 anos	Os mesmos e Rx de tórax	Igual

4. Dos tipos de cirurgias - geral, otorrino + buco, ginecológica, urológica.

Em um levantamento realizado no período de 01/01/91 a 16/05/91, cujo objetivo era verificar quais as cirurgias de maior incidência, obtivemos o seguinte resultado em ordem decrescente: cistoscopia, postectomia, tumorectomia de mama, excisão de TU + retalho, exereses de lesões de pele, adenoidectomia, exereses de cistos (sinovial, dermóide, sebáceo e outros), frênuloplastia, retirada de haste e parafuso, cauterização de cornetos, curetagem uterina, microcirurgias de laringe entre outras de menor in-

cidência.

5. Da internação - os pacientes escalados para o atendimento na U.C.A., uma vez realizada a consulta pré-anestésica e considerados aptos, apresentar-se-ão à respectiva unidade no horário das 7:00 horas, quando a cirurgia proposta for realizada no período matutino ou às 12:00 horas, quando o horário da cirurgia for vespertino, a fim de serem preparados e administrada a medicação pré-anestésica quando prescrita; para esses pacientes será exigida a presença de um responsável para acompanhá-los ao domicílio logo após a alta.

6. Do atendimento pós-operatório - após a cirurgia os pacientes permanecerão na S.R.P.A. até a completa recuperação da anestesia; nesse intervalo deverá o cirurgião fazer prescrição para o pós-operatório, constante de analgésico, antibiótico e antiemético, por via oral (V.O.) ou intra-muscular (I.M.), que será administrado na U.C.A. se necessário. Deverá também deixar pronto receitas, atestados e orientações por escrito quanto as datas e retorno ao seu consultório/ambulatorio, bem como todas as orientação que julgar necessárias.

7. Da permanência na U.C.A. - é pertimido a permanência de apenas um (1) acompanhante para cada paciente na U.C.A.

Os cuidados de enfermagem deverão atender apenas a requisitos mínimos como verificação de sinais vitais (S.V.), administração de medicação prescrita, inspeção de curativo e eventual troca do mesmo se necessário; a alta será dada pelo anestesiológista e é obrigatória ocorrer no mesmo dia.

8. Do atendimento de intercorrências na U.C.A. - no caso de intercorrências, a funcionária deverá avaliar se as mesmas estão

relacionadas a cirurgia (sangramento, dor intensa) ou a anestesia (distúrbios S.V., vômitos), solicitando a presença do cirurgião ou anestesiológico, de acordo com a necessidade.

9. Complicações anestésico-cirúrgica de pacientes atendidos em regime U.C.A. - ocorrendo complicação do ato anestésico ou cirúrgico durante o ato operatório, o paciente será internado em uma das Unidades Cirúrgicas do Hospital, em leito destinado a especialidade cirúrgica respectiva, que será automaticamente bloqueado no Registro Geral.

10. Outras disposições:

- Não será permitido que os leitos desta unidade sirvam à internações de pacientes de outros serviços, inclusive de emergência, a fim de garantir a realização diária das cirurgias previstas.

- Cabe ao enfermeiro do Bloco Cirúrgico a supervisão da U.C.A., sendo que as deficiências e eventuais abusos deverão ser corrigidos na medida de suas identificações.

11. Organograma de funcionamento:

Estágio 1: Encaminhamento do paciente pelo cirurgião ao consultório de anesthesiologia, no 1º pavimento do H.G.C.R., sala 161, no horário das 15:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, na véspera da data prevista para a operação; especificar regime de atendimento (U.C.A., U.C.C.P.).

Estágio 2: Consultório de anesthesiologia: realização da avaliação pré-anestésica e orientações quanto a tricotomia e jejum, se necessário; o paciente é encaminhado ao

Registro Geral para confecção do prontuário.

Estágio 3: O paciente, de posse do prontuário, dirige-se ao balcão de recepção do 1º pavimento e entrega o prontuário ao mensageiro; este, solicita ao SAME eventual prontuário já existente, ao qual anexa o novo e encaminha na manhã seguinte à Unidade de Cirurgia Ambulatorial, onde permanece até a alta do paciente, sendo então o mesmo encaminhado a secretária do C.C. e daí para o SAME.

Estágio 4: O paciente (junto de um acompanhante) deverá comparecer na U.C.A. (3º andar, sala 318) no horário das 07:00 horas quando a cirurgia proposta for realizada no período matutino, ou as 12:00 horas, quando o horário da cirurgia for vespertino.

#### Normas e Rotinas.

N. Todo paciente que no ato operatório necessite de anestesia (bloqueio ou geral) deverá comparecer no dia que antecede à cirurgia para avaliação anestésica, e receber orientações quanto à:

1. Comparecer na U.C.A., sala 318, às 07:00 horas quando a cirurgia for no período matutino e às 12:00 horas quando for no período vespertino; deverá trazer todos os exames solicitados, pois na ausência dos mesmos a cirurgia será suspensa.
2. Em casos de cirurgias onde há necessidade de TRICOTOMIA, orientar quanto a área a ser tricotomizada (sendo que esta deve vir preparada de casa) explicando a finalidade da mesma.

Tricotomia é a retirada de pêlos através da raspagem da pele e/ou couro cabeludo, com a finalidade de evitar a probabilidade de infecção e facilitar a manipulação e visualização da

ãrea a ser trabalhada. Orientar para evitar arranhaduras ou escoriações pela gilete, por este servir como porta de entrada para microorganismos, bem como cortar o cabelo, barba ou pelos primeiro com a tesoura quando este for abundante; este procedimento deve ser feito com movimentos amplos e suaves, e sempre no sentido de crescimento dos pêlos.

3. Em casos de cirurgias onde há necessidade de JEJUM, orientar quanto ao intervalo deste, que deverá ser de 12 horas que antecedam a cirurgia, orientando quanto à importância do mesmo.

Jejum - abstinência de sólidos e líquidos por via oral. O tempo de jejum prévio a operação deverá ser suficientemente prolongado para que o esvaziamento gástrico seja completo. Os pacientes submetidos a anestesia com o estômago cheio correm o risco de aspirar o conteúdo gástrico para a árvore respiratória, cujas consequências podem ser fatais, devido ao relaxamento esfinteriano.

4. Vir com o mínimo de pertences possíveis (jóias, grampos de cabelo, dinheiro e outros objetivos de valor) a fim de evitar extravios, devido a necessidade da retirada destes antes de ser encaminhado ao C.C.
5. Retirar esmalte das unhas, cujo objetivo principal é a observação da perfusão periférica ou seja, avaliação da circulação.
6. Fazer higiene oral (pela manhã) sem engolir água, porque a higiene adequada da boca diminui a produção de saliva e microorganismos proporcionando bem estar e evitando complicações como carrear microorganismos para o trato respiratório no caso de se fazer necessário uma entubação.
7. Vir com acompanhante, pois sem o mesmo a cirurgia será suspensa.

OBS: para pacientes que internarão na U.C.C.P., exige-se acompanhante somente para a manhã seguinte, onde este receberá alta até as 08:00 horas.

8. Prestar orientações sobre o destino do pacientes após a cirurgia: U.C.A., U.C.C.P., explicando-lhe as normas da referida unidade.

N - No dia da cirurgia proceder todos os cuidados pré-operatórios imediatos necessários ao paciente para encaminhá-lo ao C.C., verificando se as orientações prestadas no dia anterior foram cumpridas.

1. Verificar de acordo com o Mapa Cirúrgico, se os pacientes encontram-se no local, bem como os prontuários dos mesmos, provenientes do SAME.
2. Caso o paciente esteja no Mapa Cirúrgico e o prontuário não estiver na U.C.A., solicitá-lo ao SAME.
3. Caso algum dos procedimentos estritamente necessários não tenham sido feitos, ver da viabilidade de execução do mesmo a fim de evitar que a cirurgia seja suspensa.
4. Dar abertura para o paciente fazer perguntas e/ou ouvi-los. As dúvidas que surgem antes da cirurgia aumentam a ansiedade; retirando seus pensamentos errôneos sobre a cirurgia, diminuimos sua preocupação e ansiedade, obtendo compreensão e participação, acelerando o processo de recuperação.
5. Se houver prescrição de pré-anestésico pedir ao paciente que esvazie a bexiga antes da administração do mesmo, pois sob efeito do pré-anestésico, pode ter sensações de tontura onde esta conduta inviabiliza que o mesmo faça o trajeto ao banheiro sem o perigo de quedas, orientando-o sobre os efeitos colaterais da sedação (sonolência, miorelaxamento).

6. Verificar sinais vitais 15 minutos antes e 15 minutos após administração da droga, onde qualquer alteração nos padrões verificados nos darão condições de uma avaliação mais precisa e de um procedimento correto, pois saberemos a fonte destas modificações.

OBS: Em caso de hipertensão leve, observar sinais de depressão devido a droga adicional.

7. Administrar pré-anestésico na hora e dose precisa. Quando administrado muito cedo ou a dosagem menor que a prescrita a potência do mesmo já terá terminado quando for necessária; se administrado muito tarde sua ação terá começado após iniciar a anestesia. O objetivo do pré-anestésico é provocar amnésia e reduzir ansiedade, de modo que a indução e manutenção da anestesia sejam tranquilas.
8. Oferecer e orientar paciente a vestir camisola limpa e aberta nas costas, cujo objetivo é facilitar o manuseio do paciente no C.C., a visualização da área a ser operada e evitar a contaminação por roupas pessoais.
9. Remover próteses e objetos de uso pessoal, ficando estes sob responsabilidade do acompanhante, a fim de evitar perda dos pertences ou complicações no C.C., como aspiração de prótese nos casos em que se faça necessário uma entubação ou mesmo extravios ou quebra.

N - Fica a cargo do enfermeiro do C.C. ou responsável pelo mesmo as seguintes atividades:

1. Comunicar ao funcionário da U.C.A. 30 minutos que antecedem à cirurgia, a fim de administrar pré-anestésico (quando prescrito) pelas razões já citadas anteriormente.
2. Solicitar ao maqueiro para fazer o transporte do paciente do

U.C.A. ao C.C., sendo este responsável pelo mesmo.

N - Todo paciente que recebe anestesia local, deverá sair da sala de operação (S.O.) direto para a U.C.A., na ausência de complicações.

1. O cirurgião deverá fazer receitas para o pós-operatório constante de analgésico, antibiótico e antiemético, quando indicado, por via oral (V.O.) ou intra-muscular (I.M.) que deverá ser administrado fora da Unidade Hospitalar.
2. O cirurgião deverá deixar por escrito atestados e orientações quanto as datas de retorno ao seu consultório/ambulatório, bem como todas as recomendações que se fizerem necessárias.
3. O paciente é encaminhado à U.C.A. a fim de trocar de roupa e pegar seus pertences, sendo que o mesmo só será liberado na presença de um acompanhante.

N - Todo paciente submetido a bloqueio ou anestesia geral, deverá permanecer na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (S.R.P.A.) até completa recuperação da anestesia, onde após avaliação do anesthesiologista recebe alta e é encaminhado o U.C.A. - U.C.C.P., conforme o caso.

N - Todo paciente que necessita permanecer na U.C.A. por um certo período, deverá ser avaliado pelo funcionário atendendo aos seguintes cuidados de enfermagem:

1. S.V. (sinais vitais) deverão ser avaliados de 15 em 15 minutos nos primeiros 30 minutos e após este período verificado de 30 em 30 minutos.
2. Administrar medicação se necessário, caso esteja prescrita.
3. Observar curativo para verificação de anormalidades (sangramento, edema, hematoma) e possíveis complicações.
4. Em presença de calafrios/tremores (hipotermia), observar tem-



peratura e agasalhar paciente;

Observar sinais de choque (hipotensão, sudorese fria, palidez cutânea, pulso fino);

Em presença de vômitos posicionar paciente de acordo com suas condições para evitar aspiração de conteúdo gástrico para o pulmão.

5. Caso o paciente sinta necessidades fisiológicas, oferecer comadre/papagaio, ou, se este tiver condições, acompanhá-lo ao banheiro.
6. O paciente será avaliado pelo anesthesiologista, sendo que o mesmo é responsável pela alta.
7. As rotinas quanto à atestados, receitas, retorno ao consultório, seguem as mesmas estabelecidas para pacientes submetidos a anestesia local.
8. Após a alta do paciente os prontuários deverão ser encaminhados para a Secretaria do C.C., os quais posteriormente irão para o SAME.

N - Na presença de intercorrências como náuseas, vômitos, sangramentos, distúrbios S.V., dor intensa, solicitar a presença do anesthesiologista ou cirurgião para avaliação.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

I - AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

1. Identificação:

Clínica: \_\_\_\_\_ Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ nº Registro: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: Mas. ( ) Fem. ( )

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ nº Filhos: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

Consentimento cirúrgico: Sim ( ) Não ( )

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Cirurgia proposta: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Cirurgia anterior: \_\_\_\_\_

Problema apresentado: \_\_\_\_\_

Anestesia anterior: \_\_\_\_\_

Problema apresentado: \_\_\_\_\_

Grau de contaminação cirúrgica: \_\_\_\_\_

Dados exames complementares:

Sangue: HT \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ Rh ( ) leucócitos \_\_\_\_\_ plaquetas \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Parasitológico fezes: \_\_\_\_\_

Parcial urina: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

RX Tórax: \_\_\_\_\_

Outros (RX): \_\_\_\_\_

Diversos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Exame Físico:

Estado nutricional/hidratação \_\_\_\_\_

Condição: musculatura \_\_\_\_\_ rede venosa \_\_\_\_\_

Alterações:

- locomotora \_\_\_\_\_

- gastrointestinal \_\_\_\_\_

- cardio-vascular \_\_\_\_\_

- respiratória \_\_\_\_\_

- genito-urinária \_\_\_\_\_

- I.C.M. \_\_\_\_\_

- endócrino \_\_\_\_\_

- neuro-sensorial \_\_\_\_\_

- psíquico \_\_\_\_\_

S.V.: T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Presença de alergias \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos \_\_\_\_\_

Uso de próteses \_\_\_\_\_

3. Entrevista com o paciente:

Identificar-se, explicar a finalidade da visita.

Estado emocional/comunicação/medos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conhecimento e percepção sobre cirurgia (pré-operatória, procedimento anestésico-cirúrgico, pós-operatório).

---

---

---

---

Expectativa quanto aos cuidados de enfermagem.

---

---

---

---

O que gostaria de perguntar?

---

---

---

---

Orientações prestadas.

---

---

---

---

---

---

Observações.

---

---

---

---

---

---



Sala nº \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Anestesia:

- tipo \_\_\_\_\_
- posição indução anestésica \_\_\_\_\_
- anestésicos usados \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- intercorrências \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirurgia:

- posição cirúrgica \_\_\_\_\_
- potencial de contaminação \_\_\_\_\_
- exames \_\_\_\_\_
- peça/espécime \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ - biópsia \_\_\_\_\_
- cirurgia realizada \_\_\_\_\_
- intercorrências \_\_\_\_\_

Localização de materiais e equipamentos:

- eletrodos \_\_\_\_\_
- placa neutra \_\_\_\_\_
- punções venosas \_\_\_\_\_
- uso de drogas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Controle de perdas:

- sanguínea \_\_\_\_\_ SNG \_\_\_\_\_
- diurese \_\_\_\_\_ vômitos \_\_\_\_\_
- intercorrências \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Condições ao final da cirurgia:

- SV: T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_
- curativo/tipo \_\_\_\_\_
- drenos/tipo \_\_\_\_\_
- catéteres \_\_\_\_\_ SNG \_\_\_\_\_
- Soros \_\_\_\_\_ Sangue \_\_\_\_\_
- Outros \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Equipe

- anesthesiologista \_\_\_\_\_
- cirurgião \_\_\_\_\_
- 1ª assistente \_\_\_\_\_
- 2ª assistente \_\_\_\_\_
- instrumentador \_\_\_\_\_
- circulante \_\_\_\_\_

## Evolução de Enfermagem para S.R.P.A.

---



---



---



---



---



---

III - AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

1. Identificação para pacientes acompanhados somente no pós-operatório.

Nome \_\_\_\_\_ nº Registro \_\_\_\_\_

Quarto \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cirurgia realizada \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Evolução:

Intercorrências da S.R.P.A. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condições gerais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uso de drogas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Exame físico:

SV: T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

Cabeça:

edema facial \_\_\_\_\_

lesão de lábio \_\_\_\_\_

lesão de boca \_\_\_\_\_

alteração na fonação \_\_\_\_\_

sonda nasogástrica (SNG) \_\_\_\_\_

traqueostomia \_\_\_\_\_

outros \_\_\_\_\_



Tronco:

presença de sondas/drenos/local \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

punção de subclávia \_\_\_\_\_

Alterações:

- gastrointestinal \_\_\_\_\_ -

- cardiovascular \_\_\_\_\_

- respiratória \_\_\_\_\_

- genito-urinária \_\_\_\_\_

- I.C.M.:

- local da incisão: edema, eritema, sangramento

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- local da infusão: hematoma, eritema, soroma

Obs: \_\_\_\_\_

- local da placa: eritema, queimadura, vesícula

Obs: \_\_\_\_\_

- endócrino \_\_\_\_\_

- neuro-sensorial \_\_\_\_\_

Membros

alteração dos movimentos/local \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

edema \_\_\_\_\_

infusões \_\_\_\_\_

perfusão periférica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Entrevista com o paciente:

- Opinião do paciente quanto assistência perioperatória.

---

---

---

---

- O(a) senhor(a) considera importante e necessário a interação (conversa) mantida com o enfermeiro do C.C. no período pré-operatório. Porquê?

---

---

---

---

- Como o(a) senhor(a) se sentiu diante dos procedimentos de enfermagem (tricotomia, lavagem intestinal, jejum, sondagens e outros)? Recebeu alguma orientação?

---

---

---

---

- Gostou (gostaria) de ter sido orientado(a) e acompanhado(a) durante o perioperatório? Porquê?

---

---

---

- Impressões do entrevistador.

---

---

---

---

---

**PROSTATECTOMIA**

1. Doenças da Próstata.

a) Hiperplasia Prostática Benigna (H.P.B.).

. Definição - proliferação dos elementos glandulares e musculares da próstata.

A glândula próstata situa-se debaixo do colo da bexiga. Ela envolve a uretra posterior e lateralmente é atravessada pelo canal ejaculador, a continuação do canal deferente. Esta glândula produz uma secreção que é química e fisiologicamente adequada às necessidades dos espermatozóides em sua passagem vindas da glândulas genitais, constitui cerca de 20% do volume líquido seminal.

Na H.P.B. ocorre um aumento da próstata causando uma pressão e estreitamento do canal uretral, obstruindo o fluxo urinário pelo comprometimento do orifício vesical, pode ocorrer uma obstrução parcial ou completa.

. Incidência: ocorre em 50 a 60% dos homens entre 40 e 59 anos de idade e mais de 75% em homens acima de 70 anos de idade. Só 5 a 10% dos homens com o processo necessitam de tratamento cirúrgico para aliviar a obstrução do trato urinário.

. Etiologia: a causa da hiperplasia nodular ainda não está definida, mas as evidências disponíveis sugerem que tanto os andrógenos como os estrógenos participam de sua patogenia, em consequência do processo de envelhecimento.

. Sinais e Sintomas (prostatismo):

- crescente frequência de micções;
- nictúria;
- dificuldade em iniciar e parar o jato urinário;
- gotejamento urinário e disúria;
- sensação de esvaziamento incompleto da bexiga ou retenção urinária aguda;
- hematúria;
- diminuição do fluxo urinário;
- constipação (se a próstata estiver fazendo protusão no reto).

. Diagnóstico:

- história do indivíduo (principalmente idade);
- cateterização para avaliar a urina residual;
- exame de urina e cultura;
- exame retal (palpação de nódulos ou edurecimento da próstata - devido a próstata estar próxima ao reto);
- citoscopia (visualização da bexiga e próstata);
- pielografia (contraste para observação do trato urinário);
- bioquímica do sangue (verificar se tem disfunção renal).

. Tratamento:

- Clínico: é feito para amenizar a sintomatologia:
  - antibioticoterapia;
  - cateterismo vesical (sonda Folley);
  - massagem prostática;
  - sondas uretrais.
- Cirúrgico - chamado de prostatectomia, sendo que o mesmo se refere a retirada total da próstata e o que é feito na realidade é a retirada da parte hipertrofiada (adenomectomia). A cirurgia é geralmente necessária quando o tratamento é requeri-

do por obstrução. É feita a remoção completa do tecido prostático hiperplásico sem remoção da cápsula prostática envolvente.

b) Prostatite.

É uma inflamação da glândula prostática, pode ser causada por invasão bacteriana, por outros agentes infecciosos (fungos, micoplasma), ou por estenose uretral, hiperplasia prostática etc ... Os microorganismos são geralmente carregados para a próstata a partir da uretra.

. Classificação:

- prostatite bacteriana;
- abacteriana.

- A prostatite bacteriana aguda pode produzir um início súbito de febre, calafrios e dor perineal, retal ou lombar.

Sintomas urinários:

- urgência;
- queimação;
- nictúria;
- disúria terminal.

Esses sintomas podem ser evidentes.

. Diagnóstico:

- requer história cuidadosa;
- cultura de líquido ou tecido prostático;
- exame histológico do tecido.

. Tratamento - o objetivo do tratamento é o de evitar as complicações da formação do abscesso e septicemia:

- um antibiótico de largo espectro, por um período de 10 a 14 dias;
- repouso no leito;

- analgésicos/sedativos vesicais (alivia a irritabilidade vesical);
- emolientes fecais (o endurecimento das fezes aumenta a dor).

OBS: O edema de glânde pode produzir a retenção urinária.

. Complicações:

- epididimite;
- bacteremia ou septicemia;
- pielonefrite.

- A prostatite bacteriana crônica é a principal causa da infecção recorrente do trato urinário no homem. O tratamento é difícil, por causa da difusão precária da maioria dos antibióticos do plasma para o líquido prostático.

Os antimicrobianos (timetoprim - sulfametoxazol, minociclina, doxiciclina) podem ser administrados.

O paciente é alertado da possibilidade de infecção recidivante. O conforto é promovido com:

- antiespasmódicos;
- banhos de assento;
- emolientes fecais.

- O tratamento da prostatite não bacteriana é dirigido para o alívio sintomático:

- banhos de assento;
- analgésicos.

c) Câncer de Próstata.

É o segundo câncer mais comum e a segunda causa mais comum de morte por câncer em homens com mais de 55 anos de idade.

### . Manifestações Clínicas.

O câncer inicial da próstata geralmente não produz sintomas. Este câncer tende a ter comportamento variável. Se a neoplasia é grande o suficiente para fazer protusão para o colo da bexiga ou para causar obstrução do fluxo urinário, ocorrem sinais e sintomas de obstrução, ou seja, dificuldade e frequência da micção, retenção urinária e redução do calibre e força do jato urinário.

O câncer prostático geralmente dá metástase para o osso, gânglios linfáticos, cérebro e pulmões.

#### - Sintomas na presença de metástase:

- dor lombar;
- desconforto perineal e retal;
- anemia;
- perda de peso;
- fraqueza;
- náuseas e oligúria;
- hematúria pode estar presente pela invasão uretral, da bexiga ou de ambos.

### . Diagnóstico precoce.

Todos os homens acima de 40 anos de idade, devem ser submetidos a exame retal como parte de um exame anual de saúde. A detecção precoce é uma chave para uma alta taxa de cura.

#### . Avaliação Diagnóstica:

- Exame retal, existe uma área de maior firmeza dentro da próstata. A lesão mais avançada é "dura como pedra" e fixa.

- Exame histológico do tecido, removido cirurgicamente por

resseção transuretral, prostatectomia ou biópsia por agulha (perineal ou transuretral).

- Fosfatase ácida sérica frequentemente está aumentada quando o câncer se estende além da cápsula prostática.

- Fosfatase alcalina sérica, apesar de elevada nos pacientes com metástase óssea ou hepática proveniente de qualquer tumor, pode aumentar quando existe metástase óssea.

- Cintilografias ósseas para detectar doença óssea metastática.

- Radiografias esqueléticas para revelar metástase osteoblásticas.

- Urografias excretoras para demonstrar alterações pela obstrução uretral.

- Exames da função renal e linfangiografia para procurar evidência de metástase para os linfonodos pélvicos.

. Tratamento.

A escolha do tratamento baseia-se no estágio da doença, na idade e nos sintomas do paciente.

. Tratamento Clínico:

- terapia curativa por irradiação, utilizando teleterapia com um acelerador linear ou radiação intersticial;
- terapia hormonal ou orquiectomia;
- radioterapia para estágios iniciais de câncer e paliativo em estágios tardios;
- quimioterapia.



. Tratamento cirúrgico:

- criocirurgia da próstata;
- prostatectomia radical.

## 2 - Prostatectomia.

Antes da cirurgia o paciente tem que estar com uma ótima função renal. É introduzido um cateter de demora.

A pressão sanguínea pode flutuar e a função renal declinar nos primeiros dias após a drenagem vesical ter sido instituída.

Se o paciente não pode tolerar um cateter uretral a drenagem por cistostomia pode ser empregada. Uma investigação hematológica completa é realizada, uma vez que a hemorragia é a principal complicação pós-operatória, todos defeitos de coagulação devem ser corrigidos. Uma alta porcentagem destes pacientes apresenta complicações respiratórias, cardíacas ou ambas.

O paciente deve parar de fumar pelo menos dois meses antes da cirurgia, especialmente se tem enfisema pulmonar.

Meios antiembólicos são aplicados antes da operação, e são particularmente importantes se o paciente é colocado em posição de litotomia durante a cirurgia.

O clister pré-operatório pode prevenir o esforço da evacuação, que pode induzir sangramento pós-operatório.

### Abordagens Cirúrgicas.

Existem quatro (04) diferentes abordagens que são possíveis para a remoção da porção fibrodenomatosa hipertrofiada da próstata. Nas quatro técnicas, todo o tecido hiperplásico é removido, deixando a cápsula cirúrgica da próstata.

A abordagem transuretral é fechada, enquanto que as outras três são procedimentos cirúrgicos abertos. Tipos:

- a) Prostatectomia suprapúbica (transvesical);
- b) Ressecção transuretral;
- c) Prostatectomia retropúbica;
- d) Prostatectomia perineal.

a) Prostatectomia suprapúbica (transvesical).

É feita uma incisão abdominal e na bexiga, e através da mesma é retirada a parte adenomatosa.

Incoveniente: drenagem de urina através da incisão.

b) Ressecção transuretral.

A abordagem da próstata é feita através da uretra por meio de um aparelho (ressectoscópio), sendo que o tecido próstatico fica em fragmentos que são drenados da bexiga através da irrigação continuada. Esta técnica é utilizada com mais frequência.

Incovenientes: sangramento incontrolável; campo de visão limitado, pode haver recorrências, estenose uretral (por lesão).

c) Prostatectomia retropúbica.

A abordagem da próstata é feita entre o arco púbico e a bexiga, através de uma incisão abdominal, sendo que a bexiga não é incisionada.

d) Prostatectomia perineal.

A abordagem da próstata é feita através de uma incisão feita no períneo (entre o escroto e o reto). Existe uma facilidade de contaminação devido a proximidade do reto, e pode levar a

uma lesão do nervo causando uma impotência sexual.

É mais usado em pacientes com câncer de próstata e comprometimento ganglionar.

### 3 - Cuidados de Enfermagem.

#### 3.1 - Pré-Operatório:

- ver o método cirúrgico;
- observar o indivíduo num todo (idade, condições físicas etc.);
- observar se o indivíduo é fumante;
- estimular exercício;
- cateterismo vesical (o esvaziamento deve ser gradual, pois caso contrário pode ocasionar um colapso da bexiga e/ou hemorragia);
- medir a eliminação da urina (observar aspecto);
- estimular ingestão hídrica (estimula a função renal, e paciente pode estar desidratado);
- procurar passar a sonda vesical na véspera (prostatectomia transuretral) com sonda acima do nº 22, para dilatar a uretra progressivamente;
- orientar sobre procedimentos de enfermagem (tricotomia, lavagem intestinal, jejum) e outros que se façam necessários;
- orientações quanto ao trans-operatório (centro cirúrgico, cirurgia, anestesia, S.R.P.A. e pós-operatório);
- dar abertura para o paciente expor suas dúvidas, tentando saná-las.

#### 3.2 - Pós-Operatório:

- controlar sinais vitais (observar sinais de perda sanguínea excessiva: pulso aumentado, pressão sanguínea diminuída);
- observar hematúria (normal no início, mas que desaparece ra-

pidamente);

- controlar o sistema de irrigação contínua, utilizando técnicas assépticas rigorosas);
- observar permeabilidade da sonda;
- estar atento às queixas de dor e/ou desconforto do paciente;
- controlar diurese;
- prestar cuidados de rotina (higiene e conforto);
- aquecer o paciente;
- registrar cor, consistência, presença de coágulos e depósitos;
- trocar curativos, conforme necessidade, observando e registrando as características da incisão;
- cuidado quanto irrigação vesical;
- observar tipo de drenagem, bem como sua cor e consistência.
- fazer balanço hidroeletrólítico;
- controlar débito urinário, após retirada do catéter;
- estimular movimentação.

### 3.3 - Orientação para Alta:

#### 3.3.1 - Controle urinário:

- orientar para contrair o períneo (algumas vezes por dia, 10 contrações a cada exercício);
- orientar quanto a possibilidade de ardência e incontinência urinária;
- estimular ingesta hídrica;
- diminuir a ingesta alcoólica.

#### 3.3.2 - Potência sexual:

- a prostatectomia não leva a impotência, porém pode ocorrer nas prostatectomias perineal ou em alguns casos de prostatectomia radical (remoção próstata e vesículas seminais);

- pode retornar a atividade sexual após 6 a 8 semanas;
- explicar que o fluído seminal pode estar diminuído;
- evitar esforços extenuantes.

QUADRO RESUMO - ABORDAGENS CIRÚRGICAS PARA PROSTATECTOMIA

ABORDAGEM CIRÚRGICA	VANTAGENS	DESVANTAGENS	IMPLICAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>TRANSURETRAL (remoção do tecido prostático por um instrumento através da uretra).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Mais segura para o paciente de alto risco.</li> <li>. Menor período de hospitalização.</li> <li>. Menor taxa de mortalidade.</li> <li>. Evita incisão abdominal.</li> <li>. Causa menor dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Requer um operador altamente treinado. Obstrução recorrente, trauma uretral e estenose.</li> <li>. Pode ocorrer hemorragia tardia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Observar a evidência de hemorragia.</li> <li>. Sintomas de estenose uretral (disúria, redução do jato urinário).</li> </ul>
<p>SUPRAPÚBICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tecnicamente simples.</li> <li>. Oferece maior campo para exploração.</li> <li>. Permite exploração de linfonodos cancerosos.</li> <li>. Permite remoção mais (segura) completa da glândula obstrutora.</li> <li>. Permite o tratamento de lesões associadas na bexiga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Requer acesso cirúrgico através da bexiga.</li> <li>. Controle da hemorragia é difícil.</li> <li>. Vazamento urinário em torno do tubo suprapúbico.</li> <li>. Convalescença mais prolongada e desconfortável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Observar indicações de hemorragia e choque.</li> <li>. Utilize atenção asséptica na região em torno do tubo suprapúbico.</li> </ul>
<p>PERINEAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Oferece um acesso anatómico direto.</li> <li>. Permite a drenagem por gravidade.</li> <li>. Eficiente para o tratamento radical do câncer.</li> <li>. Permite hemostasia sob visão direta.</li> <li>. Baixa taxa de mortalidade.</li> <li>. Menor incidência de choque.</li> <li>. Ideal para pacientes debilitados, muito idosos e com próstatas grandes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Maior incidência pós-operatória de impotência e incontinência urinária.</li> <li>. Possibilidade de lesão do reto e esfíncter externo.</li> <li>. Campo operatório restrito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Evitar sondas e termômetros retais e distereses após a cirurgia perineal.</li> <li>. Usar tampões de drenagem para absorver o excesso de urina drenada.</li> <li>. Pode haver vazamento de urina, pela incisão por vários dias após a remoção do catéter.</li> </ul>

/...

## COMPETÊNCIAS DAS CATEGORIAS

Ao Chefe de Enfermagem e o Enfermeiro do Centro Cirúrgico compete:

- cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia de Enfermagem;
- desenvolver as características inerentes a profissão como: liderança, responsabilidade, raciocínio, tomada de decisão e outros;
- administrar (planejar, organizar, dirigir e controlar) a seção sob sua responsabilidade;
- manter bom relacionamento com equipe de trabalho e com toda a comunidade hospitalar;
- elaborar a escala mensal de trabalho dos funcionários;
- participar das reuniões mensais da equipe de enfermagem do hospital;
- participar de reuniões mensais de equipe multidisciplinar;
- promover reuniões periódicas com os servidores sob sua responsabilidade;
- comunicar ao setor de pessoal do hospital através de impressos, atrasos, troca de plantão e/ou horário;
- manter a chefia imediata informada das ocorrências do setor;
- orientar funcionários novos;
- prever e solicitar os recursos humanos necessários para sua seção;
- participar da elaboração de planejamento e relatório anual;
- orientar e supervisionar o desempenho das atividades dos funcionários;
- avaliar mensalmente o desempenho dos funcionários;
- solucionar ou encaminhar problemas da seção relacionadas com

- pacientes, colegas, funcionários, alunos, familiares e outros profissionais que desenvolvem atividades na seção ou relacionadas a mesma;
- prever, requisitar e supervisionar o controle de material de consumo, permanente e equipamentos;
  - revisar, assinar e caminhar para o respectivo setor de manutenção, as solicitações de conserto;
  - planejar, organizar, dirigir e controlar (avaliar) as atividades assistenciais;
  - promover e zelar pela integração docente assistencial;
  - participar de comissões;
  - elaborar, executar, avaliar, desenvolver e/ou orientar programas de treinamento ou atualização para o pessoal de enfermagem;
  - desenvolver e/ou colaborar em pesquisa;
  - participar e estimular a participação de colegas e/ou equipe nos programas de ensino e atualização;
  - determinar a distribuição das cirurgias;
  - cumprir e fazer cumprir regularmente, portarias, ordens de serviço da instituição;
  - zelar pelo uso adequado dos recursos materiais e equipamentos da seção;
  - desempenhar atividades afins;
  - desenvolver e cultivar os instrumentos básicos da profissão; observação, comunicação, aplicação do método científico, aplicação de princípios científicos, destreza manual, planejamento, avaliação, criatividade, trabalho de equipe e utilização dos recursos da comunidade;
  - auxiliar na administração (planejamento, organização, direção e controle) do setor;
  - manter um bom relacionamento com os demais membros da equipe.



**A Escriturária de Enfermagem compete:**

- atender telefonemas, transmitir recados, distribuir correspondências e fornecer informações;
- preencher pedidos de farmácia, almoxarifado, solicitações de serviço, encaminhando-os após visto do Enfermeiro;
- protocolar e encaminhar pedidos de parecer e exames;
- receber, conferir as notas de débitos;
- encaminhar pedidos de anatomia;
- chamar o Enfermeiro sempre que o médico ou familiares desejar informações sobre o paciente;
- executar trabalho de datilografia do setor;
- arquivar e organizar correspondência do setor;
- consersar os quadros de aviso atualizados;
- participar de programas de educação em serviço;
- receber avisos de cirurgias;
- elaborar mapa cirúrgico de acordo à agenda encaminhada aos diversos setores após o visto do Enfermeiro;
- fazer a estatística das cirurgias realizadas e não realizadas;
- participar ativamente de reuniões do setor de enfermagem e da instituição;
- cumprir normas e regulamentos da instituição;
- desempenhar tarefas afins.

**Ao Circulante de Sala compete:**

- cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia em Enfermagem;
- cumprir as disposições do regimentos, as normas e rotinas do setor;
- estar atento a qualquer chamada;
- apresentar propostas que visem a melhoria do serviços aos Enfermeiros do setor;

- realizar suas tarefas obedecendo à princípios técnicos científicos e de acordo com as orientações dadas;
- manter o ambiente em ordem e limpo;
- participar das reuniões do setor de enfermagem e da instituição;
- desenvolver suas atividades de acordo com as normas e rotinas estabelecidas;
- preencher os registros dos procedimentos executados conforme rotina estabelecida;
- encaminhar todos os impressos devidamente preenchido no mesmo dia do ato anestésico-cirúrgico, num deixar para completá-lo outro dia;
- assinar e preencher todos os impressos com letras bem legível;
- comunicar ao Enfermeiro do setor o material e/ou equipamento em falta;
- proceder a desinfecção terminal das superfícies diariamente;
- estar atento a escala de cirurgia e respectivo horário em que deverá atender;
- passar pano embebido em álcool em toda a aparelhagem dentro da sala;
- testar luzes e aparelhos elétricos a serem utilizados durante a cirurgia, bem como regular a temperatura ambiental sempre antes de cada cirurgia;
- providenciar material e/ou medicamentos que se fizer necessário para aquele tipo de cirurgia;
- receber cordialmente e identificar o paciente que é trazido para a sua sala;
- verificar se a área operatória foi devidamente preparada e se o paciente está devidamente vestido (camisola) sem jóia, sem prótese e sem pintura;

- verificar anotações no prontuário e qualquer anormalidade comunicar ao Enfermeiro;
- enquanto o paciente estiver acordado dar-lhe palavras de conforto, solidariedade e calor humano;
- auxiliar a equipe a se paramentar;
- posicionar adequadamente o paciente se for necessário;
- auxiliar na preparação da área operatória e na localização dos campos;
- acender as luzes e focalizá-las;
- permanecer na sala sempre atento às necessidades e solicitações, manter a sala limpa e em ordem durante as cirurgias;
- fica expressamente proibido ficar fora ou com a cabeça para fora da sala durante a cirurgia, só sair da sala quando houver alguém para substituí-lo;
- fazer anotações do paciente;
- identificar a peça anatomica que irá para exame;
- auxiliar o transporte do paciente para a sala de recuperação pós-anestésico;
- passar plantão ao pessoal da S.R.P.A. de tudo que for necessário;
- encaminhar o material usado para o C.M.E, e o restante do material para os seus devidos lugares;
- anotar a roupa suja a ser encaminhada à lavanderia - fazer rol de roupas em duas vias encaminhando um como hamper e a outra para o Enfermeiro, levar a roupa e o lixo para a porta e nunca colocar no expurgo;
- sempre que for roupa de cirurgia contaminada colocar no hamper e empacotá-la em saco plástico identificando "CONTAMINADA";
- participar ativamente na desinfecção do C,C. mensalmente;
- proceder a desinfecção da sala entre uma cirurgia e outra in-

- tervalo máximo de 15 minutos;
- proceder a desinfecção terminal das salas contaminadas logo após o ato cirúrgico;
  - manter bom relacionamento com a equipe de trabalho, com a comunidade hospitalar e com o paciente;
  - desempenhar tarefas afins;
  - respeitar horário de almoço e LANCHES;
  - fica expressamente proibida a permanência no vestiário, no horário de trabalho, fazendo atividades que não sejam referentes ao trabalho;
  - é obrigação de todos estarem no local de serviço no horário de entrada e não ficarem no vestiário;
  - será proibido a entrada no serviço apenas com atraso de 10 minutos, após este terá que ter uma boa justificativa para o Enfermeiro;
  - não será permitido mais do que 02 entradas tardias, saídas antecipadas, troca de plantão e horário;
  - a saída no horário de trabalho só será permitida por 2 horas e com o impresso próprio, devidamente preenchido para posterior reposição das horas.

**Ao Instrumentador** compete:

- cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia em Enfermagem;
- cumprir as disposições do regimento as normas e rotinas do setor;
- apresentar propostas que visam a melhoria do serviço aos Enfermeiros do setor;
- realizar suas tarefas obedecendo à princípios técnicos científicos e de acordo com as orientações dadas;
- participar das reuniões do setor e da instituição;

- comunicar aos Enfermeiros do setor o material e/ou equipamentos em falta;
- verificar na escala cirúrgica para que cirurgia está escalada;
- verificar se a sala está completa com o material de que vai necessitar naquele tipo de cirurgia;
- escovar-se, vestir o avental e luvas de acordo com a técnica, 15 minutos antes da hora marcada para a cirurgia;
- dispor o instrumental, fios, gases e outros materiais necessários na mesa conforme técnicas padronizadas, e antes do paciente estar anestesiado;
- auxiliar o cirurgião e o assistente a se vestir;
- auxiliar na colocação dos campos;
- conservar as mãos sempre acima da cintura e quando fora do campo operatório manter as mãos cobertas com compressas esterilizadas;
- zelar pela ordem e assepsia durante o ato cirúrgico;
- zelar pela peça anatômica para que não se perca;
- auxiliar no curativo e transporte do paciente a S.R.P.A.;
- contar todo o instrumental que foi colocado na mesa;
- retirar o material da sala, conferi-lo e encaminhar ao expurgo, e fios nos devidos lugares;
- auxiliar na desinfecção terminal das salas contaminadas;
- participar ativamente na desinfecção do centro cirúrgico mensalmente;
- manter bom relacionamento com a equipe de trabalho, com a comunidade hospitalar e com o paciente;
- comunicar o Enfermeiro qualquer anormalidade;
- desempenhar tarefas afins;
- respeitar horário de almoço e lanches.

Ao Funcionário da Sala de Recuperação Pós-Anestésica compete:

- cumprir e fazer cumprir o código de Deontologia em Enfermagem;
- cumprir as disposições do regimento às normas e rotinas do setor;
- estar atento à qualquer chamada;
- apresentar propostas que visam a melhoria do serviço aos Enfermeiros do setor;
- realizar suas tarefas obedecendo à princípios técnico científicos e de acordo com as orientações dadas;
- manter o ambiente em ordem e limpo;
- participar das reuniões do setor e da instituição;
- comunicar aos enfermeiros do setor o material e/ou equipamentos em falta;
- administrar medicamentos de acordo com as prescrições, observando e anotando seus efeitos e horários;
- colaborar no controle de medicamentos, material, entorpecentes e psicotrôpicos registrando em caderno apropriado;
- preparar e encaminhar pacientes para a alta;
- controlar o local da incisão cirúrgica realizando curativos quando necessário e observando alterações, registrando no prontuário e comunicando ao Enfermeiro;
- auxiliar na assistência em caso de emergência;
- receber o paciente anestesiado mantendo-o sob vigilância enquanto estiver na S.R.P.A. e controlar os sinais vitais, drenos, sondas etc.;
- anotar em livro próprio a hora de chegada do paciente, seu registro, tipo de cirurgia, anestesia, hora de saída da S.R.P.A. e condições gerais de entrada e de alta;
- desempenhar atividades afins;

- respeitar horário de almoço e lanche.

**Ao Funcionário do Transporte compete:**

- receber pedido de paciente a ser transportado da unidade para o C.C.;
- preparar as macas com as roupas adequadas e limpas;
- trazer os pacientes um a um obedecendo a lista de horário;
- chegar na unidade, dirigir-se ao Enfermeiro e solicitar o paciente para o transporte;
- levar a maca até o quarto do paciente, acompanhado pelo funcionário da unidade;
- ajudar ao funcionário a vestir adequadamente o paciente, observar jóias, próteses e pinturas e passar o paciente para a maca;
- receber do funcionário o prontuário do paciente a ser levado ao C.C.;
- transportar o paciente com o devido cuidado;
- entregar o paciente e o prontuário ao Enfermeiro na porta da área asséptica do Centro Cirúrgico;
- Permanecer no C.C. desempenhando as atribuições recebidas até que seja solicitado para transporte do paciente;
- pedir ajuda quando o paciente for de difícil transporte;
- entregar o prontuário e o paciente ao Enfermeiro da unidade;
- levar o paciente até o quarto, ajudar a passar para a maca;
- retornar com a maca ao Centro Cirúrgico;
- retirar a roupa usada da maca deixando-a em ordem para transporte seguinte;
- encaminhar pedidos, livros e outros para os setores competentes;
- limpar todo o material que por ventura adentar ao C.C.;
- retificar roupas e lixos que estão nos vestiários e porta do C.C.;

- manter entrada do C.C. e de vestiário, sempre limpas e em ordem;
- fazer desinfecção das macas diariamente;
- registrar horário de almoço e lanches.

**Ao Circulante do Corredor compete:**

- cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia em Enfermagem;
- cumprir as disposições do regimento, normas e rotinas do setor;
- estar atento a qualquer chamada;
- apresentar propostas que visam a melhoria do serviço aos Enfermeiros do setor;
- realizar suas tarefas obedecendo à princípios técnicos científicos e de acordo com as orientações dadas;
- participar das reuniões do setor e da instituição;
- auxiliar na assistência em caso de emergência;
- manter lavabo sempre limpo e em ordem, trocando soluções em falta, trocando as escovas;
- manter corredor sempre em ordem não deixando material e equipamentos espalhados pelo mesmo;
- dobrar roupas e entregar no guichê;
- manter perto da sala; quando contaminada, todo o material e roupa necessário para limpeza;
- atender as campanhas o mais breve possível;
- encaminhar paciente a sala de cirurgia;
- permanecer no corredor sempre que houver cirurgia;
- desenvolver tarefas afins;
- respeitar horário de almoço e lanches.

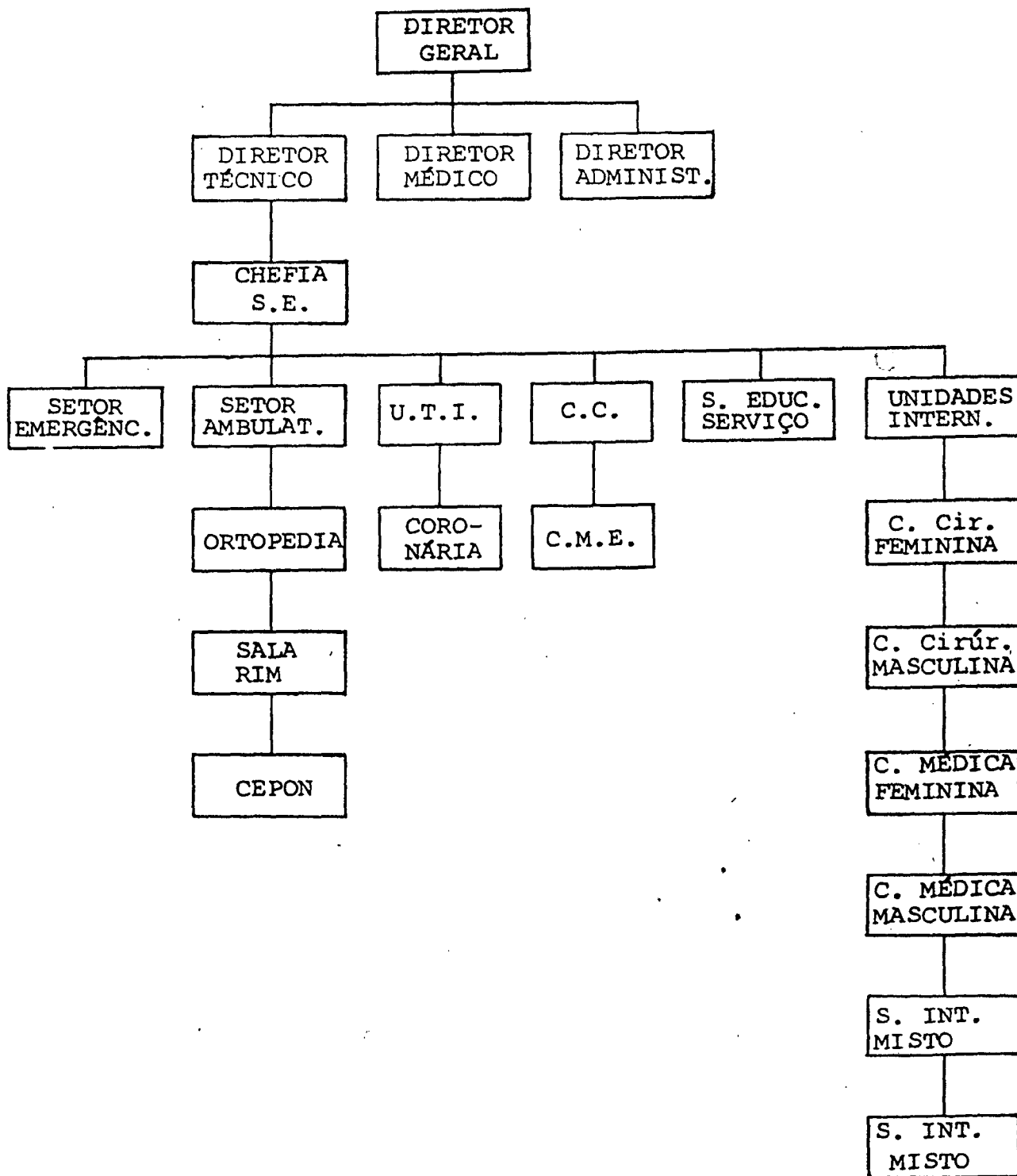
**Ao Auxiliar de Anestesia compete:**

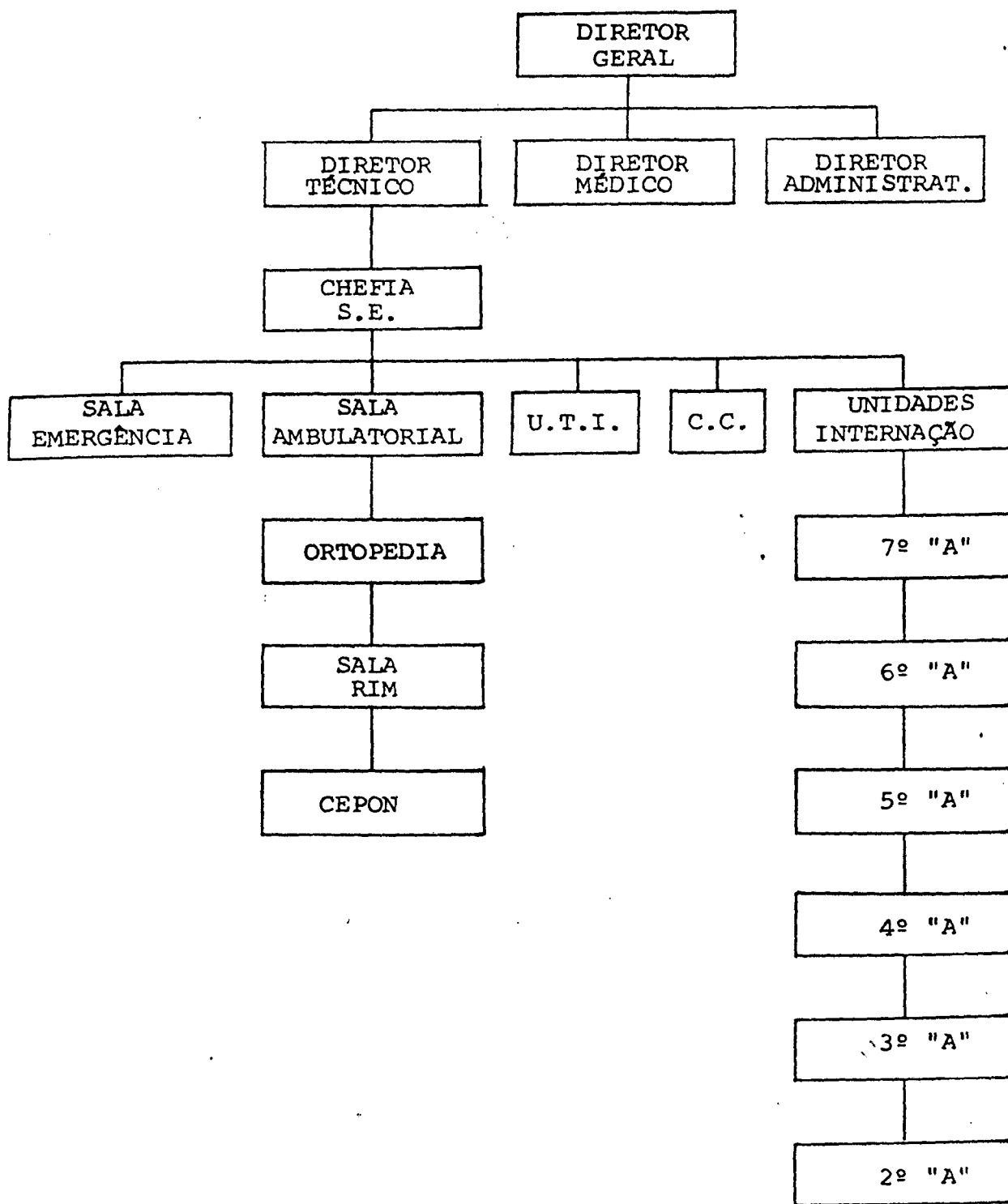
- cumprir e fazer cumprir o código de Deontologia em Enferma-



gem;

- cumprir as disposições do regimento, normas e rotinas do setor;
- estar atento a qualquer chamado;
- apresentar propostas que visam a melhoria do serviço aos Enfermeiros do setor;
- realizar suas tarefas obedecendo à princípios técnicos científicos e de acordo com as orientações dadas;
- participar das reuniões do setor e da instituição;
- auxiliar na assistência em caso de emergência;
- manter todo o material de anestesia e carrinhos e em bom funcionamento;
- fazer pedido de medicação e material necessário ao serviço;
- colocar todo material em solução a cada final de plantão;
- deixar todo material pronto para o dia anterior;
- ajudar na sala de recuperação sempre que estiver desocupado;
- desempenhar ativamente tarefas afins;
- respeitar horário de almoço e lanches.





ABORDAGEM CIRÚRGICA	VANTAGENS	DESVANTAGENS	IMPLICAÇÕES DE ENFERMAGEM
RETROPÚBICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operação mais versátil, permite a visualização direta.</li> <li>• Evita a incisão da bexiga.</li> <li>• Permite mais fácil visualização e controle dos vasos (sangramentos).</li> <li>• Menor período de convalescença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não permite o tratamento de patologias associadas na bexiga.</li> <li>• Maior incidência de hemorragia a partir do plexo venoso prostático; osteíte púbica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar evidência de hemorragia.</li> <li>• Pode ocorrer vazamento de urina por vários dias após o cateter ter sido removido.</li> </ul>