

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO  
GRANDE DO NORTE. CURSO – ENFERMAGEM**

**ANDRÉA DOS SANTOS FILGUEIRA**

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO**

**NATAL  
2009**

ANDRÉA DOS SANTOS FILGUEIRA

## A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

Monografia apresentada à FARN, como exigência do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio grande do norte, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Enfermeiro.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Maria Cléia de Oliveira Viana (MSC).

NATAL – RN  
2009

RA. 33.324 M  
616-089  
F512i  
Nº Reg. 1001435 2009  
11102110 ex. 01

|                   |
|-------------------|
| <b>FARN</b>       |
| <b>BIBLIOTECA</b> |
| Nº Reg. 1001435   |
| 11102110          |

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN  
Setor de Processos Técnicos

Filgueira, Andréa dos Santos

A importância do enfermeiro no centro cirúrgico / Andréa dos Santos  
Filgueira. – Natal: FARN, 2009.  
50 f.

Orientador: Maria Cléia de Oliveira Viana (MSC.)  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Natalense para  
o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem em Cirurgia – Monografia. 2. Procedimentos Cirúrgicos –  
Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616-089

ANDRÉA DOS SANTOS FILGUEIRA

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

Monografia apresentada à FARN, como  
exigência do Curso de Graduação em  
Enfermagem.

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Orientadora  
Profª Maria Cléia de Oliveira Viana (MSC).

---

Professor Examinador

---

Professor Examinador

NATAL – RN  
2009

## DEDICATÓRIA

Dedico essa vitória a todos que contribuíram de forma direta ou indireta na minha formatura, a minha mãe (Selvina Glades) que muitas vezes chorou junto a mim minhas dificuldades, ao meu irmão (Adriano Glauberto) que fez dessas dificuldades força para me ajudar, ao meu marido (Reinaldo Augusto) a quem eu pude dividir minhas angústias, dificuldades, desesperos e medo de não conseguir chegar até aqui, a minha irmã (Adriana) que inúmeras vezes foi com quem eu contei na hora de me substituir como mãe quando eu não pude assumir meu papel, a minha avó (Nadir), e também minha avó (Neusa) que não mediu esforços para me ajudar em tudo que precisei, ao meu pai (Raimundo), aos meus sogros (Eni e Reinaldo) que não me faltaram na hora da palavra amiga, a minha amiga (Thatiana Shyrlei) que foi meu incentivo maior, e a minha filha (Rafaella Filgueira) pela sua compreensão, quando na verdade era só uma criança sentindo falta da mãe, mas ao mesmo tempo entendendo totalmente o motivo da minha ausência.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, meu PAI misericordioso de todas as horas, as bibliotecárias Luzia e Kátia pela atenção que me foi dada, a todos os professores que fizeram parte da minha graduação, em especial a minha Professora e orientadora Maria Cléia de Oliveira Viana pela paciência, dedicação e compreensão, aos meus amigos de turma, aqueles que me acompanharam durante quatro anos. E a todos que torceram por mim nessa difícil caminhada.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

## RESUMO

Esta pesquisa exploratória e qualitativa baseada em revisão bibliográfica visou analisar a importância do papel desempenhado pelo Enfermeiro no Centro Cirúrgico (CC), conhecer as atribuições dos enfermeiros, listar os fatores relevantes para uma boa assistência de enfermagem e identificar as dificuldades dos enfermeiros. A pesquisa confirmou que: Centro Cirúrgico é a ala especial de um hospital preparada para cirurgias; é um ambiente de alto risco de transmissão de infecções; o enfermeiro do CC é especializado para atuar no pré, intra e pós operatório; a enfermagem deve atuar na prevenção de riscos para o paciente, o que inclui intervenções que envolvem procedimentos, pacientes, ambientes e as famílias; praticar o cuidado humanizado para reduzir os efeitos negativos dos procedimentos e da internação hospitalar, especialmente a dor, que aumenta o estresse e dificulta a recuperação; as tarefas de enfermagem exigem do profissional grande capacidade técnica, controle emocional, atenção e discernimento, e incluem: verificação das condições dos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e renal; suporte nutricional e de eliminações; dos acessos venosos, drenos; ferida cirúrgica; posicionamento, dor, segurança e conforto do paciente; os erros mais frequentes são a falha no monitoramento do paciente e as medicações erradas ou por vias erradas; 80% das falhas devem-se ao excesso de trabalho, carência de profissionais, falta de atenção, cansaço, e estresse; as causas das dificuldades dos enfermeiros são falta de conhecimento técnico e experiência, conflitos, rotina, estresse e fadiga. O resultado da pesquisa foi que a adequada preparação psicológica, monitoramento dos sinais vitais e de alerta de possíveis complicações, prontidão do atendimento, medicamentos administrados com precisão, entre outros, influenciam no prognóstico; As condições de trabalho dos enfermeiros nos hospitais são consideradas inadequadas devido às especificidades do ambiente, dificuldades de gerenciamento do trabalho e atividades insalubres ou emocionalmente contundentes, A precária saúde física e mental dos enfermeiros reflete, negativamente, na qualidade da assistência prestada ao paciente, contribuindo para a ocorrência de erros e desumanização do cuidado. E concluímos que é importantíssimo que o cuidado de enfermagem no Centro Cirúrgico seja competente e humanizado para benefício do paciente.

**Palavras-chave:** Enfermagem cirúrgica; Centro Cirúrgico; Dificuldades dos Enfermeiros

## ABSTRACT

This exploratory and qualitative work based on literature review, aims to analyze the important role played by nursing in the Surgical Center (CC), meet the tasks of nurses, list the factors relevant to good nursing care and identify the difficulties nurses. The research confirmed that: Surgical Center is a special ward of a hospital prepared for surgery, it is a high risk environment for transmission of infection, the nurse of the CC is specialized to serve on the pre, intra and postoperative period, the nurse must work in prevention of risks to the patient, which includes interventions involving procedures, patients, families and environments; practice humanized care to reduce the negative effects of procedures and hospitalization, especially pain, which increases stress and jeopardize the recovery; nursing tasks require great professional expertise, emotional control, attention and discernment, and include: checking the conditions of any neurological, respiratory, cardiovascular and renal, nutritional support and removals, the IV lines, drains, wound; positioning, pain, safety and comfort of the patient but the most common errors are failure to monitor a patient and the wrong medication or wrong way, 80% of failures are due to overwork, lack of professionals, lack of attention, fatigue and stress, the causes of the difficulties of the nurses are lack of technical knowledge and experience, conflicts, routine, stress and fatigue. The search results are that the appropriate psychological preparation, monitoring of vital signs and warning of possible complications, promptness of care, medications administered accurately, among others, influence the prognosis, the working conditions of nurses in hospitals are considered inadequate due the specific environment, difficulties in managing work and unhealthy or emotionally overwhelming, the poor physical and mental health of nurses reflects negatively on the quality of patient care contributed to the occurrence of errors and dehumanization of care, and concludes it is important that nursing care in the Surgical Center is competent and humane for the benefit of the patient.

**Keywords:** Surgical nursing; Surgical Center; Nurses' difficulties

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CC** – Centro Cirúrgico
- MS** – Ministério da saúde
- EAS** – Estabelecimento Assistencial de Saúde
- CME** – Central de Material Esterilizado
- COFEN** – Conselho federal de enfermagem
- SAE** – Sistematização da assistência de enfermagem
- SAEP** – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatoria
- IH** – Infecção Hospitalar
- ISC** – Infecção do sítio cirúrgico
- VPO** – Visita Pré-Operatório
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- CCIH** – Comissão de Controle de Infecção hospitalar
- UTI** – Unidade de Tratamento Intensivo
- ICC** – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- CDC** – Centro de Controle e Prevenção de Doenças
- SOBECC** – Sociedade Brasileira de Enfermagem do Centro Cirúrgico
- RA** – Recuperação Anestésica

## SUMÁRIO

|          |                                                                                           |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                    | <b>9</b>  |
| 1.1      | OBJETIVOS.....                                                                            | 12        |
| 1.1.1    | <b>Objetivo Geral.....</b>                                                                | <b>12</b> |
| 1.1.2    | <b>Objetivos Específicos.....</b>                                                         | <b>12</b> |
| 1.2      | JUSTIFICATIVA.....                                                                        | 13        |
| <b>2</b> | <b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                           | <b>14</b> |
| 2.1      | O CENTRO CIRUÚRGICO.....                                                                  | 14        |
| 2.2      | A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO.....                                      | 17        |
| 2.2.1    | <b>A Assistência de Enfermagem no pré-operatório.....</b>                                 | <b>18</b> |
| 2.2.1.1  | <i>A Avaliação das Condições do Paciente.....</i>                                         | <i>18</i> |
| 2.2.1.2  | <i>Avaliação das Condições do Ambiente.....</i>                                           | <i>20</i> |
| 2.2.1.3  | <i>Abordagem Humanizada do Paciente e da Família.....</i>                                 | <i>22</i> |
| 2.2.2    | A Assistência de Enfermagem no Infra-Operatório.....                                      | 24        |
| 2.2.3    | A Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório.....                                        | 25        |
| 2.2.3.1  | <i>O Controle da Volemia.....</i>                                                         | <i>28</i> |
| 2.3      | AS DIFICULDADES EXPERIMENTADAS PELOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM CENTROS CIRÚRGICOS..... | 32        |
| 2.3.1    | <b>Os Conflitos.....</b>                                                                  | <b>34</b> |
| 2.3.2    | <b>O desconhecimento e a inexperiência.....</b>                                           | <b>35</b> |
| 2.3.3    | <b>A Rotina, o Estresse e a Fadiga.....</b>                                               | <b>36</b> |
| 2.3.3.1  | <i>A Rotina .....</i>                                                                     | <i>36</i> |
| 2.3.3.2  | <i>O Estresse.....</i>                                                                    | <i>37</i> |
| 2.3.3.3  | <i>A Fadiga .....</i>                                                                     | <i>38</i> |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA.....</b>                                                                   | <b>41</b> |

|   |                                 |    |
|---|---------------------------------|----|
| 4 | CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES..... | 42 |
|   | REFERÊNCIAS.....                | 43 |

## 1 INTRODUÇÃO

Desde as primeiras intervenções cirúrgicas, as amputações, realizadas pelos chamados “cirurgiões barbeiros”, que a presença da enfermeira é importante, provendo auxílio às pessoas envolvidas, contendo o paciente, para que não se movesse durante o procedimento, e promovendo a limpeza e manutenção do ambiente.

Com o evento da anestesia em 1846, a cirurgia evoluiu, mas por muito tempo o ambiente físico ainda era precário, assim como os instrumentos. Existem relatos de cirurgias realizadas no segundo andar de um edifício para aproveitamento da luz natural e menor fluxo de pessoas. Ainda no século XIX realizou-se no Brasil a primeira ligadura de aorta abdominal, quarta cirurgia desse tipo no mundo.

A história das cirurgias corresponde também à história do trabalho dos enfermeiros nos Centros Cirúrgicos, pois são os responsáveis pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização dos procedimentos.

Com o avanço da tecnologia dos últimos anos, as cirurgias passaram a utilizar computadores e robótica, o que exige cada vez mais capacitação e habilidades dos enfermeiros.

O Centro Cirúrgico (CC) é uma das unidades hospitalares mais complexas e que expõe a equipe de saúde a situações estressantes, como lidar com os vários aspectos pertinentes à competência técnica, relacionamento e recursos materiais, além da necessidade de interação com o paciente e a família, em quem, esse ambiente fechado, associado às expectativas do procedimento anestésico-cirúrgico, provoca ansiedade e medo, que se somam às circunstâncias estressantes vividas pela equipe de saúde.

Ansiedade e medo são sentimentos experimentados pelo homem que, quando em doses adequadas, auxiliam na sobrevivência e nas relações do cotidiano. Mas, na iminência de uma intervenção cirúrgica, podem ser exacerbados e provocar alterações nem sempre benéficas para o paciente. Em algumas pessoas, pode causar alterações nos sinais vitais, principalmente a pressão arterial, podendo até causar o adiamento da cirurgia, por causa da hipertensão.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a Unidade de Centro Cirúrgico é o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediatas.

O CC é definido como uma área complexa e de acesso restrito que pertence a um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS), cuja arquitetura e área física devem seguir os padrões determinados em legislação específica vigente.

O ambiente do EAS, ambiente físico determinado e especializado para o desenvolvimento de determinadas atividades, caracteriza-se por dimensões e instalações diferenciadas e por projetos de construção que permitem ampliações, reformas e segurança, além do conforto das equipes que aí prestam serviços.

O CC compõe-se de várias dependências, interligadas, com o propósito de proporcionar ótimas condições para a realização do procedimento anestésico-cirúrgico. Deve ser de fácil acesso às Unidades de pacientes, tais como: ambulatório, emergência, unidade de terapia intensiva e de internação e também às unidades de suporte como almoxarifado, farmácia, lavanderia, banco de sangue, laboratório, raio-X e centro de material esterilizado (CME).

O MS preconiza para o CC, áreas que proporcionem o desenvolvimento de atividades necessárias aos procedimentos cirúrgicos e endoscópicos, as quais compreendem: recepção e transferência de pacientes, execução de procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, escovação e anti-sepsia das mãos, cirurgias de rotina ou emergenciais, realização de relatórios médicos e de enfermagem, elaboração de registros das cirurgias e endoscopias, assistência pós-operatória e armazenamento de órgãos para transplantes.

O CC precisa também contar com ambientes de apoio, como salas de utilidades, vestiários, banheiros, sala administrativa, laboratório para revelação de radiografias, sala de preparo de equipamentos e materiais, depósitos de equipamentos e materiais, sala de gases, para armazenamento de cilindros, sala de distribuição de hemocomponentes, copa, sala de espera com sanitários, para acompanhantes, sala de estar para funcionários, área para guardar macas e cadeiras de rodas e área de biópsia de congelamento.

A Resolução 272/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe que toda instituição de saúde deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cabendo ao enfermeiro, com exclusividade, a implantação, o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do processo de enfermagem que compreende: a consulta de

enfermagem, o histórico do paciente, o exame físico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem (SOBECC, 2005).

O Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) inicia-se no período pré-operatório, com a chegada do paciente ao hospital, estende-se até as 24 ou 48 horas seguintes ao ato anestésico-cirúrgico e consiste-se num método de sistematização da assistência de Enfermagem, individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado que deve ser capaz de proporcionar ao paciente a satisfação de suas necessidades físicas, psicológicas e sociais nesse período (PICCOLI; GALVÃO, 2004).

A elaboração da SAEP, sob o enfoque humanizado, exige que o enfermeiro de Centro Cirúrgico possua não só uma visão completa e contínua das necessidades básicas que afetam o paciente, mas também as que são afligem a sua família, de modo que possa contribuir para satisfazê-las e, com isso, minimizar a forte ansiedade gerada pela recepção no bloco cirúrgico (CAMPOS; AYRES; OLBRICH *et al*, 2005).

O enfermeiro ao preparar a SAEP, base de sustentação das ações de enfermagem no Centro Cirúrgico, deve fazer o levantamento de todos os dados necessários sobre o paciente, organizando-os e analisando-os; estabelecer o diagnóstico de enfermagem, priorizando as ações a serem implementadas no trans-operatório e no pós-operatório imediato e avaliar o alcance dos cuidados prestados ao cliente pelos resultados alcançados (SOBECC, 2005).

Este modelo de assistência tem como finalidade principal promover o maior bem-estar possível para o paciente, o que deve contribuir para reduzir os níveis de estresse que influenciam o desenvolvimento de sentimentos negativos, vulnerabilidade e dependência que, podem acarretar complicações futuras (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Grittem, Méier e Gaievicz (2006) observam que, muitas vezes, o estado de estresse independe do grau de complexidade ou riscos da cirurgia, relacionando-se mais com a desinformação sobre os procedimentos, a anestesia e os cuidados e alerta que, por isso, o papel do enfermeiro na orientação e no esclarecimento do cliente antes da intervenção cirúrgica é importante para acalmá-lo e prepará-lo para enfrentar o passo a passo do procedimento e da fase de recuperação.

Assim, a questão que norteia essa monografia é: Qual a importância do enfermeiro para um bom prognóstico do paciente no Centro Cirúrgico?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Conhecer a importância do enfermeiro no Centro Cirúrgico.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Destacar as atribuições dos enfermeiros no Peri operatório;
- ✓ Listar os fatores relevantes para uma boa assistência do enfermeiro no Centro Cirúrgico;
- ✓ Identificar as dificuldades experimentadas pelos enfermeiros que trabalham em Centros Cirúrgicos;

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema desse trabalho justifica-se pela vivência que tenho como profissional da enfermagem e pela suma importância do enfermeiro no centro cirúrgico.

Começa com o acolhimento humanizado do paciente e sua família ao chegar ao hospital, passa pelo desempenho técnico de prepará-lo para a cirurgia e acompanhá-lo durante o procedimento e se estende à assistência pós operatória, quando sua atuação é importante para a recuperação e reabilitação do paciente.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O CENTRO CIRÚRGICO

Denomina-se Centro Cirúrgico, a ala especial dentro de um hospital, convenientemente preparada para a prática de cirurgias.

Compõe-se de: Bloco Operatório, um conjunto de salas de operação devidamente aparelhadas, onde ocorrem as intervenções cirúrgicas, propriamente ditas; uma Seção de Recuperação Pós-Anestésica, com leitos equipados para a assistência aos pacientes até que tenham saído do efeito dos anestésicos e estejam em condições de voltarem para as suas áreas de origem; Seção de Material, onde se armazenam artigos estéreis e não estéreis utilizados pelas diversas equipes nas operações, tais como: fios de sutura, seringas, cateteres, agulhas, próteses e sondas e Seção de Centro de Material e Esterilização, onde são preparados, armazenados e distribuídos os artigos estéreis necessários à cirurgia, dentre eles: compressas, gazes, bacias, campos cirúrgicos, cubas, aventais, instrumentais (POSSARI, 2004).

O Centro Cirúrgico é considerado como área crítica, ou seja, consiste-se de ambiente de alto risco de transmissão de infecções (BRASIL, 1994, 1998).

As precauções anti-infecciosas são justificáveis pelo grau de invasibilidade dos procedimentos cirúrgicos e administração de anestésicos, agravada pela diminuição crítica das defesas orgânicas do paciente.

Conforme Oliveira e Ciosak (2007), no contexto das infecções hospitalares (IH), a infecção do sítio cirúrgico (ISC), tem sido apontada como uma das mais significativas, maior em média até 60% do volume de infecções adquiridas no período de internação, além de exigir grandes esforços para sua prevenção.

Os mesmos autores acrescentam que as estatísticas do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) indicam que 14 a 16% das infecções hospitalares são atribuídas às infecções de sítio cirúrgico, fato esse que se adiciona a significativos custos relativos a cuidados de saúde devido a complicações dessas infecções.

Segundo Caetano (2004), estudiosos reconhecem que entre 70 e 80% das infecções hospitalares, inclusive a da ferida cirúrgica, é de origem endógena, mas a segunda causa da transmissão da ISC é a equipe cirúrgica, que propicia a infecção veiculada principalmente pelas vias aéreas superiores e pelas mãos. Outros mecanismos de contaminação são os artigos médico-hospitalares e o ar ambiente.

Por outro lado, a natureza do ato cirúrgico, que estabelece condições para o contato com sangue, líquidos e tecidos orgânicos, implica em risco de exposição ocupacional aos agentes biológicos. Este risco é agravado pelo estresse e pelas limitações ergonômicas presentes, geralmente, durante o procedimento (CARNEIRO, SANTOS, SILVA *et al*, 2003).

Assim, a divisão de áreas do Centro Cirúrgico objetiva resguardar a sala de cirurgia, de possíveis contaminações por agentes externos, limitando o acesso de pessoas, estabelecendo normas de condutas diferenciadas por área e adotando barreiras técnicas anti-infecciosas.

O Centro cirúrgico dividi-se em: Área Restrita privativa do pessoal vestido com a indumentária cirúrgica completa, com rígido controle de trânsito e assepsia, as Salas de Operação; Área Semi Restrita, que compreende os corredores, e a área de recuperação pós anestésica, onde se permite a circulação de pessoal e equipamentos desde não interferiram nas rotinas de controle e manutenção da assepsia da área restrita; Área não Restrita, de circulação livre no ambiente interno do Centro cirúrgico, onde não há necessidade dos uniformes privativos das outras áreas. São elas os vestiários, salas de administração, salas de espera e outras (POSSARI, 2004).

Os trabalhos no CC são executados por equipes multidisciplinares compostas por médicos, cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e pessoal de limpeza e interliga-se com demais equipes e serviços, tais como: bancos de sangue, laboratórios e serviços de radiologia, sendo seu principal objetivo promover intervenções cirúrgicas com segurança e competência para o melhor benefício dos pacientes (CARNEIRO, SANTOS, SILVA *et al*, 2003)

Os recursos humanos do Centro Cirúrgico constituem-se de funcionários que tenham habilidades e facilidade de trabalhar em equipe. E compõe-se de equipe cirúrgica, de anestesiologia, de enfermagem, administrativa e de higiene, com o objetivo de assistir, adequadamente, às necessidades do paciente. É importante que todos funcionem

harmonicamente e de forma integrada, para a segurança do paciente hospitalizado e eficiência do ato anestésico-cirúrgico.

Na equipe, todos devem possuir responsabilidades e funções definidas, assim como a habilitação necessária para as atividades que desempenham, com o objetivo de possibilitarem que o ato anestésico-cirúrgico transcorra dentro de ambiente seguro, confortável e asséptico, com o menor risco possível de eventos adversos para o paciente e equipe de saúde, composta de enfermeiros, coordenador e assistencial, técnicos e auxiliares de enfermagem.

- ✓ Definir as atribuições das enfermagem do CC, como:
- ✓ avaliar plano de cuidado de enfermagem e supervisionar a execução de procedimentos de enfermagem durante os procedimentos cirúrgicos;
- ✓ priorizar os cuidados de enfermagem no pré-operatório em SIQ;
- ✓ supervisionar as ações profissionais da equipe de enfermagem;
- ✓ avaliar procedimentos e programação cirúrgica;
- ✓ fazer a escala diária de atividades dos funcionários;
- ✓ avaliar a documentação da sala cirúrgica e o encaminhamento de prontuários;
- ✓ conferir os materiais implantáveis necessários ao procedimento cirúrgico;
- ✓ ser como promotor do atendimento aos pacientes dependentes de cuidados de enfermagem;
- ✓ verificar os materiais e equipamentos necessários ao ato anestésico-cirúrgico;
- ✓ manter o ambiente cirúrgico seguro, limpo para o paciente quanto para a equipe multidisciplinar;
- ✓ realizar avaliação pré-operatória de acordo com as condições oferecidas pelo hospital;
- ✓ registrar o paciente no CC, conferindo-se os dados pré-operatórios dos exames, pré-operatório de área, do prontuário e da pulseira de identificação, assim como de documentação de exames pré-operatórios ao ato cirúrgico;
- ✓ acompanhar o paciente até a sala de cirurgia;
- ✓ avaliar o grau de preparo do paciente de acordo com a sala de cirurgia;
- ✓ realizar higiene física ao paciente no momento de sua entrada na sala de cirurgia;
- ✓ avaliar as necessidades de enfermagem;
- ✓ avaliar o paciente para o ato anestésico-cirúrgico, providenciando o suporte para os procedimentos cirúrgicos;
- ✓ avaliar o grau de preparo do paciente de acordo com a sala de cirurgia;

## 2.2 A IMPOTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

O enfermeiro é o profissional habilitado para gerenciar as necessidades que envolvem o ato anestésico-cirúrgico em todas as suas etapas. Dependendo da organização estrutural adotada, pode haver tanto o enfermeiro-coordenador quanto o assistencial.

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico-SOBECC recomenda que o enfermeiro seja especialista na área de conhecimento em que atua. A maioria dos cursos de pós-graduação nível especialização de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Brasil engloba também as áreas de Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

Dentre as atribuições dos enfermeiros do CC, estão:

- ✓ realizar plano de cuidados de enfermagem e supervisionar a continuidade da assistência prestada aos pacientes cirúrgicos;
- ✓ prover recursos humanos necessários ao atendimento em SO;
- ✓ supervisionar as ações profissionais na equipe de enfermagem;
- ✓ checar previamente a programação cirúrgica;
- ✓ fazer a escala diária de atividades dos funcionários;
- ✓ orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de itens especiais;
- ✓ conferir os materiais implantáveis necessários ao procedimento cirúrgico;
- ✓ ter como prioridade o atendimento aos pacientes, dependendo do grau de complexidade;
- ✓ verificar os materiais e equipamentos necessários ao ato anestésico-cirúrgico;
- ✓ manter um ambiente cirúrgico seguro, tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional;
- ✓ realizar avaliação pré-operatória, de acordo com as condições oferecidas pela instituição;
- ✓ recepcionar o paciente no CC, certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios da área, do prontuário e da pulseira de identificação, assim como da apresentação de exames pertinentes ao ato cirúrgico;
- ✓ acompanhar o paciente até a sala da cirurgia;
- ✓ auxiliar na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica;
- ✓ realizar inspeção física no paciente no momento de sua entrada na sala de cirurgia;
- ✓ colaborar no ato anestésico, se necessário;
- ✓ colocar o paciente para o ato anestésico-cirúrgico, providenciando coxins para seu conforto e segurança;
- ✓ efetuar sondagem vesical de demora ou de alívio, se necessário;

- ✓ checar resultados de exames laboratoriais realizados no transoperatório;
- ✓ fazer anotações e evoluções de enfermagem, incluindo os cuidados prestados e ocorrências durante a cirurgia;
- ✓ realizar o curativo cirúrgico ou ajudar a equipe em sua execução;
- ✓ prestar assistência ao paciente ao término do procedimento anestésico-cirúrgico;
- ✓ auxiliar a equipe de transferência do paciente da mesa para a maca, realizando breve inspeção física no indivíduo, para detectar possíveis eventos adversos e certificando-se da correta colocação de cateteres, sondas e drenos;
- ✓ encaminhar o paciente para a recuperação anestésica;
- ✓ informar condições clínicas do paciente para o enfermeiro responsável pela RA. No caso de encaminhamento da SO para a Unidade de Tratamento Intensivo, o ideal é que o enfermeiro acompanhe o paciente, com um membro da equipe e passe o plantão àquela Unidade.

Grittem, Méier e Gaievicz (2006) explicam que algumas condições pré-operatórias, intra-operatórias e pós operatórias, influenciam nos resultados das cirurgias: as condições inerentes à própria lesão, motivo da cirurgia, as anormalidades de subsistemas secundários (pulmões, rins, sangue, fígado, sistema nervoso central, coração etc...), o estado funcional e a idade do paciente e procedimentos e eventos durante as cirurgias, como circulação extracorpórea, a hipotermia etc...

O papel da enfermagem é atuar na possível prevenção de situações de risco para o paciente, o que implica em intervenções que cubram todos os aspectos que envolvem o procedimento: o paciente, o ambiente e a família.

## **2.2.1 A Assistência de Enfermagem no Pré Operatório**

### *2.2.1.1 Avaliação das condições do paciente*

O objetivo da intervenção da enfermagem no período pré-operatório é a minimização das possibilidades de complicações durante e após a cirurgia.

Segundo Brandão (2006, p. 238), alguns fatores contribuem para o aumento da incidência de mortalidade e de complicações no pós operatório como:

Cirurgia de urgência ou emergência, a idade avançada, sexo feminino, infarto do miocárdio prévio, diabetes, tabagismo, cirurgia cardíaca prévia,

obesidade, insuficiência renal e doença pulmonar obstrutiva crônica; a desnutrição e doenças que alteram a imunidade, entre outros

Por isso, Galdeano e Rossi (2004) recomendam que sempre que possível, a preparação do paciente para uma cirurgia deve começar alguns meses antes do evento como: não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas, por pelo menos 2 meses antes da cirurgia, controlar rigorosamente a diabetes por pelo menos um mês; tomar vacinas anti-tetânica, anti-gripal e anti-pneumocócica; emagrecer, se for necessário; melhorar hábitos de higiene; fazer tratamento dentário; fazer fisioterapia respiratória; suspender alguns medicamentos que possam gerar problemas no pós operatório, como aspirina e outros anticoagulantes e encaminhar doadores de sangue para os hemocentros, entre outros.

A visita pré-operatória (VPO) é a estratégia utilizada para levantar e avaliar as necessidades individuais do paciente cirúrgico.

As informações ou dados coletados na VPO oferecem subsídios para o planejamento efetivo da sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), através da identificação dos problemas ou alterações relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais do paciente, os quais podem influenciar, significativamente, tanto no procedimento anestésico-cirúrgico como na reabilitação do paciente (POSSARI, 2004).

Um dos aspectos que devem ser observados é o nível da ansiedade ou depressão, os distúrbios psiquiátricos mais associados às doenças físicas, e que, em geral, encontram-se exacerbados no período pré-operatório pela antecipação da dor, separação da família, perda da independência e medo de tornar-se incapacitado, do procedimento cirúrgico em si e da morte. A correta intervenção de enfermagem deve incluir medicação antidepressiva, mas também apoio psicológico e abundância de informações (NOVAES; VINIC; KNOBEL, 2005).

De acordo com Marcolino, Suzuki e Cunha (2007) esses distúrbios acometem aproximadamente 45% dos pacientes adultos e estão associados a resultados adversos, tanto clínicos quanto psicológicos.

No entanto, afirmam os mesmos autores, nem sempre são percebidos, uma vez que os sintomas do quadro ansioso ou depressivo podem ser confundidos com os de outras patologias, inclusive com a que tenha dado causa à cirurgia: cefaléia persistente, apatia, distúrbios do sono, fadiga, mudanças de humor, taquicardia, falta de ar, anorexia, entre outros.

No período pré-operatório, durante a anamnese, o enfermeiro deve ser capaz de verificar a existência de fatores e condições de risco, dentre eles: uso de drogas lícitas ou

ilícitas; alergias a medicamentos e/ou alimentos; histórico de infecções; presença de doenças crônicas; sangramentos; gravidez e outras patologias, estabelecendo se há ou não necessidade de aplicar medidas especiais, que sejam capazes de neutralizar ou minimizar os efeitos de cada um, quando isso é possível (HIKIJ, 2007).

O exame físico detalhado também é importante para percepção de lesões na pele, o estado da higiene bucal e conservação dos dentes; o tipo de tórax; presença de sopros carotídeos, varizes, edemas, pulsos nos quatro membros além de exame específico do coração, pulmão, abdome, neurológico, rins e outros órgãos. Os exames laboratoriais devem completar a investigação a respeito das condições em que se encontra o paciente antes de ser encaminhado à cirurgia ( BRANDÃO, 2006).

#### *2.2.1.2 Avaliação das condições do Ambiente*

A higidez do ambiente hospitalar, especialmente do Centro Cirúrgico, é a segunda grande preocupação da Enfermagem.

Durante e após uma doença, um grande número de vírus, bactérias e fungos se espalham no ambiente advindos da respiração e das secreções do corpo, incluindo-se sangue, fezes, urina, saliva e fluído nasal, contaminando fômites, os quais podem ser qualquer superfície ou objeto que possa reter microorganismos, servindo, depois, como veículo de transmissão, como as próprias mãos humanas, maçanetas, copos, sapatos, utensílios e mobiliários diversos, lençóis, fronhas, cobertores, cortinas, toalhas, panos de chão e outros produtos (SANTOS; LACERDA; GRAZIANO, 2005).

Pelo menos 10 tipos de vírus que causam doenças respiratórias e gastrointestinais podem ser transmitidos apenas por fômites.

O tempo de duração de um vírus numa superfície é variável, e depende da capacidade contaminadora do vírus, do tipo de material de que se compõe o fômite, das condições de temperatura, umidade e outros fatores ambientais e, para haver contaminação, depende também da quantidade de vírus que entrou em contato com o receptor e sua capacidade de manter-se imune. Em alguns casos, um vírus entérico pode permanecer ativo até 45 dias, e um vírus de influenza, por 1 semana, ou mais (SCHEIDT, 2006 p. 6).

A finalidade do controle ambiental da unidade de Centro Cirúrgico (CC) é isentar o paciente do risco de adquirir uma infecção hospitalar durante o procedimento anestésico-cirúrgico, pois é durante esse período, que a possibilidade de contaminação ambiental é maior, devido ao número e trânsito de pessoas na Sala de Operação (SO), constante abertura de portas (o que promove a turbulência do ar e aumenta a quantidade e o movimento de microrganismos no ambiente), e pela exposição da ferida cirúrgica ao contingente microbiano proveniente do ambiente e da equipe cirúrgica (CARDOSO; PEREIRA; SOUZA, 2006).

Confome Oliveira e Ciosak (2007), estatísticas do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) indicam que de 14 a 16% da totalidade das infecções hospitalares são atribuídas às infecções de sítio cirúrgico (ISC), apontado como um dos sítios prevalentes de IH, levando a um aumento médio de até 60% do período de internação, além de exigir grandes esforços para sua prevenção.

De acordo com Caetano (2004), 30% das infecções hospitalares originárias da ferida cirúrgica são veiculadas pelas vias aéreas superiores e pelas mãos das pessoas da equipe cirúrgica que muitas vezes não utilizam de forma correta, ou em casos mais absurdos deixam de utilizar, o equipamento de proteção individual (EPI), necessário recomendado para sua própria proteção e do paciente.

O risco de infecção do sítio cirúrgico não se restringe apenas ao procedimento cirúrgico em si. Existem riscos relacionados aos pacientes, ao período pré-operatório e ao período intra-operatório.

É de suma importância para todo o serviço o monitoramento da taxa de infecção do sítio cirúrgico, com busca ativa dos casos, separação cirúrgica e relacionamento com o potencial de contaminação do procedimento. Sem esse conhecimento não é possível avaliar a ocorrência de surtos nem padronizar procedimentos que podem ser individualizados conforme o tipo de cirurgia (POSSARI, 2004 p 9).

Cardoso *et al* (2006) afirmam que a simples ação de lavagem das mãos, com água e sabão, consegue remover a maioria dos microrganismos da flora transitória, células descamativas, suor, sujidade, oleosidades e outros fluidos, prevenindo assim o aumento dos índices de infecções transmitidas por contato manual direto entre pacientes no ambiente hospitalar.

Segundo Medeiros et al (2004), apesar dos grandes avanços tecnológicos no campo cirúrgico, o controle da infecção continua sendo um grande desafio e que todos os esforços devem ser empregados na sua prevenção.

Mas não cabe apenas aos enfermeiros participantes da Comissão de Controle de Infecção hospitalar (CCIH) a prevenção e o controle das Infecções Hospitalares, mas a todos os enfermeiros e demais integrantes das equipes multidisciplinares trabalhando nos Hospitais, especialmente nos Centros Cirúrgicos, que juntamente com as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), de onde vem e para onde vai grande parte dos pacientes submetidos a cirurgias, consistem-se nos dois mais relevantes sítios geradores de IH (FERNANDES, 2005).

Os cuidados com a segurança do paciente não se limitam à assepsia do ambiente, dos equipamentos, acessórios e ferramentas, mas também das condições do mobiliário, instalações elétricas, funcionamento dos instrumentos de monitoração e disponibilização de recursos humanos (CRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

#### *2.2.1.3 A Abordagem humanizada do paciente e da família*

O ambiente hospitalar, em especial o Centro Cirúrgico, é por si só inóspito, frio, tecnológico e profundamente associado à dor, riscos, perdas e morte, causando por isso forte impacto no paciente e sua família.

A partir de 1995, o movimento pela humanização do atendimento de saúde, especialmente nas UTIS e Centros Cirúrgicos, visa a melhoria do atendimento aos pacientes, redução dos óbitos, da morbidez, do tempo de internamento, das seqüelas psicológicas e até, conseqüentemente, dos custos envolvidos, através de ações com o objetivo principal de aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, tornando o atendimento de saúde, especialmente quando há risco de morte, menos traumático e estressante (CASATE; CORREIA, 2005).

A Constituição de 1988, Artigo 1º item III, garante a todos os cidadãos o direito à dignidade e em seu artigo 196 da Seção II assume o dever de garantir o direito dos cidadãos aos cuidados com a saúde, dando ensejo ao Estatuto da Criança e do Adolescente (Resolução 41/95), ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2001), ao Estatuto

do Idoso Lei nº 10.741, de 01/10 2003 entre tantas outras normas que regulam a assistência humanizada de saúde.

A meta do processo de humanização é minimizar os efeitos negativos dos procedimentos e da internação hospitalar. (CASATE; CORREA, 2005)

Segundo Sousa (2005, p.44), as seguintes providências são essenciais:

Controlar a dor; oferecer orientação e informação verdadeira e clara; promover o máximo conforto; garantir a comunicação; promover a segurança; manter a privacidade; estimular a autonomia; prover apoio emocional; estimular a presença da família; preservar o direito de visita; promover o sentimento de esperança.

Em segundo lugar, no índice de produção de estresse, está a desinformação. A incerteza e o desconhecimento da real situação do paciente, do que está sendo feito por ele, e das razões e importância dos procedimentos, muitas vezes dolorosos, mas necessários, levam pacientes e familiares a altos níveis de ansiedade, frustração, rebeldia e irritação. Explicações simples, sem fortes cargas emocionais, mas com solidariedade, são capazes de passar o sentimento de competência e empatia da equipe, trazendo sensação de segurança e confiança, facilitando o processo, de cuidar e reabilitar (KNOBEL, 2002).

O terceiro fator de estresse é o estado precário de conforto em que o paciente se encontra. Imobilidade, inaptidão para realizar até tarefas simples do dia a dia, impossibilidade de expressar sentimentos e desejos, são situações que muitas vezes não podem ser evitadas, mas podem ser minimizadas, atuando-se sobre os agentes que podem ser modificados como: ajustes na temperatura e na iluminação; mudanças frequentes de posição; limpeza; controle de ruídos, e o toque amigável, expressivo e sincero, transmitem cuidados e apoio aos clientes e às suas famílias.

Promover a segurança física (cuidados para prevenir quedas e lesões) e a confiança, que depende do nível de comunicação que foi estabelecido entre paciente e equipe. Clareza e constância nas informações e atitudes de respeito e solidariedade são importantes na construção da confiança (MOREIRA; CASTRO, 2006).

Segundo Salício e Gaiva (2006), os profissionais de saúde são unânimes em afirmar que a família “adoece” junto com o paciente, e como ele, passa por todos os sentimentos que se constituem nas etapas do processo de aceitação da nova situação: sentimentos de negação e incredulidade; raiva e revolta; busca de soluções alternativas; culpas e depressão e por fim

a aceitação da realidade dos fatos, com todas as suas implicações. (SCARELLI, 1993 apud SALÍCIO; GAIVA, 2006).

Conduzir a família através deste processo, emocional e doloroso é tarefa bastante desgastante para a equipe de atendimento, especialmente para os enfermeiros, responsáveis pelo fluxo maior de comunicação entre os médicos e outros membros da equipe e com os pacientes e familiares que devem sempre considerar que cada família tem hábitos, costumes, valores, condições psicológicas, econômicas, culturais e sociais diferentes e que os membros de uma família também diferem entre si, e que por isso, conflitos sempre poderão estar presentes (SALÍCIO; GAIVA, 2006).

Brunner e Suddhart (2005) descrevem as rotinas de atividades de enfermagem na função pré-operatória, dentre elas: registrar o histórico pré-operatório preliminar do paciente; planejar os métodos de abordagem para passar informações necessárias aos pacientes; entrevistar a família; verificar a conclusão dos testes; pesquisar e avaliar as necessidades especiais do paciente quanto à transporte e cuidados.

Na unidade cirúrgica, completar o histórico pré-operatório; coordenar as informações do paciente com outros membros da equipe; explicar ao paciente as fases do período Peri operatório e suas perspectivas; desenvolver plano de prescrições; Na sala de operações: avaliar o nível de consciência do paciente, revisar o prontuário e a identificação do paciente e examinar a área a ser operada.

Durante todo o período pré-operatório, o enfermeiro deve Coordenar os serviços e recursos apropriados, prestar apoio psicológico, avaliar o estado psicológico, prevenir estímulos nocivos e comunicar os resultados de suas observações e cuidados aos demais membros da equipe.

### **2.2.2 A Assistência de Enfermagem no Infra Operatório**

Na fase infra-operatória, o desempenho do enfermeiro não é menos importante.

A par dos procedimentos básicos de assepsia do ambiente e monitoração das condições de segurança do paciente: manutenção da posição adequada, alinhamento funcional, correta exposição da área cirúrgica, suporte físico e logístico (contagem de gases, agulhas, instrumental etc...), cabe aos enfermeiros a observação e comunicação da análise

fisiológica do paciente: excessiva perda ou ganho de líquidos, dados cardiopulmonares, alterações da respiração, temperatura, pressão, entre outros, o enfermeiro deve prover também apoio psicológico, caso o paciente esteja consciente, como: informações úteis, toque suave, demonstração de segurança e tranquilidade, dentre outros (CAMPOS; AYRES; OLBRICH, 2005).

O assessoramento de enfermagem na sala de operações exige do profissional grande capacidade técnica, controle emocional, atenção e discernimento, especialmente em cirurgias de alta complexidade.

Em cirurgias cardíacas, por exemplo, deve ser capaz de calcular fluxos de sangue, gases, composição e volume dos líquidos com base nos dados biométricos do paciente, idade, peso, altura e superfície corpórea; doses de heparina e protamina para a anticoagulação sistêmica; informar calibres mínimos das cânulas aórtica e venosas, adequadas aos fluxos sanguíneos a serem utilizados; obter do anestesista os parâmetros hemodinâmicos do paciente; executar a circulação do sangue e sua oxigenação extracorpórea, monitorizando as pressões arteriais e venosas, diurese, tensão dos gases sanguíneos, hematócrito, nível de anticoagulação e promover as correções necessárias, induzir o grau de hipotermia sistêmica determinado pelo cirurgião, reaquecer o paciente ao final do procedimento e administrar os medicamentos prescritos entre inúmeras outras atribuições (LEGUISAMO; KALIL, 2005).

### **2.2.3 A Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório**

No período pós-operatório o paciente encontra-se vulnerável a complicações, especialmente, de origem respiratória, circulatória e gastrointestinal.

A habilidade do profissional em percebê-las precocemente é fundamental, para promover a rápida recuperação do paciente, evitar a infecção hospitalar, reduzir gastos e aumentar a chance de sobrevivência.

A incidência de complicações no pós-operatório imediato está geralmente associada às condições clínicas pré-operatórias, à extensão e ao tipo de cirurgia, às intercorrências cirúrgicas ou anestésicas e à eficácia das medidas terapêuticas adotadas (POSSARI, 2006).

Os objetivos da equipe multidisciplinar, especialmente de enfermagem durante esse período são: a manutenção do funcionamento e equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da

dor e do desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, e planejamento adequado de alta e orientações (CARVALHO, 2007).

O período pós-operatório imediato inicia-se ainda no centro cirúrgico, sob supervisão do anestesista, devendo o paciente permanecer com monitorização do ritmo cardíaco, pressão arterial média e oximetria de pulso, inclusive durante o transporte para a terapia intensiva, onde deve ser mantido com ventilação mecânica, ainda em coma anestésico e por vezes hipotérmico (NOMA; MALTA; NISHIDE, 2004).

Na Unidade de Tratamento Intensivo, as informações devem ser passadas ao intensivista e incluem: as intercorrências do ato cirúrgico, as condutas que foram iniciadas, o tipo de intervenção, se houve ou não transfusões sanguíneas, se há infusão de drogas e em que quantidade, bem como o balanço hídrico do paciente (AVELAR, 2005).

Os cuidados de enfermagem na assistência ao paciente no pós-operatório são direcionados no sentido de restaurar o equilíbrio homeostático, prevenindo complicações.

O enfermeiro da Unidade Pós operatória deve proceder à avaliação inicial logo após a cirurgia, o que inclui a verificação das condições dos sistemas neurológico, respiratório, cardiovascular e renal; suporte nutricional e de eliminações; dos acessos venosos, drenos; ferida cirúrgica; posicionamento, dor, segurança e conforto do paciente (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

Na análise do processo respiratório observa-se a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação pulmonar, em frequência, amplitude e ruído e a presença ou não de desconforto respiratório.

Os problemas respiratórios mais frequentes no pós-operatório são: atelectasia, pneumonia e embolia pulmonar. Os sinais e sintomas de complicações pulmonares incluem: aumento da temperatura, agitação, dispnéia, taquicardia, hemoptise, edema pulmonar, alteração do murmúrio vesicular, expectoração viscosa e espessa (HIKIJ, 2007).

As intervenções de enfermagem mais frequentes para manter via aérea permeável são: mudar o paciente de decúbito; estimular a tosse, promover alívio para desconforto e dor; administrar oxigênio; estimular a mobilização precoce no leito e a deambulação; verificar a consistência e o aspecto das secreções; hidratar o paciente, se necessário; manter o nebulizador e o umidificador com nível de água adequado (BRUNNER; SUDDHART, 2005).

O cuidado básico na análise da função cardiovascular é a monitorização do paciente em relação aos sinais de choque e hemorragia. O enfermeiro deve avaliar os sinais vitais, coloração da pele e mucosas, temperatura e grau de umidade, tempo de enchimento capilar (perfusão), verificação dos gases sanguíneos, ausculta e percussão cardíaca (VILELA, 2008).

As complicações cardiovasculares mais comuns são: arritmias cardíacas, hipertensão, hipotensão que resultam em trombose venosa profunda, infarto agudo do miocárdio e hipoperfusão periférica. Os sintomas destas complicações incluem desidratação; circulação inadequada, resultante de hemorragia; hiperemia; dor; edema; hiperestesia das extremidades e presença do sinal de Homan (MONA; MALTA; NISHIDE, 2004).

Os cuidados de enfermagem abrangem exercícios com as pernas, deambulação precoce, meias antiembólicas, hidratação adequada e baixa dose de heparina.

Na avaliação neurológica, o enfermeiro deverá observar e monitorar o nível de consciência, resposta à estimulação verbal e/ou à dor; tamanho das pupilas e sua reação à luz; padrão de motricidade e mobilidade dos membros e da musculatura da face; efeitos remanescentes da anestesia (BRUNNER; SUDDHART, 2005).

Os desequilíbrios hidroeletrolíticos pós-operatórios podem levar à retenção de produtos catabólicos, problemas neurológicos, cardíacos e de hiper/hipohidratação.

Os principais objetivos do tratamento hidroeletrolítico no pós-operatório são: manutenção do líquido extracelular e do volume sanguíneo dentro dos parâmetros da normalidade e a; prevenção da sobrecarga hídrica, evitando-se, assim, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou edema pulmonar.

As intervenções de enfermagem podem incluir: avaliação de infusão, ingestão e eliminação adequadas de líquidos, verificação da pressão arterial, pulsação, eletrólitos séricos e registro de ganhos e perdas (VILELA, 2008).

Quanto mais cedo o paciente voltar à dieta normal, após a cirurgia, melhor, uma vez que a alimentação regular promove o retorno precoce da função gastrointestinal, o que favorece o fluxo sanguíneo intestinal, o que, por sua vez, reduz o risco de translocação bacteriana e a cicatrização da ferida cirúrgica. O enfermeiro deve promover avaliações constantes: inspeção, percussão, palpação e ausculta abdominal.

Os enfermeiros devem também manter um bom acesso venoso que permita administração de drogas vasoativas e infusão de soluções e medicamentos; registrar as

secreções coletadas pelos drenos fixá-los à pele para evitar a dor e trocar seus curativos diariamente; manter a perfeita assepsia do ambiente e da ferida cirúrgica, cruciais para a cicatrização (SILVA, 2008).

#### 2.2.3.1 *Controle da Volemia*

O sangue é o sistema de defesa do organismo contra doenças e a invasão de germes patogênicos. Entre suas funções estão também o equilíbrio e a distribuição de água e a regulação da temperatura. Um adulto tem aproximadamente 60ml de sangue para cada quilograma de peso corporal. Os elementos celulares correspondem a aproximadamente 45% do volume de sangue, enquanto o plasma corresponde a 55% (VILELA *et al*, 2008).

O plasma constitui-se em 90% de água e 10% de sólidos (proteínas, lipídeos, glicose, ácido e sais, vitaminas, minerais, hormônios e enzimas). Cada litro de sangue contém 60 a 80 gramas de proteína, especialmente albumina, e em menor quantidade, as globulinas, relacionada à formação de anticorpos para a defesa do organismo e o fibrinogênio, uma proteína fundamental no processo de coagulação do sangue (AIRES, 2008).

Os glóbulos vermelhos existentes no sangue podem ser avaliados pelo hematócrito que revela a concentração dos glóbulos vermelhos. O homem normal tem hematócrito de 40 a 45% (média de 42%), e o da mulher oscila entre 38 e 42% (media de 40%) (AULER, *et al*, 2004).

O hematócrito, quando não há anemia, tem relação com a quantidade de hemoglobina existente no sangue. O valor de 15g% de hemoglobina no sangue corresponde à, aproximadamente, um hematócrito de 45%. A razão aproximada é de 1:3 em relação ao hematócrito, o que equivale a dizer que, o valor da hemoglobina multiplicada por três, corresponde ao valor aproximado do hematócrito (BRUNNER; SUDHART, 2005).

Cabe ao enfermeiro observar se os níveis do hematócrito dos pacientes encontram-se dentro dos limites aceitáveis.

Foschiera *et al* (2004 p.21) explica que:

um hematócrito mínimo de 15% para a maioria dos pacientes, 17% para pacientes de alto risco, durante a circulação extracorpórea e 22% para a maioria dos pacientes e 24% para pacientes de alto risco no pós-operatório imediato, são valores que asseguram um adequado transporte de oxigênio e

que costumam reduzir os riscos de enfrentar maiores morbidade e a mortalidade.

A coagulação do sangue é um processo importante da hemostasia. Desordens na coagulação podem levar a uma hemorragia aumentada e/ou trombose e embolismo. Num indivíduo normal, a coagulação é iniciada dentro de 20 segundos após a lesão, sendo a resposta do corpo humano à lesão e sangramento de um vaso sanguíneo (AIRES, 2008).

O controle do sangramento, nas pessoas saudáveis, ocorre muito rapidamente e sem necessidade de qualquer intervenção médica. No entanto nos traumas e cirurgias de grande porte, muitas vezes torna-se necessária a intervenção médica para minimizar a perda de sangue e suas conseqüências (BRUNNER; SUDHART, 2005).

O sangramento continua sendo uma das principais causas de morbidades em cirurgias cardíacas, especialmente pela possibilidade de procedimentos mais complexos, por períodos prolongados de circulação extracorpórea e intervenções em pacientes muito descompensados (SILVA *et al*, 2008).

Transfusões de sangue e hemoderivados e a revisão cirúrgica de hemostasia aumentam sensivelmente a morbidade e a mortalidade, além de elevar os custos hospitalares. Assim, a atuação de um enfermeiro intensivista com um bom preparo técnico e que demonstre conhecimento dos fatores de risco de sangramento é fundamental para a adoção de medidas preventivas e terapêuticas. Por carência de outros métodos mais econômicos e eficientes, acaba-se por recorrer à revisão cirúrgica de hemostasia, quando o paciente apresenta sangramento agudo ou persistente que não pode ser explicado por distúrbios de coagulação e que não responderam à tentativas de correção de fatores específicos. Contudo, eleva em três vezes a mortalidade hospitalar e em quatro vezes a ocorrência de insuficiência renal aguda e de sepse ao final, em quase 50% dos casos, não há fonte de sangramento, a não ser a coagulopatia, possivelmente induzida pela circulação extracorpórea (BARBOSA, 2002).

Leguisamo e Kalil (2005, p.136) apontam que a circulação extracorpórea “causa redução do nível de fatores de coagulação, estimulação da fibrinólise, indução de plaquetopenia, coagulação intravascular disseminada e disfunção plaquetária, além de efeitos na heparina e protamina circulantes”, especialmente se for de duração prolongada.

Ao admitir o paciente em sangramento pós operatório de cirurgia cardiovascular, cabe ao enfermeiro, levando em conta todos os fatores que potencialmente poderiam ter desencadeado o sangramento, informar-se sobre as seguintes situações: o tempo de cirurgia,

número de hemotrasfusões durante a cirurgia, tempo de circulação extracorpórea, presença ou não de indução hipotérmica no ato cirúrgico e ficar atento a sinais de choque hipovolêmico (AULER *et al*, 2004).

São ainda da responsabilidade do enfermeiro consultar os dados sobre o paciente e sobre a cirurgia apurados durante as fases anteriores.

O conhecimento dos fatores de risco de sangramento pelo enfermeiro intensivistas é fundamental para a adoção de medidas preventivas e terapêuticas, o que torna a atuação do enfermeiro importante desde a fase pré-operatória (SILVA, 2008).

Brandão (2006) vai mais longe e afirma que, quando o enfermeiro está atento aos sinais e sintomas do indivíduo em pós-operatório, conhece sua história pregressa e a evolução do tratamento nos períodos pré, trans e pós operatório, pode ser capaz de prever e prover cuidados assim que se manifesta a necessidade.

Brunner e Suddhart (2005) assim resumem as atribuições dos enfermeiros no pós operatório:

- a) comunicar sobre as Informações Intra-operatórias: identificação segura do paciente, verificar o tipo de cirurgia realizada; descrever fatores intraoperatórios como colocação de drenos e cateteres e outras intercorrências; descrever limitações físicas, o nível de consciência pré-operatória e necessidades de equipamentos;
- b) verificar e concluir histórico do paciente na SO;
- c) avaliar a eficácia do cuidado de enfermagem na SO; o nível de satisfação do paciente com os cuidados prestados no período perioperatório e com os produtos utilizados na SO e o estado psicológico do paciente
- d) contribuir com a elaboração do plano de alta;
- e) analisar a percepção do paciente a respeito da cirurgia, quanto aos efeitos dos agentes anestésicos, do impacto da imagem corporal, da distorção e da imobilização; avaliar a percepção da família sobre o procedimento cirúrgico e o atendimento.

No evento da morte cerebral do paciente nos períodos intra e pós cirúrgico, aos enfermeiros, parte da equipe de transplantes, mais uma tarefa: abordar a família para obter a adesão ao processo de doação de órgãos.

O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão

como coração, pulmão, rim, pâncreas, fígado ou de um tecido como medula óssea, ossos e córneas de uma pessoa doente, o receptor, por outro órgão ou tecido normal de um doador, vivo ou em morte encefálica. É um tratamento que pode em muitos casos salvar ou melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas, sendo, sem dúvida, a tão esperada resposta para milhares de pessoas com insuficiências orgânicas terminais ou cronicamente incapacitantes.

No entanto, a lei brasileira é clara e exige o consentimento da família para a retirada de órgãos e tecidos para transplante, ou seja, a doação é do tipo consentido e independente da vontade manifestada pelo doador, em vida (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006).

Assim, a abordagem da família após a morte cerebral do paciente é crucial para que ele se torne um doador. Guarino (2005) afirma que a entrevista familiar é uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, envolvendo aspectos éticos, legais, religiosos e emocionais. A entrevista requer preparo por parte do profissional da captação, para elucidar dúvidas, compartilhar sentimentos e viabilizar o processo de doação.

Segundo Garcia (2000), apenas de 1% a 4% das pessoas que morrem em hospitais e 10% a 15% das internadas em UTIs, sofrem morte encefálica, sendo assim consideradas doadoras em potencial de órgãos e tecidos. Dessas, de 15% a 67% tornam-se realmente doadores em função de: falha na detecção e/ou notificação da morte cerebral e/ ou contraindicações médicas; 15% a 40% por dificuldades na manutenção dos órgãos e entre 20% a 50% pela falta de consentimento da família para a doação.

A falta de informações e recursos humanos e técnicos, aliados ao preconceito relacionado a questões culturais e religiosas tem gerado um desequilíbrio cada vez maior entre o número de órgãos, ossos e tecidos disponíveis para doação e a fila crescente de pacientes à espera de um transplante (CULLIS; JONES; PROPPER, 2006).

De acordo com Rodrigues e Sato (2003), os maiores obstáculos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante são: a falta de empenho na procura de doadores, fato que relacionam, diretamente, ao despreparo dos profissionais de saúde, a falta de recursos e a falência na abordagem da família.

### 2.3 AS DIFICULDADES EXPERIMENTADAS PELOS ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM CENTROS CIRÚRGICOS

O trabalho no Centro Cirúrgico é sempre desafiador. Levando-se em conta o elevado número de procedimentos anestésico-cirúrgicos realizados e a complexidade dos procedimentos, do enfermeiro espera-se que, além de vasto conhecimento científico, alto senso de responsabilidade e ética, habilidades técnicas e estabilidade emocional, tenham também facilidade em manter boas relações humanas.

É de suma importância que o profissional enfermeiro seja capaz de exercer sua profissão com excelência considerando-se as possíveis consequências de falhas para a saúde e a vida do paciente, as implicações sociais decorrentes delas, os altos custos financeiros envolvidos e a possibilidade de responder por atos que firam a lei civil e o Código de Ética da enfermagem que em seu artigo 1º, do Capítulo I, dos Princípios Fundamentais, diz que “A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade”. E no artigo 16 do Capítulo III, Das Responsabilidades define como obrigação “Assegurar ao cliente uma Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.

O ordenamento jurídico brasileiro corroborando o estabelecido no Código de Ética, nesses e outros artigos, regula a responsabilidade civil do Enfermeiro no art. 186 “Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” E o artigo 951 prevê o pagamento de indenizações por aqueles que “no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho” (NERI, 2006).

A equipe de enfermagem faz parte do complexo sistema de medicação, que para a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO divide-se em cinco processos: a) seleção e obtenção do medicamento; b) prescrição c) preparo e dispensação; d) administração; e) monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento. Dentre esses, à equipe de enfermagem cabe a realização das três últimas etapas, sendo essas, atividades cotidianas e de sua responsabilidade legal.

A administração de medicamentos, um procedimento básico do dia a dia da enfermagem, tem sido apontada como um dos mais problemáticos porque exige, além de

conhecimento técnico, muita atenção e cuidado, pois os erros cometidos podem trazer consequências irreversíveis para os pacientes, levando-os até mesmo à morte.

Mesmo os erros mais frequentes, de caráter temporário e reversível, geram problemas, não só para o paciente, mas também para a equipe, tanto de ordem psíquica, onde estão presentes as culpas e remorsos, quanto também econômico gerado pelo esforço empreendido pela equipe para contornar os efeitos dos erros cometidos.

Carvalho e Cassiani (2002, p. 3) identificaram os danos ou prejuízos temporários aos pacientes de maior incidência, classificando-os em:

alterações das condições da pele: presença de hematoma, edema, hiperemia do local, necrose tecidual; alterações dos níveis glicêmico hipoglicemia; alterações respiratórias - dispnéia; alterações cardiovasculares- taquicardia; alterações renais- diminuição da diurese e aumento do edema; alteração da rede venosa.

Uma pesquisa realizada na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) identificou como os erros de enfermagem mais frequentes, a não monitoração do paciente após a medicação e a via de administração errada, correspondentes a 22% e 19% respectivamente, destacando-se ainda diluição inadequada (17%); paciente errado (12%); e não avaliação prévia do paciente (12%); dose errada (11%) e medicamento errado (7%), atribuindo mais de 80% das falhas ao excesso de trabalho, carência de profissionais, falta de atenção, cansaço, e estresse (PRAXEDES; TELLES FILHO, 2008).

As mesmas autoras alertaram ainda que apesar dos mesmos problemas acontecerem também durante o dia, especialmente nos momentos de acúmulo de atividades e movimentação (10 da manhã, na maioria dos hospitais e horários de visitas), a incidência dos erros, especialmente os decorrentes de falta de atenção, ocorrem no período da noite.

Outro ponto para reflexão é o monitoramento constante dos pacientes durante o período noturno, bastante precário na maioria das unidades hospitalares, segundo Ferreira (2002). As razões mencionadas pelo mesmo autor vão desde a insuficiência no número de profissionais até o estado de fadiga em que se encontram os que estão trabalhando.

O pronto atendimento pode significar a diferença entre a vida e a morte, entre recuperação e agravamento das condições do paciente, entre reabilitação e sequelas indesejáveis. Nascimento, Seriacó e Frescari (2008) observam que durante o período da noite, as equipes de enfermagem tendem a não perceberem possíveis situações potenciais de perigo para os

pacientes, que presumem estejam dormindo, tranquilamente. Assim é que, a menos que sejam chamados, os enfermeiros só irão perceber anomalias no momento de ministrarem medicação, quando pode ser muito tarde. Para evitar isso, seria necessário que houvesse um monitoramento constante, impossível na falta de equipamentos tecnológicos e recursos humanos disponíveis e dispostos.

Por isso torna-se de extrema relevância perceber as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desempenho de suas funções no Centro Cirúrgico, as quais, segundo Chianca (2006) concentram-se, primordialmente, em duas áreas: a) altos níveis de estresse, que ocasionam deficiências no relacionamento interpessoal e conflitos e b) deficiências de habilidades técnicas e conhecimentos. Ambos responsáveis por queda no desempenho e erros.

### **2.3.1 Os Conflitos**

A temática de administração e negociação de conflitos no âmbito hospitalar tem sido alvo de intenso interesse dos administradores das organizações de saúde, uma vez que são comuns os conflitos entre os profissionais envolvidos na assistência em CC.

São discordâncias internas, resultantes de divergências quanto a idéias, valores ou sentimentos entre as pessoas. O conflito entre os membros da equipe de enfermagem muitas vezes é expresso abertamente, criando críticas, implicâncias ou discussões, o que leva à insatisfações no local de trabalho, causando redução na quantidade e qualidade do serviço.

O estado conflituoso desencadeia, dentre outros fatores, déficits de atenção, julgamento, coordenação motora e capacidade de comunicação, tornando os envolvidos significativamente mais propensos a cometerem lapsos e erros de consequências, muitas vezes, drásticas (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

É, portanto, importantíssimo evitar os conflitos interpessoais entre os membros da equipe multidisciplinar e entre a equipe e os pacientes e seus familiares, o que requer, além de paciência, controle, criatividade e empatia, também o domínio de técnicas específicas de abordagem, que carecem de experiência e treinamento, quase sempre não disponibilizados aos profissionais.

Segundo Sales et al (2007), a melhor abordagem para evitar os conflitos é a conquista de um bom relacionamento entre os membros da equipe, pois isso aumenta a compreensão e

a tolerância mútua, inspira confiança e respeito e permite uma maior controle emocional, fazendo prevalecer a razão, favorecendo a comunicação e o entendimento.

No entanto, na presença do conflito já instalado, o que ocorre em maior ou menor proporção em todos os estabelecimentos, a melhor maneira de resolvê-lo é através da negociação, sob a liderança de um mediador neutro, onde é importante que os interesses de ambos os lados sejam levados em consideração para que se obtenha um acordo aceitável (SALES *et al.* 2007).

### 2.3.2 Desconhecimento e Inexperiência

Quando a situação exige o uso de processo racional que envolva conhecimento, e esse é insuficiente ou incorreto, os erros podem acontecer.

Nesses casos, o profissional pode agir intencionalmente, mas o resultado obtido não ser o planejado. Isto ocorre, em geral, pela inexperiência ou falta de conhecimento do profissional que adotou a estratégia errada, baseando-se em experiências ou observações anteriores, dos quais fez analogias incorretas (CHIANCA, 2006).

Para equacionar essas dificuldades e garantir uma assistência de qualidade à população, promovendo e melhorando as competências técnico-científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos trabalhadores, são imprescindíveis duas abordagens importantes: a intensificação dos estudos e práticas supervisionadas em CC durante os cursos de graduação e pós graduação em enfermagem e a prática de educação continuada disponibilizada e exigida, em todas as unidades hospitalares.

A esse respeito, Backes *et al* (2001 p.201) assim se expressa:

A educação continuada é um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora.

### 2.3.3 A Rotina, o Estresse e a Fadiga

As ações involuntárias, que geram erros, decorrem de momentos de falta de atenção, muito comuns quando as tarefas são rotineiras e executadas automaticamente, ou quando o profissional encontra-se sob o efeito de excessivo estresse, fadiga, ou experimenta instabilidade emocional. Nesses momentos a mente desvia o seu foco para outros pensamentos, causando esquecimentos e atos negligentes e/ou inseguros (GONÇALVES; XAVIER; KOVALESKI, 2005).

#### 2.3.3.1 A Rotina

O trabalho rotineiro pode ser muito enfadonho e repetitivo, podendo gerar desinteresse e desatenção na sua execução, ou simplesmente muito fácil de ser executado, que não exige mais, ou nunca exigiu, grande esforço da mente ou atenção constante. Em ambos os casos, por falta de motivação, ou excesso de experiência, o profissional tende a executar sua tarefa enquanto conversa, pensa na namorada ou em como vai resolver seu problema financeiro, por exemplo, o que reduz sua produção e o torna passível de cometer erros (ALMEIDA; BAUMECKER, 2005).

Apesar de parecer simples, contornar as consequências naturais do trabalho rotineiro demanda criatividade e esforço. Para Pereira e Fávero (2001), o segredo está na motivação para o trabalho.

Segundo esses autores, a motivação das pessoas depende, primordialmente, de dois fatores: a) higiênicos, os quais se referem às condições físicas e ambientais de trabalho, como: remuneração, benefícios sociais, políticas da empresa, especialmente quanto ao modelo de supervisão recebida, o nível de relacionamento entre a direção e os empregados, os regulamentos internos, dentre outros e b) motivacionais, que dizem respeito ao conteúdo do cargo e das tarefas e deveres relacionados com a função.

Esses aspectos se bem explorados, podem ser capazes de produzir efeitos duradouros de satisfação e aumento da produtividade em níveis de excelência, ou ao contrário gerar apatia, descaso e até atos de irresponsabilidade.

Para motivar os profissionais é preciso levar em conta que cada um é um ser diferente, com desejos e interesses diversos, desenvolvendo sensibilidade, e gerenciamento reflexivo, personalizado, crítico, flexível, humano, com oportunidades de participação dos elementos da equipe, evitando-se generalizações que podem ser confundidas com tentativas de manipulação e que, portanto, vão sofrer forte rejeição, causando efeitos contrários ao desejado (ALMEIDA; BAUMECKE, 2004).

#### 2.3.3.2 O Estresse

O estado emocional que resulta do desequilíbrio entre a necessidade e as habilidades do ser humano é chamado de estress. Lipp (2004) o define como um conjunto de reações físicas e psicológicas do organismo, que decorrem de situações que provocam emoções como irritação, medo ou excitação e causam quebra da homeostase interna do indivíduo.

Nem todas as pessoas reagem à situações consideradas estressantes da mesma maneira. Isso vai depender de como ela percebe tais estímulos o que, por sua vez está relacionado aos seus valores, crenças e atitudes.

Segundo Kroemer e Grandjean (2005), o estresse relaciona-se com aspectos do ambiente, como as cargas físicas e o sofrimento do corpo e com a organização do trabalho, que abrange: a divisão do trabalho, conteúdo das tarefas, o sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder, a segurança do trabalho, a responsabilidade em geral e pela vida e bem-estar de outras pessoas, entre outros que estão relacionados com as cargas e sofrimentos mentais dos trabalhadores.

Os enfermeiros estão sujeitos a vários agentes estressores, tais quais as longas jornadas dupla de trabalho sem o descanso necessário para o organismo; os serviços noturnos seguidos; a freqüente saída de um setor para outro; a desatenção para com sua vida social, sua família e tendo o lazer sempre em segundo plano, tudo em nome do fortalecimento do orçamento familiar; o número insuficiente de profissionais disponíveis para um bom atendimento e a massificação dos serviços institucionais; a alta exposição do profissional a riscos químicos e físicos; o pouco reconhecimento profissional; os problemas de comunicação e competição no ambiente de trabalho assim como relacionamento com superiores; além do contato constante com o sofrimento, com a dor, com a tristeza, com a angústia, com todo o tipo de mazelas, ou seja, com o estado mais despersonalizado de um ser humano quando afetado por uma

patologia qualquer que possa destruir seu estado de saúde, além da independência física e emocional e culminando, muitas vezes, com a morte. Esses profissionais têm que lidar com pacientes em estado grave, devendo inclusive, compartilhar com o enfermo e seus familiares, a angústia, a dor, a depressão e o medo que venham a padecer (SILVA; CARLOTTO, 2005).

Estes desafios exigem do profissional muito mais do que conhecimento de técnicas e habilidades específicas, mas também preparo emocional para lidar com o sofrimento, a tristeza e a tensão delas decorrentes. O desempenho destes profissionais abrange uma série de atividades que necessitam de imprescindível controle emocional muito maior do que a maior parte das profissões exige. Cada um deles é um gerador de estresse (CHIANCA, 2006).

Traços indicadores da presença do estresse evidenciam-se na dinâmica psicossomática do profissional que pode apresentar sintomas de ordem; a) psicológica, tais como: instabilidade emocional, ansiedade, estado depressivo, agressividade, irritabilidade e outros; b) agravos físicos, dentre eles: distúrbios do sono, úlceras, alergias, asma, enxaquecas, alcoolismo, disfunções coronarianas e circulatórias e; c) social como queda no desempenho profissional, ausências, acidentes domésticos e ocupacionais, conflitos em qualquer dos seus círculos de atuação e apatia (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

### 2.3.3.3 *A Fadiga*

A fadiga caracteriza-se por uma sensação intensa de cansaço, em geral apontada como de caráter emocional. Pode acometer pessoas de todas as faixas etárias e pode ser consequência das atividades laborais, quando o profissional é submetido à tarefas que demandam esforços físicos e mentais exagerados, presença de estressores organizacionais, tais como: jornadas duplas, noturnas e/ou prolongadas, dificuldades de relacionamento com o restante da equipe, superiores e/ou usuários nas empresas do serviço.

Marziale (2001) esclarece que o aparecimento de fadiga mental na enfermagem se dá pela diversidade, acúmulo e superposição de tarefas, além de inúmeras interrupções durante o serviço que, somadas, caracterizam o trabalho como mentalmente desgastante, ocasionando sobrecargas psíquicas, o que leva a estados de tensão e desprazer.

Os enfermeiros estão entre os mais antigos grupos profissionais que trabalham em sistemas de turnos. As escalas de trabalho em hospitais, em geral, são organizadas em períodos fixos contínuos, para suprir as exigências de atendimento durante as 24h do dia, sete dias por semana.

No Brasil, a tradição é adotar-se, para o corpo de enfermagem, o turno de 12h de trabalho diário (diurno ou noturno), seguido de 36 horas de descanso (FISHER *et al*, 2002).

Segundo Lisboa *et al* (2006), os trabalhadores do serviço noturno têm um desgaste psicofisiológico maior do que aqueles que trabalham durante o dia, pois trabalham no momento em que as funções orgânicas encontram-se diminuídas, sofrendo por isso significantes alterações, seja na temperatura, nos hormônios, na psique e no comportamento e, conseqüentemente, no seu desempenho profissional.

Esse efeito pode ser notado, ainda mais acentuadamente, entre as mulheres, que sentem maior dificuldade na reorganização da vida cotidiana de forma a acomodar o sono e as demais atividades do dia a dia com a família, pela qual ainda são, culturalmente, consideradas as grandes responsáveis. Na realidade, muitas mulheres buscam o trabalho noturno como uma solução para conciliarem a necessidade financeira com a possibilidade de assistirem os filhos durante o dia. No entanto, a dupla jornada- trabalho noturno e cuidados com a família durante o dia - tende a afetar a saúde física e mental das mulheres (ROTEMBERG *et al*, 2001).

De acordo com Campos e Martino (2004) a principal razão na queda do rendimento profissional advém da fragmentação do sono diurno após o trabalho. A maioria dorme um pouco durante a manhã, após chegarem do plantão e um pouco a tarde, pela necessidade de cuidar de terceiros e executar tarefas indispensáveis no âmbito familiar e social, sofrendo as pressões do componente circadiano da sonolência, da realização de atividades domésticas e em função dos distúrbios causados por ruído intenso como choro de crianças, toque do telefone, buzinas e outros.

A carência de sono adequado e suficiente, gera a fadiga que afeta o nível de concentração e de memória à curto prazo, provoca dores de cabeça e no corpo e propicia o aumento da tensão.

Guimarães *et al* (2004) explicam que a queda de rendimento no trabalho, que afeta a velocidade e qualidade do desempenho de tarefas, são facilmente observáveis com o prolongamento forçado do trabalho, em situações em que o corpo encontra-se em situação de fadiga, especialmente entre profissionais que trabalham no turno da noite. Manifesta-se por movimentos mais lentos e imprecisos, queda na produtividade; bloqueios que se caracterizam por interrupções muito curtas, de fração de segundos, automáticas e inconscientes no decorrer da atividade, que o trabalhador nem percebe, sensação de exaustão física e mental, redução da

força física e capacidade de reagir ou executar tarefa, lapsos de memória, descontrole emocional e indisposições físicas, como tonturas e dores, entre outras.

A metodologia utilizada para a obtenção dos dados foi a observação direta, realizada durante a realização das aulas, com a utilização de um formulário de observação, elaborado para este fim.

Foram observados os alunos e a professora durante a realização das aulas, com o objetivo de identificar as dificuldades de aprendizagem, bem como as estratégias utilizadas pela professora para lidar com essas dificuldades. Os dados foram coletados durante a observação das aulas, com a utilização do formulário de observação.

Os dados foram coletados durante a observação das aulas, com a utilização do formulário de observação. Os dados foram coletados durante a observação das aulas, com a utilização do formulário de observação.

Os dados foram coletados durante a observação das aulas, com a utilização do formulário de observação. Os dados foram coletados durante a observação das aulas, com a utilização do formulário de observação.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para o desenvolvimento deste estudo foi baseada em uma revisão bibliográfica (GIL, 2005) na busca do conhecimento e informações dos autores sobre as matérias relativas ao tema.

De acordo com Silva e Menezes (2004), uma pesquisa deve envolver múltiplas fontes de dados, empregar a observação de primeira mão, quando possível, interessar-se pelo cotidiano, situar-se num contexto de descobrimento, importar-se mais com os significados do que com a frequência dos fatos e deve buscar o específico e o local para encontrar padrões, não estando atado ao modelo teórico.

Com base neste modelo, no período de abril e maio de 2009, foram revistos 39 artigos da base de dados da Biblioteca Virtual em saúde – BVS, nos artigos disponibilizados em Scielo e Lilacs, sob os descritores: enfermagem cirúrgica, cuidados no Centro Cirúrgico (CC), ações de enfermagem, dificuldades dos Enfermeiros no CC, tendo sido consultados também livros e publicações em artigos sobre temas de saúde, disponíveis na internet.

Os critérios de seleção dos textos, artigos e livros de consulta basearam-se na credibilidade da fonte informativa e temas relacionados diretamente aos tópicos de interesse deste trabalho, dando-se preferência a publicações com menos de 10 anos e aos textos em língua portuguesa, mesmo que de autores estrangeiros.

#### 4 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O enfermeiro comprometido com a promoção da saúde, e assistência de enfermagem deve ser capaz de atender integralmente ao paciente, estendendo esse cuidado também à família, elemento primordial no processo de seu restabelecimento, quando possível.

Dentre suas inúmeras atribuições e áreas de atuação, o enfermeiro de Centro Cirúrgico tem em suas mãos, o dever e a responsabilidade de influir positivamente, desde a fase PR é operatória até durante a reabilitação, para um prognóstico favorável de um paciente que ao recorrer a processo tão invasivo quanto uma cirurgia, busca o último e definitivo recurso terapêutico disponível no atual nível de desenvolvimento humano e tecnológico para solucionar um problema que, de outras formas, não teria os mesmos prognósticos.

No entanto, fatores intrínsecos ao próprio profissional como pouco conhecimento científico, deficiências técnicas e despreparo psicológico e ambientais, que vão desde a falta de recursos humanos em número suficiente para evitar excesso de carga de trabalho até aspectos de liderança e gerenciamento que também elevam o nível de estresse, geram conflitos e desmotivação, acarretam um desempenho aquém do esperado, desejado e necessário, produzindo sérios erros e omissões, com evidentes sequelas para o paciente e repercussões também para a família, o hospital e o sistema de saúde como um todo.

Assim, pelo reconhecimento da importância do enfermeiro no processo de assistência no CC, o levantamento dos dados relativos ao cuidado de enfermagem no Centro cirúrgico aqui revelado, servirá para direcionar ações no sentido de minimizar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no exercício de sua função no CC, melhorando sua atuação e, com isso, aumentando a qualidade da assistência.

Sendo assim, entendemos que a presença do enfermeiro no centro cirúrgico é muito importante e indispensável, mas para que ele consiga desenvolver uma boa assistência, é necessário que esteja em equilíbrio, esteja bem emocionalmente, fisicamente, psicologicamente, e que tenha um bom relacionamento em equipe, bons conhecimentos e boas condições de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, MM. **Fisiologia**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- ALMEIDA FP; VELOSO JWN; BLAYA RP. Humanização em UTI. In: Knobel E, organizador. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu; 2006.
- ALMEIDA, I.M. ; BAUMECKER, I.C. (2004) – Guia de campo para análise de erros humanos. **Revista CIPA**. Ano XXV, n. 294. Disponível em: [http://www.cipanet.com.br/ver\\_capa.asp?id=1&n=294](http://www.cipanet.com.br/ver_capa.asp?id=1&n=294). Acesso em: 30 Ago, 2009.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 37, de 20 Maio, 2004. **Transfusão de Hemácias**. Disponível em <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B7490-3-0%5D.PDF>. Acesso em 26 Mai, 2009.
- AULER, JOCJ; OLIVEIRA, AS. **Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular: rotinas do Instituto do coração/ HCFMUSP**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- AVELAR, Maria do Carmo Querido e SILVA, Arlete. Assistência de enfermagem perioperatória: ensino em cursos de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** vol.39, n.1, p. 46-52. ISSN 0080-6234. 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a06v39n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a06v39n1.pdf). Acesso em 23 Out, 2009.
- BACHELLA, T.; OLIVEIRA, R. A. **Bioética dos transplantes: a questão ética e a saúde humana**. 1 ed. São Paulo, Atheneu. 2006. p. 128.
- BARBOSA, RAG; CARMONA, MJC. Avaliação da função pulmonar em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea. **Revista brasileira de Anestesiologia** 2002; 52(6): 689-99. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rba/v52n6/v52n6a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v52n6/v52n6a05.pdf). Acesso em 13 Set, 2009.
- BRANDAO, Carlos Manuel de Almeida et al. Fatores de risco para mortalidade hospitalar nas reoperações valvares. **Rev Bras Cir Cardiovasc.** vol. 17, no. 3, pp. 236-241. ISSN 0102-7638. doi: 10.1590/S0102-76382002000300008. 2006, Acesso em 23 Maio, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília, 2001

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.069**, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 13 Maio, 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução 41/95**, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre os direitos de crianças e adolescentes quando hospitalizados., Brasília DF, 1995.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. **Portaria 1884/94**. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria MS 2.616 / 98**, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930 / 92 Brasília, DF, 1992.

BRUNNER & SUDDHARTH – **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed. Tradução Suzanne C. Smeltzer e Brenda G. Bare Editora: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.

CAETANO, Cristiane et.al. O preparo da equipe cirúrgica : aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. **Revista Latino Americana** – Am. Enfermagem v.12 n.12 Ribeirão Preto mar/ abr. 2004. Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Acesso em 30 Abril, 2009.

CAMPOS, et al. Sistemática da assistência de enfermagem perioperatória - percepção de enfermeiros assistenciais. **Rev SOBECC** São Paulo, out./dez, 2005 5 (4): 21-25.

CARDOSO, Shirley Ribeiro, et al. Anti-Sepsia para Administração de Medicamentos por via Endovenosa e Intramuscular. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 75 – 82, 2006. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_10.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_10.htm) Acesso em 16/5/09.

CARNEIRO Júlio César de Oliveira; SANTOS, Edilson Floriano dos; SILVA, Giancarla di Andrade Camargo da. et al. (Org) O controle da Infecção Hospitalar, Módulo de Cirurgia. 2003.

CARVALHO, Rachel; BIANCHI, Estela R.F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2007.

CARVALHO, Viviane Tosta; CASSIANI, Silvia Helena de. Erros na Medicação e Consequências para Profissionais de Enfermagem e Clientes: um Estudo Exploratório **Rev Latino-am Enfermagem** julho-agosto; São Paulo. 2002.10(4):523-9

CASATE, J.C; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. SP. v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CEPETI – Centro de Estudos e Pesquisa em Terapia Intensiva. **Razões de Insatisfação com UTIs**, SP. 2004.

CHIANCA, TCM. Falhas de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato de Pacientes Cirúrgicos. **Rev Latino-am Enfermagem**. Nov/Dez 2006; 14(6).

CHRISTOFORO, Berendina Elsin Bouwman and CARVALHO, Denise Siqueira. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.43, n.1, pp. 14-22. 2009. ISSN 0080-6234.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 272/2004**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Brasília, DF. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução N.º 1.480/ 1997**. Dispõe sobre a morte encefálica. Brasília, DF. 1997.

CULLIS JG, JONES PR, PROPPER C. Waiting lists and medical care treatment: analysis and policies. IN MARINHO, Alexandre. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Out,2006. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?scrip=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001000029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000029&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 Abr, 2009.

FERNANDES, A. T. Infecções do sítio cirúrgico. In: OLIVEIRA, A. C. **Infecções hospitalares epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.

FERREIRA, Ivanir . **Erros com pacientes hospitalizados podem estar relacionados ao cansaço das enfermeiras**, 2002. Disponível em <http://www.usp.br/agen/repgs/2002/págs/188.htm>. Acesso em 23 Dez,2008.

FISCHER, Frida Marina et al. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cad. Saúde Pública** v. 18, n. 5, p. 2002. 1261-1269. SP. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2002000500018.

FOSCHIERA, F.; PICCOLI, M. Enfermagem perioperatória: diagnóstico de enfermagem emocionais e sociais na visita pré-operatória de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde** v. 3 n 2 p: 143-51.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. (2002) - **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 3. ed. São Paulo: Atlas.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lidia Aparecida. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 10, n. 6, pp. 800-804. 2004, ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692002000600008. Acesso 2 Maio,2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2005.

GONÇALVES, Samuel Potma Garcias; XAVIER, Antonio Augusto de Paula; KOVALESKI, João Luiz. **A visão da ergonomia sobre os atos inseguros como causadores de acidentes de trabalho**. Porto Alegre, RS, Brasil, ABEPRO 2519, ENEGEP, 2005.

GRITTEM L; MÉIER MJ; GAIEVICZ AN. **Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino**. **Cogitare Enf.** set/dez; 2006 11(3):245-51

GUARINO, A. J. **Stress e captação de órgãos: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

GUIMARÃES, Raphael, et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.8, n. 3, 2005, ISSN 1415-790X.

HIKIJ, Marcel Delafiori. Cirurgia Cardíaca: cuidados no pré e pós operatório. **Revista Multipesquisa**, Jan. 2007. Disponível em <http://www.hospitaldocoração.com.br/conteúdo/dica.php?tx=YToxOntzOjI6ImIkIjtzOjM6IjM5MCI7fQ>. Acesso em 13 Abr, 2009.

KNOBEL, Elias. **Manual de normas e responsabilidades médicas e de enfermagem** no Centro de Terapia Intensiva-Adultos do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, março de 2002. Disponível em [http://www.hccpg.m.gov.br/downloads/artigos/ETICA\\_MEDICA\\_QUALIDADE\\_TOTAL/normas\\_cti.pdf](http://www.hccpg.m.gov.br/downloads/artigos/ETICA_MEDICA_QUALIDADE_TOTAL/normas_cti.pdf). Consulta em 4 Maio, 2009.

KROEMER, K. H. E.; GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

LEGUISAMO, CP; KALIL, R. F A P. A efetividade de uma proposta fisioterapêutica pré-operatória para a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Jornal Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular**, 20(2): 134-41, 2005.

LIPP, M. E.N.(2004) - **O stress no Brasil: Pesquisas avançadas**. Campinas-SP: Papirus.

LISBOA, Marcia Tereza Luz; OLIVEIRA, Márcia Moreira de; REIS, Lidianie Dias. **O trabalho noturno e a prática de enfermagem: uma percepção dos estudantes de enfermagem**. Esc. Anna Nery, vol.10, no.3, p.393-398, dez. 2006, ISSN 1414-8145.

MARCOLINO, JAM; et al. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. **Rev. Bras. Anesthesiol.** vol.57, n.2, p. 157-166 2007, SP. ISSN 0034-7094.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.9, n. 3, p. 1-5. 2001, ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692001000300001.

MEDEIROS, Aldo da Cunha et al. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário. In: **Acta Cirúrgica Brasileira** Vol18 (Suplemento1), 2004. Disponível em [www.scielo.br/acb](http://www.scielo.br/acb), acesso em 18 Abr,2009.

MONA, HH; MALTA, MA; NISHIDE, VM. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. Assistindo ao Paciente em Pós-Operatório na Uti - Aspectos Gerais. 2004. Disponível em <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/posoputi.htm>. Acesso e, 15 Maio,2009.

MOREIRA, Mirian Lima; CASTRO, Maria Euridéa de. Percepção dos pacientes em unidade de terapia intensiva frente à internação. **Rev. Rene**, Abr. vol.7, no.1, p.75-83, 2006,. ISSN 1517-3852.

NASCIMENTO, MAS; SERIACO FLG; FRASCARI LM. **Avaliação da dor em Pacientes sob Cuidados Paliativos em um Hospital de Oncologia no Interior de São Paulo** Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

NAVES, Rubens. **Programa Família Participante**. Fundação Abrinq. Hospital Pequeno Príncipe, SP. 2002. Disponível em: [www.pequenoprincipe.org.br/pagina.php?id\\_pagina=77](http://www.pequenoprincipe.org.br/pagina.php?id_pagina=77). Acesso em 24 Set, 2009.

NERI, Tadeu Camara Souza. Responsabilidade civil do enfermeiro. **Revista Jus Vigilantibus**, Jan,2006. Disponível em: <http://jusvi.com/artigos/19629> . Acesso em 29 Ago, 2009.

NOVAES, Maria Alice, et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação do paciente. **Intensive Care Medicine** SP. 25:1421-1426, 2005.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de Oliveira; CIOSAK, Sueli Itsuko. Infecção de Sítio Cirúrgico em Hospital Universitário: Vigilância pós alta e fatores de risco. **Revista de Enfermagem da USP**, v.41, n.2, São Paulo, 2007.

PRAXEDES, MFS ; TELLES FILHO, PCP. Identificação de Erros no Preparo e Administração de Medicamentos pela Equipe de Enfermagem e das Ações Praticadas Pela Instituição Hospitalar **Cogitare Enferm** 13(4):514-9, SP. Out/Dez, 2008.

PEREIRA MCA; FÁVERO N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** julho; 9(4):7-12. 2001.

PICCOLI M; GALVÃO CM. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 9 (4). 3, 2004.

POSSARI, João Francisco. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão**. 2004, Editora América.

REGIS, GIF. Síndrome de mal adaptação no trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. Dissertação de mestrado. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC; 1998.

RIBAS, Eliana Ribeiro de Souza; et al. **Ações de Humanização na Enfermagem**, 2007. Disponível em <http://www.portalthumaniza.org.br/p h/texto.asp?id=83> , consulta em 04 Maio, 2009.

RODRIGUES, Adriana Maria; SATO, Elcio. Entendimento dos médicos intensivistas sobre o processo de doação de córneas. **Arq. Bras. Oftalmol.** vol.66, n.1, p. 29-32. 2003, ISSN 0004-2749.

ROTENBERG, Lúcia et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad. Saúde Pública** v. 17, n. 3, p. 639-649. 2001, ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2001000300018.

SALES, Ana Amélia da Rocha; LIMA, Flávia Regina Furtado; ANDRADE, Francisca Sônia de Braga Farias. **Refletindo Sobre a Administração e Negociação de Conflitos** nas Equipes de Saúde. RBPS; 20 (2) : 111-115, 2007.

SALICIO, D. M. B. S.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 370 - 376, 2006. disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista\\_8\\_3/v8\\_n3\\_a08.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista_8_3/v8_n3_a08.html). Acesso em 4 Maio, 09.

SANTOS, Alice Medeiros Lutz ; LACERDA, Rúbia Aparecida; GRAZIANO, Kazuko Uchikawa. Evidências de eficácia de cobertura de sapatos e sapatos privativos no controle e prevenção de infecção do sítio cirúrgico: revisão sistemática de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** , v.13, n.1, Ribeirão Preto, Jan./fev. 2005

SCARELLI, E.M. Orientação à Família do Paciente Internado em UTI. 1993 IN: SALICIO, D. M. B. S.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 370 - 376, 2006. disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista\\_8\\_3/v8\\_n3\\_a08.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista_8_3/v8_n3_a08.html). Acesso em 4 Maio, 2009.

SCHEIDT, Kátia Liberato Sales. As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares. **Rev de Enfermagem**. UERJ, v. 14, n. 3. Rio de Jan/set/2006.

SILVA, Edna Lúcia da ; MENEZES, Estera Muszkat **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3 ed, Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2004.