**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLEIDILENO TEIXEIRA SILVEIRA

**A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO POSICIONAMENTO
CIRÚRGICO DO PACIENTE DURANTE O PERÍODO INTRA-
OPERATÓRIO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde do Adulto

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita de Cássia
Burgos de Oliveira Leite.

**SÃO PAULO
2008**

Nome: Cleidileno Teixeira Silveira

Título: A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente durante o período intra-operatório.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof ^a Dr ^a _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof ^a Dr ^a _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof ^a Dr ^a _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof ^a Dr ^a _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus pais, “Seu” Pitanga e Dona Nega, por passarem por tantas privações na vida, para que, em troca, eu pudesse ser agraciado com um dos maiores presentes que um pai pode dar ao seu filho: a educação. Pois, eles são os verdadeiros mestres na minha vida!

E à minha irmã Regi, por ser minha amiga fiel em todos os momentos e dividir comigo o sonho dos nossos pais: o de formarem uma família que se ama!

Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Deus, por sempre guiar os meus passos e me dar saúde e paz para concluir mais esta etapa na minha vida.

À Professora Doutora Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite, pois além de ser minha orientadora, é minha amiga, meu “anjo da guarda” aqui na Terra que sempre me “iluminou” a tomar as decisões mais difíceis da minha profissional. Muito obrigado pela oportunidade de estudo, de mudança de vida e ampliação dos meus sonhos!

Às Professoras Doutoras Estela Regina Ferraz Bianchi e Ana Lúcia Siqueira Costa pela contribuição contundente no exame de qualificação. A partir daquele momento, eu percebi o quanto eu tinha que amadurecer e aprender sobre a pesquisa científica.

Aos meus pais e a minha irmã, novamente, pela compreensão, amor, e conforto em todos os meus momentos de alegrias e tristezas desta fase acadêmica.

Às minhas grandes amigas, as enfermeiras Regi e Geisa, pela ajuda na coleta de dados, nas disciplinas, no exame de qualificação, nos ataques de pânico e de riso e na finalização deste trabalho durante estes dois longos anos. Eternamente grato, meninas!

Ao meu grande amigo David, que conheci no meu primeiro dia de graduação na EEUSP e que me ajuda até hoje sempre da forma mais generosa. Obrigado pelo suporte de informática, pela moradia durante o mês final de conclusão da dissertação e, principalmente, pela colaboração nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Às funcionárias, sem exceção, da secretaria da Pós-Graduação da EEUSP pela “eterna” paciência, disponibilidade e atenção ofertadas a mim.

Ao Professor Dr. Isaac de Castro pela generosidade de me ensinar o bê-á-bá da bioestatística.

À Gerente de Enfermagem Heloísa Helena de Paula e a Diretoria do Hospital e Maternidade Dr. Christóvão da Gama pela flexibilização da minha jornada de trabalho e compreensão sobre a minha grande vontade de aprender.

Às enfermeiras Ruth, Marice, Luciana, Marlene e toda a nossa equipe de enfermagem pelas coberturas nos plantões durante este período e apoio no dia-a-dia do centro cirúrgico.

À todos os meus amigos, que sempre acompanharam a minha jornada e torcem com todo carinho e coração pelo meu sucesso pessoal e profissional!

Que Deus abençoe a todos!!

“Engraçado, costumam dizer que eu tenho sorte. Só eu sei que quanto mais eu me preparo mais sorte eu tenho.”

(Anthony Robbins)

Silveira, CT. A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente durante o período intra-operatório. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Posição cirúrgica é a movimentação do corpo humano de forma a deixá-lo apoiado na mesa cirúrgica num ângulo que propicie ao cirurgião boa visão da área operatória, mas que garanta ao paciente conforto, segurança e respeito aos seus limites anatômicos e fisiológicos. A relevância deste estudo baseia-se no fato de se ter poucos profissionais na área de enfermagem, e em âmbito nacional, que estudem o tema com mais profundidade. O enfermeiro deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória para subsidiar segurança, minimizar eventos adversos, prever e prover recursos de proteção adequados e recursos humanos qualificados. Este estudo objetivou caracterizar a assistência, incluindo as necessidades e dificuldades, da equipe de enfermagem frente ao posicionamento cirúrgico. Trata-se de um estudo de campo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no 8º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, organizado pela SOBECC em Julho de 2007. O estudo contou com a participação de 235 profissionais de enfermagem. Três categorias profissionais foram representadas, com 200 enfermeiros (entre coordenadores, assistenciais e docentes universitários), 28 técnicos e 7 auxiliares de enfermagem (entre circulantes de sala e instrumentadores cirúrgicos). O estudo foi feito com um p significativo ($\leq 0,05$) frente aos testes estatísticos não-paramétricos. O profissional que executa o posicionamento possui idade mediana de 39 anos ($p = 0,021$) e tempo de trabalho em centro cirúrgico mediano de 10 anos ($p = 0,004$). O profissional que não executa o posicionamento possui idade de 33 anos e tempo de trabalho no setor de 5 anos. Protocolos e treinamentos sobre posicionamento vigoram, respectivamente, em 34,3% e 32,4% das instituições hospitalares segundo os pesquisados. O enfermeiro executa o posicionamento em 24,8% das vezes. Porém, quando ele participa ocorre

uma diminuição significativa da participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem ($p = 0,047$). O registro da posição cirúrgica à qual ficou submetido o paciente é feito em 69,4% das vezes e dos recursos de proteção em 45,9% no relatório intra-operatório. Dados significantes ($p = 0,007$) apontam que os profissionais que mais posicionam o paciente possuem mais adaptações para fazer tal ação. As dificuldades levantadas pela equipe de enfermagem na realização do posicionamento são: falta de recursos materiais (39,5%), pouca cooperação entre a equipe multidisciplinar (27,5%), esforço físico (15,6%), déficit de recursos humanos (10,9%), despreparo assistencial ao paciente (10,4%), falta de treinamento (9,8%) e de informações técnico-científicas (7,8). A falta de cooperação entre a equipe de enfermagem e cirúrgica reduz, de forma significativa ($p = 0,013$), a participação do corpo de enfermagem na execução do posicionamento. Materiais e equipamentos adequados, protocolos, estratégias para a cooperação multidisciplinar e treinamento são os recursos que os profissionais mais gostariam de possuir para melhorar a assistência ao posicionamento do paciente. As informações levantadas neste trabalho poderão subsidiar propostas, como um protocolo futuro, que, de fato, norteiem a assistência de enfermagem no posicionamento, trazendo mais segurança e qualidade de cuidado ao paciente e maior preparo aos atuais e aos novos profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem. Posição cirúrgica. Equipe de enfermagem. Período intra-operatório.

Silveira, CT. The care of the nursing team in surgical positioning patient during the intraoperative period. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

Surgical positioning is the movement of the human body on the surgical table in such a way as to provide the best angle of vision to the surgeon, while at the same time guaranteeing the comfort and security of the patient with respect to his anatomical and physiological limits. The relevance of this study is based on the fact that there are few nursing professionals, nationally, who have studied this theme in depth. The nurse should make use of the “Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória” [Systemization of Perioperative Nursing Assistance] for subsidize safety, reduce adverse events, obtain protect resources, and human resource qualifications. The goal of this study was to characterize the positioning task of the nursing team, including its requirements and difficulties. It is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The data were collected at the 8th Brazilian Congress of Surgical Center Nursing, Anesthetic Recovery and Hospital Sterilization Units organized by SOBECC in July of 2007. 235 nursing professionals participated in the study in three categories: 200 Registered Nurses (as coordinators, practicing nurses, and university professors), 28 Licensed Practical Nurses [LPNs] and seven Certified Nursing Assistants [CNAs] (including operating room assistants and surgical instrument handlers). Significance was set at ($p \leq 0.05$) for non-parametric statistical tests. Professionals who executed the positioning had a median age of 39 ($p= 0.021$) with a median surgical center experience of 10 years ($p= 0.004$). Professionals who did not execute the positioning had a median age of 33 and median work experience in the sector of five years. Protocols and training about patient positioning were in force in 34.3% and 32.4% of the represented institutions according to the respondents. The nurse executed the positioning in 24.8% of the surgeries. However, when the RN participated, there was a significant reduction in participation by the LPNs and CNAs ($p = 0.047$). Registry of the patient’s surgical position was made in 69.4% of the cases and registry of protection resources in 45.9% in the

intra-operational reports. Significant data ($p=0.007$) point to the fact that the professionals who most frequently position the patient have the most experience and skill for that task. The most common difficulties confronting the nursing team with respect to positioning are: lack of material resources (39.5%), poor cooperation among the interdisciplinary team (27.5%), physical effort (15.6%), lack of human resources (10.9%), unpreparedness (10.4%), lack of training (9.8%), lack of technical/scientific information (7.8%). The lack of cooperation between the nursing and surgical teams significantly reduced ($p = 0.013$) participation by the nurses in the execution of positioning. Adequate materials and equipment, protocols, strategies for multidisciplinary cooperation and training are resources that the nursing professionals would most like to have in order to better serve patients. The information collected in this study could be foundational to proposals, such as a future protocol, which could direct nurses regarding positioning and thereby lead to greater security and quality of patient care as well as greater preparedness of current and future nursing professionals.

KEY WORDS: Nursing care. Surgical positioning. Nursing team. Intraoperative period.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Posição de decúbito dorsal ou posição supina.....	34
Figura 2 – Posição de Trendelenburg.....	36
Figura 3 – Posição de Trendelenburg reversa ou proclive.....	38
Figura 4 – Posição de Litotomia ou ginecológica.....	40
Figura 5 – Posição de Fowler modificada.....	43
Figura 6 – Posição de decúbito ventral ou prona.....	45
Figura 7 – Posição lateral torácica.....	49
Figura 8 – Posição lateral renal.....	50
Figura 9 – Mesa de ortopedia.....	51
Figura 10 - Mapa da distribuição da procedência dos participantes do estudo pelo Brasil, São Paulo – 2007.....	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo sexo, São Paulo – 2007.....	62
Gráfico 2 - Distribuição das funções exercidas pelos participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	64
Gráfico 3 – A utilização de protocolos sobre posicionamento nas instituições hospitalares segundo participantes de estudo, São Paulo – 2007.....	69
Gráfico 4 - A participação em treinamentos sobre posicionamento cirúrgico dos participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	69
Gráfico 5 – Perfil dos enfermeiros que realizam o posicionamento, segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	76
Gráfico 6 – Solicitação da presença da equipe de enfermagem na assistência ao paciente no posicionamento cirúrgico segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	78
Gráfico 7 – Distribuição das dificuldades citadas por categoria para realizar o posicionamento cirúrgico, segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	83
Gráfico 8 – Relação dos novos recursos, instrumentos e estratégias que os profissionais gostariam de possuir para ajudar no posicionamento cirúrgico, São Paulo – 2007.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo segundo idade, tempo de formação profissional e tempo de trabalho em centro cirúrgico, São Paulo – 2007.....	62
Tabela 2 - Distribuição da formação profissional dos participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	63
Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo tipo de instituição em que exercem suas atividades profissionais, São Paulo - 2007.....	65
Tabela 4 - A idade e o tempo de trabalho em Centro Cirúrgico dos profissionais de enfermagem envolvidos no posicionamento cirúrgico, segundo participantes do estudo, São Paulo - 2007.....	67
Tabela 5 - Referente aos enfermeiros com ou sem especialização em Centro Cirúrgico já terem assistido à uma aula específica sobre posicionamento, São Paulo – 2007.....	68
Tabela 6 - Participação da equipe técnica* de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente frente ao envolvimento do enfermeiro neste cuidado, São Paulo – 2007.....	73
Tabela 7 - Registro da posição cirúrgica à qual foi submetido o paciente no relatório intra-operatório segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	79
Tabela 8 - Registro do uso de recursos de proteção para o posicionamento no relatório intra-operatório segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	80
Tabela 9 - Os profissionais que referem usar adaptações, instrumentos ou estratégias X a realização do posicionamento, segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	82
Tabela 10 - Relação das dificuldades da categoria cooperação com a realização do posicionamento, segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	84
Tabela 11 – Distribuição das dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem que fazem algum tipo de adaptação durante o posicionamento em ordem decrescente, São Paulo - 2007.....	88
Tabela 12 – Relação da categoria “novos recursos” com as dificuldades materiais expressadas pelos participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	90
Tabela 13 – Relação entre a categoria “nova estratégia” e a dificuldade em ter treinamento sobre posicionamento, segundo participantes do estudo, São Paulo – 2007.....	91

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	19
2.2 CONCEITO E FINALIDADE DA POSIÇÃO CIRÚRGICA.....	23
2.3 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO.....	24
2.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E OS RECURSOS DE PROTEÇÃO.....	28
2.5 RESPONSABILIDADES DE CADA MEMBRO DA EQUIPE CIRÚRGICA.....	31
2.6 AS POSIÇÕES CIRÚRGICAS.....	32
2.6.1 Posição de decúbito dorsal ou supina.....	33
2.6.2 Posição de semi-rose.....	35
2.6.3 Posição de Trendelenburg.....	35
2.6.4 Posição de Trendelenburg reversa ou proclive.....	37
2.6.5 Posição de Litotomia ou ginecológica.....	38
2.6.6 Posição de Fowler.....	41
2.6.7 Posição de decúbito ventral ou prona.....	44
2.6.8 Posição de canivete, Kraske, Jacknife ou Depage.....	47
2.6.9 Posição de decúbito lateral.....	47
2.6.10 Mesa de ortopedia.....	51
3 OBJETIVOS.....	54
4 MATERIAL E MÉTODO.....	56
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	56
4.2 LOCAL DE COLETA DE DADOS.....	56
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	56
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	57
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	57
4.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	58
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	59
4.8 A ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO.....	62
5.2 A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO.....	67
5.3 IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES E DAS NECESSIDADES QUE A EQUIPE DE ENFERMAGEM POSSUI PARA REALIZAR O POSICIONAMENTO DOS PACIENTES NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO.....	82
6 CONCLUSÕES.....	94
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
8 REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	109
APÊNDICE B - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À SOBECC.....	112
APÊNDICE C - CARTA-CONVITE.....	113
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	114
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA SOBECC PARA A COLETA DE DADOS.....	116
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	117

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Para realizar os cuidados de enfermagem no período transoperatório é necessário compreender uma gama de conhecimentos técnico-científicos e aplicá-los de acordo as necessidades individuais de cada paciente.

Um destes cuidados é o posicionamento cirúrgico do paciente. A atuação do enfermeiro e sua respectiva equipe relacionada a este cuidado em variadas instituições hospitalares é o tema desta pesquisa. O objetivo foi identificar como este cuidado é executado pela equipe de enfermagem.

O interesse em atuar em Centro Cirúrgico teve início durante a minha graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), quando realizei o estágio na unidade do Hospital Universitário da USP pela disciplina de Centro Cirúrgico e, *a posteriori*, quando realizei o estágio curricular no segundo semestre de 2003 no mesmo local. A vontade em trabalhar esse tema nasceu exatamente nesta época. Pois, ainda na graduação realizei um estudo sobre posicionamento cirúrgico, o que se transformou em uma monografia final de curso intitulada "Eventos Adversos Relacionados ao Posicionamento Cirúrgico" com orientação da Professora Doutora Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite do Departamento Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP. Foi um estudo de revisão bibliográfica sobre eventos adversos ocorridos em pacientes durante o posicionamento cirúrgico. Os artigos de periódicos encontrados relataram alguns eventos adversos como: otorragias, infarto agudo do miocárdio, pressão atrial alterada, trombose e embolismo. Mas, todos os artigos e relatos foram feitos por equipes médicas e, em sua grande maioria por anestesiológicos. Além do resultado encontrado nesse estudo, observa-se que o posicionamento do paciente, sobre vários aspectos ainda é escasso na área da enfermagem, este fato evidencia a necessidade da realização de mais pesquisas, considerando que o posicionamento é uma atividade inerente ao enfermeiro e sua equipe¹.

Agregada a pouca participação dos profissionais de enfermagem em estudar o tema existe outra dificuldade: a origem das publicações. Pois, a

maioria delas é internacional, o que complica, em alguns casos, a obtenção dos estudos em sua íntegra.

Outro acontecimento que me estimulou a estudar com mais interesse o tema proposto é a minha experiência assistencial “*in loco*”. Desde o meu primeiro emprego, como enfermeiro responsável pelo centro cirúrgico, em um hospital privado de médio porte, no interior do Estado de São Paulo, além de coordenar as salas cirúrgicas, também supervisionava toda a equipe de enfermagem do setor. Por meio dessas atividades pude observar que a equipe, mesmo preparada e qualificada, em muitos casos, posicionava o paciente sem tomar, cuidados específicos e individualizados, relacionados às condições físicas e emocionais. Comecei a me questionar se o motivo desta atuação da equipe seria a falta de conhecimento sobre os problemas que o posicionamento mal executado pode trazer aos pacientes.

Atualmente, trabalho como enfermeiro coordenador do bloco operatório de um hospital particular, também de médio porte, na região do ABC. A experiência tem sido diferente, neste caso existe uma preocupação maior por parte da equipe de enfermagem em realizar o posicionamento cirúrgico de uma forma mais qualificada.

Mediante estas experiências profissionais iniciei o levantamento de uma série de questões: se dois hospitais, como os já citados, apresentam as mesmas características e oferecem condições de trabalho semelhantes, como possuem uma assistência de enfermagem diferenciada para o mesmo cuidado? Como será, então, a atuação das diversas equipes de enfermagem em diferentes tipos de instituições de saúde no Brasil para este cuidado? Há protocolos? Há recursos de proteção? A equipe de enfermagem faz adaptações para as diversas posições cirúrgicas? Como?

A relevância deste estudo baseia-se, justamente, no fato de termos poucos profissionais da área de enfermagem perioperatória que estudem o assunto com mais profundidade e de ser necessária à realidade brasileira.

Frente ao exposto, desenvolvi no curso de Mestrado uma pesquisa que identificasse como está acontecendo o cuidado de enfermagem, no campo do posicionamento dos pacientes cirúrgicos, questionando os profissionais de enfermagem que atuam diretamente em unidades de centro

cirúrgico de diversas instituições hospitalares existentes pelo território nacional.

*REVISÃO DE
LITERATURA*

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Antes de adentrar com maior especificidade na assistência de enfermagem, propriamente dita, se faz necessário conhecer as fases do período perioperatório.

O mesmo inicia-se quando a decisão para intervenção cirúrgica é feita e se estende até a evolução de acompanhamento na unidade ambulatorial ou domicílio do paciente². Este período encontra-se dividido em fases ou também comumente chamado de períodos.

- Fase pré-operatória: inicia quando a decisão para a intervenção cirúrgica é tomada e termina na véspera do dia da cirurgia;
- Fase pré-operatória imediata: tem início na véspera do dia da cirurgia até o encaminhamento ao Centro Cirúrgico;
- Fase transoperatória: desde a entrada do paciente no Centro Cirúrgico até a sua chegada na unidade de recuperação pós-anestésica (RPA);
- Fase intra-operatória: período que se inicia no momento do procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito, ou seja, do início do processo anestésico até a sua reversão;
- Fase pós-operatória imediata: desde a admissão do paciente na sala de recuperação anestésica até as primeiras 24 ou 48 horas pós-operatória.
- Fase pós-operatória tardia: inicia-se após as 24 ou 48 horas pós-operatória e termina depois da evolução de acompanhamento no setor ambulatorial ou no domicílio do paciente³.

A assistência de enfermagem perioperatória geralmente é prestada de forma organizada pelos enfermeiros, embora, na maioria das vezes, não exista um registro ou uma documentação que norteie as suas etapas e que também garanta a sua continuidade⁴. A enfermagem, como ciência em construção, possui vários modelos de assistência perioperatória. Entre eles

existe o modelo Baseado no Enfoque de Risco, o Gerenciamento de Caso (*Case Management*), a Prática Baseada em Evidências, o Planejamento Baseado na Programação Cirúrgica, o Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), o modelo Perioperatório Focado no Paciente (estrutura conceitual para o *Perioperative Nursing Data Set* – PNDS) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

Na realidade brasileira, o SAEP é o mais difundido. Castellanos e Jouclas⁵, em um estudo considerado clássico, na década de 1990, preconizaram o SAEP. Por determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em janeiro de 2000 foi normatizado que toda instituição de saúde utiliza-se a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), considerando que sua implementação se constitui efetivamente na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem⁶. Agregado ao SAE está o SAEP. Eis abaixo as suas etapas:

- Avaliação pré-operatória: é realizada por meio da entrevista com o paciente e a família, pelos dados obtidos do prontuário do paciente (ficha pré-operatória de enfermagem, registros realizados pela equipe médica e exames pré-operatórios) e pelos dados relevantes fornecidos pelo enfermeiro da unidade de internação.
- Identificação dos problemas: inclui o levantamento dos problemas identificados no momento da visita/entrevista e que deverão ser assistidos no período transoperatório.
- Planejamento da assistência de enfermagem: envolve as ações de cuidado que serão implementadas no momento em que o paciente se encontra no centro cirúrgico (CC). Serão determinadas as prioridades, a quem compete e quando essas ações deverão ser realizadas.
- Implementação da assistência de enfermagem: envolve a realização de ações de enfermagem, com base no fazer, ajudar, orientar, supervisionar, encaminhar (FAOSE), atitudes que serão realizadas durante o período transoperatório.
- Avaliação pós-operatória: será efetuada por meio dos registros obtidos no prontuário do paciente e no momento da visita. A visita

pós-operatória deve ser realizada de 24 a 72 horas após o ato anestésico-cirúrgico.

O SAEP, quando executado adequadamente, oferece ao enfermeiro subsídios para melhorar os seus cuidados intra-operatórios, dentre estes o posicionamento cirúrgico, ao paciente. A visita pré-operatória, por exemplo, é um recurso importante para se conhecer as reais condições emocionais (calmo, ansioso e outras condições), anatômicas (integridade da pele, condições motoras e ósseas) e fisiológicas (avaliação do sistema circulatório, respiratório, cardiovascular, neurológico e muscular) e verificar, também, o tamanho da estrutura física do paciente⁵.

Reconhece-se que a visita pré-operatória é um item norteador para o planejamento transoperatório. No entanto, é uma prática pouca adotada na realidade nacional, tanto nos hospitais públicos quanto nos privados, onde os pacientes chegam para a internação na véspera ou apenas no dia da própria cirurgia. Esse fato ocorre, geralmente, em virtude de tentativas das instituições de reduzir os gastos ou pela falta de disponibilidade de leitos cirúrgicos¹. Associa-se, também, a esta situação o número reduzido de enfermeiros que atuam em Centros Cirúrgicos e que já acumulam inúmeras funções dentro dos seus setores e a visita seria mais uma atividade a ser executada.

Diante destas dificuldades expostas, acredita-se que o enfermeiro deva valorizar a recepção do paciente no centro cirúrgico como um importante espaço de assistência⁷. Na recepção, o enfermeiro se certificará dos dados de identificação do paciente com aqueles registrados no momento da marcação da cirurgia (nome, idade, tipo de cirurgia e outros dados); realizará um breve exame físico, incluindo a avaliação das condições emocionais; fará leitura dos principais dados registrados na ficha pré-operatória (nela incluem-se as doenças de base e as alergias); verificará se o prontuário está completo, incluindo os exames pré-operatórios solicitados; verificará a presença de intercorrências e alterações importantes nos sinais vitais; verificará a remoção de próteses, lentes e adornos⁸.

A recepção tem este objetivo de promover a continuidade da assistência de enfermagem entre a unidade de internação e o centro

cirúrgico; fornecer mais elementos para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem; promover a interação entre enfermeiro de centro cirúrgico e paciente, por meio do favorecimento das condições de verbalização das necessidades sentidas pelo paciente; trabalhar simultaneamente os problemas do paciente pela equipe multiprofissional, verificando orientações que foram absorvidas, esclarecendo dúvidas ou falhas de entendimento e reforçando as informações já aprendidas; aumentar o grau de satisfação do enfermeiro do centro cirúrgico pelo contato direto com o paciente; e respeitar o holismo e a individualidade do paciente⁹.

Além destas atividades o enfermeiro deverá prever e prover os recursos materiais (instrumentais cirúrgicos, materiais especiais, órteses e próteses) e humanos (equipe técnica qualificada e em quantidade adequada) para cada procedimento a ser realizado. O paciente deverá ser encaminhado para a sala cirúrgica, determinada pelo enfermeiro, após o preparo adequado desse ambiente¹⁰.

Durante o ato anestésico-cirúrgico, o circulante da SO, juntamente com o enfermeiro, deverá auxiliar o anestesiológista na realização do procedimento anestésico, no monitoramento do paciente, na punção venosa, periférica ou central, para a instalação de infusões e na reversão da anestesia⁸. O enfermeiro deve prever se há a necessidade de ter mais de um circulante na sala de cirurgia ou da sua própria ajuda para iniciar procedimentos mais complexos, que envolvam equipes cirúrgicas numerosas ou muitos materiais a serem abertos com técnica asséptica¹¹⁻¹³. Na sala de operação o enfermeiro é o profissional que deve participar ativamente do posicionamento cirúrgico.

Ao término da cirurgia deve-se providenciar o transporte do paciente, e este poderá ser transferido para a unidade de recuperação anestésica, para a unidade de terapia intensiva ou para a unidade de Internação. O transporte é feito em sua maior parte pela equipe de enfermagem (se possível pelo enfermeiro), com o acompanhamento do anestesiológista. A passagem de plantão deve ser feita ao profissional da unidade que receberá o paciente, informando-lhe os seguintes dados: nome do paciente, idade, tipo de anestesia, procedimento cirúrgico realizado, drogas utilizadas no

intra-operatório, condições de drenagens e sondas, aspectos dos curativos, balanço hídrico, condições da saída da sala e, caso tenha acontecido, as intercorrências. O enfermeiro e a equipe cirúrgica realizam o contato com os familiares para fornecer informações sobre o término da cirurgia, o resultado da mesma, o estado do paciente, as orientações das rotinas da instituição com o paciente e sanam possíveis dúvidas que possam aparecer⁸.

Os cuidados do enfermeiro na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) visam proporcionar assistência ao paciente até que ele tenha se recuperado dos efeitos dos anestésicos, isto é, até que os seus sinais vitais e as suas funções motoras e sensitivas retornem aos níveis pré-operatórios. O objetivo é restabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente com o menor índice de complicações possível. É importante destacarmos que o enfermeiro que atua no centro cirúrgico ainda, na maioria das instituições, atua na SRPA de forma concomitante¹⁴.

2.2 CONCEITO E FINALIDADE DA POSIÇÃO CIRÚRGICA

Quando se fala na palavra posição, logo vem em mente a forma pela qual algo ou alguém está disposto ou colocado em um determinado lugar¹⁵. Então, o que é o posicionamento cirúrgico do paciente? É o modo como está acomodado o paciente durante todo o processo anestésico-cirúrgico na mesa de operação. Mas, o que se apresenta, *a priori*, como uma atividade simples e corriqueira nas unidades cirúrgicas é, na verdade, um procedimento de grande complexidade. A definição de McEwen¹⁶ esclarece que o posicionamento é a arte de mover e segurar o corpo humano, em uma posição tal que permita a melhor exposição da área cirúrgica, com o mínimo de comprometimento da função fisiológica do paciente.

Segundo Ricker¹⁷, o posicionamento do paciente é uma arte, uma ciência e também um fator-chave no desempenho de um procedimento seguro e eficiente, sendo feito por meio da aplicação de conhecimentos sólidos relacionados com Anatomia, Fisiologia e Patologia Humana, entre outros. Este procedimento envolve sérios riscos, que, se não observados com responsabilidade e competência, podem comprometer definitivamente a

saúde física e mental do paciente. Em decorrência disso, deve ser individualizado e adaptado às necessidades de cada pessoa e aos procedimentos previstos. Essas necessidades devem ser estabelecidas em conjunto com a equipe cirúrgica e de enfermagem, uma vez que o posicionamento promove alterações que poderão repercutir nos períodos subseqüentes ao transoperatório, com conseqüências e complicações indesejáveis e até mesmo fatais⁷. Nota-se aqui o caráter multidisciplinar que apresenta este cuidado.

Amparado nestas informações iniciais o profissional de enfermagem, atuante no posicionamento, deve ter como conhecimento básico que a boa posição cirúrgica é aquela que oferece o máximo de segurança ao paciente, com o mínimo desconforto possível, e que facilite o ato anestésico-cirúrgico¹⁸.

Um ponto que chama a atenção neste estudo, mas que já foi discutido com especialistas da área de centro cirúrgico, é com relação à utilização da grafia da palavra “posicionamento”. Pois, na forma culta da língua portuguesa vigente não existe este termo. O correto seria usar constantemente as palavras posição, posicionado ou posicionar. Porém, a expressão “posicionamento” trata-se de um neologismo hospitalar já inserido na cultura dos profissionais da área de saúde. Ao se esclarecer esta situação espera-se não trazer estranhamento ao leitor no discorrer do trabalho o uso do vocábulo analisado.

2.3 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

Baseando-se, então, nas fases do SAEP será traçada uma orientação de como o enfermeiro e sua equipe devem organizar o posicionamento cirúrgico:

- Avaliação pré-operatória e identificação dos problemas: o enfermeiro deverá realizar a visita pré-operatória para obter dados relevantes e levantar problemas do paciente registrados nos prontuários pela equipe médica e/ou enfermeiros da unidade de

internação. Caso, consiga realizar a visita, que é notoriamente, como já foi discutido neste trabalho, uma dificuldade existente para os enfermeiros atuantes em Centro Cirúrgico⁷, ou durante a recepção do paciente no setor cirúrgico o enfermeiro deverá verificar: o uso ou não de medicação pré-anestésica, que irá interferir no transporte do paciente e na passagem deste para a mesa cirúrgica, dificuldades de movimentação devido à idade, peso excessivo, uso de próteses ortopédicas, confirmação do local da área cirúrgica e explicação, quando possível, de forma clara, objetiva e simples ao paciente sobre a posição cirúrgica em que ele permanecerá durante todo o procedimento e se utilizar do Diagnóstico de Enfermagem, principalmente, para o risco para lesão perioperatória por posicionamento;

- Planejamento da Assistência de Enfermagem: é a organização das ações de cuidado que o paciente receberá quando o mesmo se encontrar no centro cirúrgico. Para documentar este planejamento é realizada a prescrição de enfermagem que implementa, prioriza, determina quem executa e quando deve acontecer essas ações. Utilizando estas informações para o posicionamento obtém-se na prescrição de enfermagem: qual posição o paciente ficará durante a cirurgia, quais os recursos de proteção que deverão ser utilizados, quantas pessoas deverão ser envolvidas para posicionar o paciente, registro no relatório intra-operatório da posição em que permaneceu o paciente e dos recursos de proteção utilizados durante todo o processo anestésico-cirúrgico. A aquisição do mapa cirúrgico pelo enfermeiro, no dia que antecede às cirurgias tem sido um importante instrumento para nortear as ações de enfermagem relacionadas ao procedimento cirúrgico. Com base na programação cirúrgica, geralmente do dia seguinte, o enfermeiro de centro cirúrgico, com um mínimo de experiência, consegue realizar a previsão e provisão dos recursos de proteção e dos recursos humanos necessários a atender a demanda cirúrgica, distribuir as salas cirúrgicas conforme as suas

capacidades e dar prioridades na utilização dos recursos, caso o número destes for inferior ao número de procedimentos. Em algumas instituições, até a mesa cirúrgica entra na prescrição e tornar-se item prioritário, pois nem todas as mesas possuem diversidade para executar todos os posicionamentos ou atendem as exigências do cirurgião.

- Implementação da assistência de enfermagem: é a execução da prescrição, propriamente dita, pela equipe de enfermagem. Com base no fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar (FAOSE) o enfermeiro deve realizar as ações de cuidado previstas, inclusive para o posicionamento⁸.
- Avaliação pós-operatória: será efetuada por meio dos registros obtidos no prontuário do paciente e no momento da visita. A visita pós-operatória também possui pouca execução na realidade brasileira. Portanto, o enfermeiro e sua equipe devem aproveitar o momento do fim da cirurgia e o período do paciente na recuperação pós-anestésica para avaliá-lo sob vários aspectos clínicos. Em relação ao posicionamento, devem ser avaliados os pontos de pressão na pele que podem caracterizar os primeiros estágios de lesões de pele, perguntar ao paciente sobre queixas de dor, insensibilidade em locais diferentes da região operada ou dificuldades apresentadas para o mesmo se movimentar.

Independente de se ter um modelo assistencial aplicado na unidade cirúrgica é necessário a equipe de enfermagem possua os seguintes conhecimentos básicos sobre posicionamento cirúrgico^{19,20}:

- o posicionamento cirúrgico requer segurança, limpeza e organização da equipe no momento da realização do procedimento, ou seja, quando o paciente entra na sala de operações os materiais e equipamentos para a colocação do paciente na mesa cirúrgica já devem estar dispostos nos lugares adequados;

- avaliar o quanto o paciente pode ajudar na sua transferência da maca para a mesa de cirurgia e, em seguida, pedir a sua colaboração no que for possível. Após a reversão anestésica, na passagem da mesa para a

maca, realizar o mesmo processo. Este cuidado serve até para proteger o profissional de uma sobrecarga de peso em sua atividade;

- o enfermeiro e equipe devem monitorar o paciente e manter a integridade dos tecidos. Até a escolha do local (lado) da punção venosa para a infusão anestésica deve ser feita levando em conta a região a ser operada;

- o corpo do paciente deve estar alinhado em toda posição: cabeça, tronco (coluna vertebral) e membros superiores e inferiores;

- aplicar movimentos firmes, delicados e seguros em quaisquer partes do corpo para evitar distensões musculares;

- prevenir paralisias e/ou parestesias, que podem ser irreversíveis, impedindo hiperextensão das terminações nervosas;

- para evitar formações de lesões de pele e/ou úlceras por pressão, trombozes e compressão da circulação se deve proteger as proeminências ósseas, principalmente em pacientes obesos, idosos e desnutridos;

- observar se há a compressão de vasos, nervos e órgãos, provocadas, muitas vezes, por parte da equipe cirúrgica, por equipamentos e materiais sobre o corpo ou por alguma contenção mais apertada que pode acarretar em comprometimento de funções vitais;

- impedir vícios de posicionamento (hiperextensão dos membros e fixação incorreta do paciente);

- observar e evitar que os membros inferiores e superiores fiquem pendentes ao lado da mesa de operação;

- impedir o contato direto do paciente com a superfície metálica da mesa cirúrgica;

- já iniciado o processo de indução anestésica solicitar a ajuda de outro profissional para posicionar o paciente garantindo o conforto e segurança do mesmo. Uma vez, que neste estado, o paciente não poderá colaborar e nem dizer se está confortável¹⁸.

Vale ressaltar, que uma atitude relacionada à segurança do paciente é nunca se afastar da mesa cirúrgica e deixá-lo sozinho, pois além das dimensões estreitas da mesma, o paciente está, em muitos casos, sonolento e com a percepção diminuída, devido à influência das drogas, tanto no ato da indução quanto na reversão anestésica, e este está propenso ao risco de

queda. Comumente, nestes casos o mesmo precisa de uma contenção "suave" dos membros da equipe.

Mediante todas estas informações a gerência ou coordenação de enfermagem do setor, os enfermeiros assistenciais, bem como técnicos e auxiliares de enfermagem, devem-se preocupar efetivamente com o posicionamento. Neste caso, chama-se a atenção, não só para o paciente, que recebe o cuidado, mas também para os profissionais que realizam o cuidado. Pois, a necessidade de esforço físico, principalmente, para transferir o paciente da maca para a mesa, a ação de posicionar ou a colocação de coxins, tem sido relatada como responsável por dores musculares, articulares e pelo aparecimento de hérnias de disco intervertebral, nos funcionários que respondem por essa atividade²¹.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E OS RECURSOS DE PROTEÇÃO

O termo recursos de proteção é designado, dentro do âmbito hospitalar, para os equipamentos e materiais utilizados para garantir a segurança, conforto e integridade física dos pacientes submetidos a procedimentos, desde os minimamente invasivos até as cirurgias de grande complexidade. Abaixo serão abordados os recursos voltados para o posicionamento cirúrgico.

Além do conhecimento prévio sobre o paciente o enfermeiro, como já citado anteriormente, deve prever e prover os recursos de proteção para a realização de um adequado posicionamento cirúrgico. Estes recursos asseguram a manutenção da temperatura corpórea adequada, evitam atritos, previnem lesões de pele, como as úlceras de pressão, compressão ou estiramentos neuromusculares, contato com o metal, que pode ocasionar queimaduras (devido primordialmente ao uso do bisturi elétrico), e outros danos ao paciente. Fazem parte destes recursos: colchonete da mesa cirúrgica (pode ser feito de borracha, sintético ou de espuma com cobertura impermeável), travesseiros, colchão caixa de ovo, colchão de ar, colchão de ar micropulsante, cobertura de polímero de visco elástico seco, matelassê de

membros inferiores e membros superiores, espumas protetoras, almofadas, coxim de mão, rodília, manta e colchão térmico.

Os recursos que mantêm a temperatura do corpo são utilizados porque alguns fármacos anestésicos diminuem a temperatura corporal e, geralmente, o paciente fica exposto a temperaturas baixas, entre 19 e 24° c, nas salas devido ao uso do ar condicionado ou é, freqüentemente, umedecido nos procedimentos artroscópicos³. Estes são procedimentos que as soluções (exemplo: soro fisiológico a 0,9%) servem para irrigar a área das articulações, afastando o sangue e outros fluídos corporais provenientes das excisões cirúrgicas da área a ser operada, proporcionando maior visibilidade ao cirurgião.

Os recursos que evitam atritos e lesões de pele são de suma importância, porque após duas ou três horas de pressão constante nos tecidos podem resultar em úlceras cutâneas de pressão e alopecia focal. Estes recursos são indicados nos procedimentos de longa duração²².

As úlceras por pressão podem ser descritas como qualquer lesão causada por pressão não aliviada que resulta em danos aos tecidos adjacentes (subcutâneo, músculos, articulações e ossos), ocorrem geralmente nas regiões de proeminências ósseas e são graduadas em estágios I, II, III e IV para classificar o grau de dano observado nos tecidos²³.

Ursi²⁴ em 2005, realizou uma revisão integrativa da literatura, na busca da melhor evidência disponível, em relação às intervenções de enfermagem eficazes para a prevenção de lesões de pele no período perioperatório. Os dispositivos considerados mais efetivos neste trabalho foram em ordem decrescente: o colchão de ar micropulsante, a cobertura de polímero de visco elástico seco e almofadas de gel.

Ainda deve-se providenciar equipamentos de exposição para facilitar o acesso à área cirúrgica: perneira, braçadeira, coxins (os compostos por silicones, gel ou polímero além de realizarem a função de exposição oferecem uma adaptação anatômica mais confortável aos variados tipos de corpos), suporte de Wilson, e suporte de cabeça. Os equipamentos de fixação, também se fazem de necessários, para tornarem fixos ou estáveis os membros, evitando deslocamento ou queda. Esta última, aliás, uma das

iatrogenias mais severas que um paciente hospitalizado pode sofrer e atua como um item indicador de qualidade da assistência de enfermagem. Fixadores de membros superiores e inferiores (tiras), faixas de velcro e cintas fixadoras são alguns dos materiais de fixação^{17,25}.

Com o paciente anestesiado o enfermeiro, o circulante ou outro membro da equipe que estiver posicionando a pessoa deve solicitar ajuda de outro profissional, desta maneira, garantindo conforto e segurança ao paciente¹.

É importante lembrar que o plano de cuidados deve ser individualizado para riscos específicos do paciente, desde o modo de transferi-lo da maca para a mesa, ao número de pessoas para auxiliar o paciente em seu posicionamento¹.

O conhecimento sobre o manuseio, manutenção, variedade de uso e potenciais de riscos das mesas cirúrgicas das salas operatórias se faz necessário por toda equipe de enfermagem. Pois as mesas são itens essenciais para os procedimentos²².

A mesa cirúrgica é o principal equipamento durante a colocação do paciente na posição cirúrgica adequada ao procedimento previamente estabelecido pelo cirurgião. Por ser um equipamento que deixa o paciente a uma altura elevada do solo, possuir pouca largura e ausência de grades ela necessita de acessórios que a completem para atender as posições exigidas com o mínimo de conforto ao paciente¹¹.

Modelos modernos de mesas operatórias têm facilitado bastante a segurança e efetividade da posição, permitindo ao cirurgião facilidade no acesso local a ser tratado e, ao anestesilogista, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas¹¹. Uma boa mesa que se adapta a uma série de usos é um bom investimento econômico, por permitir flexibilidade na sua utilização em diferentes técnicas e especialidades cirúrgicas. Exemplo: hoje em dia uma mesa é radiotransparente (para utilizar o intensificador de imagem), possui adaptações para ficar ortopédica, possibilita o encaixe de prolongadores, aumentando a largura e o comprimento, para pacientes obesos ou com estaturas grandes e pode possuir controle remoto ou serem

automatizadas, desta maneira diminuindo o desgaste físico do trabalhador em saúde²⁶.

2.5 RESPONSABILIDADES DE CADA MEMBRO DA EQUIPE CIRÚRGICA

O trabalho em equipe é uma das estratégias para o sucesso do posicionamento cirúrgico. Segundo recomendações da AORN¹⁹ (*Association of periOPERATIVE Registered Nurses*) esta tarefa multidisciplinar é executada pelas equipes de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem na função de circulantes) e médica (anestesiologistas e cirurgiões), que ao posicionar o paciente devem conhecer e considerar :

- Local do procedimento cirúrgico;
- Área cirúrgica de fácil acessibilidade ao cirurgião;
- Área de acesso que facilite e atenda as necessidades do anestesiologista, sem que os mesmo e os cirurgiões entrem em conflito por espaço para executarem os seus respectivos procedimentos;
- A privacidade do paciente: não há a necessidade de descobrir o paciente e nem mesmo despi-lo totalmente para acessarmos a área cirúrgica. Durante a monitorização, colocação das infusões venosas, indução anestésica, ato operatório em si, reversão anestésica e encaminhamento do paciente à unidade de recuperação pós-anestésica só expor a parte corporal que, realmente, se faz necessária;
- Efeitos fisiológicos durante o posicionamento do paciente antes, durante e após o procedimento anestésico;
- Conhecimento das estruturas anatômicas do paciente e qual a capacidade de manipulação delas.

Entretanto, cada membro desta equipe possui responsabilidades individuais. As quais estão descritas abaixo:

- Enfermeiro: usa os princípios da física, conhecimentos de anatomia e fisiologia para a movimentação das várias partes do corpo do paciente; organiza a equipe de enfermagem na preparação da mesa cirúrgica e da

sala operatória como um todo; prevê e prove os recursos de proteção mais adequados para cada posição cirúrgica; comunica e coordena a equipe com relação à segurança do paciente nas posições determinadas e na movimentação do paciente durante o processo anestésico-cirúrgico.

- Cirurgião: determina a posição em que deve ser colocado o paciente, levando em consideração a área a ser operada, o seu campo de visão e a posição que pode ser bem tolerada pelo paciente. Pois, o cirurgião conhece também a história clínica do seu paciente;

- Anestesiologista: monitoriza e mantém as condições fisiológicas do paciente cirúrgico e atende as necessidades deste para o ato cirúrgico; coordena e executa as solicitações do cirurgião com relação às mudanças de posicionamento no intra-operatório; autoriza a equipe a iniciar o posicionamento do paciente.

2.6 AS POSIÇÕES CIRÚRGICAS

Existem várias posições cirúrgicas, e elas são determinadas tendo em vista o procedimento cirúrgico a ser realizado, assim como a condição física apresentada pelo paciente. O potencial para um desconforto transitório, ou mesmo lesão permanente, é evidente porque muitas posições são de difíceis adequações anatômicas ou o incômodo é gerado simplesmente porque a posição é mantida por longos períodos², no entanto, se faz necessária para a realização das cirurgias.

Portanto, na colocação do paciente na mesa operatória para o ato anestésico-cirúrgico deve-se considerar: a posição mais confortável para o paciente na medida do possível, esteja ele inconsciente, sonolento ou acordado; a área operatória, que deve estar adequadamente exposta; o suprimento vascular, que não deve ser obstruído por uma pressão relacionada a um mal posicionamento; a menor interferência possível na respiração do paciente resultante da pressão dos braços sobre o tórax ou constrição do pescoço ou do tórax devido à camisola; que os nervos devem estar protegidos contra pressão indevida; o posicionamento inadequado dos braços, mãos, pernas ou pés pode provocar graves lesões ou paralisias; as

preocupações para segurança do paciente devem ser sanadas, sobretudo no caso de pacientes magros, idosos ou obesos.

De acordo com as características de cada paciente e do tipo de procedimento que será submetido, ele poderá estar posicionado de diversas formas. No entanto, essa variedade de posicionamentos origina-se de três posições básicas: decúbito dorsal ou posição supina, decúbito ventral ou posição prona e decúbito lateral, pois os procedimentos operatórios são realizados com o paciente repousando o dorso, o abdome ou o lado¹².

Serão descritas, a seguir, as posições cirúrgicas mais utilizadas no período intra-operatório, destacando os benefícios ou males que estas podem trazer em sua execução.

2.6.1 Posição de Decúbito Dorsal ou Posição Supina

O decúbito dorsal é a posição mais comum. É a natural do corpo em repouso. O paciente, na maioria das vezes, é anestesiado nesta posição e, a partir daí, são feitas modificações após a indução anestésica. Na posição de decúbito dorsal, o dorso do paciente e a coluna vertebral estão repousando na superfície do colchão da mesa de operação (Figura 1). Esta posição permite abordar as grandes cavidades do corpo (craniana, torácica e abdominal) e as quatro extremidades. O occipito, a escápula, o cotovelo, o sacro, o cóccix, e os calcâneos são áreas potenciais de pressão e devem ter um dispositivo redutor de pressão. Vale ressaltar, que as áreas de pressão da pele ocorrem mais, freqüentemente, na posição de decúbito dorsal¹⁷.

Agora o passo a passo deste posicionamento:

- O paciente fica deitado de costas, com os braços ao longo do corpo com as mãos em pronação (palmas para baixo) ou em cruz. Com os braços em abdução as palmas das mãos estão voltadas para cima. Mas, deve-se tomar cuidado para que a equipe cirúrgica, acidentalmente, não desloque o braço num ângulo superior a 80º em relação ao corpo, provocando o estiramento dos músculos esta região e, também, compressão dos nervos e vasos locais (plexo braquial, artéria subclávia, veia cefálica)¹¹. A hiperabdução do braço deve ser evitada para prevenir estiramento de nervos

e compressão das artérias subclávia e axilar sob o processo coróide da escápula ou compressão entre a clavícula e as primeiras duas costelas.

- Os membros inferiores ficam estendidos e os pés ligeiramente separados.

- A posição da cabeça deve estar em alinhamento com a coluna vertebral. Esta, por sua vez, em alinhamento com o quadril, apoiando a curva lombar, o occipito, a escápula, o olecrano, o sacro e os calcâneos. Os apoios podem ser almofadas, pequenos travesseiros, lençóis ou os próprios dispositivos redutores de pressão disponíveis na unidade.

- Um pequeno coxim abaixo da cabeça permite o relaxamento do músculo trapézio e previne a distensão no pescoço. Flexão e torção podem causar contraturas no pescoço e interferir com a permeabilidade das vias aéreas.

- Fixar as mãos, sem garrotear as extremidades. O uso do “lençol móvel” na mesa cirúrgica pode ser utilizado para fixar os braços em toda a sua extensão e prevenir que fiquem pendentes nas bordas da mesa²⁶.

- Coxins abaixo dos joelhos são desaconselháveis, pois podem causar compressão no nervo poplíteo e na veia safena.

Figura 1- Posição de Decúbito Dorsal ou Posição Supina

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

O sistema circulatório pode ser comprometido na posição dorsal, não somente pela restrição, mas também, por todo efeito da postura corporal na horizontal e os efeitos da gravidade sobre o posicionamento cirúrgico²⁵. Por exemplo, o aumento de pressão de víscera abdominal ou massa sobre a veia cava inferior reduz o retorno de sangue venoso ao coração, com

posterior comprometimento da pressão arterial. Sempre que possível, a posição do paciente deve estimular a drenagem e evitar a obstrução venosa. A função respiratória também é comprometida na posição de decúbito dorsal, porque a capacidade vital é menor que na postura ereta, entretanto, permite uma melhor distribuição da ventilação dos pulmões²⁵. Alguns procedimentos realizados nesta posição: cesárea, artroscopia de joelho, histerectomia via abdominal e facectomia (cirurgia de catarata), simpatectomias torácicas e cirurgias cardíacas. Problemas relacionados diretamente a esta posição são mais devidos ao tempo excessivo que o paciente permaneceu durante o procedimento.

2.6.2 Posição de Semi-Rose

Esta posição é pouco descrita na literatura atual. Mas, ainda utilizada em alguns procedimentos na região cervical anterior. A cabeceira da mesa cirúrgica é abaixada aproximadamente em 10 graus.

Caso, a equipe cirúrgica necessite ficar ao lado do paciente para realizar o procedimento, os braços, como na posição supina, são mantidos ao longo do corpo, utilizando-se o “lençol móvel” para restringi-lo. A linha de infusão venosa deverá possuir extensão e, juntamente, com os aparelhos de monitoração ficarão colocados na região dos pés do paciente, a fim de facilitar a assistência do médico-anestesiologista²⁶.

2.6.3 Posição de Trendelenburg

A posição de Trendelenburg é uma variação do decúbito dorsal, em que a parte superior do dorso é abaixada e os pés são elevados (Figura 2). O paciente é posicionado como na posição supina e toda a mesa de operações é levemente inclinada para que a cabeça do paciente fique mais baixa que seus pés em torno de cinco graus¹⁸. Se a inclinação for maior que a descrita recomenda-se o uso de suporte de ombros devidamente acolchoados para evitar o deslocamento do paciente.

Esta posição, geralmente, é usada para cirurgias nas regiões do abdome inferior. Ela proporciona o deslizamento das vísceras abdominais na direção do tórax, permitindo melhor exposição pélvica, mas seu peso sobre o diafragma, acrescido do aumento de volume de sangue pulmonar, pode reduzir a expansibilidade pulmonar, diminuindo assim o fator ventilação-perfusão e repercutindo nas trocas gasosas.

Essa posição pode ser utilizada para melhorar a circulação no córtex cerebral e gânglio basal, quando a pressão arterial baixa repentinamente e se faz necessário um aumento do fluxo sanguíneo arterial para o cérebro^{17,25}. Para evitar a sobrecarga cardiovascular ou o risco de hipotensão arterial deve-se, após o término do procedimento cirúrgico, movimentar o paciente lenta e vagarosamente até retomar a posição dorsal. Estas transições posturais lentas e delicadas permitem tempo suficiente para que o corpo se ajuste às mudanças fisiológicas alcançando a homeostasia.

Figura 2 – Posição de Trendelenburg

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

Cirurgias da extremidade inferior, como a de varizes, são feitas também nesta posição, pois ela ajuda na hemostasia. Outras Cirurgias realizadas nesta posição: varizes, laparotomias abdominais via digestória baixa e politraumas com perda considerável de sangue. Todavia, a função principal desta posição é oferecer uma melhor visualização dos órgãos pélvicos durante a abertura ou cirurgia laparoscópica no abdome inferior ou pelve.

O passo a passo deste posicionamento deve ser igual ao mencionado para a posição supina.

Um artigo publicado na França²⁷, mas feito por anestesiológicos belgas, relatou que duas pacientes apresentaram otorragia no período pós-operatório após serem submetidos à procedimentos de laparoscopia ginecológica. As pacientes realizaram a cirurgia na posição de Trendelenburg. As mudanças hemodinâmicas induzidas pela posição podem ter contribuído para a ocorrência do evento.

2.6.4 Posição de Trendelenburg Reversa ou Proclive

O paciente é colocado na posição dorsal e toda a mesa é inclinada para que a cabeça fique mais alta que os pés (Figura 3). Esta posição é geralmente usada para cirurgias da cavidade abdominal superior e para cirurgia da cabeça e pescoço. Ela permite uma exposição operatória melhor, porque a gravidade mantém as alças intestinais na parte inferior do abdome. Também, como a cabeça é elevada levemente, a hemostasia nesta região e na cervical se torna mais fácil.

A mesa cirúrgica, na maioria das vezes, é inclinada somente alguns graus. Se uma inclinação maior é necessária, um suporte para os pés (não é freqüentemente usado) é recomendável, como também, uma cinta fixadora na região do quadril ou coxas para se evitar um possível escorregamento do paciente em relação a sua colocação inicial.

Nessa posição, a função respiratória é mais facilitada do que na região dorsal. A circulação venosa pode ser comprometida pelo tempo de permanência das pernas estendidas na posição mais baixa. O retorno ao decúbito dorsal deve ser realizado lenta e delicadamente para evitar sobrecarga ao sistema cardiovascular¹⁷. Enfaixamento com algodão ortopédico e atadura de crepe dos membros inferiores, uso de meias elásticas ou massageadores de membros atuam, como medidas profiláticas, na prevenção da estase venosa, minimizando o risco de tromboflebitis e tromboes pós-operatórias.

Figura 3 – Posição de Trendelenburg reversa ou proclive

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

Indicações importantes para posicionar o paciente:

- Cirurgias na região antero cervical necessitam de um coxim sob os ombros para expor a região do pescoço;
- Este coxim deve atingir de um ombro ao outro e manter o equilíbrio e altura idênticas entre eles.
- Para evitar a hiperextensão do pescoço um outro suporte (coxim) sob a cabeça deve ser colocado.
- Além destas recomendações não se pode esquecer do alinhamento entre a cabeça, a coluna vertebral, o quadril e os membros superiores e inferiores.

Os procedimentos realizados nesta posição: gastroplastia, cardioplastia (correção de refluxo gastroesofágico) e outras de acesso à via digestiva alta.

Tanto na posição de Trendelenburg ou proclive ocorre uma inclinação da mesa cirúrgica o que pode provocar uma fricção e desintegração da pele e, também, deslocamento do paciente. Então, se faz necessário a observação constante deste paciente por parte da equipe de enfermagem³.

2.6.5 Posição de Litotomia ou Ginecológica

É usada em operações que requerem uma abordagem perineal, cirurgias obstétricas, ginecológicas por via baixa ou proctológicas. Esta postura não natural tem grande potencial para traumas ao paciente. Durante

a indução anestésica o paciente é colocado na região supina. O paciente quando deitado, preferencialmente, já deve estar com a região glútea próxima à dobra inferior da mesa de operações (Figura 4). Após a permissão do anestesiológista segue-se as seguintes fases:

- colocar as pernas metálicas com proteções adequadas (coxins macios) na mesa cirúrgica. A altura é ajustada ao comprimento dos membros inferiores (altura definida pelo tamanho entre a região poplítea e o trocanter) do paciente;

- em seguida colocam-se os membros inferiores na perneira metálica. O ideal são duas pessoas posicionando as pernas ao mesmo tempo, de forma segura, delicada e lenta. Cada colaborador pega uma perna e efetua o levantamento pela região plantar do pé com uma mão e com a outra flexiona o joelho;

- verificar o alinhamento da espinha ilíaca anterior do paciente com o suporte de perna e o nível das nádegas com as bordas da dobradura da mesa operatória. Alcança-se uma boa posição com um mínimo de esforço¹²;

- os braços nesta posição devem permanecer em abdução, como já citado, não ultrapassando 80º em relação à mesa. Eles não podem ficar ao longo do corpo, pois as mãos podem invadir a área operatória contaminando-a ou correndo o risco de uma delas (mãos) serem lesadas pelos instrumentais cirúrgicos;

- Relembrando: as pernas devem ser abaixadas ou apoiadas em estribo simultaneamente, dando-se apoio às articulações acima e abaixo para evitar tensão na musculatura lombossacra, que pode estirar e inclinar, desta maneira, colocando a pelve e as extremidades em desequilíbrio⁷.

É preciso cuidado especial com o paciente que tem limitação na amplitude de movimentos devido à prótese de quadril, contraturas, gessos, amputações ou obesidade. Flexão intensa do quadril, bem como adução da articulação deve ser evitada na posição litotômica/ginecológica. A pressão do suporte sobre as pernas e pés pode trazer danos ao nervo fibular, causando a “queda” do pé¹⁷.

Quanto maior for a flexão dos membros inferiores sobre o quadril, maior será a pressão intra-abdominal e, numa relação inversamente

proporcional, o volume pulmonar diminuirá. Este fato dificulta a hematose e produz hipóxia. O peso das extremidades apoiadas no tórax, especialmente em lactentes e crianças maiores, pode fadigar os músculos na respiração e induzir problemas respiratórios¹⁷.

Outra informação importante é o fato de ocorrer o desvio aproximado de 500 ml de sangue da circulação das pernas, quando estas estão abduzidas, e vão aumentar o volume circulante na região toraco-abdominal. O sistema circulatório necessita de um tempo maior para realizar o mecanismo compensatório deste acréscimo de sangue na rede vascular. Quando ocorre o retorno das pernas a posição horizontal e o sangue retorna a esta parte do corpo também ocorrerá um tempo para o organismo se adaptar. Daí, a repetida orientação de realizar o posicionamento de forma lenta e gradual.

Ao fim do procedimento o paciente retorna, como já explicitado, a posição dorsal e após a conclusão desta etapa o paciente é transferido para a maca ou cama pós-operatória.

Figura 4 – Posição de Litotomia ou Ginecológica

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

Um artigo do Japão²⁸ relatou a morte de um paciente que ficou na posição litotômica associada com a Trendelenburg para realizar uma ressecção endoscópica de tumor retal e que era cardiopata. A autópsia revelou como causa da morte um infarto agudo do miocárdio devido um excessivo esforço do lado do coração infartado. E nesta posição há uma

sobrecarga de volume sanguíneo no coração e, respectivamente, no sistema coronariano.

Em Cingapura²⁹, dois pacientes apresentaram complicações anestésicas após serem submetidos a procedimentos de prostatectomia radical por videolaparoscopia usando a ajuda do robô cirurgião da Vinci. O primeiro caso o paciente foi extubado ao término da cirurgia, mas em seguida necessitou um reintubação e, posteriormente, ventilação mecânica e cuidados na unidade de terapia intensiva. Este fato foi atribuído ao edema laríngeo sofrido pelo paciente, mais provavelmente, pela redução do retorno venoso da cabeça causado pelo pneumoperitônio e pelo prolongado tempo na posição de Trendelenburg. O segundo caso relata uma leve neuropatia do plexo braquial causado mais provavelmente pelo uso de suporte de ombros associado com a posição extrema de Trendelenburg. Para estes procedimentos os autores recomendam limitar a duração e a extensão da posição citada, evitar o excesso de infusão intravenosa, realização cuidadosa do posicionamento e evitar sempre que possível o uso dos suportes de ombros.

Na Dinamarca³⁰, foi relatado um caso de tetraplegia de um paciente do sexo masculino, 36 anos, e que foi submetido a uma reversão de sigmoidectomia sob anestesia geral e posição de Trendelenburg. No pós-operatório imediato o paciente apresentou dor, paralisia e fraqueza dos braços e pernas. A equipe médica suspeitou de uma compressão da medula cervical. O tratamento medicamentoso foi imposto. A ressonância magnética não mostrou sinais de prolapso e nem de estenoses cervicais. O mesmo aconteceu com o exame de mielografia. O paciente recuperou-se bem no pós-operatório mediato. A mais provável explicação para esta condição foi o posicionamento intraoperatório o qual o paciente foi submetido.

2.6.6 Posição de Fowler Modificada

A posição de Fowler, posição sentada ou comumente conhecida como posição de “cadeira de praia” é aquela que o dorso da mesa cirúrgica

é elevado e o suporte para os pés deve ser colocado ou a parte inferior da mesa levemente erguida (Figura 5).

Esta posição permite que o paciente permaneça sentado em ângulos que variam de 30° a 90° acima do plano horizontal e é ideal para procedimentos na região do ombro e suas articulações, bem como cirurgias neurológicas cerebrais³¹.

Alterações importantes acontecem quando o paciente assume este posicionamento: notável redução de pressão arterial média (PAM), pressão venosa central, volume sistólico, débito cardíaco e PaO_2 ³². A pressão de perfusão cerebral (PPC) reduz-se em cerca de 15% na posição sentada no paciente não anestesiado, podendo diminuir mais ainda durante a anestesia por causa da vasodilatação provocada pela medicação e da redução do retorno venoso³¹. São clássicas as observações de Enderby³³ de que a pressão arterial sistólica (PAS) sofre um decréscimo de 0,8 mmHg por 1,0 cm de elevação da região cerebral considerada no plano vertical em relação ao nível do coração.

Muito recentemente, a Revista Brasileira de Anestesiologia publicou um artigo³¹, mais especificamente um relato de caso, que uma paciente chegou a estado vegetativo permanente. A paciente havia sido submetida a uma artroscopia de ombro e colocada na posição de Fowler Modificada, comumente chamada de “cadeira de praia”. A anestesia foi geral com intubação endotraqueal. Após estas explicações técnicas podemos entender o resultado catastrófico do caso em questão. A tomografia axial computadorizada no quinto dia pós-operatório mostrou edema cerebral e oclusão da cisterna; a ressonância magnética indicou infartos corticais em ambos os hemisférios, mas sem nenhuma evidência de sangramento intracraniano. As lesões foram, portanto, compatíveis com hipoperfusão cerebral ocorrida no intra-operatório. Ressalta-se o fato de que a paciente foi anestesiada com isoflurano, um anestésico com conhecidas propriedades vasodilatadoras, o que certamente dificultou um possível aumento da resistência vascular sistêmica, compensatório da diminuição da PAM e dos outros parâmetros circulatórios já citados, provocada pela posição sentada. Nota-se que para a ocorrência desta verdadeira tragédia houve a influência

de vários fatores, incluindo-se neste rol o posicionamento da paciente na sala cirúrgica.

Figura 5 – Posição de Fowler Modificada

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

Primeiramente, deve-se anestesiá-lo na posição dorsal. Após este procedimento inicia-se as seguintes etapas:

- A cabeça deve ser fixada por suporte específico, faixa crepe, esparadrapo ou outro tipo de material fixador, mas não se pode esquecer de proteger a face destes itens com compressa ou outro material mais delicado;
- Manter os olhos bem fechados do paciente;
- O controle da cabeça do paciente e sua posição ficam a cargo do cirurgião e, principalmente, do anestesiológico;
- A subida do dorso da mesa só deve ser realizada após a autorização do anestesiológico, devido aos inúmeros efeitos nocivos relacionados à queda abrupta de pressão arterial e ao risco potencial de embolismo gasoso;
- Os ombros devem permanecer eretos, alinhados à mesma altura e estabilizados;
- Colocar acolchoamento nas nádegas (tuberosidade isquiática) e no dorso (proeminências ósseas da escápula e ombro);
- Colocar os braços em abdução sobre o abdome, apoiado por coxim, ou no suporte de braço da mesa com angulação inferior a 80 graus;

- Para evitar o deslocamento caudal do tronco e a hiperextensão da região poplíteia se faz necessário a colocação de coxins, como travesseiros, sob os joelhos;

- Os pés deverão ser levemente elevados e os mesmos deverão receber coxins para os calcâneos.

A posição sentada requer atenção especial com os braços. A hiperextensão do ombro deve ser evitada e os braços devem ser impedidos de quedas ou pressão contra superfícies duras²⁵.

Durante todas estas etapas não se pode esquecer de verificar como está a fixação da sonda endotraqueal, pois ocorre muita movimentação com o corpo do paciente²⁶. As cirurgias mais comuns nesta posição: algumas técnicas de mamoplastia, reparo do manguito rotator, artroscopia de ombro e craniotomias.

2.6.7 Posição de Decúbito Ventral ou Prona

Nesta posição, como o próprio nome diz, o ventre ou o abdome do paciente fica em contato com o colchão da mesa cirúrgica, de modo a permitir a abordagem da coluna cervical, região occipital, dorsal, lombar, sacrocóccigea, retal e porção posterior dos membros inferiores^{12,20} (Figura 6).

As etapas para se garantir um posicionamento adequado estão descritas abaixo:

- A anestesia regional ou geral é realizada, preferencialmente, na maca com o paciente na posição dorsal para facilitar o giro do paciente para a mesa cirúrgica já na posição correta. Pode ser realizada diretamente na mesa, porém ocorrerá um maior desgaste físico da equipe que manipulará o paciente, pois deverão erguer o paciente e gira-lo no ar 180º;

- após a realização do ato anestésico, coloca-se o paciente em decúbito lateral e, em seguida, em posição prona. Cuidados com o acesso venoso, suas linhas de infusão e aparelhos de monitoração devem ser tomados para que os mesmos não se enroscuem ou fiquem presos em algum profissional ou equipamento que se encontre no caminho desta ação;

- Ao girar o paciente os braços estarão postos ao longo do corpo. O braço que possuir o acesso venoso deverá ser girado por cima como medida preventiva. Os braços são repousados sobre suportes de braço (braçadeiras). Os cotovelos são flexionados de forma cautelosa e os mesmos não podem estar localizados antes dos ombros em uma análise céfalocaudal²⁶. As palmas das mãos ficam voltadas para baixo. Toda esta preparação visa evitar a luxação do ombro e danos ao plexo braquial;

- lateralizar a cabeça apoiando-a em um travesseiro ou outro dispositivo confortável sem dobrar as orelhas, protegendo as proeminências da face e mantendo as pálpebras fechadas, evitando ressecamento das córneas⁷;

- O paciente é colocado sobre coxins cilíndricos, que se estendem dos ombros até as cristas ilíacas. Isto permite uma melhor expansão pulmonar e diminui a pressão nas mamas das pacientes femininas¹⁸. Um coxim transversal na crista ilíaca para evitar a pressão dos órgãos dessa região e da genitália masculina.

- Rodílias feitas com atadura crepe ou pequenas almofadas devem proteger a região patelar da pressão exercida contra a mesa. Um travesseiro é colocado sob as pernas, perto dos tornozelos, para manter a flexão dos pés e evitar o contato dos dedos com a mesa operatória.

Figura 6 – Posição de decúbito ventral ou prona

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

A postura de decúbito ventral é inicialmente de risco quando o paciente anestesiado é virado do decúbito dorsal para a posição ventral. Os mecanismos de compensação normais estão deprimidos e o paciente não

pode se ajustar rapidamente às mudanças hemodinâmicas impostas²⁵. O sistema respiratório é mais vulnerável na posição de decúbito ventral, porque o movimento respiratório antero-lateral é restrito e o movimento diafragmático normal é muito reduzido pela parede abdominal comprimida²⁵.

O nervo radial pode ser comprimido contra o úmero, caso se permita que o antebraço oscile ao lado da mesa. Os ombros podem ser superestendidos, a menos que os cotovelos estejam flexionados e as palmas das mãos viradas para baixo. O retorno venoso pode estar comprometido por uma contenção apertada na perna, extremidades inferiores pendentes ou compressão da veia cava inferior¹⁷.

Uma revisão de literatura³⁴ citou os problemas com acuidade visual que aconteceram com pacientes submetidos a cirurgias não oftalmológicas. Foi verificada uma incidência maior destes episódios em pacientes com hipertensão, diabetes, arteriosclerose, úlcera gastrintestinal, doença cardíaca e outras doenças vasculares. Os fatores predisponentes para neuropatia isquêmica óptica incluem, de acordo com este estudo: hipotensão, anemia, cirurgia, trauma, hemorragia, choque e cirurgias com tempo prolongado. Além destes fatores temos as posições cirúrgicas. As de Trendelenburg e Prona podem colaborar para a perda de visão e diminuir o retorno venoso da cabeça. O dano visual pode resultar no aumento da pressão intracraniana, o qual contribui para a pressão no nervo óptico. O decúbito ventral aumenta o risco de compressão ou lesão da órbita e abrasão da córnea. Portanto, este trabalho indica a preocupação que se deve ter com o posicionamento interligado com os fatores predisponentes já citados.

Um artigo nacional³⁵ que embasa este último citado fala sobre o aumento da incidência de perda de visão após cirurgias não-oftalmológicas, visto o número crescente de publicações disponíveis na literatura internacional. Trata-se de um relato de caso de um paciente com IMC de 37,6 e foi submetido a cirurgia de descompressão medular associada com artrodese e permaneceu na posição de decúbito ventral. O paciente possuía como fatores de risco: hipertensão, tabagismo, idade avançada e o procedimento foi de longa duração. A anestesia foi geral mais técnica

epidural. Não houve nenhuma complicação no intra-operatório. No dia seguinte, apresentou proptose ocular, edema conjuntival e perda visual no olho esquerdo. O caso evidencia a possibilidade de perda visual após intervenção cirúrgica de coluna com o paciente na posição prona. Pois a neuropatia óptica isquêmica é o resultado do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio no nervo óptico, em decorrência do aumento da pressão intra-ocular (PIO) com relação à pressão arterial sistêmica, determinando a má perfusão do tecido nervoso. Mais uma vez a posição sendo citada como um dos itens prováveis para a ocorrência de uma complicação perioperatória nos pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica.

2.6.8 Posição de Canivete, Kraske, Jackknife ou Depage

A posição de canivete é uma modificação do decúbito ventral e é usada para procedimentos proctológicos e de coluna lombar. Os quadris do paciente devem repousar sobre uma almofada ou travesseiro colocado sobre a dobradura da mesa de operação, a qual é flexionada num ângulo de 90°, elevando os quadris e abaixando a cabeça e o corpo. A cabeça, o tórax e os pés precisam de suportes adicionais nesta posição¹⁷.

Os passos referentes às proteções com coxins são os mesmos da posição prona. Atualmente, esta posição é utilizada em raros procedimentos, como cirurgias proctológicas ambulatoriais.

2.6.9 Posição de Decúbito Lateral

A posição lateral possui duas variações para acessar as áreas da região torácica, região renal e parte superior do ureter e a região do quadril. Este posicionamento será descrito com suas características principais, porém apontando as etapas singulares destas duas variações: a posição lateral torácica (Figura 7) e a posição lateral renal (Figura 8).

Primeiramente, o paciente é anestesiado na posição supina estando sobre a maca ou sobre a própria mesa cirúrgica. A partir deste momento, se inicia as seguintes manobras:

- o paciente é colocado lateralizado na mesa sobre o lado não afetado com o apoio da equipe cirúrgica¹². O anestesiológista, geralmente, dá a permissão para começar a movimentação. Ele fica responsável em realizar o controle da cabeça e pescoço, principalmente, quando o paciente está submetido à anestesia geral com sonda endotraqueal;

- a equipe de enfermagem fica responsável em lateralizar o corpo do paciente de forma uniforme e em conjunto com o anestesiológista;

- a estabilização do corpo deve ser feita com cinto um que passe pelo quadril, tórax ou pernas. A localização do cinto de segurança dependerá do local a ser operado. No lugar de algo específico como o cinto utiliza-se muito a fixação do corpo com esparadrapo largo (10 cm aproximadamente de largura) que é preso aos dois lados da mesa²⁶;

- Coxins com formatos cilíndricos são colocados nas regiões dorsal e ventral para uma maior segurança do paciente e minimização do risco de deslocamento;

- Travesseiros ou até pedaços de colchão caixa de ovo devidamente protegido com lençol, fronha ou outro tecido devem ser colocados entre as pernas do paciente. As áreas entre os joelhos e maléolos, devido às proeminências ósseas, permanecerão separadas pelos insumos já citados.

- As pernas do paciente, já com as proteções necessárias, ficarão ambas flexionadas ou a perna que estiver em plano superior ficará estendida ou levemente estendida e a perna abaixo flexionada no quadril e joelhos¹²;

- A cabeça do paciente deverá estar alinhada com a coluna cervical. Para isso coxins em formato circular (“pudins”), travesseiros e até lençóis dobrados e macios são colocados sob a cabeça até uma altura que deixe ela, a coluna cervical e as vértebras torácicas no mesmo plano, ou seja, alinhadas;

- Importante notar se os olhos do paciente permanecem fechados após a manipulação para a posição desejada, como se também, a face, o nariz e a orelha não fiquem pressionadas ou dobradas de forma excessiva²⁶.

Desta maneira, prevenindo lesões nos nervos da região facial e o aparecimento de pequenas úlceras por pressão;

- Na cirurgia torácica o braço inferior pode ficar esticado e apoiado na braçadeira sem contato com a parte metálica da mesa operatória³. O braço que ficará acima da cabeça, geralmente, permanece preso ao arco de narcose. Este corretamente protegido (muitos hospitais o envolvem com atadura de crepe) para evitar o contato do braço com a parte metálica novamente do arco.

- Este braço lateral à parte torácica que será operada é flexionado ligeiramente no cotovelo e levantado sobre a cabeça do paciente, para elevar a escápula e oferecer bom acesso às costelas subjacentes, além de ampliar o espaço intercostal⁷. Geralmente, o acesso venoso é feito no braço em posição inferior para se realizar as infusões de líquidos com reposições fisiológicas e medicamentos de via endovenosa.

Figura 7 – Posição lateral torácica

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

- Na cirurgia da região renal o braço inferior permanece postado identicamente à cirurgia torácica. O braço superior (do lado à área operatória) fica apoiado, em muitos casos, paralelamente ou próximo ao braço inferior, porém apoiado na outra braçadeira e em uma altura rente ao ombro superior evitando uma hiperextensão neste membro superior;

- A apresentação da região dos rins é realizada por flexão da mesa, que possui uma articulação que, ao ser manuseada, flexiona e eleva a décima segunda costela e a crista ilíaca. Outros recursos muito utilizados

são os coxins em formato cilíndrico sob esta região. Eles podem ser de gel (polímero), espuma, lençol ou outro material que não seja muito rígido.

Figura 8 – Posição lateral renal

Fonte: Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.

Tanto a movimentação para posicionar o paciente lateralmente quanto o seu retorno à posição dorsal são feitos de forma lenta e gradual para que o organismo possa compensar as alterações fisiológicas. Durante estas etapas não só o anestesiológico, mas também a equipe de enfermagem devem monitorar os parâmetros vitais, especialmente, a pressão arterial.

Na posição lateral da região dos rins a angulação aguda do corpo e o efeito da gravidade podem reduzir o retorno venoso ao lado direito do coração¹⁷. A pressão no tórax inferior e o aumento da tensão na musculatura intercostal superior e lombar interferem na respiração intercostal²⁵.

Na posição lateral (tórax), em condições normais, o pulmão que fica em plano inferior é mais bem ventilado que o superior. Em indivíduos acordados há melhor contração do diafragma das regiões pulmonares que estiverem em plano inferior, levando a uma maior ventilação dessas áreas. Em situação de ventilação mecânica ou durante a anestesia, esse fato não ocorre³⁶.

Em contrapartida, a inclinação da parte superior da mesa cirúrgica para baixo coloca a traquéia e a boca em um nível mais baixo que os pulmões. Desta forma, possibilitando a saída das secreções brônquicas e dos líquidos da base dos pulmões³⁷⁻³⁹.

Os procedimentos mais comuns nesta posição e suas variações são: toracotomias, mediastinectomias, nefrectomias e colocação de prótese de quadril.

2.6.10 Mesa de Ortopedia

A mesa cirúrgica básica necessita de uma adaptação para esta posição. De uma forma geral a parte inferior dela é retirada e é encaixada a mesa ortopédica (Figura 9). Ela oferece ao cirurgião o recurso da tração, que se faz necessário para facilitar a exposição da área a ser operada. A tração é muito importante na ortopedia, pois ela realinha ou coloca no lugar correto a estrutura óssea danificada, e em razão disto foi criada uma mesa ortopédica específica para determinados procedimentos cirúrgicos ortopédicos. Ela é obtida pela contenção da perna afetada em um dispositivo semelhante a uma bota bem acolchoada que está fixo a mesa ortopédica. A outra perna também permanece presa a um dispositivo semelhante¹⁷.

Figura 9 – Mesa de ortopedia

Fonte: http://www.markshould.com.br/cirurgica_principal.htm

A mesa ortopédica serve para procedimentos que envolvam fraturas do fêmur.

O paciente deve ser anestesiado na maca, pois a mesa está somente com metade do apoio para o paciente. Parte do quadril e os membros inferiores ficam suspensos presos na outra extremidade pelas botas da mesa ortopédica.

Após o procedimento anestésico o paciente é transportado em bloco pela equipe multidisciplinar para a mesa já adaptada. Recomenda-se colocar a coluna vertical perineal já com as proteções (algodão ortopédico, atadura crepe e até acolchoamento) somente após o paciente encontrar-se deitado sobre a mesa ortopédica²⁶. A pressão da genitália na coluna perineal pode traumatizar os nervos pudendos. Mesas cirúrgicas mais modernas não utilizam-se mais desta coluna e sim de um suporte específico para a outra perna

Em seguida, o cirurgião faz os ajustes necessários com relação à tração desejada e o tamanho do paciente. O disposição das mesas de instrumentais, aparelhos de monitorização, carrinho de anestesia, lixos e *hampers* dentro da sala cabe, na maioria das vezes, ao circulante.

O braço do lado a ser operado fica sobre o corpo do paciente apoiado pelo suporte de braço. O braço do lado oposto pode ficar em abdução e de preferência ter a infusão venosa instalado nele.

Existem variações destes posicionamentos, e estas ocorrem devido a alguma necessidade específica para a realização do procedimento ou necessidade do paciente.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

- Caracterizar a amostra do estudo;
- Identificar a assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente no período intra-operatório;
- Identificar as dificuldades e as necessidades que a equipe de enfermagem possui para realizar o posicionamento dos pacientes no período intra-operatório.

MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DE COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada no 8º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, organizado pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Este evento ocorreu entre os dias 7 e 10 de julho de 2007 no Palácio das Convenções do Anhembi, no município de São Paulo, no estado de São Paulo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem participantes do 8º Congresso Brasileiro, já mencionado acima, e que teve a SOBECC como organizadora do evento. O congresso contou com a presença de 1530 inscritos⁴⁰. Foram distribuídos questionários para os participantes.

Ao final do evento foram devolvidos 240 questionários pelos participantes nos postos de coleta. Posteriormente, realizou-se uma avaliação dos questionários utilizando os critérios de inclusão e exclusão determinados pelo pesquisador.

Deste montante, cinco questionários tiveram que ser excluídos, devido os seguintes fatores: um voluntário, que atuava na área de enfermagem, declarou que não exercia atividades no Centro Cirúrgico; um outro colaborador deixou em branco a parte dois (2) e a parte (3) do questionário e outras três pessoas eram graduandas de enfermagem e que

realizavam estágio em Centro Cirúrgico, mas não se enquadravam no perfil profissional a ser estudado.

Desta forma, a amostra foi constituída por 235 profissionais da área de enfermagem.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios para incluir o profissional participante do congresso no estudo foram: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem que exercesse suas atividades assistenciais, ou pelo menos parte delas, no Centro Cirúrgico; se dispusesse a participar da pesquisa de forma voluntária; preenchesse o instrumento de coleta de dados, o questionário (Apêndice A), na sua íntegra e o entregasse nos postos de coletas identificados para este fim.

Os critérios para excluir o profissional participante do congresso do estudo foram: não se enquadrar na categoria de enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem; e, caso atuasse na área de enfermagem, não exercesse atividades assistenciais no setor de Centro Cirúrgico.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento aplicado foi um questionário dividido em três partes. A parte 1 referia-se à caracterização da amostra e respondeu ao objetivo 1 desta pesquisa. A parte 2 compreendeu perguntas sobre o a atuação da equipe de enfermagem de centro cirúrgico durante o posicionamento e alcançou o objetivo 2 deste trabalho. A parte 3 buscou identificar as dificuldades e as necessidades que a equipe de enfermagem possui para realizar o posicionamento dos pacientes no período intra-operatório e respondeu ao objetivo 3.

Este instrumento foi submetido em maio de 2007 à avaliação do Grupo de Estudo sobre a Assistência de Enfermagem Perioperatória (GEAPE) certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). As líderes deste grupo são as professoras da

EEUSP, Dr^a Ana Lúcia Siqueira Costa e Dr^a Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite do Departamento de Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso. Nesta ocasião foram incorporadas as sugestões do grupo.

4.6 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

A distribuição dos questionários durante os quatro dias do congresso foi realizada pelo pesquisador e duas enfermeiras previamente orientadas por ele. Os três profissionais são integrantes do GEAPE.

Este grupo se reuniu em encontros agendados previamente na EEUSP para estabelecerem como se daria o processo para a coleta de dados. Durante o treinamento com as enfermeiras o pesquisador enfatizou os critérios de inclusão e exclusão já citados anteriormente.

No Congresso, o pesquisador e as enfermeiras colaboradoras abordaram os participantes de forma aleatória. O instrumento era apresentado de forma breve citando o nome do projeto, nome do pesquisador, a instituição acadêmica que o mesmo se remetia e os objetivos do estudo. Os três profissionais responsáveis pela coleta foram inscritos de forma regular no Congresso, usaram os crachás de identificação do congresso constantemente e traziam consigo cópias da autorização da diretoria da SOBECC (Anexo A) para realizar tal atividade, mesmo nas áreas não obrigatórias, para garantirem uma maior idoneidade ao abordarem os participantes.

O pesquisador e as enfermeiras colaboradoras chegavam com uma hora antecedência em relação ao primeiro evento programado do dia no local do congresso e saíam meia hora após a última atividade proposta pela organização, com o intuito de interagirem o máximo de tempo possível com os profissionais inscritos. Esta estratégia foi utilizada em todos os dias da convenção.

As duas urnas de coleta dos dados foram colocadas estrategicamente nas duas entradas/saídas do auditório principal do Centro de Convenções. Assim se obtinha maior visibilidade devido ao maior fluxo de pessoas neste local. As urnas estavam devidamente identificadas com os seguintes nomes:

do pesquisador, da professora orientadora, da instituição a que se remetiam e do projeto de pesquisa.

Os respondentes eram orientados a realizarem a devolução das pesquisas à um dos profissionais coletores ou as urnas e que ambos estariam disponíveis as receberem durante tempo integral no Congresso.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi encaminhado, juntamente com a solicitação de permissão de coleta (Apêndice B), à Presidência da SOBECC para que o questionário pudesse ser aplicado durante o congresso. A direção da sociedade autorizou de forma documental (Anexo A) a coleta de dados. Junto ao questionário foi anexada uma carta-convite (Apêndice C), que objetivou apresentar o estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) baseado na lei 196⁴¹, que explicou como se daria a participação do voluntário na pesquisa e seus direitos.

O projeto também foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP). Foi aprovado por ele com o número de processo: 697/2007/CEP-EEUSP (Anexo B).

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A construção do banco de dados de todos os questionários foi feita em planilha eletrônica utilizando o programa *Excel for Windows*. Posteriormente, estas informações passaram por uma análise estatística mais refinada através do programa SPSS 15,0.

Os dados contínuos e semi-contínuos foram inicialmente comparados com a curva de Gauss e determinado a normalidade para cada variável. Para variáveis de comportamento paramétrico foi utilizado média e desvio-padrão e estes foram comparados através do teste T de Student Não pareado. Para os dados de comportamento não paramétrico, estes foram

representados por mediana e quartis e comparados pelo Teste Mann-Whitney.

Os dados categóricos foram representados por frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) e comparados através do Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Foi considerado para todo o estudo risco $\alpha \leq 0,05$ de cometer erro tipo I ou de 1ª espécie e risco $\beta \leq 0,20$ de cometer erro tipo II ou de 2ª espécie.

Para a parte 3 do questionário nas questões de números 3 e 4 foi utilizado o recurso da análise de conteúdo para as respostas ofertadas pelos voluntários na parte três do questionário (apêndice A). Pois, como se tratavam de perguntas abertas, elas receberam variadas respostas. E, segundo Bardin⁴², a análise de conteúdo consiste na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste, com a contribuição de índices passíveis ou não de quantificação, a partir de um conjunto de técnicas, que embora parciais, são complementares. Seguindo esta definição, o pesquisador utilizou-se do método das categorias para poder permitir a classificação das diversas respostas. As categorias seguem critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir uma certa ordem e elas dependem daquilo que se procura ou que se espera encontrar por parte do pesquisador.

O nível de significância para os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões apresentam-se em três partes, seguindo os objetivos específicos propostos pelo estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo sexo, São Paulo – 2007.

A amostra foi composta por 235 profissionais de enfermagem. O Gráfico 1 demonstra que o sexo masculino foi representado por apenas 7,7% (18) dos respondentes e 0,4% (1) dos voluntários deixou em branco esta variável.

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo segundo idade, tempo de formação profissional e tempo de trabalho em centro cirúrgico, São Paulo - 2007

Variáveis (em anos)	Mínima	Máxima	Média
Idade	21	65	36,7
Tempo de formação*	0,08	46,5	10,9
Tempo de trabalho em Centro Cirúrgico	0,16	30	7,9

* refere-se ao maior grau de formação do participante do estudo.

O colaborador mais jovem possuía 21 anos e o mais experiente 65 anos.

O tempo de formação médio dos profissionais foi de 10,9 anos. O menor tempo de formação estava na faixa de um mês (0,08 anos) e o maior compreendia 46 anos e seis meses.

O tempo médio de trabalho em unidades de Centro Cirúrgico foi de 7,9 anos. O menor tempo de trabalho foi de dois meses (0,16 anos) e o maior de 30 anos.

Observa-se que um respondente registrou que está formado há apenas um mês. Ele estava se referindo a sua maior formação, que no caso citado era de graduação em enfermagem. Mas, já trabalhava no setor citado há mais tempo, porém na função de técnico em enfermagem. Esta explanação foi efetuada para não haver confusão com o menor tempo de trabalho em Centro Cirúrgico citado na pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição da formação profissional dos participantes do estudo, São Paulo - 2007

Maior formação profissional dos participantes do estudo	N	%
Enfermeiro	200	85,1
Técnico de enfermagem	28	11,9
Auxiliar de enfermagem	7	3,0
Total	235	100,0

Na Tabela 2, com relação à formação profissional a composição da amostra ficou distribuída desta maneira: enfermeiros – 85,1% (200) dos profissionais; técnicos de enfermagem – 11,9% (28) dos profissionais e auxiliares de enfermagem - 3,0% (7) dos profissionais. Foi considerado o maior grau de formação educacional do profissional respondente para esta questão.

Gráfico 2 - Distribuição das funções exercidas pelos participantes do estudo, São Paulo - 2007.

O Gráfico 2 direciona a atenção para a função exercida dentro da unidade cirúrgica e obteve-se as seguintes informações: 47,2% (111) dos respondentes eram enfermeiros assistenciais, 32,8% (77) enfermeiros coordenadores, 13,5% (32) dos profissionais, entre técnicos e auxiliares de enfermagem exerciam a função de circulantes de sala, 3,0% (7) a função de docentes universitárias, 2,6% (6) exerciam a função de instrumentadores e 0,9% (2) dos participantes não preencheram este campo.

Do total de respondentes o estudo atingiu 200 profissionais com graduação em enfermagem, porém 188 atuam como enfermeiros e sete como docentes. Dos circulantes de sala dessa amostra, cinco eram enfermeiros, porém ainda exerciam a função de auxiliares ou técnicos.

Neste estudo resultados demonstram que técnicos e auxiliares de enfermagem exercem as mesmas atividades em sala de operação, apesar de possuírem formações diferentes.

Essa realidade, onde não se percebe a distinção no trabalho desses profissionais já foi sinalizada por Peduzzi e Anselmi⁴³. Essas autoras afirmam não haver diferenças entre as atividades de técnicos e auxiliares de enfermagem, apontando para isso as exigências do mercado que requerem trabalhadores com qualificação técnica e polivalentes.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo tipo de instituição em que exercem suas atividades profissionais, São Paulo - 2007.

Tipo de instituição	N	%
Privada	112	44,4
Pública	96	38,1
Filantrópica	44	17,5
Total	252*	100,0

*Alguns profissionais trabalham em mais de um tipo de instituição, por isso o total de 252 ao invés de 235 respostas sobre esta questão.

Ao analisar a Tabela 3, verifica-se que 17 profissionais responderam que trabalham em mais de uma instituição. Esta situação é muito comum na área de enfermagem, especialmente, na busca por uma complementação de renda pessoal ou familiar.

Figura 10 – Mapa da distribuição da procedência dos participantes do estudo pelo Brasil, São Paulo – 2007.

A Figura 10 ressalta a expressão nacional que a pesquisa obteve. Colaboradores de 18 unidades da federação preencheram o instrumento de coleta de dados, juntamente, com um voluntário estrangeiro (da cidade de Assunção - capital paraguaia) e um colaborador que não identificou a sua procedência, assim, totalizando 233 participantes pelo Brasil.

Observa-se a participação mais efetiva dos profissionais de enfermagem da região Sudeste (165 respondentes), especialmente, dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. A região Sul aparece com o segundo maior número de participações (29 respondentes). A região Norte não teve representante neste estudo. Pode-se considerar neste caso dois fatores: a distância para se locomover até a cidade de São Paulo, local do Congresso e o desenvolvimento sócio-econômico desigual entre as regiões do Brasil. Os custos entre transporte e estadia são consideráveis, facilitando os profissionais da região Sul e Sudeste e a dificuldade de participação dos profissionais de outras regiões. Referente ao desenvolvimento sócio-econômico as regiões Sul e Sudeste, notoriamente, investem mais na busca de novas tecnologias, informações e, conseqüentemente, na capacitação dos profissionais de suas localidades.

Os profissionais que trabalham no centro cirúrgico devem atualizar-se constantemente com novas técnicas cirúrgicas, novos equipamentos e novos estudos sobre assistência ao paciente na unidade.

A participação ampla dos profissionais de enfermagem demonstra um interesse efetivo na atualização de novas informações e tecnologias hard e soft. A dinâmica operacional de sua atuação prática tem sido tema constante de discussões para a reflexão desses profissionais. Muitos trabalhos advindos de enfermeiros da prática refletem o envolvimento e o compromisso dos mesmos com a pesquisa no sentido de maior respaldo científico para embasar às suas atividades^{12,26,44,45}.

5.2 A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO.

Tabela 4 - A idade e o tempo de trabalho em Centro Cirúrgico dos profissionais de enfermagem envolvidos no posicionamento cirúrgico, segundo participantes do estudo, São Paulo - 2007.

	Idade mediana*	Tempo de trabalho*
Profissionais que realizam posicionamento cirúrgico	39	10
Profissionais que não realizam posicionamento cirúrgico	33	5
$p \leq 0,05$	0,021	0,004

*Idade mediana e tempo de trabalho dos profissionais de enfermagem fornecidos em anos.

Observa-se na Tabela 4 que as variáveis Idade e Tempo de Trabalho quando relacionadas à realização do posicionamento cirúrgico se mostraram estatisticamente significantes, com respectivos $p = 0,021$ e $p = 0,004$, nessa amostra.

A idade mediana para o profissional que não realiza o posicionamento é de 33 anos. Já a idade mediana do profissional que realiza é de 39 anos.

O tempo mediano de trabalho em Centro Cirúrgico para o profissional que não executa o posicionamento foi em torno de 5 anos. Entretanto, para quem posiciona, o tempo mediano de trabalho é de 10 anos.

Frente a estes dois valores obtidos, pode-se dizer que o profissional de enfermagem com uma idade mais elevada associada à vivência de tempo de trabalho no setor cirúrgico possui uma maior experiência relacionada aos procedimentos executados na unidade, embora, muitas vezes essa experiência não esteja vinculada a um embasamento científico.

Este maior tempo de experiência dá realmente ao profissional mais segurança e mais liberdade em executar os procedimentos, porém, não se pode inferir que tais procedimentos são realizados, muitas vezes, de forma adequada e segura.

Deve existir uma base teórica que permita aos profissionais unirem-na a prática. A assistência deve ser antes de tudo baseada no conhecimento científico.

Com relação à amostra, de 195 respondentes, 38,69% (77) dos enfermeiros possuem titulação de Especialização em Centro Cirúrgico. Em um mercado de trabalho que exige, cada vez mais, profissionais qualificados e especializados este número pode ser considerado pouco expressivo.

Em 2003, Turrini, Bianchi e Graziano⁴⁶ observaram que a especialização dos profissionais de enfermagem tem sido requerida pelas instituições hospitalares para áreas de especialidade, nas quais se inclui o Centro Cirúrgico, uma vez que a graduação de cunho generalista não garante uma base teórico-prática para atuações competentes. Essas autoras ainda evidenciam que a busca pela pós-graduação ou especialização em Centro Cirúrgico objetivou, muitas vezes, um aprimoramento pessoal e não a obtenção de valores relacionados à melhoria da qualidade da assistência ou atualização de conhecimentos, ou seja, a busca pela especialização partiu de indivíduos preocupados com sua inserção no mercado de trabalho.

Tabela 5 - Referente aos enfermeiros com ou sem especialização em Centro Cirúrgico já terem assistido à uma aula específica sobre posicionamento, São Paulo – 2007

Tipo de enfermeiro	Assistiu aula		Não assistiu aula		Total N (%)
	N	%	N	%	
Especialista	57	74,0	20	26,0	77 (39,5)
Sem especialização	66	55,9	52	44,1	118 (60,5)
Total	123	63,1	72	36,9	195 (100,0)

Analisando o Tabela 5, no tocante, a já ter assistido, ao menos uma vez, durante a graduação, especialização ou curso extra-curricular à uma aula específica sobre posicionamento, 63,1% (123) dos enfermeiros responderam de forma positiva. Cinco respondentes graduados em enfermagem não expressaram suas situações nesta questão.

Observa-se que sobre os enfermeiros especialistas, 74% (57) destes já assistiram à uma aula específica sobre posicionamento. Dos enfermeiros sem especialização, cerca de 55,9% (66), afirmam já ter assistido à uma aula específica sobre o tema estudado. Estes números não indicam de forma estatisticamente significativa a influência da especialização no aprendizado do posicionamento. Porém, mostram que o enfermeiro

especialista possui em torno de 18% a mais de ter uma oportunidade de aprender sobre o posicionamento em relação aos não especialistas. O que sugere dizer que a especialização informa um maior número de profissionais com relação a este conhecimento. Fato que, realmente, se faz necessário em se tratando de um cuidado tão específico e restrito a um setor.

Gráfico 3 – A utilização de protocolos sobre posicionamento nas instituições hospitalares segundo participantes de estudo, São Paulo – 2007.

O Gráfico 3 acima, indica que 34,3% (81) dos profissionais relataram possuir em suas instituições protocolos sobre posicionamento, 64,4% (151) dos respondentes declaram não possuir. Os outros 1,3% (3) dos respondentes deixaram esta questão em branco.

Gráfico 4 - A participação em treinamentos sobre posicionamento cirúrgico dos participantes do estudo, São Paulo – 2007.

O Gráfico 4 demonstra que 32,4% (77) dos profissionais que atuam em Centro Cirúrgico possuem treinamento sobre o posicionamento, contrastando-se aos 65,5% (153) que não têm esta atividade. Outros 2,1% (5) dos participantes do estudo não responderam a esta variável.

Os dados dos Gráficos 3 e 4 acima possuem semelhanças com outros dois trabalhos. Bianchi⁴⁷ em sua tese declarou que 60% dos enfermeiros que participaram do estudo não receberam treinamento para trabalhar em Centro Cirúrgico. Guido⁴⁸, também em tese verificou que 70,6% dos enfermeiros entrevistados, não receberam nenhum tipo de treinamento para trabalhar nesta unidade.

Entende-se que os protocolos e treinamentos são ferramentas de ensino que norteiam à equipe de enfermagem no desenvolvimento de uma prática mais segura e qualificada. Estes devem ser contínuos, atualizados e de caráter sistemático. Especialmente, em um setor que possui uma complexidade na realização das tarefas, incluindo o posicionamento, e no qual o paciente e o profissional estão expostos a inúmeros fatores de riscos.

Ao focar o posicionamento, como um procedimento realizado com o paciente em toda e qualquer cirurgia, o uso dessas ferramentas se faz necessário para minimizar a ocorrência de eventos adversos aos pacientes cirúrgicos. Daí a importância de um serviço de Educação Continuada presente na instituição. Para tanto, a educação continuada deve ser concebida no contexto de uma política global para a organização e gestão do trabalho, não enfatizando apenas a suplência de carências ou treinamento para novas tarefas⁴⁹.

Sendo assim, a aprendizagem no contexto do trabalho enfoca benefícios para a organização como: adaptação à mudança, redução do estresse, melhoria das decisões, aumento da eficiência no desempenho das funções, diminuição de erros organizacionais e ampliação potencial de mudança do comportamento⁵⁰. Os treinamentos determinam à redução de custos, melhoram o absenteísmo e a taxa de rotatividade, diminuem gastos de materiais, aumentam a qualidade do serviço prestado e o grau de satisfação do trabalhador⁵¹.

Não se pode atribuir somente a pouca utilização de protocolos, falta de treinamento e uma educação continuada pouco atuante a falta de preparo dos profissionais para realizar as atividades no centro cirúrgico. Alguns autores⁵²⁻⁵⁴ reafirmam que o preparo para enfrentar a unidade cirúrgica se inicia na graduação dos enfermeiros. Deve-se rever a pedagogia tradicional e hegemônica, pois se trata de um setor que envolve situações complexas e de emergência. Os procedimentos são especializados, realizados idealmente de forma rápida e precisa. Não pode haver dicotomia entre educação e a prática profissional. Daí, cabe a responsabilidade as academias e seus docentes, de mostrarem a realidade do centro cirúrgico aos seus graduandos de uma forma mais vivenciada, evidentemente, pautados por rigores pedagógicos.

O posicionamento cirúrgico está diretamente relacionado à segurança do paciente no intra-operatório e a prevenção, dos já citados, eventos adversos no período pós-operatório. Neste trabalho contínuo de minimizar a ocorrência destes eventos, muitos destes ligados as lesões na pele, mais especificamente as úlceras por pressão, vários estudos vem sendo realizados e os seus resultados podem ser aplicados em cursos, treinamentos, aulas e protocolos sobre a assistência no posicionamento.

Aronovitch⁵⁵ em 2007, publicou um trabalho com 281 pacientes que passaram por algum tipo de cirurgia. O objetivo era identificar fatores de risco em comum nos pacientes cirúrgicos que desenvolvessem úlcera por pressão. Esta pesquisa teve a ajuda de 37 enfermeiros estomaterapeutas espalhados pelos Estados Unidos. Nove pacientes (3,5%) desenvolveram úlcera por pressão relacionada ao evento cirúrgico. A maioria destes (seis pacientes, 66,7%) teve ao menos uma co-morbidade em comum e estava ligada a um aparelho de aquecimento intra-operatório e 89% receberam três ou mais agentes anestésicos. O tempo médio das cirurgias dos pacientes que desenvolveram úlcera por pressão foi de 4 horas e meia. Enquanto a validação ou inferências destes achados para a comunidade científica é limitada pelo tamanho da amostra, as observações confirmam que se faz necessárias mais pesquisas para melhorar a identificação de fatores de risco dos pacientes cirúrgicos. Desta maneira, aperfeiçoando o esforço para a

prevenção de úlceras por pressão. A pesquisadora esclarece que existem ferramentas conhecidas dos profissionais de enfermagem para a avaliação do risco de lesão de pele como a Avaliação de Gosnell, a Escala de Braden, o Escore ou Contagem de Norton e a avaliação Modificada de Abruzzese's. Estes instrumentos possuem variáveis que se associam, de fato, a aquisição de úlcera por pressão, no entanto, nenhum é específico de avaliação para a população de pacientes cirúrgicos.

Na realidade nacional, temos pesquisadores envolvidos na prevenção de lesões de pele no perioperatório, como Ursi²⁴, que trabalhou recentemente com uma revisão integrativa sobre esta temática. Atualmente, com base neste seu último trabalho citado, ela está pesquisando recursos de proteção mais adequados para serem utilizados no intra-operatório de forma comparativa.

Giaretta⁴⁴ também traz várias contribuições na área da prevenção de úlceras por pressão. Em, 2002, a pesquisadora em questão, na sua dissertação fez um estudo para determinar o tempo médio de aparecimento de sinais iniciais de úlcera por pressão em idosos sadios na posição supina, em colchão hospitalar. O tempo de permanência na posição supina variou de 36,5 minutos (min) a 57,5 min para a ocorrência de isquemia e de 24,2 min a 36,2 min para o eritema no sexo masculino. Para as mulheres o tempo variou de 29,3 min a 39,2 min para isquemia e para eritema de 10,5 min a 35,9 min. Aqui cabe uma pergunta: se mesmo com os participantes das pesquisas sendo pessoas sadias, eles apresentaram sinais iniciais de eritema e isquemia em tempos curtos, como será que anda a ocorrência destes sinais nos pacientes idosos doentes, submetidos às cirurgias e impostos às mesas de operação, nem sempre, com bom acolchoamento e posições confortáveis e adequadas anatomicamente?

No Brasil com a obrigatoriedade de utilização do SAE e respectivamente, do SAEP, nas instituições hospitalares, pode-se utilizar o diagnóstico de enfermagem risco para lesão perioperatória por posicionamento para contribuir na prevenção e detecção precoce de lesões teciduais decorrentes do posicionamento anestésico cirúrgico inadequado durante o período trans-operatório. De acordo com a NANDA⁵⁶, este

diagnóstico é definido como “estar em risco de lesão como resultado das condições ambientais encontradas no cenário perioperatório”.

Recentemente, tivemos três estudos que evidenciaram a importância deste diagnóstico. No primeiro, Flório e Galvão⁵⁷ realizaram um estudo com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem no período perioperatório em pacientes submetidos à cirurgias ambulatoriais; os resultados evidenciaram que dos pacientes estudados 100% apresentaram risco para infecção e 100% risco para lesão por posicionamento perioperatório. Em um segundo trabalho, Piccoli e Galvão⁵⁸ investigaram os diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória de pacientes cirúrgicos, identificaram 13 diagnósticos e analisaram os que ultrapassaram uma frequência maior que 50% e dentre estes o risco para lesão perioperatória por posicionamento que obteve 60% de frequência. Em outro estudo, Matos e Piccoli⁵⁹ analisaram a presença deste diagnóstico em pacientes adultos e submetidos à cirurgia geral e obtiveram 100% de frequência. O que variou efetivamente foram os fatores de risco. Sendo os mais importantes (frequência maior que 50%): perda de barreiras protetoras habituais secundária a anestesia e comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica.

Esses estudos supra citados evidenciam a importância do posicionamento cirúrgico seguro e competente, visando a prevenção de eventos adversos intra e pós- operatórios, principalmente no que se refere a prevenção de lesões de pele.

Tabela 6 – Participação da equipe técnica* de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente frente ao envolvimento do enfermeiro neste cuidado, São Paulo – 2007

Tipo de enfermeiro	Equipe técnica* participa		Equipe técnica* não participa		Total N (%)
	N	%	N	%	
Não executam o posicionamento	151	85,8	25	14,2	176 (75,2)
Executam o posicionamento	44	74,6	15	25,4	59 (24,8)
Total	195	83,0	40	17,0	235 (100,0)

* equipe técnica se refere aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

A Tabela 6 obteve um valor significativo ($p = 0,047$). Nota-se que a equipe de enfermagem participa 83,0% (195) das vezes do posicionamento.

Dos 235 respondentes, 24,8% (59) informaram que o enfermeiro realiza o posicionamento. E, quando este realiza, ocorre um aumento de 78,8% (de 14,2% passa para 25,4%) da ausência de participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem na realização do posicionamento, ou seja, os técnicos e auxiliares dispensam esse cuidado ao enfermeiro.

Portanto, examinando a Tabela 6, mais detalhadamente, pode-se dizer que o enfermeiro ao realizar o posicionamento ele oferece um cuidado diferenciado, visto que dentro da equipe é o profissional de maior capacitação para a realização desse cuidado, na prevenção de riscos e eventos adversos, proveniente de uma avaliação mais segura e de qualidade.

Outro aspecto importante, relacionado à presença do enfermeiro no posicionamento, é a oportunidade que a equipe técnica de enfermagem tem, com mais tempo disponível, para executar outras atividades dentro da sala cirúrgica.

O funcionário auxiliar ou técnico de enfermagem, na maioria das vezes, no Brasil é o circulante da sala de operação. Neste estudo, por exemplo, todos os 32 circulantes são auxiliares ou técnicos de enfermagem dentre esses, cinco tem formação de enfermeiro. Se estes recebem o apoio do enfermeiro na hora de posicionar, os mesmos poderão se concentrar nas outras atividades intra-operatórias como: abrir com técnica asséptica os materiais descartáveis e instrumentais cirúrgicos, ajudar na paramentação da equipe cirúrgica, organizar a disposição dos equipamentos na sala, auxílio no procedimento anestésico, monitorização do paciente, realização de sondagem vesical de demora, entre outras. Pode-se inferir que a ajuda do enfermeiro em sala cirúrgica contribui para que equipe técnica de enfermagem desenvolva outras atividades na SO menos específicas. Neste aspecto, Posso²¹ considera que o paciente anestesiado é incapaz de se movimentar, e sedado, ele necessita de auxílio para qualquer mudança de posição que se fizer necessária, sendo em ambos os casos exigido esforço físico do circulante para conseguir o objetivo. A presença do enfermeiro minimiza este esforço, oferece mais dinamismo ao início do procedimento

anestésico-cirúrgico e diminui possíveis erros em sala operatória, como a cobrança de insumos.

Bianchi⁴⁷, retratou alguns fatores considerados estressantes pelos enfermeiros de Centro Cirúrgico: o trabalho com um grupo multiprofissional, ser uma unidade fechada, paciente em situação crítica da internação, permanência “curta” do paciente sob seus cuidados e o conhecimento da alta tecnologia empregada. E na hora do posicionamento, geralmente, estas características estão todas latentes e ocorrendo de forma concomitante. O que nos permite correlacionar que esta atividade também possa ser geradora de estresse no enfermeiro e em seus circulantes.

O estresse com profissionais de enfermagem no Centro Cirúrgico é tão presente, que em uma análise recente de conhecimento produzido no período entre 1982 e 2001 sobre o tema estresse na enfermagem, verificando todas as áreas, as autoras Coutrin, Freua e Guimarães⁶⁰ selecionaram 37 trabalhos registrados nas bases LILACS e BDENF. O Hospital Geral, como um todo, foi o local mais investigado, destacando-se a UTI e o Centro Cirúrgico.

A participação do enfermeiro é importante na avaliação de riscos, como estes evidenciados no posicionamento, na determinação de medidas de prevenção e controle da contaminação ambiental e das causas de desconforto físico e psicológico dos membros da equipe cirúrgica, inclusive de sua equipe de enfermagem⁶¹.

Lima⁶² identificou fatores de risco que tiveram associação significativa com o nível de estresse junto à equipe de enfermagem em Centro Cirúrgico, e se destacaram: o relacionamento interpessoal, as atividades de receber e atender aos alunos do curso de medicina, o encaminhamento de peças para o exame de anátomo-patológico e o auxílio no posicionamento dos pacientes para a cirurgia.

O posicionamento cirúrgico do paciente deve ser considerado um cuidado de alta complexidade, visto que envolve ações de cuidado no pré-operatório imediato (verificação da disponibilidade de mesas cirúrgicas adequadas, posicionadores e coxins em número adequado frente à demanda cirúrgica), no transoperatório (preparo da mesa cirúrgica, dos seus

acessórios e recepção ao paciente no Centro Cirúrgico, avaliando a sua real condição física, psíquica e motora), no intra-operatório (posicionando e movimentando o paciente durante o ato anestésico cirúrgico, cuidando das linhas de infusões venosas, drenos, cateteres introduzidos no próprio, atenção a monitorização dos parâmetros vitais e a condição anestésica) e pós-operatório imediato (retornar o paciente a posição mais cômoda para ele, avaliar condições motoras, de integridade tissular, grau de consciência e ocorrência de queixas álgicas ou algum outro distúrbio informado pelo paciente, transferi-lo para a RPA, UTI ou unidade de internação) e o registro de todas estas etapas nos relatórios de enfermagem (anotação, evolução e prescrição). Lembrando que todas estas fases estão dentro da abrangência do posicionamento e necessitam, na maioria das vezes, da colaboração de outro membro da equipe de enfermagem para a sua completa execução.

Gráfico 5 – Perfil dos enfermeiros que realizam o posicionamento, segundo os participantes do estudo, São Paulo - 2007

De acordo com o Gráfico 5, realizam o posicionamento: 32,4% (25 dos 77) dos enfermeiros especialistas; 35,8% (29 dos 81) dos enfermeiros que utilizam protocolo na instituição em que trabalham e 38,9 % (30 dos 77) dos que receberam treinamento. Estes dados evidenciam o baixo percentual de enfermeiros envolvidos nesta atividade, independente do quanto estão capacitados para realizá-la.

Fato justificado, muitas vezes pelos profissionais, por estarem ocupados com outras funções que são também de incumbência dos mesmos dentro do Centro Cirúrgico. Essas funções, muitas vezes de ordem administrativa, acabam por sobrepor funções de ordem assistencial. Não se pode considerar uma mais ou menos importante que a outra, pois todas ao final do processo de gerenciamento da assistência têm como foco o paciente, porém o enfermeiro deve saber priorizar as suas atividades baseadas nos princípios de segurança e prevenção de riscos relacionados ao paciente e delegar funções que muitas vezes podem ser executadas por outro membro da sua equipe.

A literatura, tanto nacional quanto a internacional recomenda inúmeras práticas a serem adotadas pelos enfermeiros, tanto para os assistenciais como para os coordenadores.

A SOBECC³ preconiza como funções do enfermeiro-coordenador:

- Atividades em relação ao funcionamento da unidade, como: participar de normas rotinas e procedimentos do setor; prever e prover a necessidade de materiais e equipamentos ao setor; orientar; colaborar com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sendo multiplicador e notificando ocorrências; elaborar escalas mensais e diárias de atividades dos funcionários e proporcionar condições de recursos humanos e materiais para a realização do ato anestésico-cirúrgico.

- Atividades técnico-administrativas, como: realizar o planejamento estratégico de enfermagem; participar de reuniões, quando solicitado, e promover reuniões com a equipe de trabalho; elaborar relatório mensal, supervisionar e orientar o correto preenchimento do débito dos serviços de enfermagem e participar do planejamento de reformas e/ou da planta física do setor.

- Atividades assistenciais, como: desenvolver a Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) ao paciente; verificar o agendamento de cirurgias em mapa específico e orientar a montagem das salas; avaliar continuamente o relacionamento interpessoal na equipe de enfermagem, zelar pelas condições ambientais de segurança, buscando o bem-estar do paciente e da equipe interdisciplinar entre outras.

- Atividades de administração de pessoal, como: definir o perfil do profissional a ser demitido; participar do processo de seleção, da integração e do treinamento dos novos funcionários e realizar a avaliação de desempenho da equipe, conforme norma da instituição.

A SOBECC³ também cita as atribuições do enfermeiro assistencial, como: prever os recursos humanos necessários ao atendimento em SO e encaminhá-los; supervisionar as ações dos profissionais da equipe de Enfermagem; checar previamente a programação cirúrgica; verificar materiais e equipamentos necessários ao ato cirúrgico; acompanhar o paciente até a sala de cirurgia; auxiliar a equipe na transferência do paciente da maca para a mesa de cirurgia; colaborar no ato anestésico, caso haja necessidade; prestar assistência ao paciente ao término do procedimento anestésico-cirúrgico dentre outras.

A enfermagem perioperatória no Brasil vive atualmente um momento de redefinição de seu espaço de atuação, com movimentos institucionais para efetivamente ter um enfermeiro em sala de operações⁴⁵. Jouclas⁶³ em 1987, já defendia a idéia do enfermeiro exercendo a função de circulante nas salas de cirurgia, em função do seu preparo e formação profissional e também do risco apresentado pelo procedimento anestésico-cirúrgico.

Este fato com certeza contribuiria para se efetivar a assistência do enfermeiro ao paciente no intra-operatório e não, somente, em momentos pontuais do procedimento anestésico-cirúrgico.

Gráfico 6 – Solicitação da presença da equipe de enfermagem na assistência ao paciente no posicionamento cirúrgico segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007

O Gráfico 6, refere-se à participação da equipe de enfermagem na assistência ao paciente no posicionamento cirúrgico, quando solicitada pela sua própria equipe ou pela equipe cirúrgica. Estes números correspondem à um total de 169 respondentes.

Observa-se que a equipe de enfermagem solicita membros da própria equipe para ajudar nessa intervenção. Nesse estudo a equipe de enfermagem refere solicitar 90,5% das vezes. Foi evidenciado também que a equipe cirúrgica quando executa o posicionamento solicita pouco a equipe de enfermagem (9,5% das vezes). Com relação a essas variáveis os resultados obtidos foram estatisticamente significantes ($p = 0,0001$).

Este valor significativo se refere ao relacionamento interpessoal. A própria equipe de enfermagem sente-se mais segura em realizar o cuidado entre si, pois tem em sua essência a assistência voltada a atender as necessidades individuais do paciente. Por isso, no caso do posicionamento a enfermagem preocupa-se mais com a questão da dor, com o risco de lesão e conforto do paciente e o foco da equipe médica, geralmente, está voltado mais para uma boa exposição da área cirúrgica.

Tabela 7 – Registro da posição cirúrgica à qual foi submetido o paciente no relatório intra-operatório segundo os participantes do estudo, São Paulo - 2007

Registro da posição cirúrgica	N	%
Sim	163	69,4
Não	69	29,4
Não responderam	3	1,2
Total	235	100,0

Observa-se na Tabela 7 que 29,4% (69) dos respondentes não registram a posição cirúrgica à qual foi submetido o paciente no relatório intra-operatório. Parece um número baixo, porém, em se tratando de uma informação que documenta a realização de uma intervenção importante, este percentual ganha uma dimensão maior.

Os registros e acompanhamento do ato anestésico-cirúrgico são de fundamental importância para a recuperação anestésica, reconhecendo e prevendo possíveis complicações e oferecendo o cuidado apropriado⁶⁴.

Para Beyea⁶⁵, os enfermeiros e suas respectivas equipes da área perioperatória precisam garantir que os registros de enfermagem reflitam seu papel. Essa autora considera que, o primeiro degrau para validação da contribuição dos enfermeiros de centro cirúrgico é a documentação das ações em um consistente vocabulário estruturado, de forma a coletar e a analisar dados de modo uniforme.

Como Januncio⁶⁶ relata, as anotações de enfermagem são precárias e não revelam as condições de saúde do paciente a ser operado. A falta, mais uma vez de registro, implica na dificuldade de assistência prestada e pode acarretar insatisfação quanto ao cuidado realizado.

Tabela 8 – Registro do uso de recursos de proteção para o posicionamento no relatório intra-operatório segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007

Registro do uso de recursos de proteção	N	%
Sim	108	46,0
Não	125	53,2
Não responderam	2	0,8
Total	235	100,0

Como se observa na Tabela 8, com relação ao registro dos recursos de proteção no relatório intra-operatório, 46,0% (108) dos pesquisados fazem esta anotação. No entanto, os outros 53,2% (125) dos respondentes não registram.

Janúncio⁶⁶ em seu estudo apurou que somente em 31,6% (18 prontuários entre 57) das vezes a anotação da posição cirúrgica estava contida no relatório intra-operatório. Neste trabalho também foi apurado que em nenhum prontuário houve a descrição do uso de coxins. Desta forma, caracterizando uma anotação de enfermagem muito deficiente.

Além de posicionar se utilizando dos recursos de proteção adequados e registrar a posição à qual ficou submetido o paciente, deve-se, também, informar quais foram os recursos de proteção utilizados, bem como onde foram acomodados. Exemplo: um paciente submetido à um procedimento para a correção de uma hérnia discal lombar. A posição que ele deverá permanecer é a prona ou decúbito ventral. Faz-se necessário a colocação de coxins do ombro até a crista ilíaca para garantir a

expansibilidade torácica e evitar a compressão das mamas (paciente do sexo feminino), coxins atravessando a região infra-umbilical para proteger os órgãos genitais (principalmente para o sexo masculino), travesseiro ou coxim para o rosto evitando pressão e déficit senso-motor nos nervos da face, orelha, nariz e olhos, travesseiros para apoio dos pés evitando hiperextensão e pressão dos mesmos contra a mesa cirúrgica e proteção para a patela com coxins pequenos. Pois, se o profissional colocou o paciente na posição exigida, mas sem as proteções necessárias descritas acima, esta atividade ficou incompleta e poderia acarretar alguma iatrogenia ao paciente.

Desta forma, reafirma-se a importância do registro completo das ações de enfermagem relacionadas ao posicionamento cirúrgico, caracterizando assim, o que e como foi feito tal intervenção.

Como Oguisso⁶⁷ apontou, o que não é registrado pode ser considerado como “não feito”.

A falta ou a escassez de registro não está restrita à alguma categoria da enfermagem. Pois, De Mattia⁶⁸, Janúncio⁶⁶ e Silva⁴⁵ relatam que os registros de enfermagem são realizados com baixa frequência entre os enfermeiros.

A AORN¹⁹ valida a importância desse registro, como uma segurança para o paciente e respaldo para o profissional que, de fato, estes procedimentos foram executados com a preparação adequada.

Castellanos e Jouclas⁵ fundamentam a enfermagem perioperatória em seis princípios: integralidade, individualidade, participação, continuidade, documentação e avaliação. Estas autoras dizem que a documentação precisa ser tida como meta em toda modalidade de cuidado. Se considerarmos que, de certa forma, o cliente cirúrgico permanece por um período de tempo em condição de dependência absoluta dos cuidados de enfermagem, os registros dessas ações se revestem de importância ética, legal, de custos e de avaliação dos cuidados prestados.

5.3 IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES E DAS NECESSIDADES QUE A EQUIPE DE ENFERMAGEM POSSUI PARA REALIZAR O POSICIONAMENTO DOS PACIENTES NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO.

O uso em si de alguma adaptação, instrumento ou estratégia para realizar o posicionamento cirúrgico já é uma forma que a equipe de enfermagem encontra para, ao mesmo tempo, resolver algumas dificuldades e atingir outras necessidades que se fazem oportunas no atendimento ao paciente no intra-operatório.

Tabela 9 – Os profissionais que referem usar adaptações, instrumentos ou estratégias X a realização do posicionamento, segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.

Usam adaptações, instrumentos ou estratégias	Realizam o posicionamento		Não realizam o posicionamento		Total* N (%)
	N	%	N	%	
Sim	119	88,8	15	11,2	134 (57,9%)
Não	74	75,5	24	24,5	98 (42,1%)
Total	193	83,2	39	16,8	232 (100,0%)

*Total de respondentes nesta tabela: 232 profissionais.

De acordo com a Tabela 9, ao se perguntar para os profissionais se eles utilizavam adaptações, instrumentos ou estratégias para o posicionamento, 57,9% (134) responderam que sim e 42,1% (98) informaram que não. Dos 232 respondentes, 83,2% (193) referiram realizar o posicionamento e outros 16,8% (39) disseram não o realizar. Os resultados da análise estatística se mostraram com valor significativo ($p = 0,007$).

A segunda linha da Tabela 9 demonstra que 88,8% (119) dos respondentes que usam adaptações, instrumentos ou estratégias realizam o posicionamento. Contrapondo-se aos 11,2% (15) que se utilizam destas adaptações, porém não participam de forma efetiva do posicionamento. Pode-se inferir que os profissionais que estão diretamente ligados à atividade de posicionar possuem mais experiência e soluções (adaptações, estratégias ou instrumentos) para sanar alguma dificuldade relacionada à hora do procedimento com o paciente.

A questão referente aos tipos de adaptações, instrumentos ou estratégias utilizados pelos pesquisados nas diversas posições cirúrgicas captou inúmeras citações diferentes. No total foram 78 nominações diferentes. Porém, algumas respostas se referiam ao mesmo objeto, contudo com nomenclaturas variadas. Exemplo: para o suporte de braço são citados outros termos como: braçadeira, tala e apoio para membros superiores. Mas, pretende-se estudar esta temática em um próximo trabalho.

Nesta etapa será demonstrado os resultados da categorização referentes às dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para realizar o posicionamento cirúrgico do paciente.

Gráfico 7 – Distribuição das dificuldades citadas por categoria para realizar o posicionamento cirúrgico, segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.

Para melhor compreender o Gráfico 7 serão citadas as sete categorias sobre dificuldades estabelecidas com suas respectivas denominações, grupo de informações que cada uma contém e os resultados obtidos frente à um total de 191 respondentes:

- Categoria “material”: envolve relatos de dificuldades referentes à falta de recursos (materiais) específicos e adequados, à falta de recursos financeiros e apoio de instituição para realizar o posicionamento do paciente. Resultados obtidos: 39,5% (76) dos respondentes referem dificuldades.

- Categoria “cooperação”: envolve relatos de dificuldades referentes ao trabalho em equipe, relacionamento interpessoal e a pouca cooperação multidisciplinar no engajamento para realizar o posicionamento cirúrgico.

Tabela 10 – Relação das dificuldades da categoria cooperação com a realização do posicionamento, segundo os participantes do estudo, São Paulo – 2007.

Dificuldades com relação à cooperação	Realizam o posicionamento		Não realizam o posicionamento *		Total* N (%)
	N	%	N	%	
Sim	38	71,7	15	28,3	53 (27,6)
Não	120	87,0	18	13,0	138 (72,4)
Total	158	82,7	33	17,3	191 (100,0)

*Total de respondentes desta tabela: 191 profissionais de enfermagem.

Refletindo sobre a Tabela 10, os resultados obtidos foram: 72,4% (138) dos respondentes disseram não ter dificuldades no quesito cooperação, independente de realizarem ou não o posicionamento. Deste montante 13,0% (18) não realizam o posicionamento. Todavia, 27,6% (53) dos profissionais citaram ter dificuldades na cooperação do trabalho em equipe e, deste número, 28,3% (15) disseram não participar do posicionamento. Um aumento considerável de 117,6% (de 13% passa para 28,3%). Este fato apresentou nível de significância estatística menor que 0,05 ($p = 0,013$). Ou seja, pode se evidenciar que quanto mais dificuldades de cooperação existir entre a própria equipe de enfermagem e as equipes cirúrgicas, menor será a participação da enfermagem no posicionamento. Pois, o ambiente de trabalho com menor interação entre os seus membros dificulta o profissional de executar algumas atividades, como esta estudada.

Cook, Grenn e Topp⁶⁹ entendem que os conflitos interpessoais podem ocorrer devido ao confronto de personalidades variadas em um ambiente de trabalho fechado; devido à frustração decorrente de atividades não concluídas sob a responsabilidade de colegas e, também, a interdependência necessária aos profissionais visando o alcance dos objetivos.

Silva⁶⁴ declarou que as razões para os conflitos e tensões no centro cirúrgico são variadas e incluem: a rapidez na liberação de uma sala para

nova operação, a necessidade de suspensão ou não de um procedimento cirúrgico, uma tesoura que não corta, a demora na chegada de um técnico de radiologia ou de um patologista, as saídas com frequência do circulante da sala entre outras.

Entende-se, portanto, que na hora de um procedimento mais complexo, como o posicionamento, os interesses das equipes de anestesia, cirúrgica e de enfermagem se sobrepõem sendo um dos momentos marcantes para se desencadear um conflito. Com este enfoque, a interação e a comunicação, quando efetiva, poderão representar uma forma positiva e hábil para melhorar as relações interpessoais e, conseqüentemente, reduzir as tensões no trabalho e melhorar a cooperação entre a equipe multidisciplinar.

No Gráfico 7, observa-se que 15,6% (30) referem dificuldades na categoria esforço.

- Categoria “esforço”: envolve relatos de dificuldades referentes às condições do paciente como: peso, idade, dificuldade de movimentação e ação do efeito anestésico até a sua reversão sobre o paciente interligados com o posicionamento cirúrgico do mesmo. Resultados obtidos: 15,6% (30) referem dificuldades neste quesito.

Esta queixa dos respondentes está relacionada ao esforço físico necessário para movimentar o paciente. Este esforço crônico sobre a coluna vertebral, além de hérnia de disco, pode causar deformação das vértebras como cifose ou escoliose incapacitando o indivíduo de levantar peso, afetar o sistema locomotor, aumentar a pressão intra-torácica, a abdominal e a circulatória, podendo trazer sérias conseqüências para a saúde do funcionário⁷⁰.

Magnago, Lisboa e Souza⁷¹ apresentaram uma revisão da produção de artigos científicos nacionais que investigam os distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Na maioria dos estudos, as condições inapropriadas de trabalho foram identificadas pelos autores como fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios músculo-esqueléticos.

Murofuse e Marziale⁷² analisaram os problemas de saúde relacionados ao sistema osteomuscular encontrados nos trabalhadores de enfermagem de 23 instituições de saúde. Em sua conclusão relataram que maior atenção deva ser direcionada às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais e às condições dos mobiliários, bem como se faz necessário disponibilizar instrumentos e equipamentos ergonomicamente planejados, visando à redução da incidência dos problemas osteomusculares.

É comum encontrar nos centros cirúrgicos exemplos de intervenções que podem comprometer o sistema osteomuscular da equipe de enfermagem devido ao desgaste físico provocado: transferência de paciente da maca para mesa cirúrgica e vice-versa (deve-se levar em consideração que o paciente pouco pode colaborar devido ao seu estado, na maioria das vezes, de indução ou reversão anestésica), transporte do paciente da recepção à sala de operações, desta para RPA, UTI ou unidade de internação, mesas cirúrgicas obsoletas e falta ou pouca ajuda para posicionar o paciente na acomodação necessária para o procedimento. Vale salientar que todas estas intervenções acontecem em todas as cirurgias, logicamente, em um maior ou menor grau de dificuldade.

Silva⁷³ em sua tese informou que os trabalhadores do Centro Cirúrgico referiram manipulação excessiva de peso (pacientes obesos, anestesiados, equipamentos, torpedos de gases e caixa de instrumentais), trabalho realizado freqüentemente em pé (constante deslocamentos dentro do setor para pegar materiais e dentro da sala, até o nome da função nos remete a esta observação: circulante de sala, ou seja, não permanece parado) e a manutenção de posturas inadequadas e incômodas (no manuseio da mesa operatória durante o procedimento tendo que se inclinar ou entrar por baixo dos campos cirúrgicos, se esticar para manipular focos) como cargas fisiológicas importantes no desgaste que podem encaminhar para as doenças ósteo-músculo-articulares.

- A categoria “recursos humanos”: envolve relatos de dificuldades referentes ao número insuficiente de recursos humanos na área de enfermagem para realizar o posicionamento cirúrgico. Resultados obtidos:

89,1% (170) dos pesquisados dizem não ter problemas com relação à falta de recursos humanos.

- Categoria “assistência”: envolve relatos de dificuldades referentes à preocupação em prestar uma assistência qualificada e adequada ao paciente. Resultados obtidos: 89,6% (171) não manifestaram dificuldade em relação a essa categoria. Esta preocupação foi referida por 10,4% (20) dos respondentes. Desses, 18 eram enfermeiros.

Vários autores^{9,45,47,48,74} citam que uma das principais dificuldades que o enfermeiro enfrenta em centro cirúrgico está relacionada à demanda de atividades burocráticas e administrativas. E este excesso de atividades nestas áreas está afastando o enfermeiro do cuidado direto aos pacientes, ao mesmo tempo em que ele tem dedicado um maior tempo para atender às necessidades das equipes cirúrgicas, ao gerenciamento de um ambiente seguro, e para previsão e provisão os equipamentos.

Este fato, justifica termos respondentes que de forma clara disseram não saber se estão executando o posicionamento da forma mais adequada possível.

- Na categoria “treinamento”: envolve relatos de dificuldades referentes à falta ou pouca atualização e treinamento sobre o posicionamento cirúrgico que o profissional recebe em sua instituição de trabalho. Resultados obtidos: 9,8% (19) dos pesquisados indicaram ter dificuldade em relação à falta de treinamento.

- Categoria “informação”: envolve relatos de dificuldades referentes à falta ou escassez de informações técnicas, literaturas e/ou protocolos sobre o posicionamento cirúrgico como um todo. Resultados obtidos: apenas 7,8% (15) profissionais disseram possuir dificuldades neste item.

Nota-se na Tabela 11, a seguir, que quando confrontam-se os dados entre os profissionais que fazem adaptações durante o posicionamento e as dificuldades encontradas por eles, a categoria “material” foi a que obteve um maior percentual de respostas 65,5% (76). O menor percentual de respostas foi relacionado à categoria “informação”, que correspondeu à 12,9% (15).

Tabela 11 – Distribuição das dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem que fazem algum tipo de adaptação durante o posicionamento em ordem decrescente, São Paulo - 2007.

Dificuldades	N	%
Material	76	65,5
Cooperação	52	44,8
Esforço	29	25,0
Recursos Humanos	21	18,1
Assistência	20	17,2
Treinamento	19	16,4
Informação	15	12,9

*O número total de profissionais que informaram realizar adaptações e, ao mesmo tempo, contemplaram alguma das dificuldades categorizadas é 116. Alguns respondentes citaram mais de uma dificuldade nesta questão.

Os fatores que mais causam dificuldades para os profissionais na execução do posicionamento, nesse estudo, são os mesmos relatados por Silva⁴⁵ e Stum, Maçalai e Rosane⁷⁴. Os fatores mais intervenientes foram: dificuldade de obter recursos materiais e equipamentos, falta de apoio da instituição, relacionamento entre as equipes multiprofissionais conturbado (categoria cooperação) e o déficit de recursos humanos. Observando que eles avaliaram dificuldades no centro cirúrgico como um todo.

Entretanto, a atual pesquisa traz mais um item de dificuldade e que foi nomeado com a categoria “esforço” que corresponde ao esforço físico empregado pela equipe de enfermagem para realizar o posicionamento.

Tanaka⁷⁵ em seu estudo fala das dificuldades que os enfermeiros possuem para assistir ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica no período transoperatório como: a falta de mesa cirúrgica específica e peças opcionais para aumentá-la, maca de transferência ajustadas ao tamanho do paciente no momento de sua passagem da mesa para maca e vice-versa, mobilização e posicionamento adequado do mesmo e transporte do paciente. Nota-se que nestes diversos estudos algumas dificuldades se perpetuam, exemplificando-se aqui a falta ou pouca disponibilidade de recursos materiais específicos e adequados.

Em relação aos novos recursos, instrumentos ou estratégias que estes gostariam de possuir para realizar o posicionamento do paciente, foi realizada uma análise de conteúdo feita dos diversos relatos dos

respondentes, onde as respostas foram classificadas em três categorias, com seu respectivo Gráfico (número 8), denominações, grupo de informações que cada uma contém e os resultados obtidos frente à um total de 173 respondentes:

Gráfico 8 – Relação dos novos recursos, instrumentos e estratégias que os profissionais gostariam de possuir para ajudar no posicionamento cirúrgico, São Paulo – 2007.

- Categoria “novos recursos”: envolve relatos relacionados à vontade do pesquisado em ter novos recursos físicos (recursos de proteção específicos e adequados), possuir manutenção destes e em ter mais recursos humanos na área de enfermagem para realizar o adequado posicionamento cirúrgico do paciente. Resultados obtidos: 128 (74,4%) respondentes gostariam de possuir novos recursos e 45 (25,6%) relatam não ter esta necessidade.

- Categoria “novas estratégias”: envolve relatos relacionados à vontade do pesquisado em obter uma estratégia, ou seja, uma forma mais organizada de realizar este cuidado. Foram descritas pelos respondentes estratégias que se relacionavam com: trabalho em equipe, cooperação multidisciplinar, melhores condições de trabalho, treinamento específico, cursos ou palestras sobre o assunto destinados a qualquer funcionário na unidade. Resultados obtidos: 50 (28,5%) pesquisados anseiam por novas

estratégias e 123 (71,5%) comunicam não haver esta necessidade para executar o posicionamento.

- Categoria “novos instrumentos”: envolve relatos relacionados à vontade do pesquisado em possuir um instrumento (manual, guia ou protocolo) ou literatura disponível para nortear as suas atividades ligadas ao posicionamento cirúrgico. Resultados obtidos: 146 (84,6%) profissionais não manifestaram necessidades de acesso a novos instrumentos confrontando-se com os outros 27 (15,4%) que expressam este desejo.

Aponta-se, a seguir, os cruzamentos estatísticos mais relevantes e/ou significativos entre os respondentes que clamam por novos recursos, novos instrumentos e novas estratégias e as dificuldades encontradas por eles.

Tabela 12 – Relação da categoria “novos recursos” com as dificuldades materiais expressadas pelos participantes do estudo, São Paulo – 2007.

Novos Recursos	<u>Com</u> dificuldade de recursos materiais		<u>Sem</u> dificuldade de recursos materiais		Total* N (%)
	N	%	N	%	
Sim	60	49,6	61	50,4	121 (73,8)
Não	8	18,6	35	81,4	43 (26,2)
Total	68	41,5	96	58,5	164 (100,0)

*Total = corresponde ao número de 164 respondentes que gostariam de possuir novos recursos, novas informações ou novas estratégias.

Entretanto, ao analisar a Tabela 12 que trata de dificuldades relacionadas aos recursos materiais obteve-se um valor significativo ($p = 0,014$). Pois, 49,6% dos pesquisados que dizem querer novos recursos possuem dificuldade de obter recursos materiais. Contrapondo-se aos 18,6% dos pesquisados que não exprimiram a vontade de possuir estes recursos, mas que também referem ter dificuldade de obtê-los. Pode-se entender que pelos relatos para fazer o posicionamento, por parte dos respondentes, que existe uma coerência entre a dificuldade apontada e a necessidade de se obter os recursos.

Bianchi⁴⁷, Guido⁴⁸ e Silva⁴⁵ em suas teses apresentam também dados relacionados à preocupação dos enfermeiros em prever, prover e até conseguir manutenção dos equipamentos e insumos do setor, ratificando os

dados obtidos neste estudo com relação ao quesito dificuldades em obter recursos materiais.

Os colaboradores que responderam na categoria “novos instrumentos”, 20,8 % deles, possuem dificuldade na obtenção de informações técnico-científicas para poderem realizar um adequado posicionamento.

Tabela 13 – Relação entre a categoria “nova estratégia” e a dificuldade em ter treinamento sobre posicionamento, segundo participantes do estudo, São Paulo – 2007

Nova Estratégia	Com dificuldade em ter treinamento		Sem dificuldade em ter treinamento		Total* N (%)
	N	%	N	%	
Sim	14	29,8	33	70,2	47 (28,7)
Não	5	4,3	112	95,7	117 (71,3)
Total	19	11,6	145	88,4	164

Total* = corresponde ao número de 164 respondentes que gostariam de possuir novos recursos, novas informações ou novas estratégias.

A Tabela 13 apresentou valor significativo ($p = 0,0015$). Foi entre os respondentes que gostariam de uma nova estratégia para posicionar e possuíam dificuldades ou falta de treinamento para o mesmo, que obteve valor de 29,8%. Em comparação aos 4,3% que não queriam uma nova estratégia, porém referiram dificuldades na área de treinamento para posicionar. Novamente, nesta etapa se estabelece uma relação diretamente proporcional entre as dificuldades relatadas pelos respondentes e suas vontades e opiniões do que eles próprios consideram necessários para realizar uma boa assistência neste cuidado de posicionar.

A dificuldade com relação ao treinamento da equipe do setor não compete somente ao coordenador da unidade. Deve ser uma estratégia com abrangência institucional. Neste caso um trabalho em conjunto entre o serviço de Educação Continuada e os enfermeiros de centro cirúrgico.

Nesse aspecto, Galvão⁷⁶ aponta barreiras que dificultam a utilização de pesquisas e busca por informações que possam ser dirigidas e orientadas as equipes de enfermagem de centro cirúrgico, como a falta de

preparo dos enfermeiros desta unidade, a falta de tempo e suporte organizacional.

Sobre este último item, Lorencette⁷⁷ afirma que o comprometimento dos gerentes de enfermagem e da alta direção dos hospitais em querer de fato um serviço de educação continuada, poderão levar os profissionais a um alto nível de motivação e de satisfação profissional, além da confiança do cliente e de uma assistência qualificada aos pacientes.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que:

1- Em relação à caracterização da amostra do estudo:

- O sexo feminino prevaleceu com participação de 91,9%;
- Idade média de 36,7 anos, tempo de formação médio de 10,9 anos e tempo de trabalho médio em centro cirúrgico de 7,9 anos;
- Três categorias profissionais foram representadas, com 200 enfermeiros, 28 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares de enfermagem;
- São exercidas as funções de enfermeiros assistenciais (111), enfermeiros coordenadores (77), circulantes de sala (32), docência universitária (7) e instrumentadores cirúrgicos (6);
- Tem representação de 18 unidades da federação brasileira e uma participação estrangeira.

2- Em relação à atuação da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico no período intra-operatório:

- O profissional que executa o posicionamento possui, com valores significativos, uma idade mediana de 39 anos e um tempo de trabalho em centro cirúrgico mediano de 10 anos;
- O profissional que não executa o posicionamento possui uma idade mediana de 33 anos e tempo de trabalho em centro cirúrgico mediano de 5 anos;
- Os enfermeiros que já assistiram à uma aula específica, ao menos, sobre posicionamento durante a graduação, especialização ou curso extra-curricular perfazem um total de 63,1% (123);
- Protocolos e treinamentos sobre posicionamento estão presentes, respectivamente, em 34,3% e 32,4% das instituições hospitalares em que trabalham os respondentes;
- Ocorre uma participação discreta do enfermeiro, em torno de 24,8%, durante a execução do procedimento;

- Porém, quando o mesmo participa de forma efetiva do posicionamento, ocorre uma diminuição significativa da participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem na realização do mesmo;

- Entre os enfermeiros que posicionam o paciente, 32,4% são especialistas em centro cirúrgico, 35,8% utilizam protocolos e 38,9% recebem treinamento sobre posicionamento;

- Dados significantes indicam que um componente da equipe de enfermagem solicita a colaboração de um outro membro de sua própria equipe em 90,5% das vezes na hora da intervenção de posicionar o paciente;

- Dos profissionais pesquisados, 69,4% informam o registro da posição cirúrgica à qual ficou submetido o paciente no relatório intra-operatório;

- Em contrapartida, um número irrelevante de profissionais, 45,9% registram o uso de recursos de proteção para o posicionamento no relatório intra-operatório;

3- Em relação à identificação de adaptações, instrumentos ou estratégias realizadas pelas equipes de enfermagem durante o posicionamento dos pacientes no período intra-operatório:

- Os profissionais que referem utilizar-se de alguma adaptação, instrumento ou estratégia perfazem um total de 57,9% (134) dos participantes do estudo;

- Dentre estes profissionais, 88,8% (119) realizam o posicionamento;

- Com dados significantes ($p = 0,007$) pode-se inferir que os profissionais que estão ligados diretamente à atividade de posicionar possuem mais soluções (adaptações, estratégia ou instrumentos) para sanar alguma dificuldade relacionada à hora do procedimento com o paciente;

- As dificuldades levantadas pela equipe de enfermagem para a realização do posicionamento estão ligadas à falta de recursos materiais (39,5%), baixo nível de cooperação entre as equipes médica e de enfermagem (27,5%), esforço físico aplicado de forma constante (15,6%), déficit de recursos humanos (10,9%), despreparo na assistência ao paciente

(10,4%), falta de treinamento (9,8%) e de informações técnico-científicas (7,8);

- Evidencia-se que a falta de cooperação entre a equipe de enfermagem e cirúrgica reduz, de forma significativa ($p = 0,013$), a participação dos membros do corpo de enfermagem na execução do posicionamento;

- Materiais e equipamentos adequados (mesas cirúrgicas modernas, coxins de polímero ou gel), protocolo (manual ou guia), estratégias para a cooperação multidisciplinar ou trabalho em equipe, e treinamento são os recursos que os respondentes mais gostariam de possuir para melhorar os seus respectivos cuidados no posicionamento do paciente.

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir esta pesquisa me certifica que a apropriação do conhecimento nos torna capazes de ponderar e agir com mais segurança e autonomia frente às nossas atitudes.

Ao reportar esse “pensar” para o âmbito da Enfermagem Perioperatória, especialmente brasileira, temos muito que avançar. A construção de um embasamento científico para as nossas intervenções se faz necessária para a atuação prática da profissão, acompanhada de um raciocínio clínico que nos habilite a prever os riscos inerentes aos pacientes, evitar complicações e promover a segurança do paciente sob terapêutica cirúrgica.

Constatou-se nesse estudo que o posicionamento cirúrgico ainda é um procedimento que não possui uma sistematização assistencial. O posicionamento é aprendido pelos profissionais de enfermagem, em muitos casos, na vivência destes na sala operatória. Isto significa dizer que este aprendizado não está atrelado a um conhecimento técnico-científico.

Na realização do posicionamento cirúrgico, o enfermeiro ainda atua de forma pouco expressiva, visto que a sua presença em Sala Operatória, em todo o período intra-operatório, ainda é escassa. Porém, vale ressaltar, que quando o enfermeiro está presente em sala, a sua participação é um diferencial na assistência, tanto oferecendo respaldo técnico-científico à equipe cirúrgica e de enfermagem, quanto proporcionando maior segurança ao paciente.

Outro aspecto que chama a atenção é o registro das intervenções de enfermagem. Este ainda é parco, sem detalhamento técnico-científico sobre o fazer do enfermeiro e sua equipe.

Essa escassez ou mesmo a falta de registro reflete uma quebra de continuidade da assistência perioperatória, por falta de informações que norteariam a avaliação, planejamento e operacionalização da mesma. Além desse aspecto, a falta de registros acaba criando uma lacuna no seu aspecto ético e legal, pois nesse caso não se tem comprovado, se foi realmente realizada a assistência ao paciente.

A utilização de adaptações, instrumentos ou estratégias, por grande parte dos profissionais, identificadas neste trabalho, reflete a preocupação destes para o bom desempenho do cuidado estudado, bem como o perfil criativo do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

As dificuldades que a equipe de enfermagem encontra para realizar o posicionamento impõem algumas restrições para o desenvolvimento prático desta assistência.

As informações levantadas neste estudo poderão subsidiar propostas que, de fato, norteiem a assistência de enfermagem perioperatória, especialmente no posicionamento cirúrgico, trazendo mais segurança e melhorias, tanto para o paciente quanto para o profissional envolvido.

Mais estudos relacionados ao posicionamento cirúrgico são recomendados na área de enfermagem.

Neste aspecto, pretendo também, aprofundar estudos nesta linha de pesquisa e estabelecer um protocolo que possa ser difundido e aplicado na formação dos novos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros e suas equipes, e absorvido pelos profissionais mais experientes que atuem na assistência perioperatória, especialmente, no período intra-operatório.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Silveira CT, Leite RCBO. Eventos relacionados ao posicionamento cirúrgico. In: 7ª Mostra de Monografias de Conclusão de Curso da EEUSP/2003; São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
2. Smelter SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Tratamento pré-operatório de enfermagem; p. 305-36.
3. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC). Práticas recomendadas. 4ª ed. São Paulo; 2007. p. 160-5.
4. Bianchi ERF, Leite RCBO. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 38-60.
5. Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência de enfermagem perioperatória: num modelo conceitual. Rev Esc Enferm USP. 1990; 24(3):359-70.
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decisão COFEN n. 001, de 4 de janeiro de 2000. Normatiza a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. COREN-SP. 2000; (26):12-3.
7. Guido LA, Leite RCBO, Silveira CT. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 190-217.
8. Costa ALS, Coutinho RMC. Assistência de enfermagem no período transoperatório. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 177-89.
9. Leite RCBO. A assistência de enfermagem perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente idoso [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
10. Bianchi ERF, Vátimo MFF. Recepção do paciente no centro cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 162-76.
11. Castellanos BEP, Ferraz ER. Posição do paciente para a cirurgia e implicações no cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1980; 14(1):73-82.

12. Palazzo S. Análise dos procedimentos e recursos de proteção utilizados nas posições cirúrgicas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2000.
13. Possari JF. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. São Paulo: Iátria; 2004. Posicionamento do paciente para a cirurgia; p.157-63.
14. Galdeano LE, Rossi LA, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. In: Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007. p. 267-98.
15. Luft CS. Mini dicionário da Língua Portuguesa. 3ª ed. São Paulo: Scipione; 1991. p. 494.
16. McEwen D. Intraoperative positioning of surgical patients. AORN J. 1996;63(6):1059-86.
17. Ricker LE. Posicionamento do paciente para a cirurgia. In: Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 90-105.
18. Chianca TCM. Posicionamento do paciente para cirurgia. Enfoque. 1988;58(1):10-2.
19. Association periOperative Resgistered Nurses. Standards and recommend practices. Denver; 2008. p. 107-26.
20. Cordier PL, Sion B. Positioning the patient. In: Phippen ML, Wells MP, editors. Patient care during operative and invasive procedures. Philadelphia: W. B. Saunders; 2000. p. 167-82.
21. Posso MBS. As fontes de riscos físicos e químicos incidentes sobre os membros da equipe cirúrgica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1988.
22. Odom J. Cuidados pós-operatórios e complicações. In: Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 179-95.
23. Caliri MHL. A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem: limites e possibilidades [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

24. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.
25. Martin JT, Warner MA. Positioning in anesthesia and surgery. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 1997.
26. Leite RCBO, Silveira CT. A assistência de enfermagem durante o posicionamento cirúrgico. In: Malagutti W, Bonfim IM. Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2008. p.135-64.
27. Aunac S, Nsengiyumva JC. Postoperative otorrhagia: an unknown complication of Trendelenburg position during laparoscopic surgery? *Ann Fr Anesth Reanim.* 2001;20(6):549-51.
28. Hayafuji M, Hishinuma N, Shibata J, Ono K, Kurato T, Kito T. A case of acute myocardial infarction during laparoscopic rectal amputation. *Masui.* 2002;51(12):1371-4.
29. Phong SV, Koh LK. Anaesthesia for robotic-assisted radical prostatectomy: considerations for laparoscopy in the Trendelenburg position. *Anaesth Intensive Care.* 2007;35(2):281-5.
30. Virkelyst C, Kristensen BB. Postoperative tetraplegia as a result of positioning. *Ugeskr Laeger.* 2007;169(3):236-7.
31. Nociti JR. Posição do paciente anestesiado e perfusão cerebral: catástrofes previsíveis. *Rev Bras Anesthesiol.* 2008;58(1):1-4.
32. Warner MA, Martin JT. Patient positioning. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. *Clinical anesthesia.* . 4^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 639-65.
33. Enderby GE. Postural ischaemia and blood-pressure. *Lancet.* 1954; 266(6804):185-7.
34. Rupp-Montpetit K, Moody ML. Visual loss as a complication of nonophthalmologic surgery: a review of the literature. *AANA J.* 2004; 72(4):285-92.
35. Corso CM, Tanaka PP, Khon K. Isquemia do nervo óptico após intervenção cirúrgica na coluna vertebral: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(3):273-77.
36. Froese AB, Bryan C. Effects of anesthesia and paralysis on diaphragmatic mechanics in man. *Anesthesiology.* 1974;41(3):242-53.

37. Wagner PD, West JB. Changes in ventilation-perfusion relationships and gas exchange. In: Macklemp P, Permutt S. The lung in the transition between health and disease. New York: Marcel Dekker; 1979. p.183-226.
38. Katz LD, Barash PG. Positional hypoxaemia following post traumatic pulmonary insudducency. Can Anaesth Soc J. 1997;24 (3):346-52.
39. Kaneko KJ, Milic-Emile MB, Dolovich AD, Bates DV. Regional distribuition of ventilation and perfusion as a function of body position. J Apll Phisiol. 1966;21(3):767-77.
40. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC). Informações sobre Eventos [homepage na Internet]. São Paulo; 2007. [citado 2007 out. 21]. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/congresso07.html>
41. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
42. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 37-42.
43. Peduzzi M, Anselmi MA. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias diferentes e trabalhos equivalentes. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):425-9.
44. Giaretta VMA. Determinação do tempo médio de aparecimento de sinais iniciais de úlcera por pressão em idosos sadios na posição supina, em colchão hospitalar [dissertação-CD ROM]. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2002.
45. Silva MVG. As atividades dos enfermeiros de centro cirúrgico: análise em instituições públicas e privadas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
46. Turrini RNT, Bianchi ERF, Graziano KU. Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP/2003: perfil dos candidatos. Rev SOBECC. 2004;9(2):24-7.
47. Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.
48. Guido LA. Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

49. Backes VMS, Schmidt SMS, Nietzsche EA, Saurin MHG, Ferraz F. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2003;12(1):80-8.
50. Bastos AVB, Gondim SMG, Loiola E. Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa. *Rev Adm USP*. 2004; 39(3):220-30.
51. Corrêa AK. Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
52. Coutinho RMCC. A ansiedade e o processo ensino-aprendizagem das habilidades psicomotoras em Centro Cirúrgico [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.
53. Avelar MCQ, Silva A. A assistência de enfermagem perioperatória: ensinamentos em cursos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39 (1): 46-52.
54. Castellanos BEP, Bianchi ERF. Visita pré-operatória do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação de enfermagem. *Rev Paul Enferm*. 1984; 4(1);10-4.
55. Aronovitch SA. Intraoperatively acquired pressure ulcers: are there common risk factors? *Ostomy Wound Manage*. 2007;53(2):57-69.
56. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2002.
57. Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(5):630-37.
58. Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine. Cascavel: EDUNIOESTE; 2004. p.107.
59. Matos FGOA, Piccoli M. Diagnóstico de enfermagem: risco para lesão perioperatória por posicionamento identificado no período transoperatório. Ciênc Cuid Saúde. 2004;3(2):195-201.

60. Coutrin RMGS, Freua PR, Guimarães CM. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. Texto Contexto Enferm. 2003;12(4):486-94.
61. Posso MBS, Sant'Anna ALG. Riscos físicos e químicos que envolvem o trabalho em Centro Cirúrgico. In: Carvalho R, Bianchi ERF. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri: Manole; 2007. p. 335-68.
62. Lima EDRPL. *Estresse ocupacional e a enfermagem de Centro Cirúrgico [dissertação]*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.
63. Jouclas VMG. *Análise da função do circulante de sala de operações de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1987.
64. Silva MVG. A unidade Centro Cirúrgico. In: Marques RG. *Técnica operatória e cirurgia experimental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 247-54.
65. Beyea SC. The ideal state of perioperative nursing. *AORN J*. 2001; 73(5):897-901.
66. Janúncio IM. *Análise das anotações de enfermagem no período perioperatório: subsídios para a continuidade da assistência prestada a pacientes de cirurgia cardíaca [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
67. Oguisso T. Implicações ético-legais no exercício da enfermagem em Centro Cirúrgico. *Enfoque*. 1987;15(1):7-10.
68. De Mattia AL. *Utilização das horas de enfermagem em sala de operações, segundo a complexidade do paciente e do procedimento anestésico-cirúrgico [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
69. Cook JK, Grenn M, Topp RV. Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses. *AORN J*. 2001;74(3):317-31.
70. Bech J, Cunha MA. Transporte de paciente com uso da maca de elevação e transferência com leito imóvel. *Enfoque*. 1985;13(1):12-3.
71. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(6):701-5.

72. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(3):364-73.
73. Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
74. Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um Centro Cirúrgico. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):464-71.
75. Tanaka DS. O desafio do enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica no período transoperatório [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
76. Galvão CM. A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
77. Lorencette DAC. A importância e proposta de indicadores para avaliação dos serviços de educação continuada: segundo gerentes dos serviços de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

APÊNDICES E

ANEXOS

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

PARTE 1 – Caracterização da amostra

1. Letras iniciais do nome: _____
2. Idade: _____
3. Tipo de Instituição em que trabalha: () Pública () Privada
() Filantrópica
4. Qual a sua formação?
() Auxiliar de Enfermagem
() Técnico de Enfermagem
() Enfermeiro(a)
5. Há quanto tempo é formado? _____
6. Há quanto tempo trabalha na unidade de Centro Cirúrgico? _____
7. Qual o cargo que você ocupa na unidade? _____
8. Quantas salas cirúrgicas possui a unidade que você trabalha? _____
9. Quantos enfermeiros possui por plantão?
Manhã: _____. Tarde: _____. Noite: _____
10. Quantos técnicos possui por plantão?
Manhã: _____. Tarde: _____. Noite: _____
11. Quantos auxiliares possui por plantão?
Manhã: _____. Tarde: _____. Noite: _____

Se o senhor (a) for enfermeiro responda às questões 12 a 14

12. Você possui especialização em Centro Cirúrgico? Sim () Não ().
13. Possui Pós-graduação?
() Mestrado () Doutorado () Outra Especialização.
Qual? _____
14. Você já assistiu a uma aula específica sobre a assistência no posicionamento cirúrgico durante a graduação, especialização ou curso extracurricular? Sim () Não ()

PARTE 2 – A assistência da equipe de enfermagem no posicionamento cirúrgico do paciente

1. Há algum protocolo de enfermagem sobre o posicionamento cirúrgico na unidade? Sim () Não ().

2. Quem executa o posicionamento cirúrgico na unidade?

Enfermeiro () Equipe de enfermagem () Equipe médica ()

3. Durante o posicionamento cirúrgico você assiste o paciente?

Sim. Quando solicitado pela equipe de enfermagem ().

Sim. Quando solicitado pela equipe médica ().

Não ().

4. Houve algum treinamento sobre o posicionamento cirúrgico para a equipe de enfermagem do seu setor? Sim () Não ()

5. Quais são os recursos de proteção e exposição que a unidade possui para auxiliar nos posicionamentos cirúrgicos?

() colchão caixa do ovo

() esparadrapo

() braçadeira

() travesseiros

() perneiras

() lençóis

() coxim de silicone

() cintas fixadoras sintéticas

() coxim de espuma

() faixas de velcro

() manta térmica

() mesa ortopédica

() colchão térmico

() arco de narcose

() rodília

() atadura de crepe

() Fixadores para cirurgia craniana

() outro (s): _____

6. Há colaboração da equipe cirúrgica (cirurgiões e anestesiológicos) para realização do posicionamento cirúrgico do paciente?

Sim (). Quem? _____ Não ().

7. No relatório intra-operatório de enfermagem é registrada e descrita a posição cirúrgica à qual o paciente foi submetido? Sim () Não ().

8. No relatório intra-operatório de enfermagem é registrado e descrito os recursos de proteção utilizados no paciente durante o procedimento anestésico cirúrgico? Sim () Não ().

PARTE 3 – Adaptações, dificuldades e necessidades apontadas pela equipe de enfermagem na realização do posicionamento cirúrgico.

1. Na sua atuação em relação à assistência relacionada ao posicionamento cirúrgico você utiliza alguma adaptação, instrumento ou estratégia para este procedimento?

() Sim () Não

2. Em caso positivo, descreva nas posições a seguir, quais são as adaptações, instrumentos ou estratégias utilizadas?

Dorsal ou Supina: _____

Tredenlemburg: _____

Proclive: _____

Litotômica ou Ginecológica: _____

Ventral ou Prona: _____

Kraske ou Canivete: _____

Lateral (renal): _____

Lateral (torácica): _____

Fowler: _____

Mesa de Ortopedia: _____

3. Qual é a maior dificuldade encontrada por você, enfermeiro, técnico ou auxiliar para realizar o posicionamento cirúrgico do paciente?

4. O que você gostaria de ter como novo recurso, instrumento ou estratégia para realizar o posicionamento cirúrgico do paciente?

APÊNDICE B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À SOBECC

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: PABX (011) 30667544 - Fax: 30667546 - Telex: 80.902
C.P. 41633 CEP 05422-970 São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 15 de maio de 2007.

A Sra. Lígia Garrido

Presidente em Exercício da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - **SOBECC**

Prezada Colega,

Venho por meio desta, solicitar autorização para que o Enfermeiro e aluno do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da USP, **Cleidileno Teixeira Silveira**, possa coletar dados do projeto intitulado “POSICIONAMENTO CIRÚRGICO: COMO ESTE CUIDADO É EXECUTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM”, na ocasião do 8º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, que acontecerá nos dias 7 a 10 de julho de 2007.

Nesta oportunidade será entregue aos participantes do congresso, um questionário e duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma das cópias ficará com o respondente e a outra com o pesquisador responsável.

A distribuição e o recolhimento deste material ficará sob a responsabilidade de Cleidileno Teixeira Silveira.

Como orientadora deste estudo, certifico que esta pesquisa não traz nenhum comprometimento de caráter ético para os respondentes. Esclareço também que não haverá ônus para a SOBECC em função da realização da presente pesquisa.

Certa de contar com a sua atenção e aprovação desta solicitação, coloco-me a disposição para esclarecimentos por meio do telefone 0xx 11 30617570 ou pelo e-mail **rboleite@usp.br**.

Atenciosamente,

Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite
Profa. Dra. do Departamento Médico-Cirúrgica
Escola de Enfermagem – USP
COREN-Ba Nº 42918

APÊNDICE C – CARTA-CONVITE

Prezado (a) Colega,

Meu nome é Cleidileno Teixeira Silveira, estou cursando o mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e realizando uma pesquisa intitulada “Posicionamento Cirúrgico: como este cuidado é executado pela equipe de Enfermagem”, sob a orientação e coordenação da Prof^a. Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite.

Este estudo tem por objetivo identificar como a assistência de enfermagem relacionada ao posicionamento cirúrgico do paciente é executada pela equipe de enfermagem participante do 8º Congresso Brasileiro de enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-anestésica e Centro de Material e Esterilização.

Os dados serão coletados por meio de questionário que está anexo.

A sua participação é voluntária, não decorrendo em qualquer implicação a sua decisão de participar ou não.

As informações serão divulgadas, entretanto fica garantido o seu anonimato. A divulgação dos resultados da análise será realizada sob a forma de dissertação de mestrado.

A sua participação é muito importante e ajudará no desenvolvimento do posicionamento cirúrgico, um cuidado assistencial que ainda requer muitos estudos na área da enfermagem.

A sua aceitação em participar será confirmada com a devolução do instrumento, integralmente respondido, para o pesquisador.

Agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Enfº Cleidileno Teixeira Silveira

Aluno do Programa de Pós-Graduação da EEUSP

lenoteixeira@ig.com.br

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Posicionamento Cirúrgico: Como este cuidado é executado pela equipe de enfermagem.

Orientadora da Pesquisa: Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Coren nº 42918) - [tel: 30617570, e-mail: rboleite@usp.br]

Cargo/Função: Profa. Dra. do Depto de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Pesquisador: Mestrando Cleidileno Teixeira Silveira (Coren nº 116118). Tel: 49735577/cel: 89051262, e-mail: lenoteixeira@ig.com.br

Cargo/Função: Enfermeiro Coordenador do Centro Cirúrgico do Hospital e Maternidade Dr. Christóvão da Gama. Cidade: Santo André-SP

Unidade: Escola de Enfermagem da USP.

II – Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa.

O presente estudo objetiva identificar como a equipe de enfermagem que exerce sua assistência no período intra-operatório atua no cuidado do posicionamento cirúrgico do paciente. Para isto solicitamos que o sr(a) responda à um questionário direcionado ao tema proposto. O senhor(a) é livre para expressar suas idéias. O senhor(a) poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se o senhor(a) tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-lo em qualquer fase da pesquisa. Basta entrar em contato nos telefones ou e-mail do pesquisador já explicitado acima. A sua participação é voluntária e representa aprovação a partir da devolução deste questionário respondido. O senhor(a) tem resguardado o direito de interromper a sua participação em qualquer fase do estudo, no momento que julgar necessário, sem que este fato lhe traga prejuízos. O senhor(a) fica ciente que o retorno dos resultados obtidos deste estudo será através da publicação de artigos em periódicos e da participação do pesquisador em eventos científicos da área. A identidade e idade do senhor(a) permanecerão em sigilo. As respostas fornecidas pelo senhor(a) serão analisadas e expostas, mas mantendo-se a confidencialidade e anonimato de seu autor. O senhor(a) concordando em participar da pesquisa, devolverá o questionário preenchido integralmente. O Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido está em duas vias, uma ficando com o senhor(a) e a outra com o pesquisador.

III – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias ao sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo às informações sobre a pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas e conhecimento dos resultados obtidos quando solicitado pelo sujeito da pesquisa;

2. Liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Proteção e sigilo da sua identidade e idade.
4. As respostas fornecidas, analisadas e expostas no estudo permanecerão sem identificação dos seus autores.

IV – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após ler este consentimento livre eu concordo em participar. Fico esclarecido que ao fazer a devolução deste questionário respondido, confirmo a minha participação voluntária neste estudo.

Grato pela colaboração.

Cleidileno Teixeira Silveira

Coren- SP: 116118

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SOBECC PARA A COLETA DE DADOS

AUTORIZAÇÃO

A *Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC*, declara para os devidos fins, que a *Enfermeira Rita de Cassia Burgos de Oliveira Leite e Cleidileno Teixeira Silveira*, estão autorizados a realizar a pesquisa “Posicionamento Cirúrgico: Como este cuidado é executado pela equipe de enfermagem” durante o 8º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, no período de 07 a 10 de julho de 2007, através de questionário a ser distribuído e recolhido por conta do solicitante.

São Paulo, 26 de junho de 2007.

Atenciosamente,

Ligia Garrido Calicchio
Presidente em Exercício

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 14 de fevereiro de 2008.

Il.^{mo} Sr.
Cleidileno Teixeira Silveira

Ref.: Processo nº 697/2007/CEP-EEUSP

Prezado Senhor:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Posicionamento cirúrgico: como este cuidado é executado pela equipe de enfermagem”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fátima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo