

SOBECC

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

NACIONAL – SP



ASSISTÊNCIA

Os impactos físicos e emocionais decorrentes da suspensão da cirurgia

Os cuidados da Enfermagem no perioperatório da artroplastia de quadril

HUMANIZAÇÃO

O entendimento do enfermeiro sobre a dor no pós-operatório imediato

Artigo apresenta um panorama da vivência do paciente submetido à cirurgia bariátrica

E mais:

Vem aí o 5º Congresso Pan-Americano de Esterilização e o 6º Simpósio Internacional de Esterilização e Controle da Infecção Hospitalar da SOBECC

DIRETORIA DA SOBECC

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

REVISTA SOBECC

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

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

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

Equipe Técnica – **Edição:** Maria Teresa Fontes e Débora Marques • **Coordenação:** Sirlene Aparecida Negri Glasenapp • **Produção Gráfica e Ilustração:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão de Espanhol:** Dra. Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Sílvia Helena de Oliveira Baffi • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Editora Referência Ltda. • **Capa:** foto cedida pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 21 • Liberdade (Metrô Vergueiro) • CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3341-4044 • Fax: (11) 3205-1407

E-mail: sobecc@sobecc.org.br

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

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

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

4...
EDITORIAL

5...
ACONTECE

11...
AGENDA

12...
5º CONGRESSO PAN-AMERICANO DE ESTERILIZAÇÃO E O 6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

14...
NORMAS DE PUBLICAÇÃO
Trabalhos para o 5º Congresso Pan-americano de Esterilização e o 6º Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar

16...
ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA
Suspensão de cirurgias eletivas em um hospital-escola

20...
ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA
Assistência perioperatória de enfermagem na artroplastia de quadril

30...
ARTIGO ORIGINAL – HUMANIZAÇÃO
Dor no pós-operatório imediato: cuidado baseado em evidências

40...
ARTIGO ORIGINAL – HUMANIZAÇÃO
Vivência de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

46...
NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC

ISSN 14144425

Revista indexada nas bases de dados
LILACS e CUIDEN



MAIS UM ANO VAI, OUTRO ANO VEM

As festas estão chegando, o encerramento do ano é tempo de reflexão, de balanço das conquistas realizadas, dos conhecimentos e das experiências adquiridas e compartilhadas com nossos familiares, amigos e colegas de profissão. Passou rápido, é verdade, e na correria do dia-a-dia muitas vezes não nos damos conta do quanto construímos. Este é o momento de parar para avaliar o que fizemos e traçar planos para vãos mais altos no ano que está chegando.

Em sua última edição do ano, a Revista SOBECC apresenta, além do resumo das atividades desenvolvidas pela diretoria nacional neste trimestre, quatro importantes artigos relacionados à assistência direta ao cliente. O primeiro deles avalia as conseqüências que a suspensão de uma cirurgia pode trazer para os pacientes e seus familiares, envolvendo inclusive a questão psicológica que um eventual prolongamento da internação pode implicar.

Em seguida, o foco se volta para um tema que é pouco abordado na Enfermagem. Trata-se da assistência perioperatória em artroplastia de quadril. As autoras buscam demonstrar que a diminuição da ansiedade do paciente, por meio de avaliações e intervenções clínicas, facilitam o pós-operatório e a reabilitação. Outro artigo desta edição discute a dor no pós-operatório imediato. Nele, as autoras destacam o papel fundamental da equipe de enfermagem na assistência ao paciente e na atenção às suas necessidades físicas e psicológicas.

Outro estudo importante, destaca os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que, ao enfrentar a obesidade como doença, muitas vezes sofrem de tristeza, preconceito e discriminação. Este trabalho aborda, não apenas os recursos estruturais para o atendimento a esses pacientes, como também um correto acompanhamento psicológico.

Aproveitamos ainda para agradecer a todos aqueles que participaram da jornada desta diretoria, que iniciou seus trabalhos há apenas cinco meses, com determinação e compromisso. Agradecemos aos associados, aos membros do Conselho Editorial, à Comissão de Publicação e Divulgação, à Equipe Técnica, aos assinantes e anunciantes e aos autores dos trabalhos. A todos, o nosso carinho especial e o desejo de que todos tenham muita saúde e sucesso.

Boas Festas e que nossos laços estejam ainda mais fortalecidos em 2008!



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

***Todos sabem que são os passos dados que determinam o caminho do sucesso.
Mas a beleza da caminhada depende dos que seguem conosco!
Que neste novo tempo que se inicia possamos andar ainda mais juntos, em busca de um mundo melhor!***

***Feliz ano novo!
São os votos da Diretoria da SOBECC***



SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL-ESCOLA

- Suspensions of elective surgeries in a school hospital
- Suspensión de cirugías electivas en un hospital universitario

Marla Andréia Garcia • Wilza Carla Spiri

Resumo – A suspensão de uma cirurgia envolve o cliente e seus familiares e traz conseqüências importantes. O objetivo deste estudo é levantar a prevalência de cirurgias eletivas, identificar os motivos de suspensão das cirurgias e conhecer o significado da suspensão para o paciente. Trata-se de um estudo prospectivo e qualitativo, realizado no Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, que avalia as cirurgias suspensas no período de julho a outubro de 2006. Pelo levantamento, foi possível verificar 312 cirurgias foram suspensas. As disciplinas que apresentaram o maior índice de cirurgias suspensas foram a vascular (56,3%), a pediátrica (39,7%) e a neurocirurgia (24,4%). O principal motivo de suspensão de cirurgias foi a não internação para a realização do procedimento (30,1%). A suspensão de uma cirurgia representa uma frustração e a prorrogação dos sentimentos envolvidos e do problema do paciente. O prolongamento da internação pode levar a um aumento dos custos e possíveis complicações para os pacientes.

Palavras-chave – Enfermagem cirúrgica, centro cirúrgico

Abstract – The suspension of surgery involves the patient and their family, and brings important consequences. The objectives of this study were to raise the prevalence of elective surgeries, to

identify the reasons of suspension of the surgeries and to know the meaning of the suspension for the patient. It discusses about prospective and qualitative study carried through in the Surgical Center of the Hospital of the Clinics of the College of Medicine of Botucatu, evaluating the suspended surgeries in the period of July to October of 2006. It was verified that 312 surgeries had been suspended. The disciplines that presented the biggest index of suspended surgeries was the vascular one (56.3%), pediatric (39.7%) and neurosurgery (24.4%). The main reason of suspension of surgeries was the not internment for the accomplishment of the surgery (30.1%). The suspension of a surgery represents a frustration and extension of these feelings and the problem of the patient. The extended of the internment can cause an increase of the costs and possible complications for the patients.

Key words – Per operative nursing, surgery department.

Resumen – La suspensión de una cirugía envuelve al cliente y su familia, y trae consecuencias importantes. Los objetivos de este estudio fue hacer una encuesta al respecto del predominio de cirugías electivas, identificar las razones de la suspensión de las cirugías y para saber el significado de la suspensión para el paciente. Se trata de un estudio prospectivo y cualitativo realizado en el



bloque quirúrgico del Hospital das Clínicas de la Universidad de Medicina de Botucatu cuando se evaluó las cirugías en el período de julio a octubre de 2006. Fue verificado que 312 cirugías habían sido suspendidas. Las asignaturas/especialidades que presentaron el índice más grande de cirugías suspendidas fueron la vascular (el 56.3%), la pediátrica (el 39.7%) y la neurocirugía (el 24.4%). La razón principal de la suspensión de cirugías fue el no ingreso para la realización de la cirugía (el 30.1%). La suspensión de una cirugía representa una frustración y una extensión de estas sensaciones y del problema del paciente. La prolongación de la permanencia hospitalaria puede llevar a un incremento de los costes y de las complicaciones posibles para los pacientes

Palabras claves – Enfermería peri operatoria, departamento de cirugía.

INTRODUÇÃO

A hospitalização é responsável pelo afastamento do cliente do seu cotidiano para um ambiente com rotinas e normas rígidas. Isso pode refletir de forma negativa, levando a pessoa a experimentar sentimentos como o medo e a carência.⁽¹⁾ Exige ainda uma adaptação que pode ocorrer de forma mais fácil em certos indivíduos, e em outros, apresenta-se de forma mais difícil, exigindo mais tempo, grande esforço e intensa



assistência. A vivência da hospitalização pode ser agravada quando envolve a espera por uma intervenção cirúrgica, haja vista a série de conflitos internos, como medo e a ansiedade, decorrentes de tal condição.⁽²⁾

Quando o indivíduo procura um hospital com um problema de saúde e lhe é indicada uma cirurgia como a solução para esse problema, ele aceita tal solução e marca sua cirurgia, depositando na equipe de saúde o apoio necessário para vencer essa etapa de sua vida. A realização de uma cirurgia é um acontecimento importante na vida de uma pessoa que encerra um significado próprio, já que depois dela, o indivíduo espera viver de forma mais saudável, com melhor qualidade.⁽³⁾ O ato cirúrgico pode representar um dos momentos mais críticos no processo terapêutico, tendo em vista o medo do desconhecido, da anestesia e até mesmo da morte.⁽⁴⁾ Sob a ótica institucional, a programação de uma cirurgia envolve um número considerável de pessoas, a exemplo de cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros, além de grande quantidade de materiais e equipamentos especializados.^(3,5)

A suspensão de uma cirurgia é uma ocorrência significativa que deve ser avaliada por duas vertentes: as repercussões que envolvem o cliente e seus familiares e as conseqüências que causam para a instituição. Contudo, nem sempre tal ocorrência tem recebido a devida atenção por parte da equipe de saúde e da instituição.⁽⁵⁾ Interfere no resultado da assistência e na qualidade do serviço e também implica perda para a instituição devido a fatores como custo financeiro, ocupação do leito, a reserva da sala operatória, aumento do trabalho da equipe e atraso na programação cirúrgica, e ainda prejuízo para outros pacientes que

aguardam sua vez para ser operado.

Evitar a suspensão de cirurgias por meio de uma assistência de enfermagem planejada e articulada com as demais equipes profissionais e da elaboração de um plano administrativo eficiente é a finalidade deste estudo, que busca igualmente prestar assistência de enfermagem especial para o cliente que teve sua cirurgia suspensa.

OBJETIVOS

- Levantar a prevalência de cirurgias eletivas no período de julho a dezembro de 2006.
- Identificar os motivos de suspensão das cirurgias de acordo com os critérios estabelecidos.
- Conhecer o significado da suspensão de uma cirurgia para o cliente.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo consistiu de dois tipos de referencial metodológico. O primeiro prospectivo foi realizado no Centro Cirúrgico (CC) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), avaliando as informações provenientes do banco de dados do serviço. O segundo refere-se a uma análise quantitativa, para resgatar o significado da suspensão para o cliente, com a seguinte questão norteadora: o que significa para você ter a sua cirurgia suspensa? Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FMB – Unesp foram incluídas neste estudo as cirurgias suspensas no período de Julho a Outubro de 2006.

O Centro Cirúrgico em questão é constituído de nove salas operatórias que atendem cirurgias eletivas de diversas especialidades, de acordo com os horários estabelecidos para cada uma (anexo 1).

ANEXO 1

GRADE DE HORÁRIO CIRÚRGICO CENTRO CIRÚRGICO – UNESP – BOTUCATU

2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA
GASTRO A	GINECO	GASTRO A	GASTRO A	ORTOPEDIA A
GASTRO B	CÁRDIO	GASTRO B	GASTRO B	ORTOPEDIA B
URO	ORTOPEDIA	URO	URO	NEURO
TÓRAX	OTORRINO	URO (a cada 15 dias)	GINECO	GINECO
OTORRINO	NEURO	OTORRINO	NEURO	OTORRINO
PLÁSTICA	TÓRAX	PLÁSTICA	VASCULAR	PLÁSTICA
(M) ORTOPEdia	(M) OFTALMO---S (T) OFTALMO---A	CÁRDIO	(M) ORTOPEdia	CONVÊNIO
(M) OFTALMO (T) CÁRDIO	(M) URO (T) GINECO LAP.	VASCULAR	(M) OFTALMO--R (T) OFTALMO--E	(M) OFTALMO (T) PEDIÁTRICA
(M) PEDIÁTRICA (T) VASCULAR	(M) PEDIÁTRICA (T) ORTOPEdia	(M) NEURO (T) ORTOPEdia	(M) PEDIÁTRICA (T) CÁRDIO	(M) GINECO LAP (T) NEURO

As cirurgias eletivas são atendidas de acordo com o programa cirúrgico e devem ser iniciadas até às 16h30. Após horário estabelecido, são atendidas as cirurgias de urgência, que podem também ser realizadas quando há sala operatória disponível. A décima sala operatória é destinada para as cirurgias de emergências. De acordo com o Manual de Normas e Rotinas do CC, a Enfermeira é responsável pelo programa cirúrgico que é realizado no dia que antecede a cirurgia. Para tanto, é necessário que a equipe envie o aviso cirúrgico até as 15h do dia anterior. As informações do aviso cirúrgico são digitadas no banco de dados tendo em vista a posterior preparação para o procedimento, que envolve equipe anestesia, enfermagem, cirurgiões, laboratórios, central de material e esterilização e hemocentro. Após a realização do programa cirúrgico, muitos podem ser os motivos da suspensão de uma cirurgia.

Foram estudadas todas as cirurgias eletivas suspensas, bem como os motivos para a suspensão. Foram consideradas as variáveis: especialidade cirúrgica, tipo de cirurgia, horário da suspensão e os motivos que levaram a ela. As cirurgias suspensas foram classificadas segundo os critérios estabelecidos pelo Manual de Normas e Rotinas do CC: não internação do paciente, equipe cirúrgica indisponível, mudança de conduta médica, alteração no estado clínico para realizar uma cirurgia de urgência ou emergência, falta de leito ou leito em Unidade de Terapia Intensiva, falta de materiais (roupas, instrumentais ou equipamentos médico-hospitalares), falta de sangue, falta de exame pré-operatório, horário limite para iniciar as cirurgias eletivas ultrapassado e outros que serão discriminados conforme a especificidade. Aos clientes que tiveram sua cirurgia suspensa foi realizada a pergunta: o que significa para

o que significa para você ter a sua cirurgia suspensa?

RESULTADOS

Após a análise das cirurgias eletivas suspensas no período supracitado observou-se que o CC da FMB realizou 1371 cirurgias de rotinas e 313 cirurgias foram canceladas. Em relação às disciplinas, observou-se que algumas especialidades apresentam mais horários cirúrgicos (anexo 1) e, conseqüentemente, acabam realizando uma maior número de procedimentos eletivos (tabela 1).

Tabela 1: Cirurgias realizadas e suspensas em cada especialidade.

Especialidade	Cirurgias realizadas	Cirurgias suspensas	Porcentagem
Cirurgia Cardíaca	40	6	15,0%
Cirurgia Pediátrica	68	27	39,7%
Cirurgia Plástica	102	22	21,6%
Cirurgia Torácica	48	7	14,6%
Cirurgia Vascular	71	40	56,3%
Gastrocirurgia	150	30	20,0%
Ginecologia	106	12	11,3%
Neurocirurgia	41	10	24,4%
Oftalmologia	192	46	24,0%
Ortopedia	204	37	18,1%
Otorrinolaringologia	183	17	9,2%
Urologia	146	29	19,9%
Total	1371	312	22,7%

Pelo levantamento, verifica-se que 312 cirurgias foram suspensas no período estudado. As disciplinas que apresentaram o maior índice de cirurgias suspensas foram a cirurgia vascular (56,3%), seguida pela cirurgia pediátrica (39,7%) e pela neurocirurgia (24,4%). A disciplina que apresentou o menor índice de suspensão de cirurgias foi a otorrinolaringologia (9,2%).

O principal motivo de suspensão de cirurgias foi o fato de o paciente não se submeter à internação para a realização do procedimento cirúrgico (30,1%). Precisamente 94 pacientes não compareceram e, na maioria das vezes, devido ao fato de as cirurgias serem agendadas nos ambulatórios com antecedência de até dois meses. Outra possível causa seria a procura por outro serviço ou piora clínica devido ao problema cirúrgico ainda não tratado. Cinquenta cirurgias (16%) não foram realizadas por não em sido iniciadas até o horário limite; 49 (15,7%) devido à piora ou mudança no estado clínico; 44 (14,1%) por mudança na conduta médica; 22 (7%) por falta

de material (instrumental cirúrgico ou equipamento médico hospitalar); 20 (6,4%) em razão de uma cirurgia de urgência ou emergência; 10 (3,2%) foram suspensas pela anestesiologia devido ao risco cirúrgico ou falta de exames pré-operatórios e sete pacientes (2,3%) recusaram o procedimento (tabela 2).

Tabela 2: Motivo de suspensão das cirurgias

Motivos de cirurgias suspensas	Quantidade de cirurgias	Porcentagem de cirurgias
Paciente não internou	94	30,1%
Ultrapassou 16h30min	50	16,0%
Paciente sem condições clínica	49	15,7%
Mudança de conduta	44	14,1%
Falta de Material	22	7,0%
Em prol urgência/emergência	20	6,4%
Suspensão pela anestesiologia	10	3,2%
Paciente recusou cirurgia	7	2,3%
Outros	16	5,2%

O RELATO

Após o consentimento livre e esclarecido, os clientes foram abordados respondendo: o que significa para você ter a sua cirurgia suspensa?

- Clientes que tiveram as cirurgias suspensas por ultrapassar às 16h30:

“Quando vai chegando perto das quatro horas, vai dando um desespero de não entrar para operar. É a segunda vez que não consigo entrar. Vou ter que esperar a próxima vez...”

“Eu vou receber alta e aguardar ser chamada de novo. Não sei como será, pois preciso trabalhar e com esse problema na coluna fica muito difícil.”

“Minha vontade é ir embora deste hospital. Minha mãe quer me tirar daqui, mas fala que aqui os médicos são melhores. Eu tenho que ficar aqui deitado nessa cama, pois nem consigo andar direito.”

“O médico já tinha avisado que talvez não desse para entrar hoje, mas que eu tinha que internar para guardar a vaga.”

- Clientes que tiveram as cirurgias suspensas e seriam reprogramadas. Os sentimentos expressos pelos pacientes neste caso são de entendimento da situação.

“Ah, fazer o quê? Se o médico achou melhor não opera, ele sabe o que faz. É ruim ir para casa sem operar, mas vou voltar. Ele falou que assim vai ser melhor.”

“O médico falou que corria risco a cirurgia.”

CONCLUSÃO

Uma cirurgia, mesmo eletiva, traz uma grande ansiedade para o paciente e seus familiares. Faz-se necessário o afastamento de suas atividades diárias (trabalho, estudo e lazer) e a mudança para um meio totalmente diferente e distante do convívio familiar. O medo do desconhecido, a confiança na equipe de saúde e a busca pela resolução de seu problema ou de seu sofrimento fazem o paciente depositar todas as esperanças no tratamento cirúrgico. A suspensão e a reprogramação de uma cirurgia podem representar, além de uma grande frustração, a prorrogação de tais sentimentos e do problema do paciente. O prolongamento da internação pode levar a um aumento dos custos e possíveis complicações para os pacientes, além de afastá-lo ainda mais das atividades do seu cotidiano.

Verificou-se que 312 cirurgias foram suspensas no período estudado. As disciplinas que apresentaram o maior índice de cirurgias suspensas foram a cirurgia vascular (56,3%), seguida pela cirurgia pediátrica (39,7%) e pela neurocirurgia (24,4%). O principal motivo de suspensão de cirurgias foi o fato do paciente não internar para a realização do procedimento cirúrgico (30,1%). Estes fatos nos sugerem um outro estudo, em busca do motivo real pelo qual o paciente não compareceu a instituição.

Conhecer as razões pelas quais as cirurgias eletivas não foram realizadas permitiu-nos observar que a programação de uma cirurgia deve ser acompanhada com mais cautela, verificando a possibilidade de o cliente comparecer para o procedimento, bem como buscar melhor orientação sobre a cirurgia, a fim de que ele não desista, evitando, assim, passar por mais uma situação estressante em sua internação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tesck ECB. Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral ao paciente hospitalizado – a participação de familiares. *Enferm Novas Dimens.* 1976;1(6): 351-53.
2. Santos SSC, Luis MAV. A relação

da enfermeira com o paciente cirúrgico. Goiânia: AB; 1999. Apresentação dos resultados: a cirurgia sob o ponto de vista do paciente; p. 39-81.

3. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. Rev Latino-Am Enferm. 2000;8(4):59-65.

4. Antonio PS, Munari DB, Costa Hk. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2002 [2005 nov. 10]; 4(1)[cerca de 7p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>

5. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Rev Latino-Am Enferm. 2006;14(1):48-53.

AUTORIA

Marla Andréia Garcia

Mestre em Biotecnologia Médica e especialista em Administração Hospitalar - Enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Endereço para correspondência:

R. Damião Pinheiro Machado – 751 apto. 13

VI. São Lúcio – Botucatu – SP CEP: 18603-560

Fones: (14) 3813-1694 (Res) / 3811-6219 (Com.)

E-mail: enfmarla@yahoo.com.br

Wilza Carla Spiri

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

inovação e qualidade
ao seu alcance.



REGISTRADOR GRÁFICO
Confirma os dados do controlador garantindo maior confiabilidade do processo.

ACESSO FRONTAL PARA MANUTENÇÃO
Componentes eletrônicos e pneumáticos agregados

Esterilizadores HI VAC

Vapor / Formaldeído

Eficaz ao processo do usuário;
Alta performance;
Rapidez e versatilidade de configurações;
Design e manutenção facilitada;
Economia de espaço físico;
Validável de acordo com as normas e diretrizes nacionais e internacionais;
Segurança comprovada.

Baumer S.A.
Customer Service/Comercial
F. 55 (11) 3670.0000 • Fax 55 (11) 3670.0053
www.baumer.com.br
e-mail: cm1bh@baumer.com.br

STIC Controle de Contaminação e Sistemas Térmicos

ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA DE ENFERMAGEM NA ARTROPLASTIA DE QUADRIL

- Nursing's assistance perioperative in the hip's arthroplasty.
- Asistencia quirúrgica de enfermería en la artroplastia de la anca.

Fabiola Botega Gaspar • Ana Cristina Mancussi e Faro

Resumo – Este estudo objetivou identificar as publicações em livros-textos de enfermagem médica, cirúrgica e ortopédica sobre artroplastia total de quadril (ATQ), no período entre 1970 e 2004, existentes e disponíveis na Biblioteca da Escola de Enfermagem da USP e no portal da Capes; descrever os cuidados de enfermagem na fase perioperatória ao paciente com ATQ; além de citar as indicações e possíveis complicações. Para tanto, foram analisadas seis obras. Destas, uma (16%) não apontou o tema ATQ; cinco (82%) apresentaram conteúdo sobre os cuidados de enfermagem perioperatórios; quatro (66%) citaram as indicações e cinco (82%), as possíveis complicações, sendo quatro (66%) de enfermagem médica e/ou cirúrgica e duas (33%) ortopédica. Verificou-se nas obras analisadas que, dentre as fases perioperatórias, a transoperatória foi a menos expressiva quanto ao conteúdo e a qualidade dos cuidados descritos, e a fase pós-operatória tardia foi a mais expressiva quanto ao conteúdo dos cuidados e à orientação aos familiares.

Palavras-chave – Enfermagem, artroplastia de quadril, assistência perioperatória.

Abstract – That study has the objective to identify the publications about hip arthroplasty in books of medical, surgery and orthopedic nursing. These are existing publications, between 1970 and 2004, in the Nursing School Library

of the São Paulo University (USP) and in the website calls Capes. Others objectives are to describe the nursing cares with the patient in his per operative period and to list recommendations or the possible problems. Six works during the research had been analyzed. Among them, one (16%) didn't point the subject hip arthroplasty; five (82%) had presented content on per operative nursing cares; four (66%) had cited the indications and five (82%), the possible complications. Four were of medical and/or surgery nursing and two (33%) were orthopedic. It was check in these works that in the per operative periods, the trans-operative was the least significant to the content and the quality of the nursing cares described and this last period was the most significant as for the care and the orientation to the family.

Key words – Nursing, hip arthroplasty, assistance per operative.

Resumen – Este estudio tuvo como objetivos identificar las publicaciones en los libros de enfermería medica, quirúrgica e ortopédica sobre la artroplastia del cuadril (ATQ), en el periodo de 1970 hasta 2004, estos disponibles en la USP biblioteca de la Escuela de Enfermería de la USP y en el sitio Capes; describir los cuidados de enfermería en todas las etapas quirúrgicas al paciente con ATQ; señalar las indicaciones y posibles complicaciones. Fueron analizados seis libros y, solamente uno (16%) de ellos no ha mostrado la temática ATQ,

cinco (82%) presentaron un contenido sobre los cuidados de enfermería quirúrgica, otros cuatros (66%) exhibieron las indicaciones y otros cinco (82%) apuntaron las posibles complicaciones, cuatro (66%) libros eran sobre enfermería medica y/o quirúrgica y dos otros libros sobre enfermería ortopédica. Hemos verificado en el análisis de los seis libros todas las etapas peri-operatórias, la transoperatória fue la menos expresiva cuanto al su contenido y la calidad de los cuidados que fueron descritos. La etapa de rehabilitación, después de la cirugía, fue la mejor descrita cuanto a los cuidados y orientaciones a los familiares.

Palabras-clave – Enfermería, artroplastia del cuadril, asistencia quirúrgica.

INTRODUÇÃO

A artroplastia de quadril vem sendo muito discutida nos dias atuais por sua grande divulgação e expansão como técnica de tratamento para distúrbios da articulação do quadril.

O papel do enfermeiro é de fundamental importância na assistência perioperatória, diminuindo a ansiedade do paciente por meio de avaliações e intervenções clínicas, facilitando o pós-operatório e a reabilitação.

Artroplastia ou prótese do quadril é o procedimento cirúrgico que visa à substituição, total (ATQ) ou parcial (APQ),

das estruturas ósseas danificadas da articulação natural em questão, por materiais que vão atuar artificialmente como uma junta.⁽¹⁻²⁾

Tal cirurgia, amplamente utilizada por cirurgiões no mundo inteiro, é indicada para a resolução de problemas na articulação coxofemoral, a exemplo de fratura, artrose, artrite reumatóide, necrose avascular da cabeça do fêmur e pseudoartrose do colo do fêmur.^(4,5)

A artroplastia total de quadril, segundo Hebert,⁽³⁾ está indicada para pacientes que apresentam uma articulação artrítica dolorosa e incapacitante, resistente ao tratamento conservador.

Diante do exposto e face à escassez de publicações em periódicos de enfermagem e em livros-textos de enfermagem sobre a assistência perioperatória, justificamos o presente estudo pela necessidade de organizar e divulgar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem relacionados ao pré, trans e pós-operatório de artroplastia de quadril.⁽⁶⁾

O enfermeiro, por meio da educação continuada, repassa conhecimento e informações técnicas ao restante da equipe e aos outros profissionais da saúde, contribuindo significativamente para a excelência do cuidado e da assistência no geral.

OBJETIVOS

- Identificar as publicações em livros-textos de Enfermagem Médica, Cirúrgica e Ortopédica sobre artroplastia de quadril.
- Analisar a publicação sobre artroplastia de quadril em livros-textos de Enfermagem Médica, Cirúrgica e Ortopédica em relação aos seguin-

tes aspectos: ano de publicação, país de origem, edição da obra, número de capítulos na obra, número de capítulos na obra referentes ao conteúdo sobre artroplastia de quadril e autores da obra e do capítulo (número e formação profissional).

- Descrever os cuidados de Enfermagem ao paciente submetido à artroplastia de quadril apontados nas obras quanto ao conteúdo em cada uma das fases: pré-operatória, transoperatória, pós-operatória (PO) imediata e mediata e de reabilitação tardia.
- Citar as indicações descritas para a artroplastia de quadril apontadas nas obras.
- Citar as complicações possíveis decorrentes da artroplastia de quadril nas fases perioperatória e de reabilitação tardia.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, de natureza exploratória, descritiva e com abordagem quantitativa.

Este trabalho teve como objeto de estudo os livros-textos de Enfermagem Médica, Cirúrgica e Ortopédica, em língua portuguesa, incluindo os traduzidos, publicados no período entre 1990 e 2004, os quais abordam a artroplastia de quadril em adultos e idosos.

Para a realização da coleta de dados, foi utilizado um instrumento específico composto de três partes:

- **Parte 1: Identificação do livro** – Nome do livro, ano de publicação, edição, país de origem, número to-

tal de capítulos do livro, número de capítulos que abordam os cuidados de enfermagem ao paciente com artroplastia de quadril, número de volumes da obra, traduzido ou não para o português;

- **Parte 2: Dados do autor** – Número de autores da obra e formação acadêmica, número de autores do capítulo e suas formações acadêmicas;
- **Parte 3: Dados do conteúdo do capítulo** – Composto por título, subtítulo, número do capítulo, paginação, tradutores, revisores, se há ou não indicações para a artroplastia e quais são elas, fases com cuidados descritos, conteúdo dos cuidados descritos e se há ou não complicações e quais são elas.

Operacionalização da Coleta de Dados

Os livros de Enfermagem foram utilizados como fonte de coleta de dados, e localizados por meios eletrônicos em sites de editoras e por busca manual.

A localização dos capítulos foi feita pelo título e leitura seletiva na íntegra.

Terminada a busca do material, procedeu-se à leitura analítica dos capítulos selecionados e o preenchimento do instrumento para tal finalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a análise das seis obras encontradas obtivemos os seguintes resultados conforme tabela 1. Foram analisadas seis obras identificadas de 1 até 6 – sendo que em cinco delas foram encontradas referências sobre artroplastia de quadril em adultos. Além disso, verificou-se que a maioria das obras foram traduzidas do

inglês para o português.

O número de capítulos das obras variou de quatro a 65 e, para ATQ, de nenhum até dois capítulos por obra. Os autores predominantemente são enfermeiras, sendo que somente em uma obra havia um médico como co-autor de capítulo sobre ATQ. Do total de obras (seis), quatro delas foram publicadas na década de 90. Os cuidados descritos nas obras em relação às fases perioperatória estão apresentados em tabelas.

Tabela 1: Cirurgias realizadas e suspensas em cada especialidade.

Obra	Ano de publicação	País de origem	Número de capítulos	Capítulos sobre ATQ*	Autores do capítulo	Autores da obra	Edição da obra
1	2002	EUA	65	1	2	1	9a
2	2002	EUA	21	—	1	—	4a
3	1996	Brasil	13	2	4	1\2	1a
4	1979	EUA	4	1	2	2	3a
5	1997	EUA	32	1	2	2	10a
6	1980	Brasil	18	1	11	1	2a

*ATQ = Artroplastia total e/ou parcial de quadril.

A tabela 2 descreve os cuidados de enfermagem na fase pré-operatória. Com sua análise, verificamos que a maioria dos cuidados da fase pré-operatória de ATQ é de natureza preventiva, ou seja, procura fornecer instrumentos e esclarecimentos para o paciente sobre sua atual situação, o período de hospitalização.

Os demais cuidados são de natureza avaliadora, pois se trata de uma preparação para uma cirurgia com protocolos a serem seguidos, a exemplo da avaliação dos sinais vitais do paciente e de toda a sua anamnese pré-cirúrgica.

Analisando, ainda, a tabela 2, percebe-se que há o predomínio de orientações ao paciente, e não ao familiar e/ou cuidador. Além disso, de todas as seis obras analisadas, apenas três delas descreveram alguns dos cuidados gerais de enfermagem no pré-operatório, ou seja, 50%.

Tabela 2: Cuidados de enfermagem descritos nas obras e relacionados à fase pré-operatória de ATQ. São Paulo, 2005

Obras	Gerais	Específicos
1	Avaliar: funções cardiovascular, respiratória, renal, hepática; idade, IMC (obesidade), edema de MMII, história de TVP e veias varicosas.	Avaliar estado neurovascular do membro que irá sofrer ATQ.
2	---	---
3	Orientar o paciente sobre: jejum, tricotomia e uso do trapézio.	Esclarecer o paciente sobre a prótese e o posicionamento após a cirurgia. Manter DDH com coxim de abdução entre os MMII. Evitar abdução dos MMII e flexão acentuada do quadril ou hiperestendê-los. Ensinar a usar o trapézio, o assento sanitário, a cadeira de banho própria, a sair do leito e a sentar em poltrona.
4	---	---
5	---	---
6	Esclarecer dúvidas e diminuir apreensões. Fazer mudança de decúbito e lavagem intestinal de véspera. Auxiliar o paciente a executar as AVDs. Avaliar RTPA, dor, afecção epidérmica e aceitação da dieta.	Utilizar coxins de abdução e barras para assento sanitário.

A fase transoperatória foi a menos expressiva quanto à descrição dos cuidados, sendo que apenas duas obras (33%) apontaram alguns cuidados, conforme tabela 3.

Nota-se que a literatura sobre esta fase é quase inexistente e o que há é inespecífico para ATQ.

O cuidado transoperatório mais próximo da especificidade para ATQ é o posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica. Neste posicionamento, o paciente é colocado em decúbito lateral, com o lado afetado para cima, e fixado com almofadas anteriores e posteriores; as proeminências ósseas devem ser adequadamente acolchoadas para evitar úlcera por pressão.

Tabela 3: Cuidados descritos nas obras e relacionadas à fase transoperatória de ATQ. São Paulo, 2005.

Obras	Gerais	Específicos
1	---	---
2	---	---
3	---	---
4	---	---
5	---	Posicionar o paciente corretamente na mesa cirúrgica.
6	Providenciar dois pares de luvas e dois aventais para cada cirurgião.	---

Verificamos que os cuidados da fase pós-operatória imediata são de natureza preventiva e avaliadora, sendo a maioria preventiva (tabela 4).

Tabela 4: Cuidados descritos nas obras e relacionadas à fase transoperatória de ATQ. São Paulo, 2005.

Obras	Gerais	Específicos
1	---	---
2	---	---
3	Manter vigilância constante sobre o paciente. Observar sangramento. Avaliar quadro de hipertensão, depressão respiratória e retenção urinária.	Manter paciente em DDH com coxim de abdução. Estimular o uso de abdutor lateral.
4	---	Evitar adução, flexão aguda e extremos de rotação. Manter abdução com aparelhos de abdução.
5	---	Manter abdução do quadril com coxim de abdução.
6	---	---

Em relação à natureza avaliadora dos cuidados, tem-se a observação de sangramentos através do débito coletado no dreno, pois se trata de uma cirurgia de grande porte, com perda sangüínea, podendo acarretar piora do estado geral do paciente, comprometimento de sua reabilitação e do sucesso da cirurgia.

O estado de depressão respiratória e retenção urinária também são avaliados, pois os pacientes recebem morfina no ato anestésico para diminuir a algia no PO.

Os cuidados de natureza preventiva preconizam evitar a luxação da prótese. As posições de adução e flexão aguda e extremos de rotação devem ser sempre evitadas, pois a luxação pode ocorrer por modificações posicionais incorretas, devido à quebra, à cirurgia e à integridade da articulação do quadril. Para tanto, deve ser utilizado o coxim de abdução entre os MMII ou as trações de abdução de Buck ou de Russell modificadas.

O coxim de abdução é uma almofada para abdução dos MMII de espuma que é colocada entre as pernas do paciente.

Com a análise da tabela 5, foi possível observar que apenas duas (33%) das seis obras analisadas apontaram os cuidados de enfermagem da fase pós-operatória tardia ou de reabilitação.

Tabela 5: Cuidados de enfermagem descritos nas obras e relacionados à fase pós-operatória tardia ou de reabilitação de ATQ. São Paulo, 2005.

Obras	Gerais	Específicos
1	Utilizar heparina.	Iniciar deambulação, colocar o paciente em cadeira, ensinar a ele o autocuidado. Avaliar necessidade de modificar o ambiente domiciliar do paciente.
2	---	---
3	Atuar diretamente junto ao paciente e estimular sua independência. Cuidar de sua integridade física e cutânea. Acompanhar resultados de exames. Controlar débito do dreno suctor. Estimular movimentação ativa no leito e a ingestão hídrica. Observar a incisão cirúrgica e o aumento de temperatura. Providenciar dieta adequada.	Preparar a cama para o recebimento do paciente. Utilizar trapézio para movimentação ativa. Providenciar coxins d'água, silicone, espuma ou gel e coxins de areia. Manter coxim de abdução entre os MMII. Estimular exercícios de dorsiflexão. Reforçar orientação sobre o grau de flexão do quadril. Encaminhar o paciente para o banho de aspersão. Usar vaso sanitário apropriado. Verificar pulso pedioso, perfusão periférica, coloração, temperatura, presença de formigamento, edema e dor no membro operado. Orientar o paciente e sua família sobre os cuidados a serem tomados e adotados no ambiente domiciliar.
4	---	---
5	---	---
6	---	---

Nessa fase, as obras apresentaram tanto cuidados de natureza avaliadora quanto de natureza preventiva. Porém, diferentemente das outras etapas, a predominância foi dos cuidados de natureza avaliadora.

Nota-se também a superior presença de conteúdo sobre os cuidados específicos do que sobre os cuidados gerais. A (o) enfermeira (o) deve observar cuidadosamente a incisão cirúrgica, geralmente exposta no segundo PO, e estar atenta (o) ao aumento de temperatura, acompanhado de calor, rubor, edema ou formação de exsudato incisional, a fim de prevenir infecção de sítio cirúrgico.

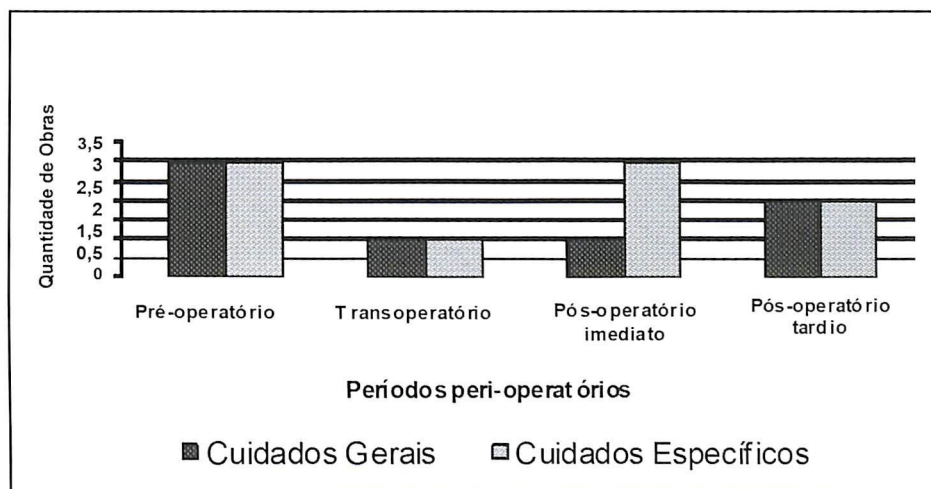
O paciente deve iniciar a deambulação com andador ou muletas dentro de um a dois dias após a cirurgia. O peso sobre a prótese é determinado pelo médico. Próteses cimentadas sustentam o peso de acordo com o tolerado pelo paciente. Próteses de cimento interno possuem sustentação limitada para minimizar a micromovimentação da prótese no osso.

Quando o paciente tolerar mais a atividade, deve ser colocado em uma cadeira, várias vezes ao dia, por períodos curtos. Encaminhar o paciente ao banho de aspersão na cadeira para ATQ no terceiro PO, de acordo com a conduta médica. A partir do quarto PO, se o paciente sentir-se seguro e estiver bem, pode tomar banho em posição ortostática.

Nos cuidados pós-operatórios tardio ou de reabilitação, a orientação se estende também à família. Trata-se de orientações sobre os cuidados a serem tomados e adotados no ambiente domiciliar, sendo: manter abdução dos MMII, com travesseiro, por um mês; adquirir assento próprio para vaso sanitário e não sentar em poltrona e cama baixas por um mês; proceder à mudança de decúbito só após um mês; a partir do momento em que sentir segurança e estiver com musculatura adequada, o paciente poderá subir e descer escadas; deambular com duas muletas por dois meses, a seguir só com uma muleta por um mês, e finalmente, com uma bengala por mais um mês. A partir de então, deambular livremente.

Podemos distribuir todos os dados descritos sobre os cuidados perioperatórios conforme gráfico 1.

Gráfico 1: Número de obras que tratam dos períodos perioperatórios. São Paulo, 2005.



As indicações e possíveis complicações da ATQ estão descritas nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6: Descrição das indicações para ATQ, por obra. São Paulo, 2005.

Indicações	Obra
Artrite reumatóide.	1, 3, 5 e 6
Espondilite anquilosante	3 e 6
Osteoartrose	1, 3 e 6
Seqüela de Legg Calvé Perthes	3 e 6
Fratura	1 e 3
Seqüelas de luxação congênita	1, 3 e 6
Tumores do colo e da cabeça do fêmur	3
Doença de Paget	3
Articulação dolorosa, incapacitante, que não responde mais ao tratamento conservador	5 e 6
Falência das cirurgias reconstrutoras prévias	1

Tabela 7: Descrição das possíveis complicações da ATQ, por obra. São Paulo, 2005.

Possíveis Complicações	Obra
Luxação da prótese de quadril	1, 3, 4 e 5
Drenagem excessiva na incisão	1
Tromboembolia	1 e 3
Infecção	1, 3 e 5
Ossificação heterotrófica	1
Necrose avascular	1
Afrouxamento da prótese	1, 3 e 5
Fratura de acetábulo	3 e 5
Reação ao cimento acrílico	3
Hematoma	3
Lesões nervosas	3
Úlcera por pressão	3
Embolia pulmonar	3 e 5
Embolia gordurosa	3
Bursite trocântérica	3
Pseudo-artrose do trocânter	3
Arritmias cardíacas	5
Infarto do miocárdio	5
Hemorragia	5
Desgaste do implante	5

As indicações foram citadas em quatro das seis obras analisadas. As outras indicações, expressas em duas (33%) das seis obras analisadas, foram a espondilite anquilosante, a seqüela de Legg Calvé Perthes, a fratura e a articulação dolorosa, incapacitante, que não responde mais ao tratamento conservador. Os tumores do colo e da cabeça do fêmur são situações pouco comuns, sendo relatadas em apenas uma obra.

As complicações foram encontradas em cinco (83,33%) das obras analisadas. A mais expressiva, que apareceu em quatro (66%) das obras analisadas, foi

a luxação da prótese de quadril. Para evitá-la, o paciente deve manter os MMII em abdução, não flexionar o quadril mais de 90°, evitar rotação interna e flexão aguda do membro operado, por aproximadamente quatro meses após a cirurgia.

CONCLUSÃO

- Identificamos seis obras na forma de livros-textos de Enfermagem Médica, Cirúrgica e Ortopédica sobre artroplastia de quadril;
- Das seis obras, duas são de Enfer-

magem Médica e Cirúrgica e quatro de Enfermagem Ortopédica;

- Quanto ao ano de publicação, das seis obras, quatro foram publicadas na década de 90. A edição varia da primeira à décima; o número de capítulos de quatro a 65 e, para ATQ, de nenhum até dois capítulos por obra. Os autores predominantemente são enfermeiras, sendo que somente em uma obra havia um médico como co-autor de capítulo sobre ATQ. Os autores do capítulo variaram de um a três;
- Os cuidados de enfermagem no período pré-operatório foram descritos na tabela 2; e apenas três (50%) das seis obras analisadas apresentaram algum conteúdo sobre esta fase. O período transoperatório está retratado na tabela 3 e apenas duas (33%) das obras apontaram esta fase. O período pós-operatório imediato está colocado na tabela 4 e foi citado em três (50%) das obras analisadas. Por último, o período pós-operatório tardio ou de reabilitação está descrito na tabela 5 e fez-se presente em apenas duas (33%) das obras analisadas. Uma das seis obras não fez referência sobre ATQ;
- As indicações descritas nos textos estão representadas na tabela 6. São elas: artrite reumatóide; espondilite anquilosante; osteoartrose; seqüela de Legg Calvé Perthes; fratura; tumores do colo e da cabeça do fêmur; doença de Paget; articulação dolorosa, incapacitante, que não responde mais ao tratamento conservador; falência das cirurgias reconstrutoras prévias; seqüelas de luxação congênita. Em duas (33%) das seis obras analisadas não houve

referência às indicações;

- As possíveis complicações estão colocadas na tabela 7 e são elas: luxação da prótese de quadril; drenagem excessiva da incisão; tromboembolia; infecção; ossificação heterotrófica; necrose avascular; afrouxamento da prótese; fratura de acetábulo; hematoma; lesões nervosas; úlcera por pressão; embolia pulmonar; embolia gordurosa; bursite trocântérica; pseudoartrose do trocânter; arritmias cardíacas; infarto do miocárdio; hemorragia e desgaste do implante. Das seis obras analisadas, apenas uma (16%) não mencionou as possíveis complicações decorrentes da ATQ.

De acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que o tema artroplastia do quadril é pouco abordado em nossa profissão, mesmo nos cursos de graduação em enfermagem, bem como pela escassez de publicações decorrentes de pesquisa nos periódicos de enfermagem nacional.

Entretanto, percebemos que sua importância vem aumentando cotidianamente e que há uma área muito abrangente de atuação do enfermeiro na assistência perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves HLR, Bergmann CP, Stainer D. Avaliação da viabilidade de fabricação de componente em cerâmica avançada aplicado como cabeça femoral em próteses de quadril [monografia na Internet]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003 [citado 2004 nov. 15]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/propeq/livro2/artigo_hugo.htm

2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

3. Hebert S, Xavier R. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.

4. Ventura MF. Assistência de enfermagem a pacientes no pós-operatório de prótese total do quadril. In: Ventura MF, Faro ACM, Onoe EKN, Utimura M. Enfermagem ortopédica. São Paulo: Ícone; 1996. p.149-59.

5. Ercole FF, Chianca TCM. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a artroplastia de quadril. Rev Latino-Am Enferm. 2002;10(2)157-65.

6. Monteiro CR, Faro ACM. O cuidador do idoso e sua compreensão sobre a prevenção e o tratamento cirúrgico das fraturas de fêmur. Estud Interdisc Envelhecimento. 2006;10:105-21.

AUTORIA

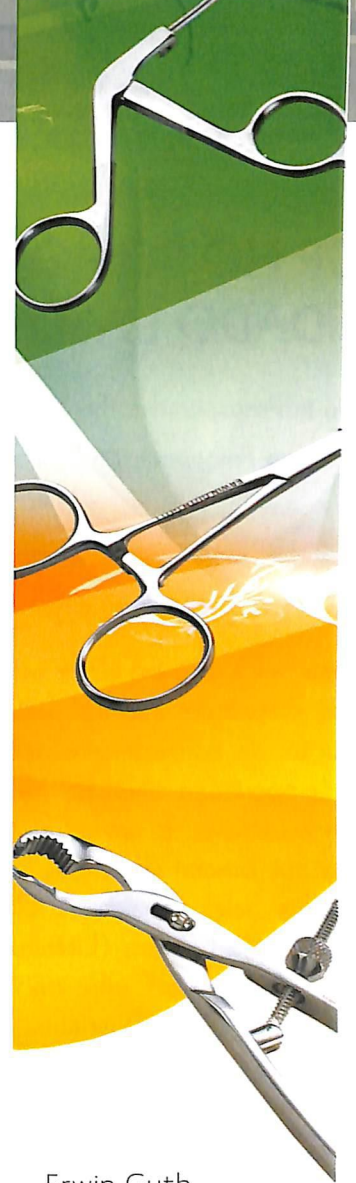
Fabiola Botega Gaspar

Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Ana Cristina Mancussi e Faro

Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP, rafacris@usp.br

Parte da monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, EEUSP, 2005 (Tutoria).

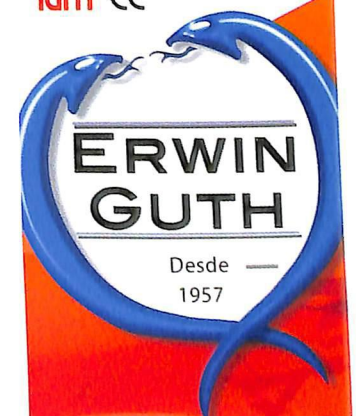


Erwin Guth

Ajudando a salvar vidas.
produzindo instrumentos
cirúrgicos que atendam aos
requisitos de qualidade e
desempenho dos
procedimentos médicos.

ISO 13485

Idm CE



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

DOR NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: CUIDADO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

- Pain in Postoperative the Immediate One: Care Based on Evidences
- Dolor en Postoperación Inmediato: Cuidado Basadas en Evidencias

Isidora Beatriz Rosário de Ávila • Rita Catalina Aquino Caregnato

Resumo – O objetivo deste estudo foi revisar a literatura nacional referente à produção de conhecimento sobre dor no pós-operatório imediato baseando-se em evidências. É um estudo bibliográfico que buscou referências nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), periódicos e livros, entre o período de 1996 a 2006. Identificaram-se fatores influentes da dor no pós-operatório imediato e, a partir de cinco diagnósticos de enfermagem escolhidos, apresentaram-se práticas baseadas em evidências, com protocolo para assistência de enfermagem ao paciente com dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Foram encontrados poucos artigos sobre dor no pós-operatório imediato, identificando-se somente artigos com evidências de nível 4 e 5 e não sendo localizadas publicações baseadas em evidências nos níveis 1, 2 e 3 sobre o tema em estudo, indicando a necessidade de o enfermeiro investir na produção de conhecimento nesta área.

Palavras-chave – Dor, Pós-operatório, Enfermagem.

Abstract – This study it had as objective to revise referring national literature to the knowledge production on postoperative pain in the immediate one. Lilacs (Caribbean Latin American Literature

and in Sciences of the Health), Medline (International Literature in Sciences of the Health), periodic and books is about a bibliographical study, that searched references in the databases Scielo (Scientific Electronic Library Online), considering the scientific production in the period of 1996 the 2006. Influential factors in the pain of the patient in the one postoperative immediate had been identified and from five diagnostic of nursing on pain it was presented you practice established in you evidence in the nursing assistance, elaborating itself a protocol for assistance to the patient with pain in the Room of Post-Anesthetical Recovery. It was proven that articles on postoperative pain in the immediate one are scarce, meeting you only evidence of level 4 and 5 locating based scientific production in you do not evidence in levels 1, 2 and 3 on the subject in study, indicating the necessity of the nurse to invest in the production of knowledge in this area.

Key words – Pain, Postoperative, Nursing.

Resumen – El objetivo de esta investigación fue revisar la literatura nacional referente a la producción de conocimiento acerca del dolor después de la quirurgia inmediata basadas en evidencias. Es un estudio bibliográfico que buscó referencias en las bases de datos Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs

(Literatura Latino-americana y de Caribe en Ciencias de la Salud), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), periódicos y libros, entre período de 1996 a 2006. Se Identificaron factores influyentes del dolor no postoperación inmediata y a partir de cinco diagnósticos de enfermería elegidos se presentó prácticas basadas en evidencias elaborándose protocolo para asistencia de enfermería al paciente que tiene dolor en Sala de Recuperación Postanestesia. Se evidenció pocos artículos sobre dolor no postoperación inmediata, encontrándose solamente artículos con evidencias de nivel 4 y 5 y no fueron encontradas publicaciones basadas en evidencias en los niveles 1, 2 e 3 sobre el tema investigado, indicando la necesidad del enfermero invertir en la producción de conocimiento en esta área.

Palabras clave – Dolor, postoperación, enfermería.

INTRODUÇÃO

Atualmente, são realizados incontáveis procedimentos cirúrgicos no meio hospitalar,⁽¹⁻³⁾ sendo “a dor uma das complicações mais frequentes do pós-operatório imediato.”^(4 166)

A dor é uma experiência subjetiva que se modifica de pessoa para pessoa,^(2,5-9) e que sofre interferências quanto à sua

intensidade e qualidade, dependendo das condições socioeconômicas e culturais, das expectativas quanto ao ato cirúrgico e das características fisiológicas e psicológicas.^(2,5-8,10)

Muitos profissionais da saúde consideram a dor consequência da cirurgia, ônus a ser pago, e outros não possuem conhecimento suficiente quanto ao tempo de duração das drogas e da dose a ser utilizada, tendo receio de que o paciente possa apresentar depressão respiratória e/ou dependência química.⁽¹¹⁻¹³⁾

A persistência da dor pode gerar danos ao paciente como ansiedade, angústia, distúrbios fisiológicos e psicológicos e, ainda, síndrome neuroendócrina pós-operatória (pouco pesquisada). A ocorrência de tais eventos eleva o tempo de permanência desse paciente na sala de recuperação e no ambiente hospitalar.^(1,6-7)

A assistência de enfermagem subsidiada em evidências pode minimizar este evento no pós-operatório, dando ao paciente não apenas as medicações prescritas, mas também uma atenção integral às necessidades físicas e psicológicas individuais de cada paciente.

A prática baseada em evidências é uma abordagem que incentiva o enfermeiro a buscar conhecimentos científicos por meio do desenvolvimento de pesquisas e da aplicação na sua prática profissional dos resultados encontrados. Para prestar atendimento de qualidade ao paciente com dor no pós-operatório imediato, buscaram-se evidências que subsidiaram a elaboração de um protocolo para prestar um atendimento de enfermagem fundamentado em achados científicos. A busca de evidências sobre o tema em foco seguiu a seguinte questão norteadora: quais são as publicações científicas

nacionais existentes sobre a dor no pós-operatório imediato? Definiu-se como objetivo revisar a literatura nacional, entre 1996 e 2006, referente à produção de conhecimentos sobre dor no pós-operatório imediato para, por meio dos resultados encontrados, sugerir um protocolo de assistência à dor.

Acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir na implementação da prática baseada em evidências na enfermagem no pós-operatório, possibilitando "melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente/paciente e redução de custos, uma vez que existem atividades desenvolvidas na prática profissional que devem ser questionadas."^(11:7)

OBJETIVO

Geral:

- Revisar a literatura nacional, no período de 1996 a 2006, referente à produção de conhecimento sobre dor no pós-operatório imediato.

Específicos:

- Enfatizar a assistência de enfermagem à dor baseada em evidências.
- Identificar fatores influentes da dor no pós-operatório imediato.
- Elaborar protocolo de assistência de enfermagem para dor baseado em evidências.

METODOLOGIA

Este estudo trata de uma revisão bibliográfica, considerada de grande relevância na produção, revisão e manipulação de conhecimento, pois faz um levantamento que envolve conhecimento produzido, sobretudo levando-se em consideração autores e suas referências.⁽¹⁴⁾

Para coletar os dados, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, em livros e periódicos publicados entre o ano de 1996 a 2006; foram pesquisados livros e periódicos encontrados nas bibliotecas da Universidade Luterana do Brasil e na biblioteca do Grupo Hospitalar Conceição que abordavam o tema em estudo.

Foram adotados critérios para seleção dos artigos com a finalidade de alcançar os objetivos traçados:

- artigos, livros e periódicos nacionais publicados no período de 1996 a 2006;
- artigos referentes à dor no pós-operatório imediato e aspectos que nela interferem;
- artigos sobre a dor baseado em evidências;
- artigos disponíveis nas bases de dados pelas palavras-chave: dor; dor no pós-operatório; aspectos culturais e dor do pós-operatório imediato; aspectos psicológicos e dor no pós-operatório imediato; aspectos socioeconômicos e dor no pós-operatório imediato.

Na coleta de dados e análise sistematizada das publicações, o instrumento utilizado considerou os dados de identificação, o ano de publicação e a fonte.

Para o desenvolvimento do protocolo de assistência ao paciente com dor na Sala Recuperação Pós-Anestésica foram considerados cinco diagnósticos de enfermagem sobre dor que, posteriormente, foram relacionados com as práticas baseadas em evidências na assistência de enfermagem.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Com a finalidade de prestar assistência de melhor qualidade, aproximar os avanços científicos da prática assistencial e diminuir custos, surgiu no Canadá, na década de 80, a Prática Baseada em Evidências (PBE), inicialmente no campo da medicina e posteriormente na enfermagem. A mesma evolução ocorreu no Brasil, porém ainda é incipiente na enfermagem.^(11,15-17)

Tecnicamente, a PBE é constituída de cinco etapas, sendo elas:^(11, 15-17)

1. observação da necessidade do paciente ou da organização do serviço, levantamento do problema e formulação da questão;^(11,15-18)
2. realização da pesquisa bibliográfica, avaliando-se as evidências encontradas nas pesquisas quanto à sua validade e confiabilidade metodológica, bem como sua aplicabilidade clínica;⁽¹⁵⁻¹⁸⁾
3. avaliação e interpretação dos dados coletados, exigindo do enfermeiro conhecimento para que possa analisar os dados com segurança e eficácia;⁽¹⁵⁻¹⁹⁾
4. aplicação, na prática clínica, das análises críticas da literatura pesquisada;^(11, 15-17)
5. avaliação dos resultados, correção das distorções e redirecionamento, se necessário.^(11, 15-16)

Para a implementação de tais etapas, o profissional necessita de conhecimento e competência, além da capacidade de fazer análise crítica das situações/problemas, do conhecimento sobre metodologia de pesquisa, da habilidade de

implementar mudanças e de sua avaliação continuada.^(11, 15-17)

Deve-se destacar que a qualidade da evidência é atribuída à validade e à relevância das informações, precisão, capacidade de aplicação e embasamento científico.^(11, 15-17)

As evidências são classificadas de acordo com a origem das fontes nas quais foram pesquisadas. As evidências geradas por vários estudos randomizados controlados, bem delineados, são classificadas como evidências de **nível 1**; evidências oriundas de estudos randomizados controlados, de delineamento apropriado e tamanho adequado são consideradas evidências de **nível 2**; as evidências surgidas de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós-corte, seres temporais ou caso de controle pareado são evidências de **nível 3**; as evidências surgidas de estudos bem delineados não-experimentais, realizados em mais de um centro ou de pesquisas, são de **nível 4**; e as originárias de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês dos especialistas são consideradas de **nível 5**.^(8,11,15,17,19)

O enfermeiro deve buscar as evidências para sustentar suas decisões, suas intervenções e os resultados obtidos. Na enfermagem brasileira, as evidências mais encontradas são as de nível 4 e 5, ao contrário das evidências de nível 1, 2 e 3, dificilmente encontradas.^{12,15} "O enfermeiro tem dificuldades no uso de pesquisas devido à falta de tempo, falhas na busca de pesquisas e deficiência de habilidades para avaliar e sintetizar as pesquisas encontradas; assim, a revisão sistemática consiste em solução, pois proporciona uma síntese do conhecimento baseado em pesquisas, relativo a um tópico específico."^(17:551)

Um exemplo de PBE é o processo de enfermagem, método utilizado para organização da assistência que compreende cinco passos inter-relacionados: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O processo tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem qualificados e individualizados na realização de cada etapa dessa metodologia de assistência, tanto no que se refere aos dados coletados pelo enfermeiro quanto na sua aplicação por meio do diagnóstico de enfermagem.^(11, 17)

Prestar assistência de enfermagem baseada em evidências ao paciente no pós-operatório imediato com enfoque na dor é trilhar uma trajetória estabelecendo prioridades, investindo na avaliação, dispondo de tempo na busca de resultados de pesquisa, ou mesmo na execução subsidiada pelas evidências científicas.

VARIÁVEIS QUE AFETAM A DOR

A cirurgia é uma intervenção invasiva com objetivo de tratar, controlar, curar ou estabilizar um problema. Portanto, a dor é um fenômeno universal e previsível no período pós-operatório imediato.^(6, 20)

Diversas variáveis podem afetar a dor. Trata-se de uma experiência individual e desagradável, podendo ou não estar ligada a um dano real ou potencial, sofrendo influência de inúmeros fatores: psicológicos, socioeconômicos, culturais, e de gênero, além de habilidades intelectuais e das expectativas relacionadas ao ato cirúrgico em si. Pode-se instalar um círculo vicioso, intensificando ou não a variável, ao mesmo tempo em que a variável exacerba a dor.^(2,9,21-24)

A dor teve seu conceito modificado no decorrer do tempo. A civilização egíp-

decorrer do tempo. A civilização egípcia antiga acreditava na influência dos deuses; antigos hindus achavam que ela era originária do coração; o povo chinês a atribuía ao desequilíbrio da energia; Platão e Aristóteles acreditavam que a dor tinha origem no coração e defendiam a idéia de que a dor seria a "paixão da alma".^(6:622,12,21,23,250) Com os avanços científicos e do conhecimento de anatomia e fisiologia, nos séculos V e VI a.C., na Grécia, o cérebro foi reconhecido como o centro das sensações, surgindo assim, o conceito de dor como uma experiência sensorial.^(6, 23) No século XX, incorporou-se o conceito segundo o qual a dor só existirá se o estímulo for percebido no cérebro.^(6,12)

Atualmente, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) conceitua a dor como "uma experiência sensorial e

emocional desagradável que é associada a lesões reais, potenciais ou descritas em termos semelhantes",^(6:624,8:460,24:577) e requer atuação multiprofissional para seu controle eficaz.

Neste modelo, acredita-se que as concepções culturais do cliente podem afetar o modo como ele sente, manifesta, informa ou descreve a dor, além de determinar o significado da dor naquele momento em sua vida. A dor também se manifesta de acordo com a idade, o gênero e a posição social do indivíduo.^(2,6,8,21)

A cultura possui forte influência na maneira de o enfermeiro avaliar as dores do paciente sob sua responsabilidade. Deste modo, ele deverá avaliar sob o olhar do paciente.^(6,13,22)

Assim como os fatores culturais, os psicológicos também influenciam a maneira como a dor é expressa. Sua ocorrência acaba gerando ansiedade, medo e alterações de humor, levando o paciente a uma situação de estresse e criando obstáculos para o alívio do fenômeno.^(10-11,26-28)

"Pesquisas demonstram que o cérebro humano secreta endorfinas que têm propriedades opiáceas para aliviar a dor. A liberação de endorfinas pode ser responsável pelos efeitos positivos de placebos e de medidas não-invasivas de alívio da dor".^(26:178)

Para melhor entender a dor manifestada pelo paciente, o enfermeiro poderá utilizar-se de várias escalas existentes que quantificam e qualificam a dor, o que

SOLUÇÃO DEFINITIVA EM SISTEMAS DE ESTERILIZAÇÃO



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

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



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

possibilita ao paciente determinar seu sintoma.

Percepções de estímulos dolorosos modificam-se quantitativa e qualitativamente, conforme o estado emocional e de vigilância do indivíduo.^(22,29) “Assim, não existe apenas a compreensão da dor de alguém, mas a compreensão de alguém, do que a pessoa percebe e sente e de como lida com o que sente.”^(29:526)

O enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo próximo ao paciente, tendo responsabilidade de proporcionar alívio ao sofrimento e oferecendo uma assistência de qualidade, com visão holística e individualizada, respeitando as crenças e medos do paciente.⁽²²⁾

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À DOR NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Neste artigo foram selecionados cinco diagnósticos relacionados à dor no POI para desenvolver as intervenções de enfermagem baseadas em evidências:

1. Conforto prejudicado relacionado a trauma tissular e a espasmos musculares reflexos secundários à cirurgia;^(26,30)
2. Ansiedade relacionada a sensações pós-operatórias;^(26, 30-31)
3. Medo relacionado à perda de controle e aos resultados imprevisíveis decorrentes da dor, da cirurgia e de seus resultados;^(6,30-31)
4. Mobilidade física prejudicada relacionada ao medo da dor aguda e a fraquezas secundárias à anestesia;^(26,30-31)
5. Padrão respiratório ineficaz rela-

cionado à dor aguda no pós-operatório imediato.^(26,30-31)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Neste artigo padronizou-se apresentar cinco intervenções de enfermagem em cada diagnóstico relatado, selecionando aquelas consideradas de maior relevância.

1. Conforto prejudicado relacionado à trauma tissular e a espasmos musculares reflexos secundários à cirurgia.⁽²⁹⁻³⁰⁾

Intervenção	Justificativa
Investigar a dor, sua localização, local de irradiação, qualidade e intensidade. ^(24,26)	O conhecimento da natureza da dor, bem como sua mensuração, são fundamentais para o enfermeiro, permitindo acompanhar as alterações antes de alguma intervenção e após sua realização, evitando subestimar ou superestimar a dor referida. Desta forma, contribui-se para a eficácia e a precisão do atendimento prestado. ^(4,23) A mensuração é essencial para a avaliação e o tratamento da dor, podendo ser feita por meio de escalas, sendo que a analógica visual é atualmente a ferramenta mais utilizada, considerada como um instrumento sensível, simples, reproduzível e universal, que possibilita o entendimento em diferentes situações nas quais há diferenças culturais ou de linguagem entre o avaliador e o avaliado. ^(2,19,22)
Verificar o conhecimento e as expectativas do paciente sobre o controle da dor. ^(23,26)	Partindo do pressuposto que os aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos influenciam significativamente na maneira como o paciente interpreta a dor, torna-se importante entender que, quando expostas suas expectativas sobre a dor cirúrgica, o indivíduo fornece pistas de como fará sua interpretação e qual será o significado do fenômeno. Tal condição possibilita ao enfermeiro fazer a intervenção por meio do diálogo, transmitindo a ele segurança ou lançando mão do uso de medicamentos prescritos. ^(2,6,29)
Identificar maneiras de evitar/minimizar episódios de dor. ^(8,26)	*Aplicação de calor e frio podem ser estratégias efetivas em algumas circunstâncias com baixo risco para o paciente, sendo que o gelo deve ser colocado na lesão imediatamente após a cirurgia, para diminuir a incidência de edema. Já o calor aumenta o fluxo sanguíneo, reduz a dor e acelera a cura e, portanto, não deve ser aplicado em pacientes com histórico de trombose profunda. ^(24,26) *pode requerer prescrição médica.
Encorajar posições confortáveis, variar as posições como flexão, extensão, abdução e adução. ^(13,24)	Reposicionar o paciente com frequência, pois a causa mais comum de desconforto é resultante da permanência prolongada em uma única posição. ^(13,24)
Avaliar causas de desconforto. ^(21,24)	O enfermeiro também deve avaliar possíveis causas de desconforto, como bandagens apertadas ou úmidas e retenção urinária. ^(13,24)

2. Ansiedade relacionada às sensações pós-operatórias.⁽²⁶⁾

Intervenção	Justificativa
Proporcionar tranqüilidade e conforto, transmitir segurança e confiança ao paciente. ^(18,24)	A abertura ao contato é um facilitador para a construção de vínculos de confiança, fundamental nos processos interpessoais entre pacientes e profissionais, proporcionando apoio emocional e tranqüilidade como efeitos secundários. ^(4,13,18,30) Para proporcionar um ambiente tranqüilo, pode-se utilizar música, que estimula a glândula pituitária, localizada no hemisfério cerebral direito, a liberar endorfinas, auxiliares no alívio da dor. ^(8,13)
Envolver os membros da família ou pessoas próximas. ^(13,24)	Proporcionar a manutenção dos vínculos interpessoais e manter os membros da família envolvidos no atendimento proporcionam ao paciente segurança, como também servem de instrutores, ajudando o paciente a lembrar das orientações e restrições pós-operatórias. ^(8,13,24)
Estimular o paciente a reconhecer e expressar os sentimentos. ^(8,13)	A dor freqüentemente é aceita como um componente inevitável da experiência cirúrgica. Neste sentido, o enfermeiro deve estar atento a manifestações comportamentais do paciente, como agitação psicomotora e alterações dos sinais vitais. ⁽²⁾ O enfermeiro deve considerar que toda verbalização de dor pelo paciente é real. ^(1-2,5,7,13,19-20,25,32)
Falar frases curtas usando palavras simples. ^(13,23)	Avaliar a capacidade de compreensão do paciente em cada fase da recuperação pós-anestésica, pois disto dependerá o entendimento sobre as informações prestadas pelo profissional. ^(8,13,17)
Notificar o médico se o paciente apresentar ansiedade severa ou pânico. ^(13,18,24)	A notificação imediata permite a pronta investigação e a possível intervenção farmacológica. ^(13,18)

3. Medo relacionado à perda de controle e aos resultados imprevisíveis secundários à dor e à cirurgia e seus resultados.⁽²⁶⁾

Intervenção	Justificativa
Explicar os procedimentos e anunciar mudanças no ambiente. ^(13,24)	Pesquisas apontam que os distúrbios psíquicos, observados em alguns pacientes no pós-operatório, estão relacionados com a SRPA e às rotinas ali desenvolvidas. Esse local é considerado como desconhecido e assustador, sendo o momento da alta reputado pelos pacientes como de liberdade para vida. A minimização dos estímulos ambientais diminui a escala de medo. ^(13,18,26)
Proporcionar uma atmosfera não ameaçadora emocionalmente. ^(13,18,24)	Um profissional calmo, em um ambiente tranqüilo, transmite segurança ao paciente. ^(18,24,26)
Ajudar o paciente a aplicar técnicas de relaxamento. ^(13,18,24)	Ajudam a redirecionar e dissipam a tensão. ^(18,24,26) A música pode ser um instrumento de fácil acesso porque interfere nas emoções, causando liberação de endorfinas. ^(8,13)
Permitir privacidade. ^(13,24,26)	Evitar invasão da privacidade, explicando os procedimentos antes de realizá-los, reforçando o vínculo de confiança entre o paciente e o profissional, constitui-se elemento fundamental. ^(24,26,29)
Observar possíveis fatores contribuintes, diminuí-los ou reduzi-los. ^(24,26)	Usar luzes suaves ou música podem ajudar a eliminar o medo, servindo de refúgio, reduzindo a tensão e o medo. Manter um ambiente calmo e explicar os procedimentos antes de realizá-los transmitem segurança ao paciente. ^(8,24,26)

4. Mobilidade física prejudicada, relacionada ao medo da dor aguda e a fraquezas secundárias à anestesia.⁽²⁶⁾

Intervenção	Justificativa
Investigar os fatores causadores. ^(13,30)	A ferida cirúrgica rompe a integridade da pele, devendo ser observada quanto à aproximação das bordas, integridade das suturas ou grampos, descoloração, calor, edema, sensibilidade incomum e drenagens, bem como reações adversas a esparadrapo ou trauma devido a curativos apertados. ^(24,26)
Posicionar em alinhamento para prevenir complicações e evitar períodos longos na mesma posição. ^(13,26,30)	Manter o alinhamento aumenta o conforto. ^(13,24)
Proporcionar mobilização progressiva e orientar sobre exercícios relaxantes. ^(13,23)	Os exercícios são necessários para melhorar a circulação e fortalecer os grupos musculares necessários para a deambulação. ^(24,26)
Manter o alinhamento do corpo durante a utilização de instrumentos mecânicos. ^(26,30)	Manter a posição correta da tração. ^(24,26)
Ensinar os métodos de transferência da cama para a poltrona, para o vaso sanitário e para a posição de pé. ^(26,30)	O repouso prolongado na cama e a diminuição do volume sanguíneo podem causar queda súbita na pressão arterial e hipotensão ortostática. Assim, faz-se necessário o retorno gradual às atividades físicas, reduzindo a fadiga e aumentando a resistência. ^(13,24,26)

5. Padrão respiratório ineficaz relacionado à dor no pós-operatório imediato.⁽²⁴⁾

Intervenção	Justificativa
Diminuir o esforço respiratório mantendo boa postura, proporcionando o uso da musculatura acessória. ^(13,24,30)	O uso de opióides pode ocasionar a diminuição da expansão torácica, levando o paciente a uma insuficiência respiratória que poderá causar atelectasia ou pneumonia. ^(10,13,24) Medicar para dor antes que ela ocorra e manter um posicionamento adequado facilitará a entrada de ar e diminuirá o esforço do paciente. ^(10,13,24)
Observar o padrão respiratório: bradipnéia, cheyne-stokes, padrão respiratório irregular. ^(13,24,30)	Muitas complicações podem ser evitadas com a implementação da assistência no pós-operatório aplicando o protocolo. ^(10,13,24) A causa mais comum de complicações nessa fase é a queda da língua, decorrente do uso de relaxante muscular. Outra complicação é o laringoespasmó, que pode obstruir parcialmente ou totalmente a passagem de ar. ^(24,26)
Manter as vias aéreas superiores permeáveis. ^(24,30)	Secreções fluidificadas facilitam a expectoração, secreções espessas são difíceis de expectorar e podem causar tampões de muco, levando a atelectasias. ^(24,26)
Ensinar o paciente a assumir o controle da situação, treinando-o a fazer respirações mais lentas e mais profundas. ^(13,24,30)	A respiração profunda dilata as vias aéreas, provocando um estímulo à produção de surfactante e a expansão da superfície do tecido pulmonar, melhorando assim a troca gasosa. ^(10,13,24) A respiração diafragmática reduz a frequência respiratória, o que aumenta a ventilação alveolar e, conseqüentemente, à elevação do volume de ar nos pulmões. Tal procedimento promove a expulsão das secreções e evita as atelectasias. ^(24,26)
Administrar medicações prescritas para dor. ^(24,30)	Dor ou o medo da dor pode inibir a participação nos exercícios de tossir ou mesmo a respiração profunda, tornando-se necessário, portanto, o manejo da dor com técnicas de posicionamento e/ou o uso de medicações prescritas. ^(24,26)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa levantou a produção de conhecimento encontrada na literatura nacional sobre dor no pós-operatório imediato, no período de 1996 a 2006. Foram encontrados artigos baseados em evidências dos níveis quatro e cinco. Para as evidências do nível quatro foram considerados artigos de várias instituições de ensino e pesquisas publicadas nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo e periódicos indexados. Já para as de nível cinco foram examinadas as originárias de autoridades respeitadas e estudos descritivos.

Não foram localizadas na literatura nacional práticas baseadas em evidências para fatores influentes na dor do pós-operatório imediato de nível 1, 2 e 3, indicando a necessidade de, no futuro, a enfermagem investir na produção de conhecimentos atendendo a todos os níveis de evidência.

Nesta revisão, foram caracterizados vários fatores influentes na dor do pós-operatório imediato. Entre eles, se destacam os fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais.

Igualmente, o estudo levou à constatação de que a dor é uma sensação que o paciente diz estar sentindo e deve ser levada em consideração pelos profissionais da saúde, sendo uma experiência pessoal que modifica de indivíduo para indivíduo. Por essa razão, a maneira de manejá-la deverá ser diferente de pessoa para pessoa.

Ao relacionar os fatores que influenciam a dor do pós-operatório imediato foi possível construir um protocolo baseado em evidências que poderá auxiliar o enfermeiro na implementação do processo de enfermagem ao paciente na SRPA.

Para que a prática de enfermagem seja baseada em evidências, suas ações devem estar embasadas em pesquisas, sendo necessário que o enfermeiro conheça, avalie e utilize a literatura nacional e internacional disponível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peón AU, Diccini S. Dor pós-operatória em craniotomia. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2006 out. 12]; 13(4):[cerca de 7p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400005

2. Pereira APS, Zago MMF. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):144-52.

3. Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2003 [citado 2006 set. 20]; 11(2):[cerca de 5p]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

4. Sousa FAEF, Hortense P. Mensuração da dor pós-hemorroidectomia: um enfoque experimental. *Rev Dor*. 2003;4(4):165-72.

5. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2002 [citado 2006 out. 12]; 10(3):[cerca de 2p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300020

6. Bernacchio RMG, Contin I, Mori M. Fatores modificadores da percepção da dor. *Rev Dor*. 2005;6(3): 621-33.

7. Toniolli ACS, Pagliuca LMF. Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2003 [citado 2006

out. 12]; 11(2):[cerca de 7p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920030002000-12

8. Leão ER, Silva MJP. Música no controle da dor: uma possibilidade terapêutica complementar. *Rev Dor*. 2005;6(1):460-8.

9. Nakazone S, Contin I, Orii TC, Moraes JMG, Nakamura T, Takahashi F. Aplicação do questionário de dor de McGill em pacientes sintomáticos para DTM. *Rev Dor*. 2005;6(2):553-9.

10. Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2006 set. 21]; 13(5):[cerca de 8p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500013

11. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2002 [citado 2006 set. 20]; 10(5):[cerca de 6p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010

12. Abrão J. Recuperação anestésica. In: Manica J, et al. *Anestesiologia: princípios e técnicas*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 731-43.

13. Kazanowski MK, Laccetti MS. Dor, fundamentos, abordagem clínica e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

14. Thums J. Técnicas de pesquisa e construção de conhecimento. Canoas: Ulbra; 2000.

15. Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2003 [citado 2006 set. 29]; 11(1):[cerca de 4p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100017
16. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2006 set. 17]; 13(3):[cerca de 8p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300017
17. Galvão CM, Sawada NO, Trevisan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2004 [citado 2006 set. 21]; 12(3):[cerca de 8p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300014
18. Araujo CGG. Ansiedade: diagnóstico de enfermagem, intervenções e resultados baseado em evidências. Canoas: ULBRA; 2006.
19. Caliri MHL, Marziale MHP. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2000 [citado 2006 set. 20]; 8(4):[cerca de 2p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000400015
20. Peniche ACG, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2000 [citado 2006 set. 20]; 8(1):[cerca de 6p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100007
21. Capela CF, Guimarães SM. Posicionamento cirúrgico e as complicações transoperatórias: recomendações de assistência perioperatória. Canoas: ULBRA; 2006.
22. Castagna PA, Cícero C, Santos AS, Mattia AL. Expressão da intensidade da dor no pós-operatório imediato. *Revista SOBECC*. 1997;2(4):17-20.
23. Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor*. 2005; 6(1):469-513.
24. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
25. Chaves LD. Considerações de enfermagem na analgesia controlada pelo paciente. *Prática Hospitalar* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2006 out. 2]; 7(39):[cerca de 2p]. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2039/pgs/materia%2003-39.html>
26. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005.
27. Freire ASS, Freire GMG, Pietro TL. Estudo bibliográfico comparando dois métodos de analgesia em pós-operatório de toracotomias relacionados com a função pulmonar. *Rev Dor*. 2003;4(1):13-26.
28. Sant'Ana RPM, Pereira LV, Giuntini PB, Marquez JO, Sousa FAEF. Estimação de magnitude da linguagem da dor pós-operatória. *Rev Dor*. 2003;4(1):42-50.
29. Carvalho AMP. Enfrentamento da dor: contribuições da psicologia. *Rev Dor*. 2005;6(1):525-9.
30. Doengews ME, Moorhuuse MF. Diagnóstico e intervenção em enfermagem. 5ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
31. Diagnóstico de Enfermagem NANDA: definições e classificações 2001-2002. Trad. de Jeanne Liliane Marlene Michel. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
32. Pereira LV, Sousa FAEF. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 1998 [citado 2006 set. 20]; 6(4):[cerca de 8p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400006

AUTORIA

Isidora Beatriz Rosário de Ávila

Enfermeira graduada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Canoas/RS em Jan 2007

Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira, Doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestre em Enfermagem pela UFRGS, Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Orientadora do trabalho.

Endereço:

Rua Dr Rodrigues Alves 273, apt 203
Bairro Chácara das Pedras
CEP: 91330-240 - Porto Alegre – RS
Telefones: (51) 33342042 /
(51) 9942-1001
ULBRA: (51) 34779237
E-mail: carezuca@terra.com.br

VIVÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA

- Experience of patients submitted to bariatric surgery
- Experiencia de pacientes sometidos a quirurgia bariatrica

Ana Lúcia Arcaño Oliveira Cordeiro • Carine Orleans Albuquerque • Renato Félix da Silva

Resumo – Estudo qualitativo que tem como objetivo identificar e analisar a vivência de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica antes, durante e após o procedimento em um hospital público da cidade de Salvador, Bahia, por meio de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados um homem e cinco mulheres, com idades entre 19 e 34 anos. Os resultados demonstraram que, mediante o enfrentamento da obesidade como uma doença, as pessoas muitas vezes são acometidas pelo sentimento de tristeza, preconceito e discriminação. A carência de recursos estruturais e materiais dos hospitais públicos remetem a um descaso com tais pacientes devido ao tempo de espera da cirurgia e de internamento, assim como a ausência de um acompanhamento psicológico. O momento na UTI foi o de maior medo e dificuldade apresentado pela maioria. A satisfação foi o sentimento predominante em todas as pessoas entrevistadas e o aumento da auto-estima é o ponto de destaque para o início de uma nova vida.

Palavras-chave – Obesidade, Vivência, Cirurgia bariátrica

Abstract – It's a qualitative study that it aims at to identify and to analyze the experience of patients submitted at bariatric surgery, before, during and after the surgery, in a public hospital of the city of Salvador, Bahia, through semi-structured interview. One man and five women were interviewed with ages between 19 and 34 years. The results showed that by means of the confrontation of the obesi-

ty as a disease, the people many times are attacks for the feeling of sadness, preconception and discrimination. The lack of structural and material resources in the public hospitals sends to a disregard with these patients due to the waiting time for the surgery and internment, as well as, the absence of a psychological accompaniment. The moment in Intensive Care Unit was the one of larger fear and difficulty presented by most. The satisfaction was the predominant feeling in all the citizens and the increasing of self-esteem is the prominence point for the beginning of a new life.

Key words – Obesity, Experience, Bariatric Surgery

Resumen – Es un estudio cualitativo, que tiene como objetivo identificar y analizar la experiencia antes, durante y después de los pacientes sometidos a la cirugía bariátrica, de un hospital público de la ciudad del Salvador, Bahía, con entrevista semiestructurada. Un hombre y cinco mujeres fueron sido entrevistados, con edades entre 19 y 34 años. Los resultados mostraron que a través de la confrontación de la obesidad como enfermedad, las personas, muchas veces, exhiben ataques de sentimientos de tristeza, de preconcepción y de discriminación. La carencia de recursos estructurales y materiales de los hospitales públicos señalan una indiferencia con estos pacientes debido al tiempo de espera para el ingreso hospitalario y para la cirugía, así como, la ausencia de un acompañamiento

psicológico. El miedo y la dificultad más grandes presentados para la mayoría fue el momento en la UTI. La satisfacción fue el sentimiento predominante presentado por todos los sujetos y el aumento de la auto-estima fue el punto destacado para el inicio de una nueva vida.

Palabras clave – Obesidad, Experiencia, Quirurgia bariatrica.

INTRODUÇÃO

A obesidade não é um problema moral, mental ou de falta de força de vontade, e seu tratamento leva à redução do número de pessoas que teriam sua vida ultimada precocemente. Por definição, a obesidade é o acúmulo excessivo de gordura corporal. Este fenômeno pode ser considerado multifatorial, e não apenas o resultado de superingestão e/ou inatividade física, e envolve componentes genéticos, metabólicos, comportamentais, psicológicos e sociais.⁽¹⁾

O Índice de Massa Corporal (IMC), que é igual ao peso dividido pelo quadrado da altura (em Kg/m²), é o método mais utilizado, na prática clínica, para o diagnóstico e a classificação da obesidade.

A OMS classifica a obesidade baseando-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e no risco de mortalidade associada. Assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de 30kg/m². Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se

entre 30 kg e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando IMC está entre 35 kg e 39,9 kg/m²; e, por fim, obesidade grau III quando o IMC ultrapassa 40kg/m² (obesidade mórbida).⁽²⁾

As doenças relacionadas à obesidade são as principais responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade em adultos jovens, pela diminuição da qualidade e expectativa de vida. Entre elas, destacam-se a sobrecarga das articulações, a apnéia do sono, a insuficiência cardíaca, o diabetes, a hipertensão arterial e o infarto do miocárdio, entre outras.⁽³⁾

A cirurgia bariátrica está indicada para os pacientes portadores de obesidade mórbida que já utilizaram, sem sucesso, os métodos tradicionais para perda de peso, tais como: dietas hipocalóricas, apoio psicológico, medicamentos para redução do apetite e exercícios físicos. Segundo Machado,⁽⁴⁾ "entende-se como cirurgia bariátrica um grupo de procedimentos realizados em pacientes obesos com o intuito de induzir emagrecimento e diminuir, conseqüentemente, as complicações sistêmicas a longo prazo associadas à obesidade".

As cirurgias para obesidade mórbida poderão ser restritivas ou disabsortivas. As restritivas só impedem que o paciente coma em grande quantidade. As disabsortivas fazem com que o paciente, após comer, absorva parcialmente os alimentos. Existe a associação das duas usando um pouco de restrição e um pouco de disabsorção que são as técnicas mistas.⁽⁵⁾

Algumas das cirurgias mais realizadas atualmente para o tratamento da obesidade mórbida são a derivação biliopancreática, derivação (*bypass*) gástrica em Y de Roux (tipo Capella), Banda Gástrica e Gastroplastia. A avaliação pré-operatória do candidato à cirurgia bariátrica é mui-

to importante. Nessa avaliação, o risco cirúrgico deve ser minuciosamente calculado, devido ao grande porte da cirurgia e a possíveis doenças associadas com a obesidade. A equipe envolvida no procedimento é multidisciplinar: um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta, um endocrinologista, um enfermeiro e a equipe cirúrgica propriamente dita.

A avaliação psicológica pré-operatória enfoca o entendimento do paciente a respeito dos benefícios e das conseqüências proporcionados pela cirurgia. É necessária motivação e compreensão dos riscos e restrições, principalmente dietéticas, que ocorrerão no pós-operatório. O psicólogo irá analisar a predisposição para a boa cooperação e boa adesão do paciente à equipe e às rotinas.⁽⁶⁾

O enfermeiro também deve estar atento para sinalizar ao CC a respeito dos materiais específicos e necessários para a cirurgia de obesidade⁽⁷⁾, verificar se será feita por via laparoscópica ou pelo modo tradicional e certificar-se da reserva de hemoderivados junto ao banco de sangue.

As primeiras 24 horas são particularmente críticas, devido à gravidade de deiscência ou infecção intra-abdominal, muito esperada em pacientes diabéticos. Em alguns casos, não é necessária a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A equipe cirúrgica verifica se a redução do peso está ocorrendo de forma adequada e cuida de possíveis complicações relacionadas à cirurgia que podem acometer o paciente tardiamente. O endocrinologista acompanha o estado metabólico e hormonal do paciente no pós-operatório. A cirurgia pode propiciar após alguns meses o aparecimento de deficiências vitamínicas e anemia.

A orientação do nutricionista permite

que o trato digestivo se adapte gradativamente a essa nova situação, da melhor maneira para o paciente. Nos primeiros dias de pós-operatório, a dieta é composta somente de 30 ml de líquidos a cada 30 minutos. Conforme a dieta vai evoluindo, ocorre distensão progressiva do segmento do estômago. No final do processo de adaptação, que pode levar alguns meses, é possível a ingestão de quase todo tipo de alimento, só que em porções pequenas.⁽¹⁾

Como pôde ser observado, a cirurgia bariátrica envolve um processo complexo, no qual é necessário um acompanhamento multidisciplinar a fim de suprir as necessidades biopsicosociais do paciente frente às diversas mudanças que surgirão durante o período.

OBJETIVOS

Identificar e analisar a vivência de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica antes, durante e após procedimento em um hospital público de grande porte da cidade de Salvador, Bahia.

METODOLOGIA

Esta pesquisa possui um caráter exploratório com abordagem qualitativa. A população é constituída de quatorze pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público de grande porte na cidade de Salvador no ano de 2004, tendo como único critério para inclusão no estudo o de residir na cidade de Salvador. Portanto, a amostra foi composta por oito pacientes que residem na capital. Apenas com dois desses pacientes não foi conseguido contato. Os outros pacientes residem fora da cidade.

Para a obtenção dos dados foi realizada uma entrevista semi-estruturada contendo uma questão aberta sobre a vivência do

paciente submetido a cirurgia bariátrica, com destaque para a vivência antes, durante e após a cirurgia.

Para a coleta de dados os autores utilizaram entrevistas gravadas que foram transcritas na íntegra, realizadas em locais de acordo com a conveniência do entrevistado, após agendamento prévio, entre os dias 2 e 9 de Março de 2005. As entrevistas foram gravadas com autorização prévia dos pacientes por meio do Termo de Consentimento.

Os dados foram analisados com base nas respostas à questão formulada de forma descritiva. As entrevistas foram codificadas pelas iniciais dos nomes dos entrevistados, com o intuito de preservar o sigilo de suas identidades.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos sujeitos da pesquisa, a população foi composta de um homem e cinco mulheres, com idades que variam entre 19 e 34 anos; o tempo de obesidade variou de 9 a 27 anos; os pesos antes da cirurgia eram em média de 119kg a 143 kg, e o Índice de Massa Corporal (IMC) esteve em torno de 42 kg e 50 kg/m². Considera-se que, de acordo com Fandiño e Benchimol⁽²⁾, quando o IMC encontra-se acima de 40 kg/m², já pode ser considerada a obesidade mórbida.

• Vivência dos pacientes antes da cirurgia

A preocupação imediata para os pacientes e também a principal razão para procurar o tratamento cirúrgico são as consequências psicológicas e socioeconômicas da obesidade mórbida. Um dos pontos enfatizados por todos os sujeitos foi o preconceito e a discriminação existente frente à obesidade, como pode ser identificado nas falas:

“Quando você é obeso, a oportunidade de emprego é mais difícil, então eu vou correr atrás para ficar mais magrinha. Às vezes, o marido, o namorado faz a cobrança. Às vezes, até na própria família, tem muita gente cobrando. As pessoas não sabem que obesidade é doença.” (S).

“Porque você sabe que gordo é discriminado por várias coisas, gordo parece que é igual a gay.” (AC).

“(…) Já tentei me matar umas seis vezes por conta da minha própria família, não saía comigo.” (L).

Como a sociedade valoriza o corpo esbelto, magro e exercitado, o biotipo obeso não é muito aceito por ela, fazendo com que o obeso sinta-se marginalizado. Geralmente as pessoas se sentem incapazes de satisfazer suas funções e papéis sociais. O obeso tem direito de ser aceito como qualquer outra pessoa, dentro das suas limitações. Entretanto, algumas pessoas encaram este preconceito de forma diferente:

“A gente que é gordo, a gente é muito discriminado. Eu não esquentava, mas não é todo mundo que pensa assim não.” (S).

Os obesos são alvos de preconceito e discriminação importantes em todos os lugares. Isto pode ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como programas de televisão, revistas e piadas.” (6)

A partir do momento que há a aceitação por parte do indivíduo sobre suas incapacidades, mesmo sendo alvo de brincadeiras e discriminação, a relação com a sociedade passa a não ser de total exclusão, deixando a pessoa mais sociável.

Outro ponto ressaltado por alguns entrevistados está relacionado a auto-estima que geralmente é encarada de maneira negativa:

“Eu já sofri muito, eu digo a você que praticamente relacionamento meu, eu nunca tive um namorado, porque tinha aquela questão eu nunca me aceitei, e eu sou muito exigente.” (AC).

Os obesos são pessoas que cursam um menor número de anos escolares e que têm menor chance de serem aceitas em escolas. O mesmo se dá em empregos mais concorridos, resultando em salários mais baixos. Além disso, têm menor chance de estarem envolvidas num relacionamento afetivo estável.⁽⁶⁾

Como pôde ser observado, as pessoas obesas são, com freqüência, objeto de desprezo público e de brincadeiras maldosas. São vistas como carentes de auto-estima, incapazes de conter a alimentação excessiva. Os pacientes obesos são, em geral, incapazes de se acomodar em cadeiras de braços, encontrar roupas adequadas ou até mesmo obter acesso a banheiros públicos. Os padrões geralmente consideram ruins os candidatos obesos, em virtude de seus aspectos desfavoráveis. Esses pacientes raramente fazem amigos e dificilmente conseguem a felicidade conjugal e sexual.

As variações na maneira de pensar, sentir e agir diante de determinados problemas decorrentes de um distúrbio, como a obesidade, podem ser, em parte, decorrentes da relevância desses problemas no contexto de suas vidas, o que, conseqüentemente, afetam o modo como percebem, avaliam e enfrentam os desafios e/ou conflitos que a obesidade ocasiona.

O desenvolvimento de comorbidades durante a obesidade pôde ser observado como um dos fatores que levaram os pacientes a realizar a cirurgia:

“Agora, quando começou a complicar o lado da minha saúde, foi quando eu re-

solvi fazer a cirurgia. Eu tinha problema de joelho né, por causa do peso, eu tinha artrose.” (S).

“(…) depois que eu tive a minha filha na gravidez cheguei a pesar 143 kg. Foi uma gravidez de alto risco, tive hipertensão, tive uma pré-eclâmpsia, o parto foi cesária.” (L).

A incidência da morbidade e mortalidade na obesidade mórbida está diretamente relacionada ao peso em excesso. Devido a essa particular condição, o obeso passa a desenvolver alterações fisiopatológicas associadas à obesidade, a exemplo de doenças cardiovasculares, diabetes, acidente vascular cerebral e osteoartrite. Deve-se destacar ainda que os indivíduos com obesidade mórbida também são acometidos por problemas como complicações físicas, emocionais, sociais e econômicas, demonstrando assim a gravidade desta doença.^(4,8)

É notória a dificuldade encontrada por estes pacientes para a realização desta cirurgia, mencionada por um dos entrevistados como “Era um sonho!” (AC). Alguns destes pacientes levaram de 15 dias a um ano e quatro meses do período da inscrição até o momento da internação para poder ainda ser submetido ao procedimento. Sendo que todos realizaram a cirurgia gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O tempo de internação também foi longo para alguns, envolvendo diferentes sofrimentos:

“Fiquei internada primeiro pra perder peso. Eu fiquei 52 dias esperando a cirurgia. Nesse tempo, eu perdi 8 kg. (...) Então a gente foi ficando por mais tempo e isso mexe com o psicológico da gente. Agente fica longe da família, e a gente não conta com acompanhamento psicológico. E precisa de um acompanhamento psicológico porque senão você desorienta.” (S).

“Eu fiquei 2 meses e 26 dias aguardando para fazer a cirurgia. E, nesse período, a gente passou por muita coisa, eu e as meninas. A gente criou um laço muito grande. E lá dentro a gente tem que virar família porque a gente fica só.” (...). Lógico que teve um momento de desespero lá, eu queria sair correndo. Até mesmo por causa da minha filha de dois anos. Então foi muita privação.” (L).

A dificuldade de melhorar a saúde ou até mesmo melhorar a relação com a sociedade levou esses pacientes a ficar meses esperando a inscrição no programa e a internação. Posteriormente, aguardar meses internados longe de casa, da família, dos filhos, dos seus hábitos diários, submetidos ao estresse e à vulnerabilidade à infecções oportunistas dentro do hospital, sem privacidade. Todo esse contexto

mostra uma força de vontade incrível para que possa ser realizado um sonho. Além disso, existem os gastos envolvidos, ficando internados tanto tempo sem estarem efetivamente doentes.

Muitos pacientes queixaram-se da falta de acompanhamento psicológico durante o processo. Talvez por se tratar de uma instituição pública, ele não tenha sido oferecido.

• Vivência dos pacientes durante a cirurgia

O fato de permanecerem tanto tempo internados fez com que os pacientes passassem a conhecer os funcionários e a equipe médica do hospital, o que facilitou a o enfrentamento no momento da cirurgia, que, para muitos pacientes, é o pior momento:

“No Centro cirúrgico nada me incomodou.” (R).

“No centro eu entrei nervosa! Mas tinha umas pessoas lá que eu conhecia comecei a conversar pra poder até relaxar (...).” (S).

• Vivência dos pacientes após a cirurgia

Após a cirurgia, o paciente é encaminhado a uma unidade de cuidados intensivos (UTI), sendo que, dependendo das

Lavatório Para Escovação

Tampo com Cuba

Expurgo

Mesa Auxiliar

RST INOX
A escolha é sua...
A qualidade é nossa!!!
Fone/Fax: (41) 3347-0912
www.rsttomeiras.com.br
vendas@rsttomeiras.com.br

condições e cuidados que o paciente exige, ele pode ser encaminhado até a uma unidade intermediária.

Todos os pacientes desta pesquisa passaram pela UTI, pois é rotina do hospital que os pacientes submetidos a tal procedimento sejam encaminhados para lá. E a maioria apresentou queixas sobre o setor, assim como identificaram como maior incômodo a sonda nasogástrica da qual fazem uso durante alguns dias no pós-operatório.

"A única coisa que eu tinha medo, muito assim, era da UTI. Eu nunca tinha estado numa UTI. (...) O sábado à noite foi meu pior dia, foi num dia que um paciente faleceu na minha frente, né. (...) Eu só queria sair de lá de dentro. Nesse dia eu me arrependi de ter feito minha cirurgia por causa disso, eu fiquei muito apavorada (...)." (S).

"Eu tinha pavor era do barulho do monitor! (...) Eu morria de chamar alguém e a pessoa não aparecia. Aí eu de sacanagem batia com o sensor na grade da cama. Não dormi a noite inteira, um "batucum" danado, um barulho, a UTI não tem um pingão de silêncio." (L).

"Na UTI eu não preguei o olho a noite toda, foi horrível! Uma mulher tava passando mal foi horrível. (...) A sonda do nariz foi chata, fiquei cinco dias com ela." (E).

Para alguns destes pacientes, a passagem pela UTI foi a fase mais difícil. Para a maioria das pessoas, a UTI significa que algo não vai bem e que, quando se está lá, vendo pacientes graves ou até mesmo morrendo, vem uma sensação de angústia e medo.

O relato dos pacientes após a cirurgia são de extrema importância, para observarmos as dificuldades, as facilidades e a felicidade de ser um paciente submetido a cirurgia bariátrica. Uma dificuldade

encontrada quanto a aquisição de novos hábitos alimentares estava relacionada a adaptação de "comer menos":

"No terceiro dia que eu tava no quarto, liberou água de coco e suco, mas eu só conseguia beber pouquinho mesmo. Depois eu vim pra casa, aí fiquei... Eu achava que era pra tomar só água da sopa, então fiquei durante uma semana tomando água da sopa e água de coco, eu quase morro aqui!" (S).

"Daí o processo ficou um pouco difícil porque você sai de um hábito alimentar e entra em outro, fica um pouco difícil. Mas, eu fui me adaptando bem. Hoje eu já me adaptei 100%." (M).

A cirurgia modifica a anatomia normal do trato digestivo e, por isso, o paciente pode apresentar alguns sintomas desagradáveis no pós-operatório: distensão abdominal, náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal. Esses sintomas podem estar relacionados a uma dieta inadequada.⁽¹⁾

A orientação do nutricionista permite que o trato digestivo se adapte gradativamente a essa nova situação, da melhor maneira para o paciente.

A orientação deve ser feita de modo que o trato digestivo se adapte gradativamente a essa nova situação. Nos primeiros dias de pós-operatório, a dieta é composta somente de 30 ml de líquidos a cada 30 minutos. No final do processo de adaptação, que pode levar alguns meses, é possível a ingestão de quase todo tipo de alimento, só que em porções pequenas. Nessa fase da recuperação ocorre a estabilização do processo de perda de peso.⁽¹⁾

Além da alimentação, outros hábitos novos são conquistados pelos pacientes obesos:

"Até pra fazer a higiene, depilar a virilha, eu depilava deitada. Hoje eu descobri que eu tenho um sinal. E eu nem imaginava que eu tinha. Os ossos da bacia eu já consigo pegar. Meu Deus eu tenho osso!?! (rs) Que coisa boa. (...) Sapato de salto, agora eu posso usar. Antes eu me desequilibrava, só andando de salto agora. Hoje eu quero me cuidar mais, quero usar maquiagem, unha feita, cabelo." (L).

"Então, depois da cirurgia melhorou tudo! Melhorou tudo! Transporte, eu tinha dificuldade de passar na borboleta. Graças a Deus, não tenho mais. Outra dificuldade era pra comprar roupa, sempre a roupa de gordinho era roupa cara. E agora eu vou na rua e encontro. Meu tamanho era 52 e agora 46. E a relação com meu marido mudou. Tá tudo ótimo!" (R).

Pequenos hábitos que podem ser considerados mínimos, para estas pessoas são hábitos novos ou retomados depois de tanto tempo limitados em razão da obesidade.

Apesar de ainda serem obesos, o retorno à sociedade com outra visão se concretiza. Todos percebem a melhora na saúde, no trabalho, na relação com o marido e com os amigos. Tudo passa a ter um significado diferente.

"Toda semana eu perco peso. Nesse último mês eu perdi 12 Kg! Eu tô caminhando. Eu queria entrar na academia, mas não tenho companhia e ir sozinha não dá! E também porque eu tô gorda, aí eu morro de vergonha!" (E).

Do ponto de vista psicossocial, há melhora da auto-estima, dos cuidados com a saúde e melhor aceitação social. A maioria dos pacientes sente-se satisfeita com os benefícios proporcionados pela redução do peso, apesar de algumas restrições alimentares que permanecerão pelo resto

da vida.⁽¹⁾

A satisfação foi o sentimento que predominou em todas as entrevistas. Junto com ela, o sentimento de gratidão com aqueles que os ajudaram durante o processo, como a equipe médica envolvida no processo. E ainda o aumento da auto-estima, que pôde ser descrita por todos com muito entusiasmo, e o sentimento de querer compartilhar a vitória ou querer o mesmo bem àqueles que ainda não fizeram a cirurgia bariátrica.

"Eu não consigo pensar como eu poderia estar hoje sem a cirurgia porque eu não conseguia viver sem ela. Porque a minha vida toda dependia dela. Todos os meus planos, só depois da cirurgia! Sua auto-estima ganha lugares infinitos" (L).

"(...) eu fiz minha cirurgia em 9 de fevereiro de 2004. Digo a você que é mais um aniversário que comemoro." (AC).

Apesar de todas as dificuldades encontradas pelos sujeitos e a superação de vários obstáculos, eles demonstraram grande satisfação pela realização do procedimento, uma vez que trata-se da concretização dos sonhos em realidade durante essa nova etapa.

CONCLUSÃO

Observou-se nesses indivíduos que a dieta ou uma simples prática de exercícios, sem a combinação de muita força de vontade, raramente produz a manutenção do peso ideal. A operação bariátrica transformou-se no tratamento de escolha, mesmo não sendo ainda o mais recomendado em alguns casos.

Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequência da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos de alto conceito possam preceder o desenvolvimento da obesida-

de, sendo a depressão e a ansiedade os sintomas mais comuns.

O obeso, na maioria dos casos, por sofrer a discriminação da sociedade, isola-se. Por isso o paciente obeso que apresenta-se emocionalmente instável possui maior dificuldade para o enfrentamento desses problemas.

As dificuldades encontradas na nova fase de vida não está relacionada apenas aos novos hábitos alimentares de "comer menos", mas também a uma nova adaptação ao convívio social e familiar. O apoio da família é imprescindível, já que ela pode e deve ajudar na reorganização de recursos materiais e emocionais, podendo facilitar a aceitação e a superação da situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freitas CT. Cirurgia obesidade [texto na Internet]. Curitiba; 2004 [citado 2004 set. 20];. Disponível em: <http://www.alexandrectf.com.br/cirurgia.htm>.
2. Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho, WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [periódico na Internet]. 2004 [citado 2004 set. 20]; 26(1):[cerca de 5p]. Disponível em: www.scielo.com.br
3. Ballone GJ. Obesidade [texto na internet]. São Paulo; 2003 [citado 2004 set. 20]. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=223&sec=94>
4. Machado FS. Perioperatório: procedimentos clínicos. São Paulo: SARVIER; 2004.
5. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgi-

co. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

6. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. Rev Bras Psiquiatr [periódico na Internet]. 2002 [citado 2004 set. 16]; 24(Supl 3):[cerca de 5p]. Disponível em: www.scielo.com.br

7. Ettinger J. Cirurgias. [texto na internet]. Bahia; 2004 [citado em 2004 set. 20]. Disponível em: <http://www.hernia-bahia.com/obesidade/cirurgias.asp>.

8. Sabiston DC, Lyerly K. Tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática moderna. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. v. 1.

AUTORIA

Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro
Profª. Ms. da Escola de Enfermagem da UFBA e Coord. do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem sob a forma de residência em Bloco Cirúrgico/UTI. End.: Profº Carlos Sá, nº 53, Edf. Mansão do Jardim, aptº 101, Pituba. Salvador-BA. CEP: 41820-290. Tel.: (71) 32637611/88051906. E-mail: anaarcujo@hotmail.com.

Carine Orleans Albuquerque
Enfª Especialista em Bloco Cirúrgico pela UFBA e Enfª de Centro Cirúrgico do Hospital Santa Izabel.

Rentato Félix da Silva
Enfº Especialista em Bloco Cirúrgico pela UFBA e Enfº de Centro Cirúrgico do Hospital Jorge Valente.

Sistema de Limpeza Labnews

Mais qualidade no reprocessamento de artigos.

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

Consciente de sua responsabilidade, a Labnews pesquisa e desenvolve produtos, aliando novas tecnologias às necessidades do mercado nacional, criando assim um sistema de limpeza completa, eficaz e de excelente custo benefício.

Detergentes Enzimáticos

Possuem 3 ou 4 enzimas que atuam sobre a matéria orgânica, aumentando a vida útil dos artigos.

Escovas para Limpeza

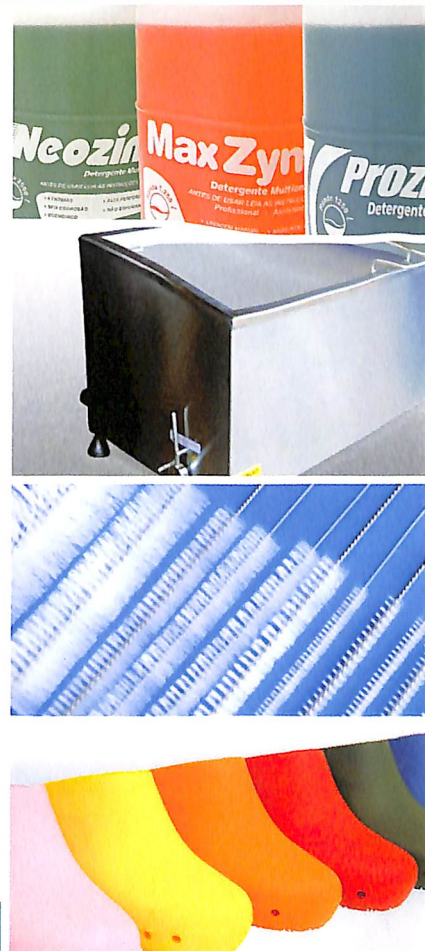
De diversos modelos e tamanhos, são ideais para limpeza de cânulas de lipoaspiração, material laparoscópico, pontas de aspirador, etc.

Lavadoras Ultra-sônicas

Usadas no reprocessamento de instrumentais, automatizam o processo de limpeza, com ação mecânica por ultra-som e ação química do detergente enzimático.

Tamanco Cauzioneh

Tecnologia aplicada ao bem-estar, o tamanco é confortável, diminui o contato do usuário com o meio ambiente e permite uma posição ereta, protegendo a coluna contra lesões.



Visite nosso site e obtenha informações detalhadas, fichas técnicas e FISPQ de cada produto.

Escritório Comercial
(11) 3275.1166
www.grupoldm.com.br

Labnews



Todo o cuidado para você ter toda segurança