

Como “Cuidar Mais” em Bloco Operatório: Como “BOar Mais”

“Cuidar Mais” in the Perioperative Care: How to “BOar Mais”

Vítor Pinho Oliveira¹, Armindo Martins²

Autor Correspondente:

Vítor Pinho Oliveira [vitor.m.oliveira@jmellosaude.pt]
Rua do Belo Horizonte, nº 12 e 14, 3500-612 Viseu, Portugal

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Centrada no Doente; Blocos Operatórios; Cuidados Perioperatórios; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Prática Clínica Baseada em Evidências

KEYWORDS: Evidence-Based Practice; Health Services Needs and Demand; Operating Rooms; Patient-Centered Care; Perioperative Care

Contribuir para a promoção da confiança na relação com os clientes proporcionando-lhes experiências positivas e irrepreensíveis, onde o tema “empatia” aparece como obrigatório, não enquanto tema fácil, mas pela sua importância enquanto vontade genuína de compreender e conhecer melhor os outros, deverá constituir uma preocupação constante em todas as organizações que aspirem desenvolver uma cultura de excelência de serviço, estejam elas ligadas à prestação de cuidados de saúde ou ao transporte aéreo de passageiros. Esse foi o mote de um fórum de reflexão, que se transversalizou a diferentes unidades da José de Mello Saúde, juntando diferentes profissionais de saúde ligados à prestação de cuidados perioperatórios (assistentes operacionais, ad-

ministrativos, enfermeiros, médicos), um anesthesiologista e um piloto-comandante de aviação civil sobre como Cuidar Mais em Bloco Operatório: como “BOar Mais”.

Múltiplos e conhecidos paralelismos se têm estabelecido entre a aviação e a medicina: na cultura de segurança e gestão de eventos críticos, no estilo de comunicação e incentivo ao reporte, na melhoria contínua de processos, no treino com simulação, na atenção dada às competências não-técnicas.¹ A aviação é comumente referida como exemplo de *high-reliability organization*, aquele tipo de organizações com potencial significativo para falhas catastróficas, mas onde o compromisso absoluto com a segurança e com a melhoria contínua de qualidade,

1. Médico, Coordenador Clínico de Anestesiologia, Hospital CUF Viseu, Viseu, Portugal.

2. Comandante de Linha Aérea, Instrutor e Verificador, Responsável CRM, TAP Air Portugal.

Recebido: 14/03/2019 - Aceite: 15/03/2019

permite um desempenho praticamente isento de erros.² Conciliar segurança, eficiência de processos e cultura de serviço centrada no cliente é um difícil *conundrum* ao alcance de poucos. Ou como ironicamente resumíamos nas sessões: é como querer transportar todos os 200 passageiros de um avião, em classe executiva, com a rapidez de *turnover* de uma companhia *low-cost*.

Seja na assistência na saúde/doença ou na resposta à necessidade de mobilidade, servir e cuidar do cliente, cuidar do outro, investindo de forma consciente e natural na comunicação empática, na atenção ao detalhe, na proatividade do trato, propicia a criação de sólidas relações de confiança entre clientes e cuidadores/servidores e melhora as relações entre os próprios profissionais cuidadores/servidores. Isto porque, a cultura de excelência de serviço desenvolve-se de dentro para fora e é determinada pela forma como as pessoas (cuidadores/servidores) são internamente cuidadas.

Na José de Mello Saúde, cuidar é mais do que tratar. É mais do que curar ou sarar ou prevenir. Cuidar é zelar, é identificar-se e interessar-se genuinamente por algo ou alguém. O Bloco Operatório é, por natureza e necessidade, um local frio (em sentido literal e figurado), asséptico, de acesso restrito com idiosincrasias e rituais próprios (tal como um *cockpit*), habitualmente considerado pelo doente/cliente como um local inóspito e desconhecido. A experiência perioperatória é já toda ela marcante pela ansiedade que a doença acarreta, pela complexidade do circuito e rituais perioperatórios, pela incerteza do *outcome*. Por tudo isso, Cuidar Mais no Bloco Operatório faz ainda mais sentido.

E de que é que os doentes/clientes mais frequentemente se queixam após uma cirurgia? Num estudo prospetivo mediante entrevista individual estruturada a mais de 12 200 doentes submetidos a cirurgia, com o objetivo de avaliar a satisfação global e incidência de eventos adversos *minor*, cerca de 30% dos inquiridos reportaram ter havido pelo menos um evento que prejudicou a sua experiência perioperatória e 6% reportaram múltiplos eventos. As principais queixas reportadas foram náuseas/vómitos pós-operatórios, dor de garganta e rouquidão, estando a satisfação do doente com a experiência perioperatória relacionada com a ocorrência de pelo menos um evento *minor* ($p < 0,001$).³

Nas diferentes sessões “BOar Mais” colocamos à audiência, mediante resposta aberta anónima, a questão “Qual a pior recordação ou sensação que guarda de quando foi operado(a)?” As respostas, apesar de “lapalissianas” e facilmente antecipáveis para quem trabalha diariamente num bloco operatório, são reveladoras do espaço de

melhoria por acontecer, na otimização da experiência perioperatória dos clientes submetidos a cirurgia. Por ordem decrescente de frequência de resposta (n): o frio (n:35), a dor (n:24), a fome (n:23), o medo/ansiedade do desconhecido (n:23), a indiferença/solidão (n:18), o ruído na sala operatória (n:14), a nudez (n:4), o olhar para o teto/ver as luzes intraoperatórias (n:3).

Socorrendo-nos do bom senso, da atenção ao detalhe e quando possível de evidência publicada que respalde o que sugerimos, num esforço coletivo e multidisciplinar dispusemo-nos imaginar toda a experiência perioperatória na perspetiva do doente/cliente, da preparação pré-operatória ao contacto de *follow-up* pós-alta, listando as atitudes, os detalhes, os pequenos gestos passíveis de se introduzir na nossa prática de cuidadores, que poderão representar para o cliente o acrescento de valor que torne essa experiência positivamente única e irrepreensível. São gestos dos quais, nós mesmos, se e aquando doentes gostaríamos de ser alvo. São detalhes os quais, apenas de nós profissionais cuidadores, depende a sua implementação. São atitudes que, quando pensadas e repetidas, se tornam posturas naturais de comportamento profissional e oportunidades iterativas de se atingir a excelência no cuidar. É uma listagem assumidamente inacabada, assumidamente incompleta e aberta a sugestões e acrescentos, assumidamente adaptável no todo ou em parte às diferentes práticas, realidades e contextos das unidades José de Mello Saúde, um auxiliar de cuidados perioperatórios para se ler de um só fôlego ou para se consultar pontualmente.

Pretende-se com este exercício, criar um catalisador que propicie a reflexão e que burile nos profissionais da José de Mello Saúde a inteligência emocional, a positividade e as *soft-skills* que permitam reduzir a ansiedade dos clientes e familiares, prevenir o desgaste dos profissionais, elevando os níveis de satisfação de todo e criar uma cultura de serviço de excelência. Porque “servir é um ato que gera valor transacionável e que marca positivamente quem serve e quem é servido”.⁴

TABELA 1. Cuidar mais em Bloco Operatório (BOar Mais).

Cuidar Mais em Bloco Operatório (BOar Mais)	
No Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar os tempos de jejum pré-operatório, de acordo com as recomendações científicas (2 horas para líquidos claros, 6 horas para alimentos sólidos).⁵ • Assegurar, sempre que necessário, os cuidados de higiene pessoal básicos, mesmo que não diretamente relacionados com o procedimento cirúrgico. • Transportar o cliente (ex.: da enfermaria para o bloco) com a cabeceira do leito elevada (30-45°), sempre que possível.
No Intra-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentar o cliente pelo nome que gosta de ser tratado. • Apresentar-se por nome e função. • Encetar discurso quebra-gelo. • Explicar o circuito intraoperatório ao cliente. • Evitar a nudez ou exposição corporal desnecessárias: tapar o cliente logo após a realização de procedimentos que exijam exposição corporal; utilizar biombos ou cortinas aquando da realização das marcações dérmicas ou procedimentos com nudez acentuada; posicionar o cliente de costas para a entrada da sala operatória, evitando que a entrada de elementos ou a abertura inadvertida de portas o surpreenda exposto; sempre que possível, realizar procedimentos que requeiram exposição corporal após a indução anestésica (exemplo: algaliação); evitar a presença dentro da sala operatória de pessoas desnecessárias à situação clínica; caso se aperceba que o cliente não se sente confortável por estar exposto ou ser cuidado por um profissional do sexo oposto, questionar abertamente com discrição, se prefere ser cuidado por um profissional do mesmo sexo. • Evitar, sempre que possível (ex.: anestesia tópica) retirar óculos, próteses auditivas, próteses dentárias, maquilhagem ou unhas de gel. • Informar o cliente dos eventos desconfortáveis relacionados com a indução anestésica e o posicionamento intraoperatório. • Confirmar, antes da indução e da perda de consciência, que o cliente se encontra adequadamente posicionado. • Permitir ouvir música escolhida pelo cliente aquando da indução ou aquando da recuperação.⁶ • Assegurar ambiente calmo e seguro para a indução e recuperação anestésicas (à semelhança do conceito "Sterile Cockpit" da aviação): reduzindo o barulho ambiente da sala (aspiradores, alarmes, aparelhos, ruído de abertura de caixas ou material estéril); evitando conversas cruzadas ou não diretamente relacionadas com a situação clínica; desviando a incidência de luz direta dos candeeiros da face do cliente; evitando a presença intraoperatória de pessoas desnecessárias à situação clínica.⁷ • Alertar para diferenças de temperatura entre salas. • Prevenir a hipotermia intraoperatória, monitorizando a temperatura e mantendo a normotermia do doente anestesiado (aquecimento ativo). • Prevenir os efeitos desconfortáveis expectáveis dos fármacos anestésicos mais utilizados (ex.: dor à injeção de propofol,⁸ prurido à injeção de dexametasona, etc.). • Realizar o maior número de procedimentos invasivos ou dolorosos após a perda de consciência, com o doente sedado/anestesiado. • Para evitar a dor de garganta pós-entubação, entubar, sempre que possível, com tubos orotraqueais de tamanho inferior e monitorizar pressão do cuff.⁹ • Permitir, sempre que possível, a presença de familiares na indução do ato anestésico de crianças ou em cesarianas sob anestesia locorregional. • Assegurar a reversão sistemática de fármacos que prejudiquem a normal recuperação das funções fisiológicas do doente. • Limpar o excesso de iodopovidona ou vestígios de sangue ressequido para evitar prurido e desconforto pós-operatório.
No Recobro	<ul style="list-style-type: none"> • Informar o serviço de internamento sempre que ocorram alterações/atrasos ao plano cirúrgico para que os clientes seguintes sejam informados. • Possibilitar a comunicação contínua de informações aos familiares das principais etapas do circuito cirúrgico. • Garantir ambiente calmo e tranquilo (evitar ruído excessivo ou conversas desadequadas). • Antecipar e tratar os efeitos secundários mais frequentes no pós-operatório (náuseas, vômitos, <i>shivering</i>). • Possibilitar a presença de familiares no recobro para menores ou doentes com necessidades especiais. • Possibilitar o acesso a atividades de lazer que ajudem à ocupação de tempo até alta do recobro (ex.: ver televisão, aceder à internet).
No Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> • Visitar o cliente na enfermaria ou realizar o contacto telefónico de <i>follow-up</i>. • Avaliar a dor pós-operatória e despistar as principais queixas (náuseas, vômitos, hábitos de eliminação, qualidade do sono, recuperação das atividades de vida diárias). • Disponibilizar explicações e informações para o cliente e para a família. • Assegurar que o cliente não tem dúvidas e disponibilizar formas de contacto, caso elas surjam.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

CONFLICTS OF INTEREST: The authors declare that they have no conflicts of interest.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

REFERÊNCIAS

1. Kapur N, Parand A, Soukup T, Reader T, Sevdalis N. Aviation and healthcare: a comparative review with implications for patient safety. *JRSM Open*. 2015;7(2):2054270415616548. doi:10.1177/2054270415616548.
2. Christianson MK, Sutcliffe KM, Miller MA, Iwashyna TJ. Becoming a high reliability organization. *Crit Care*. 2011;15:314. doi: 10.1186/cc10360.
3. Lehmann M, Monte K, Barach P, Kindler CH. Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients. *J Clin Anesth*. 2010;22:13-21.
4. Carvalho-Dias C [Video]. <http://videos.sapo.pt/lf77ZTIHvb-JUEF8FuKnc> Publicado a 23 de Abril, 2013. Acedido a 15 de Março, 2019.
5. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists. *Tas. Anesthesiology*. 2017;126:376-93. doi:10.1097/ALN.0000000000001452.
6. Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2015;386:1659-71. doi:10.1016/S0140-6736(15)60169-6.
7. Hodge B, Thompson JF. Noise pollution in the operating theatre. *Lancet*. 1990;335:891-4.
8. Jalota L, Kalira V, George E, Shi YY, Hornuss C, Radke O, et al. Prevention of pain on injection of propofol: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:d1110. doi:10.1136/bmj.d1110.
9. Higgins PP, Chung F, Mezei G. Postoperative sore throat after ambulatory surgery. *Br J Anaesth*. 2002;88:582-4. doi:10.1093/bja/88.4.582.