

ASSISTÊNCIA

O Centro Cirúrgico como espaço do cuidado na relação enfermeira/paciente

CONTROLE DE INFECÇÃO

Investigação sobre colonização bacteriana de mãos de profissionais de Enfermagem

COMPORTAMENTO

Estratégias para enfrentar o estresse no Bloco Operatório

EDUCAÇÃO

Perfil dos candidatos à especialização em Centro Cirúrgico

E mais

Conheça os padrões da AORN para a assistência ao paciente sob sedação/analgesia moderada



ÍNDICE

PARA NÃO DEIXAR O ESTRESSE ATRAPALHAR

Pouca gente consegue se livrar dele no trabalho e até na vida pessoal. O fato é que o estresse faz parte do cotidiano de qualquer pessoa, independentemente da profissão, porém acomete de modo especial os enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, dada a diversidade existente nas atividades desenvolvidas por tais setores e, sobretudo, a presença constante do inesperado nas 24 horas das Unidades Cirúrgicas.

Essa realidade nos leva muitas vezes a minimizar a importância de algumas técnicas essenciais em um Bloco Operatório, como a lavagem das mãos e a assistência ao paciente sedado, assuntos apresentados nesta edição. Acreditamos que a não-observação desses aspectos com a relevância que merecem esteja associada, na maioria das situações, à sobrecarga do profissional de Enfermagem, e não a desconhecimento.

Sendo assim, selecionamos também para o presente número da *Revista SOBECC* artigos que nos possibilitam reverter tal situação. Um deles traz as estratégias de *coping* utilizadas pelos colegas no dia-a-dia, que mostram que, se o aparecimento do estresse é inevitável, pelo menos podemos enfrentá-lo criando mecanismos que nos dêem suporte técnico e emocional. Outro estudo traça o perfil do profissional na busca da especialização na área, não só para a melhoria da capacitação técnica, mas igualmente com vistas à prestação de uma assistência ao paciente pautada em critérios técnicos reconhecidos.

Estamos certas de que o conteúdo desta edição terá aplicação em sua rotina de trabalho. Aproveite!

Rosa Maria Pelegrini Fonseca
Presidente da SOBECC



Aparecida de Cassia Giani Peniche
Coordenadora da Comissão de Publicação e Divulgação



ACONTECE SOBECC	4
AGENDA	5
CADERNO AORN	
Padrões da AORN para a assistência de Enfermagem ao paciente sob sedação/analgesia moderada	7
ARTIGO ORIGINAL – CENTRO CIRÚRGICO	
O Centro Cirúrgico como espaço do cuidado na relação enfermeira/paciente	11
HOSPITAL EM FOCO	
O capital humano como trunfo	17
1º LUGAR ACADÊMICO – ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	
Estratégias de <i> coping </i> dos profissionais de Enfermagem das Unidades Cirúrgicas	20
ARTIGO ORIGINAL – EDUCAÇÃO	
Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP/2003: perfil dos candidatos	25
ARTIGO ORIGINAL – COLONIZAÇÃO BACTERIANA	
Investigação sobre colonização bacteriana de mãos de profissionais de Enfermagem	29

DIRETORIA DA SOBECC

• **Presidente:** Rosa Maria Pelegrini Fonseca • **Vice-Presidente:** Maria do Carmo Camargo Amarante
• **Primeira-Secretária:** Helena Marubayashi Yokoyama • **Segunda-Secretária:** Sandra Regina Sanchez Lainetti • **Primeira-Tesoureira:** Maria Helena Martins dos Santos • **Segunda-Tesoureira:** Luci Yoshimi Miyashiro Futakawa • **Coordenadora da Comissão de Assistência:** Jeane Ap. Gonzalez Bronzatti
• **Coordenadora da Comissão de Educação:** Débora Cristina Silva Popov • **Coordenadora da Comissão de Publicação e Divulgação:** Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Conselho Fiscal:** João Francisco Possari (coordenador), Heloísa Helena Ferreti Silva (membro) e Solange Scaramuzza (membro).

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 Arcaño Oliveira Cordeiro (Universidade Federal da Bahia), Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa (Faculdades Metropolitanas Unidas), Dra. Aparecida de Cassia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Arlete Silva (Irmandade Santa Casa de São Paulo), Dra. Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Kazuko Uchikawa Graziano (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria), Dra. Maria Belém Salazar Posso (Universidade do Vale do Paraíba), Dra. Maria Pezo (PUC-Peru) e Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da USP).

Comissão de Publicação e Divulgação – Coordenação: Dra. Aparecida de Cassia Giani Peniche

• **Membros:** Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi, Mestre Maria Lúcia Fernandez Suriano, Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite, Especialista em Administração Hospitalar Sirlene Ap. Negri Glasenapp e Mestre Verônica Cecília Calbo Medeiros.

Equipe Técnica – Edição: Solange Arruda • **Produção Gráfica e Ilustração:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Lilian Graziela Lopes de Lira • **Bibliotecária:** Sônia Gardin • **Tiragem:** 5.000 exemplares • **Impressão:** Congraf.

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) 3208-1285 • Internet: <http://www.sobecc.org.br> • E-mail: info@sobecc.org.br / sobecc@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).



- estado adequado de hidratação;
- cor e condição apropriada da pele;
- boa condição do curativo e da ferida;
- razoável controle da dor.

O paciente ou o acompanhante devem receber instruções verbais e escritas da alta, mostrando-se ainda capazes de verbalizar o entendimento das instruções para o enfermeiro. Para o primeiro, essa verbalização da compreensão das orientações é encorajada porque as medicações utilizadas para a sedação/analgesia podem causar amnésia significativa, que afeta diretamente a cognição. Uma cópia das instruções tem de ser entregue para o paciente e/ou acompanhante e uma outra, colocada no prontuário médico do indivíduo.

Padrão IX – Políticas e procedimentos para assistir pacientes que recebem sedação/analgesia moderada devem ser escritos e revisados periodicamente, além de ficarem prontamente disponíveis dentro do cenário prático.

1. As políticas são normas operacionais para minimizar fatores de risco, padronizar processos, orientar membros da equipe e estabelecer diretrizes para atividades de melhoria contínua do desempenho. Assim, precisam descrever as tarefas e determinar responsabilidades. Os procedimentos para o gerenciamento de pacientes que recebem sedação/analgesia moderada devem incluir os itens abaixo, sem que, contudo, se limitem a eles:

- critérios de seleção do paciente;
- extensão da monitoração e responsabilidade por esse processo;
- equipamentos de monitoração necessários;
- medicamentos que podem ser administrados pelo enfermeiro;
- registro dos cuidados ao paciente;
- critérios para a alta.

BIBLIOGRAFIA

Manual de Padrões e Práticas Recomendadas da AORN - 2004, págs. 211 a 216.

TRADUÇÃO

Eliane Koda

O CENTRO CIRÚRGICO COMO ESPAÇO DO CUIDADO NA RELAÇÃO ENFERMEIRA/PACIENTE

OPERATING ROOM THEATER AS A CARING ENVIRONMENT IN THE PATIENT-NURSE RELATIONSHIP

Resumo – O paciente em Centro Cirúrgico (CC) exige cuidados de Enfermagem fundamentados nas necessidades evidentes e/ou potencializadas pela iminência do ato cirúrgico ou pelas ocorrências oriundas da dinâmica de preparo ambiental e do próprio indivíduo, respeitando seus valores e forma de interação para melhorar sua condição de enfrentar a cirurgia. Neste estudo, objetivamos analisar o cuidado do profissional de Enfermagem na relação com o paciente, desde a admissão desse indivíduo no CC até sua entrada na Sala de Operação (SO), por meio da observação não sistemática de três enfermeiras de uma instituição pública de grande porte, localizada em Fortaleza (CE). Os resultados apontaram que o espaço físico destinado à assistência é limitado, comum a todos os elementos da equipe e à demanda do fluxo de pessoas, incluindo os clientes, que permanecem muito próximos uns dos outros. De certa forma, isso dificulta a relação enfermeira/paciente devido aos ruídos na comunicação entre ambos, da recepção até o acompanhamento da pessoa à SO.

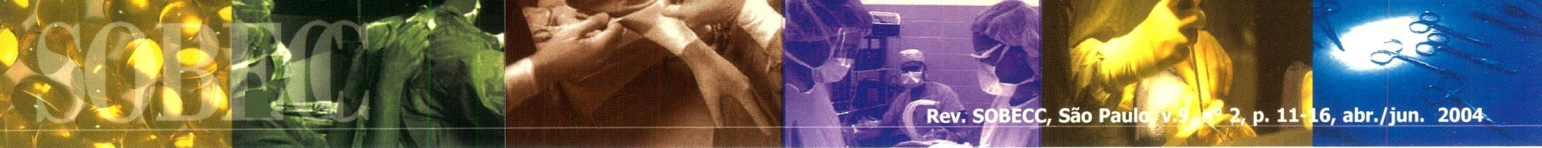
Palavras-chave – paciente cirúrgico; cuidado de Enfermagem; Centro Cirúrgico.

Abstract – The patient in Surgical Center it demands nursing cares based in the needs evident and due to the imminence of the surgical act or for the occurrences originating from of the dynamics of I prepare environmental and of the own patient respecting its values and interaction form, to improve its confrontement condition to the surgery. It was objectified in this study to analyze the nurse's care in the relationship with the patient, from its admission in Surgical Center until the entrance in the Room of Operation starting from the three nurses' of a public institution of great load observation not sistematic located in Fortaleza (CE). The results aim that the physical space, destined to the cares is limited, common to all the elements of the team and the demand of people's flow, being included the customers that stay very close one of the other ones, hindering, in a certain way, the relationship patient nurse due to the noises in the communication, from its reception and accompaniment to the Room of Operation.

Key words – surgical patient; Nursing care; Surgical Center.

INTRODUÇÃO

Em nossa vivência profissional, como docentes na prática em Centro Cirúrgico (CC), temos nos deparado com situações complexas que envolvem pessoas a serem submetidas a alguma cirurgia, como o relacionamento enfermeira/paciente.



No indivíduo que adentra o CC estão sempre presentes não só emoções bastante individuais e complexas, como também o medo: da cirurgia, da anestesia, das alterações na imagem corporal, do ambiente cirúrgico, do desconhecido, enfim, o medo da morte. Assim, a necessidade de receber informações, atenção e apoio num processo de relacionamento terapêutico, como um cuidado especial, é imprescindível. As situações vividas pela pessoa que enfrenta essa experiência podem aumentar seus temores e, conseqüentemente, sua ansiedade e insegurança. Para ela, tal momento, individual e particular, é único e se caracteriza por circunstâncias também peculiares, à medida que a hora da cirurgia se aproxima. O sentimento de temor ou mesmo de ameaça pode decorrer do ambiente estranho – equipamentos, paramentação da equipe e pessoas desconhecidas –, mas igualmente de como o indivíduo é recebido ali, considerando que cada um reage de forma diferente a seus temores e preocupações.

Tais sentimentos foram observados no apelo de um paciente aos médicos: "...Ao me levarem para a sala de cirurgia, por favor, não me deixem sozinho e sem nenhuma informação sobre o que irá acontecer (...) para mim tudo é novidade, tudo é assustador. Mas, se alguém que eu já conheça estiver junto de mim, estarei seguro e me será mais fácil enfrentar tudo aquilo que virá em seguida..." (D'ASSUMPCÃO, 1994).

É assim que a pessoa exterioriza o estresse emocional. Dessa maneira, precisa de um modo de interação e relação terapêutica, precisa ser ouvida, cumprimentada, valorizada e chamada pelo nome, e não apenas identificada por um número ou tratada como tia, tio, vô ou vó, pois essas formas de tratamento, segundo CASTELLANOS, JOUCLAS, GATTO (1985), atuam negativamente sobre ela e indicam desrespeito. Tudo que o indivíduo vê e ouve no local da cirurgia pode gerar emoções incontroláveis e aumentar sua ansiedade e insegurança, demonstrando a deficiência do processo de relacionamento e de ajuda terapêutica.

Aliás, a ajuda terapêutica deve se concentrar na pessoa, e não no problema, porquanto promove, no indivíduo ajudado, um meio de melhorar sua capacidade para enfrentar a vida, ante o potencial que cada ser humano possui de se reorganizar, de se dirigir, de se preservar e de lidar com situações de risco (FUREGATO, 1999). Essa condição também é assegurada por HEIDER, ASCH (2000), quando afirmam que qualquer pessoa reage ao que imagina que a outra está percebendo, sentindo ou pensando para além do que ela está fazendo, o que demonstra que cada um tem capacidade e pode desenvolver atitudes diferenciadas a cada fato defrontado.

Entre as ocorrências que podem surgir no contexto do CC encontram-se as relacionadas com a própria dinâmica do trabalho da equipe e com o fluxo de pessoas, já que o espaço é único e compartilhado por todos. As movimentações e comentários podem ser comuns e naturais para os profissionais, mas não para o paciente.

ROY, *apud* GALBREATH (2000), lembra que as influências provenientes do ambiente podem afetar o comportamento de pessoas ou de grupos, dificultando sua adaptação. Tal dificuldade decorre dos estímulos negativos do local e é capaz de conduzir a respostas também negativas de adaptação e de enfrentamento pela interferência no subsistema regulador do organismo, de natureza química, neural ou endócrina. Portanto, a percepção distorcida da realidade pelo paciente pode se constituir em um acontecimento estressante e ameaçador, provocando, por vezes, até a suspensão da cirurgia.

Como administradora e coordenadora da assistência de Enfermagem nesse ambiente, a enfermeira está inserida em um mundo intersubjetivo, compartilhado com seu semelhante em um mundo comum, que pode ser vivenciado e interpretado por todos. O papel que ela cumpre, porém, permite que estabeleça um modo de comunicação terapêutica mútua, com a equipe e com o paciente cirú-

rgico, voltado para a prestação de um cuidado de qualidade.

A necessidade de detectar a relação enfermeira/paciente como ato de cuidado desde a entrada no CC é uma estratégia de identificação das formas de diminuir as condições que podem acontecer, nesse momento, entre as ocorrências oriundas do ambiente e as relações sociais capazes de interferir no sucesso da cirurgia (CRUZ, VARELA, 2000).

O ambiente considerado como espaço social é o local onde a experiência e os valores surgem e depende da influência da representação mental dessa vivência, que envolve julgamento. Por sua vez, o julgamento abrange a exploração de significados adquiridos em virtude do quadro e da imagem mentalmente construída, como resultado prático do sentido conceitual no contexto da área estudada (CHINN, KRAMER 1995).

É aí que o paciente necessita da presença e da atenção da enfermeira, assim como do cuidado e do conforto, para reduzir sua ansiedade e dissipar seus temores. Estar presente requer um comportamento de mostrar-se por inteiro, numa relação mútua, diretamente ligada à demonstração de afeto e de atenção ao outro. Consiste em criar um relacionamento positivo entre pessoas, no qual haja espaço para a confiança e a esperança (SANTIN, 1998). Trata-se de uma atitude expressa na forma atenta e reflexiva de ouvir o outro para uma maior compreensão do que se passa com essa pessoa, como uma maneira essencial de cuidado (SILVA, 1999). Tal relação demonstra um modo de garantir o conforto físico e mental do paciente, enquanto ele estiver recebendo ou aguardando qualquer procedimento terapêutico (ORLANDO, 1978).

Mas o conforto só pode ser atingido por meio do diálogo, o "ser do homem", que tem uma maneira de se relacionar com os outros na qual a pergunta e a resposta são um dos meios de comunicação – comunicação de um ser que fala de uma tradição que precisa



ser reconhecida e compreendida; que fala de uma história de vida, verbalizada pela linguagem, com suas idéias e conjecturas (pré-julgamentos e julgamentos), fundamentais na avaliação de possíveis resultados da ação terapêutica da Enfermagem. Essas se constituem em possibilidades de abrir novas alternativas para a interpretação e a compreensão (GADAMER, 1990).

MOREIRA et al (1999) enfocam que a interpretação só pode ser efetivada com base no que se ouve e se sabe do outro pela linguagem; e o que se sabe muda no curso da história da vida e das novas experiências, alterando também as perspectivas necessárias à compreensão.

A pessoa, nesse momento, precisa de cuidado e atenção, de preocupação com sua condição – necessidade de cirurgia – e de valorização de tal estado, a fim de que a enfermeira possa compreendê-la e controlar no ambiente toda e qualquer situação capaz de interferir na sua aceitação do procedimento, pois, dessa forma, terá possibilidade de readquirir a confiança e a esperança no sucesso cirúrgico.

A manutenção de um ambiente seguro é uma das primeiras necessidades, já recomendadas por TUDOR (1994), quando aborda a expansão do papel do profissional de Enfermagem de Centro Cirúrgico. Só assim a enfermeira pode promover uma assistência humanizada, entendida como o ato de receber e assistir com humanidade o paciente, percebendo ou mesmo sentindo suas demandas imediatas na hora em que ele adentra o CC.

Considerando que a permanência do paciente no Centro Cirúrgico até a Sala de Operação compreende o instante em que a enfermeira presta assistência direta a esse indivíduo, ela deve centralizar sua atenção no cuidado, na relação terapêutica e, em especial, nas ocorrências do ambiente, a fim de proporcionar melhores condições de atendimento. O cuidado, como ato inerente do profissional de Enfermagem na interação com

a pessoa que necessita de assistência e apoio para seu bem-estar, é entendido como um instrumento de capacitação. Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de analisar o cuidado da enfermeira na relação com o paciente e as reações do indivíduo ao ser submetido a uma cirurgia, desde sua entrada no CC até seu percurso e chegada à SO. Trata-se, afinal, de um momento importante, pois, de um lado, está o(a) enfermeiro(a) e seu mundo de trabalho e, do outro, o paciente cirúrgico, apreensivo, assustado e com medo.

Esperamos, assim, contribuir para a construção do conhecimento, especialmente para a reflexão a respeito dos aspectos essenciais na relação enfermeira/paciente a serem considerados no cuidado prestado ao paciente cirúrgico.

METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo, tipo relato de experiência, e foi realizado com o objetivo de analisar o cuidado do(a) enfermeiro(a) na relação com o paciente cirúrgico, da entrada no CC até o percurso rumo à SO. Para tanto, optamos pela técnica de observação não sistemática, desenvolvida por meio de trabalho de campo, conforme os passos sugeridos por MINAYO (2000): contato e aproximação com as pessoas da área selecionada para estudo, apresentação da proposta e exame propriamente dito.

Para a continuação desta abordagem com respeito aos aspectos éticos determinados pela Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética (BRASIL, 1996), sobre pesquisas com seres humanos, apresentamos às enfermeiras, após a obtenção da autorização da direção da instituição, a proposta do estudo com os devidos esclarecimentos e, dessa forma, conseguimos a participação de todas, tendo deixado claro que não havia risco e/ou constrangimento no procedimento de observação.

Os sujeitos observados foram três enfer-

meiras de uma instituição pública de grande porte, localizada na cidade de Fortaleza (CE), lotadas no CC e responsáveis pela prestação de cuidados aos pacientes cirúrgicos desde sua entrada no Centro Cirúrgico até sua transferência para o Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA).

Procuramos também notar as reações dos pacientes em resposta ao cuidado recebido das profissionais aqui analisadas, uma vez que consideramos a emoção transmitida não só pela enfermeira durante sua relação com os pacientes, mas igualmente a percebida por eles e por nós, quando definido o campo em que ocorre uma observação, independentemente do observador. Essas reações especificam a natureza do ato, cujo sentimento é influenciado pelo campo de atuação (MATURANA, 1995). O autor destaca ainda que tal emoção precisa ser compreendida levando-se em conta, simultaneamente, a ocorrência, o aprendizado e o reconhecimento das atitudes.

As observações foram realizadas por uma das autoras durante o mês de maio de 2000, das 10 às 14 horas, período real de maior fluxo para analisar as ações individuais de cada enfermeira na prestação de cuidado ao paciente.

O êxito dessa avaliação está diretamente ligado à experiência adquirida no exercício da prática e no discernimento do pesquisador para registrar fielmente os dados obtidos, não se caracterizando, porém, como um processo totalmente livre, em virtude da necessidade de interação mínima com o sistema e o controle que se impõe em situações dessa natureza (LAKATOS, 1995).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor entendimento, consideramos necessária a caracterização do ambiente onde realizamos as observações.

Entendemos o espaço destinado ao



cuidado como uma área limitada para a demanda do fluxo de pessoas, entre as quais se incluem os pacientes, que permanecem muito próximos uns dos outros, dificultando o trabalho e estimulando distúrbios na relação enfermeira/paciente, uma vez que a comunicação, pelo fato de ser ouvida por todos, é como se se referisse a cada um deles, dada a condição de doente de cada um.

Entretanto, a preocupação das enfermeiras em receber as pessoas e relacionar-se com elas é mostrada como uma prerrogativa própria, numa demonstração de ajuda. Percebemos esse fato na forma como elas se aproximavam dos pacientes, se apresentavam e se dispunham a ajudá-los, apesar de a continuação da assistência ter sido voltada para os aspectos técnicos e instrumentais do cuidado, quando as questões aos pacientes se referiam, em sua maioria, às condições essenciais para o desenvolvimento da cirurgia: “O senhor ou senhora está em jejum? Tem alergia? Diabetes? É hipertenso(a)? É tabagista? É etilista?”, questionavam. Tais perguntas eram feitas ao mesmo tempo em que as enfermeiras buscavam, nos prontuários, algo que pudesse interferir no procedimento cirúrgico ou impedi-lo.

A análise do cuidado da enfermeira na relação com o paciente fundamentou-se na resposta ao questionamento sugerido por CHINN, KRAMER (1995) para a exploração de quadros e valores, adequando-se, portanto, à realidade do estudo na questão: “Que cuidado é esperado da enfermeira na relação com o paciente em CC, dentro do contexto social descrito?”

Também levamos em conta o conceito de WATSON, *apud* TALENTO (2000), que percebe o cuidado como o atributo mais valioso que a Enfermagem tem para oferecer à humanidade e propõe dez fatores básicos. Destes, os três primeiros formam os fundamentos filosóficos para a ciência do cuidado, constituindo as bases para a presente abordagem: a formação de um sistema humanístico-altruísta, a estimulação da fé-esperança e o cultivo da sensibilidade para si e para os outros.

Foi assim que avaliamos o comportamento da equipe, em particular da enfermeira, na relação com o paciente, e destacamos os pontos de observação e análise. Nesse contexto, a enfermeira se vê tolhida em sua autonomia e pressionada por todos para resolver os problemas administrativos da unidade e os assistenciais, relacionados com os pacientes. Até porque a permanência de tais pessoas no CC é bastante complexa, uma vez que elas chegam ali quase que simultaneamente ao horário marcado para o início da cirurgia, o que dificulta a relação enfermeira/paciente, devido às exigências impostas por essa situação e pela própria equipe cirúrgica, que nem sempre se dá conta da condição do indivíduo a ser operado e de suas necessidades.

A preocupação das enfermeiras com o cuidado de relacionar-se com o paciente no CC se caracterizou como forma de valorização, já que elas mostraram um sentimento voltado para o aspecto humano do processo de comunicação, apesar da complexidade estrutural do ambiente, que, em determinados momentos, as induzia a comportamentos indesejados, como o de dar respostas apressadas que denotaram sinais de irritação.

Como reações de passividade dos pacientes, os quais, durante a maior parte do tempo, permaneciam com o olhar fixo na enfermeira que os assistia, observamos o fato de ficarem sujeitos às regras e normas do serviço, respondendo apenas a algumas perguntas que lhes eram direcionadas e limitando-se, às vezes, à resposta para a última questão, nem sempre ouvida pela profissional responsável. Esta estava sempre ocupada em dar prosseguimento a outros processos, como uma forma de cumprir a tarefa rapidamente – e conduzindo a interpretações de sua condição que demonstraram a falta de ocorrência do processo de comunicação e da relação enfermeira/paciente.

Surpreendente foi observar a insatisfação das enfermeiras com seu próprio desempenho, por exemplo, ao serem interrompidas para esclarecimentos de situações administrativas ou por solicitações apressadas da equipe

médica ou, ainda, pelo paciente, quando nem mesmo haviam conseguido concluir a função técnica inicial de receber esse indivíduo. Em tais casos, elas respondiam algo como: “Calma, já estou levando”. E diziam a frase num tom de irritação, embora concluíssem a tarefa com rapidez para atender ao pedido.

Não notamos atividades nem ações de Enfermagem voltadas a intercorrências no ambiente, principalmente em relação ao tumulto gerado pelas conversas simultâneas. Assim, quando, em determinado momento, uma enfermeira falou para um paciente que estava faltando uma radiografia e uma outra pessoa próxima, que aguardava para ser atendida, questionou se a falta do exame se referia a ela, a profissional continuou se dirigindo ao primeiro, como se não tivesse escutado a pergunta. O paciente que inquiriu a enfermeira ficou inquieto, razão por que tivemos de fazer uma intervenção no intuito de tranquilizá-lo.

Observamos, por outro lado, uma preocupação da equipe de Enfermagem em demonstrar o respeito e a consideração para com o ser humano, com vistas a garantir a conclusão da assistência. Entretanto, isso pode ter sido decorrente do envolvimento com as atividades de preparo da Sala de Operação.

O desenvolvimento das atribuições das enfermeiras no CC é bastante dificultado pela complexidade da dinâmica de trabalho, em virtude da diversidade de visão de mundo e de valores que ocorre no encontro de seres humanos no local onde estão envolvidos quando se manifestam níveis de conhecimento, experiências de vida, sentimentos e emoções. Nesse processo de subjetividade e intersubjetividade, são apresentadas diversas formas de operações mentais capazes de desencadear sentimentos em todas as pessoas da equipe, os quais podem ser transmitidos ao paciente pela estranheza da situação, tais como desconfiança, insegurança, ansiedade e estresse.

Caracterizada como complexa, a situação vai de encontro aos conceitos de MORIN (1997) acerca da compreensão, que têm



como princípios a tolerância, o direito humano de livre expressão e o respeito institucional democrático às minorias e também a argumentos contrários aos nossos, porque o oposto de uma verdade não é um erro, mas uma verdade contrária.

No complexo contexto ambiental do CC, portanto, observamos a preocupação de todos com o atendimento do paciente que estava sendo assistido, embora os membros da equipe permanecessem atentos às solicitações da clientela externa, modificando, assim, o comportamento da enfermeira no desempenho das atividades e no relacionamento com o paciente, então influenciado não só pela limitação do espaço, como também pela dinâmica do trabalho, dada a exigência da equipe cirúrgica e o fluxo de pessoas, sempre em atitude de cobrança.

O Centro Cirúrgico como espaço do cuidado na relação enfermeira/paciente é visto como um ambiente propício à assistência específica. Na concepção de WATSON, *apud* TALENTO (2000), esse cuidado consiste no desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos, com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizado para o paciente/ser e junto com ele para a promoção, a manutenção e/ou a recuperação de sua dignidade. Assim, pode ser aplicado segundo o exame dos próprios pontos de vista da pessoa, de suas crenças e valores e de sua maneira de interação com várias culturas e experiências de vida.

Dessa forma, o paciente deve ser visto como o foco das atenções, pois, como ser humano, é constituído de corpo e alma, mente e emoção. Portanto, pensa, sente e vive uma experiência de vida naquele momento único para si, no qual as emoções não podem ser reprimidas. A enfermeira tem de buscar o olhar dessa pessoa para observar suas reações e dialogar. É necessário que ela seja um ser cuidador e se dedique a um ser humano singular que, naquele instante, vive seu drama e

precisa de compreensão (CREMA, 1999).

O cuidado é entendido como um ato de interação composto de ações de Enfermagem dirigidas ao paciente e compartilhadas com ele, o que envolve o diálogo, a ajuda, a troca, o apoio, o conforto e a descoberta do outro, além do esclarecimento de dúvidas decorrente da capacidade de ouvir e do cultivo da sensibilidade, de modo que o profissional valorize e compreenda o indivíduo, assim como o ajude a melhorar sua condição de enfrentar a cirurgia ou situações de risco.

Para tanto, asseguramos, por experiência profissional, que a enfermeira precisa não só desenvolver os cuidados citados anteriormente nesse período, como assumir a posição de mãe carinhosa, compreensiva e protetora; de psicóloga, na identificação de alterações comportamentais; de assistente social, no auxílio à resolução dos problemas relativos às necessidades pessoais; até mesmo de uma religiosa, para dar o apoio espiritual necessário ao enfrentamento de situações difíceis; de mensageira, como elo com a família; e de advogada, na defesa dos direitos dos pacientes diante das intercorrências ambientais e da dinâmica do trabalho, favorecendo, assim, um relacionamento de confiança seguro e contínuo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A permanência do paciente em CC é um acontecimento complexo, que foi abordado neste estudo apenas sob alguns aspectos. Dentre eles, destacamos a preocupação da enfermeira em manter a relação com esse indivíduo. Apesar de ela ter demonstrado uma prática focada na valorização e na humanização, observamos uma assistência voltada para as questões técnico-operacionais do cuidado, direcionadas às condições essenciais ao desenvolvimento do ato operatório, que, apesar de importantes, não substituem os aspectos humanos do cuidado de relacionar-se bem com o paciente.

Esses aspectos podem estar margina-

lizando as alternativas de assistência capazes de minimizar o sofrimento e as formas de enfrentamento do paciente em situações de risco.

A análise da situação aponta que, além de palavras e tentativas, faz-se necessária uma ação transformadora cujo ponto de partida seja a compreensão do ser, numa relação humana de troca e de demonstração de afeto e respeito por nós enfermeiros e pelos pacientes, essencialmente no CC. A visão de mundo não muda quando as pessoas vivenciam determinadas situações; o que muda são suas reações.

O presente estudo nos estimulou a buscar novos meios de possibilitar uma maior compreensão das dificuldades da enfermeira na relação com o paciente em Centro Cirúrgico, principalmente as relacionadas com o ambiente destinado à concretização de tal relacionamento.

Nesse sentido, as enfermeiras devem refletir sobre a necessidade de favorecer um ambiente mais tranqüilo, onde o paciente possa expressar seus sentimentos, crenças, valores, temores e experiências de vida, visando ao enfrentamento da cirurgia e ao relacionamento enfermeira/paciente. Para tanto, precisam buscar a compreensão do indivíduo que vai ser submetido a uma cirurgia como um ser total – não só corpo nem só alma, mas o ser pessoa que pensa, sente e vive uma experiência de vida única para si, na qual as emoções não podem ser reprimidas.

É importante que a relação enfermeira/paciente representada pelos cuidados pré-cirúrgicos seja compartilhada entre os profissionais e os familiares que participam desse processo em todos os setores da instituição, durante o período integral de recuperação do doente.

No esquema a seguir, propomos, para a enfermeira, condições de criar um ambiente de relação favorável à confiança, à liberdade e à transformação que vão ser percebidas pelo paciente, porquanto as pessoas, pela percepção, têm consciência dos eventos que ocorrem

RELAÇÃO ENFERMEIRO/PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO (CC)



no meio, sentindo e reagindo de acordo como vêem o mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2, p. 14-25, 1996. Suplemento.

CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. G.; GATTO, M. A. F. Assistência de Enfermagem no período transoperatório. *Enfoque*, v. 14, n. 1, p. 7-11, 1985.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. Exploring contexts and values In: CHINN, P. L. *Theory and nursing: a systematic approach*. 4. ed. New York: Mosby, 1995, p. 87-8.

CREMA, R. Paradigma do cuidar – uma sociedade em transformação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM: CUIDAR – AÇÃO TERAPÊUTICA DA ENFERMAGEM, 50., 1999, Salvador. *Anais*. Salvador: ABEN – Seção-BA, 1999, p. 39-48.

CRUZ, E. A da; VARELA, Z. M. V. A admissão em Centro Cirúrgico como espaço de cuidado. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFER-

MAGEM, 52., 2000, Olinda. *Resumo*. Olinda: ABEN-Seção-PE, 2000, p. 12.

D'ASSUMPCÃO, E. A. Apelo de um paciente aos médicos. *Bol. Capes*, p. 16, dez. 1994.

FUREGATO, A. R. F. *Relações interpessoais terapêuticas na Enfermagem*. Ribeirão Preto. São Paulo: Scala, 1999.

GEORGE, J. B. *Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. 49. ed. Porto Alegre: Artimed, 2000a, cap. 21, p. 204-24.

GEORGE, J. B. *Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artimed, 2000b, p. 253-65.

HEIDER, F.; ASCH, S. A interdependência do comportamento nas relações intergrupais. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coords.). *Psicologia social*. 4. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000, p. 43-4.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. *Fundamentos de metodologia científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MATURANA, H. Ciência e cotidiano: a antologia das explicações científicas. In: WATZLAWICK, P.; KRIEG, P. (Orgs.). *O olhar do observador: contribuições para a construção do conhecimento construtivista*. São Paulo: Editorial PSH, 1995, p. 163-98.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORA, J. F. *Dicionário de filosofia*. Madrid: Alianza Editorial, 1990, v. 2, p. 1314-6.

MOREIRA, R. V. O. et al. A hermenêutica filosófica de Gadamer. In: BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. (Orgs.). *O elefante e os cegos*. Fortaleza: Casa José de Alencar, 1999, p. 47-71.

MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G de; CARVALHO, E. de A.; ALMEIDA, M. da C. de (Orgs.). *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina, 1997.

ORLANDO, I. J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente: função, processo e princípios*. São Paulo: EPU, 1978.

SANTIN, S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a Enfermagem desenvolvido segundo o costume dos filósofos. *Texto Contexto Enferm.*, v. 7, n. 2, p. 111-32, 1998.

SILVA, A. L. da. Cuidado como momento de encontro e troca. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM: CUIDAR – AÇÃO TERAPÊUTICA DA ENFERMAGEM, 50., 1999, Salvador. *Anais*. Salvador: ABEN-Seção BA, 1999, p. 74-9.

TUDOR, M. Enfermagem de Bloco Operatório: uma espécie em risco de extinção. *Nursing*, n. 73, p. 9-11, 1994. Edição brasileira.

AUTORIA

Enêde Andrade da Cruz

Enfermeira, mestre em Enfermagem, professora da UFBA e doutoranda em Enfermagem na UFC.

Enedina Soares

Enfermeira, livre-docente e bolsista do Programa de Desenvolvimento Científico



ESTRATÉGIAS DE COPING DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES CIRÚRGICAS

Coping STRATEGIES of the NURSING STAFF of the SURGICAL UNITS

Resumo – O presente estudo tem, como objetivos, levantar estratégias de coping utilizadas pelos profissionais de Enfermagem das Unidades Cirúrgicas de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo e propor medidas para minimizar situações geradoras de estresse. A metodologia é exploratória descritiva, com análise quantitativa dos dados, utilizando, como instrumento, o inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus adaptado por SAVOIA, SANTANA e MEJIAS. Os resultados mostram que 30% das estratégias referidas são centradas no problema e 24% na emoção, com significativa reavaliação positiva da situação estressante. Já 26% dos profissionais adotam a estratégia de fuga e esquiva, que também tem como centro a emoção e deriva principalmente de processos defensivos, os quais fazem com que os indivíduos evitem se confrontar conscientemente com a realidade da ameaça. Consideramos a necessidade de discutir as condições de trabalho nessas unidades para que os eventos estressores sejam minimizados e os mecanismos de enfrentamento resultem em medidas efetivas para os sujeitos que as vivenciam.

Palavras-chave – Estratégias de coping; estresse; Enfermagem Cirúrgica.

Abstract – The purpose of the present study is to know coping strategies used by the nursing staff of the surgical units in a Medical Hospital School located in the outskirts of São Paulo State and to propose actions to reduce stress situation. The method is an explorative and descriptive one with data quantitative analyses, using coping strategies, developed by Folkman and Lazarus adapted by Savoia;

Santana and Mejias. The results show 30% coping strategies are focused on the problem; 24% on the emotion with positive re-evaluation of the stressful situation and 26% using "escape-equiv" strategies; focused on the emotion that derives mainly from the defensive processes what makes the individual avoid to confront consciously, with the reality of the threat. We consider the need to discuss the work conditions in these units so that the stressful events can be minimized and the coping strategy can result in effective ways to the individuals that live them.

Key words – Coping strategies; stress; Surgical Nursing.

INTRODUÇÃO

Muitos estudos têm sido realizados com o intuito de abordar como o estresse influencia na saúde e no bem-estar dos indivíduos na sociedade em que vivemos. No senso comum, afirma-se que o ser humano vive estressado e necessita de estratégias para enfrentá-lo.

No entanto, o conceito de estresse contempla várias perspectivas. SELYE (1976), apud SCHMID (1990), destaca as reações do organismo diante dos estressores e considera os eventos psicológicos e fisiológicos respostas a uma situação estressante. Desenvolveu o conceito da Síndrome de Adaptação Geral, que trata do preparo para a luta ou para a fuga e se compõe de três etapas: alarme, resistência e exaustão. A primeira, que sugere um estado de alerta, inclui o reconhecimento do estressor e o

preparo para a ação. A segunda é a preparação, pelo corpo, do dano físico causado pelo estresse. Já a terceira dá origem a doenças graves, uma vez que as reações se tornam nocivas nessa etapa.

Com tal definição, percebemos que o estresse é inerente à vida, pois qualquer mudança gera certo nível dessa condição, constituindo-se em desafio necessário ao indivíduo no seu desempenho cotidiano – e, portanto, num fator positivo. Quando esse nível se acentua e não pode ser controlado, ameaça a integridade biopsicossocial da pessoa, repercutindo negativamente em sua vida. É possível encontrar estressores no local de trabalho ou relacionados com assuntos pessoais e do meio ambiente. Os conflitos de relações, os aspectos financeiros e a estrutura física, entre outros fatores acumulados aos eventos do dia-a-dia (microestressores) no ambiente ocupacional, podem se transformar em uma grande fonte de estresse (SAVOIA, 1999).

Existem várias abordagens sobre o estresse vivenciado pelo enfermeiro em seu campo de trabalho, o nível desse estado e as causas possíveis, como as de CHAVES (1994) e HARRIS (1989). Especificamente no Centro Cirúrgico, BIANCHI (1990) realizou um estudo que considera esse local como fonte estressora em decorrência dos eventos que lá ocorrem e da constante exposição dos profissionais ao imprevisto, por conta dos procedimentos de urgência e emergência, da necessidade de barreira física, para torná-lo "fechado", e do relacionamento com a equipe médica, com colegas e com a administração, o qual não

está isento de conflitos, de salários, de atribuições, etc.

No entanto, poucos autores pontuam as estratégias de enfrentamento do estresse, que, como vimos, é inevitável. A esse enfrentamento chama-se *coping*. Segundo LAZARUS; FOLKMAN (1984), o conceito, que tem sido importante, pois tanto leigos quanto profissionais tentam entendê-lo, refere-se a esforços cognitivos e comportamentais com o objetivo de controlar demandas internas (emoções) e/ou externas (eventos externos) que excedem ou fatigam os recursos da pessoa.

Para Mc HAFFIE (1992), as definições de *coping* postulam a noção da tentativa de restaurar o equilíbrio em resposta ao estresse. Já SAVOIA (1999) define o *coping* como todos os esforços de controle sem considerar as conseqüências, ou seja, é uma resposta ao estresse – comportamental ou cognitiva – com a finalidade de reduzir suas qualidades aversivas.

Cientificamente, FOLKMAN et al (1986) referem que as respostas neuroendócrinas que ocorrem no organismo do indivíduo quando ele vivencia situações estressantes são consideradas processos adaptativos. Como não é um ser passivo, o homem tem capacidade de emitir esforços, de acordo com seus significados pessoais, para modificar, minimizar ou controlar as demandas. Com isso, podemos dizer que há mediadores também do processo psicológico, os quais são responsáveis pelas respostas cognitivas, comportamentais e emocionais diante do estresse, determinando as experiências do ser humano ou contribuindo com elas.

Assim, é importante estabelecer nossa funcionalidade na vida, visto que realizamos tal controle cotidianamente, sobretudo no ambiente de trabalho, onde passamos grande parte do nosso tempo.

Muitas são as estratégias de *coping* que podem ser utilizadas em situações gerais ou específicas. Neste estudo, utilizamos como

referencial teórico os trabalhos de LAZARUS; FOLKMAN (1984), que classificam o *coping* em duas importantes divisões: o centrado no problema e o centrado na emoção. O primeiro diz respeito a estratégias mais voltadas à realidade do ambiente e o segundo busca substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo.

Segundo SAVOIA (1999), as pessoas se valem de ambas as formas, o que pode impedir ou facilitar a manifestação de uma ou outra. O modo pelo qual alguém usa o *coping* está determinado, em parte, por seus recursos, os quais incluem saúde e energia, crenças existenciais, habilidades sociais e para a solução de problemas, suporte social e recursos materiais.

Para mensurar esse enfrentamento, vários instrumentos são empregados e refletem as classificações e estratégias adotadas por seus autores. O inventário de estratégias de *coping* de FOLKMAN; LAZARUS (1985) é um questionário com 46 itens que englobam o pensamento e as ações que as pessoas utilizam para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico.

Neste estudo, cuja situação de estresse considerada é o ambiente de trabalho dos profissionais de Enfermagem no Bloco Cirúrgico, optamos pelo instrumento validado para uso em português por SAVOIA; SANTANA; MEJIAS (1996), por se tratar de um formulário preciso e coerente, com resultados similares aos de Folkman e Lazarus.

OBJETIVOS

- Levantar, por meio de um instrumento específico, as estratégias de *coping* utilizadas em uma situação de estresse no trabalho pela equipe de Enfermagem do Bloco Cirúrgico de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo.
- Propor, ante o resultado encontrado, estratégias de atuação que visem a minimizar as situações geradoras de estresse, como reuniões periódicas com a

equipe e programas de educação continuada e relacionamento interpessoal, entre outras que se fizerem necessárias.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Este trabalho consiste em um estudo exploratório descritivo, com análise quantitativa dos dados, realizado nas seções de Centro Obstétrico (CO), Cirurgia Ambulatorial (CA), Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e Centro Cirúrgico (CC) de um hospital de ensino do interior paulista, escolhidas por serem Unidades Cirúrgicas com barreira física e elevados eventos estressantes.

A população foi constituída de 82 profissionais de Enfermagem, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, porém 54 participaram da pesquisa, excluindo-se os que estavam ausentes, em licença ou em férias, e os que se recusaram a tomar parte da iniciativa.

Realizamos a coleta de dados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, usando um instrumento elaborado por SAVOIA; SANTANA; MEJIAS (1996) – uma adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus. O formulário traz 46 itens, cada qual com a possibilidade de escolher as seguintes opções: não usei a estratégia, usei um pouco, usei bastante e usei em grande quantidade. Além disso, determina oito fatores que correspondem às escalas das estratégias de *coping*: fator 1 = confronto; fator 2 = afastamento; fator 3 = autocontrole; fator 4 = suporte social; fator 5 = aceitação da responsabilidade; fator 6 = fuga e esquiva; fator 7 = resolução de problemas; e fator 8 = reavaliação positiva.

Os questionários foram distribuídos individualmente aos profissionais, que também receberam esclarecimentos sobre a finalidade, os objetivos e a dinâmica do estudo, além da garantia do anonimato, e atestaram sua concordância em participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento informado.

Orientamos os participantes a se recordarem de uma situação de estresse vivenciada menos de um mês antes daquela ocasião em sua vida profissional e agendamos um dia para receber de volta os formulários.

Os dados foram analisados segundo os fatores do inventário, com a utilização da estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada refere-se ao número total de servidores que atuam nas unidades de CO, CC, CA e RPA, ou seja, a 82 profissionais. A amostra, porém, foi constituída de 54 pessoas (65,85%), aqui não caracterizadas para garantir seu anonimato, conforme o gráfico 1. Quanto aos dados encontrados, a tabela 1 e o gráfico 2 demonstram os fatores e sua incidência no grupo estudado.

Gráfico 1 - Profissionais de Enfermagem das Unidades Cirúrgicas de um hospital de ensino. Botucatu, 2003.

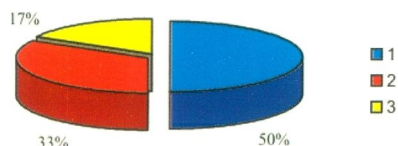
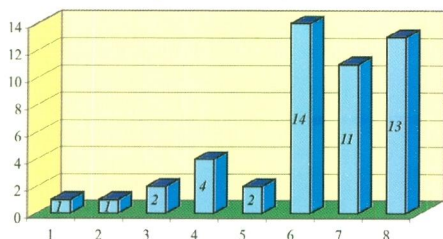


Gráfico 2 - Número dos fatores de coping dos profissionais de Enfermagem das Unidades Cirúrgicas. Botucatu, 2003.



Por meio desses dados, constatamos que aproximadamente 30% dos sujeitos do estudo optam pelos fatores cujas estratégias são centradas no problema. Segundo LAZARUS; FOLKMAN (1984), tais medidas referem-se aos esforços para admi-

Tabela 1 – Número absoluto e percentual dos fatores de coping dos profissionais de Enfermagem das Unidades Cirúrgicas. Botucatu, 2003.

FATORES – Estratégias de Coping	Nº de Profissionais de Enfermagem	Percentual (%)
Fator 1 – Confronto	01	1,85
Fator 2 – Afastamento	01	1,85
Fator 3 – Autocontrole	02	3,70
Fator 4 – Suporte Social	04	7,40
Fator 5 – Aceitação da Responsabilidade	02	3,70
Fator 6 – Fuga e Esquiva	14	25,95
Fator 7 – Resolução de Problemas	11	20,37
Fator 8 – Reavaliação Positiva	13	24,08
Fator 4 + Fator 6 + Fator 7	01	1,85
Fator 5 + Fator 7	01	1,85
Fator 3 + Fator 5 + Fator 6 + Fator 7	01	1,85
Fator 6 + Fator 8	01	1,85
Fator 6 + Fator 7	02	3,70
Total	54	100,00

nistrar ou alterar o problema, melhorando o relacionamento entre a pessoa e seu meio. Trata-se de ações voltadas para a realidade, consideradas mais adaptativas por sua capacidade de modificar as pressões ambientais e por sua tentativa de remover ou abrandar a fonte estressora.

Verificamos também que 24,08% dos participantes utilizam o fator reavaliação positiva como estratégia de reavaliação cognitiva com o objetivo de modificar o significado da situação, não se importando se isso é feito de forma realista ou com distorção da realidade. Esse mecanismo, centrado na emoção, não modifica o que ocorreu, mas serve para o indivíduo negociar com as emoções e, assim, manter uma auto-estima positiva, assim como a esperança e o bem-estar (CHAVES et al, 2000).

De maneira semelhante, os estudos de HENDEL; FISH; ABOUDI (2000) relatam que, durante um estado nacional de emergência, as enfermeiras hospitalares expressam sentimentos de estresse, tensão e desconforto, utilizando predominantemente estratégias de coping de ação direta, referentes àquelas orientadas para o problema e para os aspectos

positivos do fato.

Observamos que 25,95% dos profissionais de Enfermagem analisados adotam a estratégia de fuga e esquiva, também centrada na emoção, o que, segundo HYMOVICH; HAGOPIAN (1992), deriva principalmente de processos defensivos, que fazem com que os indivíduos evitem se confrontar conscientemente com a realidade da ameaça.

Ressaltamos que 11,10% dos sujeitos associam estratégias de modo equivalente e impedem o predomínio de uma sobre as outras, colocando-as no centro do problema e da emoção para enfrentarem os eventos estressantes do cotidiano ocupacional.

Percebemos, com este estudo, que as pessoas em situações estressantes na vida profissional reagem de maneiras diferentes, uma vez que as formas pelas quais utilizam os mecanismos de coping dependem dos recursos de que dispõem e das forças que os inibem.

Mc HAFFIE (1992) refere que tais recursos são aqueles que estão disponíveis para os indivíduos construir seus próprios repertórios de coping. Alguns são proprie-

www.sobec.org.br

dades da pessoa e incluem saúde física e mental, crenças positivas, capacidade para a solução de problemas e habilidades sociais. Outras categorias são ambientais e abrangem recursos sociais e materiais. Diante disso, podemos dizer que vários fatores influenciam no modo como um indivíduo responde ao estresse e como este repercute em sua vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que os profissionais de Enfermagem das Unidades Cirúrgicas usam estratégias de coping baseadas tanto na solução de problemas (coping centrado no problema) quanto na emoção (coping centrado na emoção), com predominância da segunda forma, como a fuga e a esquiva seguida de reavaliação positiva,

sugerindo o caráter emocional que envolve as relações profissionais.

Portanto, há necessidade de discutir as condições de trabalho nessas unidades para que os eventos estressores sejam minimizados e os mecanismos de enfrentamento resultem em medidas efetivas para os sujeitos que as vivenciam. A discussão pode ser conduzida com programas de educação continuada que explicitem as situações e proponham soluções.

Consideramos importante, para a seqüência deste estudo, a comparação entre as estratégias referidas pelos profissionais de Enfermagem das Unidades Cirúrgicas e as utilizadas pelos membros das demais unidades que não possuem barreiras físicas e lidam menos com o imprevisto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIANCHI, E. R. F. *Estresse em Enfermagem: análise do enfermeiro em Centro Cirúrgico*. São Paulo, 1990. 113p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CHAVES, E. C. *Stress e o trabalho do enfermeiro: a experiência de características individuais no ajustamento e tolerância do turno noturno*. São Paulo, 1994. 163p. Tese (Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

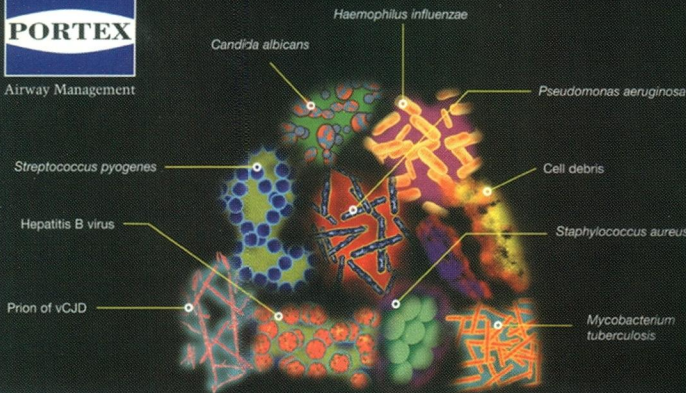
CHAVES, E. C. et al. *Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a Enfermagem*. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n.4, p. 370-5, 2000.

FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and social Psychology*, v. 50, p. 992-1003, 1986.

HARRIS, R. B. Reviewing nursing stress according



Airway Management



Eliminando Riscos

Portex SOFT SEAL

Máscara Laríngea Descartável

smiths

Ajudando você a manter a vida

Matriz: Rua Agostinho de Azevedo,360 - Jd.Boa Vista - SP - 0800-55499 - PABX: 3783-9299
 Mega Store: Rua Borges Lagoa,570 - V.Clementino S. Paulo - SP - fone: 5908-9000



to a proposed coping – adaptation framework. *Adv. Nurs. Sci.*, v. 11, p. 12-28, 1989.

HENDEL, T.; FISH, M.; ABOUDI, S. Strategies used by hospital nurses to cope with a national crisis: a manager's perspective. *Internacional Nursing Review*, v. 47, p. 224-31, 2000.

HYMOVICH, D. P.; HAGOPIAN, G. A. *Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1992.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984.

Mc HAFFIE, H. E. Coping na essential element of nursing. *Journal of advanced Nursing*, v. 17, p. 933-40, 1992.

SAVOIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.

SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Rev. Psiq. Clin.* v. 2, p. 57-67, 1999.

AUTORIA

Carla Spiri

Professora doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP.

Endereço para correspondência:

Distrito de Rubião Jr., s/nº,

Botucatu, SP

CEP: 18618-970

Tel.: (14) 6802-6070

Fax: (14) 68235264

E-mail: wilza@fmb.unesp.br

Marcília C. Bonacordi Gonçalves

Enfermeira mestra em Cirurgia e chefe do Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP.

Telma Marques dos Santos

Aluna do 4º ano de graduação do Curso de Enfermagem da UNESP de Botucatu.

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP/2003: PERFIL DOS CANDIDATOS

SPECIALIZATION COURSE IN OPERATING ROOM NURSING AT THE NURSING SCHOOL OF SÃO PAULO UNIVERSITY/2003: CANDIDATES' PROFILE

Ruth Natalia Teresa Turrini, Estela Regina Ferraz Bianchi e Kazuko Uchikawa Graziano

Resumo – A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) foi a pioneira na implantação do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico, em 1988. O presente estudo teve o objetivo de verificar o perfil do enfermeiro que procura aprofundamento nessa área específica. Em 2003, 66 candidatos se inscreveram no curso, os quais se submeteram às etapas de avaliação de currículo e entrevista. A população foi predominantemente do sexo feminino, com idade média de 33 anos, a maioria proveniente do Município de São Paulo, egressa de faculdades privadas e com até um ano de formada. De forma compatível com a tendência atual de mercado, essas pessoas referiram ter cursado outra especialização, com ênfase em Administração Hospitalar. Ainda é pequena a parcela dos profissionais que possuem experiência em desenvolver pesquisas e apresentar trabalhos em eventos. Deve-se, portanto, incentivar a realização de cursos de especialização nessa área, dada a elevada procura observada e também a necessidade de preparar os enfermeiros para uma atuação baseada em conhecimentos e em pesquisas.

Palavras-chave – Enfermagem em Centro Cirúrgico; ensino.

Abstract – The Nursing School of the University of São Paulo was pioneer in the implantation of the course of specialization in Operating Room Nursing in 1988. The objective of the present study is to verify the profile of nurses who look for more knowledge in this specific area. The group was constituted of 66 nurses who submitted to the stages of curriculum evaluation and interview. The most of the respondents were female. The average age was 33 years; most of them came from São Paulo City and studied in private colleges. Compatible with the current trend, they related to have attended another specialization course, with emphasis in Hospital Management. Few candidates had an early experience in carrying out research or presentation of papers in scientific events. The results showed the necessity of specialization courses in this area to improve the performance based on scientific knowledge and research.

Key words – Nursing; Operating Room Nursing; education.

INTRODUÇÃO

Coordenar um curso de especialização implica, primeiramente, saber por que se especializar, para que dar esse passo e, por fim, para quem obter essa formação.

No atual mundo do trabalho, é inquestionável a propagação da necessidade de preparo e atualização constantes para a realização de ações cada vez mais competentes dos profissionais nos diferentes setores de atuação, assim como para a melhoria dos níveis de qualificação. Outrora suficiente para o desempenho satisfatório da cada profissão, o curso de graduação não tem mais essa característica em decorrência da velocidade do desenvolvimento tecnológico e dos avanços na área de gerenciamento.

Apesar de polêmica, a expressão 'competência no trabalho' pode ser entendida como profissionalização, postura crítica, conhecimento atualizado e aprimoramento profissional, entre outras acepções (DOMENICO, 2003). E é nesse contexto que os enfermeiros buscam, nos cursos de especialização, meios para acessar competências e atender a algumas políticas institucionais e demandas do mercado de trabalho.

A especialização dos profissionais de Enfermagem tem sido requerida pelas instituições hospitalares para áreas de especialidade, tais como Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva, Central de Quimioterapia e outras, porque certamente o ser autodidata, complementando a graduação de cunho generalista, não garante uma base teórico-prática para atuações competentes.

O curso de especialização regido pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) caracteriza-se como uma pós-graduação *lato sensu*, sendo desenvolvido com carga horária de 360 horas e organizado em módulos temáticos.

A Escola de Enfermagem da Univer-

sidade de São Paulo idealizou seu primeiro Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico no ano de 1988, quando ofereceu 15 vagas, com enfoque prioritário na coordenação da assistência aos pacientes no perioperatório (BIANCHI et al, 1989). A oferta dessa opção se repetiu nos anos subseqüentes de uma forma não regular. No entanto, a EEUSP organizou, em 2003, a nona edição do curso em seis módulos: Administração e Organização dos Serviços de Saúde; Administração em Centro Cirúrgico; Recursos Humanos em Centro Cirúrgico; Processo de Cuidar em Centro Cirúrgico; Metodologia de Pesquisa e Bioestatística. Com isso, houve uma demanda de 66 enfermeiros para as 32 vagas existentes, o que confirmou a relevância da especialização na área.

A fim de saber quem eram os clientes nessa jornada, as coordenadoras do nono curso sentiram necessidade de traçar o perfil dos candidatos para subsidiar não só o desenvolvimento dos módulos da especialização, mas também o planejamento de suas próximas edições.

OBJETIVO

Descrever o perfil dos enfermeiros inscritos no processo de seleção para o IX Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP, realizado em 2003.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Para a seleção, os enfermeiros preencheram uma ficha de inscrição com dados pessoais e entregaram o currículo. Foram agendadas 66 entrevistas com, pelo menos, duas coordenadoras do curso, com a finalidade de conhecer o candidato, esclarecer a dinâmica da iniciativa e elucidar possíveis dúvidas relacionadas com a disponibilidade de horário para freqüentar as aulas e com os motivos da procura pela especialização. Esses dados, analisados e aqui apresentados por freqüências absolutas e relativas, constituíram a fonte para a confecção do presente artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados quanto ao sexo da população estudada acompanham a realidade observada na população de enfermeiros brasileiros, isto é, ainda constatamos predomínio das mulheres (89,4%), mas com crescente participação do homem (10,6%). No trabalho realizado com a população de inscritos no primeiro curso, observou-se que 91,3% eram do sexo feminino.

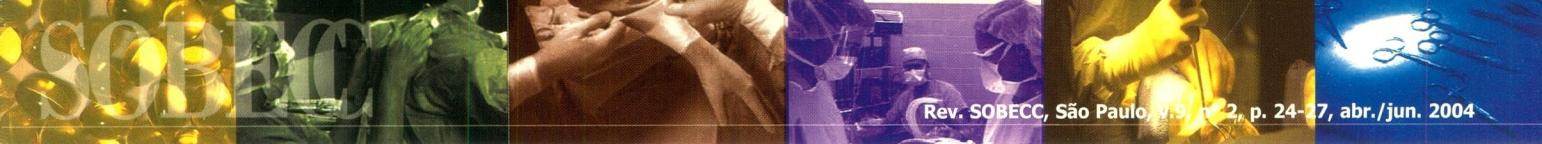
Na comparação entre os dados obtidos no primeiro e no nono curso, verificamos que a idade média e mediana da população de interessados no programa de 2003 superou a dos candidatos de 1988, tendo se situado na faixa de 30 a 40 anos (47,0%), como mostra a tabela 1, enquanto a idade predominante foi de 20 a 25 anos (41,2%) na primeira edição.

Tabela 1. Distribuição de inscritos no processo seletivo para o IX Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da EEUSP, segundo a faixa etária. São Paulo, 2003.

Idade	N	%
20-25	12	18,2
25-30	9	13,6
30-35	19	28,8
35-40	12	18,2
40-45	8	12,1
45-50	5	7,6
50-55	1	1,5
Total	66	100,0

Em relação ao estado civil, notamos uma distribuição praticamente homogênea entre solteiros (33,3%), casados (27,3%) e sem informação (34,8%), com a mesma configuração do trabalho anterior, com ligeira preponderância de solteiros entre os que preencheram o item em questão.

A solicitação para a reabertura do curso era muito grande, após um interstício de dois



anos, e esperava-se que enfermeiros provenientes de outros Estados o procurassem. Apesar disso, houve maciça referência do Município de São Paulo (62,1%), da Grande São Paulo (21,2%) e do Estado de São Paulo (15,2%) – somente um candidato (1,5%) vinha do Rio de Janeiro. Esses dados diferem dos do levantamento anterior, quando houve um maior número de pessoas provenientes do Estado de São Paulo (82,4%) e uma parcela menor originária de outros Estados (17,6%). Acreditamos que tal diferença se deva à maior dificuldade de os enfermeiros se deslocarem de outras regiões do País sem a obtenção de financiamento de órgãos governamentais. Além disso, de 1988 para cá aumentou o número de especializações oferecidas em diferentes partes do Brasil, tais como Paraná e Rio Grande do Sul.

Ao analisarmos o tipo e local da instituição em que os candidatos cursaram a graduação em Enfermagem, constatamos que a maioria (83,3%) fez o curso superior em instituições privadas, uma tendência da nossa realidade, acrescida do fato de haver somente duas universidades do governo no Município de São Paulo, uma estadual e outra federal. Embora grande parte tenha concluído o terceiro grau em escolas de São Paulo, quatro enfermeiros se graduaram em outro Estado, dos quais um em Santa Catarina, um no Maranhão e dois no Rio de Janeiro.

A avaliação dos dados relacionados com o tempo de formado mostrou uma distribuição heterogênea, porém concentrada em dois grupos: um de recém-formados ou com até dois anos do término da graduação, totalizando 26 enfermeiros (39,5%), e outro cujo período em questão variou de 5 a 10 anos, contendo 15 profissionais (22,8%). A média obtida foi de 5,8 anos e a mediana, de três anos, com uma variação de 0 a 29 anos da conclusão do Curso Superior de Enfermagem.

Questionamos os pleiteantes sobre especializações anteriores e verificamos que 43,4% deles haviam passado por outros

programas do gênero, dos quais o mais citado foi o de Administração Hospitalar (19,7%). A tabela 2 apresenta a diversidade de especializações cursadas por esses candidatos.

Tabela 2. Distribuição de inscritos no processo seletivo para o IX Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da EEUSP, segundo a especialização anterior. São Paulo, 2003.

Especialização anterior	N	%
Administração Hospitalar	13	19,8
UTI	3	4,5
Cardiologia	2	3,0
Malformações da Face	1	1,5
Epidemiologia Hospitalar	1	1,5
Informática	1	1,5
Psiquiatria	1	1,5
Sem especialização anterior	44	66,7
Total	66	100,0

Durante as entrevistas, pedimos aos interessados que escrevessem uma frase sobre a importância do curso de especialização para a vida profissional. A maioria atrelou o interesse por esse tipo de formação ao aprimoramento pessoal, ou seja, poucos atribuíram à especialização a obtenção de valores relacionados com a melhoria da qualidade da assistência e com a atualização de conhecimento.

Principalmente entre os recém-formados, verificamos que 14 (21,2%) não exerciam a função de enfermeiro e ainda trabalhavam como auxiliares de Enfermagem em seus antigos postos de trabalho. Dos 52 entrevistados que desempenhavam o papel de enfermeiro, 39 (75,0%) atuavam em hospitais privados, incluindo filantrópicos e fundações, e somente 11 (21,2%) encontravam-se em hospitais públicos, o que condiz com a realidade do Estado de São Paulo, onde a maioria das instituições hospitalares é privada.

Na avaliação sobre a experiência em Centro Cirúrgico, constatamos que 45 dos inscritos (68,2%) realizavam suas atribuições nesse local. É necessário lembrar que 21 entrevistados (31,8%) ainda não trabalhavam em Centro Cirúrgico ou não haviam ingressado no mercado de trabalho na ocasião da entrevista. Devemos fazer algumas ponderações sobre tal situação:

1. o mercado de trabalho está difícil para o recém-formado, mesmo para o enfermeiro;
2. a inserção de um recém-formado, ou de outro enfermeiro, em área especializada como o Centro Cirúrgico não é facilmente obtida;
3. a procura por uma especialização sem vínculo empregatício é uma busca por aprofundamento e opções de atuação no mercado de trabalho;



4. o curso de especialização é requisito para seleção e contratação.

Como a especialização prevê a apresentação de uma monografia de conclusão de curso, perguntamos se os candidatos tinham alguma experiência no desenvolvimento de pesquisas. Apenas 28 (42,4%) haviam feito esse tipo de estudo na faculdade ou em outra especialização, constatação que é compatível com o tempo de formado dessa população e com a obrigatoriedade do trabalho de conclusão na graduação.

Por sua vez, a participação em eventos da área de Centro Cirúrgico, além de não constituir uma prática habitual entre os candidatos, foi mencionada por apenas 31 profissionais (47,0%).

Poucas pesquisas se dedicaram ao estudo do perfil do candidato. Na literatura internacional, PEPLAU (2003) refere que a especialização, de modo genérico, é realizada desde 1938 na Enfermagem, mas faz somente 20 anos que o título de especialista mantém vínculo com um curso em universidade. O autor sustenta ainda que essa extensão do ensino foi decorrente da necessidade de aprofundar conhecimentos e de englobar os existentes nas ciências básicas e aplicadas, como a tecnologia, a competência técnica e a intelectual. BEECROFT (2002) relata que o especialista não só aprofunda os conhecimentos que já possui, como também reforça o reconhecimento de seu papel na equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

Em relação ao curso de especialização de 1988, a idade média dos candidatos de 2003 foi superior e a maioria residia no Município de São Paulo, inversamente às pessoas que procuraram a primeira edição da iniciativa. De modo geral, a busca de especialização partiu de indivíduos preocupados com sua inserção no mercado de trabalho, pois eram recém-formados ou tinham menos de cinco anos de formação ou, ainda, já exerciam

a profissão e queriam aprimorar seus conhecimentos e melhorar seu desempenho na função de enfermeiro.

Com os resultados obtidos nessa população, fica patente a necessidade de oferecer especializações nas diversas áreas de atuação do enfermeiro, especialmente em Centro Cirúrgico, com a perspectiva de propostas para um Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Material e outro em Enfermagem na Recuperação Anestésica – áreas atualmente incorporadas ao Curso de Centro Cirúrgico –, mas de forma independente, devido à dinâmica da prática e a especificidade de cada área.

No tocante às instituições de ensino, devem-se incentivar as opções de especialização, evidentemente com rigor e respaldo legal, para a disseminação dessa formação do enfermeiro, pensando-se até em cursos a distância pela internet, com alguns encontros presenciais, para a efetiva participação de profissionais de localidades menos privilegiadas em matéria de recursos educacionais.

O presente levantamento ainda evidenciou que o enfermeiro deve ser o responsável pela sua formação como especialista, com a aquiescência e o incentivo da instituição empregadora, em especial as hospitalares, para a melhoria de sua formação e de seu desempenho, já que isso se reflete na assistência prestada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEECROFT, P.C. Nurse specialist profile. *Clin Nurse Spec*, v. 16, n. 4, p. 219-20, 2002.

BIANCHI, E.R. et al. I Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP: processo de seleção. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 3., São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, Grupo de Enfermagem em Centro Cirúrgico, 1989. p. 127-38.

DOMENICO, E.B.L. *Referenciais de competências segundo níveis de formação superior em Enfermagem:*

a expressão do conjunto. São Paulo, 2003, 200p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PEPLAU, H. Specialization in Professional nursing. *Clin Nurse Spec*, v. 17, n. 1, p. 3-9, 2003.

AUTORIA

Ruth Natalia Teresa Turrini

Doutora em Saúde Pública e professora doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Estela Regina Ferraz Bianchi

Doutora em Enfermagem e professora livre-docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Kazuko Uchikawa Graziano

Doutora em Enfermagem e professora livre-docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

Endereço para correspondência:

Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP: 05403-000 – São Paulo - SP
Tel.: (11) 3066-7544
Fax: (11) 3066-7546
E-mail: kugrazia@usp.br / erfbianc@usp.br
/ rturrini@usp.br

INVESTIGAÇÃO SOBRE COLONIZAÇÃO BACTERIANA DE MÃOS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

INVESTIGATE THE HANDS COLONIZATION AMONG NURSING PROFESSIONAL

Iolanda Beserra da Costa Santos, Lauro Santos Filho e Danilo Elias Xavier

Resumo – A colonização das mãos dos profissionais de Enfermagem por bactérias é um problema no hospital. Assim, a presente pesquisa teve, por objetivos, a investigação dessa ocorrência nas Unidades de Internação e no Bloco Cirúrgico e a análise do quantitativo de tais patógenos nas mãos dos profissionais antes e depois da utilização do álcool gel. Este estudo experimental foi desenvolvido no Hospital Universitário e Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no período de outubro de 2000 a maio de 2001. Investigamos as mãos de 116 trabalhadores, dos quais 37 enfermeiros e 79 técnicos e auxiliares. Os resultados evidenciaram a prevalência de colonização por bactérias gram-positivas. A análise estatística revelou que o valor médio de colônias/enfermeiro foi de 2,59, número que, nos técnicos, chegou a 2,60. Já o uso do álcool gel apresentou eficácia em 53,3% dos achados. Como conclusão, mostramos a importância da colonização no controle de infecções e recomendamos a utilização do álcool gel como agente eficaz para a lavagem higiênica das mãos, prática que retrata uma visão inovadora na conduta assistencial.

Palavras-chave – Profissionais de Enfermagem; bactérias; higienização das mãos.

Abstract – The hands colonization by bacteria; among nursing, professionals is a

problem in the hospital. This study has as objectives, to investigate the hands colonization among nursing professionals working at clinical units and surgical center and to analyse the amount of bacterial microflora on the hands before and after the use of gel alcohol. The research is an experimental trial developed in the University Hospital and Tropical Medicine Centre at the Federal University of Paraíba, during october 2000 to may 2001 the sample was constituted by 116 professionals, involving 37 nurses and 79 nursing technicians. The results demonstrate a prevalence of Gram-positive bacteria. The statistical analysis revealed the average number of colony forming unit isolated from nurses was 2,59 and nursing technicians 2,60. The gel alcohol effectiveness was verified in 53,3% of all cases. We conclude showing the importance of the colonization in the infection control and recommend to nursing staff the utilization of gel alcohol as an efficient agent to clean hands in the hospital environment, reflecting in this professional conduct an innovative point of view.

Key words – Nursing, bacteria, hands hygiene.

INTRODUÇÃO

Durante séculos, os hábitos de higiene não passaram de rituais de purificação, visto que evidenciavam mais os cuidados com a

aparência do que propriamente uma preocupação com a saúde. Diferentes publicações demonstraram a relação entre a higienização das mãos e a redução da transmissão de infecções (STEERE; MALLISON, 1975; LA FORCE, 1997; PITTET; BOYCE, 2001; SANTOS, 2002). Esses autores relataram que estudos experimentais randomizados mostraram a redução das taxas de tais processos infecciosos com a implementação de práticas de desgerminação de mãos. A maioria absoluta dos especialistas em controle de infecção hospitalar afirma que esse constitui o meio mais simples e eficaz de evitar a passagem de microrganismos para o ambiente assistencial. Apesar de tais evidências, estudos na literatura específica documentam que a importância de tal procedimento simples não recebe suficiente valorização dos profissionais de saúde (JARVIS, 1994; SANTOS, 2002) e que a adesão às práticas de higiene das mãos é inaceitavelmente baixa (DOEBBELING et al, 1992; LARSON, 1995; PITTET et al, 1999a; PITTET, 2000; NORMAS BÁSICAS, 2001; TRABASSO, 2002).

A lavagem de mãos pode ser categorizada em três tipos: social, higiênica e cirúrgica. A primeira tem a finalidade principal de remover a sujeira e compreende a higienização das mãos com água e sabão neutro antes das refeições, após o uso de sanitários, no início ou no término do expediente de trabalho e



antes e depois do atendimento de um paciente. A segunda, a higiênica, consiste no mesmo processo, porém com a adição de um produto anti-séptico, e é utilizada antes da execução de procedimentos invasivos ou da prestação de cuidados a pacientes de alto risco, assim como após o contato com equipamentos, materiais ou pessoas infectadas. Por fim, a cirúrgica compreende a lavagem das mãos e antebraços por um período mais prolongado, usando-se escovação e solução anti-séptica de elevada eficiência e rápida ação (LARSON, 1995; ROTTER, 1997; SANTOS, 2000b).

A maneira mais efetiva para romper o ciclo de contaminação entre o pessoal de saúde hospitalar e o paciente é a lavagem correta das mãos com um produto antimicrobiano eficiente (LARSON, 1988; DOEBBELING et al, 1992; GOLDMAN; LARSON, 1992; PITTET, 2001). A finalidade dessa prática é remover sujeira, suor, oleosidade da pele e material orgânico, além de reduzir a microbiota não residente a níveis que estejam abaixo da dose infectante, antes que possa ocorrer uma transmissão cruzada para os indivíduos suscetíveis. Outro aspecto importante na descontaminação de mãos está no tempo usado no processo, no produto escolhido e na atenção à forma de sua realização (GOULD; MC PHIL, 1991). O tempo ideal é de aproximadamente 30 a 60 segundos, devendo atingir as diferentes faces, os espaços interdigitais, as unhas e os punhos. Essa providência tem importância não só pela ação mecânica, mas também para obter o efeito desejado da ação do anti-séptico (NORMAS BÁSICAS, 2001; GEL ALCOÓLICO, 2001).

Em linhas gerais, a colonização consiste na presença de um microrganismo em um hospedeiro, com crescimento e multiplicação, mas sem nenhuma expressão clínica nem detecção de resposta imunológica no hospedeiro sadio no momento de seu isolamento (JARVIS, 1996). Considerando a contaminação bacteriana das mãos da equipe hospitalar um processo dinâmico que deriva de muitas

variáveis, PITTET et al (1999b) relataram a eficácia da descontaminação com a influência de alguns fatores, como o volume do produto usado e a duração da lavagem. Para a higienização das mãos de forma rápida, recomenda-se um volume de 3 ml a 5 ml de álcool gel, durante pelo menos 15 segundos, para que esse agente penetre em todos os espaços devidos. Desse modo, além da ação mecânica, o produto manterá contato com a pele no período necessário para exercer o resultado esperado (LARSON et al, 1987).

Mesmo com a constatação da eficácia da higienização das mãos para a prevenção da transmissão de doenças, os profissionais de saúde nem sempre a realizam. Continuam ignorando o valor de um gesto tão simples, não compreendendo os mecanismos básicos da dinâmica de contágio das doenças infecciosas (TEARE et al, 1999). Há dois caminhos para a colonização. O primeiro se dá pelo contato de pessoa a pessoa (funcionário/paciente e paciente/paciente) e o segundo ocorre via objetos inanimados (funcionário/meio ambiente/paciente). A primeira modalidade é considerada a maior responsável pela disseminação de microrganismos na área hospitalar (AYLIFFE et al, 1998; JARVIS, 1994; LACERDA et al, 1992; LEMES, 1998; TORRES; LISBOA, 1999).

A lavagem simples das mãos representa a medida isolada mais importante e eficaz para prevenir a transmissão de infecções hospitalares (PITTET, 2000; TRABASSO, 2002), mesmo com o emprego de sabão comum e água, como recomendado pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) desde 1985. O mundo inteiro reconhece a relevância dessa prática e também o governo brasileiro, que incluiu recomendações a tal respeito no anexo IV da Portaria nº 2.616/98, do Ministério da Saúde, que apresenta instruções sobre o programa de controle de infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde do País (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). O fato é que o procedimento, essencial em

qualquer iniciativa preventiva do gênero (GOLDMAN; LARSON, 1992; LARSON et al. 1997; TRABASSO, 2002), resulta em uma providência bastante significativa para a redução de infecções cruzadas.

No dia-a-dia das atividades no hospital, muitas barreiras ou dificuldades para uma lavagem apropriada das mãos são observadas, podendo-se destacar a irritação e o ressecamento da pele (LARSON, 1985; BOYCE et al, 2000), a colocação de pias em locais inconvenientes (ZARAGOZA et al, 1999), o uso de luvas como alternativa para não realizar a higienização das mãos (PITTET; BOYCE, 2001) e o conhecimento inadequado dos protocolos de lavagem pela equipe hospitalar (JARVIS, 1994; LARSON, 1995). Tanto o CDC, em seu manual de normas técnicas, quanto a Association of Practitioners in Infection Control (APIC), em trabalho semelhante, estabeleceram padrões aceitáveis para o profissional de saúde lavar as mãos no ambiente hospitalar (GARNER; FAVERO, 1986; LARSON, 1995).

Acompanhando tais orientações, descrevemos, a seguir, a prática assistencial da Enfermagem no controle da infecção hospitalar. LENTZ (2000) refere que é essa equipe “quem cuida mais freqüentemente das excreções, administra medicamentos, realiza procedimentos invasivos e tem contato com fluidos corporais, podendo adquirir, prevenir e/ou transmitir infecções”. Compete, portanto, ao profissional de Enfermagem não infectar pacientes sob seus cuidados, ou seja, é um direito da pessoa hospitalizada não ser infectada, permanecer sempre informada adequadamente sobre todos os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, bem como quanto aos riscos a que vai ser submetida, para, então, dar seu consentimento ao tratamento (SAAD, 1995). O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) sustenta que o cuidado encontra-se “centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho estejam aliados aos usuários na luta

por uma assistência de qualidade, sem riscos e acessível a toda a população" (COFEN, 2001).

Com base em todas essas constatações, definimos o objetivo de investigar a ocorrência de bactérias nas mãos dos profissionais de Enfermagem das Unidades de Internação e do Bloco Cirúrgico, assim como o de analisar o quantitativo de bactérias nas mãos de tais trabalhadores antes e depois da utilização do álcool gel com a finalidade de comprovação da eficácia desse produto.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O trabalho que ora apresentamos é uma

pesquisa de campo experimental, com enfoque quantitativo "antes e depois" e com um único grupo no qual o indivíduo estudado foi o próprio controle. Segundo GIL (2002), os pesquisados formam um conjunto em geral reduzido, previamente definido quanto às suas características fundamentais. Realizamos o estudo em Unidades de Internação e no Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB e coletamos os dados de outubro de 2000 a maio de 2001, após a aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital. A população reuniu 35% do total de cada categoria profissional ali presente, perfazendo 37 enfermeiros e 79 técnicos e auxiliares de Enfermagem, que foram escolhidos com critérios preestabelecidos: não ter lavado as

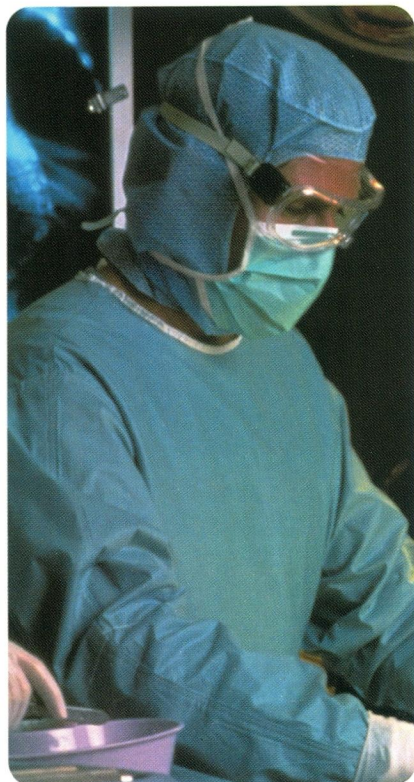
mãos 30 minutos antes da primeira coleta e ter assinado o termo de consentimento. Levamos em consideração o posicionamento ético da pesquisa com seres humanos, de acordo com o que preconiza a Resolução nº 196/96 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Material e métodos para a rotina de Microbiologia

a) Na primeira etapa para a coleta de bactérias, denominada tempo 1 (T1), utilizamos a técnica de deslizamento da ponta dos dedos e seis placas de Petri (três para a mão direita e três para a esquerda) contendo os seguintes meios de cultura: Ágar Manitol Salgado, Ágar Eosin Methilene Blue e Ágar

COMFORT AND PROTECTION

BARRIER®



CONFORTO E PROTEÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Como uma das líderes mundiais, a Mölnlycke Health Care oferece uma linha completa de produtos cirúrgicos, comercializados sob a marca BARRIER®, associados a serviços diferenciados, com alto nível de segurança, conforto e a melhor proteção possível para a equipe cirúrgica e para o paciente.

Com o intuito de reduzir o risco de infecções pós-operatórias, que causam sofrimento ao paciente e geram custos adicionais, trabalhamos constantemente para desenvolver e aperfeiçoar soluções. Nosso objetivo é assegurar a paz e a tranquilidade no centro cirúrgico.

BARRIER® "Conforto e Proteção" Sistema de Uso Único para utilização em Centro Cirúrgico.

- Pacotes Cirúrgicos
- Aventais
- Máscaras
- Roupas Privativas

Mölnlycke Health Care do Brasil Ltda.
Rua do Rócio, 291 5º andar cj. 51
04552 000 São Paulo SP Brasil
T (11) 3040-3600 F (11) 3040-3617
SAC 0800 7030461
www.molnlycke.net www.barrier.net

Mölnlycke
Health Care

Sangue (Mueller-Hinton acrescido a 5% de sangue de carneiro). Todos os meios foram preparados no Laboratório do Núcleo de Medicina Tropical (NUMETROP) da UFPA.

b) Na segunda etapa imediatamente após a primeira, denominada tempo 2 (T2), aplicamos 3 ml de álcool gel nas mãos dos participantes, que as friccionaram por aproximadamente 15 segundos. Utilizamos a mesma técnica empregada no T1 e seis placas, três para cada mão, as quais foram incubadas em estufa bacteriológica a 35-37° C para a realização da primeira leitura. Depois dessa fase, elas ficaram novamente incubadas por mais 48 horas para a leitura definitiva. Após o isolamento bacteriano, as amostras consideradas patogênicas passaram por testes bioquímicos de DNAse, coagulase, catalase e exames sorológicos. Para a identificação das enterobactérias e *Enterococcus*, fizemos meios específicos. O processamento das informações foi formalizado segundo orientações estatísticas para a configuração dos testes mais adequados para a relação entre as variáveis encontradas. Na prática, utilizamos mais de um teste na análise com a finalidade de identificar a dependência entre tais variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categoria mais participativa na pesquisa foi a de técnicos e auxiliares de Enfermagem, com 68,1% (79/116), confirmando que tal grupo representa o maior contingente de trabalhadores nessa área do hospital, seguida pela de enfermeiros, com 31,9% (37/116). Os técnicos e auxiliares estão amparados pela Lei nº 7.498/86, que os classifica como portadores de certificado expedido por uma instituição de ensino, e são registrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), encontrando-se habilitados para o trabalho assistencial pela lei do exercício profissional (COFEN, 2001).

Nos 116 profissionais investigados antes e depois da utilização do álcool,

detectamos 443 bactérias, o que mostrou que a colonização em mãos é um fato preocupante para toda a equipe hospitalar. As áreas de maior prevalência de microrganismos em mãos dos profissionais foram as de Clínica Médica, com 20,2% das bactérias (61/302), de Clínica Obstétrica, com 19,8% (60/302), e de Clínica Cirúrgica, com 15,5% (47/302). O Centro de Tratamento Intensivo (CTI), com 9,2% (28/302), surge como o local onde houve o menor número de isolamentos bacterianos. Por se tratar de um setor crítico do hospital e contribuir, de forma significativa, para elevar a taxa total de infecções, o CTI é considerado um dos principais ambientes determinantes de morbidade e mortalidade na instituição hospitalar (MARINO, 1998).

A tabela 1 evidencia uma redução expressiva de microrganismos nas mãos direita e esquerda, quando se comparam os valores obtidos antes (T1) e depois da utilização do álcool gel (T2). Analisando esses mesmos dados por outro ângulo, ou seja, no momento da realização da investigação, podemos verificar a variação da ocorrência de colonização por bactérias anteriormente e posteriormente à utilização do produto, a qual foi, para a mão direita, de 50,7% (153/302) em T1 e de 53,2% (75/141) em T2 e, para a mão esquerda, de 49,3% (149/302) em T1 e de 46,8% (66/141) em T2, não tendo existido diferenças percentuais significativas entre elas, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 1 – Distribuição de microrganismos gram-positivos e gram-negativos isolados nas mãos direita e esquerda dos profissionais de Enfermagem antes e depois da utilização do álcool gel

Microrganismos	Mão direita		Mão esquerda		Subtotal	%
	T1	T2	T1	T2		
<i>Staphylococcus aureus</i>	06	03	03	01	13	
SCN	112	65	113	58	348	
<i>Enterococcus sp.</i>	14	05	12	00	31	
GRAM +	132	73	128	59	392	88,5
<i>Kebsiella pneumoniae</i>	08	01	09	05	23	
<i>Pseudomonas sp.</i>	08	01	02	01	12	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	01	00	01	00	02	
<i>Enterobacter cloacae</i>	00	00	01	00	01	
Não fermentadores	04	00	08	01	13	
GRAM -	21	02	21	07	51	11,5
Total	153 34,5%	75 16,9%	149 33,6%	66 15,0%	443	100%

Tabela 2 – Análise estatística da comparação, antes e depois da aplicação do álcool gel nas mãos dos profissionais investigados

Comparação	Amostra P	Hipótese nula $\pi = 50\%$		I.C. 95% confiança	
		Z	Valor - P	L. inferior	L. superior
Esquerda X antes	49,3%	-0,23	0,4090	43,7%	55,0%
Esquerda X depois	46,8%	-0,76	0,2237	38,6%	55,0%
Direita X antes	50,7%	0,23	0,5910	45,0%	56,3%
Direita X depois	53,2%	0,75	0,7762	44,9%	61,4%

Os dados revelaram que o valor médio de bactérias por profissional chegou a 2,59 (=37/96) para os enfermeiros e a 2,60 (=79/206) para técnicos e auxiliares de Enfermagem, ou seja, observamos números muito próximos nos dois grupos. Podemos afirmar que as informações citadas na tabela 3 fornecem evidências estatísticas de que o álcool gel aplicado nas mãos possui eficácia de 53,3% no combate às bactérias. Empregando-se um intervalo de 95% de confiança, inferimos que os limites da eficácia desse produto na população de Enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley superaram as expectativas, tendo variado de 47,7% a 58,9%, o que confirma as propriedades anti-sépticas do álcool gel, um agente eficaz por atuar contra bactérias gram-positivas e gram-negativas.

Tabela 3 – Eficácia do álcool gel sobre microrganismos isolados nas mãos, verificados por meio da redução proporcional do crescimento bacteriano

Microrganismos	Tempo 1	Tempo 2	Eficácia
<i>Staphylococcus aureus</i>	09	04	05 (55,5%)
SCN	225	123	102 (45,3%)
<i>Enterococcus sp.</i>	26	05	21 (54,6%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	17	06	11 (64,7%)
<i>Pseudomonas sp.</i>	10	02	08 (80%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	02	00	02 (100%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	01	00	01 (100%)
Não fermentadores	12	01	11 (91,6%)
Total	302	141	161 (53,3%)

CONCLUSÕES

Considerando-se a importância das mãos da equipe de saúde na transmissão cruzada de infecções nosocomiais, é fundamental obter um conhecimento prévio a respeito dos patógenos que nelas se albergam. Por meio desta pesquisa, foi possível identificar os microrganismos mais comuns que possuem seu hábitat nessa região, uma vez que utilizamos uma população que trabalha diretamente com o paciente hospitalizado, cuja microbiota transitória e residente nas mãos pode favorecer o desenvolvimento de infecção cruzada.

O resultado deste trabalho fornece informações à equipe de Enfermagem e à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar sobre as espécies de bactérias presentes nas mãos dos profissionais e o que isso significa no decorrer da prestação da assistência. Apresenta ainda uma contribuição acadêmica significativa para o ensino e a pesquisa, pois tais dados servirão como fonte de consulta para quem atuar posteriormente com a prevenção de infecção.

Por essa razão, entendemos que o hospital representa o universo que merece toda a atenção, por parte dos profissionais envolvidos na prestação da assistência, na aquisição de hábitos corretos de lavagem das mãos, ponto consagrado na tarefa de reduzir a infecção e seus riscos. As conclusões mostram que houve predomínio de microrganismos gram-positivos,

evidenciando também que a mão direita é a mais colonizada, antes e depois do uso do anti-séptico. Entre as bactérias documentadas, a espécie prevalente foi a *Staphylococcus Coagulase Negativa*, seguida pela *Enterococcus spp.*, independentemente dos setores investigados ou da categoria funcional.

Documentamos ainda a eficácia do álcool gel para microrganismos em uma média de 53,3% dos achados para o T2. Confirmamos que esse produto tem ação rápida e eficiente para patógenos gram-positivos e gram-negativos quando usado nas mãos por um período de aproximadamente 15 segundos. Diante de tais conclusões, recomendamos que a equipe de Enfermagem utilize apenas 0,3 ml da solução de álcool gel, esfregando as mãos pelas diferentes faces, espaços interdigitais e dedos para a eliminação de algumas bactérias importantes da microbiota transitória e residente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYLIFFE, G. A. J. et al. **Controle de infecção hospitalar: manual prático** 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- BOYCE, J. M.; KELLIHER, S.; VALLANDE, N. Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap-and-water hand washing versus hand antisepsis with an alcoholic hand gel. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, v. 21, n. 7, p. 442-8, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Revoga a Portaria nº 930. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for the prevention and control of nosocomial infections**. Atlanta: Department of Health and Human Services, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. In: DOCUMENTOS básicos de



Enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2001, p. 277-89.

DOEBBELING, B. N. et al. Comparative efficacy of alternative handwashing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. *N. Engl. J. Med.*, v. 327, n. 2, p. 88-93, 1992.

GARNER, J. S.; FAVERO, M. S. CDC Guideline for handwashing and hospital environmental control. *Infect. Control*, v. 7, n. 4, p. 231-43, 1986.

GEL alcoólico provoca alterações no novo guia do CDC sobre higiene das mãos. Disponível em: <<http://www.ccih.méd.Br/bibl-abr-2001-7html>>. Acesso em: out. 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDMAN, D.; LARSON, E. Handwashing and nosocomial infections. *N. Engl. J. Med.*, v. 327, n.2, p. 120-2, 1992.

GOULD, D. Nurses' hands as vectors of hospital-acquired infection: a review. *J. Adv. Nurs.*, v. 16, n. 10, p. 1.216-25, 1991.

JARVIS, W. R. Handwashing – The Semmelweis lesson forgotten. *Lancet*, v. 344, n. 8.933, p. 1.311-2, 1994.

_____. The epidemiology of colonization. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, v. 17, n. 1, p. 47-52, 1996.

LACERDA, R. A. (Coord.) **Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico**. São Paulo: Atheneu, 1992.

La FORCE, F. M. The control of infections in hospitals: 1750 to 1950. In: WENZEL, R.P. **Prevention and control of nosocomial infections**. 2. ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, p.139-176.

LARSON, E. Handwashing and skin physiologic and bacteriologic aspects. *Infect. Control*, v. 6, n. 1, p. 14-23, 1985.

_____. A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infect. Control*, v. 9, n. 1, p. 28-36, 1988.

_____. APIC guideline for handwashing and hand antiseptics in health care settings. *Am. J. Infect. Control*, v. 23, n. 4, p.251-69, 1995.

LARSON, E. et al. Quantity of soap as a variable in hanwasing. *Infect. Control*, v. 8, n. 9, p. 371-5, 1987.

LARSON, E. et al. A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *Am. J. Infect. Control*, v. 25, n. 1, p. 3-10, 1997.

LEMES, R. M. L. **Análise fenotípica e genotípica de leveduras isoladas de ambiente hospitalar, profissionais de saúde e pacientes: implicações na colonização e rotas de infecção**. 1998. 107p. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

LENTZ, R. A. **Infecção hospitalar: um modo operativo de normalizar e padronizar procedimentos invasivos**. Florianópolis: Lex Gráfica, 2000.

MARINO, C. G. J. **Epidemiologia da colonização e infecção por *Candida spp* em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva**. 1998. 103p. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

NORMAS básicas para a lavagem das mãos. Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/cih/lavmãos.htm>>. Acesso em: mar. 2001.

PITTET, D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, v. 21, n. 6, p. 381-6, 2000.

_____. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerg. Infect. Dis.*, v. 7, n, 2, p. 234-40, 2001.

PITTET, D.; BOYCE, J. M. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. *Lancet Infect. Dis.*, v. 1, p. 9-20, 2001.

PITTET, D. et al. Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch. Intern. Méd.*, v.159, n. 8, p. 821-6, 1999.

ROTTER, M. L. Handwashing, hand disinfection and skin disinfection. In: WENZEL, R. P. **Prevention and control of nosocomial infections**. 3. ed. Baltimore: William & Wilkins, 1997.

SAAD, H. W. Infecção hospitalar – aspectos éticos. *Rev. Asso. Méd. Brasileira*, v. 41, n. 1, p. 23-33, 1995.

SANTOS, A. A. M. Controle de infecções hospitalares no Brasil. *Prática Hospitalar*, v. 2, n. 9, p. 27-30, 2000.

_____. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. *Rev. Admin. Saudi*, v. 4, n. 15, p. 10-6, 2002.

STEERE, A. C.; MALLISON, G. F. Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections.

Ann. Intern. Med., v. 83, n. 5, p. 683-90, 1975.
TEARE, E. C. et al. Handwashing – a modest measure with big effect. *BMJ*, v. 318, p. 686, 1999.

TORRES, S.; LISBOA, T. C. **Limpeza e higiene: lavanderia hospitalar**. São Paulo: CLR. Balieiro, 1999.

TRABASSO, P. Adesão à lavagem das mãos ainda é pequena. *Rev. Meio Cultura*, n. 19, p. 15-8, 2002.

ZARAGOZA, M. et al. Handwashing with soap or alcoholic solutions? A randomized clinical trial of its effectiveness. *Am. J. Infect. Control*, v. 27, n. 3, p. 258-61, 1999.

AUTORIA

Iolanda Beserra da Costa Santos

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e docente da disciplina Enfermagem Cirúrgica no DEMCA/CCS da UFPB.

Endereço para correspondência:

Rua José Jardim, 373, Bairro dos Ipês, João Pessoa, PB
CEP: 58028-160
Tel.: (83) 224-4661 (res.) e (83) 216-7248 (com.)
E-mail: santos@openline.com.br

Lauro Santos Filho

Doutor em Microbiologia e docente da disciplina Microbiologia Clínica no Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPB.

Danilo Elias Xavier

Acadêmico do Curso de Farmácia do CCS da UFPB e bolsista do PIBIC/CNPq.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem do HULW/UFPB, que gentilmente permitiram que manuseássemos suas mãos em diferentes etapas da pesquisa, bem como aos técnicos do Laboratório de Microbiologia do NUMETROP/UFPB.

Mais que uma limpeza segura...

Uma limpeza completa!

A LDM e a Labnews, juntas, oferecem tecnologia de ponta e inovação para toda a área hospitalar. Possuem a mais completa linha de produtos que propiciam alta assepsia, rapidez, segurança e ainda, baixam os riscos de contaminação e gastos com mão-de-obra.

Adquirir produtos da LDM e da Labnews é ter toda a segurança no processo de limpeza!

SEC 4000

Secadora de Traquéias e Instrumentais

Reduz o tempo de secagem, risco de contaminação, custos com ar comprimido e mão-de-obra.



LAV 19000

Lavadora Ultrassônica

Limpeza uniforme, eficiência e rapidez para materiais de difícil limpeza. (Exclusivo para artigos canulados)



Detergentes Hospitalares



Limpeza de matéria orgânica

Lubrificação

Remoção de oxidação

Prozime e Enziclean - limpadores multienzimáticos de 2 a 4 enzimas não espumantes.

Proxi e Oxiclean - Removedor de oxidação de instrumentais e câmaras de autoclaves.

Prolub - Lubrificante hidrossolúvel isento de silicone, para instrumentais.

CAUZIONALEH

Tamanco Hospitalar



O Tamanco Hospitalar Cauzioneh garante máxima higiene e praticidade por ser fácil de limpar, anatômico, anti-derrapante e isolante térmico, além de promover maior conforto, para toda a equipe médica, porque as bolinhas salientes da sola proporcionam uma sensação de descanso.

Disponível nas cores: verde, azul e branco.



LDM - Equipamentos Ltda.

e-mail: ldm@ldmequipamentos.com.br

www.ldmequipamentos.com.br



indústrias químicas

e-mail: labnews@labnews.ind.br

www.labnews.ind.br