

**Prepare-se para as
surpresas reservadas
para o final do
7º Congresso!**

30 de julho a 2 de agosto

2005

70

Congresso Brasileiro de Enfermagem em
Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica
e Centro de Material e Esterilização.



Tudo pronto para a maratona
de atualização em Enfermagem
que começa já no próximo
dia 30 de julho

ASSISTÊNCIA

Humanização depende
mais de estrutura do
que de conhecimento

COMUNICAÇÃO

Uso de instrumento de
registro mostra-se
efetivo na Recuperação
Anestésica

EMBALAGENS

Contêineres rígidos
podem substituir caixas
perfuradas na esterilização
de instrumentais

EM FOCO

Tecnologia e calor
humano dividem o
mesmo espaço no
Hospital 9 de Julho



EDITORIAL

Aquecimento para o 7º Congresso: UM POUCO MAIS DE ASSISTÊNCIA, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Às vésperas do 7º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, é natural que a presente edição da *Revista SOBECC* retrate uma parte do que vamos conferir no decorrer do evento. Assim, fizemos questão de selecionar trabalhos que, direta ou indiretamente, atendem à tríade de assistência, saúde e educação que norteou a escolha dos temas e dos palestrantes do congresso.

Um deles trata da humanização da assistência no Centro Cirúrgico, só que evidenciando, paradoxalmente, quanto ficamos distantes desse ideal devido às demandas administrativas da instituição e ao quadro normalmente reduzido de profissionais nessa área. Contemplando o aspecto técnico da educação, outro estudo aponta os contêineres rígidos como os substitutos ideais das caixas perfuradas para acondicionamento de instrumentais esterilizados em autoclave. Já uma terceira pesquisa discute a efetividade do uso de um instrumento de registro baseado no Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória, um tema bastante em alta na atualidade, cuja importância foi reforçada pela SOBECC, como você confere na seção *Acontece*, com o apoio a um evento sobre comunicação entre enfermeiros perioperatórios (PNDS), em parceria com a USP.

Esse conteúdo, no entanto, é só um aquecimento para quatro dias que prometem ser realmente intensos em matéria de atualização e, sobretudo, de troca de experiências. Portanto, não apenas esperamos que você possa aplicar as boas descobertas que os trabalhos publicados trazem, como também torcemos para que este número da revista contribua para aumentar ainda mais sua expectativa em relação ao 7º Congresso. Por nossa vez, tenha certeza, não vemos a hora de estar com você no Centro de Convenções Rebouças.

Boa leitura e até lá!



Rosa Maria Pelegrini Fonseca
Presidente da SOBECC



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

ISSN 14144425 – Revista indexada nas bases de dados LILACS e CUIDEN

ÍNDICE

ACONTECE SOBECC	4
AGENDA	6
AORN	8
7º CONGRESSO	9
HOSPITAL EM FOCO – 9 DE JULHO Tecnologia e Calor Humano a Serviço do Tratamento Cirúrgico	14
ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA Percepção das Enfermeiras sobre a Humanização da Assistência Perioperatória	16
NORMAS DE PUBLICAÇÃO	24
ARTIGO ORIGINAL – COMUNICAÇÃO Avaliação do Instrumento de Registro na Sala de Recuperação Anestésica por Alunos de Graduação em Enfermagem	25
ARTIGO ORIGINAL – EMBALAGENS Contêineres Rígidos: Avaliação dos Usuários	32
TÍTULO DE ESPECIALISTA Saiba como Revalidar Seu Título de Especialista	40

DIRETORIA DA SOBECC

• **Presidente:** Rosa Maria Pelegrini Fonseca • **Vice-Presidente:** Maria do Carmo Camargo Amarante Erdmann • **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 Archanjo 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 Belén Salazar Posso (Universidade do Vale do Paraíba), Dra. Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – 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:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Tradução para o Espanhol:** Lilian Graziela Lopes de Lira • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Tiragem:** 5.000 exemplares • **Impressão:** Congraf.

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 21 – Liberdade (Metró Vergueiro) • CEP: 01504-001 – São Paulo – SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3341-4044 • Fax: (11) 3208-1285

E-mail: info@sobecc.org.br / sobecc@sobecc.org.br

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

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

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



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA

Nurses Perception on the Humanization of the Perioperative Assistance

Percepción de las Enfermeras sobre la Humanización de la Asistencia Perioperat6ria

Clarissa do Patrocinio Aquino • Rita Catalina Aquino Caregnato

Resumo – Pesquisas na 6rea de Enfermagem constataram que as enfermeiras de Centro Cir6rgico (CC) est6o mais direcionadas ao gerenciamento e 6 administrat6o do setor, esquecendo-se do atendimento direto ao paciente e da import6ncia da assist6ncia humanizada. Este estudo, de natureza qualitativa, teve o objetivo de conhecer a percep6o dos profissionais de CC sobre a humaniza6o da assist6ncia perioperat6ria. Nesta pesquisa, foram entrevistadas dez enfermeiras que trabalhavam no CC de v6rias institui6es hospitalares, de car6ter p6blico e privado, na ocasi6o do levantamento. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual com cada sujeito e, da an6lise de conte6do, usada para o tratamento das informa6es obtidas, emergiram quatro categorias finais: humaniza6o hospitalar, dificuldades encontradas, comunica6o e resultado da humaniza6o. Constatamos que as enfermeiras ouvidas sabiam definir e como realizar uma assist6ncia humanizada, por6m esse conceito ainda n6o era aplicado na maioria dos Centros Cir6rgicos devido ao n6mero inadequado de funcion6rios e 6 sobrecarga de trabalho da profissional de Enfermagem.

Palavras-chave – Centro Cir6rgico; humaniza6o; Enfermagem.

Abstract – Researches on nursing concluded that nurses from operating room are more directed to the managing of this sector, forgetting about the patient's direct care and about the importance of

humanized treatment. This study, of qualitative nature, has had as objective to know the nurse's from surgical center perception about humanizing of per operative nursing care. In this research were interviewed ten nurses that worked in surgical centers from different public or private hospitals. The data was collected through individual interview, being thereafter analyzed about content, emerging in the end four final categories: hospital humanization, actual treatment, communication and humanization's result. The conclusion was that nurses know clearly what is and how to make humanization nursing care, however, it is not yet practiced in the majority of surgical centers due to the inadequate number of employees and nurse's overwork.

Key words – Operating Room Nursing; humanization.

Resumen – Pesquisas en la enfermagem constataran que las enfermeras de Quir6fano (CQ) est6n m6s direcionadas al gerenciamento y administraci6n del sector, se olvidando del atendimento de la assist6ncia humanizada. Este estudio, de naturaleza cualitativa, tube como objetivo conocer la percepci6n de las enfermeras que trabajan em CQ sobre la humaniza6n de la assist6ncia perioperat6ria. En esta pesquisa fueran entrevistada diez enfermeras que trabajan em CQ de varias instituciones hospitalares, de car6ter p6blico y privado. Los datos fueran colectados atr6ves de entrevista individual

con cada sujeto y analizados atr6ves de la an6lise de conteudo, emergindo cuatro categorias finales, denominadas: Humaniza6n Hospitalar, Atendimento Vigente, Comunicaci6n y Resultado de la Humaniza6n. Fue constatado que las enfermeras saben claramente lo que es y como realizar la humaniza6n de la assist6ncia, adem6s, esta ainda no es realizada en la mayoria de los CQ debido el n6mero inadecuado de empleados y la sobrecarga de trabajo de la enfermera.

Palabras clave – Quir6fano; humaniza6n; Enfermagen.

INTRODU6O

A assist6ncia 6 sa6de passa por grandes transforma6es. Na 6rea hospitalar, 6 cada vez mais comum a import6ncia da obten6o de lucros para as institui6es, e as enfermeiras s6o respons6veis por gerenciar grande parte dessa tarefa. Assim, elas se tornam burocr6ticas, hipertrofiando as atividades gerenciais, e se esquecem da import6ncia da humaniza6o da assist6ncia ao paciente. Isso ocorre em todos os setores do hospital, mas principalmente no Centro Cir6rgico (CC), pois se trata de um local de bastante rentabilidade. Dessa forma, a Enfermagem se preocupa muito com os gastos, com os materiais e com os cirurgi6es, deixando um pouco de lado o papel assistencial que lhe cabe. Krahi⁽¹⁾ diz que tudo no Bloco Cir6rgico gira ao redor do cirurg6o, e n6o como

deveria ser, em torno do paciente.

A humanização tem sido muito enfocada atualmente na área da Enfermagem porque a enfermeira é a profissional que tem mais conhecimento do cuidado holístico⁽²⁾. Santos, Backes e Vasconcelos⁽³⁾ consideram o trabalho no CC muito dinâmico, ocasionando muitas vezes uma relação profissional impessoal com o paciente e, conseqüentemente, dificultando o processo de humanização.

O Ministério da Saúde, em 2001, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o que demonstra a grande preocupação de todos com essa questão. As instituições públicas que participam do PNHAH recebem o título de Hospital Humanizado, o qual dá direito a um atendimento diferenciado por parte dos gestores e órgãos governamentais, garantindo algumas prioridades⁽⁴⁾.

No CC, assim como em outras áreas fechadas, é muito importante existir um ambiente humanizado e, mais do que isso, uma assistência humanizada, justamente por se tratar de uma área em que as pessoas passam por grandes transformações, tanto físicas quanto psíquicas. O paciente se sente mais frágil no período perioperatório, uma vez que o ato anestésico-cirúrgico gera ansiedade, e só um local humanizado pode ajudar a diminuir ou evitar esse sentimento, colaborando para que o indivíduo se sinta mais seguro e confiante. Para tanto, é necessário que haja realização tanto pessoal quanto profissional dos prestadores de serviços, assim como também um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e nele se realize⁽⁴⁾.

Kikuti⁽²⁾ aponta, em sua pesquisa, que a humanização no CC ainda é pouco pesquisada, mas, mesmo assim, a enfermeira é quem mais se debruça sobre o assunto dentro da equipe

multiprofissional.

A assistência de Enfermagem humanizada no perioperatório faz com que o paciente se sinta mais confiante e com mais segurança. Por conseqüência, o ato anestésico-cirúrgico pode ser encarado de uma forma mais tranqüila, o que se reflete diretamente no pós-operatório, produzindo uma recuperação bem mais rápida. Quando o indivíduo está informado e consciente dos fatos ocorridos, ele se sente seguro e se recupera com mais facilidade, permanecendo menos tempo na Recuperação Anestésica (RA). O rápido restabelecimento ocasiona uma maior rotatividade na RA, trazendo benefícios para o paciente e para a instituição. Ambos, portanto, ganham com o atendimento humanizado.

Escolhemos a humanização da assistência de Enfermagem no perioperatório para a realização desta pesquisa porque muitas vezes observamos que essa preocupação não ocorre na prática do enfermeiro, como nas situações em que os pacientes não são identificados pelo nome, e sim pela cirurgia ou pela sala, o que produz ainda maior perda de sua identidade, e nos casos em que eles são deixados sozinhos na sala, antes do início do procedimento, justamente no momento em que mais necessitam de segurança.

O atendimento humanizado no perioperatório visa ao restabelecimento do paciente em primeiro lugar, como o principal elemento do setor. Com base nessa premissa, resolvemos aprofundar os estudos com uma pesquisa qualitativa, tendo, como objetivo, conhecer a percepção das enfermeiras do CC sobre a prestação humanizada de cuidados ao indivíduo submetido a procedimento cirúrgico.

OBJETIVOS

Geral

- Conhecer a percepção das enfermeiras

que trabalham em Centro Cirúrgico sobre a humanização da assistência perioperatória.

Específicos

- Verificar a importância atribuída pelas enfermeiras à assistência humanizada no perioperatório.
- Investigar se a humanização, nesses moldes, está sendo implantada nas instituições.

MÉTODO

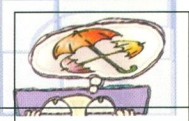
Este estudo é de caráter exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Os dados coletados passaram por uma análise de conteúdo, segundo Bardin⁽⁵⁾.

Minayo⁽⁶⁾ define a pesquisa qualitativa como o aprofundamento das ações e relações humanas. O recurso responde a questões particulares, dando importância a uma realidade e trabalhando com um universo de significados, motivos, valores, vivências e experiências, sem deixar de lado a cotidianidade.

Optamos pela análise de conteúdo por ser esse, no nosso entendimento, o método mais indicado para analisar as informações pesquisadas. Trata-se, afinal, de uma metodologia própria para a categorização de dados verbais ou comportamentais, permitindo que haja classificação, sumarização e tabulação⁽⁷⁾.

É importante salientar que este estudo não possui campo de ação, pois não foi vinculado a nenhuma instituição hospitalar, mas, sim, a profissionais que trabalhavam em diferentes hospitais.

A população compreendeu enfermeiras do Centro Cirúrgico, o qual abrange o Bloco Cirúrgico (BC), a Recuperação Anestésica (RA) e o Centro de Material e Esterilização (CME). A amostra foi



Artigo Original ASSISTÊNCIA

intencional, tendo sido constituída de dez profissionais que atuavam nessas três unidades.

O instrumento utilizado continha uma entrevista semi-estruturada com cinco questões, elaboradas com base nos objetivos propostos, e contou com o recurso auxiliar de um minigravador.

Os participantes autorizaram as entrevistas com a assinatura do termo de consentimento informado, em duas vias. A coleta propriamente dita de dados só ocorreu após a execução de um teste piloto, que nos possibilitou a avaliação da profundidade das questões.

Para a abordagem dos dados, fizemos uma análise categorial, semântica e temática do conteúdo, segundo Bardin⁽⁵⁾. A categorial serve para classificar os elementos em categorias, com base em características comuns, enquanto a semântica avalia o sentido das palavras e dos significados. Por fim, a temática estuda o tema por meio de uma codificação, cuja ausência ou presença podem ter determinados significados, de acordo com os objetivos propostos.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

• Perfil da amostra

Ao traçarmos o perfil das dez enfermeiras que participaram da pesquisa, observamos que a idade da amostra variou entre 25 e 42 anos e que a maioria era de Porto Alegre – apenas duas provinham da Grande Porto Alegre.

O tempo de formação mínimo encontrado foi de dez meses e o máximo, de 17 anos. Verificamos que a maior parte possuía especialização em CC ou estava fazendo esse curso – apenas uma delas não era especialista na ocasião do levantamento

porque tinha se formado havia pouco tempo. A experiência na profissão oscilou de dez meses até 22 anos, embora quatro das dez entrevistadas já tivessem trabalhado na área como auxiliares ou técnicas de Enfermagem antes de exercer o cargo de enfermeira.

Sobre a vivência profissional no CC, houve uma variação de oito meses até 15 anos. Metade da amostra atuava nas três áreas que formam o CC (BC, CME e RA) e, as demais, ou somente no BC ou somente na RA. Apenas uma entrevistada exercia atividades tanto no BC quanto na RA. Do total, seis trabalhavam em instituições privadas e quatro, em instituições públicas de diferentes portes.

• Análise categorial temática

Com base na análise categorial, encontramos quatro categorias, entre as quais a de humanização hospitalar no CC, a de dificuldades encontradas, a de comunicação e a de resultado da humanização.

A categoria de **humanização hospitalar no CC** mostra as preocupações das participantes da pesquisa em humanizar o relacionamento, tanto com os pacientes quanto com sua equipe. Humanização, segundo Ferreira⁽⁸⁾, é “o ato de humanizar”, o qual significa “tornar humano, dar condições humanas, tornar tratável”. Sua aplicação resgata o respeito à vida humana⁽⁴⁾.

Entre as ações mais evidenciadas nos depoimentos das enfermeiras encontram-se as de tentar suprir as necessidades biopsicossociais do paciente, prestar um atendimento personalizado e oferecer um tratamento individualizado e com qualidade. Kawamoto⁽⁹⁾ diz que a Enfermagem deve tratar as demandas básicas, assim como também dar explicações sobre a cirurgia, orientar sobre os procedimentos e atender a família, pois o paciente cirúrgico tem suas necessidades físicas,

emocionais e espirituais ameaçadas por ocorrência do procedimento cirúrgico, razão por que é importante supri-las⁽¹⁰⁾.

Uma assistência humanizada igualmente é entendida como o aprimoramento das relações entre os profissionais da saúde, médicos, enfermeiros e demais funcionários⁽⁴⁾. Rockenback apud Santos, Backes e Vasconcelos⁽³⁾ afirmam que “só uma equipe de Enfermagem humanizada poderá humanizar o paciente”. Cintra, Nishide e Nunes⁽¹¹⁾ assinalam que é necessário desenvolver um espírito de coleguismo ou boas condições de trabalho para implantar a humanização da assistência.

A segunda categoria, denominada **dificuldades encontradas**, caracteriza-se pelos empecilhos enfrentados diariamente no CC pelos profissionais de Enfermagem, os quais impedem a existência da humanização ou criam grandes falhas nessa área, tendo, assim, merecido destaque de várias entrevistadas. Os sujeitos tinham conhecimento das atitudes humanizadas e as reconheciam, porém não conseguiam implantá-las devido ao sistema em vigor.

Corroborando os dados encontrados nesta pesquisa, Kikuti⁽²⁾ afirma que a equipe médica, assim como a de Enfermagem, se preocupa mais com a fisiopatologia e com o procedimento cirúrgico em si do que com o próprio indivíduo hospitalizado. Para a mesma autora, o profissional de saúde se mantém afastado do paciente. Santos, Backes e Vasconcelos⁽³⁾ afirmam que o CC é um ambiente dinâmico, fazendo com que os profissionais se tornem impessoais com o doente.

Guedes, Felix e Silva⁽¹²⁾ relatam que o enfermeiro assume muitas atividades burocráticas e delega as assistenciais. Assim, as tarefas administrativas diminuem a assistência direta ao paciente⁽¹³⁾. Santos, Backes e Vasconcelos⁽³⁾ lembram que, não

raramente, o enfermeiro do BC é destacado também para atender a RA e o CME, ficando, portanto, sobrecarregado devido a um número insuficiente de profissionais de Enfermagem, o que ocorre na maioria das instituições hospitalares do Brasil⁽²⁾. Tal realidade não condiz com o PNHAH⁽⁴⁾, que determina que, para um atendimento humanizado e a melhoria das condições de trabalho, é necessário um quadro adequado de profissionais bem capacitados.

O CC é caracterizado como um ambiente frio, para o que contribuem a área física e a tecnologia usada⁽¹⁴⁾. É também um espaço desconhecido para o paciente, por ser diferente dos demais setores do hospital, principalmente pela área física, pelas

atividades realizadas – que são específicas –, assim como pela utilização de equipamentos e aparelhos especiais e até pelo uso de roupa própria e privativa do local. Muitas vezes esses aspectos passam despercebidos pelos profissionais porque, para eles, o ambiente é familiar⁽¹⁴⁾.

A categoria de **comunicação** mostra sua importância para as três esferas do atendimento, ou seja, para o paciente, para seus familiares e para a própria equipe, incluindo as orientações e o treinamento. A comunicação é parte do tratamento, razão por que ficar conversando com o doente é muitas vezes o próprio remédio⁽¹⁵⁾.

É, portanto, essencial que a enfermeira se comunique com o paciente e, para

começar, cumpra sua atribuição de recebê-lo no CC, até porque é ela a profissional que tem condições de avaliar o estado físico e emocional do indivíduo que será submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico. Além disso, vale salientar que a permanência do doente nos corredores é cansativa e contribui para aumentar seu medo e insegurança em relação à cirurgia⁽¹⁴⁾. Silva, Rodrigues e Cesaretti⁽¹⁴⁾ dizem que tanto o paciente quanto os familiares têm direito a orientações claras e precisas, sustentando ainda que a família deve atuar junto com a equipe, dando apoio ao indivíduo hospitalizado.

Para Ghellere, Antônio e Souza⁽¹⁶⁾, as instituições devem garantir conhecimentos técnico-científicos aos profissionais.



CisaBrasile
sistemas de esterilização

Tecnologia Européia em Sistemas de Esterilização

Com a experiência de quem atua há mais de cinquenta anos no exigente mercado europeu, a CisaBrasile oferece uma gama completa de produtos destinados às centrais de esterilização, desde o projeto, softwares para controle, acessórios e equipamentos, tudo com fabricação e assistência técnica nacional. O resultado desta combinação são produtos eficientes, com qualidade e tecnologia de ponta proporcionando economia graças à alta performance, notável economia de recursos como água e eletricidade e baixíssimo índice de paradas para manutenção.

Possuímos representantes em todo o território nacional, e assistência técnica local direta sob responsabilidade da fábrica nas principais cidades.

Qualidade
Confiabilidade
Segurança
Assistência

www.cisabrasile.com.br



Autoclaves para alta e baixa temperatura



Termodesinfectoras para lavagem, desinfecção e secagem



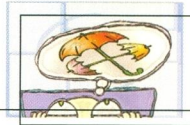
Projetos completos para centrais de esterilização

Joinville - SC

Rua Dona Francisca, 8300 - Distrito Industrial
Bloco C Módulo 6 - CEP 89239-270
Joinville - SC - Brasil
Fone: +55 47 437-9090 / 435-7592
e-mail: cisa@cisabrasile.com.br

São Paulo - SP

Rua Capote Valente, 439 - J. América - S / 74
São Paulo - SP - Fone: +55 11 3068-8312



Artigo Original ASSISTÊNCIA

Acreditamos que, para tanto, seja necessária uma atualização permanente por meio de treinamentos contínuos que possam assegurar a reciclagem do pessoal.

As enfermeiras entrevistadas relataram que, no atendimento vigente, elas tentavam trabalhar a comunicação entre a equipe para humanizar a prestação de cuidados, porém nem sempre conseguiam desenvolvê-la com o paciente. Um aspecto importante identificado, embora não tenha sido investigado, foi o conhecimento de alguns profissionais da amostra sobre o PNHAH – alguns até já estavam implantando o programa à época da pesquisa.

A categoria de **resultado da humanização** evidencia que, quando existe, o atendimento humanizado contribui para a recuperação do paciente, estimulando-o a colaborar e proporcionando-lhe mais tranquilidade e segurança. Kawamoto⁽⁹⁾ reforça essa idéia, mostrando que o esclarecimento fornecido ao paciente o torna mais colaborativo, o que propicia a ele um restabelecimento mais rápido, além da redução de complicações.

Para Silva, Rodrigues e Cesaretti⁽¹⁴⁾, o enfermeiro realiza um importante papel, ajudando o paciente a compreender a natureza do problema e encorajando-o a participar dos cuidados e a colaborar com eles. Por tudo isso, a visita pré-operatória diminui a ansiedade do doente.

Segundo Bardin⁽⁵⁾, a análise de conteúdo permite a quantificação dos dados, mesmo quando a pesquisa tem uma abordagem qualitativa, pois avalia quão freqüentes são certas características. Diante disso, apresentamos, na tabela 1, a freqüência das categorias para demonstrar os dados mais evidenciados pelos sujeitos da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição das categorias e sua freqüência nos depoimentos das enfermeiras.

Categorias	f	%
a) Humanização hospitalar	37	32,7
b) Dificuldades encontradas	32	28,3
c) Comunicação	28	24,8
d) Resultado da humanização	16	14,2
Total	113	100,0

Analisando a tabela 1, verificamos que a categoria de **humanização hospitalar** apareceu com maior freqüência no depoimento das enfermeiras, oferecendo oportunidade de as pesquisadas dizerem o que entendiam sobre o assunto. É provável que essa categoria tenha emergido tão fortemente na pesquisa devido ao próprio tema que estava sendo investigado. As profissionais ouvidas pareciam mais preocupadas com o paciente do que com os profissionais que gerenciavam, embora a literatura considere que a humanização hospitalar deva ser mais ampla. Kikuti⁽²⁾, por exemplo, sustenta que a assistência humanizada não serve apenas para atender às necessidades dos pacientes e dos seus familiares, mas também às da equipe de Enfermagem.

Entendemos que a humanização tem de começar primeiramente na equipe, pois, como disseram Santos, Backes e Vasconcelos,⁽³⁾ para que esse aspecto seja realmente aplicado,

é necessário que as pessoas estejam satisfeitas com seu trabalho. Para tanto, precisam se sentir tratadas como seres humanos respeitados em suas culturas, valores, sentimentos e necessidades.

Por sua vez, a categoria de **dificuldades encontradas** para implantar a humanização foi também muito abordada e valorizada pela amostra estudada, tendo aparecido numa freqüência de 28,3%, a segunda maior do estudo. Observamos que essa preocupação foi a que emergiu imediatamente após a abordagem da humanização hospitalar. Quem sabe isso tenha ocorrido para justificar a falta de um atendimento humanizado nos Centros Cirúrgicos, uma vez que as enfermeiras entrevistadas conheciam o conceito, mas admitiram que, na prática, ele não existia em seus ambientes de trabalho, na maioria das vezes.

A terceira categoria, de **comunicação**, surgiu numa freqüência de 24,8%, depois que as participantes admitiram que a humanização da assistência não ocorria em muitos locais, mas tentaram se justificar, apontando alguns aspectos que vinham abordando e implantando com o paciente, com a família e com a equipe. A categoria deixou evidente que as profissionais estavam tomando algumas medidas simples para tentar implementar o cuidado humanizado, embora reconhecendo as várias dificuldades encontradas no atual sistema de saúde.

Ficou claro, nesta pesquisa, que as enfermeiras sabiam definir corretamente o que é a humanização, embora nem sempre pudessem executá-la. Identificamos que elas tinham consciência da importância dessa iniciativa para o atendimento do paciente, uma vez que isso só traz aspectos positivos, como mostra a última categoria, denominada **resultado da humanização**, cuja freqüência foi de 14,2%. Acreditamos que a conscientização seja a primeira etapa a ser alcançada para que,

quem sabe um dia, a prestação humanizada de cuidados nos Centros Cirúrgicos seja aplicada com efetividade e sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tentarmos conhecer a percepção das enfermeiras que trabalham em CC sobre a humanização da assistência perioperatória, constatamos que as profissionais pesquisadas sabiam definir claramente esse conceito e também apontaram atitudes que seriam ideais para a prestação de um atendimento humanizado. No entanto, isso ainda não ocorria na íntegra, ou seja, algumas enfermeiras apenas aplicavam medidas isoladas em seus ambientes de trabalho com essa finalidade.

Mesmo não se tratando de uma iniciativa implementada em sua rotina, as entrevistadas realmente consideravam importante a prestação humanizada de cuidados no perioperatório, tendo relatado que tal patamar deveria ser o ideal do atendimento. Na prática, porém, não conseguiram alcançar essa meta devido ao quadro inadequado de funcionários, à sobrecarga do trabalho, ao número insuficiente de enfermeiros e à realização do trabalho burocrático e administrativo do CC.

Embora esta pesquisa analise uma amostra pequena – seis enfermeiras de hospitais públicos e quatro de instituições privadas –, circunscrita a uma região, e tenha sido feita com profissionais que não atuavam de forma homogênea, pois algumas atendiam simultaneamente o BC, o CME e a RA, verificamos que as enfermeiras que trabalhavam em hospitais privados e de pequeno porte relataram que a humanização era realizada. Em contrapartida, quanto maior a instituição e quanto maior a quantidade de pacientes atendidos, mais a assistência humanizada mostrou-se falha ou inexistente.

As enfermeiras que atuavam em dois hospitais públicos de grande porte em Porto Alegre informaram que o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar estava sendo implantado em suas respectivas instituições na ocasião da pesquisa. Adicionalmente, disseram acreditar que a iniciativa poderia ser mais bem desenvolvida em locais com mais recursos e nos hospitais-escola ligados ao Ministério da Educação e Cultura.

Esperamos que este estudo sirva para a reflexão dos profissionais que trabalham no CC e que eles possam realmente acreditar que a humanização do atendimento perioperatório é o único caminho para melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde atuais, fazendo com que, assim, todos, tanto a equipe quanto o paciente, se sintam valorizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krahi M. Prazer e sofrimento: o cotidiano do enfermeiro no Centro Cirúrgico. Passo Fundo: UPF; 2001.
2. Kikuti ES. Humanização em Centro Cirúrgico. [Monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
3. Santos ALG da S, Backes VMS, Vasconcelos MA. Assistência humanizada ao cliente no Centro Cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson e Zderad. Nursing (São Paulo), 2002; 5(48):25-30.
4. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Disponível em: <http://www.humaniza.com.br> (15 out 2002).
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
6. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
7. Lima MAD da S. Análise de conteúdo: estudo e aplicação. São Paulo: Logos; 1993.
8. Ferreira AB de H. Novo Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
9. Kawamoto EE. Enfermagem em clínica cirúrgica. São Paulo: EPU; 1986.
10. Lopez MA, Cruz MJ. Redondo de la Centro Cirúrgico. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil; 1998.
11. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000.
12. Guedes MVC, Felix V de CS, Silva L de F da. O trabalho no Centro Cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. Nursing (São Paulo), 2001; p. 20-4.
13. Beck CLC. O sofrimento do trabalhador: da banalização à ressignificação ética na organização da Enfermagem. Florianópolis: UFSC; 2001.
14. Silva MAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1997.
15. Ribeiro BS, Alves MS. Vivenciando interações terapêuticas: a dimensão holística do trabalho do enfermeiro. Enferm Atual 2001; 1:28-39.
16. Gheller T, Antonio MG, Souza M de L. Centro Cirúrgico: aspectos fundamentais para a Enfermagem. 3ª ed. Florianópolis: UFSC; 1993.

Este artigo é resultante da monografia de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, apresentada na Universidade Luterana do Brasil de Canoas (RS), em dezembro de 2002.

AUTORIA

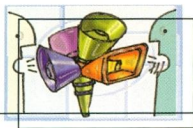
Clarissa do Patrocínio Aquino

Enfermeira, ex-aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil.

Endereço para correspondência:
Rua Antônio Ribeiro, 301, Porto Alegre, RS, CEP: 90660-230
Tel.: (51) 3336-7108 / 9112-9902
E-mail: catitaaquino@aol.com

Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira, mestre em Enfermagem e docente do curso de graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil. Orientadora da monografia.



Artigo Original
COMUNICAÇÃO

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE REGISTRO NA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA POR ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Valuation of the Register Instrument in the Anesthetic Recovery Room by Nursing Graduate Students

Evaluación del Instrumento de Registro en la Sala de Recuperación Anestésica por Alumnos de Graduación en Enfermería

Wagner Antonio Fiorini • Raquel Machado Cavalca Coutinho

Resumo – Realizamos uma pesquisa com o objetivo de verificar a opinião dos alunos do quarto semestre de graduação em Enfermagem quanto à adequação de um instrumento proposto para o registro das ações do enfermeiro na sala de Recuperação Anestésica, baseado no Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). No total, 77 acadêmicos participaram do estudo, no qual utilizamos o método exploratório-descritivo simples para a análise quantitativa dos dados em uma instituição de saúde privada do município de Campinas. A maioria dos sujeitos destacou a importância do instrumento para a transmissão das informações para o enfermeiro que recebe o paciente nas Unidades de Internação, de forma que ele possa continuar o planejamento e as intervenções. Na opinião deles, esse registro ainda possibilita a prevenção de complicações no pós-operatório imediato e mediato, proporcionando uma recuperação mais segura e confortável ao indivíduo em tratamento e minimizando os riscos, o tempo e o custo da internação hospitalar. Verificamos, por meio desta pesquisa, que o instrumento proposto foi apontado pela maioria como um recurso imprescindível na assistência prestada na Recuperação Anestésica. Constatamos, assim, que a maior parte dos alunos assinalou como uma experiência positiva a passagem de plantão embasada no instrumento, o qual

permite a avaliação das condições do paciente e documenta as ações da Enfermagem.

Palavras-chave – Comunicação; estudantes de Enfermagem; Recuperação Anestésica.

Abstract – The present paper work was written with the objective to verify the opinion of Graduation Nursing Students, at the fourth semester period, the adequate tool proposed for the register of the nursing actions in the Anesthetic Recovery Room, by the usage of the Perioperative Nursing Assistance System. The population was of 77 graduating students. Most of students noticed its importance during information transmission to the nurse, who will be in charge of the patient, to continue planning and for new interventions. This will allow nurse to continue planning to avoid complications in the immediate post-operative and the mediate one, providing a safer and more comfortable recovery, minimizing the risks, the time and the cost of the hospital internment. The students found that, as resulted on survey, the proposed tool is indispensable during assistance at recovery room. Also, most of the students answered that the shift handover period of the conditions of the surgical patient by the usage of the instrument proposed, in the discharge from assistance in the Anesthetic Recovery Room to other units, is necessary to assure

the continuity of treatments and assistance.

Key words – Communication; Nursing graduate students; Recovering Anesthetic.

Resumen – Fue realizado una pesquisa con el objetivo de verificar la opinión de los alumnos del cuarto semestre de graduación en enfermagem proposto para el registro de las acciones de enfermagem en la Sala de Recuperación Anestésica, embasada en el Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. La población fue constituída por 77 académicos de Graduación en Enfermagem. Fue utilizado el método exploratório, descritivo sencillo para la análisis cuantitativa de los datos en una institución de Salud Privada del Município de Campinas. La mayoría de los sujetos destacó la su importância en la transmisión de las informaciones para el enfermero que receberá este enfermo en las Unidades de Internación, para que pueda continuar el planejamento y las intervenciones. Posibilita, ainda, la prevención de complicaciones en el pós-operatório inmediato y mediato, proporcionando una recuperación más segura y confortável, minimizando los riesgos, el tiempo y lo costo de la internación hospitalar. Constatamos, através de esa pesquisa, que el instrumento proposto fue apontado por la mayoría como siendo imprescindible en la assistência en la Sala de Recuperación Anestésica.



Artigo Original

COMUNICAÇÃO

Así, verificamos que la mayoría de los alumnos señaló como una experiencia positiva en la pasagen de plantón embasada en el instrumento, lo cual permite la evaluación de la condiciones del enfermo y documenta las acciones de la enfermagem.

Palabras clave – Comunicación; estudiantes de Enfermagem; Recuperación Anestésica.

INTRODUÇÃO

A comunicação entre as pessoas ocorre naturalmente em nosso cotidiano e faz parte do dia-a-dia de uma família, de uma relação de amizade, de um encontro casual e de um ambiente de trabalho. Basta que duas pessoas expressem suas idéias e emitam opiniões.

No entanto, para entendermos esse processo, devemos conhecer os componentes da comunicação para, por meio deles, adquirir habilidades para uma interação mais efetiva.

A comunicação verbal refere-se à linguagem falada e escrita, enquanto a não-verbal diz respeito à transmissão de mensagens pela expressão facial, corporal e dos gestos e pelo toque⁽¹⁾. Já a paraverbal compreende o tom e o ritmo da voz, os suspiros, os períodos de silêncio e a entonação que damos às palavras quando conversamos, como relatam Sawada e Galvão⁽²⁾.

Na área de saúde, a comunicação é vista como um importante instrumento de trabalho, já que é por meio desse processo que ocorre a geração, o registro e o processamento de dados que contribuem para um sistema de informação em saúde.

Acredita-se que a Enfermagem ocupe um papel fundamental na equipe multiprofissional, justamente por ser o centro de

integração desse sistema, o que se deve ao fato de a equipe prestar assistência de forma direta e contínua ao cliente.

Por deter as informações relativas ao indivíduo hospitalizado, o enfermeiro também exerce influência no compartilhamento desses dados com os diferentes profissionais que assistem o paciente. Por conta disso, é considerado um elo entre a equipe multidisciplinar e o doente.

Takahashi⁽³⁾ define a comunicação em Enfermagem como o processo pelo qual a equipe oferece informações e as recebe do indivíduo, cliente/paciente, “para planejar, executar, avaliar e participar, com os demais membros da equipe de saúde, da assistência prestada no processo de saúde/doença”.

A passagem de plantão e o registro das observações, das reações e das ações em prontuários são recursos utilizados pelos profissionais, na organização de seu trabalho, para garantir uma comunicação efetiva⁽⁴⁾.

Cianciarullo⁽⁵⁾ enfatiza que o lançamento dos dados no prontuário do cliente favorece a comunicação entre todos os membros da equipe de saúde. Além disso, serve como documento legal, retrata a qualidade da assistência prestada ao paciente e auxilia o grupo com dados e recursos de ensino, além de ser utilizado como fonte de investigação científica na Enfermagem.

A comunicação entre as equipes torna-se um fator decisivo para atingir a qualidade na assistência, seja no pré-operatório, seja no pós-operatório. Após a alta da cirurgia, o paciente é transferido para a sala de Recuperação Anestésica (RA), onde permanece até o retorno de suas funções respiratórias, motoras e sensoriais, assim como da consciência, e a estabilidade dos sinais vitais.

Domingues e Coutinho⁽⁴⁾ ressaltam a importância do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) até mesmo na RA, possibilitando a documentação efetiva dos cuidados realizados, reduzindo e racionalizando o tempo e os impressos destinados às anotações e, dessa maneira, ratificando a necessidade de uma comunicação eficaz.

Tal problemática despertou-nos o interesse em desenvolver um instrumento que, baseado no SAEP, auxiliasse os alunos de graduação no registro de suas ações e facilitasse a comunicação com as Unidades de Internação Cirúrgica e de Terapia Intensiva.

OBJETIVO

Verificar a opinião dos alunos do quarto semestre de graduação em Enfermagem quanto à adequação de um instrumento proposto para o registro das ações do enfermeiro na sala de Recuperação Anestésica, baseado no SAEP.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

Esta pesquisa utilizou o método exploratório-descritivo simples para a análise quantitativa dos dados.

População

A população foi constituída de 77 alunos do quarto semestre da graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior do município de Campinas, matriculados na disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico (CC), que está alocada no quarto semestre do curso e possui 34 horas teóricas e 34 horas práticas.

Os acadêmicos foram informados sobre o objetivo da pesquisa e seu caráter confidencial, tendo tido liberdade na

decisão de aceitar ou não o convite, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Campo de estudo

Realizamos o estudo em um Centro Cirúrgico, mais especificamente na RA de um hospital geral, filantrópico e de ensino, localizado em Campinas. Vale salientar que a RA é composta de 12 leitos e recebe mensalmente uma média de 700 pacientes submetidos a intervenções anestésico-cirúrgicas de todas as especialidades.

Instrumento de coleta de dados

Os alunos receberam um questionário com 11 perguntas de múltipla escolha e sete questões abertas (anexo A) sobre a utilização de um impresso proposto para o registro da assistência de Enfermagem na RA (anexo B), adaptado de Olian e Amarante⁽⁶⁾. Investigamos a percepção de cada um sobre a importância, as vantagens e as dificuldades desse instrumento pautado pelo SAEP.

Operacionalização da coleta

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da faculdade e, assim, pudemos partir para a coleta dos dados, que ocorreu no período de agosto a novembro de 2002, justamente no momento do desenvolvimento da carga horária prática da disciplina de Enfermagem em CC. Cada aluno realizou assistência integral a pelo menos um paciente na RA, tendo vivenciando as etapas do instrumento (anexo B). No término da

experiência, os sujeitos responderam ao questionário (anexo A) em sala de aula, onde assinalaram sua opinião sobre o processo de trabalho existente e a proposta do impresso para a RA.

Resultados e discussão

A população abrangeu o total de 77 acadêmicos da graduação em Enfermagem, os quais cursavam a disciplina de Enfermagem em CC e se dispuseram a participar da pesquisa. Do grupo de alunos, 69 eram do sexo feminino e oito, do sexo masculino. A maior parte, ou seja, 34 alunos, apresentava faixa etária entre 20 e 25 anos.

Ao serem indagados sobre a comunicação verbal e escrita entre a RA e as Unidades de Internação, 30 alunos (40%) classificaram-na como regular, 28 alunos (36,36%), como boa, 11 alunos (14,28%), como muito boa e somente oito alunos (10,39%), como ruim.

Pudemos verificar que a comunicação entre os setores não ocorria, ou seja, não havia passagem das condições dos clientes da RA para as Unidades de Internação. Assim, 50% dos alunos assinalaram como uma experiência positiva o cuidado integral realizado no paciente e seu relato para as outras unidades.

A passagem de plantão sobre as condições do indivíduo submetido a um ato anestésico-cirúrgico para sua unidade de origem foi considerada por todos os participantes como uma ação imprescindível

no planejamento das atividades no pós-operatório imediato e mediato. Grande parte dos alunos (75%) respondeu que é possível conhecer todo o processo anestésico-cirúrgico por que o cliente passou, desde que haja informações sobre o tipo de cirurgia e anestesia realizadas, o tempo de permanência no CC, as possíveis intercorrências no intra-operatório e na RA, as eventuais transfusões de hemoderivados e os medicamentos administrados. Os estudantes também indicaram a possibilidade de a equipe saber antecipadamente como cada paciente será encaminhado para sua unidade de origem. Dessa forma, alegaram, o indivíduo hospitalizado recebe um tratamento individual, o que garante a qualidade da assistência.

Todos responderam ainda que o acesso a esses dados com antecedência permite a tomada de várias providências, como remanejar os leitos, preparar equipamentos necessários ao atendimento, providenciar transporte, dar informações aos familiares e tomar ciência de orientações específicas da equipe médica sobre determinado procedimento, entre outras.

A maioria dos alunos (62,32%) classificou as informações contidas no instrumento baseado no SAEP como muito boas e boas, o que nos leva a crer que o recurso atende às necessidades propostas, que compreendem o registro das ações de Enfermagem e das condições do paciente na RA e subsidiam a passagem de plantão, conforme os dados da tabela a seguir.

Tecil*

www.baumer.com.br

Tel. (11) 3670 0000

E-mail: cmibh@baumer.com.br

* Tecil - Controles e Teste
Divisão da Baumer S.A.

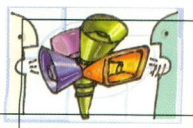
Soluções em Biossegurança

- Monitoração Biológica: Indicadores biológicos, vapor, ETO e calor seco.
- Monitoração Química: Integradores, indicadores químicos, Bowie & Dick.
- Embalagens: Papel grau cirúrgico em rolos e envelopes, papel crepado.
- Equipamentos: Incubadora, seladoras e suportes.
- Serviços: Presença em todo território nacional, validação no controle de esterilização.



BAUMER
Compromisso com a saúde





Artigo Original

COMUNICAÇÃO

Tabela 1 – Distribuição do número e da porcentagem das respostas dos acadêmicos de Enfermagem segundo a classificação do conteúdo dos registros das ações de Enfermagem e das condições do paciente na alta da RA, mediante a utilização do impresso. Campinas, 2002.

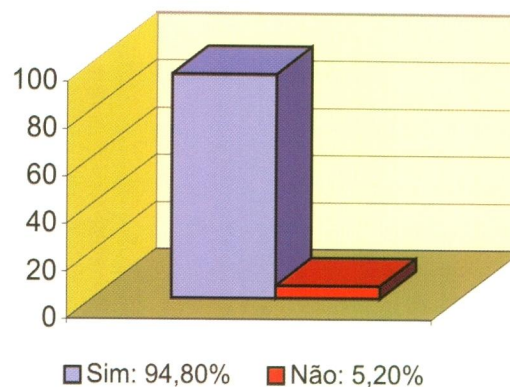
Classificação	N°	%
Muito bom	17	22,07
Bom	31	40,25
Regular	22	28,58
Muito ruim	7	9,10
Total	77	100,00

Analisando a tabela 1, verificamos que 17 alunos (22,07%) consideraram muito bom o conteúdo dos registros e das condições do paciente na alta da RA com a utilização do instrumento proposto, avaliação que foi boa para 31 alunos (40,25%), regular para 22 (28,58%) e ruim para sete deles (9,1%). Para a grande maioria, portanto, o impresso mostrou-se necessário ao atendimento dos pacientes na RA. Podemos dizer que, nesse setor, o recurso pode assegurar uma melhora da qualidade das anotações, na medida em que as facilita e agiliza.

Os 77 respondentes confirmaram a necessidade da aplicação de um instrumento baseado no SAEP para informar as condições do paciente cirúrgico aos próximos plantonistas. Para Kurcgant⁽⁷⁾, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um importante agente na comunicação, uma vez que seu registro serve de intercomunicação para toda a equipe prestar atendimento individualizado e contínuo ao paciente. As respostas dos alunos corroboram a referência da autora, visto que muitos deles apontam o impresso como facilitador na troca de plantão.

Observamos, no gráfico 1, que a grande maioria dos alunos (94,8%) disse que a passagem de plantão do paciente cirúrgico deveria ser realizada pelo enfermeiro – apenas quatro (5,2%) discordaram. Os estudantes justificaram as respostas alegando que o enfermeiro é o responsável pela RA e permanece ao lado do doente na maior parte do tempo, prestando cuidados. Assim, está ciente das intercorrências e do estado geral do indivíduo quando ele recebe alta. Além disso, também mencionaram que, como esse profissional detém maior conhecimento científico, a realização do SAEP permitiria a avaliação e a identificação dos problemas.

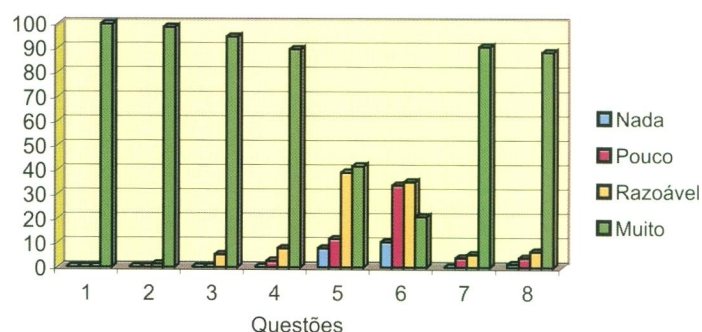
Gráfico 1 – Distribuição do número e da porcentagem das respostas dos acadêmicos de Enfermagem segundo a necessidade de a passagem de plantão do paciente cirúrgico ser realizada pelo enfermeiro. Campinas, 2002.



Acreditamos que as condições do paciente com alta da RA devam ser transmitidas de preferência pelo enfermeiro, por se tratar do profissional mais capacitado para tanto. De qualquer forma, essa comunicação também pode ser feita pelo auxiliar e pelo técnico, desde que treinados e sob a supervisão do enfermeiro.

Para proceder à análise do gráfico 2, discutiremos cada um dos oito itens representados pelas colunas.

Gráfico 2 – Distribuição do número e da porcentagem dos acadêmicos de Enfermagem segundo as questões referentes à implantação do impresso na passagem de plantão. Campinas, 2002.



No item 1, 100% dos acadêmicos afirmaram que a implantação do instrumento baseado no SAEP para a passagem de plantão facilitaria muito a comunicação entre a RA e as unidades.

Já no item 2, a grande maioria dos alunos (98,70%) respondeu que o registro, no instrumento proposto, das intercorrências e das intervenções sofridas pelo paciente tornaria mais fácil o planejamento dos cuidados no pós-operatório. Somente um aluno (1,30%) considerou essa providência razoável.

Novamente, no item 3, a grande maioria (94,80%) disse que as informações transmitidas pelo instrumento auxiliariam muito a prevenção de complicações no pós-operatório. Para uma pequena parcela de alunos (5,20%), porém, o auxílio do recurso foi classificado apenas como razoável.

Ao afirmarmos que a implantação do instrumento para a passagem de plantão, representada no item 4, facilitaria a comunicação entre a Enfermagem e a equipe multiprofissional, 69 alunos (89,61%) responderam que o recurso ajudaria muito nesse sentido. Entre os demais, a medida teria um impacto apenas razoável para seis alunos (7,80%) e pequeno para dois estudantes (2,59%).

No item 5, perguntamos se o impresso exigiria mais trabalho e atenção ao paciente. Trinta e dois alunos (41,55%) acharam que a implementação do recurso iria requerer muito mais esforço. Entre o restante, o acréscimo de trabalho seria razoável para 30 alunos (38,96%), pouco para nove (11,69%) e simplesmente não existiria para seis deles (7,80%).

Já no item 6, 16 alunos (20,78%) responderam que a aplicação do documento demandaria muito mais tempo do profissional, o que, para 27 alunos (35,06%), seria um período razoável e, para 26 (33,77%), pouco tempo. Além disso, oito acadêmicos acharam que o instrumento não consumiria mais horas de trabalho do enfermeiro.

A grande maioria (90,50%) afirmou, no item 7, que a implantação do impresso seria muito motivadora. Para quatro deles (5,20%), esse entusiasmo seria razoável e, para três (3,90%), pouco expressivo.

De acordo com a opinião de 68 alunos (88,31%), no item 8, o contato prévio

por telefone facilitaria muito a comunicação, agilizando a transferência de informações e colaborando com o planejamento da equipe para receber o paciente. Entre os demais, esse contato tornaria o processo apenas razoavelmente mais fácil para cinco alunos (6,50%), facilitaria pouco para três entrevistados (3,90%) e nenhum efeito surtiria para um único estudante.

Consideramos esses dados muito relevantes, uma vez que, na instituição de saúde em que realizamos a pesquisa, não existia comunicação verbal e escrita entre as unidades – não havia registro das condições dos pacientes no momento da admissão e da alta; apenas eram anotados os valores absolutos dos sinais vitais. Em vista disso, a qualidade da assistência poderia ser aprimorada no hospital com o uso de um instrumento baseado no SAEF.

Cianciarullo⁽⁵⁾ refere que enfermeiros e médicos lêem as anotações de Enfermagem, as quais são julgadas como importantes por auxiliarem os profissionais no planejamento, na continuidade da assistência e na avaliação do paciente, “tanto no âmbito da Enfermagem como no médico”. Concordamos com a autora e com a maioria dos alunos, pois o registro permite a troca de informações de forma segura entre os membros da equipe de saúde.

Campos et al⁽⁸⁾ constataram, em um estudo, que o número escasso de enfermeiros do CC que atuam unicamente na RA representa uma barreira para a implementação da SAE. Esse pode ter sido um dos motivos das dificuldades sentidas pelos alunos e pela equipe de Enfermagem para implementar o instrumento na instituição pesquisada. Ali, o rodízio de enfermeiros na RA era freqüente, visto que o hospital também os designava para o CC, e, portanto, não havia a presença constante de uma liderança na área. Essa situação é, para nós, preocupante, uma

vez que só um líder presente pode reduzir a insegurança provocada na equipe por tudo que é novo e conscientizar os envolvidos da importância da iniciativa – conscientização, aliás, da qual depende o sucesso de qualquer projeto.

Silva⁽¹⁾ afirma que cada indivíduo deve sentir-se motivado a agregar a qualidade às atividades de seu dia-a-dia, salientando ainda que a motivação pode influenciar uma pessoa e, assim, modificar seu nível de desempenho no trabalho.

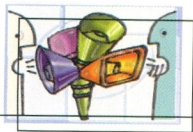
Com a implantação da SAE, é possível melhorar a qualidade da assistência e, conseqüentemente, valorizar o profissional enfermeiro. A comunicação escrita e verbal é essencial na prestação de cuidados aos pacientes na RA, assegurando um melhor processo de trabalho.

CONCLUSÕES

Acreditamos que, para uma assistência de Enfermagem de qualidade, é imprescindível que exista um sistema de informação no qual a comunicação entre os setores, tanto verbal como escrita, seja eficaz. Constatamos, por meio desta pesquisa, que o instrumento proposto foi apontado pela maioria dos alunos entrevistados como um recurso vital na assistência oferecida na RA. Verificamos também que grande parte deles assinalou como uma experiência positiva o cuidado integral prestado ao paciente, bem como a passagem de plantão embasada no instrumento que avalia as condições do indivíduo hospitalizado e documenta as ações da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva MJ. A importância da comunicação nos processos de qualidade. *Nursing* (São Paulo) 1998; 1(1):20-6.
2. Sawada NO, Galvão CM. Comunicação



Artigo Original
COMUNICAÇÃO

não-verbal: análise proxêmica em situações de pré-operatório. In: Anais do 3° Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 1992; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; 1992.

3. Takahashi RT. Sistema de informação em Enfermagem. In: Kurcgant P. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. Cap. 14, p. 181-9.
4. Domingues C, Coutinho RMC. Assistência de Enfermagem na sala de Recuperação Anestésica. Rev Sobecc 1998; 3(2):14-6.
5. Cianciarullo TI. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a

qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu; 1996.

6. Olian A, Amarante ST. Proposta de um modelo de instrumento de registro das atividades de Enfermagem no perioperatório para um hospital universitário. [Monografia]. Campinas (SP): Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2001.
7. Kurcgant P. Plano de cuidados de Enfermagem: necessidade administrativa. Enf Novas Dimens 1976; 2(3):139-41.
8. Campos SMCL et al. Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória – percepção dos enfermeiros assistenciais. Rev SOBECC 2000; 5(4):21-5.

ANEXO A

Questionário

Sua avaliação referente à proposta de um instrumento baseado no Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) na sala de Recuperação Anestésica contribuirá para a conclusão dos resultados obtidos nesta pesquisa. Pedimos que colabore, respondendo às questões abaixo:

1. Como você classificaria hoje a comunicação verbal e escrita entre a Recuperação Anestésica e as Unidades de Internação e de Terapia Intensiva da instituição hospitalar em que estagiou?
a) Muito boa b) Boa c) Regular d) Muito ruim

2. Você considera importante a passagem das condições do paciente que foi submetido a um ato anestésico-cirúrgico para sua unidade de origem?
a) Sim b) Não
Em caso afirmativo, indique por quê.

3. Como você classificaria o conteúdo das informações contidas no instrumento proposto, baseado no SAEP?
a) Muito bom b) Bom c) Regular d) Muito ruim

4. Como você classificaria os registros feitos em prontuário das ações de Enfermagem e das condições do paciente na alta da sala de Recuperação Anestésica na instituição hospitalar em que estagiou?
a) Muito bons b) Bons c) Regulares d) Muito ruins

5. Você considera importante a utilização de um instrumento baseado no SAEP para a passagem de plantão sobre as condições do paciente cirúrgico?
a) Sim b) Não
Em caso afirmativo, indique por quê.

6. Você acha necessário que a passagem de plantão sobre o estado do paciente cirúrgico seja realizada pelo enfermeiro da RA?
a) Sim b) Não
Em caso afirmativo, indique por quê.

Para as afirmações abaixo, faça um X na coluna que corresponde à sua opinião:

	Nada	Pouco	Razoável	Muito
7. A implantação de um instrumento baseado no SAEP para a passagem de plantão facilitaria a comunicação entre a Recuperação Anestésica, a Unidade de Internação Cirúrgica e a Unidade de Terapia Intensiva.				
8. O registro das intercorrências e das intervenções sofridas pelo paciente no referido instrumento facilitaria o planejamento dos cuidados no pós-operatório.				
9. As informações transmitidas por meio do instrumento baseado no SAEP auxiliariam a prevenção de complicações no pós-operatório.				
10. A implantação do impresso tornaria mais fácil a comunicação entre a Enfermagem e a equipe multiprofissional.				
11. A implantação do impresso exigiria mais trabalho e atenção ao paciente.				
12. A implantação do impresso exigiria mais tempo do profissional.				
13. A implantação do impresso seria motivadora para o profissional.				
14. O contato prévio por telefone facilitaria a comunicação, agilizando a transferência de informações e colaborando para o planejamento da equipe para receber o paciente.				

15. Na prática, você sentiu alguma(s) dificuldade(s) na fase de implantação do instrumento baseado no SAEP para a passagem de plantão? Qual(is)?

16. Durante o teste, você observou alguma vantagem, na aplicação do impresso, que não tenha sido levantada aqui? Qual(is)?

17. Durante o teste, você notou alguma desvantagem, no uso do instrumento, que não tenha sido levantada aqui? Qual(is)?

18. Faça os comentários que julgar importantes para aperfeiçoar o documento baseado no SAEP.

ANEXO B

Sala de Recuperação Anestésica*

Dados de identificação

Nome	Leito	Registro	Data
Cirurgia realizada		Anestesia	S. O.
Tempo cirúrgico	Asa	Entrada	Saída

Sinais vitais no pré-operatório	PA	FC	FR	T
---------------------------------	----	----	----	---

Horário																				
PA																				
FC																				
FR																				
T																				
Oximetria																				
O ₂ /min.																				

Escala de Aldrete Kroulik

Consciência																				
Atividade																				
Respiração																				
Circulação																				
Coloração																				
Total																				

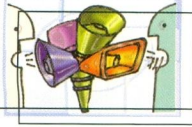
Legenda da escala de Aldrete Kroulik

Consciência 2 = desperto totalmente 1 = desperto ao chamar 0 = não responde	Atividade 2 = move 4 extremidades 1 = move 2 extremidades 0 = incapaz de se mover	Respiração 2 = respira fundo e tosse 1 = dispnéia, hipoventilação 0 = apnéia	Circulação 2 = PA 20% do pré 1 = PA 20-50% do pré 0 = PA 50% do pré	Coloração 2 = rosado 1 = pálido, icterico 0 = cianótico
--	--	---	--	--

	Sim	Não	Tipo	Local	Características
Punção venosa periférica					
Punção venosa central					
SNG					
SNE					
Curativo cirúrgico					
Dreno de Penrose					
Dreno tubular					
Dreno de sucção					
Imobilização					
SVD					
Ostomia					
Outros					

Irrigação Vesical

Solução / Horário	Entrada	Saída	Balanco



Artigo Original
COMUNICAÇÃO

Balço Hídrico

Horário	Entradas				Saídas			
	Soro	NPP	Plasma	Sangue	Diurese	Vômitos	Drenos	
Total								

Prescrição Médica

Medicação	Horário
Alta da RA:	Assinatura:

Prescrição de Enfermagem

Intercorrências	Horário
Hipotensão	
Hipotermia	
Arritmias	
Hipoventilação	
Náuseas	
Vômitos	
Dor	
Confusão	
Sangramento	
Retenção urinária	
Outros:	
	Assinatura:

Evolução de Enfermagem	Anotação de Enfermagem
Assinatura/Coren:	Assinatura:

Exames contidos no prontuário / Cuidados específicos no transporte

Prescrição	Necessidade de oxigênio
RX	Tipo:
US	Auxílio de outro profissional
Laboratório	Quem:

Horário: _____ Plantão passado para: _____

AUTORIA

Wagner Antonio Fiorini
Enfermeiro da Unidade Coronariana do Hospital Evangélico Samaritano de Campinas (SP).
Tel.: (19) 3237-3659 (res.) e (19) 3736-1207 (com.)
E-mail: wafiorini@zipmail.com.br

Raquel Machado Cavalca Coutinho
Doutora em Ciências pela UNIFESP e coordenadora do curso de Enfermagem da UNIP de Campinas (SP).
Tel.: (19) 3208-0348 (res.) e (19) 3776-4000 (com.)
E-mail: arcouti@uol.com.br



Artigo Original
EMBALAGENS

CONTÊINERES RÍGIDOS: AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS

Hard Containers: Users' Evaluation

Contenedores Rígidos: Evaluación de los Usuarios

Caroline Dal Pian Alarcon • Kazuko Uchikawa Graziano • Mohamad Abdul Hadi • Tamara Carolina de Camargo

Resumo – Os contêineres rígidos constituem uma tecnologia de embalagem importada que difere das tradicionais por dispor de sistemas de filtros para saída de ar e entrada do vapor, dispensando o uso de invólucro externo. Considerando que toda novidade deve ser investigada, este estudo se propôs a analisar os contêineres rígidos de acordo com a avaliação dos usuários quanto às suas vantagens e desvantagens. Os dados foram coletados entre profissionais de hospitais públicos e privados que utilizavam esses materiais e que concordaram em responder a uma entrevista semi-estruturada por telefone. As participantes afirmaram que o elevado custo desse sistema de embalagem condiz com as qualidades por ele oferecidas. Ao levarem em conta seu manuseio, em comparação com o das caixas perfuradas, 70,8% o apontaram como melhores, 27,8%, como iguais e apenas 1,4%, como piores, embora 100% tenham dito que se trata de uma tecnologia mais segura. Dessa avaliação, concluímos que os contêineres rígidos são os substitutos ideais das caixas perfuradas para acondicionamento de instrumentais cirúrgicos submetidos a esterilização em autoclave.

Palavras-chave – esterilização; embalagem de produtos.

Abstract – The rigid container is an imported packaging technology that differs from the traditional ones because it has a system of filters designed for air exit and steam inlet and because it doesn't have an

external involucre. Considering that all new technology should be investigated, this study intends to analyze the use of rigid containers and their advantages and disadvantages. The data were collected from public and private hospitals that use this technology and that have agreed to answer a semi-structured telephone interview. It was affirmed that the rigid containers are cost-effective. When comparing the rigid containers and the perforated boxes handling, 70,8% pointed the rigid containers to be better than the perforated boxes, 27,8% pointed no differences between them, only 1,4% pointed the rigid containers to be worse than the perforated boxes. 100% of the sample believes that the rigid containers are safer than the perforated boxes. Therefore, it is possible to conclude that the rigid containers are the ideal substitutes for the perforated boxes as surgical instruments package under sterilization by autoclavation.

Key words – sterilization; product packing.

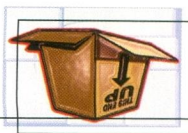
Resumen – Los contenedores rígidos constituyen una tecnología de embalaje importada, que difiere de las tradicionales por disponer de sistemas de filtros para salida de aire y entrada del vapor y dispensar el uso del envoltorio externo. Considerando que toda nueva tecnología debe ser investigada, este estudio se propuso analizar la evaluación por los usuarios de los envases rígidos quanto sus

vantajas y desventajas. Los datos fueron obtenidos junto a los profesionales de hospitales públicos y privados, que utilizan esta tecnología y que concordaron en contestar a una entrevista semi-estructurada por teléfono. Estos afirmaron que el elevado costo de los contenedores rígidos está relacionado con las calidades ofrecidas. Al considerar su manejo cuando comparados con las cajas perforadas, 70,8% apuntaron como mejores, 27,8% iguales e apenas 1,4% peores, siendo que 100% afirmaron que fueron más seguros, permitiendo concluir que son los substitutos ideales de las cajas perforadas para acondicionar los instrumentales quirúrgicos sometidos a la autoclave.

Palabras clave – esterilización; contenedor; envase; embalaje de productos.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a conscientização quanto ao problema das infecções hospitalares trouxe como prioridade a preocupação dos profissionais de saúde em diminuir essa ocorrência, proporcionando maior eficácia ao serviço de assistência de Enfermagem nos hospitais⁽¹⁾. Com isso, o Centro de Material e Esterilização (CME) passou a exercer uma contribuição ímpar para a qualidade das atividades de toda a equipe de saúde, visto que o artigo médico-hospitalar a ser usado no paciente precisa estar totalmente livre de quaisquer microrganismos, sob todas as formas de vida⁽²⁾.



Artigo Original EMBALAGENS

Por definição, o CME, segundo o Ministério da Saúde⁽³⁾, é o conjunto de elementos destinados à limpeza, à recepção, ao acondicionamento e à esterilização de materiais, assim como ao armazenamento e à distribuição dos itens esterilizados.

O contexto do processo de esterilização envolve a escolha da embalagem ideal, que vai ser utilizada de acordo com os itens processados⁽⁴⁾. O objetivo dos materiais adotados para embalar artigos médico-hospitalares é permitir que os instrumentos críticos esterilizados sejam transportados e armazenados com a garantia da conservação de sua esterilidade até o momento do uso, assim como possibilitar a abertura asséptica, sem riscos de contaminação de seu conteúdo⁽⁵⁾.

O mercado dispõe de diversos tipos de embalagem para esterilização hospitalar, o que nos permite escolher a mais adequada para cada tipo de item, pois cada uma tem suas propriedades e características específicas que satisfazem aos princípios de acondicionamento e ao processo de esterilização⁽⁴⁾. Entre eles, podemos citar: tecido de algodão, embalagem de não-tecido, papel grau cirúrgico, papel crepado, vidros, filmes transparentes, caixas metálicas e contêineres rígidos⁽⁵⁾.

Para a seleção dessas embalagens, é necessário considerar a presença de várias características. O tipo escolhido deve permitir a identificação do conteúdo e o fechamento completo e seguro do item; proteger o material embalado de dano físico; resistir a rasgos, perfurações e abrasões; não ter furos; ser atóxico; apresentar baixo desprendimento de fibras e partículas; possibilitar liberação do conteúdo sem contaminação (transferência asséptica); manter a esterilidade do conteúdo até que o pacote seja aberto; promover selagem íntegra; possibilitar fechamento hermético;

prover os itens de adequada barreira contra líquidos e partículas; ser compatível com condições físico-químicas do processo de esterilização; permitir a remoção apropriada do ar, assim como a penetração e a eliminação do agente esterilizante; ter relação custo-benefício positiva e trazer instruções escritas de uso⁽⁶⁾.

Este trabalho optou por discorrer sobre os contêineres rígidos, visto que eles vêm sendo apontados como um novo recurso de embalagem, ainda pouco conhecido e avaliado pelos profissionais brasileiros. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁽⁷⁾, esses materiais são utilizados em 90% dos hospitais alemães e em 50% dos americanos. Para Calicchio, Suzuki e Alvarenga⁽⁸⁾, o objetivo de utilizá-los em sua instituição foi o de melhorar e simplificar uma rotina que inclui lavagem, montagem e esterilização dos materiais, diminuindo o retrabalho e possibilitando uma melhor organização nas prateleiras, uma vez que os contêineres são os substitutos ideais para as caixas metálicas, perfuradas de forma improvisada.

Criados há aproximadamente três décadas na Alemanha, os contêineres rígidos constituem um novo padrão de embalagem para esterilização, proporcionando um sistema completo para a prática asséptica⁽⁸⁾, embora se trate de uma tecnologia importada, utilizada ainda por poucos hospitais no Brasil. Tanto é assim que o País não dispõe de normas regulamentadoras sobre seu uso, como acontece com outros materiais utilizados com a mesma finalidade, a exemplo do papel grau cirúrgico.

"A legislação nacional pertinente à esterilização ainda apresenta grandes lacunas, porém vem melhorando gradativamente no sentido de oferecer diretrizes para as ações no âmbito dos Centros de Material e Esterilização. Muitos detalhes técnicos não são definidos oficialmente, motivo pelo

qual os profissionais buscam utilizar recomendações de órgãos governamentais ou não-governamentais de outros países, a fim de nortear suas atividades com mais segurança"⁽⁴⁾.

Os contêineres rígidos incorporam sistemas de filtros que são aceitáveis para esterilização a vapor, óxido de etileno e calor seco, localizados internamente na tampa e/ou parte inferior e fixados por uma camada de silicone. Garantem segurança contra abertura acidental, funcionam como barreira eficaz contra a passagem de microrganismos e resistem a substâncias químicas e raios ultravioleta, estando disponíveis em três tipos: papel, tela ou permanentes. Estes últimos passam por até mil ciclos de lavagem e esterilização, enquanto os de tela, por 50 ciclos. Já os de papel são de uso único (descartáveis), tendo indicador de controle químico, o qual aponta a passagem por processo de esterilização pela mudança de cor⁽⁹⁾. Vale destacar que essa embalagem se aplica mais para calor úmido em autoclave pré-vácuo. Já na secagem, os melhores resultados são obtidos quando se respeita o limite de peso, de 10 kg⁽¹⁰⁾.

Por proporcionarem uma homogeneidade de penetração de vapor e rapidez do ciclo, os contêineres rígidos facilitam a montagem de cargas iguais. Além disso, a secagem ocorre uniformemente, pois o contêiner de alumínio possui maior condutividade térmica e capacidade de retenção de calor em relação ao de aço inox, fazendo com que o excesso de vapor condensado seja evaporado mais facilmente, como citado por Gabelle, *apud* Calicchio, Suzuki e Alvarenga⁽⁸⁾.

Além dos sistemas de filtros, essa tecnologia difere das demais embalagens tradicionais por dispensar o uso de invólucro externo, seja ele de tecido, seja ele de não-tecido. Após o fechamento, basta colocar

a identificação e proceder à esterilização, reduzindo um passo no processo de preparo do material – o do empacotamento externo⁽⁸⁾.

Uma das principais finalidades do sistema de contêineres é a de estocar o material por várias semanas, mantendo sua esterilidade durante o transporte e evitando a contaminação advinda do meio ambiente⁽⁴⁾. Mas, sempre que se discorre sobre embalagens, um detalhe discutido é a vida dos produtos esterilizados na prateleira. Tradicionalmente, estabelecem-se prazos de validade para os diferentes itens, porém um novo paradigma nesse aspecto está relacionado diretamente à qualidade da embalagem, ao nível de segurança, à inviolabilidade e às condições de armazenamento, e não ao “tempo relógio”⁽⁵⁾.

Sobre essa questão, Jevitt publicou, em 1984, um artigo com o título *Indefinido o tempo de esterilização...amém*. Nele, a autora relata sua experiência em um Centro de Material e Esterilização onde foram encontrados, por conta de uma reforma, pacotes de campos esterilizados havia 34 anos, esquecidos em um compartimento da área. Evidentemente, a equipe só pôde reconhecer o tempo de esterilização por causa da data do jornal que embalava os pacotes de campos cirúrgicos. O mais interessante de tudo é que todas as culturas realizadas com o material acusaram esterilidade. Longe de considerar o papel de jornal como embalagem possível para produtos odonto-médico-hospitalares, a autora tece considerações demonstrando que, quando um produto é armazenado adequadamente e protegido de eventos relacionados, não há necessidade da

arcaica prática de estabelecer prazo de validade⁽⁵⁾.

Entre as outras vantagens dos contêineres rígidos, vale ressaltar a economia de espaço na hora de armazenar os itens esterilizados e a possibilidade de codificar os materiais, segundo as disciplinas cirúrgicas, por meio de etiquetas coloridas. Ainda quanto ao armazenamento, não só a estabilidade, a visibilidade e a higiene são critérios importantes, mas também a funcionalidade. Existem prateleiras específicas para acondicionar os contêineres rígidos, que suportam até 1.200 quilos, embora elas não sejam essenciais – basta respeitar as recomendações quanto ao empilhamento máximo permitido⁽⁹⁾.

Quanto ao manuseio do sistema na sala operatória, Calicchio, Suzuki e Alvaren-

A Lifemed incorpora a Bartec e se consolida no segmento de paramentação cirúrgica e embalagens descartáveis para esterilização.

O sucesso desta união está garantido pela diversidade da linha de produtos, cuidadosamente reestruturada, possibilitando um expressivo diferencial de mercado e proporcionando benefícios de fácil percepção por seus usuários: redução do desperdício de material, rapidez e segurança na entrega dos produtos e, principalmente atendimento ao desempenho de uso desejado pelo consumidor.

PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

- Kits cirúrgicos:
 - Universal
 - Básico
 - Gineco-Uro-Procto
- Aventais cirúrgicos:
 - SMS: simples e com reforço
 - SPUNLACE: simples e com reforço
- Campo impermeável para mesa de instrumentais e superfícies:
 - com reforço hidrorrepelente
 - com reforço absorvente
- Campos cirúrgicos para cobertura de paciente
- Fronha de Mayo

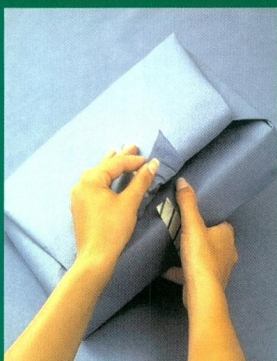
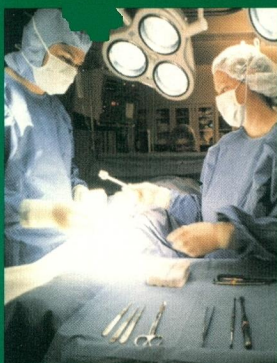
EMBALAGENS PARA ESTERILIZAÇÃO

- Embalagens para esterilização em diversos tamanhos:
 - SMS
 - Papel crepado
- Produtos resultantes da combinação destas matérias-primas
- * Outras apresentações e tamanhos sob consulta



11 5564-3232

www.lifemed.com.br





Artigo Original

EMBALAGENS

ga⁽⁸⁾ observaram maior organização, por não haver excesso de volume de material reprocessado (tecido) ou descartável (não-tecido), diminuição do risco de contaminação na exposição do material estéril, devido à simplicidade do método de abertura do contêiner, e segurança na reabertura e na manutenção do conteúdo durante o período intra-operatório.

Atualmente, os contêineres rígidos são o sistema de acondicionamento de escolha para os instrumentais cirúrgicos e para outros dispositivos médicos no mundo todo, dada a possibilidade de organização dos instrumentos, a proteção efetiva dos artigos e a vantagem econômica em longo prazo⁽⁶⁾.

É importante lembrar que, na substituição das embalagens utilizadas para o acondicionamento dos artigos a serem esterilizados em uma instituição, deve-se atentar para os possíveis entraves que poderão ser impostos pela nova tecnologia, a exemplo de dificuldade da retirada do ar, da penetração do agente esterilizante e da secagem, além de alteração do tempo de esterilização, entre outros. Há, portanto, a necessidade de validação do desempenho a cada nova inserção ou troca de embalagem.

Considerando ainda que toda nova tecnologia deve ser avaliada quanto à segurança, à efetividade, ao impacto e à relação positiva entre custo e benefício, esta investigação se propôs a analisar os contêineres rígidos de acordo com a avaliação dos usuários quanto às vantagens e desvantagens desse sistema, a fim de subsidiar as práticas de Enfermagem no CME.

OBJETIVO

Analisar as vantagens e desvantagens relatadas pelos usuários dos contêineres rígidos em comparação com as caixas

perfuradas convencionais para a esterilização de artigos críticos em autoclave.

MÉTODO

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo de campo de nível 1, do tipo exploratório-descritivo, transversal e aplicado, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvida em hospitais públicos e privados de médio e grande porte que utilizavam os contêineres rígidos, todos eles localizados em território nacional, com a participação de profissionais de Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização que concordaram em tomar parte da iniciativa, seguindo um roteiro semi-estruturado (anexo 1), de forma livre e consentida verbalmente, após breve explicação dos objetivos do estudo. Para a realização das entrevistas, utilizamos um aparelho de telefone com viva-voz para facilitar a captação das informações pelos membros do grupo. A busca dos usuários dos contêineres rígidos foi feita por meio de informações dos fornecedores dessa tecnologia. No fim, a amostra acabou sendo composta de todas as pessoas indicadas.

RESULTADOS

Entrevistamos profissionais de nove instituições hospitalares, localizadas em cinco diferentes Estados brasileiros, com maior concentração em São Paulo e Bahia, seguidos por Goiás, Curitiba e Santa Catarina, das quais 67% de natureza privada e 33%, pública. Do total de participantes, 89% eram enfermeiras e 11%, auxiliares de Enfermagem que atuavam no Bloco Operatório, com experiências que variavam de 1,6 ano a 25 anos. Habitualmente, espera-se que um CME seja gerenciado por uma enfermeira. Em um dos hospitais, no entanto, isso não ocorreu. Lá, uma auxiliar de Enfermagem coordenava os trabalhos do setor fazia 24 anos, sem que esse fato

tenha interferido nesta pesquisa, uma vez que ela explicou com clareza e segurança as rotinas referentes ao manuseio dos contêineres estudados.

Quanto ao tempo de utilização dos contêineres rígidos no Brasil, registra-se seu primeiro uso em 1996, mas a maior adesão ao método ocorreu somente dois anos depois, em 1998. Apenas uma das entrevistadas não soube informar há quanto tempo a instituição em que trabalhava adotava o sistema, alegando que o hospital já dispunha de tais recursos quando ela foi admitida, em meados de 2001.

Quando questionadas sobre o custo elevado da nova tecnologia, em comparação ao das embalagens tradicionais, 100% das entrevistadas responderam que o preço condiz com as qualidades, afirmação que justificaram com os diversos argumentos descritos na tabela 1. De qualquer modo, a segurança da esterilização foi o mais citado.

Como discutido anteriormente, todos os tipos de materiais podem ser acondicionados nos contêineres rígidos, o que ocorria em 53,8% das instituições pesquisadas. As demais priorizavam artigos de neurocirurgia, videoneurocirurgia e ginecologia/obstetria, além dos itens usados para laparotomia e os implantes termorresistentes.

Na comparação do manuseio dos contêineres com o das caixas perfuradas, especialmente quanto a características como peso, forma de identificação do pacote, localização dentro do arsenal estéril, transporte, montagem, modo de abertura, acondicionamento, carregamento e descarregamento das autoclaves, 70,8% das profissionais ouvidas apontaram-nos como melhores que as caixas, 27,8%, como iguais às caixas e apenas 1,4%, como piores (gráfico 1).

Quando questionamos a segurança do sistema de contêineres, 100% das entrevistadas o consideraram mais seguro, tendo valorizado diferentes aspectos, conforme mostra a tabela 2.

Além disso, de todas as participantes, 44,5% possuíam todo o arsenal cirúrgico acondicionado em contêineres rígidos e as demais, 55,5%, tinham planejamento, na ocasião do estudo, de substituir gradualmente as caixas pela nova tecnologia, devido a seu elevado custo.

CONCLUSÃO

Com base nas referências bibliográficas e na avaliação dos usuários, concluímos que os contêineres rígidos são embalagens com mais vantagens do que desvantagens, aceitando, assim, como os substitutos ideais das caixas perfuradas convencionais, tanto pela segurança e eficiência quanto pela relação custo-benefício.

Apenas a adaptação da autoclave para os ciclos de esterilização dos contêineres

rígidos foi apontada como desvantagem por uma das entrevistadas, uma vez que tais equipamentos devem ter seu tempo de exaustão do vapor e secagem aumentado. De qualquer maneira, acreditamos que o custo não seja enquadrado como desvantagem, já que 100% das profissionais que integraram o estudo afirmaram que tal valor condiz com as qualidades apresentadas pelo produto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moura MLPA. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. 2ª ed. São Paulo: SENAC, 1999.
2. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas da SOBECC. São Paulo: SOBECC, 1999.
3. Ministério da Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 2ª ed. Brasília; 1999.
4. Bergo MCNC. Embalagem para esterilização. In: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Esterilização de artigos em unidades de saúde. 2ª ed. São Paulo; 2003.
5. Graziano KU. Embalagem de artigos odontológico-hospitalares. In: Lacerda RA, coordenadora. Controle de infecção em Centro Cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. Cap. 12, p. 197-211.
6. Association of Operating Room Nurses. Packaging systems – selection and use. Denver; 2001.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> (04 maio 2003).
8. Calicchio LC, Suzuki RT, Alvarenga DC. Sistema de contêineres para instrumentais cirúrgicos: uma experiência que deu certo. Rev SOBECC 1999; 4(4):26-30.
9. Sterile container system: general catalogue. s.d.
10. Recomendações práticas em processo de esterilização em estabelecimentos de saúde – esterilização a calor: guia elaborado por enfermeiros brasileiros. Campinas: Komed; 2000.

ANEXO 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

() Pública () Privada

Localização

Cidade: Estado:

PARTE 2 – CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO

Cargo na instituição:

Tempo de atuação no Bloco Operatório (CC/CME):

Instituição atual:

Demais instituições:

Há quanto tempo utiliza contêineres rígidos?

PARTE 3 – VANTAGENS E DESVANTAGENS DO USO DOS CONTÊINERES RÍGIDOS

1. Sabe-se que os contêineres rígidos são materiais com custo mais elevado do que as embalagens tradicionais. Esse custo condiz com as qualidades apresentadas pelo produto?

() Sim () Não

Justifique.



Artigo Original
EMBALAGENS

2. Que tipos de instrumental são processados nos contêineres rígidos?

3. Quanto ao manuseio, compare os contêineres rígidos com as caixas perfuradas:

Características	Melhor	Igual	Pior
Peso			
Forma de identificação do pacote			
Localização dentro do arsenal estéril			
Transporte			
Montagem			
Modo de abertura			
Acondicionamento			
Carregamento e descarregamento das autoclaves			

4. Em sua vivência profissional, o contêiner rígido é mais seguro? Justifique.
Que aspecto da segurança você valoriza?

5. Você tem planejamento de substituir gradualmente as caixas por contêineres?

Tabela 1 – Distribuição das justificativas citadas pelas entrevistadas quanto à qualidade dos contêineres rígidos, condizente com o custo. Brasil, 2003.

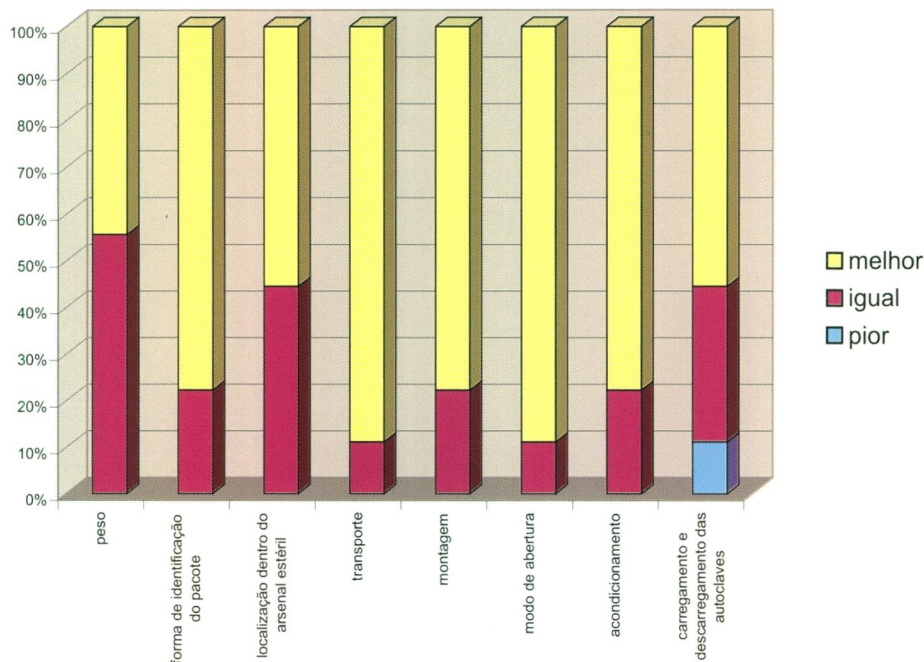
Justificativas	N	%
Segurança quanto à esterilização	5	26,3
Prazo indefinido de esterilidade	3	15,7
Segurança quanto ao transporte	2	10,6
Facilidade de manuseio	2	10,6
Organização	2	10,6
Não depende de condições ambientais para armazenamento	2	10,6
Segurança quanto à abertura asséptica	1	5,2
Melhor acondicionamento do instrumental	1	5,2
Durabilidade da embalagem	1	5,2
TOTAL	19*	100,0

Tabela 2 – Distribuição dos aspectos de segurança dos contêineres rígidos mais valorizados pelas entrevistadas. Brasil, 2003.

Aspectos de segurança	N	%
Confiabilidade na esterilização, devido ao sistema de filtros	3	16,6
Abertura asséptica	3	16,6
Tampa com lacre	3	16,6
Impermeabilidade	3	16,6
Barreira microbiana	2	11,2
Tempo de validade maior	1	5,6
Facilidade de transporte (alças laterais)	1	5,6
Manutenção da esterilidade	1	5,6
Fácil manuseio	1	5,6
TOTAL	18*	100,0

*Observação: cada entrevistada apresentou mais de uma justificativa.

Gráfico 1 – Distribuição percentual das características dos contêineres rígidos, classificados pelas entrevistadas como melhores, iguais e piores em relação às caixas perfuradas. Brasil, 2003.



Este estudo faz parte da monografia de conclusão do curso de especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EESUP).

AUTORIA

Caroline Dal Pian Alarcon

Enfermeira do Bloco Operatório do Hospital Unimed Sorocaba, especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela EEUSP e graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein.

Endereço para correspondência: Rua Brigadeiro Tobias, 515, apto. 41, Centro, Sorocaba, SP. CEP: 18010-070

Tel.: (15) 231-9786

E-mail: caroldpa@yahoo.com.br

Kazuko Uchikawa Graziano

Enfermeira livre-docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

Endereço para correspondência: Rua Heriberto Simões do Valle, 55, Jardim Los Angeles, São Paulo, SP

CEP: 04648-290

Tel.: (11) 3066-7563

E-mail: kugrazia@usp.br

Mohamad Abdul Hadi

Enfermeiro supervisor noturno do Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), especialista em Enfermagem em Reabilitação e Centro Cirúrgico pela EEUSP e graduado pela USP.

Endereço para correspondência: Rua Messina, 336, apto. 23, Jardim Messina, Jundiá, SP

CEP: 13207-480

Tel.: (11) 3931-5440

Tamara Carolina de Camargo

Enfermeira do Bloco Operatório do Hospital Unimed Sorocaba, especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela EEUSP e graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua Alcídia dos Santos, 150, Jardim Ferreira, Sorocaba, SP. CEP: 18080-620

Tel.: (15) 233-3498

E-mail: tamaracarolina@ig.com.br

Com a sua confiança,
estamos construindo
a nossa história.



O Grupo LDM está completando 10 anos.

Nosso principal objetivo é a busca incessante da qualidade, proporcionando maior segurança aos profissionais de saúde e pacientes.

É por isso que queremos lhe agradecer, pois acreditou e continua confiando em nosso trabalho.

Muito obrigado.

LDM
LDM Equipamentos Ltda.

Divisão de Desinfecção e Esterilização.

Lavadoras Ultrassônicas, Jets, Secadoras,
Termodesinfectoras e Formoldeidos.



Lavadora JET 500



Secadora SEC 4000

Labnews
indústrias químicas

Divisão de Saneantes e Termoplásticos.

Detergentes Enzimáticos, Removedores de Oxidação,
Lubrificantes e Polidores para Hospitais e Laboratórios.



Linha completa de saneantes



Tamanco hospitalar Cauzioneh



Av. Lacerda Franco, 172 Cambuci | São Paulo | SP
Cep 01536-000 | PABX: (11) 3275.1166
e-mail: contato@grupoldm.com.br

www.grupoldm.com.br