

59

SOBEC

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

NACIONAL – SP

CENTRO DE MATERIAL

Estudo investiga a aplicabilidade de ferramentas de Engenharia de Produção no CME

RECUPERAÇÃO

Os desafios da Assistência de Enfermagem em leitos de retaguarda na Recuperação Anestésica

REPROCESSAMENTO

Reutilização e Reprocessamento de Produtos Médicos de Uso Único: Risco Aceitável?

HUMANIZAÇÃO

Saiba como se sentem as mães que acompanham seus filhos na Recuperação Anestésica

E mais:

Hospital em foco: Centro Cirúrgico do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) é um dos mais modernos da América Latina e a atuação da Enfermagem do Bloco Operatório também é diferenciada

Título de Especialista: conheça o cronograma do concurso

Congressos, simpósios e cursos. Tudo isso e muito mais em Agenda!

A Assistência de Enfermagem e a Segurança do Cliente Cirúrgico

10º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

De 28 a 31 de julho de 2011
Palácio das Convenções do Anhembi - SP

SOBEC ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
NACIONAL – SP

São esperados cerca de 2.500 profissionais para este que é um dos maiores eventos da Enfermagem Perioperatória brasileira. Confira a programação científica e detalhes da inscrição

• **Presidente:** Janete Akamine • **Vice-presidente:** Marcia Hitomi Takeiti • **Primeira-secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Segunda-secretária:** Andrea Alfaya Acunã • **Primeira-tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Segunda-tesoureira:** Andrea Tamancoldi Couto • **Diretora da Comissão de Assistência:** Soraya Palazzo • **Membro da Comissão de Assistência:** Lígia Garrido Calicchio • **Membro da Comissão de Assistência:** Gessilene de Souza Barbosa • **Diretora da Comissão de Educação:** Aparecida de Cássia Giani Peniche • **Membro da Comissão de Educação:** Zuleica Fazoni Souza • **Membro da Comissão de Educação:** Isabel Miranda Bonfim • **Diretora da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rachel de Carvalho • **Membro da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite • **Membro da Comissão de Publicação e Divulgação:** Eliane da Silva Grazziano • **Diretor do Conselho Fiscal:** Ernane de Sousa Almeida • **Membro do Conselho Fiscal:** Simone Batista Neto Arza • **Membro do Conselho Fiscal:** Tania Gryzp Garcia • **Diretora de Comissão e Eventos Regionais:** Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti

Revista SOBECC

Órgão oficial da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

Comissão de Publicação e Divulgação – Diretora: Dr^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE) • **Membros:** Dr^a Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP) e Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR)

Conselho Editorial – Dr^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE), Dr^a Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP), Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR), Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP), Dr^a Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP), Ms Dulcilene Pereira Jardim (Universidade Santo Amaro - UNISA), Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP), Dr^a Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM), Dr^a Luzia Elaine Galdeano (Universidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra - Portugal), Dr^a Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo - Peru), Dr^a Maria Belén Salazar Posso (Faculdade de Enfermagem da Fundação ABC), Dr^a Raquel Machado Cavalca Coutinho (Universidade Paulista - UNIP), Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA) e Ms Verônica Cecília Calbo de Medeiros (Centro Universitário São Camilo).

Equipe Técnica – Edição: Marcelo de Andrade • **Coordenação:** Sirlene Aparecida Negri Glasenapp • **Produção Gráfica:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretárias:** Maria Elizabeth Jorgetti e Eliane Guedes Alexandre Teixeira • **Bibliotecária:** Sônia Maria Jardim • **Revisão de Espanhol:** Dr^a Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Elaine Koda • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Editora Referência Ltda.

SOBECC – Rua Vergueiro, 875, cj. 64 • Liberdade (metrô Vergueiro) • CEP: 01504-001 • São Paulo • SP • CGC: 67.185.215/0001-03 • Tel.: (11) 3205-1402 / 3341-4044 • Fax: (11) 3205-1407.

E-mail: sobecc@sobecc.org.br | Site: 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, à *International Federation Perioperative Nurses* (IFPN) desde 1999 e ao Fórum Mundial de Esterilização (WFHSS) desde 2008. Além disso, mantém parceria constante com a *Association Operating Room Nurses* (AORN).

ISSN 14144425

Revista indexada nas bases de dados LILACS, CUIDEN e, desde dezembro de 2007, na CINAHAL INFORMATION SYSTEMS

4...

EDITORIAL

5...

AGENDA

6 ...

ACONTECE

8 ...

HOSPITAL EM FOCO

11 ...

10º CONGRESSO DA SOBECC

30 ...

12º CONGRESSO MUNDIAL
ESTERILIZAÇÃO - ESTORIL

34 ...

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação dos Índices de Velocidade e Confiabilidade de Materiais Reprocessados em um Centro de Material e Esterilização

43 ...

ARTIGO ORIGINAL

Assistência de Enfermagem em Leitos de Retaguarda na Recuperação Anestésica

50...

REVISÃO DE LITERATURA

Reutilização e Reprocessamento de Produtos Médicos de Uso Único: Risco Aceitável?

57 ...

ARTIGO ORIGINAL

A Mãe e a Criança na Recuperação Anestésica: O Cuidado Que Faz a Diferença

65 ...

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA
REVISTA SOBECC

10º Congresso da SOBECC: a Responsabilidade da Enfermagem Perioperatória na Segurança do Cliente



Janete Akamine
Presidente da SOBECC

Você já está preparado para a 10ª edição do Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização? Se sim, parabéns e agora é só aguardar o final do mês de julho. Se não, ainda há tempo. Programe-se, pois o evento ocorrerá entre 28 a 31 de julho, no Palácio das Convenções do Anhembi, em São Paulo. O tema central é “A Assistência de Enfermagem e a Segurança do Cliente Cirúrgico”.

O último Congresso, em julho de 2009, reuniu 2.278 participantes, mais de 40 palestrantes e foram apresentados 170 trabalhos. Para este ano, esperamos mais de 2.500 congressistas e já foram enviados 227 resumos, dos quais 139 da área de Centro Cirúrgico, 54 de Centro de Material e Esterilização, 23 de Recuperação Anestésica e 11 sobre infecção hospitalar.

Confira, nesta edição da Revista SOBECC, todas as informações sobre o Congresso e como se preparar para a obtenção do Título de Especialista, participando do VI Curso Preparatório para a Prova de Título, e como proceder para a revalidação do Título de Especialista pela SOBECC.

Neste segundo número da Revista SOBECC de 2011 estão publicados quatro trabalhos científicos, sendo um proveniente de Londrina (PR), um de Salvador (BA) e dois de São Paulo (SP).

“A Mãe e a Criança na Recuperação Anestésica: O Cuidado Que Faz a Diferença” é um estudo de campo, realizado com mães que acompanhavam seus filhos durante sua permanência na recuperação de um hospital da rede pública. As mães relataram a importância de sua presença junto aos filhos, bem como os pontos positivos e negativos desta experiência.

O trabalho “Avaliação dos Índices de Velocidade e Confiabilidade de Materiais Reprocessados em um Centro de Material e Esterilização” mostra a versatilidade de enfermeiras do Paraná, ao utilizarem instrumentos oriundos da Engenharia de Produção para avaliar índices de velocidade e de confiabilidade no processamento de pacotes de curativo e micronebulizadores. Demonstrou-se a importância da utilização de tais ferramentas para a melhoria de processos e resultados em Centro de Material e Esterilização.

Na revisão de literatura “Reutilização e Reprocessamento de Produtos Médicos de Uso Único: Risco Aceitável?”, as autoras baianas propõem uma interessante discussão sobre o estado da arte acerca dos riscos associados ao reprocessamento de produtos ditos de uso único, visando obter subsídios para nortear esta prática, cada vez mais comum e polêmica em muitas instituições hospitalares mundo afora.

A pesquisa de campo “Assistência de Enfermagem em Leitos de Retaguarda na Recuperação Pós-anestésica” identificou, junto a profissionais de Enfermagem de um hospital público, as dificuldades da assistência prestada a pacientes que precisam permanecer em leitos de retaguarda na recuperação, mesmo depois de terem alta desta unidade, quando há indisponibilidade de leitos na internação.

Na sessão “Hospital em Foco”, apresentamos, orgulhosamente, um pouco da excelência do serviço de Enfermagem do CC e do CME do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

Para finalizar, convidamos mais uma vez enfermeiros, técnicos de Enfermagem, instrumentadores cirúrgicos e todos os profissionais que desejam se aprimorar e discutir a segurança do cliente cirúrgico para participarem do 10º Congresso da SOBECC. Para manter elevados os níveis de segurança e a qualidade na prestação da assistência, é necessária uma política consistente de desenvolvimento profissional e isso é possível por meio de uma aprendizagem contínua ao longo da vida.

Desejamos a todos ótimas oportunidades de aprendizagem!

Nos veremos em julho!

Rachel de Carvalho
Diretora da Comissão de
Publicação e Divulgação



AVALIAÇÃO DOS ÍNDICES DE VELOCIDADE E CONFIABILIDADE DE MATERIAIS REPROCESSADOS EM UM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

EVALUATION OF THE INDEX OF SPEED AND RELIABILITY IN PROCESSING MATERIALS AT A SUPPLY CENTER AND STERILIZATION

EVALUACIÓN DE LOS ÍNDICES DE VELOCIDAD Y CONFIABILIDAD EN EL PROCESAMIENTO DE MATERIALES EN UN CENTRO DE MATERIAL Y ESTERILIZACIÓN

Larissa Garcia Niehues Moresca • Ligia Fahl Fonseca • Cibele Cristina Tramontini

RESUMO: Visando utilizar instrumentos oriundos da Engenharia de Produção no processamento de materiais em um Centro de Material e Esterilização (CME), utilizaram-se dois indicadores de qualidade: Velocidade e Confiabilidade. Pesquisa de abordagem quantitativa, exploratória e descritiva, que avaliou dois índices no processamento de pacotes de curativo e micronebulizadores em 19 processamentos. O resultado do Índice de Velocidade de produção do kit de curativo foi, em média, 213,7 minutos (Desvio Padrão 44,9 e Coeficiente de Variação 21%) e do micronebulizador foi 157,2 minutos (Desvio Padrão 26,7 e Coeficiente de Variação 17%). O Índice de Confiabilidade do pacote de curativo foi abaixo do necessário para suprir a demanda (Coeficiente de Correlação de Pearson 2,16%) e o Índice de Confiabilidade do micronebulizador demonstrou estar abaixo do requisitado, mesmo com Coeficiente de Correlação de Pearson 79,95%. Este estudo demonstrou a importância da utilização de ferramentas da Engenharia de Produção para a melhoria nos processos e resultados de um CME.

Palavras-chave: Administração de materiais no hospital. Processos de substâncias, produtos e materiais. Esterilização. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT: Aiming to apply quality control instruments derived from Production Engineering in the processing of materials in a Supply Center and Sterilization Unit, two indicators were used: Speed and Reliability. This is a quantitative, exploratory and descriptive study that evaluated two indexes in the processing of dressing packets and micro nebulizers in 19 processing cycles. The Production Speed Index of dressing packets had a mean of 213.7 minutes (standard deviation 44.9 and Coefficient of Variation 21%) and the micro nebulizer, 157.2 minutes (standard deviation 26.7 and Coefficient of Variation 17%). The Reliability Index of the dressing packets was below the necessary to meet the demand (Pearson's correlation coefficient 2.16%) and the Reliability Index for the micro nebulizer proved to be lower than required, even with Pearson's correlation coefficient at 79.95%. This study demonstrated the importance of using Production Engineering tools to improve the processes and results of a Supply Center and Sterilization Unit.

Key words: Materials management, hospital; Sterilization; Perioperative nursing.

RESUMEN: Con el objetivo de utilizar instrumentos procedentes de la Ingeniería

de Producción en el procesamiento de materiales en un Centro de Material y Esterilización, se utilizaron dos indicadores de calidad: velocidad y confiabilidad. Un estudio de diseño cuantitativo, exploratorio y descriptivo evaluó dos índices en el procesamiento de apósitos y micro nebulizadores en 19 procesamientos. El resultado del índice de velocidad y producción del apósito tuvo un promedio de 213,7 minutos (Desvío Medio 44,9 y Coeficiente de Variación 21%) y del micro nebulizador 157,2 minutos (Desvío Medio 26,7 y Coeficiente de Variación 17%). El índice de confiabilidad del apósito estuvo abajo del necesario para satisfacer la demanda (Coeficiente de Correlación de Pearson 2,16%) y el índice de confiabilidad del micro nebulizador demostró un nivel abajo del exigido, mismo con Coeficiente de Correlación de Pearson 79,95%. Este estudio confirma la relevancia de la utilización de herramientas de la Ingeniería de Producción para la mejora en los procesos y resultados de un CME.

Palabras-clave: Administración de materiales en un hospital; Esterilización; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A modificação e a complexidade do

processo de trabalho no setor saúde, junto à ampliação dos serviços hospitalares criaram a necessidade de adaptação dos métodos gerenciais, demandando maior qualificação dos recursos humanos e aplicação de métodos de gestão mais aprimorados. O setor saúde enfrenta uma série de dificuldades relacionadas à gestão de seus recursos e essa adaptação de métodos de gerenciamento seria útil no sentido de prover flexibilidade, qualidade, melhor aproveitamento de recursos e redução de custos.

Para isso, a avaliação dos serviços de saúde é uma ferramenta importante para a gestão, pois traz à reflexão o processo de trabalho existente e reorienta a forma de produzir o cuidado, racionalizando os recursos e auxiliando nas tomadas de decisões.⁽¹⁾

A produtividade dos serviços de saúde é parte integrante da avaliação da qualidade do setor, podendo ser de difícil definição, uma vez que a atividade em saúde comporta diferentes processos de trabalho, com algumas ações passíveis de padronização e outras não.⁽²⁾

Os conceitos básicos desta área de estudo advêm das ciências sociais – economia e sociologia – e seu enfoque é orientado para a combinação ótima de recursos, ou seja, a relação entre os produtos ou resultados e os recursos físicos e materiais usados na produção dos serviços.

O Centro de Material e Esterilização (CME) é o setor hospitalar responsável pelo processo contínuo de processamento de artigos odonto-médico-hospitalares, onde os trabalhadores, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, exercem atividades gerenciais e técnico-operacionais, respectivamente.⁽³⁾

Sua organização é dada por um fluxo

contínuo de atividades com processo de trabalho ininterrupto nas 24 horas e um trabalho fragmentado, processo esse que se assemelha em muitos aspectos ao de uma indústria, como por exemplo, a sequência de processamento de materiais e a produtividade, a execução de tarefas repetitivas, monótonas, e certamente pouco valorizadas pelos trabalhadores das demais unidades hospitalares.⁽³⁾

No entanto, o produto do trabalho do CME é de fundamental importância para a produção do cuidado e sua administração é extremamente complexa, devido ao rigoroso controle de qualidade imposto, muitas vezes, um exíguo prazo de validade, cuidados na conservação e distribuição dos materiais, entre outros fatores que permeiam a gerência dos materiais processados nesta unidade.

Um dos fatores é o suprimento da demanda desses artigos. Para tanto, é imprescindível conhecer a logística de trabalho e os parâmetros empregados neste setor, elaborando propostas, trabalhando sua viabilidade, buscando inovação e aperfeiçoamento das práticas.

O tempo empregado no processamento é um parâmetro, que, entre os aspectos da organização e da administração de um processo industrial, ocupa lugar de destaque. Taylor, em sua reconhecida teoria, enfatiza o tempo de trabalho e os ritmos nos quais ele acontece, com o objetivo de acelerar o processo produtivo, ou seja, produzir mais em menos tempo, e com qualidade.⁽⁴⁾ Outro parâmetro é o suprimento adequado das unidades consumidoras.

Esses quesitos devem ser mensurados por indicadores de produção. Um indicador é uma unidade de medida de uma atividade que identifica ou dirige a atenção para

assuntos específicos de resultados de uma organização de saúde, que devem ser revistos. Os indicadores contribuem para administração da unidade, visando avaliar a produção de material destinado às diversas áreas do hospital.⁽⁵⁾

Desse modo, os indicadores são essenciais para o gerenciamento, podendo-se citar como exemplos:

- Produtividade, cuja relação entre a quantidade produzida e o número de recursos empregados na produção mede a capacidade produtiva de um setor ou de uma empresa;
- Qualidade é a taxa de defeito dos produtos fabricados, incluindo a identificação inadequada do produto quanto a defeito externo;
- Velocidade representa o tempo real necessário para conclusão do serviço ou do produto dividido pelo tempo;
- Confiabilidade confere a capacidade do processo definido em unidades de saída por unidade de tempo, ou seja, produto solicitado x produto entregue;
- Flexibilidade é a reação a modificações no volume de produção;
- Custo, representando qualquer despesa que permanece constante, independente do nível de produção.⁽⁶⁾

Em um CME, os indicadores podem ser utilizados nas atividades diárias em suas estatísticas para melhor controle do processo. O Indicador de Velocidade, por exemplo, pode estabelecer o controle do tempo de processamento em todas as áreas de preparo, analisando o fluxo de materiais, o desempenho dos funcionários, a previsão de estoque, além

de detectar dificuldades na sobrecarga em equipamentos de limpeza, secagem e esterilização. Em um estudo quantitativo, as autoras concluíram que o tempo de espera no processamento de instrumentos precisa ser restrito a um tempo mínimo, sugerindo automação do processo.⁽⁷⁾ O Indicador de Confiabilidade mostra a capacidade do CME em suprir a demanda das unidades consumidoras por determinado artigo odonto-médico-hospitalar (AOMH) solicitado, ou seja, é a proporção entre os produtos solicitados e os produtos efetivamente entregues.

O presente estudo, portanto, se propõe a verificar a Velocidade de Produção, do processo de limpeza até a guarda, e a Confiabilidade de dois artigos de alta rotatividade no setor, por meio do acompanhamento sistemático dos dados coletados.

OBJETIVOS

- Aplicar os Índices de Avaliação de Velocidade de Produção e Confiabilidade em um Centro de Material e Esterilização de um Hospital Universitário no Norte do Paraná;
- Mensurar o tempo de entrada até a guarda dos artigos odonto-médico-hospitalares, passando pelas diversas etapas de reprocessamento;
- Avaliar o Índice de Confiabilidade de kits curativo e micronebulizadores, verificando a adequação da distribuição com a quantidade requisitada.

MÉTODO

Estudo não experimental, de natureza exploratória, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um CME de um hospital localizado no Estado do Paraná.

Os objetos de estudo são kit de pinças de curativo e kit de micronebulizadores processados no CME, no período matutino. O kit curativo é um artigo odonto-médico-hospitalar (AOMH) composto por quatro peças, sendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato, uma pinça Kocher e uma pinça Kelly e embalado manualmente em pacote unitário. O kit micronebulizador contém o micronebulizador, a extensão com conector para ar comprimido ou oxigênio e a máscara adulta ou infantil. O critério de escolha das amostras foi selecionado devido a esses artigos apresentarem grande rotatividade e demanda pelo seu imprescindível uso nos demais setores do hospital.

Foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados elaborados pelas autoras (Anexos), utilizando os Índices de Avaliação de Velocidade e Confiabilidade citado por Davis:⁽⁶⁾ instrumento de velocidade dos AOMH e instrumento de confiabilidade.

- Instrumento de Avaliação do Índice de Velocidade: aborda horário de entrada do artigo, tempo total de permanência em cada área de manipulação, horário de saída desse material para as próximas etapas e tempo de espera até que se inicie o processo seguinte. Este tempo é mensurado em todas as etapas, desde a chegada do material no expurgo até a sua guarda no arsenal, com espaço para justificativas.
- Instrumento de Avaliação do Índice de Confiabilidade: aborda a quantidade requisitada, a quantidade distribuída e o índice de confiabilidade, além de observações, se forem necessárias.

A pesquisa foi submetida e aprovada pela chefia do CME do hospital e pela

Diretoria de Enfermagem da instituição. Não foi necessária a apresentação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que o objeto de estudo não enfoca seres humanos.

Os dados foram submetidos à análise estatística de média, mediana, desvio padrão, tempo mínimo e máximo, coeficiente de variação, tendo sido dispostos em tabelas e gráficos. O período de coleta de dados foi de 07 a 31 de julho de 2009, pela manhã, realizado por um acadêmico do terceiro ano de graduação em enfermagem da mesma instituição, acompanhando 19 processamentos. Foram considerados objetos de estudo kit de pinças de curativos e kit de micronebulizadores, em número maior de dez kits. A limpeza do kit curativo na área do expurgo foi realizada de forma manual, constando das seguintes etapas: fricção com esponja e sabão neutro, emolição com detergente enzimático por tempo determinado conforme orientações do fabricante e posteriormente secagem manual. O kit micronebulizador passou por lavagem e secagem automatizada e acondicionamento manual.

A avaliação do Indicador de Confiabilidade foi realizada juntamente com o de Velocidade, com os mesmos artigos, enfatizando o número da quantidade requisitada e distribuída e verificando-se a capacidade de produção no tempo e na quantidade corretos para atender a demanda do hospital.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise do índice de velocidade se iniciou na área de limpeza do material ou expurgo, acompanhando sucessivamente o preparo do kit curativo e a secagem dos micronebulizadores, bem como a esterilização e o acondicionamento,

respectivamente. Analisou-se o tempo de cada etapa para adquirir o índice de velocidade no processamento.

Reprocessamento do kit curativo

O total de kit curativos produzidos no

período estudado (19 processamentos) foi de 463 artigos, com média de 24,4 kits, apresentando mínimo de 12 e máximo de 42 kits.

Para verificar o tempo de produção desses artigos em suas diversas etapas de

processamento, utilizamos o Coeficiente de Variação, demonstrando que, quanto maior a sua porcentagem, mais distante está da média e, desse modo, a diminuição da representatividade da média (Quadro 1).

Quadro 1. Apresentação do Índice de Velocidade de reprocessamento do kit curativo, Londrina – 2009.

Kit Curativo	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Contagem	Coefficiente de Variação
Quantidade de kit curativo	24,4	25	7,5	12	42	19	30,9%
*T. limpeza	31,9	28	10,8	19	60	19	33,7%
*T. espera limpeza	31,5	22	26,7	4	112	19	84,8%
*T. acondicionamento	45,3	44	12,3	25	70	19	27,1%
*T. espera acondicionamento	35,7	30	22,5	5	77	19	62,9%
*T. esterilização	51,1	50	3,5	47	60	19	6,8%
*T. esfriamento	18,2	15	9,0	8	41	19	49,4%
*T. total	213,7	200	44,9	143	306	19	21,0%

*T= tempo em minutos.

Velocidade de reprocessamento

O tempo médio que o kit curativo percorreu no CME, desde sua entrada no expurgo até o esfriamento na área de esterilização foi de 213,7 minutos, sendo o tempo mínimo de 143 minutos e o máximo de 306 minutos, com coeficiente de variação de 21,0%. Gatto e Sancinetti,⁽⁷⁾ que avaliaram o índice de velocidade do curativo, encontraram que o mesmo apresentou tempo médio de percurso no CME, desde sua entrada até o armazenamento, de 295 minutos, tempo mínimo de 217 minutos e tempo máximo de 394 minutos. Os estudos diferem entre o modo de reprocessamento e o período de avaliação.

Observa-se que o tempo de espera entre a limpeza e o acondicionamento apresenta “nós” de atraso na produção, obtendo 84,8% e 62,9% respectivamente (Quadro 1). Esses valores indicam que os artigos estão ficando parados por um tempo superior à metade do processamento.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para essa discrepância: lavadora automatizada em manutenção, portanto lavagem dos kits feita manualmente, funcionário em treinamento na área de preparo, prioridade para outros materiais e espera da quantidade suficiente para montar uma carga na autoclave. Considerando-se que este é um processo produtivo, o tempo

de espera deveria apresentar uma menor variação e ficar restrito a um período mínimo.⁽⁷⁾

A velocidade do processamento pode ser aplicada a qualquer parcela ou segmento do processo e deve-se observar o tempo de atravessamento, desde o momento em que o produto inicia até a sua conclusão, a fim de reduzir esse tempo e melhorar a flexibilidade.⁽⁶⁾

Discute-se, portanto, que para obter um melhor resultado na entrega de kits curativos aos setores, seria necessária uma diminuição do tempo de espera entre a limpeza e o acondicionamento.

O setor de esterilização é automatizado, sendo a velocidade de processamento preestabelecida, portanto observa-se pouca variação entre o tempo, mostrando melhor representatividade da média (Coeficiente de Variação 6,8%), o que representa um tempo menor de espera nessa etapa. Assim como nas indústrias, o processo de produção por máquinas numericamente controladas realiza a execução dos processos mecânicos, eliminando o tempo perdido durante os *setups*.⁽⁶⁾

Índice de Confiabilidade do kit curativo

O total de artigos distribuídos as unidades

consumidoras em 19 processos foi de 1000 artigos, com média de 52,6 kits. A quantidade total requerida foi de 2156 kits, com média de 113,5.

Para análise estatística da confiabilidade, tanto para kit curativo como para micronebulizador, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson,⁽⁸⁾ com um índice de 2,16% da proporção distribuída em relação à solicitada. Isso demonstra que não há adequada confiabilidade, ou seja, o CME não está suprindo a demanda das unidades consumidoras por pedido de curativo.

Diante desse resultado, é possível propor

algumas alternativas de ação, como a busca ativa do kit curativo em todas as unidades consumidoras, realizando um levantamento de quantidades e identificando possíveis falhas. A segunda proposta é a diminuição do tempo de espera do processamento, principalmente entre a espera da limpeza e do acondicionamento.

Produção do kit micronebulizador

Foram reprocessados durante o período estudado 481 kits micronebulizadores, em média 28,3 kits, apresentando o mínimo de 14 e o máximo de 74 kits, em 17 processamentos (Quadro 2).

Quadro 2. Apresentação do Índice de Velocidade de reprocessamento do kit micronebulizador, Londrina - 2009.

Kit Micronebulizador	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Contagem	Coeficiente de Variação
Quantidade de micronebulizador	28,3	26	12,8	14	74	17	45,3%
*T. limpeza	60,5	60	6,6	49	74	17	10,8%
*T. espera limpeza	14,1	14	4,0	8	24	17	28,2%
*T. secagem	48,9	53	15,4	21	75	17	31,5%
*T. espera secagem	16,3	19	7,8	6	34	15	47,7%
*T. acondicionamento	25,3	21	13,0	10	49	15	51,3%
*T. total	157,2	151	26,7	110	207	17	17,0%

*T= tempo em minutos

O tempo total médio de produção desse artigo em cada processo foi de 157,2 minutos, apresentando mínimo de 110 e máximo de 207 minutos (Quadro 2).

Nota-se que o Coeficiente de Variação do processo de limpeza foi de 10,8%, o que significa boa representatividade da média, por ser um processo automatizado. Em relação ao tempo de acondicionamento, com Coeficiente de Variação de 51,3%, houve uma porcentagem maior em sua

variabilidade devido a esse processo ser manual, exigir montagem das peças que compõem o kit e posteriormente embalar e selar.

Os Coeficientes de Variação encontrados demonstram que o tempo total de processamento do kit micronebulizador em relação à quantidade teve boa representatividade da média. A hipótese que possivelmente explica esse resultado é que todas as etapas do processo com o

micronebulizador são efetuadas por um único funcionário, o que demonstra que este deve ter organização do processo de trabalho no seu período e espaço.

Os motivos encontrados para justificar os índices relativamente com maior porcentagem em seu coeficiente de variação, no caso tempo de espera da limpeza 28,2%, tempo de espera de secagem 31,5% e tempo de espera da secagem 47,7% foram: limpeza e

preparo de outros artigos concomitantes, prioridade para outros materiais, lavagem manual, que se torna mais rápida, levando um tempo de espera maior até o preparo e a secagem manual e automatizado para retirar o excesso de água.

Índice de Confiabilidade do kit micronebulizador

O hospital dispõe de unidades satélites chamadas de Distribuição de Material Médico Hospitalar (DMMH), as quais suprem os setores de atendimento com materiais de consumo e esterilizados através da montagem e distribuição de kits. Dessa forma, as unidades hospitalares solicitam para a DMMH correspondente, o material e a quantidade que necessitam e as DMMH fazem a requisição para o CME, via sistema informatizado.

A quantidade total requisitada de micronebulizadores pelas unidades consumidoras foi de 374 kits, com média de 18,9, mínimo de seis e máximo de 40 kits. Foram distribuídos no total 299 kits, sendo, em média, 15,2.

Embora o Coeficiente de Correlação de Pearson seja 79,95% da proporção distribuída em relação à solicitada, verificou-se que a variação encontrada de 55,8% demonstra que o CME ainda encontra-se deficiente na entrega de micronebulizadores.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as análises, foi possível verificar os resultados de produção e distribuição dos artigos odonto-médico-hospitalares.

O Índice de Velocidade de produção dos pacotes de curativo foi, em média, 213,7 minutos, apresentando “nós” de espera

no processo produtivo, que deveriam ser trabalhados para poder suprir a demanda das unidades, o que não está ocorrendo atualmente, conforme demonstrado pelo Índice de Confiabilidade, que está muito abaixo do necessário. O Índice de Velocidade do micronebulizador apresentou, em média, 157,2 minutos, tendo boa representatividade da média, com Índice de Confiabilidade sem muita variabilidade, mas, ainda assim, apresentando deficiência para suprir a demanda.

Teoricamente, a administração da produção envolve o mesmo conjunto de atividades para qualquer tamanho de organização, assim as unidades sem fins lucrativos, como o CME, também enfrentam decisões como produzir, investir em tecnologia, criar medidas de desempenho, melhorar o desempenho de suas atividades, inovação e conhecimento, tanto quanto em qualquer outra estrutura.⁽⁹⁾

Este estudo possibilitou compreender que as atividades de produção em um CME são complexas, comparáveis às realizadas nas indústrias, requerendo qualidade de tempo e quantidade de produção para atender a demanda por produtos odonto-médico-hospitalares.

Faz-se necessário, portanto, trazer, com urgência, instrumentos de controle e melhoria de qualidade da indústria para o CME, para que o processamento se distancie de uma atividade “caseira” e usufrua das metodologias de melhoria de processos e resultados já amplamente utilizados nos setores produtivos.

REFERÊNCIAS

1. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em

saúde: identificando problemas. *Ci Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):221-42.

2. Gutierrez RH, Quelhas OLG, Vargas LHF, Costa HG. Gestão de custos baseado em atividades: um estudo de caso hospitalar. In: Anais do 27º Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 2007 out. 9-11; Foz do Iguaçu, PR [evento na Internet]. Rio de Janeiro: ABEPRO; 2007. [citado 2010 ago 10]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR590445_0142.pdf

3. Silva A. Organização do trabalho na unidade de centro de material. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):169-78.

4. Pinto GA. A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular; 2007.

5. Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde*. 2001;3(12):21-8.

6. Davis MM. Aquilano NJ, Chase RB. Fundamentos da administração da produção. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

7. Gatto MAF, Sancinetti TR. Parâmetros de produtividade de um centro de material e esterilização. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):264-70.

8. Siegel S. Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: Arned; 2006.

9. Slack N, Chambers S, Johnston R. Administração da produção. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

ANEXOS

Instrumento de Avaliação do Índice de Velocidade kit curativo – frente

Instrumento de avaliação do Indicador Velocidade de processamento - CME - HURNP													
Datas:													
Material: Kit Curativo													
Expurgo							Acondicionamento						
Data	Quant.	Hor. ent.	Hor. saída	T. total	T. espera	Funcion.	Observação	H. ent.	H. saída	T. total	T. espera	Funcion.	Observação

Instrumento de Avaliação do Índice de Velocidade kit curativo - verso

Instrumento de avaliação do Indicador Velocidade de processamento - CME - HURNP									
Datas:									
Material: Kit Curativo									
Esterilização								Guarda	
Hor. entr.	Hor. saída	T. total	T. espera	Funcion.	Observação				T.Total

Instrumento de Avaliação do Índice de Velocidade kit micronebulizador – frente

Instrumento de avaliação do Indicador Velocidade de processamento - CME - HURNP													
Datas:													
Material: Kit micronebulizador													
Expurgo							Secagem						
Data	Quant.	Hor. ent.	Hor. saída	T. total	T. espera	Funcion.	Observação	H. ent.	H. saída	T. total	T. espera	Funcion.	Observação

Instrumento de Avaliação do Índice de Velocidade kit micronebulizador – verso

Instrumento de análise do Indicador Velocidade de processamento - CME - HURNP										
Datas:										
Material: Kit micronebulizador										
Acondicionamento					Observações					Guarda
Hor. entr.	Hor. saída	T. total	T. espera	Funcion.						T.Total

Instrumento de Avaliação do Índice de Confiabilidade kit curativo – frente

Instrumento de avaliação do Indicador Confiabilidade - CME - HURNP						
Datas:						
Material: Kit curativo						
Data	Qtd. Req. DMH térreo	Qtd.req. DMH 1º piso	Observação	Qtd. Dist. DMH térreo	Qtd. Dist. DMH 1º piso	Índice de confiabilidade

Instrumento de Avaliação do Índice de Confiabilidade kit curativo – verso

Instrumento de avaliação do Indicador Confiabilidade - CME - HURNP																	
Datas:																	
Material: Kit curativo																	
Data	Qtd. Req. DMH térreo			Qtd.req. DMH 1º piso				Observação	Qtd. Dist. DMH térreo			Qtd. Dist. DMH 1º piso				Observação	
	PS	PED.	UTI PED	M	F	UTI	MAT		NEO	PS	PED	UTI PED	M	F	UTI		MAT

Instrumento de Avaliação do Índice de Confiabilidade kit micronebulizador – frente

Instrumento de avaliação do Indicador Confiabilidade - CME - HURNP					
Datas:					
Material: Kit micronebulizador					
Data	Qtd. Req. DMH térreo	Observação	Qtd. Dist. DMH térreo	Observação	Índice de confiabilidade

Instrumento de Avaliação do Índice de Confiabilidade kit micronebulizador – verso

Instrumento de avaliação do Indicador Confiabilidade - CME - HURNP																
Datas:																
Material: Kit micronebulizador																
Data	Qtd. Req. DMH térreo				Observação	Qtd. Dist. DMH térreo				Qtd. Dist. DMH 1º piso				Observação		
	PS AD	PED.	UTI PED	PS INF		PS AD	PED	UTI PED	PS INF	M	F	UTI	MAT		NEO	

Autoras

Larissa Garcia Niehues Moresca

Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Ligia Fahl Fonseca

Enfermeira, Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto, Docente do Departamento de Enfermagem da UEL.

Cibele Cristina Tramontini

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da UEL.

Aniosyme DD1

Limpeza e desinfecção nunca estiveram tão unidas.

A 3Albe oferece uma completa linha de produtos para eliminar o risco de infecções hospitalares. Aniosyme DD1 faz parte deste conjunto de soluções.

Aniosyme DD1 é o único detergente líquido do Brasil que além de remover a sujeira, possui ação desinfetante e germicida, proporcionando uma excelente pré-desinfecção do instrumental cirúrgico, dos dispositivos médicos e do material endoscópico.



3albe
www.3albe.com.br

Nós cuidamos da saúde do seu hospital.



Certificados

Certificado de Boas Práticas de Armazenagem e Distribuição de Produtos para a Saúde e Medicamentos

Garantia de Qualidade

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM LEITOS DE RETAGUARDA NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NURSING CARE IN REAR-RECOVERY BEDS IN THE POST POST-ANESTHESIA

ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN CAMAS RESERVAS EN LA RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA

Thiago Faustino Machado Souza • Dulcilene Pereira Jardim

RESUMO: Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com o objetivo de identificar as principais dificuldades da assistência de enfermagem prestada a pacientes que, após o período de permanência na recuperação anestésica, por indisponibilidade de leitos no hospital, devem permanecer sob cuidados em leitos de retaguarda na própria unidade de recuperação pós-anestésica. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário respondido por 34 profissionais de enfermagem atuantes no Centro Cirúrgico de um hospital público de São Paulo. Os resultados mostram dificuldades da enfermagem em manter a qualidade da assistência prestada a estes pacientes, devido a número restrito de funcionários por plantão, alto número e rotatividade de pacientes no setor, despreparo para prestar cuidados aos pacientes em ventilação mecânica e banho, além das dificuldades para visita médica, da equipe multiprofissional e de familiares a estes pacientes. Desta forma, percebe-se a necessidade de reformulações administrativas e assistenciais, que possam resultar em cuidados humanizados a estes pacientes.

Palavras-chave: Recuperação pós-anestésica. Enfermagem de centro cirúrgico. Assistência de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: This is a descriptive field study that aimed to identify the main difficulties of nursing care to the patients that after staying in recovery from

anesthesia, were kept under nursing care in the rear-recovery anesthesia area due to unavailability of beds in the hospital. Data collection took place by means of a questionnaire answered by 34 nurses from the Surgical Center at a public hospital in São Paulo, SP, Brazil. The results show nursing difficulties in maintaining the quality of care to these patients because of the limited number of employees per shift, high turnover and number of patients in the sector, lack of skills to provide care of patients under mechanical ventilation, besides the difficulties in the medical visit, multidisciplinary team visit and the visiting of the family members to these patients. Thus, it was realized the need of administrative and assistance changes which may result in a better and more humanized care to patients.

Key words: Post-anesthesia recovery; Nursing assistance; Nursing care.

RESUMEN: Se trata de un estudio descriptivo cuyo objetivo fue identificar las principales dificultades de la atención de enfermería a pacientes después del período de permanecer en la recuperación anestésica, por falta de disponibilidad de camas en el hospital, el paciente deben permanecer bajo la atención de enfermería en camas de retaguarda en la propia unidad de recuperación anestésica. La recolección de datos fue realizada por medio de un cuestionario contestado por 34 enfermeros del Centro de Cirugía de un

hospital público de la ciudad de São Paulo, Brasil. Los resultados evidenciaron las dificultades de la enfermería para mantener la calidad de su atención a los pacientes debido al número limitado de funcionarios por turno y altos cambios del número de pacientes en el sector, la falta de preparo para prestar asistencia en la ventilación mecánica y en el baño, además de las dificultades para las visitas médicas, del equipo multidisciplinario y miembros de la familia. Así, se percibe la necesidad de reformulaciones administrativas y asistenciales que resulten en cuidados humanizados a estos pacientes.

Palabras-clave: Recuperación post-anestésica; Enfermería de Quirófano; Atención de enfermería; Cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

A Recuperação Pós-Anestésica (RPA) é o local onde o paciente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer até que recupere sua consciência e tenha estabilidade dos sinais vitais, estando sempre sob a observação e os cuidados constantes da enfermagem para a prevenção de intercorrências e, no caso de ocorrerem, prestar ao paciente um pronto-atendimento. ⁽¹⁾

Ao final do procedimento anestésico-cirúrgico, o paciente pode apresentar complicações respiratórias, cardiovasculares, renais,

térmicas, náuseas, vômitos, dor, demora na recuperação da consciência e bloqueio neuromuscular, ⁽¹⁻²⁾ necessitando que o enfermeiro que atua na RPA planeje um cuidado que vise restabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente com o menor índice de complicações possível, assistindo o paciente de forma individualizada. ⁽²⁾

Após o período de cuidados ao paciente, a alta da RPA é concedida por meio de avaliação realizada pelo enfermeiro e pelo anestesiológico, e oferecida quando as condições gerais do paciente estiverem estáveis, tais como: padrão respiratório, sinais vitais, retorno do nível de consciência, ausência de dor, ausência de sangramentos em cicatriz cirúrgica ou por drenos e sondas, entre outros.

Porém, em alguns casos, o paciente encontra-se em situação de alta, mas não pode ser encaminhado à unidade de origem por questões administrativas, como a não existência de um leito vago para que seja realizada a sua transferência.

Assim, há necessidade deste paciente permanecer em um leito de retaguarda dentro da RPA, para dar continuidade ao tratamento e aos cuidados no período pós-operatório imediato (POI) e, por vezes, até no pós-operatório mediato, ou seja, após as primeiras 24 horas da cirurgia.

Este cenário foi vivenciado pelo pesquisador enquanto graduando de enfermagem no desenvolvimento das atividades de estágio em Centro Cirúrgico (CC) e Recuperação Anestésica, chamando a atenção para as dificuldades geradas na assistência de enfermagem ao paciente em leito de retaguarda na RPA, as quais motivaram a realização do presente estudo.

A permanência de pacientes em leitos de retaguarda é geradora de estresse para a

equipe de enfermagem, por se tratar de uma situação que exige destes profissionais uma reorganização da unidade para a prestação de uma assistência que garanta qualidade e segurança a estes, bem como aos demais pacientes que estão em POI e permanecem na RPA. ⁽³⁾

Uma das grandes dificuldades neste contexto está relacionada à complexidade dos cuidados de enfermagem prestados na RPA, sendo que a qualidade de sua assistência pode ser comprometida devido à escassez de recursos humanos e de materiais. ⁽³⁾

Diante deste cenário, bem como da escassez de trabalhos acerca do assunto, este estudo pretende discutir as dificuldades relacionadas à prestação da assistência de enfermagem a pacientes que, mesmo de alta, precisam permanecer na unidade de recuperação pós-anestésica, por falta de leitos nas unidades de internação ou mesmo na Terapia Intensiva ou na Semi-Intensiva.

OBJETIVO

Identificar as principais dificuldades da assistência de enfermagem a pacientes que permanecem em leitos de retaguarda na unidade de recuperação pós-anestésica, segundo a opinião da equipe de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo-exploratório, que em sua definição pretende identificar as características de determinada população ou fatos e fenômenos de determinada realidade. ⁽⁴⁾

Este estudo foi realizado no CC de um hospital de médio porte que comporta 253 leitos operacionais e 89 leitos extras,

situado na Zona Sul da cidade de São Paulo-SP, onde são realizadas as atividades de estágio em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

O CC desta instituição hospitalar possui seis salas de cirurgia e uma sala exclusiva para o parto cesárea. Por sua vez, a RPA possui seis leitos, os quais atendem uma média de 16 pacientes por dia e 470 pacientes por mês. Os pacientes em POI mais atendidos neste setor são os da cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e otorrinolaringologia.

A população deste estudo foi constituída pela equipe de enfermagem que compõe o quadro de funcionários do CC e da RPA. Estes profissionais perfazem um total de 34 funcionários, sendo três enfermeiras, 17 auxiliares de enfermagem e 14 técnicos de enfermagem, divididos em 12 funcionários no período da manhã, 12 no período da tarde, cinco no noturno par e cinco no noturno ímpar. Na instituição há um rodízio mensal de funcionários entre a assistência de enfermagem no CC e na RPA, portanto todos foram incluídos no estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010, após a apresentação da pesquisa por parte do pesquisador, bem como após o preenchimento e recolhimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Foi aplicado um questionário semi-estruturado com 32 perguntas, que continha caracterização sócio-demográfica e profissional dos sujeitos da pesquisa e aspectos da assistência de enfermagem aos pacientes em leito de retaguarda na RPA. O mesmo foi respondido pelos integrantes da equipe

de enfermagem em ambiente de trabalho, antes ou após o plantão, conforme preferência do sujeito, em um tempo médio de 20 minutos.

A análise dos dados obtidos com o questionário foi baseada em estatística descritiva, sendo os resultados apresentados com o valor total e a porcentagem correspondente.

Em relação aos aspectos éticos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral do Grajaú, sob protocolo nº053/2009 e da Universidade de Santo Amaro (UNISA), sob protocolo nº069/2010. Desta forma, confirmamos que todos os procedimentos metodológicos obedeceram aos padrões estabelecidos pela Resolução 196/1996,⁽⁵⁾ que trata das Normas de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

RESULTADOS

Caracterização sócio-demográfica e profissional da população

Segundo a caracterização sócio-demográfica, a população deste estudo foi constituída por 34 (100,0%) profissionais, sendo 29 (85,3%) do sexo feminino e cinco (14,7%) do sexo masculino, com idades entre 19 e 53 anos, sendo a média de 32,7 anos.

Quanto ao estado civil, 18 (52,9%) eram casados, nove (26,5%) solteiros, seis (17,6%) separados e um (2,9%) em união consensual. A maioria dos funcionários (25 ou 73,5%) tinha filhos

A renda familiar dos sujeitos encontrava-se entre R\$1.000 e R\$7.000, sendo a média igual a R\$2.495,00. Quanto à religião, 18 (52,9%) eram católicos, 11 (32,4%) evangélicos, quatro (11,8%) não tinham religião e um (2,9%) espírita.

Em relação à escolaridade, 18 (52,9%) tinham ensino médio, 10 (29,4%) ensino superior incompleto, quatro (11,8%) com ensino superior completo e dois (5,9%) possuíam especialização.

No que se refere à caracterização profissional, 17 (50,0%) eram auxiliares de enfermagem, 14 (41,2%) técnicos de enfermagem e três (8,8%) enfermeiros.

O tempo médio de formação na enfermagem era de 9,4 anos e o tempo médio de trabalho na enfermagem igual a 7,8 anos. Estes profissionais trabalhavam na instituição em questão, em média, há 5,2 anos, dos quais 3,5 anos no CC e na RPA.

O fato de trabalhar no CC e na RPA foi movido por escolha do profissional em 20 (58,8%) casos, por se identificarem com a unidade, em se tratando de um setor fechado e de alta complexidade; para 14 (41,2%) funcionários, a admissão no CC e na RPA foi movida por necessidade institucional, para composição do quadro do setor, mas, destes profissionais, quatro (11,8%) acabaram se identificando com os setores e permanecendo por escolha.

Aspectos da assistência de enfermagem ao paciente em leito de retaguarda na RPA

O número de profissionais que atuam na RPA por plantão para assistência aos pacientes é de apenas um auxiliar de enfermagem sob supervisão indireta do enfermeiro, número este, considerado insuficiente para 26 (76,5%) sujeitos da pesquisa, devido ao fato da demanda de pacientes na RPA ser muito grande, com chegada de vários pacientes simultaneamente ou em pequenos intervalos de tempo. Soma-se, ainda, a necessidade do atendimento de telefone e o preenchimento

de inúmeros impressos e dados no sistema computadorizado, os quais demandam muito tempo do profissional.

Quando têm a notícia de que o paciente que recebeu alta irá permanecer em leito de retaguarda na RPA por indisponibilidade de leitos no hospital, 16 (47,1%) funcionários sentem-se preocupados e 11 (32,3%) permanecem tranquilos. A assistência de enfermagem ao paciente em leito de retaguarda é considerada tarefa difícil para 17 (50,0%) profissionais, especialmente quanto se trata de pacientes pediátricos (24 ou 70,6%) ou de pacientes idosos (17 ou 50,0%).

Considerando a existência de pacientes em leitos de retaguarda na RPA, 21 (61,8%) profissionais se sentem sobrecarregados diante da assistência a este grupo de pacientes, somados aos que estão em POI e que ainda não receberam alta da unidade. O tempo médio de permanência dos pacientes em leito de retaguarda na RPA é de 27 horas, sendo os que mais comumente permanecem os pertencentes ao grupo de cirurgia geral (30 ou 88,2%), seguidos da cirurgia ortopédica (10 ou 29,4%).

Vinte e sete (79,4%) sujeitos da pesquisa se sentem preparados para prestarem os cuidados específicos ao paciente em leito de retaguarda, por possuírem experiência profissional em unidades de cuidados intensivos, porém sete (20,6%) não se sentem preparados. A ventilação mecânica (21 ou 61,8%), o banho no chuveiro (15 ou 44,1%), o banho no leito (13 ou 38,2), as eliminações vésico-intestinais e a administração de fármacos por bomba de infusão (11 ou 32,4% em ambas) foram considerados os cuidados de enfermagem mais difíceis de serem prestados a estes pacientes.

O acesso às medicações e aos materiais específicos aos cuidados ao paciente em

leito de retaguarda na RPA é considerado fácil pela maioria dos funcionários da instituição (28 ou 82,4%).

A visita médica diária ao paciente em leito de retaguarda na RPA tem um resultado similar para a ocorrência (16 ou 47,1%) e a não ocorrência (15 ou 44,1%) da mesma, sendo realizada somente quando solicitada insistentemente pelo enfermeiro. Já a visita de outros profissionais da equipe multidisciplinar a estes pacientes nunca acontece (23 ou 67,6%) ou acontece raramente (oito ou 23,5%), nas mesmas condições de insistência do enfermeiro da unidade.

Via de regra, não há permissão para visita do familiar ao paciente em leito de retaguarda na RPA (17 ou 50,0%), mas ela pode acontecer em casos especiais (16 ou 47,1%), sendo que esta visita, segundo os profissionais, pode interferir na assistência de enfermagem a tais

Na opinião dos profissionais de enfermagem deste estudo, os aspectos positivos da assistência de enfermagem ao paciente em leito de retaguarda na RPA incluem a possibilidade de observação constante e da prestação de uma assistência de enfermagem com qualidade (15 ou 44,1%), bem como a possibilidade de atualização de conhecimentos/cuidados ao paciente crítico (três ou 8,8%). Oito (23,5%) sujeitos não reconhecem aspectos positivos nesta assistência.

Entre os aspectos negativos desta assistência destacam-se: dificuldade para prestar cuidados com qualidade, devido ao grande fluxo de trabalho (16 ou 47,1%), dificuldade para locomoção do paciente e realização de atividades básicas como alimentação, banho, uso do banheiro (oito ou 23,5%) e ansiedade do paciente em relação à visita familiar (sete ou 20,6%).

DISCUSSÃO

A reduzida quantidade de profissionais na RPA é um motivo de insatisfação dos sujeitos da pesquisa, pois sentem a necessidade de haver mais funcionários por plantão, entre eles, um enfermeiro, para que se possa prestar uma assistência mais individualizada e de qualidade, especialmente em situações de emergência

Este resultado coincide com a literatura que afirma que, a proximidade enfermagem-paciente, tão importante na assistência ao paciente na RPA, pode ser diminuída pela quantidade de profissionais atuando neste setor, sendo, na maioria das vezes, realizada apenas por um profissional de nível técnico. Este fato poderia criar situações críticas e assistência inadequada, devido ao pouco contato e à baixa qualidade da assistência de enfermagem. ⁽⁶⁾

Neste contexto, para assegurar uma assistência de qualidade, é preconizada para a RPA a proporção de um enfermeiro assistencial para cada oito leitos de pacientes não dependentes de respiradores ou três a quatro pacientes críticos, além de um técnico de enfermagem para cada grupo de três pacientes. ⁽¹⁾

A preocupação referida pelos sujeitos desta pesquisa ao receberem a notícia de que o paciente com alta assinada permanecerá em leito de retaguarda na RPA, se deve ao grau de dificuldade atribuído a estes pacientes, os quais, muitas vezes requerem especial atenção da equipe de enfermagem, como os pacientes pediátricos, que têm recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas e/ou dolorosas, com incapacidade em lidar com abstrações. ⁽⁷⁻⁸⁾

O POI de uma criança pode ser cercado de medo: medo do desconhecido, do ambien-

te estranho, medo do resultado da cirurgia, das alterações da imagem corporal, enfim, medo da morte. Estes sentimentos podem caracterizar esse período por formas regressivas de comportamento, desconfiança, comportamento agressivo com acessos de raiva, ausência de cooperação, distúrbios de sono e alimentação, e ainda esquivar-se fortemente dos cuidadores e/ou necessidade de um longo período de recuperação após a cirurgia. ⁽⁸⁾

Os sujeitos se sentem sobrecarregados na assistência aos pacientes em leitos de retaguarda, especialmente quando as condições do paciente exigem transferência para a Terapia Intensiva. Nestes casos, os técnicos têm que atender simultaneamente tais pacientes críticos e os pacientes em POI das mais diferentes idades e necessidades. Deve-se considerar, ainda, o tempo despendido com preenchimento de impressos e outros processos administrativos que requerem um desvio da atenção que deveria ser oferecida aos pacientes.

Mas, em relação a estes cuidados específicos, os sujeitos da pesquisa se consideram preparados para prestá-los, ainda que a grande parte dos cuidados não seja a rotina da assistência prestada ao paciente em POI, o que confirma que, em alguns casos, para prestar esta assistência, o profissional da enfermagem precisa ter, além da competência técnica que lhe é comumente exigida na RPA, conhecimentos e habilidades especiais para o cuidado ao paciente crítico em longa permanência no setor, necessitando de orientação e treinamento especializados. ⁽⁶⁾

Entre estes cuidados de enfermagem destaca-se, em relação ao nível de dificuldade sentido pelos sujeitos, a ventilação mecânica por um período prolongado, por se tratar de um procedimento que envolve maior vigilância e um número maior de funcioná-

rios envolvidos e com possíveis chances de, ao prestar o cuidado ao paciente, ocorrer a extubação acidental, o que causaria danos ou complicações ao cliente.⁽⁹⁾

A extubação acidental pode ocorrer durante o manejo da equipe de enfermagem ao realizar mudança de decúbito, banho no leito, entre outros cuidados, ou, ainda, acontecer a autoextubação, ou seja, realizada pelo próprio paciente, em caso de agitação, alteração neurológica ou grande desconforto respiratório.⁽¹⁰⁾

O banho no chuveiro, apesar de não exigir esforço e habilidade física do profissional, também foi citado como uma dificuldade para a assistência ao leito de retaguarda na RPA, devido à estrutura física do CC em relação ao controle asséptico, considerado uma área restrita. Não há presença de banheiro na RPA, dificultando a realização do banho de aspersão ou o simples uso do banheiro para as necessidades fisiológicas do paciente. Neste caso, são usados os vestiários dos funcionários, que se encontram em uma área não-restrita pertencente ao CC. Portanto, este cuidado é um grande obstáculo para o profissional de enfermagem.

Segue-se, ainda, a dificuldade relatada pelos profissionais para a realização do banho no leito, por demandar um maior esforço físico do profissional, em se tratando da assistência prestada individualmente. Neste caso, há a necessidade de ajuda e disponibilidade de outro colaborador designado pelo enfermeiro responsável, por ser uma técnica que exige habilidades adicionais.⁽¹¹⁾

A administração de medicação por bomba de infusão completa o quadro das maiores dificuldades na assistência aos pacientes em leito de retaguarda, por não fazer parte da rotina da RPA. Assim, alguns

colaboradores mostram significativa dificuldade em relação ao acesso às bombas de infusão que não ficam, em princípio, dentro do CC, bem como em relação ao manuseio destes equipamentos. Entre outros pontos importantes a serem considerados na assistência ao paciente em leito de retaguarda na RPA e ao seu bem-estar, está o acesso às medicações e aos materiais específicos aos cuidados prestados nestes leitos, pois, no CC, por ser um setor fechado de alta complexidade, possui uma farmácia satélite localizada em seu espaço físico. Porém, há uma limitação de medicações para determinados casos de pacientes em leito de retaguarda, que precisam de medicações quase nunca utilizadas no CC, pois são comuns aos setores de continuidade à assistência pós-alta da RPA.

Em relação à visita médica diária ao paciente em leito de retaguarda na recuperação, houve uma divisão de opinião entre os profissionais que afirmam que ela existia e os que negam esta ação médica. Esta divisão pode ter ocorrido por incompreensão dos sujeitos em relação à pergunta, que se referia à visita do médico responsável pelo paciente após sua alta da RPA, ou seja, o médico de sua unidade de destino, e não à visita do anestesista que fica 24 horas dentro do CC, sendo solicitada em situações especiais.

Os sujeitos referiam haver grande dificuldade na comunicação e na solicitação, às vezes incansável, dos enfermeiros para que os médicos das unidades de internação realizassem a visita diariamente, tendo como um dos fatores de dificuldades a localização do CC e a necessidade da utilização de roupa privativa para entrada no setor.

Somando-se à assistência da equipe multiprofissional ao paciente em leito de retaguarda, normalmente não há

visita de outros profissionais da equipe multidisciplinar, como fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, também necessários ao cuidado do paciente, especialmente os que se encontram em estado crítico de atenção.

Outro ponto importante para o bem estar do paciente, é a possibilidade de receber visita familiar durante o período de internação, que, em se tratando deste setor, não é permitida, a não ser em casos especiais, como em pacientes em longa permanência em leito de retaguarda, crianças ou idosos, especialmente nos fins de semana, onde o movimento cirúrgico é menor.

A visita pode acontecer nos casos de paciente não-crítico, levando-o em uma maca ou cadeira de rodas até a entrada do CC para encontrar o familiar apenas por alguns minutos. Nos casos dos pacientes críticos, após avaliação do enfermeiro responsável quanto à necessidade e à possibilidade da visita, é permitida a entrada de um familiar, usando devidamente a roupa privativa dentro da unidade de recuperação.

Entre os sujeitos, há os que apontam uma interferência desta visita na assistência de enfermagem, devido ao tempo gasto para preparar o familiar para entrar na RPA e responder suas dúvidas frequentes em relação à cirurgia, à recuperação e à previsão de saída do setor, informações estas que, muitas vezes, não são conhecidas pelos colaboradores.

O período permitido para o visitante dentro da RPA é de 15 minutos, mas, caso haja necessidade de realização de procedimentos invasivos no paciente em questão ou em outro paciente da unidade, os visitantes são convidados a se retirarem. Os sujeitos sentem, ainda, dificuldade em acalmar o paciente ao final da visita, uma vez que ele geralmente fica choroso e tenta

impedir a saída do familiar.

No que se refere aos aspectos positivos da assistência de enfermagem ao paciente em leito de retaguarda na RPA, para os sujeitos deste estudo, o maior beneficiado é o próprio paciente que permanece sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, com a ajuda de equipamentos de monitorização que auxiliam na detecção de possíveis intercorrências.

Estes fatores contribuem para uma melhor assistência ao paciente e ainda beneficiam o conhecimento teórico-prático dos colaboradores, pois, ao prestarem assistência a pacientes considerados críticos, têm a oportunidade de aumentar ou aperfeiçoar seu conhecimento acerca de alguns procedimentos que não estão habituados a realizar em pacientes no POI.

É necessário considerar que um número expressivo de funcionários apontou que não existem aspectos positivos na assistência ao paciente em leito de retaguarda, dado que pode sugerir uma insatisfação destes profissionais em relação a esta assistência, o que pode comprometer a sua qualidade.

Em relação aos aspectos negativos da assistência de enfermagem ao paciente em leito de retaguarda na RPA, a maior parte dos sujeitos enfatiza a alta demanda de trabalho na unidade, a qual não é compatível com a quantidade de profissionais disponíveis, fato que também compromete a qualidade da assistência.

Outro aspecto considerado negativo e já abordado anteriormente se refere à dificuldade encontrada para realização de cuidados básicos ao paciente, devido às limitações do próprio setor. Esses fatores contribuem ainda mais para o aumento da ansiedade dos pacientes em relação à sua

própria situação e à necessidade de receber visita de seus familiares, o que os afeta fisiológica e psicologicamente.

Somam-se negativamente, ainda, o despreparo de alguns profissionais para prestar uma assistência de qualidade aos pacientes críticos, que necessitam de cuidado diferenciado, seja por falta de conhecimento, de treinamento, ou mesmo pela rotina do setor, que não é preparado para prestar cuidados prolongados e de continuidade, devido à alta rotatividade dos pacientes em POI.

Todas as dificuldades mencionadas vêm contribuir para a prestação de um cuidado deficitário, distante da assistência integral e humanizada, que só é possível quando há profissionais de enfermagem bem preparados e em proporções adequadas à quantidade e à realidade de cada paciente atendido.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos os resultados obtidos neste estudo, percebe-se que são inúmeras as dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem ao prestar assistência a pacientes em leitos de retaguarda na RPA.

Entre estas dificuldades, destaca-se a quantidade insuficiente de profissionais de enfermagem no setor, somada a uma supervisão indireta do enfermeiro, sobrecarregando este profissional, que deverá prestar assistência, não só aos pacientes em POI, mas também aos pacientes em leito de retaguarda, os quais, muitas vezes, exigem cuidados que não correspondem à rotina da RPA, defrontando-se, assim, ao despreparo técnico de alguns membros da equipe de enfermagem.

Somam-se a estas, as dificuldades próprias da estrutura física do setor, que limitam cuidados simples como eliminações vesículo-intestinais e banho, e a entrada de profissionais da equipe multiprofissional para continuidade da assistência, além da entrada de familiares para visita ao paciente em leito de retaguarda, fato que causa ansiedade a ambos.

Desta forma, a humanização na assistência de enfermagem ao paciente em leito de retaguarda na recuperação pode ser comprometida. Assim, vê-se a necessidade de reformulações administrativas e assistenciais no sentido de evitar esta situação, e, quando ela eventualmente acontecer, propiciar ao paciente uma assistência adequada.

Para tanto, há necessidade de adequação no quadro de profissionais de enfermagem na RPA em relação à quantidade de pacientes sob seus cuidados, bem como às características deste paciente em relação aos cuidados intensivos que necessita. Nestes casos, vê-se, ainda, a importância de atualização e treinamentos voltados para estes profissionais, capacitando-os ao cuidado aos pacientes críticos, de forma que todo cliente atendido na RPA receba uma assistência individualizada e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ªed. São Paulo: SOBECC; 2009.
2. Galdeano LE, Rossi LA, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ª ed reimp.

São Paulo: Manole; 2010. p.267-98.

3. Guido LA, Silva RM, Mari S. Estratégias de coping entre enfermeiros de recuperação anestésica. Rev SOBECC. 2006;11(3):32-7.

4. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Mundo Saúde. 1996;21(1):52-61.

6. Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. Rev Esc

Enferm USP. 2003;37(4):34-42.

7. Schmitz SM, Piccoli M, Viera CA. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. Ci Cuid Saúde. 2003;2(1):67-73.

8. Castro AS, Ribeiro CA, Silva CV. Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. Rev Latino-am. Enferm. 2004;12(5):797-805.

9. Silva LD, Pereira SRM, Mesquita AMF. Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

10. Silva LD. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia

intensiva. Rev Enferm UERJ. 2003; 11(1):111-6.

11. Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm. 2007;60(1):106-9.

Autores

Thiago Faustino Machado Souza
Enfermeiro pela Universidade Santo Amaro (UNISA).

Dulcilene Pereira Jardim
Enfermeira, Mestre em Ciências pela Universidade Federal São Paulo (UNIFESP), Professora Adjunta da UNISA.

A Stericontrol possui a maior linha de indicadores químicos e biológicos para monitoramento dos vários ciclos e tipos de esterilização. Mas não é só isso.

O sucesso da esterilização depende diretamente de uma boa **limpeza** e também de um eficiente sistema de **rastreabilidade**. **Conheça as soluções completas que a Stericontrol tem para oferecer!**

Escovas Especiais para CME e Canulados



Protetores de Instrumentos



Etiqueta p/ Paciente Dupla camada adesiva.

Stericontrol	
Data da Esterilização	Validade
Autoclave	Nº Ciclo
Caixa de Cirurgia	Lote
Paciente	
Responsável	Total de peças
Observação	



Detergente Alcalino ALCATEC CLEAN

- Qualidade de limpeza incomparável!
- Elimina a camada de BIOFILME!
- Devolve o brilho dos instrumentais!
- Ideal para lavadoras automáticas e limpeza manual!
- Remove manchas e dispensa o uso de decapantes ácidos!
- Ótimo desempenho também em temperaturas mais altas!
- Isento de componentes químicos que possam agredir o aço, borrachas, silicões, plásticos e outros...

Fitas identificadoras de instrumentais disponíveis em rolos e cartelas



Etiqueta dupla camada p/ Etiketadora 3 linhas, com indicador químico.



“Os nossos clientes sabem a diferença!”

Stericontrol

0800 606 1516
sac@stericontrol.com.br

REUTILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO DE PRODUTOS MÉDICOS DE USO ÚNICO: RISCO ACEITÁVEL?

REUSE AND REPROCESSING OF SINGLE-USE MEDICAL DEVICES: IS THE RISK ACCEPTABLE?

REUTILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO DE PRODUCTOS MÉDICOS PARA USO ÚNICO: ES EL RIESGO ACEPTABLE?

Eliana Auxiliadora Magalhães Costa • Ediná Alves Costa

RESUMO: O reuso e reprocessamento de produtos médicos de uso único tem questionamentos, especialmente quanto ao risco de infecção e problemas com integridade e funcionamento desses artigos. Este estudo objetiva revisar o estado da arte sobre os riscos associados ao reprocessamento de produtos médicos de uso único, e visa obter subsídios para nortear esta prática. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, sem restrição de tempo e idioma, utilizando bases de dados nacionais e internacionais com descritores específicos. Constatou-se que a maioria das pesquisas sobre esta temática utiliza metodologias distintas e resultados variáveis. Face o estado da arte sobre reuso e reprocessamento de produtos de uso único, conclui-se que, ao considerar a necessidade de realizar tais práticas, duas condições são fundamentais: completa limpeza do produto e testes de integridade e funcionalidade. Sem estas condições, os serviços hospitalares não devem reutilizar produtos descartáveis, sob o risco de produzir ameaças à saúde dos seus usuários.

Palavras-chave: Esterilização. Reutilização de equipamento. Segurança de equipamentos. Serviços de saúde.

ABSTRACT: The practice of reusing and reprocessing single-use medical

products has raised objections, especially with respect to the risk for infection and problems with its integrity and functionality. Objectives: To review the state-of-the-art regarding risks associated to reprocessing of single-use medical products, in order to subsidize these practices. Method: bibliographic research, without restrictions on date or language, using national and international sources with specific keywords. It was found that most research on this topic use different methodologies and get variable results. In face the state-of-the-art about reuse and reprocessing, is possible to conclude that the implementation of these practices should consider two critical conditions: the possibility of complete cleaning and the possibility of testing the product as to its integrity and functionality. Without these conditions, hospitals should not reuse disposable products under the risk of causing health hazards to its patients.

Key words: Sterilization, Reuse, Safety of the equipment, Health Services.

RESUMEN: La reutilización y reprocesamiento de productos médicos de uso único han generado varios cuestionamientos, en particular en respecto al riesgo de infección y de los problemas con la integridad y funcionamiento de dichos productos.

Objetivo: Revisar el estado del arte sobre los riesgos asociados al reprocesamiento de artículos médicos de uso único, de manera a nortear estas prácticas. Método: Se hizo una investigación bibliográfica, sin restricciones de tiempo o de idioma, utilizando bases de datos nacionales e internacionales con descriptores específicos. Resultados y conclusiones: Considerando los elementos teóricos sobre el reuso y el reprocesamiento de productos desechables, concluimos que la implementación de esos procedimientos, hay que tomar en cuenta dos puntos esenciales: la posibilidad de completa limpieza del producto y la posibilidad de que el producto sea testado en su integridad y funcionalidad. De no poder garantizarse esos dos puntos, no se debería reutilizar productos médicos desechables, bajo el riesgo de producir amenazas a la salud de sus usuarios.

Palabras-clave: Equipo reutilizado; Reuso; Reprocesamiento; Riesgos; Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

Produtos médicos de uso único foram introduzidos em serviços de saúde a partir de 1948, com o advento dos materiais plásticos. O objetivo era disponibilizar, para pronto uso, dispositivos para a assistência à saúde, com consequente redução

da sobrecarga de trabalho, uma vez que como produto descartável eliminaria as atividades de reprocessamento, que são de extrema complexidade e que requerem, além da expertise necessária dos profissionais envolvidos, capacidade operativa das Centrais de Material e Esterilização. Entretanto, a partir dos anos 1970, essa prática foi alterada e os produtos de uso único passaram a ser reusados em todo o mundo, tendo no aspecto econômico, o seu maior incentivo. ⁽¹⁾

O reuso e o reprocessamento desses produtos têm suscitado variados questionamentos, especialmente sobre o potencial de risco para infecção e problemas com a integridade e o funcionamento desses artigos após os processos de limpeza, desinfecção e/ou esterilização.

São diversas as argumentações favoráveis ou contrárias ao reuso de artigos de uso único e ambas as posições refletem interesses da própria unidade de saúde, das entidades profissionais, da indústria produtora, da empresa reprocessadora e dos órgãos governamentais. Trata-se, sem dúvida, de um problema complexo, que envolve sérias questões de ordens técnica, médica, ética, econômica, ambiental e legal. Ratificando a opinião de uma autora norte-americana, ⁽¹⁾ o debate acerca da utilização de produtos de uso único transcende o “poder de marfim” da academia e os “monótonos cubículos” da burocracia, refletindo uma séria luta entre distintas forças poderosas, como o hospital e seus profissionais de saúde, a indústria desses materiais, as instituições regulatórias governamentais, entre outras. Está em jogo “dinheiro, saúde pública, cultura e tradições hospitalares”. Para esta autora, a segurança e a funcionalidade devem nortear as controvérsias da reutilização de produtos de uso único.

O risco para a saúde pública representado por um produto médico de uso único reprocessado é variável e depende, em grande extensão, do tipo de produto e de sua interação com o corpo humano ⁽²⁾. Dentre os riscos associados ao reuso de produtos de uso único, vários autores ⁽¹⁻⁴⁾ citam: infecção, contaminação do material com endotoxinas, formação de biofilmes, presença de resíduos tóxicos dos produtos usados para a limpeza e desinfecção ou esterilização, bioincompatibilidade com proteínas dos últimos usuários que eventualmente permaneceram no material, inconfiabilidade funcional, ausência de integridade física e de barreiras de proteção, entre outros.

Desse modo, o reprocessamento de produtos de uso único encerra riscos potenciais e a possibilidade de provocar problemas cruciais, como eventos adversos que podem resultar em dano físico e fisiológico, além das referidas questões de natureza econômica, ética, jurídica e ambiental.

OBJETIVO

Devido à relevância da temática, este artigo objetiva revisar o estado da arte sobre os riscos associados ao reprocessamento de produtos médicos de uso único e analisar esta problemática e suas implicações para a saúde coletiva, visando produzir subsídios para nortear a realização dessas práticas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, do tipo revisão narrativa de literatura, tendo-se realizado uma pesquisa bibliográfica, sem restrição de tempo e idioma, utilizando as bases de dados da WEB OF SCIENCE, BIREME, SCIELO e LILACS, com o auxílio de descritores,

tais como: reprocessing devices single-use, reuse device single material and risk. Foram identificados 71 artigos e destes, selecionados 41 estudos, cujo objeto de interesse centrou-se especificamente na questão dos riscos relacionados com o reuso e o reprocessamento de produtos médicos de uso único.

RESULTADOS - RISCO EM REUSO E REPROCESSAMENTO DE PRODUTOS MÉDICOS

Os significados da palavra risco são múltiplos e o termo é utilizado como perigo, ameaça, dano ou perda de algo precioso, chance ou possibilidade de um acontecimento qualquer, risco essencialmente como uma percepção, sensação ou um julgamento de valor, tendo, portanto, um elemento cultural e subjetivo neste significado.

Apesar da polissemia do termo risco, o conceito de risco se refere à probabilidade de ocorrência de um evento particular, adverso ou indesejado, usado como medida de impacto ou associado a diferenciais de morbidade ou mortalidade entre grupos com e sem um determinado atributo, constituindo-se no risco epidemiológico ou clássico. No âmbito da vigilância sanitária, campo de práticas dirigidas ao controle de riscos atinentes a produtos e serviços relacionados com a saúde, a noção de risco é ampliada como possibilidade. Independente da noção de risco a ser empregada, há um consenso de que o risco é um elemento central na sociedade atual e indutor de tomada de decisão racional, em face da crescente incerteza na cultura moderna. ^(5,6)

No âmbito da saúde, o conceito de risco associa-se a três vertentes de ação:

a) risco individual (“health risk appraisal”),

que trata do risco pessoal projetado a partir de estudos epidemiológicos e de estatísticas vitais; é o risco oriundo da herança familiar, dos hábitos e estilos pessoais e particulares de vida, cuja intervenção tem por objetivo a redução da mortalidade precoce, através do estímulo à mudança de comportamentos tidos como perigosos ou de risco;

b) abordagem ou estratégia de risco (“risk approach”), proposta de alocação de recursos, defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no contexto do Programa Materno-Infantil, com o fim de maximizar a eficiência da destinação de recursos públicos em países pobres e garantir, desta forma, atenção especial na área da saúde de grupos expostos a maior risco;

c) análise de risco (“risk analysis/assessment/management”) trata de pesquisas que abordam o perigo do uso de tecnologias empregadas em cuidados de saúde, segurança de produtos, percepção do público sobre risco, entre outros. ⁽⁶⁾

Neste artigo, é priorizado o risco decorrente do uso de tecnologias para a saúde, uma vez que os produtos médicos enquadram-se nessa análise de risco. Conceituam-se tecnologias para a saúde os produtos, serviços, processos e medicamentos utilizados no cuidado da saúde. Essas tecnologias possuem três características em comum: são de interesse da saúde humana, produzem benefícios e possuem riscos intrínsecos. ^(7,8)

A avaliação de risco como atividade organizada em nível federal nos EUA, iniciou-se na década dos anos 1970 e, em 1983, o Food and Drug Administration (FDA) solicitou um estudo à Academia Nacional de Ciências (National Research Council), resultando numa grande obra sobre ris-

cos, intitulada “Risk assesment in the government: managing the process” e internacionalmente conhecida como “Red Book”, que estruturou um modelo de avaliação de risco em diversas áreas naquele país, constituindo, ainda hoje, um marco referencial neste campo. A sistematização da análise de risco desse estudo resultou numa clara separação entre avaliação de risco (“risk assessment”) e gerenciamento de risco (“risk management”). Enquanto a avaliação de risco é uma atividade de natureza mais científica, ligada à pesquisa, à estatística e à epidemiologia, procurando definir a relação causa-efeito dos eventos, o gerenciamento de risco tem natureza mais político-administrativa, que utiliza os dados da avaliação de risco integrados aos dados dos contextos político, social e econômico para definir se o risco pode ser aceitável, definindo, assim, as ações regulatórias. ⁽⁹⁾

Nesta linha de concepção de risco, a avaliação de risco é a caracterização científica sistematizada de efeitos adversos potenciais à saúde, resultantes da exposição humana a agentes ou situações perigosas. O gerenciamento de riscos é o processo no qual ações político-administrativas são determinadas para o enfrentamento dos perigos identificados na avaliação ou caracterização dos riscos, considerando questões sociais, econômicas, políticas e culturais, ponderando as alternativas e elegendo ações político-regulatórias apropriadas. ^(9,10)

A avaliação de risco contém alguns ou todos os seguintes elementos: *identificação do risco*, que se constitui no processo para determinar se a exposição a um agente particular pode causar um aumento na incidência de uma condição de saúde e envolve caracterizar a natureza e a potência da evidência de causa; *avaliação dose-resposta*, que é a relação entre a dose

de um agente administrado ou recebido e a incidência do efeito como uma função da exposição humana ao agente e leva em consideração a exposição e a possibilidade de outras variáveis que podem afetar a resposta, como sexo, estilo de vida e outros fatores; *avaliação da exposição* é o processo de medir ou estimar a intensidade, a frequência e a duração da exposição humana a um agente, descrevendo magnitude, duração, rota de exposição, tamanho, natureza e classe de populações humanas expostas; *caracterização do risco* é o processo de estimativa de efeitos na saúde sob as várias condições da exposição humana descritas na avaliação da exposição; é uma combinação da avaliação dose-resposta e da avaliação da exposição. ⁽⁹⁾

A avaliação de riscos subsidia o processo de gerenciamento de riscos, realizado pelo Estado, que se estrutura em três etapas: *estabelecimento das opções regulatórias e na tomada de decisão*, quando são levantadas as possibilidades de ações para minimizar riscos, segundo a viabilidade político-econômico-social das ações e o contexto situacional; *implantação das ações de controle e comunicação dos riscos*, processo que visa instrumentalizar as medidas necessárias para a efetivação das ações regulatórias e momento de informação da sociedade sobre os riscos; *avaliação das ações de controle*, que consiste no julgamento das ações implementadas e redireciona novas ações. ⁽⁷⁾

A ISO 14971 ⁽¹⁰⁾ trata, especificamente, do gerenciamento de risco associado aos produtos médicos, segundo os conceitos a seguir: *Análise de risco* é o uso sistemático de informações disponíveis para identificar e estimar o risco. *Avaliação de risco* consiste no julgamento, baseado na análise de risco,

se um risco aceitável tem sido alcançável em um dado contexto, segundo valores atuais da sociedade. *Controle de risco* é o processo pelo qual decisões são tomadas e medidas de controle implementadas para reduzir riscos ou mantê-los em níveis especificados ou aceitáveis. *Informação pós-produção* inclui dados sistemáticos acerca do produto médico na fase pós-produção. A avaliação de risco compreende os dois processos iniciais da análise e avaliação de risco e o gerenciamento de risco engloba todas as etapas e consiste na aplicação sistemática da gestão de políticas, procedimentos e práticas para desenvolver as atividades de analisar, avaliar e controlar riscos relacionados a produtos.

Esta ISO introduz o conceito de *risco residual*, muito importante para o campo do risco relacionado às tecnologias médicas, especificamente os produtos médicos, como o risco que permanece mesmo após a implementação de medidas de controle.

Outro conceito neste campo é o de *risco aceitável*, atributo valioso no processo de gerenciamento de risco de produtos médicos. Entretanto, este é um conceito ainda sem consenso e que tem gerado significantes debates acerca do que constituiria um nível aceitável de risco para este tipo de produto. O chamado risco aceitável geralmente é uma competência delegada para os fabricantes e, até o momento, as agências regulatórias nacionais e as normatizações internacionais estão silentes sobre o que é risco aceitável para produtos médicos.⁽¹⁰⁾

O risco para a saúde pública representado por um produto médico de uso único reprocessado é variável e depende, em grande extensão, do tipo de produto e de sua interação com o corpo humano. A

maioria dos produtos não críticos pode ser reusada com risco mínimo. Produtos estéreis abertos, mas não usados, podem ser reesterilizados, desde que os materiais resistam ao processo de esterilização. Entretanto, alguns produtos invasivos, especialmente com longos lumens, partes dobradiças ou os que possuem fendas entre componentes, podem ser difíceis ou impossíveis para limpar, não podendo, portanto, serem reusados.⁽²⁾

Antes da implementação de uma política de reuso e reprocessamento de produtos em serviços de saúde, faz-se necessário, inicialmente, conhecer e determinar o risco de um artigo de uso único reprocessado e reusado, tarefa extremamente complexa, devido às especificidades dos produtos médicos, tanto os considerados reusáveis, quanto os rotulados como de uso único, ambos difíceis de serem quantificados e analisados da forma convencional como a estabelecida para as avaliações do tipo dose-resposta, passíveis para outros processos avaliativos.^(9,10)

Neste sentido, no ano 2000, o FDA tentou categorizar o risco do reprocessamento de produtos descartáveis, centrando-se em dois danos principais: o risco de infecção e o risco de desempenho inadequado do produto reusado. Este processo denominado “Review Priorization Scheme” (RPS) designava três categorias de risco para produtos médicos de uso único reprocessados, em baixo, médio e alto risco, segundo um fluxograma de fatores aplicáveis aos dois danos acima descritos. Esta tentativa falhou na sua operacionalização prática, mostrando-se inadequada devido à complexidade desta classificação e à possibilidade de falta de entendimento e aplicação desses critérios pelas partes interessadas no reprocessamento de produtos de uso único. Atualmente, o FDA utiliza a mesma classificação de produtos

do já existente Código de Regulação Federal, que categoriza os produtos médicos segundo seu risco em classes I, II e III.^(11,12)

Somam-se pesquisas na temática do reprocessamento de produtos de uso único com o objetivo de melhor compreender os riscos relacionados com essa prática.⁽¹³⁻¹⁵⁾ A grande maioria dessas pesquisas é de qualidade variável e metodologias distintas que focalizam contextos laboratoriais e avaliam resultados substitutos, como contaminação e integridade dos dispositivos. A avaliação de risco em pacientes expostos não é adequadamente documentada, devido às dificuldades de dados de incidência de infecção cruzada entre pacientes e ao mau funcionamento do produto durante seu uso, tornando esses resultados pontuais e limitados, corroborando muito mais para a construção de uma base teórica, do que para a clarificação de evidências científicas sobre essa problemática.⁽¹³⁻¹⁵⁾

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA PRÁTICA DE REUSO E REPROCESSAMENTO DE PRODUTOS MÉDICOS DE USO ÚNICO

Embora o reprocessamento de produtos de uso único possua um risco teórico à saúde, evidências clínicas apresentam demonstrações de que certos produtos podem ser seguramente reprocessados, a exemplo dos cateteres de eletrofisiologia, comercializados como artigos de uso único e reprocessados há mais de vinte anos nos EUA,^(14,16) dos acessórios para cirurgias videolaparoscópicas (pinças grasper, dissector, tesoura, agulha de Veress), como evidenciado num estudo,⁽¹⁷⁾ dos cateteres de angiografia cardiovascular, também investigados.⁽¹⁸⁾ Entretanto, é também claro que a maioria dos produtos de uso único não é de artigos seguros para

reprocessamento, dada a impossibilidade de limpeza desses materiais e, consequentemente, de esterilização, além dos riscos associados à não funcionalidade após o reprocessamento. ^(14,15,19,20)

Algumas importantes instituições norte-americanas de saúde têm-se posicionado em relação ao reuso de produtos descartáveis, contribuindo com os serviços de saúde no julgamento para a tomada a decisão em relação à adoção ou não desta prática. No início dos anos 1980, o FDA, o Center for Disease Control and Prevention (CDC), a The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e a American Hospital Association (AHA) teciam recomendações contra o reuso de dispositivos descartáveis. Atualmente, estas instituições se posicionam advertindo e enfatizando a elaboração de políticas e procedimentos escritos relacionados a esta prática, além de assinalar a necessidade de pesquisas acerca da segurança e da efetividade dos produtos reusados. A JCAHO, apesar de não encorajar o reprocessamento de artigos descartáveis, não penaliza o processo de acreditação dos hospitais que praticam o reuso de forma controlada e com protocolos escritos. ⁽¹³⁾

O manual de políticas de conformidade do FDA, capítulo 24, trata do reuso de produtos descartáveis e estabelece três critérios para a definição de um programa de reuso: (1) o produto passível de ser adequadamente limpo e esterilizado; (2) as características físicas e a qualidade do produto não são adversamente afetadas com o reprocessamento; (3) o produto permanece seguro e efetivo para o seu uso intencionado. Este guia, emitido em 1987, rescindiu uma posição prévia do FDA que proibia o reuso de cateteres centrais e de fios-guia. ⁽¹³⁾

Em 1981, o FDA dos EUA proibiu o reuso

de cateteres cardíacos de angiografia, em razão da alta incidência de reações pirogênicas em pacientes submetidos a este procedimento. Esta recomendação foi revogada em 1987, em função da dificuldade em distinguir reações adversas atribuídas aos resíduos de endotoxinas, de outras reações relacionadas ao contraste utilizado nesses cateteres. Estudos comparando os sinais e sintomas de reações pirogênicas (febre não explicada, tremores, hipotensão arterial) em pacientes com cateteres venosos centrais, não encontraram diferenças entre o uso de cateteres novos e reusados, sugerindo que o meio de contraste usado para todo procedimento de angiografia pode ser um fator contribuinte para pirogenias. ⁽¹³⁾

Em 1996, a Canadian Healthcare Association ⁽¹³⁾ empreendeu uma extensa investigação bibliográfica em busca de evidências científicas sobre o reuso e reprocessamento de dispositivos descartáveis, a fim de subsidiar as unidades de saúde canadenses no julgamento do mérito das práticas de reuso. Apesar da abundância de informações acerca do reuso de produtos descartáveis registrada por este estudo, este documento conclui que a evidência científica a favor dessa prática é limitada e pontual, que a maioria dos estudos publicados são de natureza retrospectiva e não empregam desenhos controlados ou randomizados e que a maior parte dos dados de segurança e efetividade são relacionados com cateteres cardíacos e hemodializadores. Uma das recomendações derivadas deste trabalho apontou a necessidade de que um programa de reuso de produtos descartáveis deveria incluir os seguintes objetivos: análise de custos, desenvolvimento de procedimentos prospectivos de reprocessamento e validação dos mesmos e programa de treinamento para colaboradores.

Um estudo realizado na Nova Zelândia, ⁽¹⁴⁾ também sobre evidências científicas da segurança e efetividade das práticas de reuso de dispositivos médicos de uso único, concluiu que os dados são conflitantes em relação a esta temática, com recomendações contrárias (a maioria) e a favor deste procedimento. Os argumentos contrários ao reuso, focalizaram a dificuldade de generalizações acerca dessa prática, com resultados apontando para alterações do desempenho do produto original e deterioração das propriedades mecânicas do artigo, com potencial para eventos adversos, além da ineficácia dos processos de limpeza e esterilização, presença de resíduos de bio-materiais e microorganismos, possibilitando o risco de infecção cruzada.

Alguns estudos revisados concluíram, de forma distinta, que o reuso de determinados produtos descartáveis é seguro, tendo em vista a ausência de dados apresentando qualquer associação causal entre reuso e resultados adversos no paciente exposto, e finalizaram discutindo que, com controles adequados, o reuso de determinados produtos médicos considerados descartáveis é seguro e custo-efetivo. Esta pesquisa revelou, ainda, que, dos 29 estudos primários analisados especificamente sobre segurança e efetividade no reuso de dispositivos de uso único, a totalidade desses era composta por estudos descritivos e de baixa evidência científica, realizados em laboratórios, com avaliação orientada para contaminação, integridade e desempenho dos produtos, em lugar de avaliações orientadas para o paciente, tais como falência do artigo durante o uso e transmissão de infecção. Esta pesquisa concluiu que a evidência para segurança e efetividade do reuso de dispositivos de uso único é pontual, com poucos estudos avaliando resultados diretamente relacionados aos pacientes.

Estudo semelhante ao acima citado, e com resultados bastante similares, foi realizado no Brasil, por autoras⁽¹⁵⁾ que revisaram publicações entre os anos de 1980 a 2003, também com o objetivo de buscar evidências científicas para a prática do reprocessamento de produtos de uso único.

Neste trabalho, as autoras identificaram, a exemplo do demonstrado no estudo acima descrito, que 80,6% dos artigos de uso único não foram testados quanto à evidência de infecção, fator nuclear para a tomada de decisão do reuso e do reprocessamento. Ademais, detectaram que cateteres de angioplastia percutânea transluminal, cateteres de ablação, de eletrofisiologia cardíaca e cateteres de sucção, todos titulados como de uso único, foram aprovados nos testes de reprocessamento.

Com esse estudo, essas autoras concluíram que a literatura sobre reprocessamento de produtos descartáveis demonstra uma grande variedade de tipos de investigação e metodologias de análise, o que contribuiu para os resultados divergentes sobre esta prática e consideraram que o reprocessamento de alguns produtos de uso único é possível em condições controladas, sendo impossível o reprocessamento indiscriminado.

Um estudo canadense,⁽¹⁹⁾ realizado por meio de revisão bibliográfica sistemática, avaliou as evidências do reuso de produtos descartáveis quanto à segurança, à efetividade e aos custos e, a exemplo do estudo da Nova Zelândia,⁽¹⁴⁾ encontrou pesquisas de qualidade variável e metodologias distintas, concluindo que as evidências científicas são insuficientes para estabelecer segurança, eficácia e custo-efetividade para o reuso de produtos de uso único.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, a decisão para reprocessar um produto de uso único mostra-se emblemática, uma vez que os estudos publicados são pontuais, com desenhos metodológicos distintos e inconsistentes no sentido da comprovação e generalização de riscos para o paciente, tais como infecção, toxicidade residual e não funcionalidade do produto, com consequente dano ao paciente, questões também aplicáveis aos produtos ditos reusáveis.

O consenso em relação aos riscos relacionados ao reuso de um produto de uso único é de que existe um potencial de injúria, infecção e eventos adversos na reutilização desses materiais, embora os estudos mais recentes não evidenciem que esses riscos sejam significativamente maiores do que aqueles revelados no uso de produtos reprocessáveis.^(13,15,19,20)

Neste sentido, o novo paradigma do gerenciamento de risco relacionado com produto médico requer uma avaliação do risco residual, que é designado como o risco remanescente relacionado com o uso desses produtos, mesmo após a implementação de medidas de controle, versus o benefício antecipado do uso de um artigo durante um procedimento assistencial. Este julgamento tem necessariamente que considerar o uso intencional do dispositivo, seu desempenho, os riscos e os benefícios associados com o procedimento clínico ou a circunstância de uso.⁽¹⁰⁻¹³⁾

Face ao estado da arte sobre reuso e reprocessamento de produtos descartáveis, é possível concluir que, ao se considerar a necessidade de realizar estas práticas, duas condições são fundamentais e norteadoras para a sustentabilidade desse processo: a possibilidade da completa e adequada limpeza do produto e a possi-

bilidade deste produto ser testado quanto à integridade e funcionalidade, segundo suas características específicas. Sem estas condições, os serviços hospitalares não devem proceder à reutilização de produtos médicos de uso único, sob o risco de produzirem ameaças à saúde dos seus usuários.

REFERÊNCIAS

1. Greene VW. Reuse of medical devices labeled for single-use. In: Mayhall GC. Hospital epidemiology and infection control. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p.1535-45.
2. Health Canada. Therapeutic products directorate health cross: reprocessing of reusable and single-use medical devices. Ottawa, Ontário: Tower B; 2004.
3. Graziano KU, Balsamo AC, Lopes CLBC, Zotelli MFM, Couto AT, Paschoal MLH. Critérios para avaliação das dificuldades na limpeza de artigos de uso único. Rev Latino-am Enferm 2006;14(1):70-6.
4. Tessarolo F, Caola I, Nollo G, Antolini R, Guarrera GM, Caciagli P. Efficiency in endoxina removal by a reprocessing protocol for electrophysiology catheters based on hydrogen peroxide plasma sterilization. Int J Hyg Environ Health. 2006;209(6):557-65.
5. Czeresnia D. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. In: Costa E, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008.
6. Luiz OC, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2339-48.
7. Navarro MVT. Conceito e controle de riscos à saúde em radiodiagnóstico: uma

abordagem de vigilância sanitária [tese de doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007.

8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2010. Seção 1, p. 79.

9. National Research Council. Risk assessment in the government: managing the process. Washington: National Academy Press; 1983.

10. International Organization for Standardization. Medical devices: application of risk management to medical devices - ISO 14971. 2nd Genova; 2007.

11. Food and Drug Administration. Department of Health and Human Services. Enforcement priorities for single-use devices reprocessed by third parties and hospitals. Rockville; 2000.

12. Food And Drug Administration. Department of Health and Human Services. Reprocessing and reuse of

single-use devices: review prioritization scheme. Rockville; 2000.

13. Canadian Healthcare Association. The reuse of single-use medical devices: guidelines for healthcare facilities. Ottawa, Ontario; 1996.

14. Day P. What is the evidence on the safety and effectiveness of the reuse of medical devices labelled as single-use only? NZHTA Tech Brief Series [serial on the Internet]. 2004 [cited 2009 Jun 02];3(2). Available from: http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/medical_devices.pdf

15. Denser CPAC, Lacerda RA. Reprocessamento e reutilização de material odonto-médico-hospitalar de uso único: busca de evidências pela revisão sistemática de literatura científica. Acta Paul Enferm. 2006;19(3):316-22.

16. Health Education and Human Services Division. Single-use medical devices: little available evidence of harm from reuso but oversigth warrented. Washington; 2000.

17. Lopes CLB. Avaliação da esterilidade de instrumentais laparoscópicos de uso único reprocessados após contaminação

artificial [tese de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

18. Ribeiro SMCP. Reprocessamento de cateteres de angiografia cardiovascular após uso clínico e contaminados artificialmente: avaliação da eficácia da limpeza e da esterilização. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

19. Hailey D, Jacobs PD, Ries NM, Polisen J. Reuse of single use medical devices in Canada: clinical and economic outcomes, legal and ethical issues, and current hospital practice. Int J Technol Assess Health Care. 2008;24(4):430-6.

20. World Health Organization. Medical device regulations: global overview and guiding principles [homepage na Internet]. Geneva; 2003. [cited 2007 Fev 03]. Available from: www.who.gov.

*Este artigo integra a tese de doutorado intitulada "Risco e proteção da saúde: reprocessamento de produtos médicos em hospitais de Salvador, BA" defendida no primeiro semestre de 2011, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA).

Autoras

Eliana Auxiliadora Magalhães Costa

Enfermeira, Mestre em Organização de Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Professora Assistente da Universidade Estadual da Bahia (UNEB).

Ediná Alves Costa

Médica Veterinária, Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA, Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Coordenadora do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

A MÃE E A CRIANÇA NA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: O CUIDADO QUE FAZ A DIFERENÇA

MOTHER AND CHILD IN THE ANESTHESIC RECOVERY: CARE THAT MAKES DIFFERENCE

MADRE Y HIJO EN LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA: CUIDADO QUE HACE LA DIFERENCIA

Mariane Azevedo Bomfim • Rachel de Carvalho

RESUMO: Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, prospectivo, de campo, na Recuperação Anestésica (RA) de um hospital público, da cidade de São Paulo. Os objetivos foram: verificar a importância da permanência da mãe como acompanhante da criança na RA e identificar os aspectos positivos e negativos relativos à presença da mãe na recuperação. Após as devidas aprovações ético-legais, foram entrevistadas 30 mães, que responderam um formulário no momento em que acompanhavam seus filhos no período transoperatório. A totalidade das mães declarou ser importante acompanhar o filho durante sua permanência na RA. Os aspectos positivos identificados pelas mães foram: proporcionar mais calma para a criança e para a própria mãe e verificar de perto tudo o que acontece. Dentre os aspectos negativos, destacou-se o medo da mãe de que ocorra alguma complicação com seu filho. A permanência da mãe ao lado da criança na sala de recuperação é importante para os envolvidos (equipe, paciente e família), pois reduz a ansiedade de todos permitindo que a espera da recuperação tenha menos incertezas.

Palavras-chave: Enfermagem. Sala de recuperação. Criança. Mães. Relação mãe-filho.

ABSTRACT: It was an exploratory-descriptive research, prospective,

through a field survey in the recovery room of a public hospital in São Paulo. The objectives were: to identify the importance of the mother as the child's companion in recovery; to identify the positive and negative aspects on the presence of mothers in recovery. We interviewed 30 mothers who answered a form when they were accompanying their children during the perioperative period. The majority of mothers said that it was important to accompany their children during their stay in recovery room. The positive aspects related were: provide a calmer state for the child and also for the mother and check closely all that happens. Among the negative points the mother's fear of the occurrence of any complication with your child was highlighted. The permanence of the mother beside her child in the recovery room is important for everyone involved (staff, patient and family) because it generally reduces anxiety for both parties, allowing that the expected recovery has less uncertainties.

Key words: Nursing; Recovery room; Child; Mothers; Mother-child relation.

RESUMEN: Se realizó un estudio exploratorio, prospectivo, de campo en la sala de recuperación de un hospital público de São Paulo. Los objetivos fueron: identificar la importancia de mantenerse la madre acompañando al

hijo en la recuperación y los aspectos positivos y negativos en relación a su presencia en esta área. La muestra de esta investigación fue compuesta 30 madres que contestaron a una encuesta cuando acompañaban a sus hijos durante el período perioperatorio. Todas las madres dijeron ser importante acompañar al niño durante su estancia en la recuperación. Los aspectos positivos identificados por las madres fueron: proporcionar más calma para el niño y también para si propia y comprobar de cerca todo lo que sucede. Los aspectos negativos fueron: el temor de la madre que ocurra alguna complicación con su hijo. La estancia de la madre junto al niño en la sala de recuperación es importante para todos los involucrados (equipo, pacientes y familiares) ya que reduce la ansiedad para ambas partes, permitiendo que la espera en la sala de recuperación traiga menos inseguridad.

Palabras-clave: Enfermería; Sala de recuperación; Niño; Madre; Relación madre-hijo.

INTRODUÇÃO

Por ser a Recuperação Anestésica (RA) o local onde o paciente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer sob os cuidados constantes da equipe de enfermagem⁽¹⁻²⁾, o profissional que aí atua deve possuir

conhecimentos e habilidades para prestar assistência anestésica e operatória aos pacientes submetidos aos diferentes tipos de cirurgia. A assistência deve ser voltada à prevenção e à detecção de riscos e complicações decorrentes do procedimento, e deve acontecer de forma integral e continuada, atendendo às necessidades básicas afetadas do indivíduo e de sua família.^(1,3)

O período pós-operatório, interesse desse estudo, é a terceira fase da experiência cirúrgica. O pós-operatório imediato (POI) compreende desde o final do procedimento até as primeiras 24 horas após a cirurgia, incluindo o período em que o paciente permanece na RA.⁽¹⁾

Quando o paciente cirúrgico é uma criança, a equipe de saúde deve estar atenta aos processos que podem interferir em uma recuperação eficaz, visto que se trata de um ser em desenvolvimento e que apresenta características peculiares de comunicação.⁽⁴⁾

Os cuidados à criança hospitalizada para cirurgia e à sua família devem ser superiores à assistência física e ao conhecimento científico acerca de sua doença e do seu tratamento. Devem atingir também suas necessidades emocionais, sociais, culturais, seus valores, suas crenças, medos e preconceitos a respeito da situação que vivencia. Toda situação nova é ansiogênica para qualquer pessoa e também para as crianças que, por esse motivo, procuram em rostos familiares, uma forma de conforto.^(3,5-6)

Experiência de enfermeiras mostra que a ajuda dos pais durante a internação hospitalar é de grande importância, visto que, ao serem treinados para cuidar de seu filho e apoiá-lo emocionalmente, ajudam a diminuir o estresse da criança.⁽⁷⁾

Quando o familiar está presente na RA, a interação é de extrema importância para os componentes da equipe de enfermagem e da equipe médica, pois estes profissionais podem orientar os pais ou acompanhantes das crianças cirúrgicas. Muitos dos mitos, desinformações e dúvidas sobre a experiência cirúrgica são igualmente partilhados pela família, podendo ser refletidos positivamente ou negativamente sobre o estresse da criança.⁽³⁻⁴⁾

A busca da humanização da assistência de enfermagem não corresponde apenas a atender às necessidades da criança. O tratamento ideal exige um acompanhamento psicológico apropriado para a criança doente e para os seus pais, compreendendo-se que o objetivo final do tratamento não consiste apenas na cura cirúrgica, mas na saúde em todos os sentidos.⁽³⁾

No POI, nossa experiência prática tem demonstrado a importância da permanência do familiar junto à criança na RA. Tal cuidado traz benefícios à equipe de saúde, à família e especialmente à criança, que se apresenta, geralmente, mais calma e colaborativa.

Autores⁽⁸⁾ identificaram que crianças com maior grau de ansiedade no pré-operatório, apresentavam risco de desenvolver comportamento negativo no período pós-operatório imediato, 3,5 vezes maior, quando comparadas às crianças menos ansiosas. Entre as alterações de comportamento comuns após a cirurgia estão: irritabilidade, ansiedade de separação, pesadelos, problemas na alimentação, choros noturnos e desobediência. O uso do brinquedo terapêutico tem sido uma maneira para supervalorizar a assistência às necessidades físicas, psicológicas,

sociais e espirituais da criança. Esta técnica é indicada para todas as crianças hospitalizadas e contribui para o alívio da ansiedade, podendo ser realizada em qualquer local, até mesmo na RA, onde a criança passa um curto período de tempo (em média uma a duas horas) e tem maior dificuldade de adaptação ao ambiente.^(4,9-10)

O foco do cuidado de enfermagem na criança hospitalizada vem sendo modificado ao longo dos últimos anos, transitando de uma abordagem mais tradicional, na qual o cuidado se fundamentava na excelência do funcionamento sob uma perspectiva organizacional, para o cuidado centrado nas necessidades da criança, avançando com a inclusão da família.⁽¹¹⁾

A abordagem centrada na família é uma filosofia de cuidados que inclui a criança e sua família durante a hospitalização. Reconhece a família como uma constante na vida da criança, de maneira que os sistemas de serviços e os profissionais devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar as forças e as competências da família, assim como estimular os padrões de vida domiciliar e na comunidade.⁽¹¹⁾

A premissa básica é a de que a criança faz parte de um “todo” que o enfermeiro deve conhecer, se quiser oferecer o melhor cuidado possível. Parte-se dos pressupostos de que a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros e que o cuidado de enfermagem é mais eficaz quando se acredita que a família é a unidade de cuidado. O amor e o carinho dos pais são elementos fundamentais na assistência e são tão importantes para as crianças quanto os aparelhos e os medicamentos utilizados.^(7,11)

O levantamento bibliográfico sobre a

permanência da mãe especificamente na RA mostrou carência de estudos referentes a este assunto, fato que nos preocupa, uma vez que esta permanência tem sido um cuidado largamente aplicado em instituições públicas e privadas. Mais uma vez a enfermagem faz muito e escreve / publica pouco.

O interesse em estudar esse assunto surgiu da preocupação quanto à necessidade que uma criança tem de estar junto e depender de sua mãe. Durante este período, diferente e estressante para ela (o ato cirúrgico), a sua necessidade está aumentada, pois se encontra fragilizada, com dor, em um ambiente estranho e com pessoas estranhas. Por outro lado, há uma preocupação com a mãe que, ao contrário da criança que recebe cuidados diretamente, fica sozinha, angustiada em saber o que está acontecendo com seu filho. Este estudo aborda a importância da mãe estar com seu filho na RA e os aspectos positivos e negativos dessa permanência, de acordo com a visão das próprias mães.

OBJETIVOS

- Verificar a importância da permanência da mãe como acompanhante da criança no período pós-operatório imediato, na Recuperação Anestésica;
- Identificar os aspectos positivos e negativos relativos à presença da mãe como acompanhante da criança no período pós-operatório imediato, durante sua permanência na Recuperação Anestésica.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Este estudo é do tipo descritivo-exploratório, prospectivo, de campo e com abordagem quantitativa. O estudo descritivo-exploratório tem como objetivo a busca de informações apuradas a respeito

de sujeitos, grupos, instituições ou situações, a fim de caracterizá-los e evidenciar um perfil.⁽¹²⁻¹³⁾

A pesquisa foi realizada na unidade de RA de uma Organização Social de Saúde (OSS) da região da zona sul do município de São Paulo, uma instituição pública, de médio porte (233 leitos). O Centro Cirúrgico (CC) é composto por oito salas operatórias e a RA tem seis leitos. É imprescindível esclarecer que, neste hospital, o familiar, na maior parte dos casos, a mãe, permanece com a criança durante todo o tempo em que ela fica na RA, seja antes (pré-operatório imediato) ou após o procedimento anestésico-cirúrgico (pós-operatório imediato), até sua transferência para unidade de internação.

A amostra foi composta por 30 mães que permaneceram com seus filhos na recuperação. Foram critérios de inclusão das mães na amostra: ser adulta, com idade igual ou superior a 18 anos; estar acompanhando a criança no POI, na RA; concordar participar da pesquisa, a partir do preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e da OSS da zona sul, sob protocolo SISNEP número CAAE 0101.0.028.000-08, bem como após autorização da chefia do CC.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário, elaborado pelas autoras (Anexo), que constou de duas partes: dados de caracterização da mãe (idade, número de filhos, estado civil) e da criança (gênero, idade, cirurgia, anestesia, horário de início e término do procedimento) e três perguntas referentes ao acompanhamento na RA (qual a importância, pontos positivos e pontos negativos). O formulário

é uma espécie de questionário que o próprio pesquisador preenche, de acordo com as respostas do informante e tem a vantagem de permitir esclarecimentos verbais adicionais, podendo ser aplicado em informantes analfabetos e com dificuldades visuais.⁽¹³⁾ Após os devidos trâmites legais e a explicação sobre os objetivos da pesquisa, a primeira autora conversou com cada uma das 30 mães individualmente, no momento em que acompanhavam seus filhos na RA, preenchendo o formulário proposto com as informações por elas fornecidas.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 30 mães, que responderam o formulário e os dados de caracterização apresentados a seguir são referentes às mães e às crianças submetidas ao procedimento anestésico-cirúrgico. Confira tabelas 1, 2 e 3.

Em relação às crianças, a maioria era do gênero masculino (16 ou 53%), com idades entre 0 e 14 anos, sendo a maior parte na faixa etária dos 0 aos 4 anos (14 ou 47%). Quanto ao procedimento cirúrgico, a cirurgia mais comum foi a de adenoamigdalectomia (seis ou 20%), seguida da combinação de herniorrafia umbilical + herniorrafia inguinal + postectomia (cinco ou 17%). A anestesia mais realizada foi a geral (23 ou 77%) e a duração do procedimento cirúrgico variou de 10 minutos a 2 horas e 30 minutos, sendo que predominaram as cirurgias realizadas entre 31 minutos e 1 hora (12 ou 40%).

No que se refere especificamente à permanência da mãe na RA, a totalidade das entrevistadas (30 ou 100%) disse ser importante acompanhar seu filho durante sua recuperação. O gráfico a seguir (Figura 1) mostra quais são os motivos

pelos quais as mães acreditam ser importante estar com seu filho na RA.

Tabela 1. Distribuição das mães, segundo faixa etária, número de filhos e estado civil.

A idade das mães variou entre 18 e 47 anos, sendo

		Número	%
Idade	18 a 22	5	17%
	23 a 27	7	23%
	28 a 32	6	20%
	33 a 37	7	23%
	38 a 42	2	7%
	43 a 47	3	10%
	Total	30	100%
Número de filhos	1	5	17%
	2	14	47%
	3	8	26%
	outro	3	10%
	Total	30	100%
Estado civil	casada	12	40%
	divorciada	1	3%
	separada	3	10%
	solteira	4	13%
	união estável	9	30%
	viúva	1	3%
Total	30	100%	

a idade média igual a 30 anos. A maior parte das mães (14 ou 47%) tem dois filhos e são casadas (12 ou 40%).

Tabela 2. Distribuição das crianças, segundo gênero e faixa etária.

		Número	%
Gênero	Feminino	14	47%
	Masculino	16	53%
	Total	30	100%
Idade	0 a 4	14	47%
	5 a 9	10	33%
	10 a 14	6	20%
	Total	30	100%

Tabela 3. Distribuição das crianças, segundo cirurgia, anestesia e tempo de duração do procedimento.

		Número	%
Cirurgia	Adenoamigdalectomia	6	20%
	Apendicectomia	2	7%
	Artroplastia de clavícula	1	3%
	Artroplastia de cotovelo	1	3%
	Artroplastia de fêmur	1	3%
	Artroplastia de úmero	3	10%
	Correção de pé torto congênito	1	3%
	Drenagem de abscesso cervical	1	3%
	Drenagem pleural	1	3%
	Herniorrafia inguinal	2	7%
	Herniorrafia umbilical	2	7%
	Herniorrafia umbilical+inguinal+postectomia	5	17%
	Herniorrafia umbilical+postectomia	3	10%
	Retirada de cisto tireóideo	1	3%
	Total	30	100%
Anestesia	geral	23	77%
	geral+bloqueio	5	17%
	local+sedação	2	7%
	Total	30	100%
Duração da cirurgia	00:01 a 00:30	5	17%
	00:31 a 01:00	12	40%
	01:01 a 01:30	5	17%
	01:31 a 02:00	5	17%
	02:01 a 02:30	3	10%
	Total	30	100%

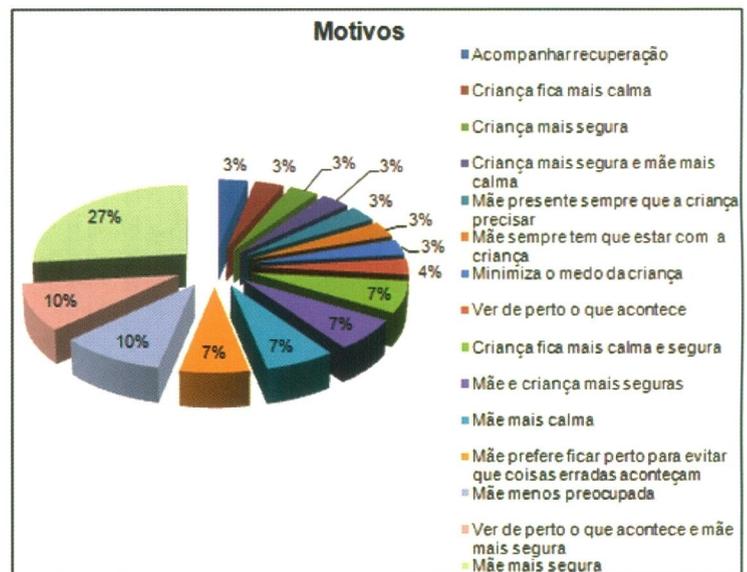


Figura 1. Motivos da importância da permanência da mãe com a criança na Recuperação Anestésica.

Pode-se notar com esses dados que, dentre todos os motivos relacionados, a maioria se refere à própria mãe, seguindo-se do fato de sua presença proporcionar calma e segurança para a criança. Isso comprova que a necessidade da presença da mãe na RA é benéfica para ambas as partes.

Quando foi pedido para a mãe citar três pontos positivos em acompanhar seu filho na RA, as respostas que surgiram foram as que se seguem (Figura 2)



Figura 2. Pontos positivos, segundo as mães, em acompanharem seus filhos na Recuperação Anestésica.

Observa-se que o ponto positivo mais citado pelas mães foi “criança mais calma”, seguido de “mãe mais calma” e mãe “ver de perto o que acontece” com seu filho.

Quando perguntadas sobre os pontos negativos da sua permanência na RA junto ao filho, seis mães (20%) referiram não encontrar aspectos negativos desta prática. Os pontos negativos citados pelas outras mães estão relacionados na Figura 3.

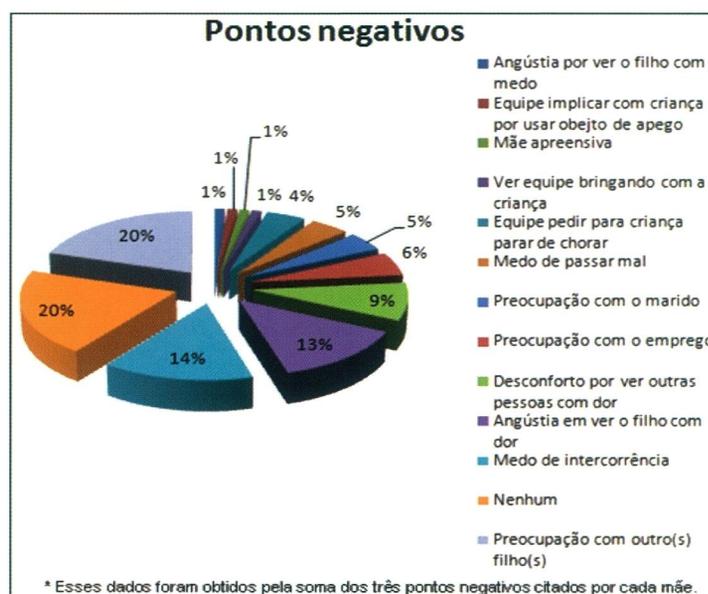


Figura 3. Pontos negativos, segundo as mães, em acompanharem seus filhos na Recuperação Anestésica.

Dentre as 24 mães (80%) que citaram aspectos negativos, a maioria os relacionou a preocupações internas, como medo de que algo errado ocorra na sala de recuperação, e o restante teve preocupações externas, relativas ao emprego, aos outros filhos e ao marido.

DISCUSSÃO

Em relação ao ato anestésico-cirúrgico, trabalhos avaliaram o efeito da presença dos pais na qualidade da assistência prestada, porém nenhum estudo controlado e randomizado foi realizado com o objetivo de observar este mesmo fator na qualidade da recuperação da anestesia.^(4,6,9,10)

Alguns autores observaram, em suas pesquisas, que a maior parte das crianças permanecia calma simplesmente pela presença dos pais, fato pelo qual todas as mães referiram ser de suma importância estar com seus filhos na RA, tanto para elas ficarem mais calmas, quanto para a própria criança. Provavelmente a presença dos pais torne o ambiente da sala de recuperação menos hostil e a criança se sinta mais reconfortada e tenha menor incidência de agitação ao despertar.^(3-4,14)

A mãe é o apoio durante as experiências hospitalares muitas vezes dolorosas. Identifica-se, no binômio mãe-filho, um relacionamento permeado de calor e de compreensão, fazendo com que a criança cresça e este binômio represente um só cliente. A mãe protege, responde às necessidades físicas e emocionais, cuida, apoia, informa, conforta, acaricia, facilita as interações, muitas vezes falando pela criança, sofrendo junto, sem se afastar.⁽¹⁵⁾

Em um estudo realizado com crianças de 3 a 6 anos, em pós-operatório de

postectomia, a dor, o medo, as restrições, a mudança do corpo, o fato de se sentirem enganadas pelos pais, fazem com que a mãe seja o objeto de raiva e agressão por parte da criança. Ao mesmo tempo, é a ela que o filho recorre quando se sente fragilizado e amedrontado. Para conseguir se defender física e emocionalmente, refugia-se na mãe, não querendo se separar dela.⁽¹⁵⁾

A assistência centrada na família deve também se tornar objetivo da equipe que presta cuidados à criança. A ideia dessa abordagem é que o amor e o carinho dos pais são elementos fundamentais na assistência e são tão importantes para a criança quanto os aparelhos e os medicamentos que ela necessita.⁽⁷⁾

É de fundamental importância o apoio à mãe. A equipe, especialmente a de enfermagem, que presta cuidados diretos à criança, deve estar preparada e sempre atenta para amparar também a mãe. Em caso de longos períodos de internação (o que não é o caso da RA), é importante que a equipe regularmente se reúna com a mãe, com o objetivo de manter um relacionamento aberto e deixá-la consciente do que está acontecendo.⁽⁷⁾

Quanto aos aspectos positivos da sua permanência na RA ao lado do filho, a maioria das respostas das mães concentrou-se em proporcionar calma e segurança para os filhos e para elas mesmas, além do fato de poderem ver de perto e acompanhar tudo o que acontece com a criança.

Em termos gerais, as respostas das mães entrevistadas em nosso estudo eram relacionadas mais a si próprias do que aos seus filhos. Porém, a preocupação em acalmar as crianças e passar-lhes segurança, também era uma constante para as mães. Nesse sentido, a interação adequada entre

todos envolvidos no processo cirúrgico, permite às mães a vivência de conforto, de afetividade e da compreensão, além de ajudá-las no enfrentamento de situações agressivas.⁽⁵⁾

O que a literatura traz a respeito do cuidar autêntico de enfermagem, contempla a pessoa na sua singularidade e pluralidade, pois está previsto para o enfermeiro conversar sobre a experiência vivenciada, oferecer apoio frente às dificuldades, saber ouvir as expressões de sentimentos e crenças e estar com o outro no enfrentamento das decisões, quer seja referente à criança ou à mãe.⁽⁷⁾

Assim, entende-se que qualquer que seja o procedimento cirúrgico a que um cliente se submete, é sempre uma situação de crise para ele e para seus familiares. Mesmo em cirurgias de pequeno porte, o cliente e seus familiares se vêem frente a eventos novos e ameaçadores.⁽¹⁶⁾

Atualmente, tem-se observado que o avanço da ciência e da tecnologia tem levado a certa especialização dos cuidados, que, em dados momentos, foge ao que entendemos como assistência ao ser humano. Porém, a abordagem do cuidado humanizado, com a inclusão da família não é recente, pelo contrário, já era preocupação da assistência prestada por Florence Nightingale.⁽¹⁾

Levando-se em conta os relatos das mães, parte delas não considerou nenhum ponto negativo relacionado ao fato de acompanhar a recuperação do seu filho no pós-operatório imediato. Algumas mostraram preocupação relativa à ocorrência de alguma complicação com seu filho na RA, a qual foi designada como preocupações internas. Outras ficaram também preocupadas com seus empregos e com o restante da família

(outros filhos e marido), que foram consideradas preocupações externas. Nenhum dos trabalhos que abordam o tema traz pontos negativos referentes à prática de acompanhamento da mãe ao seu filho.

Nosso interesse em realizar esta pesquisa foi despertado por vivenciar a experiência de ver a mãe acompanhando seu filho na RA. Verificou-se que esse momento de interação foi importante para ambos, uma vez que a mãe pôde estar com seu filho, cuidando e dando carinho a ele e o filho pôde estar com sua mãe nos momentos de dor, angústia e desespero.

Acredita-se que a permanência da mãe enquanto acompanhante do seu filho na RA reduz a ansiedade, tanto da criança, quanto da própria mãe, permitindo que a espera da recuperação tenha menos incertezas.

O desenvolvimento da assistência humanizada é um grande avanço para a prestação de cuidados ao ser hospitalizado, especialmente à criança. O profissional mais uma vez tem a oportunidade de integrar teoria e prática, ao partir do pressuposto de que todo aquele de quem cuidamos é um ser humano como nós.

CONCLUSÕES

As entrevistas com as 30 mães acompanhantes de seus filhos no período pós-operatório imediato, durante sua permanência na Recuperação Anestésica levaram-nos a concluir que:

- a totalidade delas considera de suma importância sua permanência na RA, justificando maior segurança, tanto para a mãe, quanto para a criança;
- os pontos positivos relativos à presença

da mãe na RA mais citados foram: proporcionar calma para a mãe e para a criança e acompanhar de perto tudo o que acontece com seu filho;

- parte das mães não relacionou pontos negativos da sua presença na recuperação; dentre os pontos negativos destacados, as mães consideraram o medo de que seu filho apresentasse alguma complicação e a preocupação com os outros filhos.

REFERÊNCIAS

1. Galdeano LE, Rossi LA, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ª ed reimp. Barueri: Manole; 2010. p.267-98.
2. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas – SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
3. Schmidt DRC, Orasmo CVN, Gil RF. Humanização da criança operada: integração familiar ao ambiente cirúrgico. Rev SOBECC. 2005;10(3):14-22.
4. Kikuchi EM, Tramontini CC, Lopes DFM, Kemmer LF, Garanhan ML. A criança cirúrgica e sua família: vivência de um projeto fascinante. Rev SOBECC. 2000;5(3):16-9.
5. Salimena AMO, Cadete MMM. Os sentimentos expressos pela mãe à porta do centro cirúrgico: abordagem fenomenológica. Nursing (São Paulo). 2003;6(56):32-4.
6. Silva MJP. A criança precisa de cirurgia...quanto nós podemos ajudar?

Rev SOBECC. 2000;5(3):22-4.

7. Laperuta V. Assistência de enfermagem centrada da família: uma experiência internacional. Nursing (São Paulo). 2002;5(52):12-4.
8. Moro ET, Módolo NSP. Ansiedade, a criança e os pais. Rev Bras Anestesiol. 2004;54(5):728-38.
9. Almeida FA, Ângelo M. Brinquedo terapêutico: comportamentos manifestados por crianças em unidade de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca. Rev Paul Enferm. 2001;20(1):5-12.
10. Duarte ERM, Müller AM, Bruno SMA, Duarte ALS. A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para a assistência de enfermagem à criança. Rev Bras Enferm. 1987;40(1):74-81.
11. Almeida FA, Sabatés AL, organizadoras. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole; 2008.
12. Brevidelli MM, Domenico EBL. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2010.
13. Ruiz JA. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.
14. Módolo NSP. Agitação no despertar: problema do anestésico ou da técnica? In: Serviço de Anestesiologia de Joinville [homepage na Internet]. Joinville; 2006. [citado 2008 nov 15]. Disponível em: http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/119.pdf
15. Neves MA. Transtorno de adaptação

no pós-operatório de crianças e adolescentes [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007. [citado 2008 nov 15]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS74UMPQ/1/maria_amlia_neves.pdf

16. Bonfim IM. Centro cirúrgico: tecnologia e humanização. In: Malagutti W, Bonfim IM, organizadores. Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico. São Paulo: Martinari; 2008. u p. 227 -37, Capítulo 12.

Autoras

Mariane Azevedo Bomfim

Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE), Enfermeira Pleno da Unidade Coronariana do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

Rachel de Carvalho

Enfermeira, Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da FEHIAE.

ANEXO

Instrumento para coleta de dados – Formulário

“A mãe e a criança na recuperação anestésica: o cuidado que faz a diferença”

Data: ____/____/____

I) Dados de caracterização:

1. Mãe

Idade: _____

Número de filhos: _____

Estado civil: _____

2. Criança

Gênero: () masculino () feminino

Idade: _____

Cirurgia: _____

Anestesia: _____

Início do procedimento: _____

Término do procedimento: _____

II) Acompanhamento na RA

1. Você acha importante ficar junto com seu(sua) filho(a) durante o tempo em que ele(a) permanece aqui na recuperação anestésica?

() sim () não

Por quê?

2. Cite 3 (três) pontos positivos de acompanhar seu(sua) filho(a) na recuperação anestésica.

1- _____

2- _____

3- _____

3. Cite 3 (três) pontos negativos de acompanhar seu(sua) filho(a) na recuperação anestésica.

1- _____

2- _____

3- _____

Labseptic

Limpador e desinfetante de superfície

Seu ambiente protegido
contra o vírus H1N1



SOLUÇÕES EM LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Labseptic é um detergente desinfetante pronto uso formulado com base aquosa, pH neutro, sem álcool e sem fragrância, efetivo na presença de matéria orgânica, compatível com vários materiais (alumínio, aço inox, acrílico, polietileno de alta densidade), permitindo a limpeza e desinfecção segura de móveis, bancadas, pisos, paredes e equipamentos hospitalares (Isoletes, focos, monitores, respiradores, camas de UTI, mesas cirúrgicas etc).



Soluções Integradas

Lavadoras e Termodesinfetadoras

Prosonic 6510
DS 610



Esterilizadora de Baixa Temperatura

130 LF



Limpeza de materiais

Detergentes



Monitores de limpeza

Monitor de ATP
Sono check
Detector de proteína
Tosi



Escritório
Avenida Lacerda Franco, 172
Cambuci - São Paulo - SP
CEP 01536-000
PABX: 55 11 3275.1166

Fábrica
Rua Ademar Bombo, 165
Dist. Industrial - Mogi Guaçu - SP
CEP 13846-146
PABX: 55 19 3361.5100



Labnews

Todo o cuidado para você ter toda segurança

www.grupoldm.com.br