

61

SOBEC

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

NACIONAL

ENSINO

Conheça as expectativas dos acadêmicos de Enfermagem de um curso superior do Rio Grande do Sul sobre a disciplina de Centro Cirúrgico

ASSISTÊNCIA

Estudo analisa a incidência e a duração de hipotermia no pós-operatório de mulheres submetidas à cesariana

EDUCAÇÃO

O conhecimento sobre Educação Continuada dos profissionais da CME é suficiente?

EDUCAÇÃO

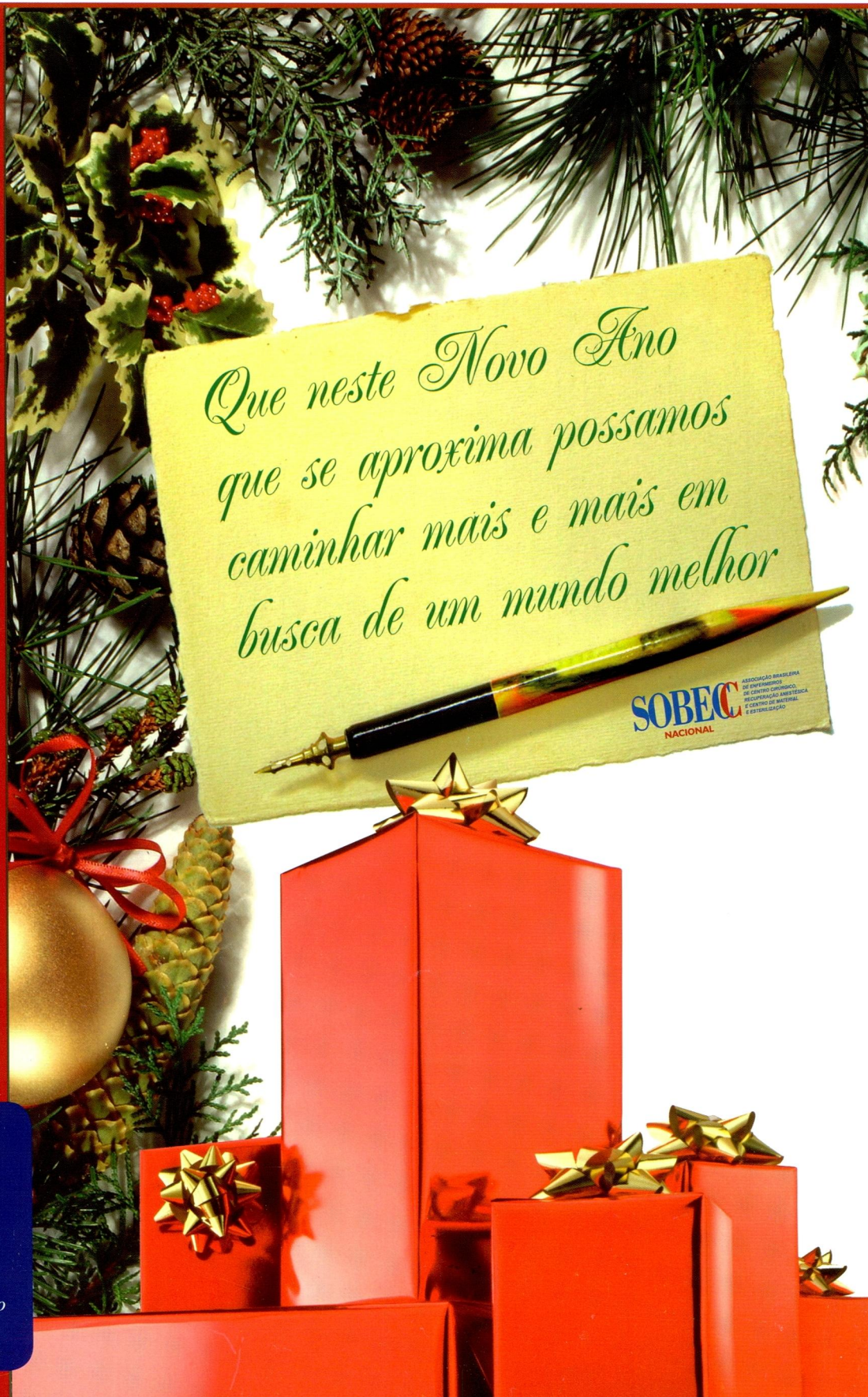
Educação em serviço aumenta a eficácia de limpeza de instrumental de videocirurgia. Saiba como

E mais:

Hospital em Foco: AACD

O Centro Cirúrgico do Hospital Abreu Sodré, que pertence à entidade, tem uma das menores taxas de infecção do País

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



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

SOBEC
NACIONAL

Diretoria da SOBECC - Gestão 2011 - 2013

• **Presidente:** Janete Akamine • **Vice-presidente:** Márcia Hitomi Takeiti
 • **Primeira-secretária:** Liraine Laura Farah • **Segunda-secretária:** Andrea Alfaya Acunã • **Primeira-tesoureira:** Simone Batista Neto Arza • **Segunda-tesoureira:** Zuleica Fazoni Souza • **Diretora da Comissão de Assistência:** Maria Lúcia Suriano • **Membros da Comissão de Assistência:** Mariângela Belmonte Ribeiro e Giovana Abrahão de Araújo Moriya • **Diretora da Comissão de Educação:** Márcia Cristina Pereira • **Membros da Comissão de Educação:** Aparecida de Cássia Giani Peniche e Tânia Regina Zeni • **Diretora da Comissão de Publicação e Divulgação:** Rachel de Carvalho • **Membros da Comissão de Publicação e Divulgação:** Raquel Machado Cavalca Coutinho e Eliane da Silva Grazziano • **Diretor do Conselho Fiscal:** Ernane de Sousa Almeida • **Membros do Conselho Fiscal:** Kátia Aparecida Ferreira de Almeida e Mara Lúcia Leite Ribeiro • **Diretora de Comissão e Eventos Regionais:** Lígia Garrido Calicchio

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 Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR) e Dr^a Raquel Machado Cavalca Coutinho (Universidade Paulista – UNIP)

Conselho Editorial: Dr^a Ana Lúcia de Mattia (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP), Ms Dulcilene Pereira Jardim (Universidade Santo Amaro – UNISA), Dr^a Eliane da Silva Grazziano (Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR), Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da USP), Ms Isabel Cristina Dauth (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA), Ms Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes (Centro Universitário de Brasília – UniCEUB), Ms Márcia Wanderley de Moraes (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE), Dr^a Maria Belén Salazar Posso (Faculdade de Enfermagem da Fundação ABC), Dr^a Maria Clara Padovezze (Escola de Enfermagem da USP), Dr^a Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru), Dr^a Maria Helena Barbosa (Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM), Dr^a Maria Isabel Pedreira de Freitas (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), Dr^a Maria Lúcia Suriano (Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP), Dr^a Rachel de Carvalho (Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE), 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 • **Administração:** Veridiana Pellegrini Franco • **Secretárias:** Maria Elizabeth Jorgetti e Eliane Guedes Alexandre Teixeira • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão de Espanhol:** Dr^a Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Elaine Koda • **Produção Gráfica:** Solange Mattenhauer Candido • **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) 3341-4044 • Fax: (11) 2501-4244.

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 CINAHAL INFORMATION SYSTEMS

4...

EDITORIAL

6...

AGENDA

8...

ACONTECE

10...

HOSPITAL EM FOCO

12...

8º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTERILIZAÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

18...

ENSINO

Enfermagem de Centro Cirúrgico: Expectativas Versus Vivência dos Acadêmicos

26...

ASSISTÊNCIA

Hipotermia em Pacientes Submetidas a Cesáreas

31...

EDUCAÇÃO

Educação Continuada na Central de Material e Esterilização: Significados e Dificuldades Enfrentadas pela Enfermagem

40...

EDUCAÇÃO

Educação em Serviço para Eficácia da Limpeza de Instrumentais de Videocirurgia: Implantação e Avaliação de Protocolo

49...

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA SOBECC



SOBECC: MAIS UM ANO DE MUITO TRABALHO E GRANDES REALIZAÇÕES



Janete Akamine
Presidente da SOBECC

Novamente fechamos mais um ano de muito trabalho, mas também de muito êxito para nossa Associação. Neste último editorial de 2011 fazemos um balanço das principais realizações da SOBECC. Começamos pelas duas Jornadas Científicas, a primeira em Porto Alegre (RS) no mês de maio, com 420 participantes, e a segunda em São Paulo (SP) no mês de dezembro, com 150 participantes. Tivemos também

a 10ª edição do Congresso Brasileiro, em julho em São Paulo (SP) e contou com 2.300 participantes, 45 palestrantes, 60 empresas expositoras e apresentações de 140 pôsteres e de 36 temas livres; e o Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista, com 180 participantes, cinco revalidações de títulos de especialistas e 17 novos enfermeiros especialistas.

Dando prosseguimento à nossa prestação de contas das atividades desenvolvidas no exercício deste ano, destacamos a participação em eventos científicos nacionais e internacionais, entre os quais o 58º Congresso Anual da AORN, em março, na Filadélfia (EUA); o II Seminário Pernambucano de Enfermagem em CC, RA e CME, no mês de abril, em Recife (PE); o Seminário Bioxxi Premiações e Certificações, em junho, no Rio de Janeiro; o 1º Encontro Estadual de Atualização em CME, em setembro, na cidade de Jaú (SP) e o 12º Congresso Mundial de Esterilização/7ª Jornada Nacional de Esterilização, no mês de outubro, na Cidade de Estoril (Portugal).

Além dessa atuação institucional e científica, a SOBECC é legitimada com um quadro atual de 763 associados. São conquistas e números que devem deixar orgulhosos não só os enfermeiros perioperatórios, mas toda a Enfermagem brasileira.

Nos quatro números da Revista SOBECC editados em 2011, publicamos 16 trabalhos científicos. O último número da nossa revista deste ano traz, na sessão Hospital em Foco, um pouco da experiência e do grandioso trabalho desenvolvido pelos profissionais da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), uma entidade privada, sem fins lucrativos, que, há mais de 60 anos, trata de crianças e adolescentes com deficiências físicas, zelando pelo seu bem-estar e pela sua reinserção na sociedade.

Os quatro trabalhos aqui publicados refletem a preocupação dos colegas enfermeiros no que tange às esferas assistencial e educativa na atuação em CC, RA e CME. O artigo original *Hipotermia em Pacientes Submetidas à Cesárea* é uma pesquisa de campo, na qual as autoras analisaram a temperatura corporal de 22 mulheres atendidas em um hospital do SUS, no interior de São Paulo.

Outra pesquisa de campo foi realizada por enfermeiras do Rio Grande do Sul, que trabalharam com uma amostra de 101 acadêmicos de Enfermagem, no estudo intitulado *Enfermagem de Centro Cirúrgico: Expectativas Versus Vivências dos Acadêmicos*. Tal pesquisa foi premiada em segundo lugar na categoria apresentação oral de temas livres durante o 10º Congresso da SOBECC, em julho deste ano.

No relato de experiência *Educação em Serviço para Eficácia da Limpeza de Instrumentais de Videocirurgia: Implantação e Avaliação de Protocolo*, os autores, procedentes de Fortaleza (CE), demonstram, por meio de testes estatísticos, a eficácia do processo de limpeza de instrumentais de videocirurgia, por meio de um indicador de resíduos de proteínas.

Também caracterizado como pesquisa de campo, no trabalho intitulado *Educação Continuada na Central de Material e Esterilização: Significados e Dificuldades Enfrentadas pela Enfermagem*, os autores entrevistaram 12 profissionais atuantes no CME de um hospital público de médio porte, situado em Cajazeiras (PB), a fim de identificar o significado do preparo para atuar no setor e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas atividades.

Aproveite a leitura e também se mantenha atualizado em nossa programação.

Como não poderia deixar de ser, fechamos o último editorial do ano desejando a você, associado, bem como a todos os seus familiares, amigos e colegas de trabalho, os nossos mais sinceros votos de Boas Festas! Que todos tenhamos um Natal iluminado e que o Ano 2012 possa nos trazer muita paz, amor, saúde e alegrias!



Rachel de Carvalho
Diretora da Comissão de
Publicação e Divulgação

ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO: EXPECTATIVAS VERSUS VIVÊNCIAS DOS ACADÊMICOS

SURGICAL CENTER NURSING: ACADEMIC EXPECTATIONS VERSUS EXPERIENCES

ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO: EXPECTATIVAS VERSUS VIVENCIAS DE LOS ACADÊMICOS

Suani Ferreira Borghetti • Rita Catalina Aquino Caregnato

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as expectativas e as vivências dos acadêmicos de Enfermagem sobre a disciplina de Centro Cirúrgico. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizada no primeiro semestre de 2010, em um Centro Universitário do RS, com 101 acadêmicos de Enfermagem que responderam um questionário. As categorias emergidas quanto às expectativas e vivências, tanto para os acadêmicos que não cursaram a disciplina, quanto aos que já cursaram, foram: Familiarização do bloco cirúrgico (41,9%); Capacitação Profissional (34%); Valorização da Disciplina (19,9%); Ética (2,1%); e Área Complexa (2,1%). Os acadêmicos pesquisados foram unânimes em reconhecer a importância da disciplina para sua formação profissional. Os resultados reforçam a necessidade de rediscutir a disciplina de Centro Cirúrgico como indispensável na grade curricular nos cursos de graduação em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Educação; Currículo; Estudantes de Enfermagem.

ABSTRACT: This research aimed at understanding expectations and experiences of nursing academic students on the subject of Surgical Center. Descriptive explanatory research with qualitative and quantitative approach was carried out in the first semester of 2010 in a University Center of the State of Rio Grande do Sul with 101 nursing

students who answered a questionnaire. The emerged categories regarding expectations and experiences, both for academics who did not take the course and those who have already taken, were the following: Familiarization of Surgical Block (41.9%); Professional Training (34%); Subject Valuation (19.9%); Ethics (2.1%); and Complex Area (2.1%). The students surveyed were unanimous in recognizing the importance of the subject for their professional training. The results reinforce the need to review the discipline of Surgical Center as indispensable in the curriculum grade of Nursing undergraduate courses.

Key words: Surgical Center Nursing; Education; Curriculum; Students Nursing

RESUMEN: Esta investigación tubo como objetivo conocer las expectativas y vivencias de los académicos de Enfermería sobre la asignatura de Quirófano. Es una investigación exploratoria descriptiva, con abordaje cualitativo y cuantitativo, realizada durante el primer semestre de 2010 en un Centro Universitario del Estado del *Rio Grande do Sul*, con 101 estudiantes de Enfermería, que contestaron a un cuestionario. Las categorías que han emergido respecto a las expectativas y vivencias, tanto para los académicos que no cursaron la asignatura cuanto a aquellos que ya la cursaron, fueron: familiarización del BC (el 41,9%); Capacitación Profesional (el 34%);



Suani Ferreira Borghetti recebe o prêmio da Profª Drª Aparecida de Cássia Peniche pelo 2º Lugar Apresentação Oral 10º Congresso

Valoración de la asignatura (el 19,9%); Ética (el 2,1%); y Área Compleja (el 2,1 %). Los estudiantes investigados fueron unánimes en reconocer la importancia de la asignatura para su formación profesional. Los resultados refuerzan la necesidad de rediscutir la asignatura de Quirófano como indispensable en la carrera de Enfermería.

Palabras-clave: Enfermería de Quirófano; Educación; Currículo; Estudiantes de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A educação deve considerar o meio social onde o estudante está inserido, para que os processos educacionais ocorram de forma satisfatória, desencadeando uma transformação no conhecimento capaz de modificar a realidade¹.

A educação em Enfermagem segue esse princípio básico, buscando formar um profissional enfermeiro com conhecimento capaz de melhorar as condições de saúde da população. No contexto nacional, a história evidencia transformações no ensino da Enfermagem, com importantes mudanças na formação do perfil dos enfermeiros, atendendo as necessidades sociais, econômicas e políticas da educação e da saúde no país.¹

As Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Enfermagem preconizam a formação de enfermeiros generalistas

com capacidades analíticas e críticas.² Embora a disciplina de Centro Cirúrgico (CC) seja considerada de grande valia e interesse para o acadêmico de Enfermagem, por permitir compreender as características da assistência de Enfermagem perioperatória,³ ela não é obrigatória na grade curricular dos cursos de graduação em Enfermagem. A partir da Lei de Diretrizes de Bases nº 9.394, de 1996 (LDB, 1996), o artigo 53 deu autonomia às universidades para decidirem a composição dos seus currículos e conteúdos programáticos das disciplinas.⁴ Em virtude disso, algumas instituições de Ensino Superior excluíram a disciplina de CC dos currículos do curso de graduação em Enfermagem, por entenderem que esta seja uma especialidade.^{2,5}

O CC é reconhecidamente uma das unidades mais complexas e estressantes do hospital, devido a vários aspectos pertinentes à competência técnica e à possibilidade de riscos aos quais os pacientes estão expostos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica.⁶⁻⁹ Este setor ocupa lugar de destaque no hospital, considerando as finalidades e a complexidade dos procedimentos que ali são realizados, visando à assistência aos pacientes, tanto de caráter eletivo, quanto de urgência e emergência.^{6,10} Isto faz com que os profissionais que atuam no CC “[...] se sintam a elite da Enfermagem [...],¹¹ pois o trabalho desenvolvido exige do profissional conhecimento científico, habilidade técnica, responsabilidade e estabilidade emocional.

O conhecimento e as relações humanas andam juntos, contribuindo, assim, para o gerenciamento de conflitos e para o estresse, que são comuns.^{6,8,10-11}

O paciente cirúrgico convive com o estresse que antecede o ato cirúrgico, não conseguindo, muitas vezes, expressar o que está sentindo. Por isso, o enfermeiro deverá compreender e amenizar seu medo, suas angústias e preocupações, sendo ele o profissional habilitado para administrar as necessidades que envolvem o ato anestésico-cirúrgico em todas as suas etapas.^{6,8,10,12} Uma boa assistência de

Enfermagem promovida para o paciente no período perioperatório traz bons resultados no procedimento cirúrgico e facilita a recuperação, pois o paciente se sente mais tranquilo e seguro. Portanto, é indispensável procurar entender a complexidade que possui o papel do enfermeiro na unidade de CC.^{10,12}

Por trabalhar como técnica de enfermagem em um CC e ser acadêmica de Enfermagem, a primeira autora, ao descobrir que a disciplina de CC não era obrigatória nos currículos da graduação em Enfermagem no Brasil, se sentiu surpresa e, ao comentar esta descoberta com colegas, pôde constatar que a maioria desconhecia esta informação. Diante deste contexto, decidiu-se investigar aspectos envolvidos na inserção da disciplina de Centro Cirúrgico no curso de graduação em Enfermagem.

OBJETIVO

Conhecer as expectativas e as vivências dos acadêmicos de Enfermagem acerca da disciplina de Centro Cirúrgico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa.

O campo de ação foi uma Universidade privada, localizada no interior do Rio Grande do Sul, a qual tem o curso de graduação em Enfermagem em funcionamento há menos de uma década.

Considerou-se a população de 337 acadêmicos matriculados regularmente no curso de Enfermagem no primeiro semestre de 2010. A amostra foi aleatória, seguindo-se os seguintes critérios de inclusão:

- estar cursando o terceiro ou quarto semestre e ainda não ter cursado a disciplina de CC;
- estar cursando o sexto ou sétimo semestre e já ter concluído a disciplina de CC;

c) aceitar participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram:

- estar cursando a disciplina de CC;
- não aceitar participar da pesquisa.

A amostra foi constituída por 101 acadêmicos de Enfermagem (30,0% da população), divididos em dois grupos: o primeiro com 54 acadêmicos que não cursaram a disciplina de CC e o segundo com 47 estudantes que já haviam cursado a disciplina.

O instrumento (Anexo) utilizado para a coleta dos dados foi um questionário com duas perguntas fechadas e quatro perguntas abertas para o grupo que já cursou a disciplina e três para o grupo que não cursou. O instrumento foi testado em um estudo piloto realizado no início de março de 2010, com seis acadêmicos de enfermagem, três que não cursaram a disciplina e três que já haviam cursado a mesma. As respostas permitiram avaliar o instrumento e identificar a necessidade de fazer algumas alterações, permitindo seu ajuste.

A coleta dos dados ocorreu em março de 2010, após avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, da autorização da coordenadora do Curso de Enfermagem, da realização do estudo-piloto e da autorização prévia dos professores para interrupção da aula. A primeira pesquisadora interrompia temporariamente a aula, apresentava-se, explicando aos acadêmicos o objetivo da pesquisa, e fazia o convite para participarem do estudo.

Os alunos que demonstraram interesse em participar receberam o instrumento e o TCLE¹³ em duas vias iguais, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. A pesquisadora aguardava na sala de aula o preenchimento do instrumento e, após respondidos, os recolhia, agradecendo ao professor e aos participantes.

Os dados coletados foram analisados

de forma quantitativa e qualitativa pela técnica de Análise de Conteúdo, pela categorização temática, seguindo-se os seguintes passos:

- a) pré-análise;
- b) exploração do material;
- c) tratamento dos resultados e interpretação.¹⁴

Ao iniciar a análise, os instrumentos foram separados em dois grupos: o grupo denominado ANC, dos acadêmicos que ainda não cursaram a disciplina de CC, e o grupo AJC, dos acadêmicos que já cursaram a disciplina. Posteriormente, os questionários foram numerados em sequência lógica, para organização da pesquisadora. Iniciou-se a análise pelo grupo ANC, fazendo-se a leitura e a releitura dos instrumentos, buscando identificar as ideias semelhantes sobre as expectativas dos acadêmicos em relação à disciplina.

Foram identificadas 239 unidades de informação que, agrupadas, resultaram no primeiro mapa com seis categorias temáticas iniciais. Após análise do primeiro mapa, reagrupou-se as semelhanças, construindo o segundo mapa com as cinco categorias finais. Concluída esta etapa, realizou-se a análise quanto à importância da disciplina de CC atribuída pelos sujeitos, identificando-se 64 unidades de informação, emergindo cinco categorias.

Ao finalizar a análise do grupo ANC, passou-se a analisar as vivências e a importância da disciplina no grupo AJC de forma semelhante, partindo-se das categorias preestabelecidas emergidas no primeiro grupo analisado, encontrando-se 352 unidades de informação referentes às vivências e 88 quanto à importância da disciplina, posteriormente submetidas à categorização.

RESULTADOS

Os resultados se referem às respostas dos 101 acadêmicos de Enfermagem pesquisados, apresentados em dois grupos nas tabelas a seguir. A Tabela 1 apresenta o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa quanto à faixa etária; a Tabela 2

as categorias que emergiram em relação às expectativas e às vivências dos acadêmicos de Enfermagem em relação à disciplina de CC; a Tabela 3 refere-se às categorias que expressam a importância atribuída pelos acadêmicos à disciplina de CC. Cabe ressaltar que 100,0% dos acadêmicos de Enfermagem pesquisados consideraram a disciplina de Centro Cirúrgico importante.

Tabela 1 - Perfil dos acadêmicos de Enfermagem da instituição de ensino superior do RS que participaram da pesquisa sobre expectativas *versus* vivências em relação à disciplina de Centro Cirúrgico. Lajeado (RS), primeiro semestre de 2010

Faixa Etária	Acadêmicos que NÃO cursaram CC (ANC)		Acadêmicos que JÁ cursaram CC (AJC)	
	número	percentagem	número	percentagem
De 17 a 22 anos	34	62,9%	15	31,9%
De 23 a 28 anos	15	27,8%	21	44,7%
De 29 a 34 anos	02	3,7%	06	12,8%
De 35 a 39 anos	-	-	02	4,2%
40 anos ou mais	01	1,9%	03	6,4%
Não divulgou	02	3,7%	-	-
Total	54	100,0%	47	100,0%

Tabela 2 - Categorias finais emergidas sobre expectativas e vivências dos acadêmicos de Enfermagem da instituição de ensino superior do RS em relação à disciplina de Centro Cirúrgico. Lajeado (RS), primeiro semestre de 2010

Categorias Finais	Acadêmicos que NÃO cursaram CC (ANC)		Acadêmicos que JÁ cursaram CC (AJC)		Total Unidade de Significação	
	número	perc.	número	perc.	número	perc.
Familiarização do Bloco Cirúrgico	79	34,6%	161	46,7%	240	41,9%
Capacitação Profissional	91	39,9%	104	30,1%	195	34,0%
Valorização da Disciplina	44	19,3%	70	20,3%	114	19,9%
Ética	09	3,9%	03	0,9%	12	2,1%
Área Complexa	05	2,3%	07	2,0%	12	2,1%
Total	228	100,0%	345	100,0%	573	100,0%

Tabela 3 - Categorias que expressam a importância atribuída pelos acadêmicos de Enfermagem da instituição de ensino superior do RS à disciplina de Centro Cirúrgico. Lajeado (RS), primeiro semestre de 2010

Categorias	Acadêmicos que NÃO cursaram CC (ANC)		Acadêmicos que JÁ cursaram CC (AJC)		Unidade de Significação	
	número	perc.	número	perc.	número	perc.
Importante	19	30,1%	48	55,2%	67	44,7%
Preparo Profissional	18	28,6%	27	31,1%	45	30%
Cotidiano do Enfermeiro	10	15,9%	4	4,6%	14	9,3%
Área de Atuação do Enfermeiro	8	12,7%	5	3,4%	13	8,6%
Prática Diferenciada	8	12,7%	3	5,7%	11	7,4%
Total	63	100,0%	87	100,0%	150	100,0%

DISCUSSÃO

Observa-se, na Tabela 1, o perfil da amostra constituído pela maioria de acadêmicos jovens, oscilando na faixa etária entre 17 e 28 anos, sendo maior a incidência dos acadêmicos que não cursaram a disciplina de CC (ANC) entre 17 e 22 anos e dos acadêmicos que já cursaram CC (AJC) entre 23 e 28 anos. Este perfil é característico de amostras formadas por acadêmicos de graduação.⁹ Constatam-se cada vez mais acadêmicos jovens ingressando na faculdade, muitos ainda na adolescência, portanto, em pleno momento de amadurecimento e transformações.¹⁵⁻¹⁶

Expectativas e vivências dos acadêmicos de Enfermagem em relação à disciplina de Centro Cirúrgico

Em relação às Expectativas e vivências dos acadêmicos sobre a disciplina de CC (Tabela 2), constata-se a categoria **Familiarização do Bloco Cirúrgico** (BC) a mais valorizada pelos acadêmicos pesquisados. Nesta categoria, os AJC valorizaram as vivências onde estiveram acompanhando diversas cirurgias, tais como: cardíaca, cesariana, neurológica e videocirurgia, permitindo contato com o ambiente, os equipamentos, os materiais e os procedimentos. Todas as etapas

que ocorrem no transoperatório foram citadas, como: montagem e desmontagem das salas de operações, escovação das mãos, indução anestésica e avaliação pós-anestésica, instrumentação cirúrgica, ocorrências durante a cirurgia, conhecimento do campo cirúrgico, cuidado ao paciente no perioperatório e registros no prontuário. Além disso, os acadêmicos valorizaram as vivências que permitiram conhecer a área física e o funcionamento do CC, sua dinâmica, estrutura e organização, bem como a escala cirúrgica com nomenclatura específica, protocolos, rotinas de Enfermagem, recursos humanos, agilidade dos profissionais, conduta pré-operatória e limpeza das salas cirúrgicas. Algumas unidades de significação expressam essa categoria, tais como:

“Penso que é uma disciplina fundamental na formação acadêmica, pois conseguimos ter uma visão mais ampla de como funcionam os equipamentos, como tudo acontece, porque é desta forma, enfim, conseguimos ver vários procedimentos como: diversas cirurgias, esterilização dos materiais e equipamentos” (AJC 29).

“[...] ter o conhecimento do campo cirúrgico, não fazia ideia de como funcionava o Bloco Cirúrgico, ter acompanhado cirurgias, ter conhecido a instrumentação cirúrgica, a esterilização dos materiais e a função do enfermeiro dentro do bloco (AJC 33).

“Conhecimento do Centro de Esterilização, participação na montagem e desmontagem da sala, conhecimento do processo pré, intra e pós-operatório, sala de recuperação” (AJC 23).

Identificou-se que as expectativas dos ANC são as mesmas das vivências relatadas pelos AJC, como expressam estas unidades de significados:

“Aprender rotinas e necessidades do CC, sua estrutura, cuidados com paciente pré e pós, coordenação do CC, material/instrumental” (ANC 43).

“Espero na disciplina de Centro Cirúrgico poder aprender ao máximo quanto ao funcionamento, rotina, instrumentação e equipe técnica do Centro Cirúrgico” (ANC 35).

A assistência de Enfermagem perioperatória é considerada um processo específico da atenção prestada ao paciente;³ por isso, torna-se importante a familiarização do acadêmico de Enfermagem com esta área de conhecimento. "O enfermeiro é o profissional habilitado para gerenciar o ato anestésico-cirúrgico em todas as suas etapas";⁸ portanto, este profissional deve ser qualificado, desenvolvendo atividades no CC com domínio e competência.^{12,17} A familiarização do acadêmico com o CC permite colocá-lo frente a situações que acontecerão no ambiente de trabalho, criando oportunidades para seu desenvolvimento e aprimoramento.¹⁷

A Capacitação Profissional foi a segunda categoria com mais unidades de significados expressa pelos acadêmicos. Nesta, os ANC relatam expectativa em relação a serem capacitados para a assistência, desejam saber atuar, monitorar, prestar atendimento ao paciente e executar cuidados específicos. A prática é apontada com grande expectativa entre os ANC, pois os mesmos desejam adquirir experiência, agilidade, executar técnicas, participar de cirurgias e ficar aptos para trabalhar. Este grupo gostaria, ainda, de ser capacitado no papel e na função de enfermeiro, aprimorando-se profissionalmente. Manifestaram vontade de serem capacitados através do embasamento teórico e prático sobre Centro de Material e Esterilização (CME), controle de infecção e sala de Recuperação Anestésica (RA). A seguir, apresentam-se três unidades de significação de ANC, que representam esta categoria.

"Enfermeiro é indispensável em um CC. Precisamos receber qualificação para tal" (ANC 43).

"A minha expectativa é de conhecer o ambiente cirúrgico, os procedimentos que o profissional pode exercer neste ambiente, as técnicas utilizadas, esterilização de materiais, preparo do paciente para um procedimento, etc" (ANC 14).

"Ter um bom embasamento prático e

teórico da disciplina. Para realizar uma boa prática" (ANC 33).

O grupo dos AJC relatou vivências referentes à Capacitação Profissional, tendo adquirido conhecimento pelo embasamento teórico e prático, com aprendizado sobre o CME (lavagem, processamento, esterilização, dispensação do material), cuidados e intercorrências da RA, risco de contaminação, assistência humanizada, responsabilidade do papel e função do enfermeiro.

Quando o AJC 41 foi questionado sobre o que achou mais importante nesta disciplina, respondeu:

"Tudo, é um campo da enfermagem diferenciado que me encantou; compreender todo o funcionamento do CME e BC, a organização, os métodos de esterilização, nomenclatura, termos cirúrgicos, enfim, tudo apresentado na cadeira considero de suma importância" (AJC 41).

Outro acadêmico, ao responder esta mesma pergunta, disse:

"O conhecimento do centro cirúrgico, em relação à estrutura física, materiais, recursos humanos, rotinas, lavagem e processamento dos materiais; papel do enfermeiro no CC, responsabilidades" (AJC 30).

A dinâmica de trabalho do CC deve contar com profissionais qualificados em condições de enfrentar as exigências que este setor impõe, levando em conta sempre o bem-estar do paciente e da equipe profissional.^{6,9,10,18} Para promover uma assistência qualificada é necessário ter profissionais capacitados; para que isto ocorra, é necessário investir na formação do futuro enfermeiro, para que este atenda às exigências do mercado de trabalho.^{12,17} O bom preparo durante a graduação propicia ao enfermeiro de CC uma melhor atuação profissional, permitindo conquistar seu espaço e, conseqüentemente, reconhecimento e valorização.¹²

Na categoria Valorização da Disciplina, o

grupo dos ANC relatou ter expectativas em relação à disciplina de CC, por ser um campo com muitas novidades; eles a julgam muito importante, interessante e têm curiosidade, por isso, querem aproveitar tudo ao máximo. O ANC 12 diz: *"As minhas expectativas são muito boas, pois acho muito interessante esta parte do currículo"* e o ANC 24 também valoriza a disciplina, ao dizer: *"Deve ser mais uma disciplina muito importante para o currículo, podendo aproveitar ao máximo e ter uma boa base para nosso aprendizado"*. O grupo AJC valorizou a disciplina, relatando que tiveram momentos intensos de aprendizado teórico, aulas proveitosas, forma de avaliação muito boa, professora que soube explicar e mostrou conhecimento teórico-prático; avaliaram como uma disciplina fundamental na formação acadêmica; adoraram cursar a disciplina e aprenderam a apresentar trabalhos em grupos.

Os alunos valorizaram o estágio, referindo um bom aproveitamento, vivenciando momentos marcantes, tanto na teoria, quanto na prática, destacando que os procedimentos requerem extrema atenção, visão diferenciada e comprometimento dos profissionais. Avaliam como um campo diferenciado, atraente, valorizando tudo e destacando sua importância, onde um simples detalhe faz muita diferença. A disciplina conseguiu mostrar ao acadêmico que um hospital possui muitas responsabilidades ao ter um CC. Valorizaram e destacaram como um momento muito importante para o aprendizado a viagem que fizeram para Porto Alegre, a fim de conhecer um CME e um BC de referência no estado. Manifestaram que as expectativas em relação à disciplina foram superadas.

"Olha essa disciplina de fato é muito importante por um todo, pois no currículo é a única direcionada a Centro Cirúrgico em específico, e temos que dar ênfase que na nossa profissão iremos nos deparar com o pré e o pós-operatório" (AJC 7).

"Na disciplina de Centro Cirúrgico pude vivenciar momentos que ficaram marcados, tanto na teoria quanto na

prática. Aprendi muito, gostei muito. Interessante é que aprendi não somente tudo o que envolve a disciplina de CC, mas como apresentar um trabalho, às vezes, até ter raciocínios lógicos do conteúdo” (AJC 38).

Entender como ocorre o ensino da assistência de Enfermagem perioperatória nos cursos de graduação envolve compreender a disciplina de CC e o perfil do docente responsável; por isso, os cursos de Enfermagem devem contemplar a disciplina de CC no seu currículo³ Adequar ou reformular o currículo atendendo às exigências do mercado de trabalho é uma necessidade premente; por ser o CC uma área importante no hospital, exige profissionais enfermeiros com habilidades e conhecimentos técnico-científicos, capazes de prover um bom gerenciamento da unidade e uma importante assistência ao paciente.^{3,5}

O cenário atual de mudanças e avanços tecnológico-científicos, a globalização, as mutações no mundo de trabalho, com uma sociedade baseada no conhecimento e na informação, impõe um processo de ensino que proporcione recursos, infraestrutura, oportunidades e rumos definidos para formar profissionais competentes com autonomia e responsabilidade, capazes de ingressar na área de trabalho e atuar no CC.^{3,12,17}

Ainda na Tabela 2, observa-se a categoria **Ética** emergida no grupo dos ANC como expectativa em aprender aspectos éticos em relação ao enfermeiro, quanto à postura, como proceder, ao comportamento, à ética em geral e aos cuidados que se deve ter para não ocorrer erros dentro do CC, conforme diz ANC 12: *“Como se portar em uma situação destas, e o que pode e o que o enfermeiro não pode dentro do Centro”*.

O grupo AJC enfocou a Ética e também a legislação, relatando aprendizado sobre legislação do CC e a Resolução da Diretoria Colegiada, como diz AJC 15: *“[...] necessidade do enfermeiro exercer sua profissão respaldado na legalidade [...] legislação/RDC [...]”*.

Autoras,¹⁷ ao discutirem a formação do futuro Enfermeiro de CC, apontam como problema “a escassez de profissionais comprometidos com a qualidade de enfermagem prestada” ao que remete a uma reflexão de “como serão os profissionais que futuramente atuarão nestes setores”; por isso, as autoras acreditam que deve se investir nas potencialidades do graduando, focando na educação como meio de crescimento e aperfeiçoamento dos futuros profissionais, pois somente desta forma se alcançará a qualidade a assistência.¹⁷

Na categoria Área Complexa, as expectativas dos ANC são em relação à complexidade do setor e, por ser uma área desconhecida, manifestaram medo e ansiedade, como diz ANC 18: *“Conhecer um ambiente tão complexo e curioso, desconhecido no ponto de vista como enfermeira (futura). Acho que o CC por responsabilidade de enfermeiro requer principalmente organização”*.

Os AJC reconhecem que o CC é uma área complexa; entretanto, tiveram a oportunidade de compreender a complexidade desta unidade, conhecer a tecnologia avançada, conviver em um setor restrito, crítico, ou seja, um ambiente de trabalho diferente dos demais: *“[...]pude compreender o quão complexa é esta unidade [...]” (AJC 1).*

Apesar dos alunos referirem sentimentos de medo e ansiedade diante do CC, pelo fato deste ser um ambiente desconhecido e especializado, estes sentimentos são considerados comuns ao entrar em contato com o desconhecido, principalmente quando se tem pouco embasamento técnico-científico, gerando ao acadêmico tensão e ansiedade.⁹

A opinião dos acadêmicos vem ao encontro ao que diz a literatura, pois vários autores apontam o CC como uma área complexa^{6-10,17} com seus próprios rituais, mitos e “deuses”.¹¹ com características de assistência especializada, considerado um dos setores mais complexos do hospital,^{6-9,17} que fornece um conjunto de elementos destinados às atividades

cirúrgicas.^{8-9,17}

Importância atribuída pelos acadêmicos de Enfermagem à disciplina de Centro Cirúrgico

Independente do grupo pesquisado, 100,0% dos acadêmicos classificam a disciplina de CC como Importante. Ambos os grupos têm a mesma opinião, definindo-a como uma prática diferenciada que fornece conhecimento complexo e específico, lidando com o desconhecido e o invisível, sendo uma área de atuação onde o acadêmico poderá trabalhar futuramente como enfermeiro.

Em relação às categorias que expressam a importância atribuída pelos acadêmicos de Enfermagem à disciplina de CC (Tabela 3), percebe-se que tanto os AJC quanto os ANC valorizam muito esta disciplina e ambos acreditam que ela deva fazer parte do currículo, por ser importante para o Preparo Profissional do enfermeiro e por proporcionar conhecimentos indispensáveis, capacitando para o mercado de trabalho. Acreditam que todos devem ter a oportunidade de cursá-la por ser relevante, permitindo contato direto com o CC, experiência e aprendizado único, indispensável, fundamental para a formação. Os dois grupos acreditam que a carga horária desta disciplina deveria ser maior.

A categoria denominada Cotidiano do Enfermeiro destaca como importante o conhecimento propiciado pelo fato de ser esta disciplina aplicada na rotina do enfermeiro, ao prestar assistência aos pacientes cirúrgicos. Os acadêmicos afirmam que o CC deve ser de responsabilidade do enfermeiro e, por isso, deve estar capacitado para atuar nesta área. Alguns recortes apresentados a seguir evidenciam a importância atribuída pelos acadêmicos à disciplina de CC:

“Porque só tendo essa disciplina pode-se esperar que um estudante do curso de enfermagem possa ter ideia do que é estar em Centro Cirúrgico, quais as procedências que se deve tomar e como ele deve agir” (ANC 28).

“De suma importância, pois muitos acadêmicos podem ter o conhecimento e a vivência de como uma cirurgia é feita e como vou cuidar no pós-operatório desse paciente. Tendo a prática consigo associar a teoria” (ANC 36).

“Muito importante, muito necessária para que possamos ter ao menos o mínimo necessário de informação para se compreender a complexidade de um bloco cirúrgico” (AJC 37).

“Acredito ser esta disciplina de extrema importância, pois ela nos prepara para o mercado de trabalho, acrescenta conhecimentos indispensáveis para a formação de um profissional enfermeiro qualificado” (AJC 3).

Pode-se entender o acadêmico de Enfermagem “[...] como um ser humano que fez uma opção de vida de cuidar e ajudar outros seres humanos [...] conviver com limitações e encontrar um significado nessa experiência [...]”.¹⁹

As concepções dos acadêmicos frente à futura profissão são resultado de suas vivências durante a graduação; no entanto, “[...] pode-se afirmar que o ensino desempenha um papel decisivo na construção dessas concepções, devendo, desde cedo, aproximar os alunos da realidade da prática profissional”.²⁰

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer as expectativas e as vivências dos acadêmicos de Enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior do RS sobre a disciplina de Centro Cirúrgico.

Os acadêmicos que ainda não haviam cursado a disciplina tinham a expectativa de aprender, desafiar seus medos, conhecer a realidade do CC, os processos necessários para que uma cirurgia ocorra com êxito, bem como o papel e a função do Enfermeiro. As vivências dos acadêmicos que já haviam cursado a disciplina permitiram conhecer a dinâmica, a estrutura e o funcionamento de um setor

considerado crítico e complexo, possibilitando a oportunidade de compreender a responsabilidade do Enfermeiro no processo de trabalho e da equipe em geral. Os acadêmicos, pertencentes a ambos os grupos pesquisados, acreditam que esta disciplina os prepare para enfrentar e atuar no mercado de trabalho.

Um aspecto relevante constatado nesta pesquisa foi que os acadêmicos pesquisados, independente do grupo ao qual pertenciam, foram unânimes em reconhecer a importância da disciplina de Centro Cirúrgico para sua formação profissional. Os resultados encontrados vêm reforçar a necessidade de rediscutir a inserção da disciplina de Centro Cirúrgico como indispensável na grade curricular nos cursos de graduação em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):570-5.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília; 2001.
3. Avelar MCQ, Silva A. Assistência de enfermagem perioperatória: ensino em cursos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1):46-52.
4. Souza PNP, Silva EB. Como entender e aplicar a nova LDB Lei n. 9.394/96. São Paulo: Pioneira; 1997.
5. De Paoli M, Caregnato RCA, Milão LF. Repensar a disciplina de centro cirúrgico na formação do enfermeiro. Nursing (São Paulo). 2007;106(9):136-41.
6. Caregnato RCA. Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia: um estudo de caso [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do

Sul; 2002.

7. Possari JF. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 2ª ed. São Paulo: Iatria; 2004.
8. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
9. Oki SS, Carvalho R. Sentimentos de alunos de graduação frente à disciplina enfermagem em centro cirúrgico. Rev SOBECC. 2009;14(2):41-6.
10. Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):464-71.
11. Krahl M. Prazer e sofrimento: cotidiano do enfermeiro no centro cirúrgico. Passo Fundo: UPF; 2001.
12. Bianchi ERF, Leite RCBO. O enfermeiro de centro cirúrgico e suas perspectivas futuras: uma reflexão. Rev SOBECC. 2006;11(1):24-7.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
15. Espiridião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(3):332-40.
16. Caregnato RCA. A questão ético-moral na formação dos enfermeiros e médicos: efeitos de sentidos nos discursos docentes [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
17. Bronzatti JAG, Ponteli SRC, Ferretti

HH. Investindo na formação do futuro enfermeiro do bloco operatório. Rev SOBECC. 2008;13(4):24-9.

18. Caregnato RCA, Lautert L. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. Rev Bras Enferm. 2005;58(5):545-50.

19. Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Rev Lat-Am Enferm. 2004;12(4):636-42.

20. Rosa RB, Lima MADS. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o

que é ser enfermeiro. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):125-30.

* Artigo produzido como Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da UNIVATES, 1º semestre de 2010.

ANEXO A - Instrumento de Pesquisa - Curso Graduação de Enfermagem

1. CARACTERIZAÇÃO:

Idade: Semestre:

Cursou a disciplina de CC? () Sim () Não

1. Caso tenha respondido **SIM** preencha as perguntas do campo **2**, caso resposta tenha sido **NÃO** preencha as perguntas do campo **3**.

2. Caso tenha respondido que “**SIM**” na pergunta 1

- a) Quais foram suas **VIVÊNCIAS** na disciplina de Centro Cirúrgico?
- b) O que você achou de importante nesta disciplina?
- c) Relate um fato que tenha lhe marcado durante esta disciplina?

3. Caso tenha respondido que “**NÃO**” na pergunta 1

- a) relate quais são suas **EXPECTATIVAS** sobre a disciplina de Centro Cirúrgico?
- b) O que você acha importante aprender nesta disciplina?

4. Você acha necessário ter a disciplina de CC na grade curricular do curso de Enfermagem?

() Sim () Não

Justifique sua resposta:

AUTORAS

Suani Ferreira Borghetti

Enfermeira Graduada pela Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (UNIVATES)-Lajeado (RS), Enfermeira do Hospital de Estrela (RS).

Rita Catalina Aquino Caregnato

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Educação, Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem da UNIVATES-Lajeado (RS) e da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), em Canoas (RS).

HIPOTERMIA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CESÁREA

HYPOTHERMIA IN PATIENTS UNDERGOING CESAREAN SECTION

HIPOTERMIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CESÁREA

Mônica Rodrigues dos Santos * Silvia Helena Castro da Silva * Vanessa de Brito Poveda

RESUMO: Objetivou-se analisar a temperatura corpórea de pacientes submetidas a cesarianas, bem como suas variáveis clínicas e demográficas. Para tanto, realizou-se um estudo observacional e quantitativo, em um hospital de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Os resultados evidenciaram que a média da temperatura corporal das pacientes esteve entre 36,5 a 36,6°C durante o procedimento anestésico-cirúrgico, que teve duração média de 58,5 minutos. Na admissão na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, 16 (72,7%) pacientes estavam normotérmicas e seis (27,3%) com hipotermia leve (temperatura timpânica menor que 36°C). O tempo máximo de estadia na recuperação foi de 150 minutos, com média de 80 minutos. Conclui-se que, em sua maioria, as pacientes submetidas a cirurgias de curta duração sob raqui-anestesia se mantiveram normotérmicas no transcorrer do procedimento anestésico-cirúrgico e durante sua permanência na recuperação.

Palavras-chave: Cesárea; Hipotermia; Assistência perioperatória; Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to examine the body temperature of patients undergoing cesarean section, as well as their demographic and clinical variables. To this end, we carried out a quantitative study, an observational medium-sized hospital in the state of Sao Paulo. The results showed that the average body temperature of patients ranged from 36.5°C to 36.6°C during the anesthetic-surgical procedure that lasted an average of 58.5 minutes. In the admission into the Post-Anesthesia 16 (72.7%) patients were

normothermic and six (27.2%) were with mild hypothermia (tympanic temperature lower than 36°C). The maximum stay in the recovery was 150 minutes, averaging 80 minutes. We conclude that, in the majority, undergone patients of short duration surgery under spinal anesthesia were maintained normothermic during the course of anesthetic-surgical procedure and post-anesthesia recovery.

Key words: Cesarean Section; Hypothermia; Perioperative care; Nursing.

RESUMEN: El objetivo fue examinar la temperatura corporal de pacientes sometidas a cesárea, así como sus variables demográficas y clínicas. Para ello, se realizó un estudio observacional y cuantitativo en un hospital de tamaño mediano en el estado de Sao Paulo. Los resultados evidenciaron que el promedio de la temperatura corpórea de los pacientes osciló entre 36,5 °C a 36,6 °C durante el procedimiento anestésico-quirúrgico que duró un en media 58,5 minutos. En la admisión en la Sala Post-anestésica 16 (72,7% pacientes) estaban normotérmicos y seis (27,3%) con hipotermia liviana (temperatura timpánica inferior a 36°C). La estancia máxima en la recuperación fue de 150 minutos, con un promedio de 80 minutos. Se concluye que en su mayoría, los pacientes sometidos a cirugía de corta duración, bajo anestesia espinal se mantuvieron normotérmicos en el transcurso de del procedimiento anestésico quirúrgico y periodo de recuperación de la anestesia.

Palabras-clave: Cesárea; Hipotermia; Atención Peri operatoria; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A hipotermia é observada com frequência no transcurso do procedimento anestésico-cirúrgico.¹ Pode ser entendida como a temperatura abaixo de 36°C e consiste em um desafio constante ao enfermeiro perioperatório, dadas as importantes repercussões fisiológicas, como aumento do sangramento, eventos cardíacos, entre outros.²

Didaticamente, o desenvolvimento da hipotermia acontece em três fases: a fase de redistribuição, onde ocorre uma rápida troca de calor do centro para a periferia corporal, com queda da temperatura de aproximadamente 1,6°C na primeira hora de anestesia; a seguir a temperatura tende a atingir uma fase de decréscimo linear, já que as perdas superam a produção metabólica de calor; até que finalmente atinge-se um platô térmico, após três a cinco horas de anestesia.²⁻³

O quadro descrito acima é marcante nos pacientes submetidos à anestesia geral, entretanto, os pacientes submetidos às anestésias regionais (epidural e raquideana) desenvolvem a hipotermia e reagem aos seus efeitos de maneira diferenciada.

Da mesma forma que na anestesia geral, a redistribuição de calor é a maior causa inicial de hipotermia entre estes pacientes.

O bloqueio induzido pela anestesia regional nos nervos parassimpáticos e motores previne a vasoconstrição e a presença de calafrios, que são os mecanismos pelos quais o corpo tende a preservar e a pro-

duzir calor, respectivamente.^{3,4}

Assim, a redistribuição de calor está, geralmente, restrita aos membros inferiores do paciente nas anestésias regionais; contudo, a massa corporal das pernas excede a dos braços e causa hipotermia com aproximadamente a mesma magnitude daquela causada na anestesia geral.^{3,4}

Portanto, percebe-se que a hipotermia é comum nas anestésias regionais, tanto quanto nas gerais.

Contudo, frequentemente, não é detectada, pois não é rotineiramente verificada pelos membros da equipe.⁵

Dessa forma, a hipotermia durante a anestesia trata-se do distúrbio térmico mais comum, resultante de uma combinação de alterações da termorregulação induzidas pela anestesia, pela exposição ao ambiente frio e por fatores cirúrgicos, que levam à perda excessiva de calor.⁶

Aliado a isso, ressalta-se também o desconforto térmico pela baixa temperatura em Sala Operatória (SO), que pode ser constatado pelos sinais presentes nos pacientes na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), sendo que a queda da temperatura corporal, geralmente vem acompanhada por calafrios.⁷

Diante dessa constatação, propõe-se o presente estudo a analisar as alterações de temperatura apresentadas por mulheres submetidas a parto cesárea, sob anestesia regional.

OBJETIVOS

- Analisar a temperatura corporal de pacientes submetidas à cesariana;
- Descrever o comportamento da temperatura corporal de mulheres submetidas ao parto cesárea, bem como suas variáveis demográficas e clínicas;
- Verificar a incidência e a duração de hi-

potermia no pós-operatório de mulheres submetidas à cesariana.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, não experimental, do tipo observacional, com análise quantitativa dos dados.

Esse estudo foi realizado em um hospital de médio porte no Interior de São Paulo, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui um Centro Cirúrgico (CC) composto por seis SO e uma SRPA que acomoda até 20 pacientes.

Foram avaliadas pacientes submetidas à cesariana eletiva e não eletiva com idade igual ou superior a 18 anos, tendo como critérios de exclusão:

- pacientes com hipertermia (temperatura corporal maior de 38°C);
- pacientes portadoras de transtornos psiquiátricos ou doenças mentais;
- pacientes que não aceitaram participar da pesquisa e/ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As pacientes foram admitidas na SO pela equipe de Enfermagem e abordadas pelas pesquisadoras quanto à autorização para participação na pesquisa; receberam informações quanto aos objetivos da mesma, que sua participação ou recusa não seria acompanhada de nenhum tipo de ônus e poderiam, a qualquer momento, desistirem do estudo sem sofrer nenhum tipo de sanção, assinando a seguir o TCLE.

A partir daí, utilizou-se o instrumento de coleta de dados previamente validado do estudo de Poveda (2008),⁸ contendo dados referentes às variáveis demográficas das pacientes, dados relacionados à temperatura corporal e medidas de aquecimento implantadas no intraoperatório e no pós-operatório imediato.

Além destas informações, foram colhidos dados específicos sobre a gestação, como tempo gestacional e presença de anormalidades ou intercorrências durante o pré-natal.

A temperatura foi aferida por meio de um termômetro timpânico digital marca G. Tech (modelo IR1DB1), durante três momentos do procedimento anestésico-cirúrgico (na indução da anestesia, após o nascimento fetal e ao término da cirurgia).

Ao final do procedimento cirúrgico, as pacientes eram encaminhadas para a SRPA, com lençol de algodão e com cobertor de lã acrílica de aproximadamente 1,80m X 1,50m, e iniciou-se a aferição de temperatura central com termômetro timpânico a cada 10 minutos, até que a temperatura atingisse 36°C.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (CEP-FATEA) em fevereiro de 2010, sob número de protocolo 04/2010.

RESULTADOS

Foram incluídas na amostra 22 mulheres submetidas a cesarianas eletivas e não eletivas, que atendiam aos critérios de inclusão e foram operadas entre novembro e dezembro de 2009 e janeiro de 2010, período proposto para coleta de dados.

Entre as pacientes investigadas, 81,8% são brancas; 68,2% pertenciam à faixa etária entre 20 a 30 anos; 77,3% tinham segundo grau completo e 13,6% eram tabagistas (Tabela 1).

Foram indicações de cesariana eletiva 59,1% das cirurgias e 81,8% foram classificadas como ASA 1, sendo todas realizadas sob anestesia raquideana (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis categóricas das 22 pacientes investigadas, Guaratinguetá - 2010

Variáveis	número	percentagem
Gênero:		
Feminino	22	100,0%
Raça:		
Branca	18	81,8%
Parda	03	13,6%
Amarela	01	4,5%
Idade:		
19 anos	02	9,1%
20 a 30 anos	15	68,2%
31 a 40 anos	05	22,7%
Grau de escolaridade:		
Nível médio	17	77,3%
Superior Completo	05	22,7%
Agressões à saúde:		
Tabagismo	03	13,6%
Etilismo	02	9,1%
Nenhum	17	77,3%
Diagnóstico:		
Cesariana sem anormalidades	13	59,1%
Hiperatividade fetal	01	4,5%
Distócia Funcional	01	4,5%
Trabalho de Parto	01	4,5%
Gemelar	01	4,5%
Pré-eclampsia	02	9,1%
Sofrimento fetal	03	13,6%
Risco Cirúrgico:		
ASA I	18	81,8%
ASA II	02	9,1%

Conforme se verifica no Quadro 1, a média da temperatura corporal das pacientes esteve entre 36,5 e 36,6°C durante o procedimento anestésico-cirúrgico, que teve duração média de 58,5 minutos; portanto, se apresentavam normotérmicas. Ressalta-se que a temperatura da SO manteve-se entre 18 e 19°C e apenas duas pacientes (9,1%) apresentaram tremores. No serviço estudado, trabalha-se com a aplicação exclusiva de métodos passivos de aquecimento cutâneo, como cobertores e lençóis de algodão.

Entretanto, na SRPA, a temperatura média das pacientes apresentou ligeiro declínio, chegando a 35,8°C, com a temperatura média ambiental da sala de recuperação

em torno de 19,0°C, o que evidencia a ausência de intervenções de enfermagem consistentes na diminuição da perda da temperatura corporal.

Quadro 1 - Distribuição da temperatura corporal média das pacientes submetidas ao anestésico-cirúrgico, de acordo com o momento do procedimento, Guaratinguetá - 2010

Momento do procedimento anestésico-cirúrgico	Média da temperatura corporal (°C)
Indução da anestesia	36,5°C
Após o nascimento	36,6 °C
Término do procedimento	36,5 °C
Sala de Recuperação Pós-Anestésica	35,8 °C

Na Figura 1 observa-se o comportamento da temperatura das pacientes na SRPA. Pode-se verificar que o tempo máximo de estadia na recuperação pós-anestésica foi de 150 minutos, com média de 80 minutos, sendo que 16 (72,7%) pacientes foram admitidas na SRPA normotérmicas e seis (27,2%) com hipotermia leve (temperatura timpânica menor que 36°C).

A média de temperatura entre os grupos de mulheres submetidas a cesarianas eletivas foi de 36,5°C e entre as cesarianas não eletivas houve temperatura média de 36,2°C.

Relação de Temperatura x Tempo na SRPA

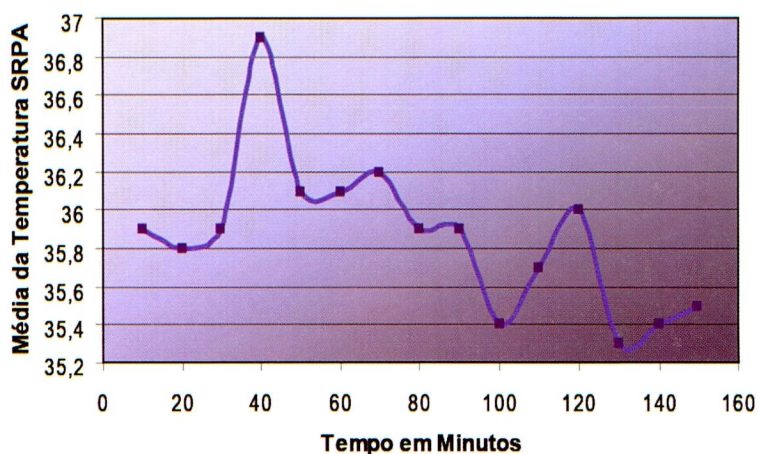


Figura 1 - Correlação da média de temperatura (°C) e do tempo (minutos) de permanência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica das pacientes investigadas, Guaratinguetá - 2010

DISCUSSÃO

Desde a década de 1970, as taxas de indicação de cesariana têm apresentado crescimento acelerado e esta cirurgia é realizada de forma abusiva em vários países.⁹

A cesariana se faz necessária em alguns casos, pois contribui para uma melhor avaliação da gestação e leva a diagnósticos mais precisos, o que pode, eventualmente, contribuir para a elevação dos índices deste tipo de opção cirúrgica.¹⁰

Entre as causas mais frequentes de indicação de parto cirúrgico, figuram o sofrimento fetal intra-uterino, a desproporção céfalo-pélvica, a apresentação pélvica, a hipertensão arterial induzida pela gravidez, a gravidez gemelar ou tripla e a ocorrência de partos anteriores por essa via.¹¹

A hipotermia é um evento comum no perioperatório, que acomete cerca de 60 a 90% dos pacientes submetidos ao procedimento anestésico-cirúrgico; acarreta diversos tipos de complicações relevantes, como aumento de infecções de sítio cirúrgico, elevação da morbidade, necessidade de maior demanda de oxigenação, leva a distúrbios no sistema cardíaco e prejuízos da função plaquetária, por exemplo.¹²⁻¹³

Na amostra estudada, a média de duração dos procedimentos cirúrgicos foi inferior a uma hora e todos foram realizados sob raqui-anestesia. Observou-se que 72,7% das pacientes mantiveram-se normotérmicas no decorrer do procedimento anestésico-cirúrgico e durante a admissão na SRPA.

A hipotermia decorre principalmente da ação dos anestésicos na termorregulação, diminuição do metabolismo e exposição do paciente à temperatura fria da SO.⁶

Além deste aspecto, ressalta-se também o fato da anestesia considerada regional, como é o caso da raqui-anestesia, afetar os controles termorregulatórios centrais, ou seja, o bloqueio nervoso impede as manifestações das defesas termorregulatórias como os tremores, a vasoconstrição ou mesmo a transpiração, já que a condução está prejudicada em mais do que metade da superfície corporal.¹⁴⁻¹⁵

Frequentemente, como no caso da cesárea, por se tratar de cirurgia de curta

duração, a monitorização da temperatura é comumente pouco valorizada.

A diminuição da temperatura corporal ocorre imediatamente após a indução da anestesia geral ou regional, decorrente da redistribuição de calor do compartimento central para o periférico, observando-se, nas intervenções cirúrgicas em que há exposição de cavidades corporais, uma maior perda de calor.¹⁶

Essa perda de calor mais acentuada ocorre principalmente durante a primeira hora do procedimento anestésico-cirúrgico, sendo conhecida como hipotermia de redistribuição.

Ressalta-se que a média da duração das cesáreas neste estudo foi inferior a uma hora, o que contribuiu para a não instalação da hipotermia de redistribuição, mesmo com a exposição da cavidade abdominal e a infusão de líquidos não aquecidos.

Contudo, é sabido que a recuperação da normotermia é mais difícil do que a manutenção da temperatura corporal. Portanto, sugere-se, como medida efetiva nesta prevenção de perda da temperatura corporal, a utilização de medidas de pré-aquecimento e o emprego de métodos ativos de aquecimento cutâneo, como o sistema de ar forçado aquecido, conhecido também em nossa prática como manta térmica.^{5,14}

A *American Society of Perianesthesia Nurses* recomenda, para o tratamento da hipotermia no pós-operatório imediato, a implementação de um sistema ativo de aquecimento cutâneo como, por exemplo, o sistema de ar forçado aquecido, bem como medidas de aquecimento passivo, que incluem uso de lençol de algodão aquecido, meias, gorro e exposição limitada da pele.

Outras medidas como aumentar a temperatura da SRPA, infundir soluções aquecidas, umidificar e aquecer o oxigênio podem ser implementadas. Recomenda-se, também, que a temperatura corporal e o conforto térmico do paciente sejam

mensurados a cada 30 minutos até o estado de normotermia.¹⁷

Evidenciou-se, neste estudo, a necessidade de atuação do enfermeiro perioperatório, de maneira próxima ao cliente em todas as fases da experiência cirúrgica, ao prevenir e recuperar a normotermia, prestando um atendimento de qualidade, com enfoque na segurança e na satisfação do paciente.

CONCLUSÃO

Ao final desta investigação concluiu-se que dentre as 22 mulheres submetidas à cesariana, 18 (81,8%) eram brancas, 15 (68,2%) com idades entre 20 e 30 anos, 17 (77,3%) com nível médio de escolaridade, três (13,6%) tabagistas e a maior parte dos partos (13 ou 59,1%) foram indicações de cesariana eletiva; 18 (81,8%) foram classificadas como ASA I e todas realizadas sob anestesia raquideana.

A média da temperatura corporal das pacientes esteve entre 36,5 a 36,6°C, com aplicação exclusiva de métodos passivos de aquecimento cutâneo, como cobertores e lençóis de algodão durante o procedimento anestésico-cirúrgico, que teve duração média de 58,5 minutos; a temperatura da sala operatória manteve-se em torno de 18 e 19°C.

Na recuperação pós-anestésica, a temperatura corporal média foi de 35,8°C, com temperatura média ambiental em torno de 19,0°C. O tempo máximo de estadia na recuperação foi de 150 minutos, com média de 80 minutos.

Assim, neste estudo percebeu-se que em cirurgias com duração inferior a uma hora, onde espera-se a não instalação da hipotermia de redistribuição, quando não são implementadas medidas de controle da temperatura corporal, a hipotermia pode se instalar, gerando desconforto e repercussões fisiológicas negativas ao cliente cirúrgico. Dessa forma, o enfermeiro perioperatório precisa estar ciente e atento a esta complicação, implementando as melhores intervenções, baseadas nas mais recentes evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Pagnocca ML, Tai EJ, Dwan JL. Controle de temperatura em intervenção cirúrgica abdominal convencional: comparação entre os métodos de aquecimento por condução e condução associada à convecção. *Rev Bras Anesthesiol.* 2009;59(1):56-65.
2. Association of PeriOperative Registered Nurses. Perioperative standards and recommended practices. Denver; 2009. Recommended practices for the prevention of unplanned perioperative hypothermia; p.491-504.
3. Sessler DI. Perioperative heat balance. *Anesthesiol.* 2000;92(2):578-96.
4. Buggy DJ, Crossley AW. Thermoregulation, mild perioperative hypothermia and postanaesthetic shivering. *Br J Anaesth.* 2000;84(5):615-28.
5. Lenhardt R. Monitoring and thermal management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2003;17(4):569-81.
6. Bicalho GP, Castro CHV, Cruvinel MGC, Bessa Junior RC. Sudorese profusa e hipotermia após a administração de morfina por via subaracnóidea. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(1):52-6.
7. Poveda VB, Piccoli M, Galvão CM, Sawada NO. Métodos de prevenção e reaquecimento do paciente para o peri-operatório. *Rev Eletrônica Enferm.* 2005;7(3):266-72.
8. Poveda VB. Hipotermia no período intra-operatório [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
9. Faundes A, Ceccatti JG. A Operação cesárea no Brasil: incidências e tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública.* 1991;7(2):150-73.
10. Oliveira CHS. Monitorização da temperatura. *Rev Bras Anesthesiol.* 1992;42(1):79-84.
11. Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidências de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(2):202-06.
12. Tramontini CC, Graziano KU. Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intra-operatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem. *Rev Lat-Am Enferm.* 2007;15(4):626-31.
13. Gotardo JM, Galvão CM. Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato. *Rev RENE.* 2009;10(2):113-21.
14. Leslie K, Sessler DI. Perioperative hypothermia in the high-risk surgical patient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2003;17(4):485-98.
15. Kurz A. Thermal care in the perioperative period. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2008;22(1):39-62.
16. Bernardis RCG, Silva MP, Gozzani JL, Pagnocca ML, Mathias AST. Uso da manta térmica na prevenção da hipotermia intra-operatória. *Rev Bras Anesthesiol.* 2009;55(4):421-26.
17. American Society of Perianesthesia Nurses. Clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. *J Perianesth Nurs.* 2001;16(5):305-14.

AUTORAS

Mônica Rodrigues dos Santos

Enfermeira, Graduada pela Faculdade Integradas Teresa D'Ávila (FATEA).

Silvia Helena Castro da Silva

Enfermeira, Graduada pela Faculdade Integradas Teresa D'Ávila (FATEA).

Vanessa de Brito Poveda

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (SP), Pós-Doutorado pelo Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da USP, Docente da FATEA.

EDUCAÇÃO CONTINUADA NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: SIGNIFICADOS E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA ENFERMAGEM

CONTINUING EDUCATION IN CENTRAL OF MATERIAL AND STERILISATION: MEANINGS AND DIFFICULTIES FACED BY THE NURSING

EDUCACIÓN CONTINUA EN LA CENTRAL DE MATERIAL Y ESTERILIZACIÓN: SIGNIFICADO Y PROBLEMAS ENFRENTADOS POR LA ENFERMERÍA

Eliane de Sousa Leite • Edineide Nunes da Silva • Edinete Nunes da Silva • Joselito Santos

RESUMO: O estudo objetivou analisar o conhecimento sobre Educação Continuada dos profissionais da Central de Material e Esterilização (CME); compreender, a partir da percepção dos profissionais de enfermagem, o significado de estar adequadamente preparado para atuar na CME e identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Os dados foram coletados mediante entrevista estruturada com os profissionais de enfermagem da CME de um hospital público de Cajazeiras (PB). Como modelo analítico, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Dentre as ideias centrais, destacam-se: despreparo devido à falta de atualização; busca pessoal por informação e qualificação, melhorar os conhecimentos, atualizar-se e prestar um serviço de qualidade. Conclui-se que um novo olhar incida sobre a CME, por ser uma área extremamente nobre, desejável de novos conhecimentos. É preciso um maior compromisso com a qualidade da assistência, incluindo a sensibilização e a competência dos profissionais de saúde e dos gestores.

Palavras-chave: Esterilização; Educação Continuada; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT: The study aimed to analyze the knowledge about Continuing Education of professionals from the Central of Material and Sterilization (CMS); understand, from the perception of nurs-

ing professionals, the meaning of being adequately prepared to act in CMS and identify the difficulties faced by nursing professionals in the development of their activities. Data were collected using structured interview with nursing professionals of CMS of a public hospital in Cajazeiras (PB). As analytical model, the technique of Collective Subject Speech was used. Among the central ideas we highlight: unreadiness due to lack of updating; personal quest for information and qualification, knowledge improvement, update themselves and provide quality service. Concludes that a new look must fall on the CMS, for being an extremely noble area, eager for new knowledge. A greater commitment to the quality of assistance is needed, including the awareness and competence of healthcare professionals and managers.

Key words: Sterilization; Education, Continuing; Nursing, Team.

RESUMEN: El estudio se centró en el conocimiento acerca de la Educación Continua de los profesionales de la Central de Material y Esterilización (CME), entender, a partir de la percepción de las profesionales de enfermería el sentido de estar adecuadamente preparados para participar en la CME y identificar las dificultades que enfrentan en el desarrollo de sus actividades. Los datos fueron colectados a través de la entrevista es-

tructurada con el personal de enfermería de la CME en un hospital público de Cajazeiras (PB). Como modelo de análisis, se utilizó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Entre las ideas centrales, se destacan: falta de preparo debido a la desactualización, falta de búsqueda personal de información y de calificación, mejorar sus conocimientos, actualizarse y ofrecer un servicio de calidad. De ello se deduce que una nueva mirada se vuelva al CME, por ser una área muy noble, ávida de nuevos conocimientos. Se necesita un mayor compromiso con la calidad de la atención, incluida la sensibilización y competencia de los profesionales de la salud y de los gerentes.

Palabras-clave: Esterilización; Educación Continua; Enfermería.

INTRODUÇÃO: REFLEXÕES INICIAIS

O desenvolvimento tecnológico e as rápidas transformações sociais alcançam o mundo do trabalho e impactam os modelos de gestão institucional e o perfil profissional, conduzindo organizações e indivíduos a uma contínua busca de aperfeiçoamento e adequação técnica. Essa mesma perspectiva alcança o campo da saúde, e as razões que governam as mudanças, a cabo das tecnologias, são as mesmas dos outros campos: atender a uma constante modificação em função de

demanda crescente por novos produtos e serviços, novos perfis organizacionais e profissionais.

Dentro dessa nova configuração no mundo do trabalho e no setor saúde, um componente essencial tem sido colocado em evidência e definido aqueles que integrarão essa nova etapa social, que é o educar para o trabalho ou, mais especificamente, capacitar para o exercício profissional. Nessa perspectiva, trata-se de colocar em evidência que um novo modelo requer um novo tipo de compromisso social e institucional, que também requer um novo tipo de compreensão social e de produção em saúde, que possam dar conta de um novo modo de fazer saúde, vislumbrando, na capacidade de seus trabalhadores, uma possibilidade de real execução, em resposta às novas demandas em saúde.

Se mudar é um processo contínuo no atendimento às necessidades humanas, no setor saúde essas necessidades são ainda mais cruciais, e irá exigir novos atores sociais, que são os trabalhadores em saúde, cuja ferramenta principal de trabalho é o conhecimento.

Na era do conhecimento e da informação, as mudanças ocorrem de forma intensa e veloz, e cobram de cada indivíduo o exercício de suas potencialidades e de atividades baseadas na competência. Significa dizer que exercem não mais um papel coadjuvante no processo de prestar assistência à população, ou seja, os trabalhadores da saúde são atores reais que precisam se dar conta da relevância e da posição estratégica de sua presença e participação nesse setor. Em outras palavras, o exercício de potencialidades está na capacidade de adaptar-se às mudanças, modificando contextos institucionais e profissionais, os quais só podem encontrar efeito e repercussão se perseguidos através do processo ensino-aprendizagem. Logo, fala-se de um processo amplo de educação, no setor saúde, de modo aberto e contínuo.

Desse modo, para acompanhar essas mudanças, é necessária a implantação

de ações educativas contínuas que irão fornecer ao trabalhador da saúde novos conhecimentos e habilidades, preparando-o para novas atividades profissionais, com maior profundidade em conhecimentos teóricos e práticos no sentido de exercer a profissão em atendimento às necessidades de mudanças.

Especificamente no campo hospitalar, é perceptível o impacto das novas tecnologias que colocam diante dos profissionais desafios cotidianos, exigindo soluções rápidas e eficazes, sobretudo em um ambiente cujo objetivo principal é prestar melhor assistência às pessoas, no sentido do cuidado, da recuperação e da manutenção da saúde. Dentro das práticas e técnicas hospitalares, um setor crucial, do qual depende a maioria dos procedimentos realizados pelos profissionais, é a Central de Material e Esterilização (CME), órgão vital para as demais atividades do hospital, que exige um corpo técnico capacitado para dar conta das novas demandas tecnológicas que alcançam a CME, local da prática e do resultado do aperfeiçoamento que se tornou possível pela excelência científica dos últimos anos, e que conferiu ao processamento de material, um lugar de destaque.

Mediante essas mudanças, a ciência da esterilização, com o progresso das técnicas cirúrgicas nas últimas décadas do século XX, tornou mais complexas as medidas de segurança em relação ao paciente, particularmente, no que diz respeito aos métodos de esterilização. Os artigos e os equipamentos hospitalares necessários para os procedimentos anestésico-cirúrgicos foram se tornando cada vez mais complexos e sofisticados; com isso, houve, então, a necessidade de um aprimoramento das técnicas de esterilização.¹

A CME passou a exercer um papel ímpar para a qualidade das atividades de toda a equipe de saúde, visto que o artigo a ser usado no paciente precisa estar livre de quaisquer microorganismos, sob todas as formas de vida.² Essa percepção da importância da CME também resulta de uma compreensão mais ampla do próprio

conceito de saúde, na medida em que noções de cuidados mais amplos são incorporados no ambiente de trabalho. É dessa concepção que também toma corpo a necessidade de dar atenção e buscar os meios mais adequados de preservação da saúde, a partir da garantia de materiais livres de contaminação. Por outro lado, significa a disseminação, cada vez mais rápida, de informações que nem sempre alcançam todos os profissionais ligados a essa área, o que indica um novo momento e uma nova realidade para a qual muitos ainda não se deram conta, ou mesmo não se prepararam para conhecê-la e enfrentá-la. Todo esse processo de mudança é um indicativo da necessidade de novas posturas e novos compromissos, que exigirão de muitos profissionais aptidão para essa mesma realidade, traduzida pelas transformações próprias do mundo do trabalho, presente de forma decisiva e inadiável no setor saúde.

Desse modo, as transformações que ocorrem na área da saúde têm trazido aos profissionais dúvidas que nem sempre são esclarecidas com a mesma velocidade com que surgem. No que diz respeito aos profissionais da CME, entende-se que os mesmos não estão alijados desses avanços e, especialmente, com a automação desses serviços, sendo importante que se mantenham informados acerca das contínuas inovações. Na atualidade, muitas alternativas de processamento e reprocessamento de artigos são apresentadas. O profissional para atuar nessa área, necessitará de informações que permitam optar pelo método que ofereça, além de segurança ao trabalhador, maior vida útil ao artigo, preservação ambiental, garantia de qualidade do serviço, que é fator fundamental no processo assistencial.³

Ao mesmo tempo em que ocorrem essas mudanças, é perceptível o modo como alguns gestores tratam de forma secundária a CME, local de suma importância para todos os setores do hospital. É corrente uma noção equivocada e de poucos préstimos ao seu pessoal e à sua formação, de modo que nem sempre atividades e executores formam uma parceria adequada para realizar as atividades inerentes

à CME, por falta de atenção da gestão. Tal contexto pressupõe uma educação ampla que alcance não apenas setores específicos, mas que seja disseminada a partir de seu ponto principal, que é a gestão, de onde devem surgir propostas de melhorias e de aperfeiçoamento baseadas em princípios educacionais.

Mediante o contexto e vivenciando a rotina dos serviços da CME, enquanto enfermeiras, surgiu a preocupação de discutir qual perfil educacional é necessário aos profissionais para esta nova realidade de mudanças, tendo em vista a necessidade de uma melhor compreensão do cotidiano vivido e das ações empreendidas no âmbito da CME.

OBJETIVOS

Diante das indagações acima descritas, o estudo partiu dos seguintes objetivos:

- analisar o conhecimento sobre Educação Continuada dos profissionais da CME;
- compreender, a partir da percepção dos profissionais de enfermagem, o significado de estar adequadamente preparado para atuar na CME;
- identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem no desenvolvimento de suas atividades na CME.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se por um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, que tem por objetivo proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Esta modalidade de investigação permite ao pesquisador ampliar sua experiência, no que concerne a determinado problema.⁴

Realizou-se o estudo em um hospital público do Município de Cajazeiras (PB), no setor da CME. Os atores da investigação foram 12 profissionais de enfermagem: um de nível superior e 11

de nível médio e fundamental II, todos com atuação na CME e que concordaram em participar da pesquisa.

O instrumento utilizado constituiu-se de um questionário estruturado, que pode ser considerado um instrumento usual no trabalho de campo, pelo qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos autores sociais.⁵

O instrumento desta pesquisa contém perguntas objetivas e subjetivas, formuladas com o intuito de alcançar os objetivos do estudo. Encontra-se dividido em duas partes: na primeira, foram abordados os dados sócio-demográficos dos participantes e na segunda, as questões específicas sobre a temática abordada.

Os dados obtidos foram analisados mediante abordagem quanti-qualitativa. Os dados pessoais, de formação e atuação no serviço dos participantes do estudo foram tratados com base na distribuição de frequência e percentual, apresentados em tabelas, e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema em estudo.

Os dados qualitativos foram analisados mediante a técnica de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo – DSC,⁶ a qual consiste num procedimento que envolve tabulação e organização de dados discursivos provenientes dos depoimentos dos participantes, permitindo resgatar a compreensão sobre um determinado tema num dado universo. Esta técnica envolveu os seguintes passos:

1. seleção das expressões-chave de cada discurso particular, sendo elas os segmentos contínuos ou descontínuos do discurso, os quais revelaram a essência do conteúdo discursivo;
2. identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave, o que constituiu a síntese do conteúdo dessas expressões;
3. identificação das ideias centrais semelhantes ou complementares;
4. reunião das expressões-chave relativas

às ideias centrais num discurso sintético, que é o DSC.⁶

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, conforme parecer nº 0100/06. Foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido das participantes da investigação, sendo ressaltado os aspectos inerentes à autonomia, ao sigilo e à confidencialidade dos dados.⁷

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

A CME onde a pesquisa foi realizada é do tipo descentralizada e faz parte de um hospital público de médio porte, situado no Município de Cajazeiras (PB). A maioria dos profissionais que nela atuava eram os mesmos que trabalhavam no Centro Cirúrgico (CC), havendo algumas exceções para os que trabalhavam na área de expurgo e no preparo de material. Nessa unidade atuavam 14 profissionais de saúde, sendo um de nível superior (enfermeiro), que não era exclusivo da CME, pois gerenciava outros setores, e os demais eram de nível técnico (técnicos e auxiliares de enfermagem). A amostra da pesquisa foi composta por 12 profissionais, sendo um enfermeiro e onze técnicos e auxiliares de enfermagem, que se encontravam na faixa etária de 20 a 50 anos.

Os outros dois funcionários que compunham o quadro estavam em licença gestante e de saúde e, portanto, não fizeram parte da amostra do estudo.

A CME unidade deve estar sob a responsabilidade de enfermeiros experientes e capacitados, que realizem a orientação e a supervisão de todas as etapas do processamento de artigos. No contexto onde esta pesquisa foi realizada, verificou-se a presença do enfermeiro, na instituição, realizando atividades de gerenciamento e prestando assistência, sem exclusividade

de setor. Esse fato comprometia as atividades do setor e inviabilizava a garantia da qualidade e a produtividade do serviço.

Tabela 1 - Participantes do estudo, segundo tempo de formação e tempo de atuação na CME, Cajazeiras (PB) – 2009

Variáveis	Número	Porcentagem
Tempo de formação		
01 – 10 anos	04	33,3%
10 – 20 anos	07	58,3%
20 – 30 anos	01	8,4%
Total	12	100,0%
Tempo de atuação na CME		
02 anos	01	8,4%
05 anos	04	33,3%
10 anos	03	25,0%
12 anos ou mais	04	33,3%
Total	12	100,0%

A Tabela 1 evidencia o tempo de formação dos profissionais e o tempo de atuação na CME. Os dados revelam que a maioria (sete ou 58,3%) tinha entre 20 a 30 anos de formação, com tempo de atuação na CME predominante de 5 anos (quatro ou 33,3%) e 12 anos ou mais (quatro ou 33,3%).

Verifica-se que a maioria dos funcionários (sete ou 58,3%) tinha 10 anos ou mais de atuação em CME. A experiência desses profissionais apresenta-se de forma positiva para o serviço.

Entretanto, para que esses funcionários realizem um serviço que atenda às necessidades da instituição, é preciso que os recursos humanos tenham competência técnica, confiança e credibilidade. Devem estar atentos quanto ao planejamento e à organização da CME, ter postura e responsabilidade profissional, espírito de trabalho em equipe, como também estar atento às regras básicas de assepsia e, principalmente, estar envolvidos em programas de educação continuada para adquirir a devida capacitação teórico-prática.³

Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo - DSC

A etapa de análise qualitativa da pesquisa está apresentada a seguir por meio de cinco quadros, sendo os três primeiros referentes ao DSC sobre Educação Continuada e atuação na CME e os últimos acerca das dificuldades e sugestões para melhoria do serviço.

Quadro 1 - Ideia Central e DSC dos profissionais da CME em resposta ao questionamento: “Você já ouviu falar em Educação Continuada?” Cajazeiras (PB) – 2009

IDEIA CENTRAL 1
Melhorar os conhecimentos, atualizar-se e realizar um serviço de qualidade
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<i>Já ouvi falar, mas não com detalhes; sei que é uma forma de melhorar a atuação do profissional para que ele preste uma melhor assistência ao paciente. É um setor que tem como objetivo trabalhar as mudanças com os funcionários no setor atuante. É uma maneira de trabalhar os recursos humanos no contexto diário, para melhor atuarem nas suas funções. É também uma forma para trabalhar as deficiências e dificuldades dos profissionais naquilo que eles fazem e têm dúvidas. É também uma forma de estar sempre atualizando os conhecimentos e práticas dos profissionais para que trabalhem com eficiência. Consiste em algum treinamento para o funcionário melhorar seu desempenho no serviço. É parte fundamental para que o trabalhador da saúde se mantenha sempre atualizado e possa atender ao paciente com uma assistência de qualidade.</i>

Na Ideia Central (Quadro 1), o DSC compreende a Educação Continuada (EC) como uma forma de “Melhorar os conhecimentos, atualizar-se e realizar um serviço de qualidade”. As falas do sujeito demonstram que eles têm certo conhecimento do que seja a EC.

No que tange ao conhecimento dos sujeitos pesquisados sobre a finalidade da EC, entende-se, pelos seus discursos, que eles dizem ser uma educação planejada e direcionada para melhorar a atuação do profissional, atualizá-lo, trabalhar as mudanças; tudo como uma forma de prestação de um serviço de qualidade.

A EC apresenta-se como um conjunto de experiências subseqüentes à formação inicial, que permite ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando-se, assim, como atributo individual.⁸

Outros estudiosos entendem como um processo amplo, que inclui a educação formal e informal, como encontros com os colegas e auto-aprendizagem, objetivando o desenvolvimento pessoal e profissional.

Nesse sentido, a EC é responsabilidade dos serviços e das pessoas, cuja motivação propicia o uso das experiências vividas no trabalho, na família e na sociedade, para se educar continuamente.⁹

Para efetivação da EC, é necessário direcioná-la ao desenvolvimento global de seus integrantes e da profissão, tendo como meta a melhoria da qualidade da assistência. Essa tarefa não se resume a ensinar, pois engloba desenvolver, no profissional de enfermagem, uma consciência crítica e a percepção de que ele é capaz de aprender sempre, por meio da educação, e motivá-lo a buscar na sua vida profissional situações de ensino-aprendizagem.

Nesse contexto, a EC tem como finalidade assegurar a boa qualidade da assistência prestada ao paciente, através de ações qualificadas e sistematizadas, que sejam capazes de fazer com que o profissional se sinta valorizado e motivado, para apresentar um bom desempenho, por meio de suas qualidades profissionais.¹⁰

Esse modelo de educação, baseado no apreender continuamente, surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento.

Atualmente, não basta só “saber”, ou só “fazer”, é preciso “saber-fazer”, interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características a autonomia, a capacidade de aprender, constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa.¹⁰

Quadro 2 - Ideia Central e DSC de profissionais da CME em resposta à pergunta: “Você gostaria de fazer alguma atualização, treinamento ou curso de capacitação?” Cajazeiras (PB) - 2009

IDEIA CENTRAL 1
Conhecer as mudanças e adquirir conhecimentos
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<i>Sim, gostaria, porque quando nós temos muitos anos de formadas, ficamos distantes das coisas novas. Então, fazendo uma capacitação fica mais fácil para acompanhar as mudanças, esclarecer as dúvidas e adquirir um maior conhecimento com pessoas que têm vivência e experiência no serviço. Atualizar-me e melhorar meus conhecimentos teórico-práticos e ter uma maior aproximação com as mudanças. Enfim, para suprir essa necessidade que eu tenho de conhecer as novas tecnologias, gostaria de me atualizar sobre as mudanças e, com isso, aumentar minhas informações sobre o processo de esterilização.</i>

IDEIA CENTRAL 2
Segurança nas ações e prestação de um melhor serviço
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<i>Gostaria de capacitar-me para ficar conhecendo melhor o que faço. Atualizando-me, vou melhorar minha maneira de trabalhar, realizando um melhor serviço e ter mais firmeza nas minhas ações. Um profissional da área de saúde deve sempre se atualizar, inovando seus conhecimentos, pois só dessa forma ele terá segurança nas suas ações e melhoria nas suas práticas. É importante que todos os profissionais se qualifiquem para atualizar seus conhecimentos e, com isso, melhorar sua prestação de serviço.</i>

IDEIA CENTRAL 3
Satisfação pessoal
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<i>É necessário que o profissional se capacite, pois a busca de conhecimento melhora tanto a sua atuação, como aumenta também a satisfação do funcionário. Para melhor desenvolver minhas práticas e também para minha satisfação pessoal, sinto-me mais confiante com aquisição de conhecimentos. Quando nos capacitamos, tanto o paciente é beneficiado, como o profissional, pois se o funcionário estuda, sai da sua rotina e volta renovado de conhecimentos e de satisfação.</i>

A primeira Ideia Central (Quadro 2), apresenta-se com o enunciado “Conhecer as mudanças e adquirir conhecimentos”. No DSC, os profissionais desejam conhecer as mudanças para suprir necessidades de conhecimentos. Essas necessidades têm sido impulsionadas pelo desenvolvimento acelerado da tecnologia, que leva à rápida obsolescência dos serviços e produtos.

Mediante o cenário atual, dentro de uma visão globalizada, a percepção desses profissionais é vista de forma benéfica, pois o mercado de trabalho atual é caracterizado pela competitividade e por incertezas, exigindo, assim, profissionais atuantes e capacitados, o que implica uma formação geral, que deve incluir, não apenas habilidades técnicas, mas, sobretudo, a capacidade de aprender a aprender continuamente.

O profissional deve ter facilidade de adaptação e flexibilidade, as quais embasam a responsabilidade, a autonomia e a criatividade, já que levam à reflexão acerca da importância das relações sociais e asseguram a qualidade dos serviços prestados.¹⁰

Na segunda Ideia Central (Quadro 2), o DSC relaciona a “Segurança nas ações e prestação de um melhor serviço”. Nesse discurso, observa-se um sujeito que vê a atualização e o treinamento como metas para se sentir seguro e prestar uma melhor assistência. A atualização é apontada como necessária para o funcionário alcançar e conhecer as mudanças e se atualizar a respeito de questões que estão diretamente relacionadas com seu trabalho.

O treinamento é um processo educacional aplicado de maneira sistemática e organizado, por meio do qual as pessoas adquirem novos conhecimentos, atitudes, habilidades e segurança nas ações, em função dos objetivos institucionais.

Na CME, o treinamento torna-se uma ferramenta indispensável para a capacitação dos funcionários no trabalho, pois lhes proporciona segurança pela aquisição de hábitos de reflexão e ação, ampliando o nível de qualificação do seu desempenho.¹¹

Na Ideia Central três (Quadro 2), o DSC revela uma necessidade dos profissionais de se capacitar, como uma forma de “Satisfação pessoal”.

Essa necessidade de atualização por parte dos profissionais apresenta-se como um aspecto positivo, pois poderão desenvolver seu potencial, a fim de promover, não só a capacitação técnica específica do trabalho, mas a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, tais como: visão crítica dos problemas, responsabilidade social dentro e fora do trabalho.

Nesse contexto, a EC constitui componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos, por ser o elemento mais importante no funcionamento de qualquer empresa, pública ou privada; deve ser uma forma de análise permanente e de adequação de funções para melhorar a eficiência no trabalho, a competência profissional e o aumento do nível de satisfação pessoal.¹²

Quadro 3 - Ideia Central e DSC dos profissionais da CME em resposta ao questionamento: “Você se sente preparado tecnicamente para atuar em CME?” Cajazeiras (PB) - 2009

IDEIA CENTRAL 1
Despreparo devido à falta de atualização
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p><i>Não. Estou desatualizado e necessito de mais informações; enfim, essa unidade é um lugar de constantes mudanças, e ninguém está totalmente preparado. Aqui aprendemos as práticas com as pessoas mais antigas do setor e não temos certeza se são as mais corretas.</i></p> <p><i>Seria necessário um enfermeiro com conhecimento na área, que nos orientasse e esclarecesse nossas dúvidas, pois sabemos que para trabalhar nessa área é preciso um conhecimento específico do processo de esterilização, além de estar sempre se atualizando sobre as mudanças que acontecem.</i></p>

IDEIA CENTRAL 2
Busca pessoal por informação e qualificação
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p><i>Sim, estou preparada para atuar na CME da minha instituição, porque com todas as dificuldades que enfrentamos, estou sempre lendo e conversando com profissionais que conhecem e têm interesse nessa área; acompanho as mudanças da CME através de congresso, visita a hospital com central organizada, como também fui treinada através de um curso de capacitação sobre práticas seguras em CME. Quando fiz meu curso fui incentivada e orientada da necessidade do profissional estar preparado para esta área, então estou sempre lendo artigos de revistas sobre os processos de mudanças na esterilização. Esforço-me para aprender coisas novas sobre o processo de esterilização: leio sobre o assunto, já fiz um curso sobre a CME, em que apreendi muitas coisas que não fazem parte da nossa CME. Então, para se ter segurança, confiança no que faz, é necessário estar preparado. O profissional tem a obrigação de fazer atualizações e ir buscar informação sobre mudanças que ocorrem na CME. Eu faço o que posso para não ficar para trás com relação às mudanças: leio e procuro sempre saber e conhecer novos equipamentos e novos processos de esterilização, mesmo que não façam parte da minha realidade.</i></p>

Na primeira Ideia Central (Quadro 3), o DSC está relacionado ao “Despreparo devido à falta de atualização”. Tais discursos são motivo de preocupação, pois esse despreparo pode se tornar um fator gerador de insegurança e comprometer a qualidade do serviço. O trabalhador da CME deve sempre estar se atualizando para conhecer as mudanças que ocorrem nos processos de esterilização. Diante dessa realidade, de nada adiantará a CME adquirir produtos e equipamentos que prometem milagres, se esses não forem utilizados por uma equipe de profissionais treinada a respeito da ciência do reprocessamento de artigos. Ressalta-se, ainda, que o despreparo do trabalhador da CME pode implicar em imperícia, negligência e/ou imprudência, no tocante às atividades pertinentes ao serviço, colocando em risco a qualidade do atendimento prestado ao paciente.¹¹

No que se refere à segunda Ideia Central (Quadro 3), verifica-se um sujeito coletivo que vai em “Busca pessoal por informação e qualificação”. Ao analisar esse discurso, observa-se que, para esses profissionais, existe uma necessidade de buscar informação e qualificação acerca de suas necessidades. Esse discurso apresenta uma compreensão segundo a qual a capacitação apresenta-se como subsídio para o crescimento, objetivando a melhoria no processo de trabalho, por meio de busca pessoal por conhecimento, que determina o aprimoramento pessoal, para suprir as necessidades do trabalho e as exigências do avanço tecnológico no mercado de trabalho.

Quadro 4 - Dificuldades encontradas pelos profissionais durante sua atuação na CME, Cajazeiras (PB) - 2009

Quais as maiores dificuldades encontradas por você?	Nº*
• Falta de materiais de consumo e permanente	12
• Estrutura física inadequada	11
• Falta de atualização e capacitação	10
• Excesso de trabalho	10
• CME descentralizada	09
• Falta de enfermeiro	09
• Falta de mudanças e desenvolvimento	06
• Recursos humanos insuficientes	05
• Falta de planejamento	04
Total	76*

*O número de respostas ultrapassa o de sujeitos, pois cada profissional mencionou mais de uma dificuldade.

No Quadro 4 estão relacionadas as dificuldades encontradas nos serviços da CME, mencionadas pelos profissionais entrevistados. Os dados revelam que os profissionais relataram como maiores dificuldades: falta de materiais de consumo e permanente (indicada por todos os profissionais), estrutura física inadequada, falta de atualização e capacitação, bem como excesso de trabalho.

Observa-se nos DSC que as condições de trabalho dos profissionais representam um entrave ao bom desempenho dos mesmos, dentre os quais se pode destacar a necessidade de capacitação e atualização, bem como os recursos materiais necessários para o pronto atendimento da clientela que procura o serviço.

É imprescindível, ainda, que a instituição ofereça condições adequadas de trabalho, para que os profissionais envolvidos com a EC desenvolvam suas atividades de maneira eficiente e contínua. Entretanto, a necessidade de se proporcionar programas de EC que atendam adequadamente

às carências da equipe de enfermagem, bem como o uso eficiente de tecnologias avançadas, tem se tornado um desafio para os enfermeiros dessa área.

Como a enfermagem é exercida por um grupo heterogêneo, começando pelo próprio nível de formação, que varia do elementar ao universitário, é fundamental que se desenvolvam programas educacionais que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços, preparando, dessa forma, profissionais capacitados para darem suas contribuições à sociedade.¹³

Quadro 5 - Sugestões dos profissionais para melhoria do serviço na CME, Cajazeiras (PB) - 2009

Que sugestão você aponta para melhoria do serviço?	Nº*
• Curso de atualização e capacitação profissional	12
• Contratar enfermeiro exclusivo para o setor	10
• Disponibilidade de recursos materiais e equipamentos	10
• CME centralizada	09
• Melhoria das condições de trabalho e salário digno	08
• Melhor organização do serviço	05
• Apoio dos gestores	04
• Melhoria nas relações humanas entre os profissionais	03
Total	61*

*O número de respostas ultrapassa o de sujeitos, pois cada profissional forneceu mais de uma sugestão.

Quanto às sugestões apontadas para melhoria do serviço na CME, os pesquisados foram coerentes com as dificuldades vivenciadas no serviço e apresentaram as que estão citadas no Quadro 5. Diante das sugestões, observa-se uma preocupação frente às dificuldades que acabam por comprometer a qualidade do serviço prestado na CME do referido hospital. Dentre as sugestões apontadas pelos participantes, uma que foi relatada por todos

foi a necessidade urgente de capacitar o quadro de profissionais que executa suas atividades no setor, pois somente por meio de ações de capacitação é que se pode alcançar o que os profissionais tanto almejam, que é o conhecimento.

Os Programas de EC objetivam fornecer ao pessoal de enfermagem novos conhecimentos e habilidades e prepará-los para novas atividades profissionais. A principal forma de manter o desenvolvimento profissional é por meio de programas de EC, sendo esse desenvolvimento considerado um direito do trabalhador da saúde, por ser necessário à manutenção da sua competência e ao desempenho qualificado. Somente dessa maneira é que se pode garantir à sociedade um direito inalienável: a saúde.¹¹

Outra sugestão bastante evidenciada na fala dos participantes foi a necessidade de um enfermeiro para gerenciar a unidade. Toda atividade de enfermagem executada pelos funcionários em uma instituição hospitalar deve estar diretamente sob a supervisão do enfermeiro, cujo papel é de orientador e facilitador no ambiente de trabalho. Sendo assim, o enfermeiro como supervisor, deve orientar e direcionar o profissional, dar subsídios a ele, torná-lo crítico, consciente da importância de estar sempre aprendendo, para ser um diferencial na atuação da equipe.

Foi citada também como sugestão para melhoria do serviço a centralização da unidade. Esse serviço centralizado oferece como vantagem a concentração de todo material estéril, tornando mais fácil seu controle, sua conservação e manutenção, bem como a padronização dos processos de limpeza, preparo e acondicionamento de materiais.

Diante da relevância da unidade para o hospital e para o processamento dos artigos hospitalares, seria salutar que todas as instituições de saúde cumprissem a Portaria nº1884/94 do Ministério da Saúde e a RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, que recomenda aos estabelecimentos assistenciais de saúde em que existam

unidade de CC, obstetrícia, hemodinâmica, emergência, ambulatório e unidade de terapia intensiva, implantar uma CME centralizada, a fim de que os profissionais que nela atuam tenham condições de garantir e validar a qualidade dos serviços oferecidos à população.¹⁴⁻¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização dessa pesquisa, os participantes do estudo reconheceram plenamente a importância de se capacitarem, como sendo uma ação necessária para a prestação do serviço de qualidade na CME onde desenvolvem continuamente suas atividades. Ficou claro, porém, que mesmo evidenciando-se tal necessidade, a efetivação da formação continuada em serviço ainda não é uma realidade vivenciada por eles. Foi constatado que algumas ações de EC aconteceram por iniciativa dos próprios profissionais, pois até a realização deste estudo, a instituição não havia inserido em sua rotina qualquer tipo de programa com esse objetivo.

No decorrer da análise das entrevistas, foi possível perceber que, com o novo cenário de mudanças, os profissionais reconhecem a necessidade de aprender a lidar com as novas tecnologias que surgem nos serviços de saúde e, para isso, eles querem atualizações e treinamentos, a fim de aprimorarem seus conhecimentos específicos e gerais. Os profissionais reconhecem também outros motivos que causam o entrave no desenvolvimento dos serviços na CME; entre eles estão: estrutura física inadequada, falta de materiais de uso permanente e de consumo e ausência de um enfermeiro exclusivo para o setor.

O estudo também possibilitou compreender, com os DSC, que alguns profissionais que atuam em CME se mostravam insatisfeitos com a forma pela qual esse setor é tratado por alguns gestores e profissionais de saúde, o que gera desmotivação para o trabalho e acaba refletindo diretamente na qualidade dos serviços prestados nessa unidade. Mediante tais

considerações, cabe aos gestores dos serviços elaborarem planos de trabalho junto à equipe de enfermagem, para que os profissionais consigam acompanhar as mudanças, habilitando-os a desenvolver atitudes críticas e criativas que possibilitem sua atuação como transformadora da realidade. Cabe, ainda, a esses administradores lutarem, junto aos órgãos competentes, para tentar sanar a falta de materiais, aumentarem a estrutura física da CME e contratar um enfermeiro exclusivo para gerenciar a unidade.

Parte-se da compreensão de que, para superar os obstáculos mencionados ao longo do estudo, as instituições de saúde necessitam de gestores comprometidos com os serviços e que dêem condições para que os enfermeiros trabalhem na EC com esses funcionários, pois são os enfermeiros que gerenciam os serviços, que estão presentes no dia-a-dia e que conhecem as reais necessidades desses profissionais.

Em face a tais considerações, cumpre, ainda, comentar sobre a necessidade de uma análise do contexto da CME estudada pelos responsáveis e a adoção de um efetivo serviço de EC, com programas estruturados que possibilitem a continuidade do crescimento dos recursos humanos envolvidos nas atividades do setor. Sugere-se, ainda, a elaboração de um protocolo para a EC e a adoção de uma metodologia participativa, que possibilite aos funcionários a construção pessoal de significados, integrando-os ao sistema institucional de maneira ativa e participativa.

Em suma, espera-se que um novo olhar incida sobre a CME, por ser uma área extremamente nobre, desejável de novos conhecimentos. Também é preciso um maior compromisso com a qualidade dos serviços, incluindo a sensibilização e a competência dos profissionais de saúde e dos gestores.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermeiros

de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

2. Alarcon CDP, Graziano KU, Hadi MA, Camargo TC. Contêineres rígidos: avaliação dos usuários. Rev SOBECC. 2005;10(2):33-9.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Orientações gerais para central de esterilização. Brasília: Coordenação Geral das Unidades Hospitalares; 2001.

4. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

5. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2004.

6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramento). 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

8. Paschoal AS. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.

9. Leite MMJ; Pereira JI. Educação continuada em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p.147-61.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de facilitadores de educação permanente em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

11. Tipple ACFV, Souza TR, Bezerra ALQ, Munari DB. O trabalhador sem

formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):173-80.

12. Oguisso TA. Educação continuada com fator de mudanças: visão mundial. Nursing (São Paulo). 2000;26(1):26-31.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde como estratégias do SUS. Brasília; 2004.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília; 1994.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília; 2002.

AUTORES

Eliane de Sousa Leite

Enfermeira, Especialista em Programa Saúde da Família, Servidora da Universidade Federal de Campina Grande - ETSC (PB).

Edineide Nunes da Silva

Enfermeira, Especialista em Programa Saúde da Família, Docente da Faculdade Santa Maria (FSM) e da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras (PB).

Edinete Nunes da Silva

Enfermeira, Especialista em Programa Saúde da Família, Cajazeiras (PB).

Joselito Santos

Graduado em Comunicação Social, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Mestre e Doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Docente da Faculdade Santa Maria (FSM).

Segurança e efetividade na
desinfecção de alto nível:
Steranios 2% e Anioxyde 1000.



STERANIOS 2%

Qualidade e segurança que você conhece com eficácia comprovada de acordo com a nova legislação ANVISA. (RDC 35 e RDC 31)

Principais características:

- Pronto uso
- PH neutro
- 30 dias de vida útil
- Tiras de verificação de atividade do produto com compatibilidade comprovada (conforme item 4.11 RDC 35)
- 30 minutos de tempo de contato
Mycobacterium massiliense
Clostridium sporogenes
Bacillus subtilis
(Conforme lista de avaliação de atividade microbiana RDC 35)

ANIOXYDE 1000

Promove a desinfecção de alto nível de artigos termosensíveis, endoscópios e dispositivos médicos, conforme a nova legislação ANVISA. (RDC 35 e RDC 31)

Principais características:

- Eficácia comprovada de 1500 a 900 ppm de ácido peracético
- Produção extemporânea de ácido peracético: maior estabilidade
- Tiras de verificação de atividade do produto com compatibilidade comprovada (conforme item 4.11 RDC 35)
- Preparo simples com ativador integrado ao galão de 5 litros
- Melhor tolerância ocupacional ao profissional de saúde
- Produto patenteado e que não contém ácido acético, sendo assim, menos agressivo aos artigos processados



www.3albe.com.br

EDUCAÇÃO EM SERVIÇO PARA EFICÁCIA DA LIMPEZA DE INSTRUMENTAIS DE VIDEOCIRURGIA: IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO

IN-SERVICE EDUCATION TO THE EFFECTIVENESS OF CLEANING TOOLS FOR VIDEOSURGERY: IMPLEMENTATION AND EVALUATION PROTOCOL

EDUCACIÓN EN SERVICIO PARA LA EFICACIA DE LA LIMPIEZA DE INSTRUMENTALES DE VÍDEO-CIRUGÍA: LA APLICACIÓN Y PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Teresinha Neide Oliveira • Islane Costa Ramos • Patrícia Borges Barjud Coelho • Michelle Morais Monteiro • Priscila Garcia Câmara Cabral Tavares • Paulo César de Almeida

RESUMO: Estudo que teve como objetivo analisar um protocolo de Educação em Serviço para limpeza de instrumentais de videocirurgia, por meio de um indicador de resíduos de proteínas. Trata-se de uma pesquisa-ação, do tipo relato de experiência, realizada no Centro de Material e Esterilização de um hospital privado de Fortaleza, Ceará, com análise de 100 amostras, divididas em dois grupos, antes e após intervenção educativa, coletadas de forma aleatória em março e abril de 2010. O instrumento de coleta foi um formulário e os dados foram analisados por meio de testes estatísticos, apresentados sob a forma de tabelas. Das 50 amostras antes da implantação do protocolo, 18 (36,0%) apresentaram falha na limpeza e, após a Educação em Serviço, das 50 amostras avaliadas, somente em três (6,0%) foi verificada a falha. Conclui-se que a Educação em Serviço, seguindo um protocolo padronizado, reflete na redução da carga microbiana, na eficácia da limpeza e, conseqüentemente, na garantia da esterilização, o que contribui diretamente para prevenção de infecções.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação Continuada; Biofilmes; Laparoscopia.

ABSTRACT: This study has as its purpose to analyze a protocol for On-the-Job Education on the cleaning of laparoscopic devices using a protein

residue indicator. It is a action-research carried out at the Material and Sterilization Center of a private Hospital in Ceará including the analysis of 100 samples divided into two groups, before and after an education intervention. Samples were collected randomly in March and April 2010. The data collection tool was form and data were analyzed using statistics tests, shown in tables. From the 50 samples before implementing the protocol, 18 (36%) failed on cleaning. After the On-the-Job Education, from 50 samples assessed, only 3 (6%) have failed on cleaning. Conclusion was that the On-the-Job Education following a standardized protocol reflects on the reduction of bioburden, cleaning efficacy and consequently sterilization assurance, which contribute directly to prevent surgical site infections.

Key words: Nursing; Education Continuing; Biofilms; Laparoscopy.

RESUMEN: Estudio que tuvo como objetivo analizar un protocolo de Educación en Servicio para la limpieza de instrumentales de video-cirugía por medio de un indicador de residuos de proteínas. Pesquisa-acción realizada en el Centro de Material y Esterilización de un Hospital privado de Fortaleza, Ceará, con el análisis de 100 muestras, divididas en dos grupos, antes y después de la intervención educativa, colectadas de

manera aleatoria en marzo y abril de 2010. El instrumento de colecta de datos fue un formulario y los datos fueron analizados por estadística, presentados en tablas. De las 50 muestras antes de la implantación del protocolo, 18 (36,0%) presentaron fallas en la limpieza y, después de la Educación en Servicio, de las 50 muestras evaluadas, en solamente 3 (6,0%) fueron verificadas fallas. Se concluye que la Educación en Servicio siguiendo un protocolo estandarizado impacta en la reducción de la carga microbiana, eficacia de la limpieza y conseqüentemente en la garantía de la esterilización, lo que contribuye directamente para la prevención de infecciones.

Palabras-clave: Enfermería; Educación Continua; Biofilmes; Laparoscopia.

INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é classificado, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como a unidade funcional de apoio técnico que deve existir quando houver centro cirúrgico, centro obstétrico e/ou ambulatorial, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência. É definido como o setor encarregado de limpar, preparar, esterilizar, guardar e distribuir materiais estéreis ou não para todas as unidades que prestam cuidados aos pacientes.¹

Modernamente, o CME é entendido como a unidade responsável pelo processamento dos artigos, desde a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição às unidades consumidoras, para uso na assistência aos pacientes. Portanto, uma unidade que presta cuidados indiretos.²

Nesta unidade, o avanço tecnológico tem sido uma constante, principalmente após a década de 1970 ocorrendo, inclusive, um aprimoramento nos processos de limpeza.³ Esse processo visa remover a sujidade visível e, por consequência, a carga microbiana inicial presente no artigo.

O nível de segurança de esterilidade depende dessa carga inicial, uma vez que a morte dos microrganismos segue uma progressão logarítmica. Por isso, a limpeza é indispensável, e deve preceder os processos de desinfecção e de esterilização.⁴

Portanto, o maior desafio para o processamento seguro de produtos para saúde é garantir uma limpeza eficaz. Essa atividade é tanto mais difícil quanto mais complexa seja a configuração do instrumental cirúrgico. A limpeza adequada desse tipo de artigo requer claras instruções das técnicas de desmontagem e de montagem, orientadas pelo fabricante, que deverá colaborar com o treinamento da equipe de enfermagem do CME.⁵

Artigos complexos são aqueles constituídos de lúmen longo e estreito, múltiplos canais internos, válvulas, frestas, articulações, superfícies rugosas, irregulares ou porosas, braçadeiras que não podem ser abertas, peças de metal com encaixes difíceis de fechar, pinças que não podem ser desmontadas, junções de bainhas, mecanismos de ativação de pinças, conexões tipo *luer-lock* e ângulos.⁶

O objetivo da limpeza é a remoção da matéria orgânica do instrumental e deve ser iniciada tão logo finalize o procedimento, a fim de evitar a formação de biofilmes e assegurar o melhor resultado do processo de esterilização. Quanto maior o tempo para o início deste processo, maior será a dificuldade para remover os resíduos

em qualquer tipo de limpeza (manual ou automatizada), principalmente de artigos complexos, que apresentam acesso limitado às áreas críticas.

Uma limpeza efetiva envolve diversos fatores, tais como a qualidade da água, o tipo, a qualidade e a concentração da solução de limpeza, o uso de acessórios e de equipamentos com parâmetros de tempo, temperatura e capacidade da carga do equipamento, as condições de enxágue e de secagem do material, além do desempenho do operador.⁷

A avaliação da limpeza, na maioria das vezes, é feita por meios subjetivos, sem consistência do resultado e é comprometida pela complexidade do material. Para garantir a segurança na esterilização, é necessária a verificação criteriosa da remoção da sujidade, usando-se ferramentas que assegurem o resultado antes do encaminhamento dos instrumentais para o preparo e para a esterilização.

A verificação visual da eficácia da limpeza constitui um ponto de conflito entre colaboradores das áreas de expurgo e de preparo de materiais. É sempre muito difícil o entendimento entre esses profissionais em aceitar o “erro” baseado em um parâmetro visual verbalizado, que pode envolver aspectos emocionais, comportamentais e pessoais. Por isso, é necessária a utilização de ferramentas imparciais que apresentem resultados objetivos.

Essa análise será consistente se for construído um protocolo detalhado do processo de limpeza, que, por sua vez, deverá ser baseado em publicações acerca do assunto e recomendações institucionais.⁸

Alguns estabelecimentos realizam a inspeção visual da limpeza, usando lentes de aumento para a verificação da existência de resíduos de sujidade. Mesmo magnificando a acuidade visual, esse método não é significativamente seguro, uma vez que não pode alcançar superfícies dos lumens dos materiais canulados. Além disso, a avaliação visual da limpeza é propensa ao erro.⁸ O parâmetro usado para indicar a excelência na limpeza, visivelmente

limpo, já não é mais suficiente.⁵

Um estudo anterior, realizado na mesma instituição onde o presente estudo foi feito, identificou falhas, mesmo dispondo da estrutura de equipamento e de insumos necessários para uma limpeza eficaz. Diante dos achados, considerou-se que essas falhas poderiam estar associadas à falta de uma padronização no processo de trabalho.⁹

Desta forma, observou-se a necessidade de elaborar um roteiro para sistematização do processo de limpeza dos materiais processados pela instituição pesquisada, envolvendo os profissionais do CME, aplicando uma tecnologia leve, por meio da Educação em Serviço e um dispositivo que detecta resíduos de proteína. Esse dispositivo constitui ferramenta importante para avaliar a qualidade do processo de limpeza, porque demonstra visivelmente a qualidade do processo de trabalho realizado pelo operador, sem interpretações subjetivas ou emocionais, além de possibilitar a providência imediata conforme o resultado verificado.

Optou-se pela Educação em Serviço por ser uma ferramenta eficaz para a mudança das práticas nos processos de trabalho. Esta pode ser entendida como um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, com o objetivo de atualizar e melhorar a capacidade de pessoas face à evolução das tecnologias e às necessidades institucionais para garantia da segurança na assistência à saúde.¹⁰ Assim, é importante que os processos de trabalho sejam realizados seguindo um roteiro padronizado para obter resultado seguro e reprodutível.

É sabido que cerca de 20 a 30% das infecções hospitalares podem ser evitadas com a aplicação mais efetiva dos conhecimentos existentes, ratificando a importância da sistematização dos processos de trabalho e a constante atualização dos profissionais.

Entretanto, é difícil subjetivamente analisar o impacto de uma medida de melhoria dos resultados sem utilizar alguma ferramenta de mensuração objetiva.

OBJETIVO

Analisar a implementação e a utilização de um protocolo de limpeza de instrumentais de videocirurgia, por meio de um indicador de resíduo de proteínas, utilizando a Educação em Serviço como ferramenta.

MÉTODO

O estudo é uma pesquisa-ação, baseada no relato de experiência de criação e implantação de um protocolo, com abordagem quantitativa, realizada no Centro de Material e Esterilização de um hospital privado localizado em Fortaleza, Ceará, no período de março e abril de 2010.

A pesquisa foi realizada em três fases:

Na primeira fase, antes da implantação do protocolo de Educação em Serviço, foi avaliada a limpeza, por meio de um indicador de resíduos de proteína na superfície do material. Seu uso é indicado após a limpeza do material, para avaliar se os instrumentais estão limpos, pois detecta resíduos de proteínas originários de sangue e de tecidos humanos.

O resultado desse tipo de teste é dependente do tempo e da temperatura. A temperatura utilizada para análise foi de 55°C em 15 minutos em incubadora ligada à rede elétrica, fornecida pelo fabricante do dispositivo. Nesses parâmetros, o teste confere uma sensibilidade de detectar até 3µg/100µl do resíduo de proteína na superfície testada, conforme a cor da reação da análise.

Um gabarito de cores indica os resultados do teste realizado, onde resíduos de proteína de pequena, média e grande quantidade de sujidade são detectados. A cor verde indica resultado aprovado; as cores cinza, lilás e roxo indicam resultado reprovado. A partir dessa leitura, há decisão em relação às providências a serem adotadas com o material. Em caso de conformidade, o instrumental está apto para a esterilização e em não conformidade, é devolvido ao expurgo

para que todo o processo de limpeza seja refeito.

Foram selecionados somente materiais de videocirurgia como pinças e trocarters, sendo avaliadas as suas áreas críticas como os lúmens, os pontos de articulação e as reentrâncias. De forma aleatória, foi escolhido um item do instrumental de cada kit do material procedente do Centro Cirúrgico (CC) do hospital em estudo, totalizando 50 instrumentais. Foram avaliados, em média, três instrumentais por dia para verificação da eficácia da limpeza. O grupo de instrumentais analisados nessa fase denominou-se Grupo A, que caracteriza o material estudado antes da implantação do roteiro para o protocolo proposto.

Ainda nessa fase, foi realizado o controle basal para estabelecimento dos parâmetros “adequado” e “inadequado”, com o intuito de estabelecer o resultado em cores, o qual indicasse o limpo e o sujo. Esse processo se deu da seguinte forma:

- Controle adequado: o swab foi umedecido com a solução fornecida sem nenhum contato com qualquer material, foi submetido às etapas do teste para a validação do resultado, onde apresentou a cor verde, sinalizando ausência de resíduos de proteína;
- Controle inadequado: o swab foi, intencionalmente, esfregado em um instrumental sujo e submetido às etapas posteriores do teste para a validação do resultado, onde apresentou a cor roxa, o que indica sujidade, e, portanto, elevado índice de resíduos de proteína.

Na segunda fase foi elaborado o roteiro de instruções sobre o processo de limpeza dos instrumentais complexos de videocirurgia (Anexo A), que constitui uma proposta de protocolo para a limpeza desses materiais.

Após a elaboração do roteiro, realizou-se um treinamento de Educação em Serviço com todos os operadores envolvidos nessa atividade, pela enfermeira do

CME, no período de quinze dias, em todos os turnos de trabalho. Em seguida, os operadores envolvidos reproduziram todo o processo de trabalho, ficando estabelecido como protocolo.

Na terceira fase fez-se a verificação da eficácia da limpeza, por meio do dispositivo que detecta resíduos de proteína, seguindo o protocolo estabelecido. Foi escolhido, de forma aleatória, um item do instrumental de cada kit de videocirurgia, totalizando 50 amostras. Nesta fase, o objetivo foi avaliar a eficácia da Educação em Serviço, a partir da implantação do protocolo proposto para limpeza de instrumentais de videocirurgia. O grupo de instrumentais analisados nessa fase foi denominado Grupo B.

Na primeira e na terceira fases, utilizou-se o dispositivo de avaliação da limpeza, que detecta resíduos de proteínas e um formulário estruturado (Anexo B).

Os dados foram tabulados e organizados após leitura, sendo analisados por meio de testes estatísticos e confrontados conforme a literatura, apresentados em tabelas. As proporções antes e depois de cada indicador foram comparadas pelo teste z para proporções. A associação entre indicador e momento foi realizada pelo teste de Fisher-Freeman Halton.

O estudo teve o consentimento e o apoio do Centro de Estudos do Hospital onde foi realizada a pesquisa.

RESULTADOS

Das 50 amostras verificadas na primeira fase, caracterizada como Grupo A, analisadas antes da implantação do roteiro, 32 (64,0%) estavam em conformidade em relação à limpeza e 18 (36,0%) apresentaram resultado não conforme, segundo o dispositivo utilizado para verificação (Tabela 1).

Detectou-se que a limpeza apresentava falhas e que medidas deveriam ser adotadas mediante a situação identificada, tendo em vista o comprometimento do resultado da esterilização.

Tabela 1 - Resultados da verificação da limpeza de instrumentais de videocirurgia por meio de indicadores de resíduos de proteína, antes da implantação do protocolo (Grupo A), Fortaleza (CE) – 2010.

Resultado do indicador de proteína	Número	Porcentagem
■ Verde (Limpo)	32	64,0%
■ Cinza (Resíduo de detergente)	06	12,0%
■ Lilás (Sujo)	11	22,0%
■ Roxo (Índice elevado de sujidade)	01	2,0%
Total	50	100,0%

Ao analisar o resultado do dispositivo de indicador de proteína, os instrumentais de videocirurgia que apresentavam resultados inadequados / não conforme (cores cinza, lilás e roxo) foram devolvidos ao expurgo para, novamente, serem submetidos ao processo de limpeza. Aqueles que apresentaram resultado “adequado / conforme”, ou seja, cor verde, foram encaminhados para a área de preparo e posterior esterilização.

Os resultados do Grupo A chamaram atenção para elaboração do roteiro para limpeza e utilização da Educação em Serviço, avaliada pelo dispositivo indicador de resíduos de proteínas, com a perspectiva da melhoria do resultado na limpeza, envolvendo os operadores para o compromisso com a qualidade final do processo.

Com a implantação do protocolo proposto, onde foi realizado treinamento em serviço da equipe de enfermagem (segunda fase), seguindo o roteiro para a limpeza dos instrumentais de videocirurgia, o processo de limpeza foi novamente avaliado, sendo utilizado o mesmo dispositivo indicador de proteína da primeira fase.

Foram qualificados, na segunda fase, 10 Técnicos de Enfermagem, que estão envolvidos diretamente nessa atividade, ou seja, no processo de limpeza de instrumentais no expurgo do CME.

Na terceira fase, foram analisadas 50 amostras de instrumentais de videocirurgia, denominadas Grupo B, identificando-se 47 (94,0%) em conformidade com a limpeza e apenas três (6,0%) instrumentais que não estavam em conformidade, como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados da verificação da limpeza de instrumentais de videocirurgia, por meio de indicadores de resíduos de proteína, após a implantação do protocolo (Grupo B), Fortaleza (CE) – 2010.

Resultado do indicador de proteína	Número	Porcentagem
■ Verde (Limpo)	47	94,0%
■ Cinza (Resíduo de detergente)	02	4,0%
■ Lilás (Sujo)	-	-
■ Roxo (Índice elevado de sujidade)	01	2,0%
Total	50	100,0%

Percebe-se uma redução de instrumentais em não conformidade de 18,0% para 6,0%, após a Educação em Serviço e a implantação do protocolo. Os testes estatísticos aplicados a tais resultados confirmam a significância desta redução (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados da verificação da limpeza de instrumentais de videocirurgia por meio de indicadores de resíduos de proteína, antes (Grupo A) e após (Grupo B) a implantação do protocolo, Fortaleza (CE) – 2010.

Indicador de proteína	Momento				p*
	Antes		Depois		
	Nº	%	Nº	%	
■ (Limpo)	32	64,0%	47	94,0%	<0,001
■ Cinza (Resíduo de detergente)	06	12,0%	02	4,0%	0,145
■ Lilás (Sujo)	11	22,0%	-	-	<0,001
■ Roxo (Índice elevado de sujidade)	01	2,0%	01	2,0%	
Total	50	100,0%	50	100,0%	

* p de Fisher-Freeman-Halton < 0,001

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de indicador e o momento da implantação ($p < 0,001$). De fato, encontrou-se uma proporção maior depois da implantação do protocolo para o indicador verde ($p < 0,001$), enquanto que para o indicador lilás essa maior proporção foi antes da implantação ($p < 0,001$). Já para o indicador cinza, a proporção maior foi antes, porém, esse resultado foi apenas sugestivo, mas sem uma evidência conclusiva, haja visto o valor $p = 0,145$.

Diante dos resultados, após a intervenção educativa, é perceptível a redução de falhas na limpeza, segundo o dispositivo utilizado para esta avaliação.

DISCUSSÃO

Entende-se que apesar das tecnologias em equipamentos e insumos disponíveis para a limpeza, estas, muitas vezes, não são suficientes para alcançar o resultado esperado, o que demonstra a necessidade de medidas educativas em relação à qualificação dos profissionais e à padronização do processo de trabalho. Sabe-se que o reprocessamento de artigos hospitalares requer uma limpeza manual adequada, pois a matéria orgânica residual

e o complexo *design* dos instrumentais cirúrgicos podem interferir na eficácia de esterilizantes e desinfetantes, uma vez que podem limitar a difusão dos agentes esterilizantes ou inativar a ação dos desinfetantes, comprometendo a qualidade da esterilização.¹¹⁻¹³

A presença de resíduos nos instrumentais cirúrgicos pode resultar na formação de camadas de matéria orgânica, favorecendo o surgimento de biofilme, que é uma forma de organização bacteriana que se adere rapidamente nas superfícies úmidas formando colônias.

Essa camada de biofilme pode se desprender e ser transferida para o paciente, por meio dos instrumentais.¹⁴

Diante do exposto, mesmo com os avanços da tecnologia, com o aperfeiçoamento dos antimicrobianos, existe a invasão das bactérias multirresistentes, com inserção de novas formas vivas de microrganismos, facilitando as infecções hospitalares. Isso faz com que o papel do CME no combate às infecções seja fundamental no âmbito hospitalar, como uma unidade de apoio à assistência prestada a toda instituição, pois a instrumentalização do cuidado é assegurada por ela.¹⁵

Portanto, a limpeza de artigos tem como objetivos principais: remoção da sujidade; remoção, redução ou destruição dos microrganismos patogênicos; e remoção completa das substâncias pirogênicas.¹⁶ Com isso, percebe-se a importância de controlar a qualidade da primeira etapa do processo de esterilização, que é a limpeza, fundamental no processamento dos produtos para a saúde, cujo intuito é reduzir a carga microbiana.

Os produtos para a saúde para serem desinfetados ou esterilizados devem ser adequadamente limpos. Apesar da relevância e da complexidade técnica, a limpeza muitas vezes é considerada atividade de menor importância, de execução simples, que exige pouco treinamento e supervisão, favorecendo a ocorrência de falhas.¹⁷ Com os resultados obtidos neste estudo, é notória a necessidade de se realizar Educação em Serviço continuamente com os profissionais que trabalham na área de recepção e expurgo, a fim de que se possa garantir a segurança de todo material a ser esterilizado pela instituição.

Diante disso, há que se considerar a Educação em Serviço como um processo educacional, aplicado de forma

sistemática, onde as pessoas adquirem novos conhecimentos, mudam de atitudes e aperfeiçoam habilidades para a melhoria dos processos de trabalho.¹⁸

A partir dos achados do Grupo B, foi possível verificar que a intervenção proposta foi eficaz, havendo uma redução de não conformidade do processo de limpeza dos instrumentais de videocirurgia da ordem de 30,0% e que a Educação em Serviço constitui uma ferramenta importante para a melhoria dos processos de trabalho e para a qualidade da assistência.

Enfatiza-se que esta redução foi estatisticamente significativa (Tabela 3). Para conseguir êxito na esterilização dos instrumentais cirúrgicos, é importante também que o quantitativo de profissionais no CME seja adequado, para que possam exercer, de forma adequada, suas atividades. Mas para que isso exista, deve haver um programa de educação continuada efetivo, com a finalidade de manter os funcionários atualizados, pois passarão a trabalhar com conhecimento e competência, bem como a desenvolver habilidade para analisar problemas e trabalhar em equipe.¹⁹

Após a realização do treinamento na equipe de enfermagem e a implantação do protocolo, houve uma mudança no perfil dos profissionais, pois passaram a compreender como operar todo o processo de limpeza e aprenderam sobre cada etapa e o porquê da realização de uma limpeza eficaz nos instrumentais cirúrgicos.

Diante da complexidade que envolve o reprocessamento de artigos, o CME exige que os operadores desenvolvam suas atividades com habilidades e conhecimento técnico-científico, dentro de métodos e critérios preestabelecidos. Para isso, o profissional necessita de conhecimento, seguir diretrizes e metodicamente cumprir as etapas exigidas. Precisa ter conhecimento específico e instrumentos de trabalho que lhe permitam desempenhar suas atribuições com competência e responsabilidade.²⁰

Por isso, segundo a *Association for the*

Advancement of Medical Instrumentation (AAMI),⁷ os profissionais da CME devem ser qualificados, seguindo critérios mínimos para que isso ocorra, tais como treinamento, educação em serviço, documentação e conhecimentos específicos sobre o tipo de esterilização realizada no serviço de saúde.

Devem receber orientações sobre princípios básicos de esterilização e de transmissão e controle de doenças infecciosas. Além disso, é preciso dominar todas as etapas do reprocessamento de artigos médico-hospitalares, e ser capaz de realizar limpeza, inspeção e empacotamento, procedimento de esterilização e operação de equipamentos.

Sendo assim, é notório que a Educação em Serviço é uma ferramenta eficaz para mudar as práticas no processo de trabalho, tornando os profissionais mais qualificados e aptos a exercerem as atividades a eles designadas.

Observa-se que a atualização e a capacitação dos operadores, associada à implantação de protocolo para limpeza de instrumentais de videocirurgia, podem ser caminhos para garantir a segurança da esterilização, favorecendo a assistência prestada pela instituição de saúde.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dispositivo de resíduos de proteína utilizado demonstrou objetivamente o resultado favorável e contribuiu para o entendimento, por parte dos operadores, sobre a eficácia e a importância da limpeza para uma esterilização segura. Isso representa melhoria da qualidade da assistência, por meio do processo de trabalho sistematizado, que visa a segurança do material esterilizado, com consequente aumento direto da segurança dos pacientes cirúrgicos atendidos na Instituição.

Os resultados da avaliação do processo de limpeza de 100 instrumentais de videocirurgia, levaram-nos a concluir que a implantação do protocolo foi

eficaz, uma vez que houve redução de 30% na não conformidade entre os 50 instrumentais analisados antes de sua implantação (Grupo A) e os 50 analisados depois da implantação (Grupo B), por meio da utilização de um indicador de resíduo de proteínas. A análise estatística demonstrou significância na redução de não conformidade da limpeza.

Esse estudo foi determinante para as mudanças das práticas, pois os operadores da limpeza visualizaram, de forma objetiva e imparcial, o resultado do processo de trabalho por eles realizado. Essa ferramenta mostrou a necessidade de rever os processos de trabalho e estabelecer como rotina na instituição a verificação da limpeza, por meio de indicadores de resíduos de proteína para a garantia dos resultados na esterilização. Assim, a intervenção educativa em serviço foi adequada e efetiva, pois foi possível melhorar, de forma significativa, a qualidade do processo de limpeza dos instrumentais analisados.

A implementação de um protocolo para limpeza de instrumentais de videocirurgia é necessária, pois a sistematização melhora o processo de trabalho, garantindo a segurança do material esterilizado e, conseqüentemente, a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [resolução na Internet]. Brasília; 2002. [citado 2011 fev 10]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/307_02rdc.htm
2. Moura MLPA. Enfermagem em centro de material e esterilização. São Paulo: SENAC; 1994.
3. Cruz EA. Novas tecnologias em centro

cirúrgico e centro de materiais: opinião dos enfermeiros. *Rev Baiana Enferm.* 1995;8(1/2):102-15.

4. 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 Lat-Am Enferm.* 2006;14(1):70-6.

5. Graziano KU. Considerações sobre o uso de detergentes enzimáticos no processo de limpeza: revisão de literatura. *Rev SOBECC.* 2002;7(4):8-21.

6. Ribeiro SMCP. Limpeza. In: Esterilização de artigos em unidades de saúde. 3ª ed. São Paulo: APECIH; 2010

7. American National Standard. Association for the Advancement of Medical Instrumentation. AAMI preview copy: comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in health care facilities [manual na Internet]. Arlington; 2010. [citado 2011 fev 10]. Available from: http://marketplace.aami.org/eseries/scriptcontent/docs/Preview%20Files/ST791009_preview.pdf

8. Lipscomb IP, Sihota AK, Keevil CW. Comparison between visual analysis and microscope assessment of surgical instrument cleanliness from sterile service departments. *J Hosp Infect.*

2008;68(1):52-8.

9. Ramos IS, Coelho PBB, Oliveira TN. Avaliação da limpeza de instrumentais cirúrgicos por meio de indicadores de presença de proteína: poster. In: Anais do 9º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico. 2009 jul. 17-21; São Paulo. São Paulo: SOBECC; 2009. p.108-9.

10. Marandola TR, Marandola CMR, Melchior R, Baduy RS. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. *Rev Espaço Saúde.* 2009;10(2):53-60.

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em serviços de saúde. Brasília; 2009. (Informe técnico n. 01/09).

12. Alfa MJ. Cleaning: recent advances in products and processes and real-time monitoring. In: *Desinfection, sterilization and antisepsis: principles, practices, current issues, and new research.* Florida: APIC; 2006. p.60-70.

13. Padoveze MC, Graziano KU, coordenadoras. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. São Paulo: APECIH; 2010.

14. Sociedade Brasileira de Enfermeiros

de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

15. Pezzi MCS, Leite JL. Investigação em central de material e esterilização utilizando a teoria fundamentada em dados. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):391-6.

16. Possari JF. Centro de material e esterilização: planejamento, organização e gestão. 4ª ed. São Paulo: látria; 2010.

17. Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

18. Tipple AFV, Souza TR, Bezerra ALQ, Munari DB. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(2):173-80.

19. Souza MCB, Ceribelli MIPF. Enfermagem no centro de material esterilizado: a prática da educação continuada. *Rev Latino Am Enferm.* 2004;12(5):767-74.

20. Costa LFV, Freitas MIP. Reprocessamento de artigos críticos em unidades básicas de saúde: perfil do operador e ações envolvidas. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):811-9.

AUTORES

Islane Costa Ramos

Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Gerente de Enfermagem e Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital Monte Klinikum – HUWC (CE).

Michelle Morais Monteiro

Enfermeira, Coordenadora do Centro Cirúrgico do Hospital Monte Klinikum (CE).

Priscila Garcia Câmara Cabral Tavares

Enfermeira, Graduada pela Universidade Estadual do Ceará, Estagiária da Central de Processamento de Materiais do Hospital Monte Klinikum no período de março/agosto de 2010 (CE).

Paulo César de Almeida

Estatístico, Doutor em Saúde Pública, Professor Adjunto do Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (CE).

ANEXO A - Roteiro para limpeza de instrumentais complexos de videocirurgia

MANUSEIO DO INSTRUMENTAL NO CENTRO CIRÚRGICO

1. A instrumentadora retira o excesso de sangue com compressa estéril umedecida em água destilada estéril, para evitar ressecamento do material orgânico e oferecer instrumental em condição de uso no campo cirúrgico da cirurgia em curso.
2. Ao término da cirurgia, o material é encaminhado ao expurgo do Centro de Processamento de Material e Esterilização no tempo máximo de 20 minutos.

MANUSEIO DO INSTRUMENTAL NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - EXPURGO DO CME

1. Receber o material.
2. Conferir o material.
3. Desmontar / desarticular/ abrir.
4. Realizar pré-lavagem sob água corrente.
5. Dispor o material na lavadora ultrassônica com sistema de irrigação pulsátil:
 - Capacidade máxima: 25 litros
 - Tempo de Lavagem: 10 minutos – alternando irrigação / ultrasson
 - Temperatura: 45°C
 - Detergente enzimático: contendo três enzimas, originado do mesmo fornecedor da máquina
 - Diluição: 4ml para cada litro de água.
6. Ligar a lavadora.
7. Posicionar as pinças e os trocarters na lavadora ultrassônica.
8. Conectar os canulados aos acessórios de irrigação para melhorar a qualidade da limpeza dos lumens.
9. Aguardar o tempo do ciclo de lavagem.
10. Retirar o material para enxágue, fora da máquina, sob água corrente, usando pistola de água para as peças complexas (lumens e articulações).
11. Enxaguar abundantemente.
12. Encaminhar para área limpa, onde é lubrificada com solução isenta de óleos e gorduras.
13. Secar o material externamente com compressa de algodão (compressa cirúrgica branca, macia, absorvente e fora do uso no Centro Cirúrgico).
14. Secar os encaixes, as cremalheiras, as ranhuras e os lumens com ar comprimido.
15. Encaminhar para área de preparo.

ANEXO B - Verificação da limpeza de instrumentais por meio de indicadores de presença de proteína

VERIFICAÇÃO DA LIMPEZA DE INSTRUMENTAIS POR MEIO DE INDICADORES DE PRESENÇA DE PROTEÍNA

OPERADOR: _____ DATA: _____ TURNO: _____

TIPO DE LIMPEZA: () ultrassônica () manual

INSTRUMENTAL AVALIADO: _____

PROCEDIMENTO _____

PROCEDÊNCIA DO MATERIAL: INTERNO () EXTERNO ()

RESULTADO DO INDICADOR DE RESÍDUO DE PROTEÍNA:

() verde () cinza () lilás () roxo

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: () preparo/esterilização () retorno ao expurgo

Indicadores Biológicos

BI-Test



IB para todas as horas!

Rastreabilidade!



Etiquetadora para Etiqueta com 3 linhas e dupla camada adesiva!

A mais completa linha de produtos para CME!
Qualidade e Segurança da Limpeza até a Monitoração!

Stericontrol 21 Anos!

Você também é livre para ousar.
Venha conhecer a diferença, surpreenda-se!

Teste desafio tipo Helix

STEAM-VAPOR Famos Steam Emulator
ISO 11140-1 CLASS 6

134°C 7 MIN.
121°C 20 MIN.

7
BLACK
CORRECT

LOT: 110301 03 2013 Cod. N° 15.100.299

Emuladores Classe 6
4-5-7 Minutos



Com Integradores Classe 5
para Vapor - Formoldeído - ETO.

Linha completa de escovas para CME

0800 606 1516
sac@stericontrol.com.br

Stericontrol
"Os nossos clientes sabem a diferença!"



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

Limpeza de materiais

Detergentes



Lavadoras e Termodesinfetadoras

Prosonic 6510
DS 610



Esterilizadora de Baixa Temperatura

130 LF



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