

SOBECC

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

NACIONAL – SP

8º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM
CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO



**Atingindo a Excelência no
Cuidado do Paciente Cirúrgico**

Produtividade

Qualidade

Segurança

Ensino

Pesquisa

Assistência

SOBECC
NACIONAL – SP

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

De 7 a 10 de julho de 2007

PALÁCIO DAS CONVENÇÕES DO ANHEMBI

**TUDO PRONTO PARA
O 8º CONGRESSO
DA SOBECCI!**

Nossa maratona de
atualização começa em
poucos dias!

ASSISTÊNCIA

Os sistemas de
comunicação usados pelos
enfermeiros para obter
informações sobre o
paciente no pós-operatório
imediate

GESTÃO DE MATERIAL

Reestruturação de kits
cirúrgicos reduz tempo de
montagem e facilita a
monitoração do consumo
de materiais

CONTROLE DE INFECÇÃO

Artigo apresenta projeto de
extensão no controle de
infecções hospitalares

DIRETORIA DA SOBECC

• **Presidente Licenciada:** Rosa Maria Pelegrini Fonseca • **Presidente em Exercício:** Lígia Garrido Calicchio • **Primeira-Secretária:** Marcia Hitomi Takeiti • **Segunda-Secretária:** Tânia Regina Zeni Diniz • **Primeira-Tesoureira:** Maria Helena Martins Ricci • **Segundo-Tesoureiro:** João Francisco Possari • **Diretora da Comissão de Assistência:** Fabiana Andréa Lopes Soares • **Diretora da Comissão de Educação:** Léa Pereira de Sousa • **Diretora de Publicação e Divulgação:** Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Diretora do Conselho Fiscal:** Heloísa Helena Ferreti Silva • **Membros do Conselho Fiscal:** Janete Akamine e Renata Barco de Oliveira.

REVISTA SOBECC

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Conselho Editorial – Dra. Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro (Universidade Federal da Bahia), Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa Calache (Escola de Enfermagem da USP), Professora-Associada Aparecida de Cassia Giani Peniche (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Arlete Silva (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), Professora-Associada Cristina Maria Galvão (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Professora-Associada Estela Regina Ferraz Bianchi (Escola de Enfermagem da USP), Professora Titular Kazuko Uchikawa Graziano (Escola de Enfermagem da USP), Dra. Laura de Azevedo Guido (Universidade Federal de Santa Maria), Dra. Maria Belén Salazar Posso (Universidade do Vale do Paraíba), Dra. Maria Concepcion Pezo Silva (Universidade Nacional Pedro Ruiz Gallo – Peru) e Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite (Escola de Enfermagem da USP).

Comissão de Publicação e Divulgação – Coordenação: Professora-Associada Aparecida de Cassia Giani Peniche • **Membros:** Professora-Associada Estela Regina Ferraz Bianchi, Dra. Maria Lúcia Fernandez Suriano, Dra. Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite, Enfermeira com MBA em Economia e Gestão em Saúde Sirlene Ap. Negri Glasenapp e Mestre Verônica Cecília Calbo Medeiros.

Equipe Técnica – Edição: Solange Arruda • **Produção Gráfica e Ilustração:** Solange Mattenhauer Candido • **Secretária:** Maria Elizabeth Jorgetti • **Bibliotecária:** Sônia Maria Gardim • **Revisão de Espanhol:** Dra. Maria Belén Salazar Posso • **Revisão de Inglês:** Enfa. Silvia Helena de Oliveira Baffi • **Tiragem:** 4.000 exemplares • **Impressão:** Congraf.

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

E-mail: sobecc@sobecc.org.br
Internet: <http://www.sobecc.org.br>

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores.

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

ÍNDICE

4...

EDITORIAL

5...

ACONTECE SOBECC

6...

SOBECC PARANÁ

Evento evidencia a utilidade dos indicadores de qualidade no Bloco Operatório

7...

AGENDA

8...

8º CONGRESSO DA SOBECC

16...

ARTIGO ORIGINAL – ASSISTÊNCIA

Sistemas de comunicação sobre o estado do paciente no período pós-operatório imediato: revisão de literatura

24...

INDEXAÇÃO

Corpo editorial da *Revista SOBECC* quer indexar a publicação em novas bases de dados

25...

ARTIGO ORIGINAL – CONTROLE DE INFECÇÃO

Projeto de extensão de Enfermagem no controle de infecções hospitalares

32...

ARTIGO ORIGINAL – GESTÃO DE MATERIAL

Reestruturação e preparo dos kits cirúrgicos para a implantação de um programa informatizado

ISSN 14144425

Revista indexada nas bases de dados
LILACS e CUIDEN



EDITORIAL

E MAIS UM CAPÍTULO TERMINA PARA COMEÇAR OUTRO

Com o 8º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, que começa agora, no próximo dia 7 de julho, vamos encerrar a presente gestão com uma amostra bem representativa do que foi o trabalho da SOBECC durante os últimos quatro anos – uma constante dedicação à educação continuada dos profissionais de saúde que atuam com pacientes cirúrgicos e com serviços de esterilização, marcada pela busca de profissionalização de nossas atividades e pela ampliação de nossos canais de divulgação de conhecimento.

Não teríamos como relembrar todos os nossos passos nessa direção, mas tal preocupação ficou evidenciada no tratamento que demos, por exemplo, à *Revista SOBECC*, especialmente com sua indexação nas bases de dados Lilacs e Cuiden e com o começo do processo para inseri-la também na Cinahl. Essa estratégia não apenas valoriza a publicação e o pesquisador, mas vai diretamente ao encontro da necessidade de tornar acessíveis as descobertas feitas em nossa área para a comunidade científica em âmbito mundial.

Nesse sentido, igualmente fomos buscar parcerias e trocar idéias com colegas de outros países, como Chile e Portugal, durante os últimos anos. Para completar, estreitamos as relações com nossos vizinhos de continente e, graças a essa aproximação, o Brasil vai sediar, no ano que vem, o Congresso Pan-Americano de Esterilização, o qual será realizado em conjunto com o Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar, que a SOBECC promove a cada dois anos.

É claro que a proximidade com a Enfermagem Perioperatória praticada no exterior em nenhum momento deixou em segundo plano a atenção que dispensamos a iniciativas educacionais de diversas entidades e instituições de saúde dentro do Brasil. Por meio dos membros desta última gestão, a SOBECC rodou todo o Brasil para prestigiar eventos, dar aulas e disseminar as melhores práticas da Enfermagem no Bloco Operatório. Foi em tal contexto que nasceu o primeiro braço estadual da entidade, a Seção Paraná, que há mais de um ano caminha com suas próprias pernas naquele Estado, evidentemente em linha com os princípios da SOBECC Nacional. Como se não bastasse, inclusive os representantes de vendas de diversos fabricantes de equipamentos e artigos médico-hospitalares receberam, nesse período, nosso suporte educacional para aumentar seu conhecimento sobre as nuances do Centro Cirúrgico.

O fato é que encerramos mais um capítulo da história da SOBECC com uma pontinha de orgulho e já com saudades, mas fundamentalmente com uma nítida sensação de dever cumprido. Da mesma forma, temos certeza de estar deixando para a próxima diretoria um caminho com novas possibilidades de crescimento, não obstante os muitos desafios que virão, até porque hoje a Enfermagem Perioperatória no Brasil está tecnicamente mais forte e tem seu papel no tratamento cirúrgico mais valorizado e, portanto, mais exposto. Evidentemente, essa conquista não é apenas mérito da gestão que ora termina, mas de toda uma geração de colegas que abriram mão de seu tempo pessoal para construir a SOBECC. E será também da gestão 2007-2009, à qual desejamos muito sucesso e, sobretudo, sabedoria para fazer as escolhas certas.



Lígia Garrido Calicchio
Presidente da SOBECC

A gente se despede pessoalmente no Anhembi, dentro de alguns dias. Até lá!



Aparecida de Cassia Giani Peniche
Diretora de Publicação e Divulgação



Artigo Original
ASSISTÊNCIA

SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO SOBRE O ESTADO DO PACIENTE NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: REVISÃO DE LITERATURA

Communication Systems of Patient Situation in Immediate Post Operative Period: Literature Review

Sistemas de Comunicación de la Situación del Paciente en el Período Pos-Operatório: Revisión de Literatura

Elaine Reda • Aparecida de Cassia Giani Peniche

Resumo – Considerando que o pós-operatório imediato é um período crítico, no qual a equipe de Enfermagem precisa dispor do maior número de informações sobre o paciente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico para melhorar e garantir a prestação do cuidado, realizamos um levantamento bibliográfico nacional e internacional, sem limite de data, para identificar e analisar a continuidade da assistência de Enfermagem nesse intervalo. Para tanto, utilizamos o sistema informatizado de busca nos bancos de dados PubMed, Lilacs e Dedalus e no banco de teses da Capes, além de consulta manual, tendo trabalhado com os seguintes indexadores: continuidade do cuidado, assistência de Enfermagem e Recuperação Pós-Anestésica. Como resultado da pesquisa, encontramos 37 artigos que abordaram a importância dos sistemas de comunicação sobre o estado do paciente para o seguimento da prestação da assistência, com destaque para a documentação do cuidado baseada em um método científico, para o conhecimento da especificidade da assistência na Recuperação Pós-Anestésica e para a necessidade do uso de instrumentos de registro de acordo com as características do cliente, assim como de sistema informatizado e de passagem de plantão por telefone.

Palavras-chave – continuidade do

cuidado; assistência de Enfermagem; Recuperação Pós-Anestésica.

Abstract – Considering that the immediate post operative period is critical, where the Nursing team needs to make use of the all available information about the patient submitted at the surgical-anesthetic procedure, in order to improve and guarantee the continuity of Nursing assistance, it was made a national and international bibliographical survey, without date or time limits to identify and analyze the continuity of the nursing assistance in this period. It was used the computer-automated search systems – PubMed, Lilacs, Dedalus, Capes Thesis Database – and manual searches. The keywords used were: continuity of care, Nursing care and Recovering Room. It was found 37 articles that includes the importance of communication systems of patient situation in the continuity of nurse care, highlighting: documentation of nurse care based on a scientific method; knowledge of nurses care specifications in Anesthetic Recovering; registering instruments needs according patient characteristics, information system and telephone support.

Key words – continuity of care; Nursing care; Recovery Room.

Resumen – Considerando que el período

pos-operatorio inmediato es un tiempo crítico, en el cual el equipo de Enfermería debe disponer de un gran número de informaciones sobre el paciente sometido al procedimiento anestésico-quirúrgico, con el objetivo de mejorar y garantizar la continuidad de la asistencia de Enfermería, fue realizado una pesquisa bibliográfica nacional y internacional, sin límite de fecha, para identificar y analizar la continuidad de la asistencia de Enfermería en este período. Fue utilizado un sistema informatizado de busca – PubMed, Lilacs, Dedalus, Banco de Tesis de la Capes – y consulta manual. Las palabras-clave fueron: continuidad del cuidado, asistencia de Enfermería y Recuperación Anestésica. Fueron encontrados 37 artículos que abordan la importancia de los sistemas de comunicación en la continuidad de la asistencia de enfermería destacando: documentación de la asistencia de enfermería basada en un método científico; conocimiento de la especificidad de la asistencia de enfermería en la Recuperación Anestésica, necesidad de instrumentos de registro de acuerdo con las características del paciente, sistema informatizado y pase de guardia por teléfono.

Palabras clave – continuidad del cuidado; asistencia de Enfermería; Recuperación Anestésica.

INTRODUÇÃO

Desde janeiro de 2000, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tornou-se obrigatória em todo o Estado de São Paulo, de acordo com a decisão do Coren-SP (DIR/008/99). Essa obrigatoriedade trouxe novas responsabilidades para os hospitais, embora 65% deles ainda não saibam como implantar tal sistema⁽¹⁾.

Especificamente no Centro Cirúrgico (CC), não há informações referentes à assistência nos prontuários dos pacientes, o que possibilitaria a continuidade do cuidado prestado no pós-operatório, definido como o intervalo compreendido entre a saída do indivíduo da sala de operações até 24 horas após a alta da Recuperação Pós-Anestésica (RPA). Com a inexistência de tais dados, a lacuna já existente nesse período fica aumentada, com prejuízos para a equipe de Enfermagem e para o paciente que deixa a RPA.

Sendo assim, paralelamente à necessidade legal de inserção do processo de Enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico nesse período considerado crítico, a equipe precisa dispor do maior número possível de informações sobre os indivíduos hospitalizados e recém-operados para assegurar-lhes uma assistência contínua e individualizada, o que torna essencial a comunicação efetiva entre os enfermeiros da Recuperação Pós-Anestésica e das Clínicas Cirúrgicas, feita por um registro de Enfermagem de qualidade.

OBJETIVO

O presente estudo teve o objetivo de identificar e analisar artigos nacionais e internacionais que abordassem os sistemas de comunicação sobre o estado do paciente no período pós-operatório imediato.

MATERIAL E MÉTODO

Procedemos a uma revisão bibliográfica por meio do sistema informatizado de busca nos bancos de dados PubMed, Lilacs e Dedalus e no banco de teses da Capes, além de termos feito uma consulta manual, sem limite de data. Após o levantamento, obtivemos 61 artigos, dos quais excluímos 24, visto que não respondiam ao objetivo do estudo. Em seguida, os trabalhos foram agrupados segundo o assunto abordado, isto é, em documentação do cuidado de Enfermagem, assistência de Enfermagem em Recuperação Pós-Anestésica, comunicação e continuidade do cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Documentação do cuidado de Enfermagem

A utilização do processo de Enfermagem como método científico na prestação de cuidado ao paciente não só é requisito essencial para a segurança do indivíduo e para a eficiência da assistência, como também decorre da necessidade de documentação e de avaliação dos serviços que a equipe de Enfermagem presta^(2a).

O processo de Enfermagem é um conceito admitido, nacional e internacionalmente, para o provimento de uma assistência qualificada, devendo ser parte integrante da Enfermagem atual⁽³⁾. Verificamos que, em tese, aceita-se a prestação de um cuidado individualizado e planejado numa base sistemática, porém, na prática, os sistemas efetivos de planejamento de cuidados, incorporados em padrões para serviços de Enfermagem organizados, aparecem pouco^(2b). O foco está centralizado no paciente e as intervenções prescritas são aquelas que atendem às necessidades do indivíduo. Assim, se encarado isoladamente, o processo de Enfermagem se transforma em nada mais do que um roteiro de preparação de

equipamentos e registros em documentos; contudo, se visto como um método para o cuidado, adquire o caráter de um processo científico, contínuo e determinante de um alto nível de assistência⁽⁴⁾.

Existe uma grande diferença na qualidade do cuidado que deriva da utilização de conhecimentos e habilidades, pautado por um processo científico, em comparação com o cuidado pouco criativo, resultante do comportamento automático, tarefairo, que se pode chamar de "prática reflexa"⁽⁵⁾. Ou seja, "o processo de Enfermagem consiste em uma atividade comportamental e intelectual claramente definida"⁽⁶⁾. Trata-se de uma forma ordenada e sistemática de determinar as perturbações do cliente, isto é, avaliando e atingindo um diagnóstico e elaborando e executando planos para resolvê-lo, além de analisar a efetividade desses projetos na resolução dos problemas identificados⁽⁷⁾. "É ainda um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção dos resultados desejados de uma maneira produtiva, sendo desenvolvido em cinco passos: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação"⁽⁸⁾.

O fato é que o processo de Enfermagem, seguramente, atende a quatro importantes objetivos: promove a comunicação entre os diversos profissionais, direciona o cuidado e sua respectiva documentação, cria um registro que pode ser usado oportunamente em avaliações, pesquisas e processos éticos, administrativos, civis ou criminais e, por fim, fornece a comprovação sobre necessidades de atendimentos na área da saúde, o que serve para promover políticas públicas⁽⁸⁾.

Por outro lado, os estudos e a experiência sobre as anotações de Enfermagem mostram que, quase sempre, elas se apresentam insuficientes e rudimentares, não registrando, na prática, os dados



Artigo Original ASSISTÊNCIA

relevantes sobre o paciente, de modo que não cumprem seu papel no processo de assistência a que o cliente tem direito⁽⁹⁾.

O prontuário do paciente é definido como um documento único, constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas e baseado em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada, o qual possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada, tendo caráter legal, sigiloso e científico. No dia-a-dia, contudo, infelizmente o prontuário é visto como uma verdadeira obra-prima de desinformação, de descaso e de descuido⁽¹⁰⁾.

O registro preciso da assistência é uma das fases do processo de Enfermagem, especialmente a implementação do plano de cuidados. Assim, o relatório do paciente precisa conter a descrição do indivíduo, os diagnósticos de Enfermagem, o cuidado prestado pela equipe e a resposta da pessoa à assistência. Os impressos para documentar esses dados podem incluir tanto os protocolos estabelecidos como as intervenções, que são únicas para cada pessoa e, portanto, requerem espaço para seu registro. Em resumo, a atividade de documentar o cuidado prestado deve levar pouco tempo para preenchimento, ser específica para o serviço perioperatório e permitir o prosseguimento do atendimento nas unidades envolvidas com a assistência⁽⁴⁾.

Assistência de Enfermagem em Recuperação Pós-Anestésica

Para o paciente, a operação envolve risco de vida, devido à agressão anestésico-cirúrgica. As primeiras 24 horas do pós-operatório imediato exigem uma atenção especial da equipe de saúde, pois, nesse período, a pessoa pode apresentar sérios

distúrbios pulmonares, cardiovasculares e renais, entre outros, os quais precisam ser reconhecidos e tratados imediatamente⁽¹¹⁾. A fim de garantir a prevenção de tais intercorrências e seu pronto tratamento, se elas ocorrerem, é necessário que o paciente permaneça em uma unidade específica, isto é, na Recuperação Pós-Anestésica (RPA), onde fica sob a observação e os cuidados constantes da equipe de Enfermagem até que recupere a consciência e normalize seus reflexos e sinais vitais⁽¹²⁾.

Essa unidade deve ser auto-suficiente, oferecendo a vantagem de proporcionar ao paciente maior segurança e melhor atendimento, uma vez que se trata de um local provido de recursos materiais adequados e recursos humanos especificamente treinados para prestar assistência durante tal período, considerado crítico^(13, 14, 15). Na RPA, onde o tempo de permanência do indivíduo recém-operado é, em média, de uma a seis horas, a assistência de saúde tem a finalidade de dar a ele suporte na fase de recuperação da anestesia até que seus reflexos protetores estejam presentes, que seus sinais vitais tenham voltado à normalidade e que sua consciência esteja recuperada, além de prevenir ou de tratar possíveis complicações resultantes do ato anestésico-cirúrgico, de estabelecer medidas para aliviar a dor pós-operatória e de proporcionar um atendimento seguro, em se tratando de um local específico para assistir as pessoas no pós-operatório imediato⁽¹⁶⁾.

Contudo, para prestar cuidados nesse período pós-operatório, o enfermeiro da RPA não pode prescindir de receber informações sobre o transoperatório quanto à condição geral do cliente – tanto física como mental e emocional, incluindo-se aí o nível de ansiedade ao ser admitido na sala de operação –, o tipo de cirurgia, o tipo de anestesia, os eventuais pro-

blemas ou complicações ocorridos durante a intervenção, a posição do paciente no decorrer do ato cirúrgico, o local da placa de dispersão, a localização de curativos, sondas e drenos, as medicações recebidas e as perdas. Há ainda necessidade de obter dados da unidade de origem, como a existência de transtornos ortopédicos, de problemas nos órgãos dos sentidos e de distúrbios físicos não diretamente relacionados com o motivo da cirurgia⁽¹⁷⁾.

Na admissão do indivíduo na Recuperação Pós-Anestésica, o enfermeiro deve, após colocar o paciente na posição adequada, observar e anotar os seguintes aspectos: a permeabilidade das vias aéreas e a saturação de oxigênio; o nível de consciência, ou seja, se responde a estímulos tácteis ou dolorosos e a comandos verbais simples e se faz movimentos voluntários; os sinais vitais e sua comparação com os valores aferidos no pré-operatório; a coloração da pele, isto é, se há cianose de extremidade e perilabial; as condições do curativo, observando a presença de sangramento e secreção; as condições de eventuais tubulações ou drenagens, se devem permanecer abertas ou fechadas e com aspiração contínua; e o estado de eventual infusão endovenosa, o que envolve o local de inserção do cateter e o tipo e a quantidade da solução administrada.

Nesse período, os cuidados de Enfermagem devem ser prestados objetivando a segurança, o conforto e o bem-estar do paciente. Dessa forma, a função cardiovascular e a perfusão tissular, a função respiratória e os sangramentos, assim como o conforto, a higiene e o alívio da dor, precisam ser controlados⁽¹⁶⁾.

Além disso, não é só na assistência de Enfermagem que se pode ter uma perspectiva de melhorar o serviço prestado. Outras áreas de atuação do

enfermeiro de RPA podem, indiretamente, beneficiar o cuidado, como as de pesquisa, educação e administrativa⁽¹⁸⁾.

Comunicação e continuidade do cuidado

A assistência ao paciente cirúrgico não se limita à Recuperação Pós-Anestésica. Como foi apontado anteriormente, as primeiras 24 horas do pós-operatório devem ser consideradas como uma fase crítica. Mas, após a alta da RPA, o cuidado continua nas unidades de internação. Dessa forma, observamos que a assistência de Enfermagem durante o período de recuperação tem de oferecer, além da segurança e do tratamento das necessidades afetadas do paciente cirúrgico, a garantia de continuidade dos cuidados, fornecendo subsídios para o planejamento dos serviços nas unidades de internação⁽¹¹⁾.

Para que a assistência prestada prossiga nesse período, é necessário conhecer o relatório do transoperatório, com anotações e informações completas, assim como os cuidados prestados no período pós-anestésico⁽¹²⁾.

A continuidade do cuidado é o princípio da prática profissional da Enfermagem e, sendo assim, a comunicação sobre as condições e necessidades do paciente entre os profissionais da saúde se mostra fundamental para alcançar essa meta⁽¹⁹⁾. Um estudo de revisão de literatura constatou as variáveis que podem afetar esse processo, entre as quais o volume versus o tipo versus a qualidade das informações, a estrutura das informações – formal/informal –, as características organizacionais e as características do cliente. E concluiu que o conhecimento sobre as dinâmicas de comunicação constitui-se na principal estratégia para a promover uma assistência continuada⁽¹⁹⁾.

Dessa maneira, fica nítida a necessidade de buscar instrumentos que permitam

compreender e apreender o processo de trabalho como facilitador da não-alienação por meio do conhecimento, da estratégia de trabalho e da operacionalização de técnicas. Essa escolha envolve matéria política e ética, pois o cuidado não aparece sob uma forma material, separado do consumidor, mas pode ser identificado pelo bem-estar que proporciona, reabilitando e recuperando as funções ou competências para a vida diária. Surge, portanto, como uma nova postura e um novo modo de ver a vida, resgatando o indivíduo político e ético que vive no trabalhador de Enfermagem⁽²⁰⁾. É por isso que as intervenções implementadas e as respostas emitidas pelo paciente devem ser registradas pelo enfermeiro, de maneira a permitir a avaliação da assistência que ele recebeu⁽¹⁶⁾.

Diante disso, um adequado e conciso registro de Enfermagem é indispensável para que o cuidado prestado não sofra interrupções e até mesmo possibilite um atendimento mais rápido durante uma emergência⁽²¹⁾.

Em um estudo sobre a percepção dos enfermeiros em relação à qualidade da assistência, os autores chegaram à conclusão que os modelos de registro de Enfermagem estão associados à qualidade do cuidado e que a criação de tais impressos, de acordo com o ambiente de trabalho e de modo a favorecer uma melhor comunicação entre as unidades e uma melhor coordenação do cuidado, representa um desafio aos profissionais. Além de tudo, observaram que os modelos de cuidados, quando estabelecidos, são importantes indicadores de qualidade⁽²²⁾.

Outro aspecto importante nesse contexto é a busca, por parte das Clínicas Cirúrgicas e dos gerentes de Enfermagem, de clareza e de compreensão dos dados clínicos dos indivíduos internados, de modo a utilizar o menor tempo possível na documentação, principalmente devido

ao grande volume de transferências de pacientes. Assim, por meio do desenvolvimento de sistemas informatizados, tornou-se possível unir as informações clínicas, fundamentais para uma melhor avaliação de cada pessoa, com um acesso mais rápido. O fato é que esses sistemas de comunicação podem ser padronizados e validados dentro das organizações e entre as instituições de saúde, diminuindo o tempo de coleta dos dados, reduzindo a redundância de intervenções e garantindo a satisfação do cliente, a redução de custos e a uniformidade do cuidado⁽²³⁾.

A passagem de plantão por telefone foi mais um sistema de comunicação que encontramos na literatura para permitir a continuidade da assistência de Enfermagem. Nesse sentido, quando o cliente está pronto para ter alta da Recuperação Pós-Anestésica, o enfermeiro telefona para a unidade de Clínica Cirúrgica a fim de relatar as informações do indivíduo, o que ajuda o profissional desse local a antecipar as necessidades especiais do paciente e a obter os equipamentos necessários⁽²⁴⁾. Em outro estudo realizado para examinar o objetivo da passagem de plantão como meio de comunicação, notamos igualmente que esse expediente auxilia o planejamento do cuidado com maior eficácia⁽²⁵⁾.

Diante do exposto, vimos que existem vários sistemas de comunicação que contribuem para manter um cuidado contínuo ao paciente cirúrgico, porém cabe ressaltar as informações necessárias para que não haja nenhuma interrupção nesse processo. Ou seja, o enfermeiro deve avaliar a alta da RPA com base na estabilidade dos sinais vitais em comparação com os dados pré-operatórios, além de considerar critérios fundamentais, como a orientação quanto ao ambiente, a ausência de complicações, a drenagem controlada da ferida, o débito urinário adequado e o equilíbrio hidroeletrólítico, o tipo de cirurgia e o tipo de anestesia



Artigo Original ASSISTÊNCIA

utilizados, a perda sangüínea, o nível de consciência, o estado físico geral e a condição de eventuais linhas parenterais ou sondas de drenagem⁽²⁴⁾.

Muitas equipes de RPA se valem de um sistema objetivo de pontuação, denominado índice de avaliação de Aldrete & Kroulik⁽²⁴⁾, que ajuda a delinear quando os pacientes devem receber alta. Esse mecanismo tem sido adotado em diversos serviços, estabelecendo uma linguagem comum entre médicos e enfermeiros que avaliam o indivíduo, com base em cinco parâmetros: respiração, consciência, circulação, atividade muscular e saturação de oxigênio⁽¹⁶⁾.

Além de permitir uma linguagem comum entre a equipe, o uso de um instrumento de registro em Recuperação Pós-Anestésica possibilita analisar a alta do paciente cirúrgico de forma sistematizada. Assim, reduz o número de intercorrências após tal período, determinando o tempo ideal de permanência dos indivíduos na RPA, de maneira que não seja exageradamente curto nem longo, e assegura a observação sistemática de sinais vitais, curativo, mobilidade, nível de consciência, comportamento e coloração de mucosas e extremidades. Em síntese, esse sistema constitui-se em uma "avaliação racionalizada das condições físicas dos pacientes na RPA, podendo ser adotado sistematicamente"⁽²⁶⁾.

CONCLUSÃO

De acordo com a literatura, as melhores estratégias para a comunicação sobre o estado do paciente no período pós-operatório imediato incluem a documentação do cuidado de Enfermagem baseada em um método científico, o conhecimento da especificidade da assistência de Enfermagem em Recuperação Pós-Anestésica e a necessidade do uso de instrumentos de registro de acordo com as caracte-

rísticas do cliente, assim como de sistema informatizado e da passagem de plantão por telefone. Mesmo assim, ficou evidente que a procura desse método científico que promova uma melhor comunicação entre as unidades e um melhor planejamento do cuidado é o principal desafio dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (Coren-SP). Decisão 008, de 19 de outubro de 1999 (DIR/008/1999). Normatiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo: Coren-SP; 1999.

2a. Castellanos BEP. Aplicação do processo de Enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de Centro Cirúrgico. Rev Esc Enferm USP 1978; 12 (3): 170-186.

2b. Littled D, Carnevalli D. The Nursing care planning system. In: Castellanos BEP. Aplicação do processo de Enfermagem na unidade de Centro Cirúrgico. Rev Esc Enferm USP 1978; 12 (3): 170-186.

3. Horta WA. O processo de Enfermagem: fundamentação e aplicação. Enferm Novas Dimens 1975; 1 (1): 10-6.

4. Meeker MH, Rothroch JC. Cuidados Básicos de Enfermagem Perioperatória. In: Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997, p.3-17.

5. Christman L. Na all-RN or staff. AORN J 1976; 23 (7): 1.194-7.

6. Fay MR. Nursing process in the Recovery Room. AORN J 1976; 24 (6): 1.069-75.

7. Mahomet AD. Nursing diagnosis for the OR nurse. AORN J 1975; 22 (5): 709-11.

8. Miranda R. A prescrição de Enfermagem como garantia de assistência com qualidade. Notícias Hospitalares 2002; 4 (37): 44-45.

9. Salzano SDT. Instrumento de comunicação de Enfermagem: estudo de implantação de um modelo de comunicação escrita entre as equipes das unidades cirúrgicas e do Centro Cirúrgico. Rev Esc Enferm USP 1983; 17 (3): 235-252.

10. Teixeira J. O tão falado (e inobservável) prontuário do paciente. Notícias Hospitalares 2002; 4 (39): 54-55.

11. Padovani P, Gatto MAF, Peniche ACG. Ficha de Recuperação Anestésica: avaliação dos dados oferecidos para o planejamento da assistência de Enfermagem no pós-operatório imediato. Enfoque 1998; 16 (2): 45-8.

12. Ferraz ER. Requisitos mínimos para a organização da sala de Recuperação Pós-Anestésica e a assistência de Enfermagem nela prestada. Rev Esc Enferm USP 1980; 14 (2): 123-131.

13. Drain CB, Shipley SB. Enfermagem em sala de recuperação. Rio de Janeiro: Interamericana; 1981.

14. Barros MCD, Bartmann M, Hargreaves L. Enfermagem cirúrgica. Rio de Janeiro: Senac/DN/DFP; 1996, p. 3-19.

15. Avelar MCQ, Peniche ACG, Paula TAC, Carbone NA, Silva RV. Validação dos padrões de assistência de Enfermagem em Recuperação Anestésica. Rev Paul Enferm 1991; (nº esp): 11-18.

16. Silva MDçAA, Rodrigues AL, Cezareti IUR. Estrutura organizacional da sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA). In: Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1999, p. 233-43.

17. Jouclas VMG. Elaboração e avaliação de um instrumento de comunicação que favoreça a assistência de Enfermagem no transoperatório. [Dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1977.

18. Peniche ACG. Abrangência da atuação do enfermeiro em sala de Recuperação Anestésica como perspectiva de melhor assistência ao paciente no período perioperatório. Rev Esc Enferm USP 1995; 29 (1): 83-90.

19. Anderson MA, Helms LB. Talking about patients: communication and continuity of care. J cardiovasc Nurs 2000; 14 (3): 15-28.

20. Leopardi MT. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. In: Souza LNA, Padilha MICS. A comunicação e o processo de trabalho em Enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2002; 11(1): 11-30.

21. Welter ER, Reiff PA. Transferring patients from the OR: what the postanesthesia room nurses needs to know. AORN J 1989; 50 (6): 1.248-52.

22. Hall LM, Doran D. Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality. J Nurs Care Qual 2004; 19 (1): 27-33.

23. Patterson PK, Blebm R, Foster J, Fuglee K, Moore J. Nurse information needs for efficient care continuity across patient units. Jona 1995; 25 (10): 29-36.

24. Potter PA, Perry AGP. Recuperação Pós-operatória imediata. In: Fundamentos de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999, v. 2, p. 1.298-1.302.

25. Lamond D. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. Journal of Advanced Nursing 2000; 31 (4): 794-804.

26. Posso MBS. Avaliação das condições dos pacientes na sala de Recuperação Pós-Anestésica. Rev Esc Enferm USP 1975; 9 (3): 9-23.

AUTORIA

Elaine Reda

Professora-assistente especialista da Universidade São Francisco; aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da EEUSP.

Endereço para correspondência:
Rua Tobias Franco, 289, Centro
CEP: 13250-310 – Itatiba – SP
Tel.: (11) 4034-8000 (com.) /
(11) 4538-4767 (res.)

Aparecida de Cassia Giani Peniche
Professora-associada da EEUSP.

Endereço para correspondência:
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419,
3º andar, Cerqueira César
CEP: 05403-000 – São Paulo – SP
Tel.: (11) 3061-7512
E-mail: ggphe@usp.br

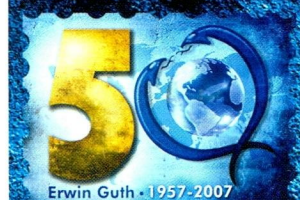
Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em São Paulo (SP), Brasil.

Na década
de 70,
a primeira
exportação

Em 2007
A ERWIN GUTH
é líder em
exportações de
instrumentos
cirúrgicos e
odontológicos.

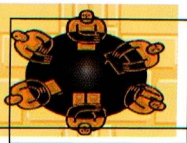


O que
você quer
sonhar
agora?



www.tudoparacirurgia.com.br

Rua Álvaro Fragoso, 378
Ipiranga • 04223.000 • SP
www.erwinguth.com.br
vendas@erwinguth.com.br
export@erwinguth.com.br
Tel.: +55 (11) 6271 3900



INDEXAÇÃO

CORPO EDITORIAL DA REVISTA SOBECC QUER INDEXAR A PUBLICAÇÃO EM NOVAS BASES DE DADOS

Conheça a importância de um periódico técnico-científico ser indexado em bases de dados nacionais e internacionais e veja como ajudar.

A produção científica requer divulgação e precisa ser de fácil acesso para que os pesquisadores a utilizem para leitura, assimilação e geração de novos conhecimentos e, assim, contribuam para a evolução da ciência e da tecnologia. Esse processo se concretiza quando uma publicação técnico-científica é indexada em bases de dados, dando visibilidade à produção de determinada área. Por essa razão, na maioria das vezes, o pesquisador procura publicar seus artigos em periódicos que estejam inseridos em bases de dados internacionais, de forma que seus estudos possam ser acessados pela comunidade científica no âmbito mundial.

É por esse motivo que o corpo editorial da *Revista SOBECC*, que já é indexada nas bases de dados Lilacs e Cuiden, continua se empenhando para que a publicação seja inserida em outras bases, a exemplo de Cinahl, Medline e Scielo, só para citar algumas. Esforços têm sido empreendidos tanto para melhorar a revista, procurando obedecer aos critérios estabelecidos pelos comitês internacionais para a indexação de periódicos em suas bases de dados, quanto para aprimorar a qualidade do conteúdo, do trabalho editorial e da produção, assim como a divulgação do veículo e os tipos de temas abordados.

Nesse sentido, a contribuição dos autores é fundamental para a consolidação do periódico quanto a conteúdo, forma, impacto científico e inserção internacional, entre outros. Na prática, o fato é que os pesquisadores podem contribuir para que a revista seja indexada nas bases de dados nacionais e internacionais de várias formas:

- obedecer ao padrão de qualidade exigido nas instruções aos autores;
- encaminhar os artigos acompanhados de carta de apresentação do trabalho e da instituição, com consentimento dos autores;
- preparar o trabalho com a formatação mínima necessária: resumo e palavras-chave em português, inglês e/ou espanhol;
- apresentar um título conciso e a devida normalização das referências;
- garantir que gráficos, figuras, fotos e outras imagens tenham boa resolução e sejam nítidos e bem definidos, recorrendo a recursos tecnológicos modernos;
- apresentar dados por métodos estatísticos apropriados;
- responder pelas citações e referências no texto, tomando o cuidado de aplicá-las corretamente, de acordo com as instruções

recomendadas pela revista.

O comprometimento dos envolvidos, do conselho editorial, dos pareceristas e dos autores gera o crescimento e a devida valorização da produção científica nacional, especificamente na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como veículo de divulgação da produção nessa seara, a *Revista SOBECC* quer chamar a atenção dos pesquisadores para a relevância de buscar sempre o rigor científico, visando à indexação do periódico em novas bases de dados.

Convém lembrar que a quantidade de acessos aos artigos influencia concomitantemente na valorização da revista e dos autores que deram sua contribuição, promovendo o que chamamos de fator de impacto. Quanto maior esse fator, maior a importância da publicação para a avaliação da produção científica pelos órgãos de fomento, como a Capes, proporcionando, assim, uma melhor classificação da revista.

CRITÉRIOS DE INDEXAÇÃO

Para ser indexado em uma base de dados nacional ou internacional, um periódico técnico-científico deve observar alguns critérios:

- ter regularidade e periodicidade;
- seguir uma normalização – na revista como um todo e, em particular, nos artigos;
- possuir corpo editorial representativo;
- publicar trabalhos originais;
- utilizar o inglês como idioma universal;
- apresentar textos formatados.

AUTORIA

Sonia Maria Gardim

Bibliotecária responsável pela Biblioteca Virtual em Saúde Mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Endereço para correspondência:

Rua Otavio Barreto, 128, Bairro do Limão

CEP: 02560-080 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3966-6695 (res.) / (11) 3061-7524 (com.)

E-mail: sgardim@usp.br

Juliana Akie Takahashi

Bibliotecária responsável pela Seção de Disseminação de Informação e Publicações da EEUSP.



Artigo Original

CONTROLE DE INFECÇÃO

PROJETO DE EXTENSÃO DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Nursing Extension Project about the Control of Nosocomial Infections

Proyecto de Extensión de Enfermería en el Control de las Infecciones Hospitalarias

Maria Cristina Soares Rodrigues • Isabela Pereira Rodrigues

Resumo – Este artigo apresenta um projeto de extensão de Enfermagem no controle de infecções hospitalares, que foi desenvolvido em um hospital-escola de Brasília (DF) e teve, como pressupostos, a interação entre ensino, pesquisa e extensão e a integração entre universidade e comunidade. Trata-se de um relato de experiência que partiu das bases teóricas que fomentaram a elaboração da proposta, contendo a descrição dos objetivos da ação, dos agentes de atuação, do cenário da prática, das etapas de operacionalização e do sistema de avaliação do projeto, além de indicar seus componentes metodológicos e sua forma de financiamento. Os resultados, na fase inicial de desenvolvimento, apontaram a necessidade de avançar e de inovar nas atividades de ação contínua de Enfermagem na vigilância de infecções hospitalares. Por outro lado, essa experiência integradora e interdisciplinar contribuiu para a formação do futuro profissional enfermeiro, abrindo canais de interlocução para o enriquecimento recíproco e estreitando a relação entre o trabalho acadêmico e a assistência à saúde.

Palavras-chave – extensão universitária; Enfermagem; infecção hospitalar.

Abstract – This article presents a Nursing extension project about control of nosocomial infection in a teaching

university hospital in Brasilia. It has as purpose the interaction between education-research-extension and the integration between university and community. It is a report of an experience starting from the theoretical basis which fomented the elaboration of the proposal, followed by the description of extensions action's purposes and its agents, the scenery of practice, the operational stages, the project evaluation system which indicates its methodological components and the proposal's financing. The results in this initial phase of the project's development point to the necessity to advance and innovate the activities of nursing continuous action on the nosocomial infections' vigilance. Thus, this integrator and interdisciplinary experience had contributed to the formation of future Nursing professionals, opened communication channels for a reciprocal improvement and narrowed the relations between academic work and health assistance.

Key words – university extension; Nursing; nosocomial infection.

Resumen – Este artículo presenta un proyecto de extensión de Enfermería en el control de infecciones hospitalarias en un hospital-escola de Brasília (DF). Tiene como presupuestos la interacción entre enseñanza-investigación-extensión y la

integración entre universidad - comunidad. Se trata de un relato de experiencia partiendo de las bases teóricas que animaron la elaboración de la propuesta, seguida de la descripción de los objetivos de la acción de extensión y de los agentes de actuación, el escenario de la práctica, las etapas de la operacionalización, el sistema de evaluación del proyecto indicando sus componentes metodológicos y el apoyo financiero de la propuesta. Los resultados en esta etapa inicial de desarrollo del proyecto indican la necesidad de avanzar e de innovación de las actividades de acción continuada de enfermería en la vigilancia de infecciones hospitalarias. Así, esa experiencia integradora e interdisciplinaria contribuyó para la formación del futuro profesional enfermero(a), abrió canales de interlocución para el enriquecimiento recíproco y estrechó la relación entre trabajo académico y asistencia a la salud.

Palabras clave – extensión universitaria; Enfermería; infección hospitalaria.

INTRODUÇÃO

A sociedade do século XXI vivencia a situação do acréscimo populacional, as limitações das fontes de recursos e a demanda excessiva por educação⁽¹⁾. No que se refere à formação superior, a



Artigo Original

CONTROLE DE INFECÇÃO

universidade brasileira é conclamada a redefinir estratégias que lhe possibilitem sobreviver e atender às suas finalidades. Assim, passa por um profundo momento de discussão e reflexão, na perspectiva da reforma universitária.

A extensão universitária se legitima como processo orgânico e contínuo do trabalho acadêmico, considerando os desafios por que passam as instituições federais de ensino superior (IFES), na busca da qualidade científica, tecnológica e artístico-cultural e na interação com a sociedade por meio de ações de promoção e garantia de valores democráticos de igualdade e desenvolvimento social, levando em conta seu perfil acadêmico e seu papel social⁽²⁾.

No cerne de tais pressupostos, a extensão é concebida como o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade⁽³⁾. Desse modo, uma ação do gênero constitui-se em um elemento capaz de operacionalizar a relação teoria-prática, promovendo a troca entre os saberes acadêmico e popular e selando o compromisso social da universidade enquanto instituição pública empenhada em equacionar questões que afligem a maioria da população.

A partir dessas diretrizes norteadoras, as ações de extensão realizadas pela Universidade de Brasília (UnB) e viabilizadas pelo Decanato de Extensão (DEX) têm o propósito precípua de promover a interação transformadora entre a instituição e a sociedade, integrando as artes e a ciência ao ensino, à pesquisa e ao desenvolvimento social. De acordo com a política de extensão em vigor na UnB, essas atividades apresentam grande diversidade e derivam da natureza da instituição, cuja função é cultivar o saber

no sentido de sua produção, disseminação e aplicação⁽⁴⁾. Assim, diferentes projetos de extensão são conduzidos e refletidos pela comunidade acadêmica da UnB, aproximando-se da realidade do Distrito Federal. Entre eles, em 2004 foi implantado o Projeto de Atuação de Enfermagem no Programa de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário de Brasília.

Essa proposta nasceu do interesse de professoras do curso de Enfermagem da instituição no propósito de tornar oportuno o saber-fazer e o saber-ser enfermeiro na prevenção e no controle de infecções hospitalares por meio de uma ação de extensão, uma vez que havia uma lacuna na formação do discente de Enfermagem nessa área do conhecimento e, ao mesmo tempo, um contexto conveniente para a atuação da Enfermagem junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

OBJETIVO

O presente texto descreve a experiência vivenciada no desenvolvimento de ações de extensão de Enfermagem voltadas à prevenção e ao controle de infecções hospitalares no HUB.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este artigo traz um relato de experiência profissional na área de ensino e de extensão universitária, ao retratar as fases de implantação e realização de um projeto de extensão de ação contínua de Enfermagem, desenvolvido de maio a dezembro de 2004.

Iniciando o percurso

O caminho para a construção e para a operacionalização da iniciativa seguiu

normas estabelecidas pelo DEX. Utilizamos um formulário próprio, do qual constam os principais elementos de um projeto, que foi posteriormente submetido à análise do coordenador de Extensão de Unidade da Faculdade de Ciências da Saúde e do representante de Extensão do Departamento de Enfermagem. Os elementos da proposta também passaram pela apreciação do colegiado do curso de Enfermagem. Os pareceres orientaram a decisão dos membros da Câmara de Extensão (CEX) do DEX da universidade. Assim, em todas as instâncias o projeto teve sua homologação. Além do mais, recebeu visto da direção do HUB e do presidente da CCIH, que até hoje vêm dando valioso apoio às suas intenções.

Referenciais teóricos para a construção do projeto

Os avanços tecnológicos relacionados com os procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos e o aparecimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar tornaram as infecções hospitalares (IHs) um problema de saúde pública⁽⁵⁾.

No Brasil, o processo de recomendação de controle das IHs começou nos anos 70, por meio de uma iniciativa do antigo INAMPS, estendida aos hospitais a ele conveniados, seguida da implantação de comissões em algumas instituições públicas de ensino ligadas às universidades⁽⁶⁾. Contudo, a preocupação emergente com as IHs efetivamente surgiu na década de 80, com a morte do então presidente da República Tancredo Neves, que teve sua condição clínica agravada pela infecção. A partir de então, incentivaram-se ações governamentais por intermédio de cursos, manuais e portarias – inicialmente, a Portaria n.º 196 do Ministério da Saúde

(MS), promulgada em 24 de junho de 1983, e, depois, a Portaria n° 930/92, que determinou que todo hospital brasileiro tivesse uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Entretanto, apesar das tentativas de implementação de controle da infecção, dados da Coordenadoria de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde demonstraram pouca efetividade de tais ações, tendo estimado que apenas 10% dos hospitais criaram comissões para esse fim⁽⁷⁾.

A legislação atualmente vigente – a Portaria n° 2.616/MS, de 12 de maio de 1998 – dispõe sobre as diretrizes e as normas para a prevenção e para o controle das IHS, considerando, entre outros aspectos, as determinações da Lei n° 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que trata da obrigatoriedade da manutenção, por parte dos hospitais do País, de um programa de controle de infecções hospitalares (PCIH). Para efeito dessa lei, definiu-se PCIH como “um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, para a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”^(8, 9). O programa precisa ser desenvolvido pelos membros executores da CCIH, que têm de possuir diferentes formações profissionais, embora um deles deva ser, preferencialmente, um enfermeiro. Esse destaque está respaldado pela expressão desse profissional como um dos agentes principais da CCIH, o que se atribui à abrangência de seu conhecimento técnico-científico, uma vez que ele atua como elo canalizador entre os demais profissionais de saúde e, dessa forma, facilita o desenvolvimento das ações previstas no PCIH.

Outra iniciativa relevante do MS foi o Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares e Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar. Realizado de maio a

agosto de 1994, o projeto avaliou 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação. O tempo médio de permanência no hospital foi de 11,8 dias, mas esse número subiu para 21,7 dias entre os que contraíram IH. A taxa de pessoas com IH foi de 13,1%, tendo variado de 10%, nos hospitais privados sem fins lucrativos, a 18,4%, nas instituições públicas. Essa diferença se explica pelo fato de os casos mais complexos serem encaminhados aos hospitais mantidos pelos governos. Contudo, é preciso considerar que não existe um índice válido universalmente. Cada hospital deve conhecer o perfil de seus pacientes, a qualidade do atendimento de sua equipe e os microrganismos presentes, que podem ser prejudiciais⁽¹⁰⁾.

Por parte da comunidade científica, surgiu o interesse por eventos científicos voltados ao controle de IH, o que fez crescer o número de estudos para aperfeiçoamento dos métodos de vigilância epidemiológica. Na segunda metade da década de 90, houve a necessidade de controlar a qualidade dos hospitais, em decorrência do crescimento desse setor, tendo os profissionais e as instituições de saúde começado a buscar modelos operacionais⁽¹¹⁾.

A produção científica nacional, desde os anos 50, estava predominantemente focada em aspectos como o ambiente, procedimentos de anti-sepsia, esterilização, desinfecção, higiene, áreas de risco, fluxo de pessoal e material. Entretanto, a partir da década de 70, passou a se destacar o caráter multifatorial das infecções e, com isso, elas começaram a ser atribuídas não mais apenas ao ambiente, mas também à suscetibilidade individual e à introdução de novas tecnologias. Quando, na década de 80, a IH evoluiu em quantidade e gravidade, tendo chamado a atenção dos veículos de comunicação, a produção científica

manifestou-se em forma de denúncias, já então evidenciando a necessidade de organização da CCIH. Assim nasceram as principais ações governamentais que validaram e padronizaram produtos, tais como desinfetantes, anti-sépticos e esterilizantes. Na década de 90, com a implantação dessas comissões nos hospitais, a comunidade científica se voltou aos métodos de vigilância epidemiológica, na tentativa de prevenir e controlar as infecções hospitalares^(11, 12).

Objetivos da ação de extensão

Com o propósito de contribuir com a melhoria das ações previstas no PCIH do HUB e dar aos discentes de Enfermagem a oportunidade de experimentar vivências contextualizadas de ações de prevenção e controle de IHS, foram traçados como objetivos do projeto:

- apoiar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), especificamente a CCIH, e atuar de acordo com as ações previstas no PCIH do HUB;
- desenvolver competências técnico-científicas, atitudes e valores referentes à atuação do enfermeiro, permeados por ações de prevenção e de controle de infecções hospitalares e de educação em serviço.

Atores e cenário da iniciativa

O projeto se caracterizou pela execução multidisciplinar e interinstitucional, tendo envolvido dois docentes do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília, os coordenadores e executores da proposta, dois voluntários de Enfermagem e os membros executores da CCIH do HUB. Já os cenários de desenvolvimento das atividades foram os diferentes serviços da instituição hospitalar.

Ações desenvolvidas

O quadro 1 indica as ações de extensão desenvolvidas pelos agentes executores



Artigo Original

CONTROLE DE INFECÇÃO

do projeto, descritas em três etapas de operacionalização.

Quadro 1 – Ações de extensão de Enfermagem⁽¹³⁾. Brasília, 2004.

Primeira etapa, preparatória e de imersão no projeto de extensão de ação contínua de Enfermagem:

- seleção dos discentes para compor a equipe de trabalho, segundo critérios estabelecidos pela coordenação do projeto;
- apresentação e discussão da proposta de trabalho em reunião.

Segunda etapa, de operacionalização de Enfermagem. A equipe foi integrada à CCIH do HUB e desenvolveu as seguintes atividades:

- debate sobre o programa de controle de infecção instituído no HUB;
- participação ativa no Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares (SVEIH), o segundo método de vigilância epidemiológica adotado na instituição;
- realização de investigação epidemiológica dos casos e surtos, sempre que indicado, e implantação de medidas imediatas de controle, segundo normas e rotinas da CCIH;
- notificação das IHS;
- monitoramento dos casos, ou seja, dos pacientes com IH;
- participação na elaboração do relatório mensal dos indicadores epidemiológicos interpretados e analisados;
- participação na avaliação periódica e sistemática das informações provenientes do SVEIH;
- visitas técnicas às áreas destinadas a pacientes críticos e a outros setores;
- participação na implementação do Projeto do Serviço Ambulatorial de Egressos Cirúrgicos.

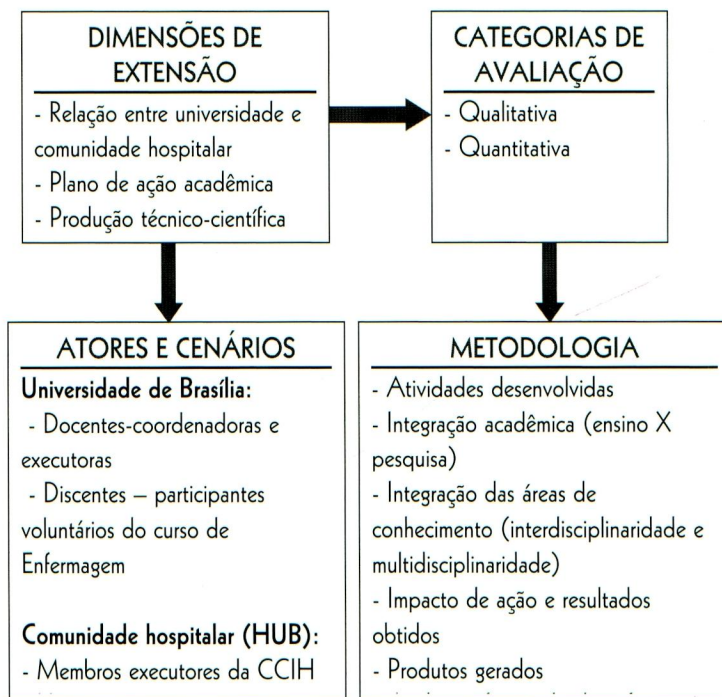
Terceira etapa, de natureza acadêmico-científica:

- levantamento bibliográfico sobre a temática central, de infecção hospitalar;
- elaboração de trabalho acadêmico para divulgação científica, da experiência vivenciada, em periódico especializado e/ou em veículo on-line;
- participação em reuniões científicas com a equipe de trabalho e a da CCIH do HUB;
- participação em eventos científicos.

Sistema e componentes da avaliação do projeto

Os componentes da avaliação do processo da ação são apresentados na figura 1. Ressaltamos que o principal referencial dessa análise foi o comportamento da realidade como consequência do projeto, ou seja, de que modo se produziram transformações nos atores envolvidos e no contexto de desenvolvimento da empreitada. Assim, expressamos as informações provenientes da avaliação em um relatório final, que encaminhamos à Diretoria Técnica de Extensão do DEX para a apreciação institucional da extensão universitária.

Figura 1 – Sistema e componentes do Projeto de Extensão de Ação Contínua de Enfermagem no Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário de Brasília. Brasília, 2004.



Financiamento

Os recursos financeiros para a operacionalização das atividades de extensão provieram do Programa de Apoio a Projetos de Extensão de Ação Contínua do DEX da UnB, por meio de edital de concorrência lançado anualmente. O projeto foi selecionado em 2004 e recebeu verbas para a obtenção de materiais de consumo e permanente, essenciais para a viabilização das atividades previstas. Além disso, contou com o suporte do Programa de Bolsas de Extensão e de Estudantes Extensionistas Voluntários, a fim de viabilizar a participação do estudante de Enfermagem na iniciativa.

RESULTADOS

As experiências vivenciadas, percebidas e sentidas pelas docentes-coordenadoras e executoras do projeto e pelos participantes voluntários, em conjunto com os componentes da CCIH, no cotidiano do desenvolvimento das ações, ocorreram permeadas pelo saber-fazer da profissão e pelo saber-ser construtivista e colaborativo. Dessa forma, destacaram-se os seguintes aspectos na avaliação das atividades do projeto:

- inserção do discente de Enfermagem na CCIH;
- acolhimento dos participantes pelos membros do SCIH;
- co-participação dos funcionários da CCIH no projeto;
- desenvolvimento de atividades específicas de atuação do enfermeiro na prevenção e no controle de IHS;

- fortalecimento da integração entre a universidade e a comunidade hospitalar;
- aproximação do discente de Enfermagem da produção técnico-científica, o que ocorreu e ocorre por meio de vivências práticas.

Os aspectos que precisavam ser fortalecidos foram discutidos e refletidos, tendo-se firmado a importância da continuação do projeto, mas com algumas inovações. Assim, a iniciativa passou por uma renovação para 2005, com a concessão de três bolsas de extensão, o que fortaleceu e ampliou as ações já previstas na proposta inicial e acrescentou outras perspectivas, como a atuação no Ambulatório de Vigilância de Infecção Hospitalar Pós-Alta, a elaboração de um Manual de Procedimentos para o Ambulatório de Egressos, a investigação científica acerca da incidência de infecção

de sítio cirúrgico e o desenvolvimento de atividade de educação em serviço.

CONCLUSÃO

Com a implantação do Projeto de Atuação de Enfermagem no Programa de Controle de Infecções Hospitalares do Hospital Universitário de Brasília, temos buscado vivenciar a interação entre o ensino e a pesquisa por meio de ações de extensão, especialmente sobre o modo de fazer e ser do enfermeiro no controle de infecção hospitalar. Essa experiência foi e continua sendo de grande valia, na medida em que contribui com os agentes da extensão e a comunidade envolvida, transformando e fortalecendo a prática institucional na perspectiva da qualidade da assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Inovação e qualidade ao seu alcance.



HMTS

Esterilizador por Plasma de Peróxido de Hidrogênio
40 - 80 litros



O HMTS esteriliza o interior dos endoscópios.



Mais econômico, graças ao baixo custo de instalação, operação e insumos.



presença mundial

Baumer S.A.

Customer Service/Comercial:
F: 55 (11) 3670.0000 • Fax: 55 (11) 3670.0053
www.baumer.com.br
e-mail: cmlbh@baumer.com.br

STIC

Controle de Contaminação
e Sistemas Térmicos



Artigo Original

CONTROLE DE INFECÇÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faria DS. Extensão universitária: do assistencialismo à autonomia, do mercado ao social. Rev Dec Ext UnB 1999; 3(4):14-6.
2. Serrano RMSM, Justino MJ, Nogueira MDP, Mendes SR. Avaliação nacional da extensão universitária. Brasília: MEC/SESu; 2001.
3. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Plano Nacional de Extensão Universitária. Edição atualizada. Brasília: Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras; 2000/2001.
4. Universidade de Brasília (UnB). Decanato de Extensão: a extensão na Universidade de Brasília – o que é e como participar. Brasília; 2004.
5. Turrini RNT, Santo AH. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. J Pediatr [periódico na internet]. 2002 [citado em 2004, dez. 20]; 78(6):[cerca de 9 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
6. Oliveira AC, Rocha LC. Prevenção das infecções hospitalares cirúrgicas. In: Oliveira AC, Albuquerque CP, Rocha LC. Abordagem das infecções hospitalares: prevenção e controle. Rio de Janeiro: MEDSI; 1997. P. 65-74.
7. Lacerda RA. Ambiente da sala de operações: fonte de contaminação e relação com infecção em Centro Cirúrgico. In: Lacerda RA, organizadora. Controle de infecção em Centro Cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. P. 325-60.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede na forma de anexos diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 1998.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País [legislação na internet]. Brasília; 1997 [citado em 2005, mar. 30]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9431_97.htm
10. Scatolin V. A batalha contra a infecção hospitalar, em defesa da saúde da população. In: Vogt C, organizador. Prêmio Jovem Cientista: histórias da pesquisa no Brasil. São Paulo: Fundação Roberto Marinho; 2003. P. 287-302.
11. Poveda VB. Análise dos fatores predisponentes à infecção do sítio cirúrgico em gastrectomia [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
12. Lacerda RA. Produção científica nacional sobre infecção hospitalar e a contribuição da Enfermagem: ontem, hoje e perspectivas. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(1):55-63.
13. Rodrigues MCS. Relatório final do projeto de extensão de ação contínua. Brasília: Universidade de Brasília; 2004.

AUTORIA

Maria Cristina Soares Rodrigues

Doutora em Ciências da Saúde; professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

Endereço para correspondência:

SQN 205, Bloco G, ap. 506 – Asa Norte

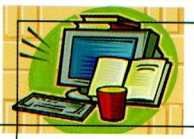
CEP: 70843-070 – Brasília – DF

Tel.: (61) 349-3657 (res.) / (61) 307-2140, ramal 31 (com.)

E-mail: mcsoares@unb.br

Isabela Pereira Rodrigues

Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário de Brasília; professora substituta do curso de Enfermagem da UnB.



Artigo Original

GESTÃO DE MATERIAL

REESTRUTURAÇÃO E PREPARO DOS KITS CIRÚRGICOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA INFORMATIZADO

Reestructuración y Preparo de Kits Quirúrgicos para la Implantación de un Programa

Surgical Kits: Reorganization and Preparation for Informatized Program

Regiane Faria Machado • Renata Yumi Yamaguchi • Maria Lúcia Habib Paschoal

Resumo – Este estudo foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) e teve, como objetivo, reestruturar os kits cirúrgicos para a implantação de um sistema de informatização de suprimento de materiais. Para a reestruturação dos 152 kits existentes, promovemos modificações em seu conteúdo, em sua metodologia de listagem e em seu mecanismo de acondicionamento dos materiais. Após tais medidas, conseguimos reduzir esse total para 90 kits, atendendo às mesmas cirurgias e proporcionando maior organização do trabalho, redução do tempo de desmontagem da sala de cirurgia e maior controle do consumo de materiais. Enfim, pudemos preparar os kits para o sistema de informatização de suprimentos que estava então sendo desenvolvido na instituição.

Palavras-chave – Centro Cirúrgico; informática em saúde; reestruturação hospitalar.

Abstract – This study was carried through in the Surgical Center of University Hospital of São Paulo and the objective was to reorganize surgical kits to introduce a computerize system of materials

supplement. To reorganize the 152 kits has been made modifications in content, in the methodology of supplement system and preservation of the materials. After that, it was possible to reduce the (152 kits for 90), providing more organization, time reduction to clean the surgery room, list control, materials consumption and, finally, prepare them for the supply chain system increase in the institution.

Key words – Surgical Center; computer science in health; hospital reorganization.

Resumen – Este estudio fue realizado en un quirófano del Hospital Universitario de la Universidade de São Paulo y tubo como objetivo para reorganizar los kits para un sistema de informatización de materiales. Para la reorganización de los 152 kits el existentes se hicieron modificaciones en su contenido, en la metodología del listado del kit y en el sistema de empaquetamiento y almacenamiento de los materiales. Después de estas medidas, fue posible disminuir los kits de 152 para 90 acudiendo a las cirugías, proporcionando mayor organización del trabajo, reducción del tiempo para desmontaje del quirófano, un mayor control del consumo de materiales, e por último, para prepararlos

para el sistema de la automatización desarrollado en la institución para suplir los materiales.

Palabras clave – Quirófano; informática en salud; reorganización hospitalaria.

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, o avanço da tecnologia e o mundo cada vez mais globalizado caracterizam um cenário de constantes mudanças. Com isso, as grandes e as pequenas empresas estão procurando inovações que contemplem a reflexão e a revisão periódica de seu processo de trabalho. Não dá para negar que as transformações mundiais têm exercido influência direta nesse contexto, gerando necessidades iminentes de novas tecnologias e de atualização do conhecimento para atender com eficiência, agilidade e qualidade às demandas geradas pelo mercado.

Diante dessas exigências e da obrigação de melhoria constante, atualmente é possível lançar mão de vários recursos, como os instrumentos de controle, automação e organização do serviço, atrelados aos processos de informatização.

Alguns anos atrás, era bem clara a visão em empresas privadas, que sempre trabalharam buscando a redução dos custos e, conseqüentemente, o aumento dos lucros. Em instituições públicas, porém, essa preocupação não se mostrava tão evidente, talvez por haver diferentes objetivos e pela forma distinta de trabalho. Hoje em dia, no entanto, a situação vem mudando e as organizações, tanto privadas quanto públicas, possuem objetivos finais voltados para um mesmo sentido: menor custo e melhor qualidade de atendimento para seus clientes.

Esse foco se estende também às instituições hospitalares, pois o crescimento exponencial dos custos em saúde está diretamente relacionado com o emprego de novas tecnologias, com o aumento da expectativa de vida da população, com o crescimento da demanda, em vista da universalização do acesso à saúde, com a escassez de mão-de-obra qualificada, acarretando baixa produtividade, com a má gestão das organizações, devido à incapacidade administrativa dos profissionais de saúde, com a não-implantação de sistemas de controle de custos e com os desperdícios na cadeia produtiva⁽¹⁾.

A administração de materiais é hoje considerada de vital importância para a sobrevivência das empresas prestadoras de serviços, seja pela dependência que o processo produtivo tem de tais recursos, seja pelo impacto econômico dessa atividade em suas planilhas de custos, exigindo, por conseqüência, um alto nível de profissionalização dos agentes responsáveis pela condução dos processos de suprimentos, em todas as suas fases – do planejamento, da compra, do recebimento, da armazenagem, da distribuição, da aplicação e, principalmente, do uso criterioso e consciente dos itens. Não se admitem desperdícios e perdas. Não é aceitável conviver com políticas que resultem em níveis elevados de estoque,

que invariavelmente acobertam a ineficiência e a falta de um planejamento adequado, realista e consolidado em todos os níveis da organização⁽²⁾.

A ineficiência do processo gerencial em saúde, referente às despesas, começa pela falta de informações sobre os custos de procedimentos terapêuticos em relação à produtividade dos diferentes serviços. Foi criada, nessa área, uma mentalidade de defesa da quantidade de recursos, sem considerar a busca pela eficiência. Por conseqüência, passaram a ser criados e implantados sistemas de controle de custos com o propósito de otimizar recursos⁽¹⁾.

Os insumos necessários à prestação de assistência à saúde e os recursos materiais representam um custo da ordem de 30% a 45% das despesas das instituições de saúde. Portanto, é necessário que haja uma gestão adequada dos suprimentos, principalmente em um hospital, que utiliza inúmeros itens, com classes bastante diversificadas⁽³⁾.

Para uma boa administração dos materiais dentro de uma empresa, o gerente tem a difícil tarefa de proporcionar uma forma adequada de trabalho que contribua para controlar itens e equipamentos, mas que seja pautada por um sistema informatizado para o gerenciamento de suprimentos e, ao mesmo tempo, pelo comprometimento dos funcionários com o uso adequado dos materiais – afinal, são eles que lidam diretamente com tais insumos.

Dentro da área hospitalar, o envolvimento da equipe é fundamental, principalmente do profissional de Enfermagem, uma vez que essa categoria desempenha um papel relevante em relação aos materiais de consumo, por ser usuária de uma gama considerável de itens, além de estar diretamente ligada a eles⁽⁴⁾.

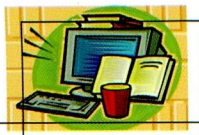
Devemos ressaltar ainda a indispensabilidade do planejamento na Enfermagem,

uma vez que é o enfermeiro que, no dia-a-dia, consome, coordena, controla e planeja o material descartável e de consumo. Tal atividade ganha ainda mais peso quando consideramos que essa equipe consome grande quantidade dos insumos adquiridos pela organização⁽⁵⁾.

Tendo em vista os fatos apresentados até o momento, fica clara a relevância da administração de suprimentos com o apoio de um software que envolva custo e qualidade da assistência prestada ao paciente, com o envolvimento da Enfermagem. Não por acaso, portanto, o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) decidiu reestruturar o serviço de gerenciamento de materiais com a criação de um modelo informatizado de controle de materiais e custos, contando com a participação direta da equipe de Enfermagem. Para alguns autores, trabalhar com custos nessa seara consiste em desafiar os enfermeiros a traçar um novo paradigma para sua área de atuação, o que exige um desenvolvimento de habilidades técnico-administrativas que ultrapassem a visão do cuidado pelo cuidado⁽⁶⁾.

Dentro desse raciocínio, entendemos que uma das equipes de Enfermagem passíveis de novos paradigmas é a do Centro Cirúrgico, o que se justifica pelas próprias características do setor, que apresenta um custo elevado, e também por ser o enfermeiro o responsável por toda a organização de materiais para a realização dos procedimentos cirúrgicos.

No Centro Cirúrgico do HU-USP não é diferente. A unidade responde, em média, por 10% do consumo geral de suprimentos da instituição e possui o maior número de itens. Na ocasião da reestruturação, embora realizasse o controle de materiais, por meio de kits padronizados para todos os procedimentos cirúrgicos, a área não conseguia obter dados reais do consumo de produtos em



Artigo Original

GESTÃO DE MATERIAL

uma cirurgia, pois, na prática, existiam diversos problemas, a exemplo da falta de um sistema informatizado e integrado ao processo de suprimentos, da ausência de uma avaliação periódica dos kits cirúrgicos, da falta de produtos nos kits, do excesso de materiais, que causa desperdício ou sobra excessiva de itens ao fim da cirurgia, de kits cirúrgicos preparados com conteúdos semelhantes para diferentes operações e da inadequação de alguns artigos diante das solicitações das equipes cirúrgicas durante o período intra-operatório – sem contar a insatisfação da equipe de Enfermagem. Tais transtornos, vivenciados no dia-a-dia pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico, e a elaboração do programa informatizado de gerenciamento de materiais motivaram-nos a reestruturar os kits cirúrgicos.

OBJETIVO

Este trabalho teve o objetivo de reestruturar e preparar os kits cirúrgicos para um sistema de informatização de suprimentos de materiais.

METODOLOGIA

Tipo e campo de estudo

O presente estudo foi exploratório e descritivo, tendo sido desenvolvido no Centro Cirúrgico do HU-USP, um hospital inaugurado em 1981 na Cidade Universitária, em São Paulo (SP), e voltado ao ensino, à pesquisa e à assistência à saúde com atendimento secundário. A instituição atende a população da zona oeste de São Paulo e a comunidade de docentes, funcionários e alunos da USP, dispondo atualmente de 267 leitos distribuídos em quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

O Centro Cirúrgico está localizado no

segundo andar do hospital, com nove salas de cirurgia ativadas e sete leitos de Recuperação Anestésica, mantendo comunicação com as unidades de internação, com o Centro de Material e Esterilização (CME), com o almoxarifado central e com outras áreas afins.

Para que as cirurgias sejam realizadas, há uma central de agendamento cirúrgico e uma área específica de armazenamento e preparo de materiais. Nesse setor, chamado de guarda de materiais, ficam todos os itens recebidos do almoxarifado central e do CME que são necessários para os procedimentos cirúrgicos, ou seja, os itens descartáveis e de consumo, assim como os artigos esterilizados. As cirurgias têm agendamento diário, efetuado por uma secretária, que faz a reserva, por telefone, das 8 às 17 horas. Hoje, esse sistema é informatizado e possibilita o acesso à intenção cirúrgica por todos os usuários da rede. Os enfermeiros do Centro Cirúrgico programam, no próprio sistema, os materiais necessários para as intervenções referentes à semana seguinte, realizando a revisão diária para verificar a eventual inclusão de novos procedimentos. Essa mesma programação é igualmente acessada pelo enfermeiro do CME para o preparo dos instrumentais cirúrgicos e de outros artigos que forem necessários.

População

A população do estudo foi constituída pelos 152 kits cirúrgicos existentes na unidade de Centro Cirúrgico do HU-USP.

Coleta de dados

Fizemos a coleta de dados por meio da análise dos kits cirúrgicos existentes na unidade, incluindo informações fornecidas pela equipe de Enfermagem e também os dados que observamos durante os

procedimentos cirúrgicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a primeira cirurgia, o Centro Cirúrgico do HU-USP trabalha com o sistema de kits padronizados de materiais. Esse método foi organizado pela equipe do setor e pelo Departamento de Enfermagem, em conjunto com as docentes das disciplinas de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP.

Já naquela época, a idéia era manter a quantidade mínima de material na sala operatória, ou seja, o suficiente para cada procedimento específico, com os objetivos de controlar os suprimentos, evitar desperdícios, melhorar a adequação na utilização dos itens e propor melhores condições de armazenamento e controle de esterilização, de modo a criar, assim, um ambiente propenso a um menor risco de infecção do sítio cirúrgico e, conseqüentemente, à prestação de um atendimento de mais qualidade ao paciente. Foi com essa proposta que nasceram os kits cirúrgicos com o suprimento adequado para cada cirurgia, compostos de material de consumo, de instrumentais e de outros itens necessários. Tais agrupamentos deram origem a inúmeras listagens de materiais para a criação dos kits cirúrgicos, divididas em duas partes.

Primeira parte da listagem

- Local para etiqueta de identificação do paciente
- Nome do kit cirúrgico
- Relação de material armazenado no CME
- Data de montagem do kit e de encaminhamento para o Centro Cirúrgico
- Assinatura do responsável pela montagem no CME

- Observações registradas no expurgo quando os materiais e instrumentais retornam do Centro Cirúrgico

Segunda parte da listagem (a ser completada no Centro Cirúrgico)

- Identificação do cirurgião
- Nome e horário da cirurgia
- Relação de material de consumo armazenado no Centro Cirúrgico
- Solicitação de artigo extra durante a cirurgia
- Problemas com o material
- Assinatura do circulante responsável
- Data e horário do encaminhamento do kit para o expurgo do CME

De acordo com um estudo realizado na instituição após a elaboração de listagens e de kits dos procedimentos cirúrgicos, houve otimização dos recursos humanos, diminuição de custos e padronização dos artigos descartáveis e do suprimento de materiais, melhorando, assim, a quantidade e a qualidade dos serviços prestados aos clientes⁽⁷⁾.

Dificuldades encontradas

Embora o Centro Cirúrgico do HU-USP tivesse, em sua rotina de trabalho, os kits padronizados por cirurgia, pudemos observar algumas dificuldades referentes ao controle dos recursos materiais. Todo o processo era realizado manualmente, desde a montagem do kit até a reposição mensal dos itens na unidade. A montagem ocorria na área de guarda de materiais. Com base em uma listagem, o funcionário recebia o carro cirúrgico do CME com alguns materiais estéreis e, em seguida, completava o kit com os itens de consumo da área de suprimentos. Esse processo de trabalho acarretava transtornos ao período intra-operatório, a exemplo de esquecimento de alguns itens, quantidade inadequada e material inapropriado para

a intervenção. Falhas como a falta de materiais, constatada durante a cirurgia, obrigavam o circulante a se ausentar da sala operatória repetidas vezes e geravam desperdício e sobra excessiva de materiais no fim do procedimento, resultando em retrabalho para a equipe. Isso sem contar a ausência de registro da utilização do material por cirurgia e a insatisfação do grupo com a inadequação dos itens, observada diante das solicitações das equipes cirúrgicas.

O fato é que tanto a carência como o excesso de material no kit podem ser mais bem administrados com um sistema informatizado, uma vez que o método manual torna os problemas como falta, desperdício e sobra excessiva praticamente inevitáveis, além de não permitir uma avaliação periódica sistematizada dos kits cirúrgicos, tampouco o registro do que é consumido e do que realmente precisa ser entregue.

Medidas tomadas para reestruturar os kits cirúrgicos

Diante dos problemas encontrados na prática diária de trabalho com os kits cirúrgicos, tomamos algumas medidas para reestruturá-los. Uma das primeiras foi a busca de conhecimentos mais profundos sobre as cirurgias e seus materiais necessários, assim como sobre os dados que envolviam desde a montagem do kit até a realização do procedimento, o que obtivemos por meio de visitas a outras instituições, observação de campo e pesquisas em publicações sobre o tema. Após essa procura, procedemos a várias providências que resumimos nos passos descritos a seguir.

Passo-a-passo da reestruturação

1) Fizemos modificações no conteúdo, na metodologia da listagem do kit cirúrgico e no sistema de acondicionamento dos materiais.

2) Para cada nova cirurgia, elaboramos um kit, o que levou a um acervo de 152 conjuntos, embora muitos fossem semelhantes em seu conteúdo, porém com nomes diferentes.

3) Preocupadas em manter os nomes dos kits cirúrgicos com uma linguagem do cotidiano, habitualmente conhecida pela equipe de Enfermagem, e em prepará-los para um sistema informatizado de suprimentos de materiais, optamos por reestruturar os conjuntos com a utilização de uma classificação de grupos de cirurgias preexistentes.

4) Começamos o processo com o levantamento de todos os kits de cirurgia já existentes na unidade de Centro Cirúrgico.

5) Dividimos os 152 kits por especialidade cirúrgica, o que resultou em 12 grupos: Bucomaxilar, Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Tórax, Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia, Cirurgia Vasculard, Ortopedia, Cirurgia Plástica e Endoscopia. Para alguns autores⁽⁸⁾, a separação, ou a listagem, do itens por grupos afins facilita muito a padronização, a distribuição e o controle do material.

6) Em seguida, revisamos os kits, tendo-os comparado e relacionado a quantidade de material com o procedimento a ser realizado. O tipo de item, de consumo ou permanente, foi outro problema identificado nessa fase. Muitos materiais iguais apresentavam nomes diferentes e estavam inseridos na listagem de forma totalmente desordenada, o que propiciava falhas na montagem do conjunto.

7) Considerando a dinâmica da montagem de um kit e pensando no banco de dados do programa de suprimentos informatizado, optamos por uma padronização de linguagem e pela elaboração de uma nova listagem, com uma seqüência



Artigo Original

GESTÃO DE MATERIAL

lógica de materiais. Ao término desse processo, observamos vários kits subutilizados, com os mesmos itens para procedimentos diferentes, mas dentro de uma mesma especialidade. Alteramos, então, esses conjuntos, e formamos um único kit que atendesse a vários procedimentos num mesmo grupo. Assim, alguns foram excluídos, outros, elaborados, alguns, agrupados e outros sofreram pequenas alterações de acordo com a necessidade do serviço.

8) Após a execução dessas medidas, conseguimos reduzir o número total de 152 para 90 kits, com a mesma demanda anterior de cirurgias. Começamos, então, a avaliar todos os conjuntos, tendo-os testado durante dois meses em sala operatória, sempre com a participação do circulante na observação da utilização dos materiais e na emissão de sua opinião sobre a nova listagem. Ao mesmo tempo, realizamos uma reunião com o grupo de enfermeiros do Centro Cirúrgico para a apresentação dos kits e o levantamento de suas críticas e sugestões. Para facilitar, sugerimos aos profissionais que escolhessem a especialidade por que tivessem maior afinidade. Assim, cada um se responsabilizou por um grupo cirúrgico nesse processo de revisão. Com isso, novas alterações, relativas à quantidade e ao tipo de material, foram feitas com base na experiência dos enfermeiros e na contribuição dos técnicos de Enfermagem durante a utilização do material no procedimento.

9) O próximo passo envolveu o acondicionamento dos materiais. O sistema de carro aberto de três andares, até então adotado para acondicionar o kit cirúrgico, permitia acomodar um grande número de itens devido à sua capacidade. Dessa maneira, favorecia o desperdício, a falta de sensibilização da equipe multiprofissional na utilização adequada do material

e o retrabalho da equipe ao mandar de volta as sobras à área de suprimentos inúmeras vezes. Outro problema estava na dificuldade de utilizar esse método em associação a um programa informatizado, visto que não havia possibilidade de controlar o que realmente era usado em um sistema aberto, sem registro de consumo e com todas as variáveis anteriormente citadas. Portanto, optamos por implantar outro mecanismo, com a utilização de caixas plásticas organizadoras. Para isso, partimos da listagem revisada, tendo considerado o tamanho do kit para estabelecer a capacidade da caixa. Assim, adotamos caixas pequenas, médias e grandes como padrão. Os materiais do Centro Cirúrgico começaram, então, a ser colocados nas caixas de tamanho correspondente ao kit, devidamente identificadas, seguindo uma seqüência lógica de montagem determinada segundo a especificidade dos itens: pesados, líquidos e delicados. Além disso, estabelecemos uma rotina de montagem na qual os kits para as cirurgias do período da manhã passaram a ser montados na noite anterior e os do período da tarde, na parte da manhã do dia do procedimento e dispensados para a sala de operação no momento da intervenção. Já os materiais da Central de Material e Esterilização continuaram no carro de três andares, respeitando igualmente uma seqüência lógica.

Primeiro andar

- Caixa de instrumental
- Bandeja de anti-sepsia
- Cuba rim
- Caneta de bisturi elétrico
- Caixa plástica organizadora com descartáveis do Centro Cirúrgico

Segundo andar

- Aventais cirúrgicos
- Campos cirúrgicos

- Campos impermeáveis

Essa solução, portanto, propôs a utilização do kit cirúrgico reestruturado em caixa plástica, contendo material descartável, e do carro com artigos do CME, o que proporcionou maior organização do trabalho, reduziu o tempo para desmontagem da sala de operação e permitiu o registro e o controle de consumo do material usado, assim como a sensibilização da equipe multiprofissional. Vale adicionar que o kit revisado basicamente ficou com os seguintes itens: solução de anti-séptico alcoólico, lâminas de bisturi, luvas cirúrgicas, pacotes de gaze, seringas e compressas cirúrgicas, entre outros materiais, dependendo do tipo de conjunto.

Evidentemente, é importante a integração desse método de organização com um sistema informatizado, que tenha leitura de código de barras, de modo a fornecer dados como a quantidade usada, o tipo de item necessário para cada procedimento e a origem do artigo, ou seja, se o material lido pela leitora de códigos faz parte da listagem do kit ou se foi solicitado em uma ou em poucas ocasiões. A partir desses dados, após um período de utilização, há necessidade de rever e avaliar periódica e sistematicamente os kits. Mas, para que essa análise seja possível, é preciso que esse processo tenha como conduta:

- a revisão da padronização da linguagem para evitar, ao longo do tempo, que nomes diferentes sejam atribuídos a materiais semelhantes;
- a inclusão, a exclusão e/ou a alteração de itens e de sua quantidade na listagem.

Sabemos também que essa revisão deve ser entendida como um processo contínuo, próprio de cada serviço, e ser instituída periodicamente e todas as vezes

que ela se fizer necessária para garantir o bom andamento do serviço, o controle de materiais e a prestação de uma melhor assistência ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As medidas tomadas certamente serviram para melhorar e preparar os kits cirúrgicos para o sistema de informatização de suprimentos de materiais que estava sendo desenvolvido pela instituição na ocasião da realização deste estudo. Entretanto, temos consciência da necessidade de aprimoramento constante no gerenciamento de materiais. O processo de trabalho nessa área sofre mudanças ao longo do tempo, de acordo com as

demandas do serviço, sendo influenciado por diversos fatores e novas tendências.

Nos dias de hoje, é impossível negar a importância de uma reflexão permanente dos processos de trabalho, principalmente quando temos, de um lado, a administração necessitando de dados e de números para estabelecer metas e planejar as atividades e, do outro, a exigência do cliente por uma assistência eficiente, eficaz e, sobretudo, de qualidade.

Não restam dúvidas de que, para cumprir todas essas demandas do mercado e da moderna administração, uma das ferramentas que podemos utilizar é a informatização, que veio para colaborar e

permitir a realização dessa difícil tarefa. Prestar uma assistência com eficiência, eficácia e qualidade para o paciente e com menor custo para a instituição tem sido um dos grandes desafios para os hospitais, principalmente em unidades como o Centro Cirúrgico, que são críticas no atendimento e têm uma representação significativa no contexto geral das despesas da instituição, em vista de seu consumo elevado de material e de seus altos custos.

Uma das formas de enfrentar esses desafios é trabalhar com kits cirúrgicos padronizados, que, contudo, devem ser elaborados com base nos procedimentos de cada empresa de saúde, levando em consideração a dinâmica de trabalho, a realidade

SOLUÇÃO DEFINITIVA EM SISTEMAS DE ESTERILIZAÇÃO

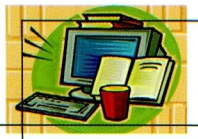


A Cisa é especializada em projetos, construção e instalação de centrais de esterilização.

Com tecnologia europeia, fabricação e assistência técnica nacional, a empresa é capaz de atender às necessidades mais exigentes de esterilização.



CISA BRASILE LTDA.
Rua Dona Francisca, 8300
Distrito Industrial - Bloco C - Módulo 6
CEP 89239-270 - Joinville - SC - Brasil
Fone +55 47 3437 9090
Fax +55 47 3435 7592
e-mail: cisa@cisabrasile.com.br



Artigo Original

GESTÃO DE MATERIAL

do setor, a equipe cirúrgica que os utiliza e todos os outros processos que envolvam a gestão de material, assim como respeitando a individualidade da equipe e do paciente.

Acreditamos que, para corresponder às exigências do controle de material, visando ao menor custo e à maior qualidade da assistência prestada ao paciente, a padronização dos kits cirúrgicos é vital, desde que inserida num contexto de atualização contínua, de revisão periódica sistematizada e, sobretudo, de integração a um sistema de informatização de suprimentos de materiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Francisco IMF, Castilho V. A Enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(3):240-4.
2. Dutra DMPS, Neves AP. Administração de materiais no setor público [texto na Internet]. [Citado em maio de 2000]. Disponível em: <http://www.belo Horizonte.mg.gov.br/>
3. Castilho V, Leite MMJ. A administração de recursos materiais na Enfermagem. In: Kurcgant P. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. P.73-88.
4. Ortiz DCF, Gaidzinski RR. O custo do material de consumo na visão dos

profissionais de Enfermagem. *Nursing (São Paulo)*. 1999;2(18):28-34.

5. Siqueira HM. Economia aplicada na Enfermagem hospitalar. *Enfoque*. 1985;13(2):33.

6. Campos LF, Angerami ELS. Custos em Enfermagem: revisão da literatura. *Nursing (São Paulo)*. 2004;71(7):30-4.

7. Cezaro IM, Baptistella MS. Montagem e conferência de material cirúrgico. *Rev SOBECC* 1998; 3(3):26.

8. Horr L, Cipriano ZM, Rabello ES. Proposta de controle de material de consumo. *Rev Gaúcha Enferm*. 1989;10(1):25.

AUTORIA

Regiane Faria Machado

Enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP); especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico e em Gerenciamento de Serviços de Saúde.

Renata Yumi Yamaguchi

Enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HU-USP; especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico e em Gerenciamento de Serviços de Saúde.

Endereço para correspondência:

Rua José Maria de Oliveira Lima, 65, Butantã

CEP: 05362-030 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3039-9474 (com.) / (11) 3731-6717 (res.)

E-mail: renatayy@yahoo.com.br

Maria Lúcia Habib Paschoal

Enfermeira mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); assistente técnica de direção da Superintendência do HU-USP.



Imagine se não houvesse confiança.

Nosso compromisso é oferecer soluções práticas e seguras para a limpeza de artigos hospitalares.

Porque sabemos que existem momentos mais importantes na sua vida.



Detergentes enzimáticos
Removedores de oxidação
Lubrificantes e polidores
Tamanco Cauzioneh

Lavadoras ultra-sônicas
Lavadoras para canulados
Termodesinfetadora
Gabinete de secagem

Visite-nos na Hospitalar: Pavilhão Branco, Ruas C/D - 17/18

Labnews
indústrias químicas



(11) 3275.1166
www.grupoldm.com.br