

LIVRO PROGRAMA E ANAIS



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

Teoria e Prática Perioperatória:
Cuidado, Gestão
e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional

24 a 28 de julho de 2013

Palácio das Convenções do Anhembi

ISSN Nº 2317-966X

Realização e Organização



SOBEC
NACIONAL

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

Patrocinadores

3M Brasil



BAUMER



Stericontrol

(Sterifarma®)

ISO 9001:2008



SOBEC
NACIONAL

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ESTERILIZAÇÃO
(DE CENTRO CIRÚRGICO,
RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
E CENTRO DE ANÁLISES
E ESTERILIZAÇÃO)

11º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

São Paulo – SP, 24 a 27 de julho de 2013

Palácio das Convenções do Anhembi – São Paulo

Subtítulo

“Teoria e Prática Perioperatória: Cuidado, Gestão e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional”





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

Teoria e Prática Perioperatória:
Cuidado, Gestão
e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional

PRESIDENTE 11º CONGRESSO

Janete Akamine

COMISSÃO ORGANIZADORA

Janete Akamine

Marcia Hitomi Takeiti

Andrea Alfaya Acunã

Tânia Regina Zeni Diniz

Ligia Garrido Calicchio

Rachel de Carvalho

Zuleica Fazoni Souza

Ernane Sousa Almeida

Simone Batista Neto Arza

Aparecida de Cássia Giane Peniche

Mara Lucia Leite Ribeiro

Katia Aparecida Ferreira de Almeida

Giovana Abrahão de Araújo Moriya

Mariangela Belmonte Ribeiro

COMISSÃO CIENTÍFICA

Andrea Alfaya Acunã

Aparecida de Cássia Giane Peniche

Ernane Sousa Almeida

Giovana Abrahão de Araújo Moriya

Janete Akamine

Katia Aparecida Ferreira de Almeida

Ligia Garrido Calicchio

Mara Lucia Leite Ribeiro

Marcia Hitomi Takeiti

Mariangela Belmonte Ribeiro

Rachel de Carvalho

Simone Batista Neto Arza

Tânia Regina Zeni Diniz

Zuleica Fazoni Souza

COMISSÃO DE PRÊMIOS

Tânia Regina Zeni Diniz

COMISSÃO FINANCEIRA

Simone Batista Arza Zuleica

Zuleica Fazoni Souza

COORDENADORA ADMINISTRATIVA

Veridiana Franco

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Maria Elisabeth Jorgetti

ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Janete Akamine

Sirlene Aparecida Negri Glasenapp



APRESENTAÇÃO DOS ANAIS DO 11º CONGRESSO BRASILEIRO DA SOBECC

Julho de 2013



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

**Teoria e Prática Perioperatória:
Cuidado, Gestão
e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional**

É com grande satisfação que recebemos você no 11º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização da SOBECC. Seja muito bem vindo!

Esta edição do Congresso tem como tema central “Teoria e Prática Perioperatória: Cuidado, Gestão e Desenvolvimento Pessoal e Profissional”, cujo objetivo é levar os profissionais que atuam na Enfermagem Perioperatória à reflexão, tornando-os integrados e impelidos a agir de forma contínua, para sermos mais efetivos e irmos ao encontro das necessidades no atendimento das pessoas e da comunidade. Para tanto, é necessário estabelecer prioridades e redirecionar esforços no sentido de utilizar a tecnologia para apoiar as boas práticas.

Para manter elevados níveis de desenvolvimento, gestão e qualidade na prestação da assistência, é necessária uma política consistente de desenvolvimento profissional e pessoal, voltada às questões das competências, de modo a tornar os profissionais mais confiantes na sua atuação diária.

Neste contexto, o 11º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização será, seguramente, uma excelente oportunidade para aprendizagem contínua e para troca de experiências.

O tema central escolhido para esta edição conta com uma programação científica que busca o cuidado de ótima qualidade, atendendo à necessidade de atualização do conhecimento e de aprimoramento constante das habilidades para a validade das informações que inundam nosso dia a dia.

Aplicar as melhores práticas disponíveis ao cuidado das pessoas, atuar na prevenção de riscos evitáveis e prevenir a ocorrência de eventos adversos graves têm sido consideradas perspectivas e referências na busca da excelência da assistência perioperatória e da segurança do cliente cirúrgico. Tais práticas se enquadram no próprio contexto da “Teoria e Prática Perioperatória: Cuidado, Gestão e Desenvolvimento Pessoal e Profissional”.

A 11ª edição do Congresso da SOBECC acontece com a publicação destes Anais, que incluem os temas discutidos e os conhecimentos veiculados, podendo ser recuperados a qualquer tempo, de modo a oferecer maior visibilidade aos trabalhos.

Por isso, nossa proposta é propiciar oportunidades de diálogo sobre o melhor desenvolvimento profissional e pessoal, com vistas à gestão e ao aprimoramento da teoria, aliada à prática do cuidado à saúde do paciente cirúrgico, nos períodos pré, trans e pós-operatório.

Janete Akamini
Presidente do 11º Congresso



Programação Científica

24 de julho de 2013 (Quarta-Feira)



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

Teoria e Prática Perioperatória:
Cuidado, Gestão
e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional

7h30 – 8h45 - Entrega de material

9h – 9h30 - **Cerimônia de Abertura**

9h30 – 10h15 - **Conferência:** Enfermagem Perioperatória: da Teoria à Prática

Mary Jo W. Steiert - AORN (EUA)

10h15 - 11h – Coffee break

11h – 12h15 - **Mesa-Redonda:** Cenário Mundial da Enfermagem Perioperatória: Avanços e Perspectivas

Palestrantes:

Mary Jo W. Steiert, AORN (EUA)

Millaray Solanye Fonseca Chandía (Chile)

Ana Lucia Mirancos da Cunha (Brasil)

12h15 – 14h15 - Almoço

Grande Auditório

14h15 – 15h15 - **Palestra:** Contribuição das normas, Publicações e Recomendações Atuais sobre Processamento de Dispositivos de Assistência à Saúde na Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico

Joost P. C. M. Van Doornmalen (Holanda)

15h15 – 16h - **Palestra:** Atuação da Equipe Multiprofissional no Combate ao Incêndio no Ambiente Cirúrgico

Diego Marcelo May – HIAE (Brasil)

Auditório 1

14h15 – 16h15 - **Palestra:** Controle da Hipotermia: Assistência de Enfermagem

Ricardo Caio Gracco de Bernardis – ISCMSP (Brasil)

Auditório 2

14h15 – 16h15 - **Palestras:** Conversa Com Especialidades em Centro Operatório Cardiologia: Circulação Extra-Corpórea

Flavia Cristina Alves – InCOR/HCFMUSP (Brasil)

Atuação do Enfermeiro na Litotripsia

Luiz Dias Silva – HSL (Brasil)

Auditório 4

14h15 – 16h15 - **Palestra:** Calculando e Conhecendo Ferramentas para a Prática da Assistência Perioperatória

Cleide Mazuela Canavezi – COFEN (Brasil)

Auditório 9

14h15 – 16h15 - **Palestra:** Cirurgia Segura: Desafio Global pela Segurança do Paciente

Heiko Thereza Santana – ANVISA (Brasil)

Edmundo Machado Ferraz – OMS (Brasil)

16h15 – 16h45 - Coffee Break

18h30 - Encerramento das Atividades



Programação Científica

25 de julho de 2013 (Quinta-Feira)



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

Teoria e Prática Perioperatória:
Cuidado, Gestão
e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional

Grande Plenária

9h – 10h15 - **Palestra:** ISO: da Teoria à Prática: interpretando a Aplicabilidade das Normatizações Internacionais

Joseph Carl Lewelling – AAMI (EUA)

Auditório 9

9h – 10h30 - **III Fórum de Ensino**

Ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico nos cursos de bacharelado de Enfermagem no Brasil

Ruth Natalia Teresa Turrini – EEUSP (Brasil)

10h15 – 11h – Coffee break

Grande Plenária

11h – 12h - **Palestra:** A Influência do Cuidado Pré-Operatório e Pós-Operatório para Prevenir Infecções

Antonio Tadeu Fernandes – Sócio Direto da CCIH Cursos de Aprimoramento Profissional Ltda (Brasil)

Julia Yaeko Kawagoe – HIAH (Brasil)

12h – 14h - Almoço

Grande Plenária

14h – 14h45 - **Palestra:** Colaborando para a Sustentabilidade: Estratégias para Reduzir, Reutilizar, Reciclar e Descartar Resíduos Perioperatórios

Thais Helena Falcão Rodrigues – ONIRA Soluções Ambientais (Brasil)

14h45 – 16h - **Palestra:** Novas Tendências Tecnológicas no Bloco Operatório

Marcelo Biscegli Jatene – InCor/HCFMUSP (Brasil)

Auditório 4

14h – 16h - **Conversa com Especialista - Bloco Operatório**

Neuronavegação

Fernando Campos Gomes Pinto – HCFMUSP (Brasil)

Cirurgia Robótica

Rodrigo Luiz Leite Pinheiro - Intuitive Surgical (Brasil)

Anestesia

Wagner de Aguiar Junior – HU (Brasil)

Hemoderivados e Cell Saver

Enis Donizete da Silva – HSL (Brasil)

Ecotransesofágico no Centro Cirúrgico

Fabio Papa Taniguchi – HSL (Brasil)

Auditório 9

14h30 – 15h - Liberação Paramétrica em Termodesinfetadora

Silvia Helena de Oliveira Baffi - Sócia Diretora de Silvia Baffi Consultoria (Brasil)



15h – 15h30 - Desafio no Processo de Esterilização: Gases Não Condensáveis
Paulo Roberto Laranjeira – Orion Consultoria e Engenharia (Brasil)

15h30 – 16h - **Palestra:** Análise Ergonômica em CME
Giovana Abrahão de Araujo Moriya – HIAH (Brasil)

16h – 16h30 - Intervalo

16h30 – 17h - **Palestra:** Gestão de Inventário em CME
Palestrante: Ivone Coutinho Mussel – HCUFMG (Brasil)

Hall Lateral Esquerdo ao lado auditório 9

16h30 – 18h30 - Avaliação dos Pôsteres

18h30 - Encerramento das atividades





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

Teoria e Prática Perioperatória:
Cuidado, Gestão
e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional

Programação Científica

26 de julho de 2013 (Sexta-Feira)

Grande Plenária

8h30 – 9h15 - **Palestra:** Construindo Indicadores do Bloco Operatório

Denise Schout - IBMEC (Brasil)

Auditório 9

8h30 – 10h - **Mesa-Redonda:** Recuperação Anestésica de Alta Performance: atendendo Pacientes Críticos

Adriano Rogerio Baldacin – InCOR/HCFMUSP (Brasil)

Elizabete Ribeiro Insoliti – AACD (Brasil)

Grande Plenária

9h15 – 10h - **Palestra:** Modelos de Certificações Assistenciais

Elisa Aparecida Alves Reis – HIAE (Brasil)

10h – 10h45 - Coffee Break

10h45 – 11h30 - **Palestra:** Como Classificar os Eventos Adversos: o que Fazer?

Heleno Costa Junior – CBA (Brasil)

11h30 – 12h15 - **Palestra:** A Enfermagem Perioperatória Informatizada: Quais São os Seus Benefícios?

Marian Aranaz Zamakona (Espanha)

Auditório 4

11h30 – 12h15 - **Palestra:** A Importância do Treinamento no Bloco Operatório

Jeane Aparecida Gonzalez Bronzatti – Drenolux (Brasil)

12h15 – 14h15 - Almoço

Plenária

14h30 – 15h30 - **Palestra:** Ferramentas para Planejamento Estratégico no Bloco Operatório

Claudio Bertolucci – FGV - EAESP (Brasil)

Auditório 9

14h15 – 15h - **Palestra:** Mapa de Risco: Ações que Permeiam a Segurança Ocupacional

Dov Smaletz – HIAH (Brasil)

15h – 15h45 - **Palestra:** Ações Preventivas de Ergonomia em Bloco Operatório

Alexandre Lemo – HIAH (Brasil)

15h45 – 17h - **Mesa-Redonda:** Fadiga do Trabalhador: Impacto sobre a Segurança do Paciente, da Produtividade e da Saúde do Cuidador e do Paciente

Eliane da Silva Grazziano - UFSCAR (Brasil)

17h - Encerramento das atividades



Programação Científica

27 de julho de 2013 (Sábado)



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

Teoria e Prática Perioperatória:
Cuidado, Gestão
e Desenvolvimento
Pessoal e Profissional

Grande Plenária

10h – 10h45 - **Palestra:** Um Cenário Comparativo entre a Atividade de Segurança e Risco Operacional da Aviação, com os Profissionais que Atuam nas Diversas Áreas da Saúde

Vagner Custodio da Silva – DTCEA-SP (Brasil)

10h45 – 11h30 - **Palestra:** Autentico Líder: Você tem o que é Preciso?

Maria Lucia Alves Pereira – CGED de Líderes Coaches (Brasil)

11h30 – 12h30 - **Palestra:** Comunicação Ética e Amor no Ambiente de Trabalho

Clóvis Barros Filho – PEC/FGV-SP (Brasil)

12h30 – 14h – Almoço

14h - Premiação

14h15 - Apresentação dos Trabalhos Premiados

Encerramento do Evento



ÍNDICE

P001 - Pós-Operatório Imediato – De Rivação Femoropoplíteia e Femorotibial.....	23
P002 - Utilização de Indicadores de Qualidade no Processamento de Caixas Cirúrgicas em Uma Central em Material E Esterilização: Teoria e Prática na Gestão e Desenvolvimento do Profissional de Enfermagem.....	24
P003 - Gerenciamento e Atuação do Enfermeiro na Central de Material e Esterilização Frente aos Desafios da Teoria e da Prática no Desenvolvimento Pessoal e Profissional.	25
P004 - A Sala de Recuperação Pós-Anestésica Como Ambiente de Cuidado Em Enfermagem.....	26
P005 - Prevalência de Sobrepeso e Obesidade e Fatores Associados na Equipe de Enfermagem Atuante em um Centro Cirúrgico.....	27
P006 - A Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico.....	28
P007 - Cirurgias Seguras: Instrumento de Enfermagem Perioperatória.	29
P008 - Pulmão Artificial Artesanal para Teste da Bolsa-Válvula- Máscara: Relato de Experiência.....	30
P009 - Treinamento em Serviço: Investigando Conhecimentos no CME.	31
P010 - Registros de Enfermagem em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA): Cuidando em Enfermagem.	32
P011 - Critérios para A Implantação de uma Unidade Cirúrgica para Procedimentos de Alta Complexidade: Uma Visão Multidisciplinar.....	33
P012 - Alergia ao Látex em Profissionais da Área da Saúde: Uma Revisão Sistemática da Literatura.....	34
P013 - Fatores de Estresse Vividos pela Equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Público de Minas Gerais no seu Cotidiano de Trabalho.....	35
P014 - Rastreabilidade de Materiais Consignados em Centro de Material e Esterilização : Um Relato de Experiência de uma Instituição Particular.	36
P015 - Colonização Nasal por Staphylococcus Aureus nos Profissionais de Enfermagem do Centro Cirúrgico.	37
P016 - Identificação da Colonização dos Profissionais de Enfermagem por Bactérias Multiresistentes.	38
P017 - A Visita Pré-Operatória em Interface com a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Uma Revisão Integrativa da Literatura.	39
P018 - Sustentabilidade na Central de Material e Esterilização: Custo Benefício do Método Tradicional de Empacotamento de Caixa Metálica e seu Impacto na Prestação de Serviço.....	40
P019 - Práticas de Monitoramento de Processos Físicos de Esterilização em Unidades de Saúde do Agreste de Pernambuco.	41
P020 - Jaleco Hospitalar: Uso Consciente.....	42
P021 - Limpeza dos Produtos de Saúde X Infecção do Sítio Cirúrgico: Revisão Integrativa.....	43
P022 - Incidência da Hipotermia Acidental em Uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica.	44



P023 - Elaboração de Um Instrumento Norteador para o Controle Microbiológico do Ar em Salas Operatórias Empregando o Método de Amostragem Passiva.	45
P024 - Perfil dos Profissionais que Atuam na Central de Material e Esterilização.	46
P025 - Cuidados Pós-Operatório na Cirurgia Transesfenoidal de Exérese de Tumor de Hipófise.	47
P026 - A Inclusão da Cirurgia Segura na Sistematização de Enfermagem Perioperatória: Relato de Um Hospital Universitário.	48
P027 - A Vivência Acadêmica no CME de um Hospital Universitário do Sul do Brasil.	49
P028 - Implementação do Processo de Enfermagem no Transoperatório num Centro Cirúrgico de Hospital Universitário.	50
P029 - A Importância dos Registros de dados no Centro Cirúrgico: Cirurgias Seguras Salvam Vidas.	51
P030 - O Idoso em Centro Cirúrgico: Atuação dos Profissionais de Enfermagem.	52
P031 - Reprocessamento de Artigos Proibidos – do Autuar ao Educar.	53
P032 - Relevância da Padronização de Formulários na Central de Material e Esterilização: Relato de Experiência.	54
P033 - Aplicação do Checklist para Cirurgia Segura: Relato de Experiência.	55
P034 - Análise da Evolução de Enfermagem Intraoperatória em Transplante Hepático: Comparativo entre Transplantes Adultos e Pediátricos.	56
P035 - Circulação Extracorpórea em Cirurgia Cardíaca: Um Campo de Trabalho para o Enfermeiro.	57
P036 - Equipe Cirúrgica: Adesão à Meta 1 da Cirurgia Segura.	58
P037 - Influências da Falta de Vaga em UTI sobre a Carga de Trabalho em Centro Cirúrgico.	59
P038 - Proposta Metodológica para o Ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização: Alguns Resultados Preliminares.	60
P039 - Transplante Pulmonar: Mapeamento de Intervenções de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato.	61
P040 - Instrumento para Passagem de Plantão: Centro Cirúrgico Versus Unidade de Terapia Intensiva.	62
P041 - A Importância da Equipe de Especialidade no Centro Cirúrgico.	63
P042 - A Presença de Familiares Na Indução Anestésica de Crianças No Centro Cirúrgico: Revisão Da Literatura.	64
P043 - A Importância da Educação para quebra de Paradigmas na Central de Esterilização em Uma Instituição Militar: Relato de Experiência.	65
P044 - Lavar e Desinfetar Recipientes para Excreção Humana: Como Melhorar Esse Processo?	66
P045 - Dificuldades Encontradas pelos Enfermeiros para Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP.	67



P046 - Ocorrência de NEAR MISS (Quase Erro) na Realização do Checklist em Sala Cirúrgica: Contribuições para Cirurgia Segura.	68
P047 - Realização do Timeout pela Equipe Cirúrgica: Facilidades e Dificuldades.	69
P048 - CINE CME: Sessões de Curta Metragem Utilizadas Como Estratégia de Qualidade de Vida no Trabalho.	70
P049 - A Importância da SAEP Como Instrumento Básico do Cuidar.	71
P050 - Cirurgia Robótica: Aplicabilidade e Tendências em Um Hospital Privado Brasileiro.	72
P051 - Incidência de Retenção Urinária em Pacientes no Pós-Operatório Imediato de Cirurgias Ortopédicas.	73
P052 - Classificação de Cirurgias Segundo Potencial de Contaminação: Real X Ideal.	74
P053 - Construção do Protocolo "Hipertermia Maligna": Sistematização da Assistência ao Paciente.	75
P054 - Confiabilidade do Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.	76
P055 - Antibiótico Profilático em Pacientes Cirúrgicos.	77
P056 - Implantação de um Protocolo Gerenciado de Cirurgia Bariátrica.	78
P057 - Atuação Ética dos Profissionais de Enfermagem no Cenário no Centro Cirúrgico.	79
P058 - Controle de Instrumental: Relato de Experiência de Uma Estratégia de Gerenciamento de Caixas de Instrumental Cirúrgico.	80
P059 - Avaliação da Adesão ao Protocolo de Liberação de Artigos Implantáveis.	81
P060 - Gerenciamento do Processo de Checklist Cirúrgico - Time Out.	82
P061 - Infecção Relacionada ao Vestuário em Centro Cirúrgico: Revisão Integrativa.	83
P062 - Processamento dos Endoscópios pela Equipe de Enfermagem do Centro de Material e Esterilização.	84
P063 - Enfermeiro do CME no Fluxo do Material Consignado: Relato de Experiência.	85
P064 - Implementação do Checklist Cirúrgico.	86
P065 - Importancia da Visita Pré-Operatória ao Cliente de Prostatectomia.	87
P066 - Tricotomia Pré-Operatória: Aspectos Relacionados à Segurança do Paciente.	88
P067 - Avaliação da Atuação da Equipe de Enfermagem Frente a Complicações Ocorridas na Recuperação Pós-Anestésica - RPA.	89
P068 - Antissepsia Cirúrgica Como Indicador de Qualidade para Segurança do Paciente.	90
P069 - Checklist para Montagem de Sala Operatória: Foco na Segurança do Paciente.	91
P070 - Tempo de Limpeza e Preparo de Sala de Cirurgias Ortopédicas.	92



P071 - Os Profissionais do Centro Cirúrgico e a Comunicação da Evolução do Usuário no Período Perioperatório.....	93
P072 - Perfil dos Clientes Acometidos por Infecção de Sítio Cirúrgico em Um Hospital de Ensino de Goiânia-GO.	94
P073 - Unidade Pré Operatória: Uma nova Proposta de Atendimento e Gestão.	95
P074 - Implementação da Máquina de Perfusão Renal no Centro Cirúrgico.....	96
P075 - Contaminação de Produtos Processados em Serviços de Saúde: Uma Revisão Integrativa.....	97
P076 - Melhorar o Descarte de Perfuro Cortante em Sala Cirúrgica.	98
P077 - Reciclagem de Mantas de TNT no Centro Cirúrgico: Comprometimento da Equipe com o Meio Ambiente.	99
P078 - Protocolo de Validação da Embalagem em SMS.....	100
P079 - Validação da Esterilidade de Caixas Cirúrgicas por 15 Dias.	101
P080 - Implantação de Dispositivo por Cores Utilizadas para Dispensar Artigos Envolto em Campo de Algodão.	102
P081 - Protocolo para Processamento dos Artigos de Vídeo-laparoscopia de Um Hospital Público do Recife-PE.....	103
P082 - A Experiência de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde com Segregação de Reciclados em Salas de Operação.	104
P083 - Relato de Caso: A Atuação do Enfermeiro na Cirurgia Robótica.....	105
P084 - Precariedades nas Condições para o Trabalho Assistencial Cirúrgico: Por Que Nos Submetemos a Isto? ..	106
P085 - As Complicações Relacionadas ao Posicionamento Litotômico: Uma Revisão Narrativa.....	107
P086 - Checklist de Cirurgia: A Segurança do Paciente em Nossas Mãos.	108
P087 - Perfil Cirúrgico de um Hospital Público do Estado de São Paulo.	109
P088 - Relato de Experiência: Rotina Para Controle de Objetos Retidos Na Cavidade.....	110
P089 - Um Estudo de Revisão Sobre A Implementação Checklist de Cirurgia Segura.	111
P090 - Fratura de Quadril – O Retorno às Atividades Funcionais após Tratamento Cirúrgico: Uma Revisão Integrativa.....	112
P091 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Um Estudo de Revisão Integrativa.	113
P092 - Conhecimento das Equipes de Cirurgia em Relação a Degermação das Mãos.....	114
P093 - Adesão do Protocolo de Profilaxia Antimicrobiana Em Cirurgias de Pequeno e Médio Portes.	115
P094 - Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem no Transoperatório do Transplante Renal.	116



P095 - Riscos Ocupacionais na Central de Material e Esterilização, Visão dos Profissionais do Expurgo.....	117
P096 - Acidentes de Trabalho e Riscos Ocupacionais entre Profissionais de Enfermagem na Central de Material e Esterilização.....	118
P097 - Cuidado do Paciente Crítico na Recuperação Pós-Anestésica: Reestruturação da Equipe para Atendimento Especializado.....	119
P098 - Protocolo para Implementação das Precauções de Contato durante a Assistência de Enfermagem Perioperatória.....	120
P099 - Higienização das Mãos na CME: Os Nossos Momentos.....	121
P100 - O Uso da Classificação Cirúrgica de APGAR na Avaliação do desempenho do Paciente Pós-Operatório. ...	122
P101 - Indicador de Avaliação de Resultado de Produção de Uma CME.	123
P102 - Validação da Esterilização de Produtos para Saúde em um Hospital Universitário.	124
P103 - Registros do Monitoramento da Esterilização em Autoclave para Avaliação de Processos e Resultados. ..	125
P104 - A Ludicoterapia e seus Benefícios no Pré-Operatório de Crianças.	126
P105 - O Papel do Enfermeiro no Centro Cirúrgico: da Teoria à Prática.....	127
P106 - O Cuidado de Enfermagem Pós Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea: Revisão Integrativa da Literatura.	128
P107 - Prevenção de Úlcera de Pressão no Trans e Pós-Operatório.....	129
P108 - Medidas Preventivas para Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica no Pós-Operatório.....	130
P109 - Certificação da Competência Profissional: Você Concorde?.....	131
P110 - Dificuldades de Pacientes Hospitalizados com Dispositivo Invasivo no Pós-Operatório.....	132
P111 - Humanização do Cuidado de Enfermagem no Período Perioperatório sob a Percepção do Paciente.....	133
P112 - A Visão do Paciente Cirúrgico sobre a Visita Pré-Operatória.....	134
P113 - Amputações de Membros Inferiores de Indivíduos de um Hospital Escola.....	135
P114 - Significado da Suspensão Cirúrgica para o Paciente.	136
P115 - Relato de Experiência: Processos de Implantação e Validação do Serviço de Esterilização por Formaldeído.	137
P116 - Influência dos Cuidados de Enfermagem na Cicatrização de Feridas Cirúrgicas.	138
P117 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Perioperatório sob a Ótica do Discente do Curso de Graduação em Enfermagem.....	139
P118 - O Trabalho do Enfermeiro do Centro de Material e Esterilização (CME): Visão do Acadêmico de Enfermagem.	140



P119 - Pacientes Mastectomizadas: Orientações Recebida pela Equipe de Enfermagem.	141
P120 - Preditores para Infecção do Sítio Cirúrgico à Luz da Segurança do Paciente.	142
P121 - Incidentes Intra-Operatórios em um Hospital Universitário do Centro-Oeste Brasileiro.....	143
P122 - Cuidados de Enfermagem Perioperatórios ao Portador de Carcinóide de Papila Duodenal.....	144
P 123 - Efeito da Compressão Mecânica na Cicatrização de Feridas de Pele em Ratos.....	145
P124 - Cuidados de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca.	146
P125 - Enfermeiras 24 Horas Exclusivas para a CME: Relato de Experiência.....	147
P126 - Perfil da Equipe de Enfermagem: Subsídio para se Elaborar Projetos de Qualidade de Vida no Trabalho na Central de Material e Esterilizado.	148
P127 - Correlação entre as Variáveis Tempo de Assistência de Enfermagem, Idade, Asa, Período Intraoperatório, e Tempo de Permanência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.	149
P128 - Segurança no Processo de Utilização de Materiais Consignados em Procedimentos Cirúrgicos que necessitem ser Processados.	150
P129 - Estratégias para Redução da quebra de Ureteroscópios Flexíveis para Atender às Cirurgias Urológicas: Há Possibilidade?	151
P130 - Redução de Jornada de Trabalho para Técnicos de Enfermagem que atuam em Centro de Material Esterilizado (CMES).....	152
P131 - O Acolhimento do Paciente Cirúrgico como Ferramenta para o Cuidado Humanizado.	153
P132 - A Percepção de Pacientes Mastectomizadas sobre o momento Perioperatório.....	154
P133 - Influência de Variáveis Significativas no Cálculo da Taxa de Ocupação de um Centro Cirúrgico Geral.....	155
P134 - Construção e Implementação de Modelo de Visita Pre-Operatória: Um Relato de Experiência.	156
P135 - Hipertermia Maligna: Cuidados Multiprofissionais.....	157
P136 - Estágio Curricular de Enfermagem em Clínica Cirúrgica: Relato de Experiência.	158
P 137 - Implantação da Lista de Verificação de Qualidade dentro do Centro de Material Esterilizado.	159
P138 - Perfil do Profissional de Enfermagem que Atua em Centro de Material e Esterilização de Hospital Oncológico.....	160
P139 - Ciclos Abortados na Autoclave à Baixa Temperatura de Uma Central de Material e Esterilização do Estado do Ceará: Levantamento das Causas entre 2011 e 2012.	161
P140 - Avaliação da Limpeza Automatizada de Instrumentais Cirúrgicos em Uma Central de Material e Esterilização no Ano de 2012.	162
P 141 - Obstáculos Vivenciados por Enfermeiros de Centro Cirúrgico.	163



P142 - Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória SAEP: Percepção dos Enfermeiros do Centro Cirúrgico de um Hospital Geral do Norte do Espírito Santo.....	164
P143 - Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Uma Proposta de Implantação, a Partir da Pesquisa Ação.	165
P144 - Sistematização da Assistência ao Paciente na Sala de Recuperação Anestésica em um Hospital Público do Norte do Espírito Santo.	166
P145 - O Processo de Esterilização dos Artigos Odonto-Médico-Hospitalares Realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Uma Cidade do Norte do Espírito Santo.	167
P146 - Check List de Verificação da Infraestrutura do Centro Cirúrgico: Ferramenta de Trabalho para Garantir Segurança ao Procedimento Cirúrgico.	168
P147 - Lista de Verificação Transoperatória Garante a Cirurgia Segura ao Paciente Oncológico.....	169
P148 - Central de Material e Esterilização: Capacitação da Equipe de Enfermagem.....	170
P149 - Uso da Nursing Interventions Classification (NIC) para Identificar o Tempo de Trabalho Despedido pela Equipe de Enfermagem no Centro Cirúrgico Oncológico.....	171
P150 - O Uso da Manta Térmica como Cuidado de Enfermagem na Prevenção de Hipotermia no Intraoperatório.	172
P151 - Enfermagem e a Infecção da Ferida Operatória: Revisão e Análise de Estudos Científicos Brasileiros.	173
P152 - Fatores que Causam a Pernoite de Pacientes Cirúrgicos Oncológicos em Situação de Alta na Recuperação Pós-Anestésica.	174
P153 - Enfermagem no Controle de Órteses e Próteses no Centro de Material e Esterilização.....	175
P154 - A Assistência de Enfermagem na SRPA sob a Ótica do Paciente.	176
P155 - Anestesias Realizadas de Janeiro a Dezembro de 2012 nos Quadros de Urgência e Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Tupã -SP.....	177
P156 - A Implementação da “Lista de Verificação de Segurança do Paciente Cirúrgico” em um Hospital Privado da Cidade de Campinas/SP.....	178
P157 - Implantação de Sistema para Aquecimento de Soluções Endovenosas no Centro Cirúrgico.....	179
P158 - Modificação da Disponibilidade de Soluções Endovenosas no Centro Cirúrgico.	180
P159 - Infecção de Sítio Cirúrgico em Pacientes Submetidos a Procedimentos Cirúrgicos Ortopédicos com Implantes em um Hospital Público de Belo Horizonte -MG.....	181
P160 - A Importância da Atuação do Enfermeiro na Técnica do Cell-Saver: Especificidade na Assistência Perioperatória.....	182
P161 - A Atuação do Enfermeiro de Centro Cirúrgico com Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) – Relato de Experiência.	183
P162 - A Percepção de um Enfermeiro Recém-Formado sobre o Centro Cirúrgico – Relato de Experiência.....	184



P163 - Avaliação da Dor na Sala de Recuperação Pós-Anestésica – Relato de Experiência.....	185
P164 - Avaliação do Custo Benefício da Substituição do Tecido de Algodão pelo Papel Crepado na Esterilização de Artigos.....	186
P165 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória no Brasil.	187
P166 - Endotoxinas podem estar Presentes em Instrumentais Cirúrgicos Ortopédicos Esterilizados?.....	188
P167 - Percepção dos Graduandos de Enfermagem sobre a Avaliação da Dor e a Analgesia em Sala de Recuperação Anestésica.	189
P168 - Ensino da Dor Aguda Pós-Operatória como 5º Sinal Vital nos Cursos de Graduação em Enfermagem.	190
P169 - EAD como Ferramenta de Treinamento em CME.	191
P170 - Diagnóstico da Estrutura de Unidade de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte para o Controle das Infecções Relacionadas à Assistência.	192
P171 - Relato de Caso: O que Muda no Processo de Trabalho em Centro Cirúrgico para a Implantação da Cirurgia Segura?.....	193
P172 - Cirurgia Segura: Estratégias para Inserção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.	194
P173 - Avaliação da Satisfação dos Pacientes Submetidos à Cirurgia de Catarata em Relação às Orientações Prestadas pela Equipe de Enfermagem no Perioperatório.	195
P174 - O Trabalho de Enfermagem Oncológica no Centro Cirúrgico: Reflexões sobre os Sentidos do Trabalho.	196
P175 - Infecção é a Principal causa de Revisão de Artroplastia de Quadril?.....	197
P176 - Avaliação da Ocorrência de Dor em Pacientes no Pós-Operatório, Relacionado ao Posicionamento Cirúrgico Incorreto.....	198
P177 - Percepção do Cliente Quanto ao Cuidado de Enfermagem no Período Pós-Operatório.	199
P178 - Relato de Experiência: A Sistematização da Assistência de Enfermagem Peri operatória (SAEP) Vivenciada na Atividade Teórico Prática do Centro Cirúrgico em Um Hospital Público da Região Oeste de Santa Catarina.....	200
P179 - Avaliação da Exposição da Equipe de Enfermagem à Radiação em Centro Cirúrgico.	201
P180 - Tempo de Jejum Pré-Operatório em Cirurgias de Urgência e Emergência X Complicações Pós-Operatórias.	202
P181 - Enterobactérias New Delhi Metallobetalactamase: Controle de Surto em um Hospital Público.....	203
P182 - Importância da Atuação do Enfermeiro na Garantia da Segurança do Paciente no Perioperatório: Revisão Bibliográfica.....	204
P183 - Responsabilidade Ética E Legal do Enfermeiro do Centro de Material e Esterilização - CME.	205
P184 - Fatores de Risco Intraoperatórios Relacionados com Infecção de Sítio Cirúrgico em Crianças Submetidas a Cirurgia Cardíaca.	206



P185 - Sistematização da Cirurgia Segura: Cuidados de Enfermagem.....	207
P186 - Atuação do Enfermeiro no Implante de Válvula Aórtica Percutânea: Relato de Experiência.	208
P187 - O Uso de Máscaras e Propés em Centro Cirúrgico Relacionados a Segurança do Paciente.....	209
P188 - Assistência de Enfermagem às Complicações Intraoperatórias de Pacientes Submetidos à Artroplastia Total de Quadril.....	210
P189 - Febre no Período Pós-Operatório de Artroplastias de Quadril e Joelho: Revisão Integrativa.....	211
P190 - Relato de Experiência: O Processo de Implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS em um Hospital Geral na Região Sul do Brasil.....	212
P191 - Utilização da Metodologia LEAN SEIS SIGMA Visando a Redução de Custos com Reposição de Instrumental Cirúrgico.....	213
P192 - O Enfermeiro na Utilização no Time Out : Segurança na Assistência.	214
P193 - Os Fatores de Estresse em Enfermeiros do Centro Cirúrgico Oncológico.	215
P194 - Monitoramento dos Erros de Processo como Indicador de Qualidade em CME.....	216
P195 - Prevenção da Hipotermia no Transoperatório: Comparação entre dois Métodos de Aquecimento.....	217
P196 - Pós-Operatório de Queiloplastia e Palatoplastia: Dúvidas dos Cuidadores.....	218
P197 - Utilização do Vídeo Educativo como Proposta de Educação em Enfermagem – Revisão Integrativa da Literatura.	219
P198 - Retenção Inadvertida de Material Cirúrgico: Como Prevenir?	220
P199 - Implantação de um Programa de Educação Permanente para Equipe de Enfermagem de Um Centro Cirúrgico: Relato de Experiência.....	221
P200 - Cirurgia Segura: Experiência de Um Hospital Privado de Porto Alegre.....	222
P201 - Implantação de Etiquetas Internas em Bandejas Cirúrgicas para Rastreamento num Hospital Oncológico em Natal-RN: Relato de Experiência.	223
P202 - Identificação dos Fatores de Riscos Relacionados a Acidente de Trabalho com Materiais Pêrfuro-Cortante e Utilização de EPI por Colaboradores em Centrais de Materiais e Esterilização: Uma Revisão de Literatura.	224
P203 - Relato de Experiência: Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico.....	226
P204 - Análise de Esterilidade na Reutilização de Grampeadores Lineares Cortantes.	227
P205 - Vigilância de Infecção Pós-Alta em Mulheres Egressas de Uma Clínica Ginecológica.	228
P206 - Caracterização de Pneumonias Hospitalares em Pacientes Cirúrgicos em Hospital Universitário.....	229
P207 - Avaliação dos Critérios de Segurança para a Administração de Métodos de Alívio da Sede no Pós-Operatório Imediato.....	230



P208 - Náusea e Vômito no Pós Operatório Imediato: Análise de Literatura.	231
P209 - O Instrumento Básico do Cuidar SAEP: A Importância da sua Aplicação em Centro Cirúrgico.	232
P210 - RDC 6: Desafios da Padronização dos Processos de Limpeza e Desinfecção de Endoscópios.	233
P211 - Check- List de Verificação: Uma Ferramenta de Segurança e Qualidade Aplicada no Centro de Endoscopia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.	234
P212 - Destaque para a Saúde do Colaborador da CME: Ginástica Laboral Uma Ferramenta Valiosa para o Bem-Estar e Produtividade.	235
P213 - Parque Tecnológico: Desafios Durante a Instalação de Autoclaves.	236
P214 - O Enfermeiro como Gestor no Processo de Capacitação da Equipe de Enfermagem em Centro Cirúrgico Ortopédico.	237
P215 - Diagnósticos, Intervenções e Ações de Enfermagem Frente aos Principais Fatores Relacionados em Sala de Recuperação Anestésica.	238
P216 - Elaboração e Validação de Escala de Avaliação da Sede no Paciente Perioperatório: Resultados Preliminares.	239
P217 - Boas Práticas em Centro de Material e Esterilização na Resolução - RDC 15/2012: Interfaces com a Integralidade do Atendimento em Saúde.	240
P218 - Causas do Absenteísmo na Enfermagem do Bloco Cirúrgico e Medidas Adotadas para Favorecer o Trabalhador; Revisão Integrativa.	241
P219 - Avaliação da Recuperação do Paciente no Pós-Operatório na Ausência de Sala de Recuperação Anestésica.	242
P220 - Mudança do Perfil Cirúrgico de Um Hospital Privado de Grande Porte em Salvador-BA.	243
P221 - Auditoria do Processo de Cirurgia Segura Utilizado em um Hospital Público.	244
P222 - Avaliação do Índice de Aldrete e Kroulik como Critério Exclusivo de Alta do Centro Cirúrgico.	245
P223 - Qualidade no Reprocessamento de Reanimadores Manuais na Prevenção de Eventos Adversos no Paciente.	246
P224 - Assistência de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico: Visão de Enfermeiros.	247
P225 - Humanização da Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico: Um Olhar do Paciente.	248
P226 - A Opinião dos Enfermeiros em Relação à Implantação da Visita Pré-Operatória de Enfermagem.	249
P227 - Visita Pré-Operatória em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca.	250
P228 - Performance da Higiene das Mãos em um Centro de Material e Esterilização.	251
P229 - O Enfermeiro em Busca da Qualidade na Assistência na Sala de Recuperação Pós Anestésica.	252
P 230 - Ambiência do Centro Cirúrgico sob A Ótica de Profissionais de Enfermagem.	253



P231 - Cirurgia Segura e Indicadores de Resultado em um Hospital de Ensino.....	254
P232 - Condições de Trabalho de Enfermeiros do Centro Cirúrgico de um Hospital Público no Alto Sertão Paraibano.....	255
P233 - Relato de Experiência: O Papel da Equipe de Enfermagem no Acondicionamento e Encaminhamento de Anatomopatológicos, Microbiologia e Citologia de Pacientes Cirúrgicos.	256
P234 - Estrutura Física e Recursos Materiais de Unidades de Internação para a Guarda de Produtos para Saúde Processados em um Hospital de Ensino.	257
P235 - Gestão de Resíduos Sólidos no Centro Cirúrgico de Um Hospital Universitário: Uma Responsabilidade Coletiva e Institucional.	258
P236 - Percepção dos Enfermeiros Sobre o Cuidado de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.....	259
P237 - Enfermagem e Alergia ao Látex: Cuidado Perioperatório.....	260
P238 - Treinamento da Higienização das Mãos como Estratégia Básica para a Segurança do Paciente Cirúrgico.....	261
P239 - O Técnico de Enfermagem: Cuidados no Transplante Cardíaco.	262
P240 - Avaliação da Presença do Registro de Enfermagem no Intraoperatório na Cirurgia Neurológica.	263
P241 - Checklist Cirúrgico: Implementação de um Protocolo de Cirurgia Segura.	264
P242 - Avaliação do Nível de Estresse entre Profissionais de Enfermagem numa Central de Materiais e Esterilização.....	265
P243 - Assistência Perioperatória ao Cliente Cirúrgico Queimado: Um Estudo de Revisão.	266
P244 - Perfil dos Enfermeiros do Centro Cirúrgico de um Hospital da Rede Privada em São Luís-MA.....	267
P245 - Validação de Embalagens Utilizadas em CME: Um Estudo de Revisão.....	268
P246 - Avaliação da Segurança do Paciente em Cirurgia de um Hospital Público.	269
P247 - Experiência da Equipe de Enfermagem em Conduzir o “Time Out” para Cirurgia Segura: Relato de Experiência.	270
P248 - Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico - Preparo Cirúrgico de Pele.....	271
P249 - A Prática do Enfermeiro Assistencial em um Centro Cirúrgico Ortopédico.	272
P250 - Estratégia de Planejamento: O Enfermeiro com Gestor do Mapa Cirúrgico.	273
P251 - Contribuição do Sistema de Documentação Eletrônica do Processo de Enfermagem para a Enfermagem Pré-Operatória.	274
P252 - Avaliação da Satisfação do Cliente Cirúrgico em um Hospital de Referência.	275



P253 - Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem em Pacientes Submetidos à Quimioterapia Hipertérmica Intraoperatória: Uso da Taxonomia Nanda e NIC.	276
P254 - Jornada Norte-Nordeste de Centro Cirúrgico e Central de Esterilização: Resgate Histórico.....	277
P255 - Educação Continuada em Centro Cirúrgico: Relato de Experiência.....	278
P256 - Balanço Hídrico na Sala de Recuperação Pós-Anestésica.	279
P257 - Relato de Experiência: Análise sobre os Protocolos de Segurança na Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico Ambulatorial de um Hospital Escola.	280
P258 - Segurança do Paciente Cirúrgico: Relato de Experiência da Implantação do Checklist em Sala Cirúrgica...	281
P259 - Indicadores: Uma Ferramenta para a Gestão em Sala de Recuperação Pós Anestésica.	282
P260 - A Importância dos Diagnósticos de Enfermagem Correlacionados com a Fisiopatologia para a Elaboração dos Cuidados do Paciente com Trauma Raquimedular.	283
P261 - Relato de Experiência: Acadêmicos de Enfermagem na Implementação da Visita Pré- Operatória.....	284
P262 - A Prática da Tricotomia: Evidências Científicas para O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico	285



RELAÇÃO DOS TEMAS LIVRES CATEGORIA PÔSTER

[450]

P001 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO – DERIVAÇÃO FEMOROPOPLÍTEA E FEMOROTIBIAL

Tatiane Costa de Melo*1; Morgana Morbach Borges1

Resumo:

Introdução: A Unidade de Recuperação Pós Anestésica (URPA) do Hospital de Clinicas de Porto Alegre está localizada no 12º andar, tem capacidade de 18 leitos adultos, 05 leitos pediátricos, 05 leitos de terapia intensiva e 01 leito de isolamento. É nessa unidade onde admitimos os pacientes submetidos à cirurgia de derivação femoropoplítea ou femorotibial que tem como objetivo o restabelecimento do fluxo sanguíneo para a perna através de um enxerto desviando a secção ocluída da artéria femoral, esse tipo de procedimento requer muitas intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato. **Objetivos:** Descrever os principais cuidados de enfermagem do paciente submetido à cirurgia vascular. **Método:** Relato de experiência da equipe de enfermagem da URPA do Hospital de Clinicas de Porto Alegre. **Resultado:** Atualmente o paciente submetido à cirurgia vascular permanece as primeiras horas de sua recuperação nessa unidade, onde são prestados cuidados gerais, como oxigenação, sinais vitais (PA, FC, FR, Temperatura e Dor), condições da ferida operatória, presença e permeabilidade de sondas, drenos, dispositivos venosos e/ou arteriais, HGT, além de alguns cuidados específicos ao procedimento como a presença de pulso pedioso e/ou poplíteo que avalia a condição circulatória, presença de sangramento que prevê o rompimento da anastomose do enxerto, aquecimento dos membros inferiores com algodão laminado, manutenção da pressão arterial média acima de 80mmhg para otimizar a perfusão do enxerto. Qualquer alteração em um desses indicadores, a equipe da cirurgia vascular deverá ser acionada, a fim de realizar um adequado manejo do paciente. **Conclusão:** Transcorrido em média 12 horas de pós-operatório, estando o paciente em condições de alta anestésica e liberado pela equipe da cirurgia vascular, já pode ser encaminhado à unidade de internação.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Pós-operatório; Sala de Recuperação

E-mail: ttmelo@hotmail.com

1.Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[452]

P002 - UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE NO PROCESSAMENTO DE CAIXAS CIRÚRGICAS EM UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: TEORIA E PRÁTICA NA GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.

Edna Maria da Silva Beck*¹; Evelyn Cabral de Mattos¹; Cleuza Aparecida Vedovato²; Ana Paula Boaventura²

Resumo:

Introdução: O Hospital Estadual Sumaré (HES) em julho de 2012 recebeu o certificado de Acreditação Internacional Canadense tendo como foco ações para a integralidade do cuidado ao paciente, mais seguro a cada intervenção hospitalar. O enfermeiro da Central de Material e Esterilização (CME) é fundamental para o gerenciamento de todo o processo de trabalho onde qualquer intercorrência com os materiais poderá implicar em danos ao paciente, fator gerador de estresse para as equipes de enfermagem, médicas e da CME. A segurança do paciente tem assumido destaque importante na qualidade da assistência, assim sendo são importantes que sejam criadas estratégias e indicadores de qualidade com a finalidade de avaliar do processo de trabalho.

Objetivo: Relatar a metodologia da implantação de um indicador de qualidade denominado de Indicador de Avaliação de Caixa Cirúrgica visando melhorar a comunicação entre os blocos cirúrgicos e a qualidade do instrumental nas caixas cirúrgicas. **Metodologia:** Todo ano, as equipes costumavam reclamar dos instrumentais cirúrgicos que estavam com qualidade ruim, já haviam relatado em sala operatória e o instrumental voltava com o mesmo problema. Foram então agendadas reuniões dos enfermeiros da CME com as diversas equipes cirúrgicas, porém sem muito sucesso. Foi então elaborado um impresso que ficasse disponível em todas as salas operatórias para que diante da ocorrência encontrada no instrumental, fosse imediatamente assinalado no documento e o mesmo seria entregue ao funcionário da CME durante a retirada do material na área do expurgo dos Centros Cirúrgicos e entregue aos enfermeiros da CME para a resolução do problema. O documento deveria ser preenchido com o nome do paciente, cirurgião, data de cirurgia, circulante de sala e assinalado o problema encontrado com o instrumental. Os responsáveis pelos blocos cirúrgicos foram orientados quanto à nova rotina e passaram a ser multiplicadores das informações ao restante das equipes. Desde o início, as avaliações passaram a serem consolidadas todos os meses e obtivemos um índice de 80% de resolução imediata e 20% de fichas pendentes, aguardando conserto ou compra do instrumental. Este documento já está em vigor há mais de dois anos e percebe-se a sua importância na melhoria das relações comunicativas e consequentemente na melhoria dos instrumentais utilizados nas caixas cirúrgicas. **Conclusão:** Dentro da metodologia empregada, podemos concluir por este trabalho que o indicador aplicado tem caráter inovador e efetivo e são passíveis de uso nos blocos cirúrgicos de forma clara e precisa. A experiência apresentada neste relato trouxe maior resolução dos problemas encontrados nas caixas cirúrgicas servindo de subsídios para uma prática mais segura, podendo este modelo servir de modelo para outras CME.

Palavras-chave: Indicador de Qualidade; Central de Material e Esterilização; Caixas Cirúrgicas

E-mail: anaboa@fcm.unicamp.br

1.Hospital Estadual Sumaré, Sumaré, SP, BRASIL; 2.Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, BRASIL.



[453]

P003 - GERENCIAMENTO E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO FRENTE AOS DESAFIOS DA TEORIA E DA PRÁTICA NO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

Evelyn Cabral de Mattos*1; Edna Maria da Silva Beck1; Cleuza Aparecida Vedovato2; Ana Paula Boaventura2

Resumo:

Introdução: O enfermeiro de Central de Material e Esterilização (CME) gerencia o processo de trabalho e as medidas necessárias referentes às previsões e provisões dos recursos humanos, físicos e materiais, atuando indiretamente nos cuidados aos pacientes. Contudo, o trabalho na CME tem suas dificuldades e desafios, e um deles, é analisar os dados de produção de uma CME que envolve tanto o número de cirúrgicas, quanto o número de materiais processados, bem como itens que foram esterilizados ao longo de cada mês e ano. Com estas análises o enfermeiro consegue dimensionar seu trabalho, sua equipe e controlar os custos garantindo segurança e qualidade dos processos em uma CME. **Objetivo:** Relatar a metodologia da implantação da coleta de dados dos itens esterilizados através dos ciclos de autoclaves ao longo de cada mês e após um ano. **Metodologia:** A necessidade da divulgação e apresentação de indicadores dos serviços realizados por uma CME precisavam ser mostrados e melhor justificados no Hospital Estadual Sumaré no interior do Estado de São Paulo. Estes eram até então apresentados sob a forma de Eventos Sentinelas, Notificação Imediata e mediata, Boletins de Ocorrências, dentre outros que denegriam o trabalho deste setor. Porém, ao buscar os dados de produção percebeu-se que a CME não os tinha. Começou-se então a resgatar os ciclos que correspondiam ao ano de 2008 em diante. A contagem compreendeu todos os itens que constavam no ciclo (cada ciclo corresponde a uma folha-documento que deve ser guardado no mínimo por cinco anos, segundo a RDC (15/2012). Atualmente, o Assistente Administrativo faz a contagem diária e no final do mês fecha o resultado. Cada ciclo de autoclave compreende as seguintes informações: tipo de ciclo; número da autoclave; número do lote do material; início e término da carga; duração total da carga; parâmetros da autoclave; data da esterilização; nome do funcionário pelo preparo do material e nome do funcionário responsável pela esterilização. **Resultados:** Atualmente realiza-se aproximadamente 1500 cirurgias/mês, com média de duas a três suspensões no ano, envolvendo a CME. A produção das autoclaves chega a aproximadamente 20.000 a 22.000 itens esterilizados, lembrando que uma caixa cirúrgica é contada como um item esterilizado, e que para esta caixa chegar nesse processo ela foi lavada manualmente e passada pelo processo de termodesinfecção. Hoje a CME pode associar dados de produção com os erros encontrados e ainda analisar o absenteísmo e turnover de modo a entender o que aconteceu num determinado mês, identificando rapidamente as falhas. **Conclusão:** Podemos concluir por este que o enfermeiro da CME atua diretamente na gestão da produção, consegue quantificar e mostrar com dados estatísticos sua CME e a importância como unidade gestora da quantidade de artigos processados e esterilizados ao longo dos anos.

Palavras-chave: Gerenciamento em Enfermagem; Central de Material e Esterilização; Esterilização

E-mail: anaboa@fcm.unicamp.br

1.Hospital Estadual Sumaré, Sumaré, SP, BRASIL; 2.Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, BRASIL.



Alessandro Marques dos Santos*1; Adriane Fernanda Peters Garcia1; Fernanda Espinosa Pavulack1; Eliana Soares Domingues1; Isabel Cristina de Oliveira Arrieira1

Resumo:

Introdução: A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é um local importante para a recuperação do cliente em pós-operatório imediato. Nesta fase é comum ocorrerem intercorrências com risco iminente de morte. Em virtude disso, os cuidados prestados pela equipe de enfermagem são primordiais para o restabelecimento desse cliente. Neste momento, a enfermagem proporciona segurança, atenção, assistência e uma relação de empatia confiável, em que o cliente se sente bem amparado com profissionais éticos e responsáveis. **Objetivo:** Identificar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro, de SRPA, em cuidar com empatia do cliente em pós-operatório imediato. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Os quatro participantes desenvolviam suas atividades assistenciais como enfermeiros, de sala de recuperação pós-anestésica, em um hospital universitário, localizado em uma cidade da região sul do Rio Grande do Sul. Esta Instituição realiza procedimentos cirúrgicos de grande, médio e pequeno porte, incluindo cirurgias de alta complexidade. A SRPA desse hospital universitário possui doze leitos, sendo oito destinados a cirurgias gerais, e quatro leitos destinados a cesarianas. A coleta de dados se deu no segundo semestre de 2012, a partir de entrevistas semiestruturadas, gravadas e com roteiro específico para este fim. O estudo recebeu certificação ética (Ofício nº: 109.990) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas. Os dados coletados foram imediatamente transcritos, e analisados a partir de análise de conteúdo. Emergiram a partir dos dados duas categorias: A dificuldade de comunicação verbal entre paciente e enfermeiro; A comunicação e a empatia: pressupostos para o cuidado na enfermagem. **Resultados e Discussão:** Constatou-se que os enfermeiros cuidam com empatia na SRPA, utilizando a comunicação não verbal, pois o paciente encontra-se sob efeitos de anestésicos. Entretanto, o estar presente, atender as solicitações subjetivas de atenção e carinho remetem a Relação Interpessoal Terapêutica. Observou-se também que a comunicação é parte de fundamental importância na relação enfermeiro/paciente, e quando estabelecida ambas as partes promovem um cuidado mais humanizado. **Conclusão:** Assim, mesmo que o paciente muitas vezes não estabeleça a comunicação verbal com o enfermeiro, o cuidado de enfermagem é primordial para o restabelecimento da saúde desse ser humano em sala de recuperação pós-anestésica. Evidenciou-se a partir desse estudo a importância da comunicação e empatia para o estabelecimento da Relação Interpessoal Terapêutica como forma humanizada no cuidado, além disso, este estudo corrobora no sentido de chamar a atenção dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em SRPA, pois o paciente pode ser cuidado com carinho e zelo, mesmo sob efeitos de anestésicos.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Empatia; Período Pós-Operatório

E-mail: sandromarquessan@yahoo.com.br

1.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL.



[455]

P005 - PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E OBESIDADE E FATORES ASSOCIADOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE EM UM CENTRO CIRÚRGICO

Felicialle Pereira da Silva*1; Emanuela Batista Ferreira2; Aline Zuehl Ferreira2; Zoraide Cristina Azevedo2; Martha Valéria Medeiros1

Resumo:

Introdução: A obesidade vem tornando-se uma epidemia global segundo dados da Organização Mundial de Saúde. É definida como doença multifatorial e crônica em que o armazenamento da gordura no corpo chega a um nível elevado e compromete a saúde. A obesidade encontra-se em proporções bastante elevadas entre grupos populacionais com características culturais e socioeconômicas diversificadas e modificações nos padrões alimentares afetam o desempenho nutricional e profissional. **Objetivos:** Verificar a prevalência de sobrepeso e obesidade e os fatores associados na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico, caracterizar o perfil socioclínico da equipe e prevalência de sobrepeso e obesidade segundo variáveis antropométricas e variáveis comportamentais. **Método:** estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa, realizado no Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Anestésica do Hospital Regional do Agreste com um quadro aproximado de 65 profissionais de enfermagem. Os sujeitos do estudo foram constituídos pela equipe de enfermagem que atuavam nesses respectivos setores, sendo a amostragem por adesão, composta pelos membros que concordaram em participar do estudo, respeitando os preceitos éticos. O instrumento de coleta de dados foi um formulário semiestruturado contendo 22 questões. A primeira sessão do formulário propôs-se a caracterizar o perfil socioclínico dos sujeitos e a segunda investigou as variáveis antropométricas e comportamentais. Para obtenção das medidas antropométricas, aferiu-se o peso utilizando balança digital para posterior cálculo do IMC e a estatura foi obtida por fita métrica de material não elástico, com precisão de 1 cm, fixada à parede, com os profissionais em posição ortostática. **Resultados e Discussão:** A pesquisa entrevistou 41 profissionais. Os achados do estudo evidenciaram que o perfil socioeconômico e sociodemográfico possuem semelhança com pesquisa desenvolvida no ano de 2004 e demonstrou que as maiores taxas de prevalência de sobrepeso (acima de 40%) resultam de grupos com idade maior que 36 anos e casados. Os maus hábitos alimentares nesses trabalhadores causam danos à saúde desses indivíduos. O trabalho em dois turnos e o acúmulo de vínculos empregatícios ressaltam maiores chances de desenvolver problemas devido a sobrecarga de trabalho, entre eles, má alimentação, poucas horas de sono, estresse, sedentarismo e obesidade. **Conclusão:** Verificou-se a prevalência de sobrepeso e obesidade entre a equipe de enfermagem no centro cirúrgico. Evidenciou-se lacunas nas atividades físicas, sendo a falta de tempo o motivo mais justificado. A qualidade da alimentação consumida no período do plantão demonstrou forte influência, pois afetam diretamente a qualidade da saúde e de trabalho. O percentual de circunferência da cintura adequado foi de apenas 12,8%, sendo este índice fator de risco significativo para doenças metabólicas e cardiovasculares.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; Prevalência

E-mail: cialle@hotmail.com

1.Hospital da Restauração, Recife, PE, BRASIL; 2.Universidade de Pernambuco-upe, Recife, PE, BRASIL.



Adriana Mesquita Alves*1; Raquel Denis Padão Palmeira1; Jeane Fuchs Bueno1; Alessandro Marques dos Santos1; Crischélida Botelho Gomes2

Resumo:

Introdução: Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde têm proporcionado aumento significativo em procedimentos cirúrgicos os quais são, muitas vezes, realizadas em condições inseguras. Baseado no Código de Ética dos profissionais de enfermagem verifica-se que é de responsabilidade da nossa profissão “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. Todavia, devemos destacar a importância de médicos neste processo, pois a equipe deve estar interligada em todas as fases da intervenção cirúrgica, elucidando a humanização e a comunicação como ferramentas para manter a qualidade e a segurança do cuidado prestado ao paciente hospitalizado. Desta forma, uma falha em um dos processos de trabalho, inclusive na comunicação, poderá interferir no conjunto de atividades desenvolvidas, trazendo transtornos tanto à equipe como ao paciente e configurar-se em erros na assistência. **Objetivo:** Refletir acerca da segurança do paciente no centro cirúrgico através da comunicação e humanização do serviço da equipe multiprofissional. **Método:** Relato de experiência desenvolvido por três acadêmicas de enfermagem no primeiro semestre de 2013, orientadas pela enfermeira do centro cirúrgico de um Hospital Universitário na cidade de Pelotas – RS. **Resultados:** Apoiada nas experiências acadêmicas observou que a cirurgia é um fator de estresse, tanto para o paciente, como para a equipe cirúrgica, no entanto é necessário que os profissionais tenham consciência que o objetivo de seu trabalho é o bem estar do paciente, preocupando-se em detectar sinais de ansiedade, estresse e outros fatores que interferem no andamento do ato cirúrgico. Durante a passagem do paciente no centro cirúrgico notamos que a equipe de enfermagem se preocupa em mantê-lo ciente dos procedimentos a serem realizados, assim como assegurar que ele não se sinta sozinho e desamparado, neste ambiente tenso, e muitas vezes, desconhecido. Entretanto, observa-se que os médicos não conversam com os pacientes no período pré-operatório, no que tange aspectos como apresentar-se, perguntar-lhe o procedimento a ser realizado, alguma alergia medicamentosa, o que sob nosso entender aumenta a confiança do paciente sobre o procedimento deixando-o mais calmo e confiante, além de garantir o procedimento correto, com mínimas intercorrências, proporcionando sua recuperação. **Conclusão:** Sendo o centro cirúrgico uma unidade de alta complexidade, tecnologia e procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes se faz necessário que os enfermeiros que ali trabalham estejam conscientizados da importância de ouvir, olhar, tocar e serem presentes, pois, a segurança e a tranquilidade favorecem o tratamento e a recuperação. Trabalhos multidisciplinares com a equipe de enfermagem podem favorecer a sensibilização para iniciar um processo de humanização interna que tenha consequências no atendimento. Neste contexto, uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo as equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Enfermagem em Centro Cirúrgico; Enfermagem Perioperatória

E-mail:sandromarquessan@yahoo.com.br

1.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL; 2.Hospital São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL.

Patricia Rezende do Prado*1; Edna Lopes Monteiro1; Cleuciane Lima de Melo1

Resumo:

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2008 foram realizadas cerca de 234 milhões de intervenções cirúrgicas, com média de uma cirurgia a cada 25 pessoas. Destas, estima-se que ocorreram sete milhões de complicações e dois milhões de mortes, sendo que 50% dessas mortes e complicações eram evitáveis, o que sugere que as falhas de segurança nos procedimentos cirúrgicos podem causar danos importantes ao paciente. Diante desta problemática, a OMS elencou dois desafios globais, sendo que o segundo era direcionado para a segurança cirúrgica. Para atender a este desafio, o Ministério da Saúde Brasileiro em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde criaram um manual intitulado "Cirurgias seguras salvam vidas", contendo itens voltados para a segurança do paciente cirúrgico. Neste mesmo sentido, desde 1990, foi proposta que a assistência de enfermagem fosse realizada de forma sistematizada através de um instrumento de coleta de dados denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Pré-operatória (SAEP). Deste modo, um instrumento de enfermagem sistematizado com informações do perioperatório pode auxiliar a equipe de enfermagem, médica e de todos os envolvidos no procedimento cirúrgico. **Objetivo:** construir e validar o conteúdo de um instrumento de enfermagem perioperatória para o Hospital das Clínicas de Rio Branco, Acre, Brasil, visando atender as exigências da OMS reafirmadas no Manual "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" do Ministério da Saúde Brasileiro. **Método:** trabalho metodológico descritivo. A construção do SAEP fundamentou-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas e na revisão bibliográfica sobre o tema. Para a validação de conteúdo do instrumento foram realizadas aulas expositivas para o treinamento da equipe de enfermagem. **Resultados:** o SAEP foi construído em duas folhas e meia, com a maioria das perguntas em check-list. Diversos itens foram acrescentados e outros modificados, todos discutidos com os profissionais da enfermagem que fizeram a validação do conteúdo do instrumento. Os profissionais de enfermagem relataram que finalmente estavam vendo o processo de enfermagem sair da teoria para atender a prática, agradecendo a possibilidade de utilizar o SAEP para melhorar a assistência perioperatória. **Conclusão:** o SAEP foi analisado como satisfatório por ser de fácil interpretação e preenchimento. Todas as sugestões de introdução e correção de itens foram discutidas, aceitas e incluídas no instrumento. Com o trabalho finalizado percebemos o quão importante foi a parceria da academia com o serviço de saúde, nosso campo de prática. Sugerimos que mais trabalhos como este sejam realizados no intuito de auxiliar os campos de estágio, envolver alunos e resultar em pesquisas que atenderão as reais necessidades do serviço e possibilitem a valorização da nossa profissão e segurança do paciente.

Palavras-Chave: Enfermagem; Perioperatória; Segurança

E-mail: patyrezende@terra.com.br

1.Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Ac, BRASIL.



Maria Cristina Pose Guerra*1; Elaine Cristina da Luz Feitosa1

Resumo:

Introdução: A bolsa-válvula- máscara (ambú) largamente utilizada para ventilar e oxigenar os pacientes que necessitem de suporte ventilatório e parada cardio respiratória, são processados no Centro de Material e Esterilização (CME) e considerados artigos semi críticos. Existem equipamentos como simuladores para testar esse artigo antes dele ser utilizado, porém a realidade de muitos hospitais é que nem todos possuem esse simulador de alto custo, por isso foi desenvolvido um pulmão artificial artesanal para testar esses artigos semi críticos ainda no CME antes de colocá-los em uso. **Objetivo:** Construir um pulmão artificial artesanal para testar a bolsa-válvula-máscara (ambú) antes do seu uso. **Métodos:** Trata se de um relato de experiência e foi desenvolvido a partir da idéia do colaborador em um hospital geral municipal localizado no interior de São Paulo. O pulmão foi construído a partir de peças incompletas no CME. **Resultados:** Após construção do pulmão artificial todas as bolsas-válvulas-máscaras são testadas nesse pulmão artificial, onde o mesmo detecta vazamentos, mau posicionamento das peças na hora da montagem, e o não funcionamento do reanimador bolsa-válvula- máscara, possibilitando identificar falhas antes mesmo de esse artigo ser utilizado e evitando eventos adversos. **Conclusão:** O simulador de pulmão feito artesanalmente vem ressaltar o compromisso da equipe de enfermagem e a assistência consciente e preocupada com o bem estar social.

Palavras-chave: Ambú; Assistência; Enfermagem

E-mail: smile.elaine@bol.com.br

1.Hospital Municipal, São José dos Campos, SP, BRASIL.



Renata Ferreira Fagundes*1; Alessandro Marques dos Santos2; Rosa Helena Neumann Leivas3; Eliana Soares Domingues2; Francine dos Santos Jornada3

Resumo:

Introdução: Em razão do crescimento tecnológico e aprimoramento das técnicas se faz cada vez mais necessário o treinamento em serviço. O treinamento é um processo educacional aplicado de maneira sistemática e organizado, por meio do qual, as pessoas adquirem novos conhecimentos, atitudes e habilidades em função dos objetivos institucionais. No CME o treinamento torna-se uma ferramenta indispensável para capacitação dos funcionários no trabalho, pois lhes proporciona segurança, pela aquisição de hábitos de reflexão e ação, ampliando o nível de qualificação do seu desempenho. **Objetivo:** Investigar o conhecimento dos técnicos de enfermagem que atuam no CME acerca das rotinas por eles desempenhadas de um Hospital Universitário de médio porte do sul do Rio Grande do Sul, para posterior implementação de educação continuada em serviço.

Métodos e Resultados: Trata-se de um estudo não experimental, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa/qualitativa. Aplicou-se um questionário semi-estruturado com 20 perguntas discursivas sobre os métodos de esterilização/desinfecção e demais rotinas do CME, os participantes dessa amostra foram os colaboradores deste setor, totalizando 20 técnicos de enfermagem. Os resultados demonstraram que as práticas desenvolvidas pelos profissionais, com mais de dez anos de profissão nesta área específica, eram obsoletos, em virtude da dificuldade no aprendizado desses colaboradores, ao mesmo tempo em que se sentiam desencorajados para trabalhar com novas tecnologias. Por outro lado, aqueles trabalhadores com menos de dez anos de trabalho na instituição, apresentaram as mesmas dificuldades de aprendizado, primeiramente, combinando com os mais experientes, que também por conta do surgimento de novas tecnologias, muitas vezes, de difícil manuseio e aprendizado temem o manuseio das máquinas e equipamentos. Dessa forma, busca-se com isso um treinamento em serviço abordando aspectos técnicos e operacionais para as funções desenvolvidas.

Conclusão: Assim, o fato de se ter experiência de mais de dez anos na área de CME, não significa que o trabalhador, possui total conhecimento acerca das rotinas básicas da unidade, visto que, muitas vezes realizam o trabalho de forma mecanicista, tendo dificuldades de visualizar a utilização dos artigos, e o grau de importância do processo de esterilização. Além disso, com o advento das novas tecnologias para o cuidado humano, o conhecimento técnico necessita de mais aperfeiçoamento, em razão da complexidade dos processos de esterilização e por ser um trabalho minucioso e criterioso requer um profissional capacitado. Dessa forma, a educação continuada é uma das formas de proporcionar o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam nas instituições, além de promover o aprimoramento de suas habilidades, desperta a curiosidade e a iniciativa para a aquisição de novos conhecimentos.

Palavras-chave: Capacitação em Serviço; Enfermagem Perioperatória; Força de Trabalho

E-mail: sandromarquessan@yahoo.com.br

1.Hospital Universitário São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL; 2.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL; 3.Hospital São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL.



Raquel Denis Padão Palmeira*1; Josemara Corrêa Soares1; Alessandro Marques dos Santos2; Samanta Maagh1; Eliana Soares Domingues1

Resumo:

Introdução: A SRPA é um ambiente de diversidades, com pacientes em recuperação de procedimentos cirúrgicos, dos mais simples aos mais complexos. Dessa forma, é primordial que a equipe de enfermagem faça uma minuciosa avaliação do paciente no pós-operatório. Este processo de cuidados em enfermagem em SRPA é preconizado pela American Society of Perianesthesia Nurses (ASPAN), que recomenda critérios para o cuidado geral do paciente. Além dos cuidados com a manutenção da vida e recuperação, também se faz importante, na SRPA, a organização de documentos, respaldado em um “Check List”. **Objetivo:** Intervir junto à equipe de enfermagem da SRPA, com a finalidade de reforçar a importância do registro em “Check List”, conforme preconizado pela ASPAN. **Método:** Estudo de intervenção realizado por duas acadêmicas de enfermagem, da Universidade Católica de Pelotas, no segundo semestre de 2012. O local do estudo foi uma SRPA com doze leitos, de um Hospital Universitário, da região sul do Rio Grande do Sul. Primeiramente se obteve uma análise situacional da unidade, verificando procedimentos cirúrgicos e pacientes que utilizavam a SRPA, número de documentação e sua importância para o cuidado. O segundo passo dessa intervenção se deu com reuniões com as equipes de trabalho da SRPA, incluindo os colaboradores diurnos e noturnos. Nestes encontros os colaboradores foram informados acerca da importância dos registros e o cuidado com essas documentações, ficando obvio para eles que os “papéis” do paciente também faziam parte dos cuidados de enfermagem. **Resultados e Discussão:** A intervenção se deu com a construção do documento “Check-List”, o qual elencava todo tipo de documentação usada por diferentes profissionais que atuavam no período peri-operatório. As acadêmicas implementaram o “Check-List”, enfatizando a equipe que esse documento permitiria e garantiria a segurança da equipe de enfermagem da SRPA. Através dele as técnicas de enfermagem e as enfermeiras, registravam manualmente toda documentação e pertences do paciente na SRPA. Durante a implementação as equipes mostraram-se interessadas e participativas. Relataram que fazem o registro da entrada de documentos dos pacientes, mas percebem falhas neste processo. Identificou-se que no turno da manhã, as falhas ocorriam com maior frequência, pois a admissão dos pacientes na SRPA era mais intensa. Após a implementação, se constatou uma frequência zero destas falhas, demonstrando que este trabalho apresentou resultado positivo, considerando as orientações e a boa aceitação das equipes de enfermagem de ambos os turnos. **Considerações Finais:** Dessa forma, a intervenção junto a equipe de enfermagem do “Check-List” não é apenas mais um documento burocrático intra-hospitalar, mas uma forma de cuidado do setor com os pacientes que admite e sua equipe. Reafirma-se uma assistência ao paciente de forma integral, incluindo tudo que o pertence, promovendo sua segurança e confiabilidade na equipe assistencial. Com isso, o “check-list” se constitui numa ferramenta segura de garantir o cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Sala de Recuperação; Educação em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem

E-mail: sandromarquessan@yahoo.com.br

1.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL; 2.Hospital São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL.



[464]

P011 - CRITÉRIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE CIRÚRGICA PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE: UMA VISÃO MULTIDISCIPLINAR

Adriana Regina Guimarães Martin*1

Resumo:

O Centro Cirúrgico é definido como uma área complexa de acesso restrito com uma estrutura física diferenciada, onde são realizados diversos procedimentos de diferentes níveis de complexidade, mesmo as ambulatoriais consideradas de baixo risco(1). Os procedimentos cirúrgicos são a maior fonte de remuneração de um hospital, seja público ou privado(2). As cirurgias são classificadas em pequeno, médio e grande porte, de acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB)(3). O Ministério da Saúde define que AC é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de proporcionar à população acesso aos serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade)(4). O objetivo deste estudo é definir os critérios de implantação de uma unidade cirúrgica para procedimentos abdominais de Alta Complexidade considerando estrutura física, equipamentos e recursos humanos na visão multidisciplinar. O método aplicado é de uma pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, transversal e comparativa. A aprovação do CEP em 03/12/2010, protocolo 370/2010 na Instituição A (rede pública) e 13/09/2010 protocolo 11/10 na Instituição B (rede privada). Aplicação de 422 questionários estruturados aos cirurgiões, anestesiológicos e enfermeiros em duas instituições hospitalares distintas, uma pública e outra privada com o retorno de 142 respondidos e 50 em branco (cirurgiões da instituição B - rede privada). A amostra composta, igualmente em cada instituição por 25 cirurgiões, 25 anestesiológicos na A e 21 anestesiológicos na B e 22 enfermeiros na A e 24 na B. O teste estatístico aplicado foi o Teste Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fischer. Os dados foram expostos em tabelas comparativas para as três categorias relacionadas com 12 perguntas com 60 itens para cirurgiões, 12 perguntas com 59 itens para os anestesiológicos e 20 perguntas com 82 itens para os enfermeiros, como a definição dos procedimentos de AC, equipamentos recomendáveis e montagem de salas de operação. Os resultados demonstraram que os critérios de definição e classificação dos procedimentos são semelhantes enquanto que equipamentos, estrutura física e formação profissional são diferentes. O estudo concluiu que o conceito dos procedimentos de alta complexidade é incompleto pela legislação brasileira; o tipo e classificação dos procedimentos e a escolha de uso dos equipamentos é critério do profissional que o utiliza; a estrutura física é determinante para os procedimentos mais complexos, sendo necessárias unidades cirúrgicas amplas para grande porte; os equipamentos e mobiliários devem ser próprios e específicos para a alta complexidade, além da necessidade de complementação da formação profissional na instituição pública.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico Hospitalar/Organização e Administração; Cirurgia; Equipamentos Cirúrgicos

E-mail: adrianareginamartin@yahoo.com.br

1.Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



Greice de Medeiros Stefani*1; Denilse Damasceno Trevilato1

Resumo:

O látex de borracha natural é derivado da seiva da seringueira (*Hevea brasiliensis*), a conversão do látex da borracha líquida em um produto acabado envolve a adição de vários produtos. Por isso, acredita-se que a fonte das reações alérgicas sejam as proteínas da *Hevea* ou as substâncias químicas adicionadas no processo de fabricação. As populações em risco de desenvolverem resposta alérgica ao látex incluem os profissionais de saúde, pacientes com alergias atópicas ou múltiplas cirurgias, pessoas que trabalham em fábricas que produzem produtos à base de látex, mulheres e pacientes com espinha bífida. A alergia ao látex tornou-se um risco crescente aos indivíduos que estão constantemente expostos, principalmente os profissionais da área de saúde. Os profissionais da área da saúde, além dos pacientes, são considerados como um grupo de risco, pois são expostos a materiais e equipamentos contendo esta substância diariamente. Conhecer o que a produção científica, no período de 2001 a 2010, aborda em relação à temática da alergia ao látex em profissionais da área da saúde com suspeita ou diagnóstico, mediante uma sistematização das informações obtidas. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, as informações pertinentes para a elaboração do estudo foram obtidas por meio de levantamento bibliográfico, nos idiomas português, espanhol e inglês, em bases de dados, LILACS, MEDLINE, BDNF e Scielo. Observou-se que 62,5% das publicações selecionadas são do idioma em inglês, em segundo lugar com 29,2% encontra-se o idioma português e em último lugar o idioma espanhol com 8,3%. Observou-se que 45,8% das publicações selecionadas abordaram assuntos sobre a prevalência de alergia ao látex nos profissionais da saúde, 25% dos estudos relataram evidência de associações entre o gênero e a frutas, 41,7% relataram sobre atopias e 50% das produções selecionadas abordaram de forma ampla e diversa sobre as orientações que devem ser aderidas para diminuir o risco de exposição aos alérgenos do látex. Os relatos de alergia ao látex iniciaram-se consistentemente a partir dos anos 80 com aumento importante do número de casos nos anos 90, principalmente após a implementação das precauções universais devido ao aparecimento da AIDS. Analisando sistematicamente estes últimos dez anos de publicações, pode-se concluir que muitas associações foram feitas, como ao gênero, a alergia alimentar (frutas) e a atopias e também sobre diversos tipos de orientações para prevenir a alergia, no Brasil ainda existe poucos estudos publicados sobre o assunto. O ideal é que cada vez mais exista a adoção de medidas profiláticas para a prevenção da alergia ao látex, e ou a adequação do ambiente de trabalho, evitando-se danos irreparáveis sobre a saúde desses profissionais. A alergia ao látex ainda é uma tema atual, que merece atenção e que ainda tem muito a ser aprofundado.

Palavras-chave: Latex; Alergia; Pessoal da Saúde

E-mail: greicestefani@terra.com.br

1.Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[467]

P013 - FATORES DE ESTRESSE VIVIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE MINAS GERAIS NO SEU COTIDIANO DE TRABALHO.

Maíra Amaral Silveira Gomes*1; Humberto Siqueira Gomes1; Roberta Carneiro Baldo Abdala1; Cerise Cardoso1; Alice Patrícia Ferreira 1

Resumo:

A preocupação com o estresse tem se mostrado crescente atualmente, em especial na enfermagem, provavelmente pelo fato de ser uma presença marcante na atuação desses profissionais de saúde. O estresse é definido como uma mudança no ambiente que é percebida como uma ameaça, desafio ou prejuízo para a homeostasia do indivíduo e para tal, ocorrem processos compensatórios com componentes fisiológicos e psicológicos. O Centro Cirúrgico (CC) é um dos ambientes mais complexos do hospital, pois concentra os recursos humanos e materiais necessários ao ato cirúrgico, e, frequentemente, as suas atividades são desenvolvidas em clima de tensão, pela existência de procedimentos estressantes geradores de ansiedade, quer pela gravidade dos pacientes, quer pela complexidade dos atos anestésico e cirúrgico. Tendo conhecimento dessa situação, e de que o estresse se torna presente cada vez mais nas relações de trabalho, perguntamos: A equipe de Enfermagem do CC identifica os fatores que desencadeiam o estresse no seu cotidiano de trabalho? Para tanto, esta pesquisa apresenta-se com o objetivo de analisar os fatores estressores no seu cotidiano de trabalho, identificados pela Equipe de Enfermagem do CC em um hospital público de Minas Gerais. Embasado nesse exposto, realizou-se uma pesquisa de campo do tipo quantitativo descritivo objetivando analisar os fatores estressores identificados pela equipe de enfermagem do CC de um hospital público de Minas Gerais. Os 33 sujeitos deste estudo responderam a um questionário contendo itens referentes aos fatores estressores, ao grau de satisfação e de estresse no trabalho, além de itens que os caracterizavam pessoal e profissionalmente. Os dados obtidos foram posteriormente tabulados, confrontados com a literatura e analisados. Evidenciou-se que o maior percentual dos profissionais considera o trabalho no CC como sendo muito estressante, apesar da maioria se julgar satisfeito com sua profissão. Os fatores estressores que se destacaram como o de maior frequência foram: sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, riscos ocupacionais, número reduzido de profissionais da equipe de enfermagem, problemas de relacionamento/comunicação com outros profissionais/colegas, situações de sofrimento e morte, tempo reduzido para realizar tarefas e complicações cirúrgicas. Esses fatores identificados foram ao encontro da bibliografia pesquisada, confirmando a forte presença do estresse na enfermagem dentro do CC. Portanto, é de fundamental importância que se busque controlar o estresse no ambiente de trabalho, tendo como ponto de partida os fatores estressores identificados. Conclui-se a necessidade da identificação pela equipe, de quais são os fatores que estão causando o estresse no seu cotidiano de trabalho e, dessa forma, auxiliá-la na busca de estratégias efetivas para amenizar ou eliminar esse estresse. Portanto, o presente estudo possui um importante propósito que é o de auxiliar a enfermagem a conhecer melhor os fatores estressores objetivando ganhos tanto na qualidade da assistência quanto na qualidade de vida desses profissionais.

Palavras-chave: Estresse; Equipe de Enfermagem; Centro Cirúrgico

E-mail: maira_asg@yahoo.com.br

1. Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, BRASIL.



[470]

P014 - RASTREABILIDADE DE MATERIAIS CONSIGNADOS EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO PARTICULAR

Thiago Aurelio de Melo*1; Marice Nishiwaki Negrini1

Resumo:

Introdução: Os materiais consignados são conhecidos como materiais de OPME, que é uma sigla para Órtese, Prótese, Materiais Especiais e Síntese. Visto que os procedimentos cirúrgicos estão avançando tecnologicamente e os custos dos materiais continuam aumentando, é cada vez mais comum o uso de materiais consignados nas instituições hospitalares, uma prática preocupante, visto que apresentam riscos potenciais a equipe e ao paciente. Devido a variedade de materiais e implantes e diversidade de produtores e fornecedores, o Centro de Material e Esterilização (CME) necessita de um processo de rastreabilidade capaz de garantir certa medida de segurança. Frente a relevância da rastreabilidade, será que o enfermeiro tem conhecimento da importância de um sistema eficaz de rastreabilidade de materiais consignados? **Objetivo:** Geral: Mostrar a importância de um sistema de rastreabilidade de materiais consignados em CME. Específicos: Conhecer as atividades de um CME. Descrever normas e diretrizes para materiais de OPME. Sugerir um método eficaz de rastrear materiais de OPME. Relatar a experiência bem sucedida de um hospital do ABC. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de um método eficaz de rastreabilidade de materiais de OPME adotado por um hospital do ABC. Definido o tema da pesquisa, partiu-se para o levantamento das informações, através da busca em literaturas e artigos relacionados ao tema do relato de experiência. Após isto, feito uma descrição do fluxo dos materiais de OPME deste hospital, incluindo o recebimento, processo de esterilização, entrega e devolução dos materiais da sala operatória e devolução dos mesmos para o fornecedor. **Resultados:** Este método tem sido muito eficaz na instituição. Garante que apenas materiais de OPME estéreis entrem em contato com o paciente, sendo possível rastrear todo o processo de esterilização. O uso das câmeras digitais para fotografar os materiais no recebimento e no fim da cirurgia tem sido um grande diferencial. Facilita o controle do fluxo dos materiais consignados, sendo possível rastreá-los através dos formulários e da visualização das fotos, diminuindo a possibilidade de erros. Também traz a vantagem da diminuição de perdas e extravios de materiais de alto custo, permitindo a devolução do material completo para o fornecedor. **Conclusão:** Existem vários métodos de rastreabilidade, sendo todos efetivos desde que atendam as exigências legais e garantam que apenas materiais de qualidade estejam disponíveis para o uso. O enfermeiro de CME tem um papel essencial em implantar um sistema de rastreabilidade e monitorar a eficácia do processo, verificando sempre quais são as exigências legais sobre materiais de OPME e rastreabilidade para aplica-los na rotina do CME, garantindo segurança ao paciente e equipe profissional. É um método de rastreabilidade de materiais de OPME prático, seguro e eficaz. Um exemplo que pode ser adotado por outros hospitais que encontram dificuldade em rastrear tais materiais.

Palavras-chave: Centro de Material e Esterilização; Rastreabilidade; Materiais Consignados

E-mail: thiagoamelo@gmail.com

1.Hospital e Maternidade Dr. Christovão da Gama, Santo André, SP, BRASIL.



[471]

P015 - COLONIZAÇÃO NASAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

Rebeca Marici Canizelli*1; Ana Laura Beretta2

Resumo:

As infecções de sítio cirúrgico (ISC) estão entre as mais frequentes infecções relacionadas à assistência a saúde. Pacientes que desenvolvem ISC tem mais chances de serem admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI) e maior risco de readmissão hospitalar e óbito. Uma das fontes causadoras de ISC é a colonização dos profissionais que atuam no centro cirúrgico, já que podem ser portadores transitórios de microrganismos patogênicos e transmitirem para os pacientes. É considerado como colonizado qualquer indivíduo que possui cultura positiva, mas que não apresenta sintomas de infecção. O conhecimento prévio e o treinamento dos profissionais da saúde em relação às medidas preventivas e de controle são ações necessárias para qualquer instituição de saúde, devido à possibilidade de ocorrência de surtos. Este estudo trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva transversal que teve como objetivo identificar a colonização nasal por staphylococcus aureus nos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital privado de pequeno porte do interior de São Paulo. A coleta de dados e materiais (amostra nasal) foi obtida após a obtenção da assinatura, pelo participante e do termo de consentimento livre esclarecido apresentado ao mesmo. Participaram da pesquisa 15 profissionais de enfermagem atuantes no centro cirúrgico, sendo 93,33% (14/15) do sexo feminino e 6,66% (1/15) do sexo masculino. Identificou-se a positividade de 13,3% (2/15) das amostras para o *Staphylococcus aureus* (S. aureus), dos quais todos eram do sexo feminino e apresentaram sensibilidade à metilina (MSSA). O conhecimento do profissional quanto à sua condição de portador ou da sua equipe e estratégias para a descolonização ampliam a visão dos profissionais frente ao controle das infecções e surtos, conscientizam-nos sobre a necessidade de adesão às medidas de controle e prevenção, evitando a disseminação de bactérias dentro da instituição. Em alguns casos a descolonização dos profissionais deve ser considerada, a mupirocina creme é o antibiótico tópico indicado nesses casos. As estratégias de descolonização têm como objetivo evitar a disseminação da bactéria nos serviços de saúde, prevenir as infecções hospitalares causadas por ela e proteger o profissional de doenças ocupacionais. Considerou-se alta a colonização nos profissionais de saúde, uma vez que o *Staphylococcus aureus* é um dos principais agentes causadores de infecção de sítio cirúrgico (ISC) e os portadores nasais podem eliminar este microrganismo e contaminar o sítio operatório, além de trazer riscos à saúde do próprio profissional. Entendeu-se que ampliar a visão dos profissionais do centro cirúrgico frente ao controle das infecções, através de medidas educativas específicas com campanhas, é responsabilidade de cada serviço de saúde e pode controlar a disseminação das bactérias.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Portador Sadio; Equipe de Enfermagem

E-mail: rebeca_canizelli@hotmail.com

1.Hospital Prontocor, Bauru, SP, BRASIL; 2.Centro Universitário Hermínio Ometto-Uniararas, Araras, SP, BRASIL.



Ana Laura Beretta*1; Rebeca Marici Canizelli2

Resumo:

A infecção hospitalar (IH) está associada a um aumento considerável em morbidade e mortalidade de pacientes, como também em aumentos significativos nos custos hospitalares. O aparecimento e disseminação de micro-organismos multirresistentes aos antibióticos estão surgindo, tanto nos hospitais como na comunidade, em função do uso dos antimicrobianos de uma maneira maciça e indiscriminada. A prevalência da colonização por bactérias multirresistentes (BMRs) em pessoas saudáveis na comunidade aumenta ainda mais a necessidade de uma maior vigilância de controle de IH, já que esta população pode tornar-se reservatório bacteriano no ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo transversal que teve como objetivo identificar a colonização de bactérias multirresistentes na equipe de enfermagem de um hospital privado do interior de São Paulo. Analisaram-se amostras da mucosa nasal e das mãos de 50 indivíduos, sendo 10 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem, identificando-se a positividade de 22% das amostras nasais para o *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), dos quais 12% apresentaram sensibilidade à metilina (MSSA), 8% apresentaram resistência à metilina (MRSA) e 2% apresentaram resistência intermediária ao mesmo antimicrobiano. Quanto às amostras das mãos, não houve positividade. Os resultados mostraram que os técnicos de enfermagem estão mais propensos à colonização quando comparados com os enfermeiros. Considerou-se alta a colonização por MRSA nos profissionais de saúde (8%), uma vez que estes são considerados disseminadores dessa bactéria, contribuindo para a contaminação do ambiente hospitalar, comunidade e o surgimento de possíveis infecções para os pacientes assistidos por eles.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Farmacorresistência Bacteriana Múltipla; Portador Sadio

E-mail: rebecca_canizelli@hotmail.com

1.Centro Universitário Hermínio Ometto-Uniararas, Araras, SP, BRASIL; 2.Hospital Prontocor, Bauru, SP, BRASIL.



Marly Maria de Oliveira Souza*1; Katiane Martins Mendonça2

Resumo:

A visita pré-operatória de enfermagem consiste no primeiro passo para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e possibilita ao profissional detectar, solucionar e/ou encaminhar problemas identificados, além de ser decisiva para a continuidade da assistência nas fases subsequentes. O presente estudo objetivou revisar a produção científica nacional sobre o estado da arte da visita pré-operatória de enfermagem, como fase integrante da SAEP e analisar a atuação do profissional enfermeiro nessa etapa. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura utilizando os Descritores em Ciências da Saúde “enfermagem” e “visita pré-operatória”, com o operador booleano “AND”, indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e na Scientific Eletronic Library Online – Brasil (SciELO), incluindo a primeira publicação sobre o tema até aqueles disponíveis em janeiro de 2013. Critérios de inclusão: estudos nacionais, que abordem a temática e disponíveis nas bases definidas, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram encontrados 24 estudos. Apenas 19 atenderam aos critérios estabelecidos e foram submetidos à leitura na íntegra e avaliados quanto aos objetivos, delineamento, principais resultados e conclusões. A maioria foi desenvolvida na década passada fato que inviabiliza/dificulta discussões frente ao avanço tecnológico. Evidenciou-se que a visita pré-operatória apesar de ser destaque em todas as publicações quanto à efetividade no desenvolvimento da SAEP, ainda é pouco realizada ou é implementada de forma ineficaz. O cuidado ao paciente cirúrgico foi caracterizado de forma mecânica e rotineira e o desempenho do profissional enfermeiro foi questionado pela maioria dos estudos analisados, que enfatizaram a necessidade de incentivo e interesse desses profissionais pela busca e integração de conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos. Apenas um estudo abordou estudantes correlacionando essa temática à formação dos futuros enfermeiros. Acredita-se que o estudo possa trazer para a ciência Enfermagem a necessidade de aprimoramento acerca das práticas assistenciais perioperatórias e instigue desejo de mudanças pautadas em evidências científicas, em prol do fortalecimento da profissão e, sobretudo, do bem-estar e segurança do paciente cirúrgico.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Assistência Perioperatória

E-mail: marlymil@hotmail.com

1.Hospital de Doenças Tropicais, Goiânia, Go, BRASIL; 2.Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.



[474]

P018 - SUSTENTABILIDADE NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: CUSTO BENEFÍCIO DO MÉTODO TRADICIONAL DE EMPACOTAMENTO DE CAIXA METÁLICA E SEU IMPACTO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO.

Fernanda Gambarotto Pinoti*1; Heidi Demura Leal1; Soraya Palazzo1

Resumo:

O Enfermeiro desenvolve um papel muito importante na central de material e esterilização (CME), atua como responsável técnico, dentre muitas das suas atribuições há um desafio constante das organizações hospitalares em buscam de um equilíbrio entre os recursos financeiros limitados, uma prestação de serviço adequada, com qualidade, redução de custos e desperdício. Quando somados o volume cirúrgico dos países segundo a Organização Mundial da Saúde são aproximadamente uma operação para cada 25 seres humanos vivos anualmente. Com o crescente aumento dos procedimentos cirúrgicos, avanço da tecnologia, instrumentais mais específicos para cada procedimento, ficou evidente que a CME passaria a ter uma contribuição impar para a qualidade das atividades de saúde, visto que os artigos médico hospitalares a ser usado no paciente tem que ser livre de qualquer forma de vida. Diante disso cresce a preocupação em tornar a prestação de saúde sustentável aliando tecnologia ao conhecimento científico, desenvolvendo um trabalho de conscientização. O objetivo é analisar o custo benefício do método tradicional de empacotamento de caixas metálicas e seu impacto na prestação de serviço de maneira sustentável. O método trás uma pesquisa retrospectiva, descritiva, com abordagem quantitativa. A Coleta de dados foi realizada no CME de um hospital particular de grande porte, situado na zona norte do estado de São Paulo e ocorreu no mês de outubro de 2012, após autorização da instituição (Apendice I). Foram analisados os dados dos anos de 2011 e 2012. A Instituição pesquisada trás como consumo de insumos para realizar o método tradicional de embalagem no ano de 2011 de 59.179 tendo custo anual de R\$ 52.130,90 reais (Tabela 1). Em 2012, no sete primeiro meses, o consumo de insumo foi de 31.567 (Tabela 2) e no mesmo período de 2011 estava em 31.857, já os gastos em 2012 ficaram em R\$ 37.894,16 e em 2011 foi de R\$ 27.507,04, caracterizando um gráfico crescente do consumo e gasto. Além dos gastos imputados ao método tradicional, há também a geração de lixo, uma vez que a manta SMS, o pano descartável, a fita crepe adesiva e a de autoclave são descartados no momento da abertura em sala operatória. Em relação à geração de lixo hospitalar em 2011 foram mais de 37 toneladas somente do bloco cirúrgico representando um gasto de R\$ 32.103,27 (Tabela 3). Comparando o período de janeiro a julho de 2011 com 2012 já consumimos 60,12 dos 100% de lixos gerados no bloco operatório. Esse cálculo é a somatória de todo lixo infectante produzido no bloco cirúrgico no ano de 2011. Concluimos com isso que para execução do método tradicional a instituição pesquisada desembolsou em 2011 um montante de R\$ 84,234,17 entre gastos com insumos e lixo hospitalar, valor esse que poderia ser investido em capacitação técnica e aquisição de novas tecnologias. Frente aos fatos apresentados observou-se que o método tradicional cada vez mais caminha para a insustentabilidade tanto financeira quanto ambiental. O enfermeiro tem que ter uma postura empreendedora já que a CME cada vez mais enquadra-se como um unidade complexa de produção, observou-se que o enfermeiro na essência da profissão vivencia o cuidado com o paciente, entretanto a relação de cuidado com a forma de execução do serviço tem que ser levada em consideração. Nós somos responsáveis pela sustentabilidade de nossos atos.

Palavras-chave: Sustentabilidade; Central de Material e Esterilização; Embalagens

E-mail: fernandap_enfermagem@hotmail.com

1.Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL.



[475]

P019 - PRÁTICAS DE MONITORAMENTO DE PROCESSOS FÍSICOS DE ESTERILIZAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE DO AGRESTE DE PERNAMBUCO

Michelle Wogeley Vasconcelos*1; Emanuela Batista Ferreira2; Fernanda Maria da Silva3; Milka Emanuely da Silva3; Felicialle Pereira da Silva1

Resumo:

Introdução: A central de material e esterilização (CME) é uma unidade que fornece os produtos odonto-médico-hospitalares e pertence à estrutura dos estabelecimentos de saúde, recebendo material sujo e contaminado para que sejam realizados os processamentos de limpeza, desinfecção e esterilização. O monitoramento do processo de esterilização é de suma importância para garantir artigos odonto-médico-hospitalares seguros e validados para uso, para a redução e prevenção de infecções hospitalares relacionadas ao processamento inadequado.

Objetivos: Descrever o planejamento e perfil de organização das unidades de esterilização dos serviços de saúde; identificar os processos de monitoramento de esterilização física nas unidades de esterilização; verificar os tipos de registros utilizados nas unidades de esterilização. **Método:** Estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa. Foram elegíveis 6 instituições de saúde que possuíam central de material e esterilização própria. Os critérios de inclusão das CMEs: possuir um enfermeiro como responsável técnico e utilizar autoclave pré-vácuo.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento contendo 46 questões objetivas e subjetivas e para a análise dos dados foi utilizado o Microsoft Excel - 2007, apresentados em tabelas, em números absolutos e percentuais correspondentes. **Resultados e discussão:** Participaram 04 instituições, sendo 50% delas de caráter privado, 25% de caráter municipal e 25% de caráter estadual. Observou-se que 100% das unidades de saúde apresentam sistemas de organização centralizada, atendem aos procedimentos de alta complexidade e possuem barreiras físicas dividindo todas as etapas realizadas no processamento dos artigos. Em relação ao fluxo de materiais e pessoas entre as áreas físicas das CMEs, 75% das unidades de saúde possuem um fluxo de materiais em sentido unidirecional e 25% apresentam fluxo cruzado de materiais. Ressalta-se que 50% realizam suas atividades por meio de normas e rotinas e procedimento operacional padrão – POP, 25% utilizam apenas normas e rotinas e os outros 25% utilizam o POP. No que se refere aos recursos humanos disponíveis nas unidades de esterilização conforme tabela 2, constataram-se os seguintes dados: 100% possuem o enfermeiro como responsáveis técnicos, desses, 75% são exclusivos da CME, 75% dos profissionais trabalham neste setor há menos de 10 anos, apenas uma das entrevistadas possui mais de 30 anos na CME. **Conclusão:** A pesquisa constatou que todas as unidades realizam o monitoramento mecânico, físico, químico e biológico, demonstrando uma evolução nas práticas de prevenção e controle da infecção hospitalar. Evidenciou-se que a especialização do enfermeiro na CME favorece o trabalho executados pela equipe. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de subsídios para prevenção e controle de infecções, e para reflexão dos profissionais da enfermagem que possuem papel de magnitude na promoção, recuperação e manutenção da qualidade da saúde.

Palavras-chave: Monitoramento; Esterilização; Controle de Infecção

E-mail: cialle@hotmail.com

1.Hospital da Restauração, Recife, PE, BRASIL; 2.Universidade de Pernambuco-upe, Recife, PE, BRASIL; 3.Universidade do Vale do Ipojuca, Caruaru, PE, BRASIL



Moema Oliveira da Cunha*1; Alessandro Marques dos Santos1; Raquel Denis Padão Palmeira1; Samanta Maagh1; Larissa Pereira2

Resumo:

Introdução: O jaleco é considerado um EPI e serve como barreira de proteção ao profissional. A contaminação desta vestimenta por respingos, toque ou proximidade é praticamente inevitável, e microorganismos patogênicos e multirresistentes podem viver e disseminar-se rapidamente nas tramas de seus tecidos. A Organização Mundial de Saúde recomenda a utilização de jalecos com a finalidade de barreira de proteção contra acidentes e incidentes, bem como reduzir a oportunidade de transmissão de micro-organismos. Evitando-se a contaminação cruzada, de paciente para o profissional de saúde, do profissional de saúde para outros pacientes e entre as instituições que esses profissionais atuam. **OBJETIVO:** Capacitar os profissionais da saúde e acadêmicos dessa área, acerca do uso (in) devido do jaleco. **Métodos:** A temática foi abordada por duas acadêmicas de enfermagem, do curso de Enfermagem/UCPel, no segundo semestre de 2012, na disciplina de Estágio Curricular I, com a finalidade de implementar um projeto de atuação na área hospitalar. O local do estudo foi um Hospital Universitário, localizado em uma cidade do sul do Rio Grande do Sul. O estudo foi desenvolvido em dois momentos diferentes: Mini palestras educativas, com vídeos, fotos ilustrativas; Exposição da temática nas diferentes áreas do hospital universitário. Foi realizado uma revisão de literatura aprofundada sobre o tema, para a construção do projeto, em seguida a enfermeira, gerente de risco, autorizou a aplicação do estudo. **Resultados e Discussão:** As unidades escolhidas foram os Centros de Tratamento Intensivos (adulto e pediátrico); Clínica Cirúrgica e Pronto Socorro. Os participantes da intervenção foram às equipes de enfermagem. A exposição acerca do tema teve duração de quinze minutos, nos turnos manhã, tarde e noites. As acadêmicas apresentaram a temática a sessenta e quatro profissionais, os quais foram receptivos e demonstraram entender a importância do assunto, através da troca de informações/conhecimento. Cerca de 90,6% dos participantes, responderam positivamente ao estudo, e entendem que o jaleco hospitalar requer cuidados adequados para que desempenhe sua função como EPI. E, 9,4% não responderam acerca da importância do uso consciente do jaleco. As unidades de tratamento intensivo são consideradas áreas mais críticas, pois o contato entre paciente/profissional é mais direto. Os pacientes internados nestas unidades estão mais suscetíveis a vários tipos de micro-organismos patogênicos. Observa-se, a importância, da Lei Nº 14.466, que visa diminuir os índices de infecções hospitalares, nos serviços de saúde, pois os vestuários são fontes potenciais de vírus e bactérias que podem agravar o estado de saúde dos pacientes. **Considerações Finais:** Assim, este estudo, retrata a importância de uma temática ainda pouco difundida na área hospitalar. De maneira geral, uma parcela significativa de profissionais, utilizam conscientemente os vestuários hospitalar. Entretanto, outras pesquisas de maior profundidade devem ser realizadas, a fim de contribuir para uma maior sensibilização dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Vestuário; Pessoal da Saúde

E-mail: mo-cu@hotmail.com

1.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL; 2.Hospital São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL.



Marisa Ines Corradi*1; Karin Fernanda Anderle1; Nancy Maria Dietrich1

Resumo:

Introdução: A infecção representa uma importante ameaça à segurança dos pacientes e profissionais que prestam assistência à saúde, as atividades de prevenção e controle devem ser implementadas em toda a estrutura organizacional, focando principalmente o reprocessamento seguro de produtos para saúde. O principal risco de procedimentos invasivos se manifesta pela presença de patógenos, que podem levar a uma infecção. Um erro na limpeza, na desinfecção ou um problema na esterilização contribuem ao risco de infecção por transmissão cruzada. **Objetivo:** identificar estudos acerca da limpeza de produtos de saúde complexos relacionados à infecção do sítio cirúrgico. **Método:** buscou-se por meio da revisão integrativa do tema, identificar a quantidade de estudos publicados em bases de dados indexadas: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). **Resultado:** A seleção dos artigos foi norteadada sob o seguinte questionamento: o que tem sido publicado a respeito das ocorrências sobre infecções do sítio cirúrgico relacionados com a falha no processo de limpeza dos produtos de saúde? Na busca inicial, como "limpeza" and "produtos" and "saúde", 162 artigos foram encontrados, nas bases LILACS, SCIELO e na MEDLINE. Por meio de dados da leitura dos resumos disponíveis foram excluídos 150 artigos por não serem compatíveis com o tema da pesquisa, restando 12 artigos, os quais foram lidos na íntegra; no entanto, destes apenas 04 artigos responderam à questão norteadora e definiram a amostra final da presente revisão. Como "limpeza" and "artigos" and "hospitalares 9 artigos foram encontrados, resultando em 03 na base LILACS e 02 na base SciELO. Por meio de dados da leitura dos resumos disponíveis foram excluídos 04 artigos da LILACS por apresentar duplicidade com os artigos apresentados, restando 05 artigos, os quais foram lidos na íntegra; no entanto, destes apenas 04 artigos responderam à questão norteadora e definiram a amostra final da presente revisão. E 162 como "infecção" and "sítio" and "cirurgico". Resultando em 90 na base LILACS, 70 na base SciELO e 02 na MEDLINE. Por meio de dados da leitura dos resumos disponíveis foram excluídos todos os artigos que tinham como foco infecção do sítio cirúrgico, porém não faziam a relação com falha no reprocessamento de artigos para saúde. Em relação à caracterização dos 08 artigos selecionados, estes foram publicados, após o ano de 1994. **Conclusão:** Por meio da presente revisão integrativa, foi possível compreender a importância da atuação do enfermeiro na área de limpeza de produtos de saúde complexos para a segurança no reprocessamento, porém há uma produção reduzida de pesquisa de enfermagem em limpeza de produtos de saúde complexos. Diante da carência de estudos e da constatação da pouca visualização do tema como área temática de relevância para a enfermagem, é que se entende a importância deste estudo.

Palavras-chave: Limpeza; Infecção; Sítio Cirúrgico

E-mail: m.corradi@pucpr.br

1.PUCPR, Curitiba, PR, BRASIL.



Michele Thiesen*1; Fabiana Cunha1; Larissa Izumi Floriano1

Resumo:

Introdução: O ser humano é homeotérmico e, por isso, está adaptado a uma faixa orgânica de temperatura estável, necessária para que as reações enzimáticas do organismo ocorram adequadamente. Os pacientes cirúrgicos correm o risco de apresentar hipotermia acidental em decorrência de diversos fatores associados ao procedimento anestésico cirúrgico. Diante disso, considera-se de suma importância que a enfermagem que assiste o paciente durante o período de recuperação anestésica seja capaz de reconhecer e prevenir a instalação da hipotermia a fim de evitar as complicações decorrentes da mesma. **Objetivo:** A partir do exposto, tivemos como objetivo nesta pesquisa analisar a incidência de hipotermia acidental em uma sala de recuperação anestésica. **Metodologia:** Foi um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Fizeram parte do estudo 16 pacientes atendidos na sala de recuperação anestésica de um hospital de grande porte do vale do Rio Itajaí, do no mês de outubro de 2012, sendo utilizado um formulário para o registro das informações. Durante todo o processo os pesquisadores seguiram as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer n. 336/11. **Resultados:** A incidência de pacientes hipotérmicos ao chegar na sala de recuperação anestésica foi alta e durante o tempo de permanência na SRPA a temperatura dos pacientes variou entre 32 e 35º C. Entre as características dos pacientes estudados, destacamos que a idade de maior predomínio foi da faixa etária entre 55 a 65 anos, caracterizados como eutróficos ou com sobrepeso diante da avaliação do índice de massa corporal. Os pacientes permaneceram em média 1 a 2h na sala de recuperação, sendo que a temperatura ambiente registrada variou entre 20 e 25º C. Com relação ao procedimento concluiu-se que o tipo de anestesia mais utilizada foi à anestesia geral, e a duração do procedimento ficou distribuído igualmente entre procedimentos de porte I e II, tendo supremacia de procedimentos realizados do tipo colecistectomia a céu aberto. A maioria dos pacientes não verbalizou nenhuma queixa de frio e entre as complicações listadas que podem ter relação com a hipotermia o destaque foi para a queixa de dor. As intervenções realizadas para tratar a hipotermia foram o aquecimento passivo com cobertor e a infusão de soluções aquecidas. **Considerações Finais:** Os resultados reforçam a importância da assistência pós-operatória de qualidade para que seja alcançado temperaturas corporais mais elevadas desde a admissão até o momento da alta da sala de recuperação anestésica, evitando assim o risco de complicações relacionadas a hipotermia não intencional, não diagnosticada e não tratada.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Hipotermia; Sala de Recuperação

E-mail: thiesenmichele@gmail.com

1.Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, BRASIL.



[479]

P023 - ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO NORTEADOR PARA O CONTROLE MICROBIOLÓGICO DO AR EM SALAS OPERATÓRIAS EMPREGANDO O MÉTODO DE AMOSTRAGEM PASSIVA

Andrea Delphim Ortiz*1; Marisa Ines Corradi1; Debora Bossato Bianeck1; Renata Maria Ferreira1

Resumo:

Introdução: No ambiente hospitalar, a exposição a microrganismos dispersos no ar, geralmente esporos de fungos e bactérias, que se encontram agregados nos materiais particulados suspensos, deixam os pacientes mais suscetíveis a infecções, agravam o quadro clínico e em alguns casos podem levar a óbito. Dentre os ambientes hospitalares, as salas operatórias merecem destaque, considerando que as partículas podem ficar suspensas no ar, ser inalado pelos ocupantes, depositar-se nas superfícies, e até mesmo no campo operatório, originando contaminação do sítio cirúrgico. **Objetivo:** elaborar um instrumento norteador para o controle microbiológico do ar em salas operatórias empregando o método de amostragem passiva. **Método:** estudo metodológico de elaboração de um instrumento norteador para avaliação da qualidade do ar em salas operatórias, baseado em pesquisa bibliográfica aplicada. **Resultado:** A construção do instrumento observou como etapas: as definições de parâmetros e a elaboração do instrumento. A definição de parâmetros, etapa inicial para a construção do check-list de avaliação do sistema de ventilação das salas operatórias, exigiu a busca de informações em normativas vigentes e na norma técnica brasileira que aborda questões do tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde. Para essa etapa, buscou-se também, a observação em nossa prática diária em Centro Cirúrgico, dos fatores que podem interferir na qualidade do ar em sala operatória durante o procedimento cirúrgico. Esse reconhecimento permite tomada de decisões para resoluções de problemas, e posterior aplicação do teste para detectar e identificar microrganismos em salas operatórias, por meio do teste de amostragem passiva. Os parâmetros foram estruturados em formato de check-list contendo informações sobre: infraestrutura física do CC, paramentação, uso de equipamento de proteção individual, manutenção da qualidade do ar e sistema de ventilação. O instrumento foi elaborado de modo a facilitar o registro, pelo profissional da enfermagem, contendo itens referentes à: identificação da sala operatória, tipo de procedimento cirúrgico, temperatura, umidade, número de pessoas em sala operatória e informações da coleta de amostras utilizando a placa de Petri, destacando-se: o número de lote, posicionamento, horário de abertura e fechamento, incubação e instruções de aplicação. **Conclusão:** Almeja-se que o check-list e o instrumento forneça subsídio para o profissional enfermeiro, utilizar o método de amostragem passiva, para detecção de pontos críticos a serem focados, permitindo o controle microbiológico do ar em salas operatórias.

Palavras-chave: Salas Cirurgicas; Qualidade do Ar; Infecção Hospitalar

E-mail: m.corradi@pucpr.br

1.PUCPR, Curitiba, PR, BRASIL.



Marcos Antonio Macedo dos Anjos*1; Alice Barbio Barbosa1

Resumo:

Introdução: A Central de Material e Esterilização (CME) agrega um conjunto de elementos destinados à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do estabelecimento de saúde. Considerando o conjunto de atribuições a serem realizadas pelos membros da equipe deste setor, é possível identificar sua grande importância, pois seu produto final, o material esterilizado, é parte fundamental para realização de diversos procedimentos invasivos. O paciente, que será submetido a procedimentos, está sujeito a desenvolver infecções causadas por vários fatores, sendo um deles o uso de material contaminado devido ao processo inadequado de limpeza e esterilização por falta de atualização profissional. Há muito tempo, comenta-se sobre os profissionais que atuam na CME, serem aqueles que estão em fim de carreira, em readaptação profissional, que possuem limitações físicas e/ou psicológicas e os que não produzem em funções assistenciais diretas ao paciente. **Objetivos:** Avaliar as características dos profissionais atuantes na CME. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, onde se utilizou o método survey corte-transversal, visando coletar dados em um determinado momento com a finalidade de descrever e analisar o estado de uma ou mais variáveis. Foi utilizada, como cenário da pesquisa, a Central de Esterilização de um Hospital Público do Estado do Rio de Janeiro, localizado na Baixada Fluminense. **Resultados:** A CME é composta por 67 funcionários, divididos em 01 Agente Administrativo, 06 Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos, 46 Auxiliares de Enfermagem, 07 Técnicos de Enfermagem e 07 Enfermeiros. Em relação às características desses profissionais, 28,35% tem uma ou mais patologias que restringem seu desempenho profissional, 50,74% são funcionários em fim de carreira e 13,43% foram remanejados de outros setores por dificuldades na assistência direta ao paciente. Outro dado importante observado foi que 100% dos profissionais não possuem conhecimento sobre as práticas atuais em CME, assim como não têm um serviço de educação continuada para tal atividade. **Conclusão:** Diante do problema, vale enfatizar a relevância da capacitação desses profissionais e de suas atribuições num cenário tão especial e importante para uma instituição de saúde, além de destacar a importância das novas práticas, visando superação dos modelos tradicionais de capacitação, que geralmente tem dificultado a apropriação e transmissão do conhecimento. Faz-se necessário construir novas experiências através do conhecimento científico, enquanto instrumento que possibilita a mudança das práticas de educação. Através desta pesquisa houve a identificação das demandas e das intervenções necessárias à implementação da educação profissional, de planejamento e ações estratégicas com os atores envolvidos, dando a oportunidade de iniciar um estudo que contribua para educação, atualização e consequentemente melhora do desempenho profissional.

Palavras-chave: Esterilização; Enfermagem; Educação

E-mail: marcosnetrj@hotmail.com

1.Hospital Geral de Nova Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, BRASIL.



Maryana da Silva Furlan*1; Cristina Silva Sousa1

Resumo:

Introdução: Os tumores hipofisários variam entre 1,7% a 24% dos tumores no sistema nervoso central, muitos são benignos, mas o crescimento da massa tumoral pode comprimir as estruturas adjacentes à hipófise. A cirurgia transesfenoidal é a via reservada para o tratamento dos tumores pequenos e intra-selares. As complicações se devem às mudanças do eixo hipotálamo-hipofisário alterando a produção e secreção dos hormônios. Outras complicações possíveis são as fístulas liquóricas, alterações visuais e meningite. **Objetivo:** conhecer os cuidados pós-operatório da cirurgia transesfenoidal de tumor de hipófise. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada até Abril de 2013, utilizando as bases de dados CINHALL, LILACS, COCHRANE, MEDLINE e portais Sciverse SCOPUS, EMBASE e OVID, com descritores do Medical Subject Headings Section (MeSH) pituitary tumor AND surgery AND postoperative care. Os critérios de inclusão: artigos que relatem os cuidados de pós-operatório para cirurgia transesfenoidal para tumor de hipófise, em português ou inglês, sem restrição de data de publicação. Apenas estudos primários foram inseridos e que respondem a questão norteadora: “quais o?”. **Resultados** s cuidados do pós-operatório para cirurgia transesfenoidal de tumor de hipófise: Foram encontrados 857 artigos nas bases CINHALL (5), LILACS (96), COCHRANE (6), MEDLINE (167) e portais Sciverse SCOPUS (375), EMBASE (176) e OVID (32). Destes, 20 artigos atendiam os critérios de inclusão, após a leitura na íntegra foram excluídos 12 artigos (estes não correspondiam aos objetivos do trabalho e que não foram possíveis de serem encontrados). Foram encontrados os cuidados no pós-operatório da cirurgia transesfenoidal (5) avaliação da acuidade visual e movimentação ocular, pelo risco de paralisia do nervo óptico; (5) rinorréia ou presença de fluido em orofaringe; (8) monitorização da ingestão de líquidos e a produção de urina; (8) observar poliúria; (6) presença de cefaléia e de vômitos (3); (3) cabeça elevada a 30 graus ou mais; (3) alterações no padrão respiratório e hemodinâmico; (1) higiene oral com antissépticos bucais e evitar escovar os dentes por cerca de dez dias até que a cicatrização já esteja efetivada; (5) avaliar curativo secundário quanto a quantidade e secreção drenada. **Conclusão:** Nota-se que os cuidados do pós-operatório encontrados nos estudos envolvem intervenções de enfermagem para esta cirurgia e estas são essenciais para evitar possíveis complicações. Este estudo, permite atualizar os profissionais que atendem este paciente e recomenda além dos cuidados pós-operatórios a educação do paciente no pré-operatório para reduzir a ansiedade e minimizar as complicações no pós-operatório da cirurgia transesfenoidal.

Palavras-chave: Cirurgia Transesfenoidal; Cuidados; Pós Operatório

E-mail: mary_furlan@hotmail.com

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.

[482]

P026 - A INCLUSÃO DA CIRURGIA SEGURA NA SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: RELATO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Hellen Maria de Lima Graf Fernandes*1; Júlio César Costa1; Luiza Rojic1; Rose Murakami1; Ana Luiza Ferreira Meres1

Resumo:

A busca pela qualidade nos estabelecimentos de saúde tem se mostrado uma tendência mundial, chegando a ser considerada indispensável para a sobrevivência das instituições. Para tal são adotadas iniciativas voltadas para o processo de Segurança do Paciente, as quais impõem novas exigências no que se refere às mudanças comportamentais, além da melhoria permanente e contínua do atendimento prestado. Trata-se de um estudo descritivo-analítico do tipo relato de experiência que tem como objetivo relatar a implantação do protocolo de cirurgia segura no centro cirúrgico, em um Hospital Escola, privado, terciário do interior do estado de São Paulo. O referido Hospital possui um total de 355 leitos, sendo 243 leitos destinados ao atendimento de usuários do convênio do Sistema Único de Saúde (SUS), e 112 leitos utilizados para o atendimento aos pacientes de outros convênios e particulares. Participa no atendimento à população com uma média mensal de 23 mil consultas ambulatoriais, 20 mil atendimentos nas Unidades de Urgência e Emergência, 1200 procedimentos cirúrgicos. O centro cirúrgico possui 12 salas cirúrgicas, sendo uma delas especialmente equipada para procedimentos cardíacos. Possui estrutura para atender procedimentos de baixa, média e alta complexidade 24 horas por dia, realiza em média 1.200 cirurgias mês, sendo referência de urgência e emergência na região. Atende convênios e particulares, representando 30% do movimento cirúrgico. No ano de 2006 foi instituído no centro cirúrgico a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), contemplando todas as etapas do intra-operatório. Em 2010, frente ao desafio de incluir a cirurgia segura na prática da realização das cirurgias, foi descrito o protocolo pela equipe multidisciplinar, com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e foi feita uma revisão nos impressos do setor para contemplar as informações do check list. Optamos por não criar novos impressos, visto que a SAEP contemplava de forma integral a assistência perioperatória de enfermagem. O desafio foi envolver a equipe de cirurgiões e anesthesiologistas no registro do prontuário em um único documento. Com a alteração proposta valorizamos a atuação do enfermeiro assistencial no CC, além de garantir as etapas do protocolo de cirurgia segura. Nossa principal estratégia para viabilizar a aplicação das etapas do check list foi o envolvimento da alta direção e o convencimento de toda equipe envolvida, que dispendeu grande esforço da equipe de enfermagem e se consolidou com a parceria com a anestesiologia e com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). A partir de 2012 elegemos marcadores para gerenciamento do protocolo contemplando medidas de controle de infecção e o check list da OMS: tricotomia, antibioticoprofilaxia, realização do time out e demarcação cirúrgica. Concluímos que com a nova rotina implantada, conseguiremos atingir nosso objetivo maior que é garantir a segurança dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos e integrar a equipe multidisciplinar em prol da qualidade da assistência.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde

E-mail: limahellen@ig.com.br

1.Hospital da PUC, Campinas, SP, BRASIL.



Priscila Silva do Amaral*1; Moema Oliveira da Cunha2; Alessandro Marques dos Santos2; Cristiane Moraes2; Eliana Soares Domingues2

Resumo:

Introdução: A formação de enfermeiros requer um ensino de qualidade, que lhe confira competências no desenvolvimento em qualquer um dos campos de atuação: assistência, docência, gerência, ou pesquisa. Para tanto, os Cursos de Graduação em Enfermagem, buscam desenvolver atividades teóricas e práticas Unidades de Saúde. Dentro desse contexto, o desenvolvimento destas atividades de estágio, foram regulamentadas pelo Ministério da Educação (MEC) através da Lei 6494/77 e do Decreto 8797/82. Isto oportuniza ao discente vivenciar o contato direto com os usuários do sistema de saúde, assim como, o exercício profissional. Conferindo-lhe oportunidade singular de aplicar seus estudos teóricos na práxis e desenvolver suas habilidades e destreza no campo da enfermagem. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma acadêmica do Curso de Enfermagem da UCPel, na unidade de Centro de Materiais e Esterilização (CME). **Metódos:** A acadêmica de enfermagem dessa universidade iniciou seu estágio curricular II no primeiro semestre de 2013. O serviço funciona vinte e quatro horas diárias, em quatro turnos: manhã, tarde, noite 1 e noite 2. Possui uma equipe de vinte e quatro colaboradores, distribuídos entre noturno e diurno, sendo 01 enfermeira e 23 técnicas de enfermagem. Entre os mais variados serviços que o hospital oferece o CME, é uma unidade produtora e armazenadora de materiais livres de contaminações, utilizados nos diferentes procedimentos realizados no hospital, além disso, essa unidade esteriliza materiais para centros externos, como clínicas e hospitais da região. O CME é regulamentado pelas normas da ANVISA e recebe visitas anuais da vigilância sanitária do município. **Resultados e Discussão:** No período de quatro meses de estágio, se observou o volume de trabalho dispensado pelas equipes em diferentes turnos, mostrando que, às vezes, as atividades e tarefas desenvolvidas causam estafa e estresse aos colaboradores. Entretanto, é importante destacar que é uma unidade de muito aprendizado, evidencia-se que se atende às intercorrências do setor, às queixas da equipe, a organização do material, responsabilizando-se inclusive por materiais oriundos de unidades externas ao hospital, bandejas médicas-particulares, materiais consignados das mais diversas especialidades do ramo cirúrgico, também, se controla e registra o volume de produção do CME. Enquanto acadêmica do CME tive como objetivo conhecer a rotina dessa unidade, vivenciar ao labor diário e desenvolver competências na área de enfermagem assistencial-indireta. **Considerações Finais:** Assim, o estágio oportunizou-me identificar a importância do CME no cuidado aos clientes internos e externos do hospital. Refletindo acerca dos quatro pilares que estruturam a Enfermagem como a profissão do cuidado, tendo a assistência, a educação, o gerenciamento e a pesquisa, envolvidos nesta unidade. E em tempos de inovação tecnológica é necessário conhecer, entender, querer resolver, estar disposto a novos conhecimentos e junto com tudo isto, entender a alma humana, que é a engrenagem principal para que o processo saia satisfatório no final, pois estamos trabalhando com vidas.

Palavras-chave: Assistência Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Competência Profissional

E-mail: mo-cu@hotmail.com

1.Hospital Universitário São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL; 2.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL.



Aerline Vidal Oliveira*1; Alessandro Marques dos Santos1; Eliana Soares Domingues1; Luciana Nunes Soares1; Rosa Helena Neumann Leivas2

Resumo:

Introdução: O período transoperatório corresponde o momento em que o cliente é recebido no Centro Cirúrgico até o momento de sua transferência para a Sala de Recuperação Pós-anestésica, é normalmente considerado um período crítico para o cliente. Assim, o processo de enfermagem é essencial para o cuidado do cliente no transoperatório, é constituído de um conjunto de etapas: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento e metas, implementação/prescrição e avaliação, que focalizam a individualização do cuidado mediante uma abordagem de solução de problemas a qual se fundamenta em teorias e modelos conceituais de enfermagem.

Objetivo: Implementar o Processo de Enfermagem no período transoperatório em centro cirúrgico, elencando dois diagnósticos que mais se visualiza no momento em que o cliente entra para a intervenção cirúrgica. **Método:**

Trata-se de um estudo de intervenção, que visa implementar o Processo de Enfermagem em Centro Cirúrgico, especificamente dois diagnósticos avaliados como os mais importantes, observados por duas acadêmicas de enfermagem, no período de estágio final do curso de enfermagem da Universidade Católica de Pelotas. Esse estudo foi realizado num centro cirúrgico de médio porte, de uma cidade do extremo sul do Rio Grande do Sul, no período de agosto a dezembro de 2011. As acadêmicas de enfermagem elegeram as principais necessidades dos clientes que sofreriam o procedimento cirúrgico, dentre esses os mais evidentes estava a ansiedade e o risco para infecção. **Resultados e Discussão:**

Foi aplicado as cinco etapas do PE. O histórico iniciava quando o cliente era recebido no centro cirúrgico, devidamente identificado, verificava-se os sinais vitais, e na entrevista de enfermagem o cliente discorria acerca do tipo de anestesia, cirurgia e alergias. A ansiedade caracterizava-se pelo estado emocional do cliente frente a cirurgia, sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. O Risco de Infecção é o estado em que o indivíduo está em risco de ser invadido por agente oportunista ou patogênico de origem endógeno ou exógeno. Os fatores de risco para este diagnóstico são conhecimento insuficiente para evitar exposições a patógenos; desnutrição; destruição de tecidos; procedimentos invasivos e trauma. **Considerações**

Finais: Neste estudo se observou a importância do PE em centro cirúrgico, pois se evidenciou maior acolhimento dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, o PE é uma ferramenta que utilizada pelo enfermeiro torna seu fazer diário mais humanizado e de referencia para uma melhor recuperação do cliente. Além disso, diminui a estadia do cliente no ambiente hospitalar o afastando de uma possível infecção hospitalar, e também, se enfatiza acerca da gestão financeira da instituição, pois quanto menor o tempo de permanência do cliente internado, menor os custos financeiros da instituição.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória

E-mail: sandromarquessan@yahoo.com.br

1.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL; 2.Hospital São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL.



Rosa Helena Neumann Leivas*1; Raquel Denis Padão Palmeira2; Adriana Mesquita Alves3; Alessandro Marques dos Santos3; Bruna Garcia Timm1

Resumo:

Introdução: O Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, apresentou o Manual de Implementação de Medidas, para o projeto Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Segundo a OMS os três princípios que guiaram o desenvolvimento da lista de verificação foram a simplicidade, a ampla aplicabilidade e a possibilidade de mensuração. Conforme a ANVISA, o novo Desafio Global, tem como objetivo, o aumento dos padrões de qualidade em serviços de saúde, considerando a prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, indicadores de assistência cirúrgica, equipes cirúrgicas seguras. **Objetivo:** Implementar o “check-list” de Cirurgia Segura Salva Vidas. **Método:** Estudo de intervenção, realizado no primeiro semestre de 2013, por duas acadêmicas de enfermagem, da Universidade Católica de Pelotas, na disciplina de Estágio Curricular II. O local do estudo foi um centro cirúrgico de um Hospital Universitário, localizado na região sul do Rio Grande do Sul. Em primeira instância, a proposta do trabalho foi apresentada à Enfermeira Gerente de Risco, seguido de reuniões para exposição e distribuição de material explicativo, para o maior número de profissionais da unidade. Após foi realizada a implementação do “check-list” nas salas cirúrgicas para a equipe multiprofissional. **Resultados e Discussão:** A intervenção se deu no mês de abril de 2013, após a construção do documento “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica”, o qual apresentou déficit no preenchimento do item pré-operatório, o cliente era encaminhado ao centro cirúrgico sem os dados preenchidos pelas unidades cirúrgicas, pois por se tratar de uma proposta nova de intervenção, os profissionais ainda estão incapacitados. As acadêmicas de enfermagem implementaram “Check-List”, enfatizando a equipe que esse documento permitiria e garantiria a segurança do paciente, e da equipe cirúrgica, reconhecendo quaisquer risco de agravos que porventura pudessem surgir. As equipes de enfermagem mostraram maior resistência a implementação, alegando o aumento da burocracia na sala cirúrgica, com preenchimento de papéis. Diante dessa remissa se enfatizou a equipe de enfermagem que o “Check-List” é ferramenta primordial para assegurar que elementos chaves de segurança sejam incorporados dentro da rotina da sala de operação, contribuindo para plena percepção do risco, primeiro passo para mudança, no sentido de uma prática efetiva de medidas preventivas. **Considerações Finais:** Iniciativas de projetos como esse é subsídio importante para adaptação da realidade desse hospital, pois é caracterizado como hospital de ensino na área da saúde. A precisão de dados e o direcionamento do trabalho de qualidade, deverá ser exposto de forma a não permitir que a implementação do “check-list” recaia no desuso, visto que a mudança promove uma forma de resistência pela quebra da rotina já estabelecida.

Palavras-chave: Gerenciamento de Segurança; Segurança do Paciente; Enfermagem Perioperatória

E-mail: padaopalmeira@terra.com.br

1.Hospital São Francisco de Paula, Pelotas, RS, BRASIL; 2.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL; 3.Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, BRASIL.



Michele Thiesen*1; Janeine Campagnaro1; Jaqueline Sebastiana Pereira1

Resumo:

Introdução: Com o crescente aumento da expectativa de vida é cada vez maior o número de pessoas idosas que necessitam de algum tipo de procedimento cirúrgico, fato que tem exigido da equipe de saúde, entre elas a enfermagem, considerar as fragilidades e especificidades relacionadas à idade ao planejar a assistência. **Objetivo:** conhecer a assistência de enfermagem prestada ao paciente idoso em centro cirúrgico. **Metodologia:** Foi um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas semi estruturadas com dezenove profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico de um hospital de grande porte da Região da Foz do Rio Itajaí que mantém um volume cirúrgico de aproximadamente 800 cirurgias por mês. Após a transcrição as entrevistas foram apresentadas aos sujeitos da pesquisa para que pudessem ser validadas, e posteriormente categorizadas conforme análise temática. Os critérios éticos exigidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer de nº 10005, datado de 30 de março de 2012. **Resultados:** Os resultados encontrados foram descritos em três categorias, sendo a primeira: cuidados dispensados ao idoso durante o período transoperatório, na qual destacamos a necessidade da equipe cuidar de aspectos biológicos como a hipotermia acidental, a fragilidade da rede venosa, a fragilidade da pele, e as alterações dos sinais vitais; e dos aspectos psicológicos como dificuldade de adormecer, confusão mental, ansiedade e medo. Na segunda categoria, fatores que dificultam o cuidado ao paciente idoso no período transoperatório, o número insuficiente de funcionários, as macas estreitas, os inúmeros formulários e documentos do prontuário que precisam ser preenchidos e as conversas paralelas dos cirurgiões dentro das salas de cirurgia foram condições de trabalho que dificultam o cuidado. As fragilidades próprias da idade como a comunicação e entendimento prejudicado e as dificuldades de locomoção e mobilidade também foram citados como fatores que dificultam a assistência. Na terceira categoria, fatores que facilitam o cuidado ao paciente idoso no período transoperatório, houve destaque para o fato de que na maioria das vezes os pacientes idosos são mais calmos, mais compreensivos e aceitam melhor as orientações e os cuidados dos profissionais de saúde, facilitando assim a assistência. **Considerações finais:** Diante dos resultados, acreditamos que a enfermagem deve priorizar o paciente idoso para que possa prestar assistência individualizada, holística e humanizada aos pacientes idosos, fato que remete a importância da implementação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatório, uma vez que a mesma prevê o planejamento das ações assistenciais de forma organizada, segura e competente, garantindo a qualidade de atendimento ao idoso. Por fim acreditamos que com este estudo possamos contribuir para o desenvolvimento da temática, e fomentar a reflexão dos profissionais envolvidos no cuidado ao idoso no centro cirúrgico.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Idoso; Enfermagem Perioperatória

E-mail: thiesenmichele@gmail.com

1.Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, BRASIL.



Dayse Carvalho Alves da Luz*1; Nizia Machado Lima1; Christiane Mieko Sato Silva1

Resumo:

Introdução: Este trabalho relata a experiência da equipe da (VISA), Vigilância Sanitária Municipal de São José dos Campos frente à denúncia de reprocessamento de artigo médico de uso único cujo reprocessamento é proibido por lei e as ações desenvolvidas a partir da apuração da mesma em seis estabelecimentos de saúde do município.

Objetivo: Abordar os estabelecimentos envolvidos a fim de identificar a prática do reprocessamento de artigos não permitidos pela legislação. Desenvolver ações educativas junto aos responsáveis pela CME (Central de Material e Esterilização), de forma a conscientizá-los quanto à existência das legislações que regulamentam o tema, e desta forma possibilitar mudanças no processo de trabalho que envolve a eleição dos artigos a serem reprocessados. **Método:** No primeiro momento foram realizadas ações nos 06 estabelecimentos, foco da denúncia, com levantamento de documentação que comprovasse o envio dos materiais citados as empresas reprocessadoras e inspeção nas áreas da CME para identificação dos artigos reprocessados ou outros em condições similares. Num segundo momento esta ação foi estendida a outros estabelecimentos através das inspeções para renovação da licença sanitária de funcionamento ou outras ações de apuração de denúncias.

Resultados: Dos Seis estabelecimentos citados apenas em um não houve constatação de envio de materiais para reprocessamento de artigos não permitidos. Um outro estabelecimento havia suspenso voluntariamente 30 dias antes da ação da VISA o envio de materiais para reprocessamento, e em quatro foi constatada a existência de materiais reprocessados proibidos por legislação e disponíveis para uso, os citados na denúncia e outros. Em todos estabelecimentos constatamos déficit de conhecimento das legislações referentes nas equipes da CME e a partir desta constatação a equipe da VISA orientou quanto as legislações, procedeu discussões e fez referência sobre possibilidade de consultas técnicas no site da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), e utilização de artigos médicos com embalagens originais e etiquetas de identificação para que o profissional pudesse identificar os materiais passíveis de reprocessamento. **Conclusão:** A ação de investigação de denúncia executada proporcionou um despertar para a valorização e conhecimento das legislações que regem o tema resultando em adoção de critérios para as abordagens nas inspeções e execução dos processos nos estabelecimentos contemplando a minimização de riscos e segurança dos pacientes

Palavras-chave: Reprocessamento; Artigos Proibidos; Educação

E-mail: daysecaluz@ig.com.br

1.PMSJC, São José dos Campos, SP, BRASIL.

[489]

P032 - RELEVÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO DE FORMULÁRIOS NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edivânia Maria da Silva*1; Raianne Monteiro Soares2; Andrea Lígia Matias Nascimento3; Ana Paula dos Santos Albuquerque4

Resumo:

Introdução: O Centro de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de artigos médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando condições para o atendimento direto e assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios. Para garantir a qualidade da esterilização, dentre outras características, destaca-se a necessidade de criação e padronização de formulários para fornecer subsídios às ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no CME. A implantação dos formulários contribui para o aperfeiçoamento das principais atividades desenvolvidas, tais como planejamento, coordenação e desenvolvimento de rotinas para o controle dos processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição dos produtos, bem como a elaboração de relatórios mensais estatísticos, tanto de custo quanto de produtividade. **Objetivo:** Relatar a experiência da elaboração, padronização e implantação de formulários no CME em um hospital de referência do agreste pernambucano. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, do tipo relato de experiência, realizada no Hospital Regional do Agreste, onde foram desenvolvidos e implantados formulários a fim de atender às necessidades do trabalho diário dos profissionais do CME. A elaboração dos formulários baseou-se na literatura existente no banco de dados da BIREME, na RDC Nº 15, de 15 de março de 2012, visita técnica a outra unidade de saúde, curso de atualização em CME e seminário da Residência em enfermagem. A implantação foi efetivada após capacitação com os profissionais do referido setor. **Resultados:** Foram desenvolvidos três formulários referentes ao controle de carga na autoclave, monitoramento do processo de esterilização e revisão de material do arsenal, além do rótulo de identificação do material. O registro da carga a ser esterilizada permitiu a descrição, rastreamento dos instrumentais esterilizados, análise do ciclo da autoclave, bem como temperatura e tempo de esterilização, processo de limpeza da câmara e reforçou o uso do Bowie Dick e teste biológico. A revisão de material do arsenal favoreceu o monitoramento dos artigos armazenados para distribuição, verificação de falha técnica quanto à validade e violação do pacote de instrumental, temperatura do arsenal e limpeza diária das estantes, garantido assim a manutenção da esterilização. **Conclusão:** A partir da padronização e implantação dos registros aplicados no CME foi possível executar com maior segurança as atividades realizadas no setor de preparo, esterilização e arsenal. Os formulários facilitaram o monitoramento, identificação e revisão do material processado, maximizando os serviços e recursos disponíveis.

Palavras-chave: Esterilização; Enfermagem; Controle de Formulários e Registros

E-mail: edivaniargs@yahoo.com.br

Hospital Regional do Agreste - HRA, Caruaru, PE, BRASIL; 2.Enfermeira Residente do 2º Ano Em UTI do Hospital Regional do Agreste - HRA, Caruaru, PE, BRASIL; Caruaru, PE, BRASIL; FOP/UPE, Caruaru, PE, BRASIL.



Ana Paula Pancieri*1; Rachel de Carvalho2; Eliana Mara Braga3

Resumo:

Introdução: Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que pretende reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS. No mesmo ano, dados coletados pela OMS mostraram o número total de 234 milhões de cirurgias pelo mundo, sendo que cerca de sete milhões de pessoas enfrentaram complicações provenientes de cirurgias. Considera-se inadmissível não utilizar toda a sabedoria adquirida com a evolução técnico-científica para prevenir complicações, iatrogenias e eventos adversos. Isso levou a OMS e a Universidade de Harvard a iniciarem a campanha para realização de cirurgias seguras, preparando como modelo um checklist composto por três partes: Identificação ou Sign in (antes da indução anestésica), Confirmação ou Timeout (antes da incisão na pele - pausa cirúrgica) e Registro ou Sign out (antes do paciente sair da sala cirúrgica). A introdução do checklist é um passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e da equipe multiprofissional, é essencial para o sucesso do procedimento. **Objetivo:** Relatar a experiência da aplicação do checklist de cirurgia segura proposto pela Organização Mundial de Saúde em 30 procedimentos anestésico-cirúrgicos, realizados em um hospital escola do interior do estado de São Paulo. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, narrativa, de nível I, do tipo relato de experiência, que tem a finalidade de descrever o trabalho desenvolvido pela primeira autora em um hospital escola situado no interior do estado de São Paulo. **Resultados:** O relato de experiência foi baseado na aplicação do checklist de cirurgia segura proposto pela OMS em 30 procedimentos anestésico-cirúrgicos de oito especialidades cirúrgicas de um hospital escola. Baseado apenas na experiência da aplicação do checklist nesta unidade propôs-se uma lista com as alterações julgadas necessárias, para ser aplicada na Instituição sede do estudo. **Considerações finais:** Aplicar o checklist requer do enfermeiro ou do coordenador da lista um conhecimento de como realizá-lo em todas as etapas. Para isso, é preciso enfatizar a responsabilidade de cada profissional durante o procedimento anestésico-cirúrgico e a ética pela profissão. A comunicação é essencial para o bom andamento do procedimento e o checklist faz com que isso ocorra da melhor maneira possível. Rever os cuidados necessários para o pós-operatório é importante para que o paciente receba toda a assistência da melhor forma possível para sua recuperação. Conhecer a rotina de outros hospitais que já utilizam o checklist é muito importante para que o desenvolvimento de uma lista, especialmente para a sua unidade, seja elaborada da melhor maneira, e que seu uso e visualização sejam fáceis e eficientes.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Lista de Checagem; Enfermagem de Centro Cirúrgico

E-mail: appancieri@yahoo.com.br

1.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL; 2.Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL; 3.Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, Botucatu, SP, BRASIL.



[491]

P034 - ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTRAOPERATÓRIA EM TRANSPLANTE HEPÁTICO: COMPARATIVO ENTRE TRANSPLANTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS

Mari Nei Clososki da Rocha*1; Rita Catalina Aquino Caregnato1

Resumo:

O transplante hepático é uma cirurgia de alta complexidade, indicada para pacientes adultos e pediátricos com doenças hepáticas agudas ou crônicas. A enfermagem presta uma série de cuidados no intraoperatório destas cirurgias, entretanto, muitas vezes, não realiza a evolução da assistência prestada no prontuário do paciente. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a assistência de enfermagem registrada nas evoluções do intraoperatório das cirurgias de transplante hepático adulto, realizando uma análise comparativa das variáveis registradas nas evoluções de enfermagem entre pacientes adultos e pediátricos. Pesquisa documental retrospectiva com abordagem quantitativa, cujo campo de ação foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA). No período pesquisado de 1997 a 2009, foram realizados 147 transplantes hepáticos adultos, sendo a amostra constituída por 103 prontuários, representando 70,06% da população pesquisada. A coleta de dados foi realizada nas evoluções de enfermagem do intraoperatório, tendo como instrumento uma planilha Excel, elaborada inicialmente para uma pesquisa dos transplantes pediátricos e posteriormente serviu como modelo para a atual. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, estando registrada sob o nº 09-640, em 2010. Os resultados evidenciaram o perfil da amostra a faixa etária entre 19 e 71 anos, com um número maior de transplantes entre os 41 aos 65 anos; às causas mais frequentes que levaram o paciente ao transplante hepático, foram cirrose hepática em 58,25% (60), cirrose alcoólica em 31,06% (32), hepatocarcinoma em 19,41% (20) e Hepatite por vírus C em 65,04% (67). Nas evoluções do intraoperatório, realizadas pelos enfermeiros, constatou-se que: em 97,08% estavam registrados o posicionamento do paciente; 90,26% a proteção nos pontos de pressão; 99,02% o tipo de aquecimento; 24,27% o controle de temperatura; 100% as punções venosas e arteriais; 77,66% sonda nasoentérica ou gástrica; 99,02% sondagem vesical de demora; 55,33% proteção ocular; 93,20% local da colocação da placa de eletrocautério; 76,69% o preparo realizado no campo operatório; 62,13% tipo de incisão; 92,23% as perdas sanguíneas; 75,72% tipos de drenos; 69,90% tipo de curativo; 33% peça para anatomopatologia; e 19,41% diagnóstico de enfermagem. Evidenciou-se que os dados analisados não apresentaram percentuais de variação muito significativos entre pacientes adultos e pediátricos, no entanto percebeu-se que muito do que é realizado na sala cirúrgica, não é descrito. Este fato fortalece a importância da criação de rotinas, protocolos e da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), exigência do Conselho Federal de Enfermagem em todo o serviço de saúde. A evolução do enfermeiro do intraoperatório irá respaldá-lo, em qualquer eventualidade, apresentando a assistência de enfermagem prestada. Na avaliação das evoluções, durante a pesquisa, concluiu-se que uma evolução de enfermagem bem elaborada permite ao leitor vivenciar o ato cirúrgico posteriormente, independente do tempo que passou.

Palavras-chave: Transplante Hepático; Período Intraoperatório; Enfermagem

E-mail: carezuca@terra.com.br

1. ULBRA, Canoas, RS, BRASIL.



Caroline Dienstmann*1; Rita Catalina Aquino Caregnato2

Resumo:

O interesse em desenvolver um estudo com enfoque no perfusionista de Circulação Extracorpórea (CEC) nas cirurgias cardíacas surgiu por atuar nesta área como perfusionista. Percebe-se a existência de um campo de trabalho vasto no mercado para o perfusionista, contudo verifica-se escassez de referencial e trabalhos desenvolvidos pela enfermagem nesta área. O objetivo desta pesquisa foi refletir sobre a função do perfusionista nas cirurgias cardíacas, desvelando um campo de trabalho para a enfermagem. Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, sobre a trajetória de perfusionista que atua em uma equipe de cirurgia cardíaca de um hospital de médio porte, localizado no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul. Utilizou-se análise de conteúdo temática para identificar categorias e selecionar unidades de significados para discussão. Dividiu-se o relato em quatro categorias, denominadas: início da trajetória como perfusionista; sistematização da assistência do perfusionista; complicações mais frequentes da circulação extracorpórea (CEC); dificuldades e desafios. Vários profissionais da saúde podem atuar nesta área; entretanto, o enfermeiro possui todas as condições e conhecimentos necessários para exercer a função de perfusionista, visto que é o profissional que pode prestar assistência no pré, intra e pós-operatório, desenvolvendo visão holística do processo cirúrgico, beneficiando a assistência do paciente.

Palavras-chave: Cirurgias Cardíacas; Circulação Extracorpórea; Enfermagem

E-mail: carezuca@terra.com.br

1.UNIVATES, Lajeado, RS, BRASIL; 2.UFCSPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[493]

P036 - EQUIPE CIRÚRGICA: ADEÇÃO À META 1 DA CIRURGIA SEGURA

Cláudia Moraes dos Santos*1; Rita Catalina Aquino Caregnato1

Resumo:

A segurança é um dos critérios básicos para garantir a qualidade da assistência ao paciente; portanto a adoção de estratégias para redução de erros e eventos adversos em Instituições de Saúde é fundamental. O objetivo desta pesquisa foi conhecer a adesão da equipe cirúrgica à Meta 1 da Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (correta identificação do paciente e local cirúrgico). Pesquisa exploratória descritiva com corte transversal e abordagem quantitativa, realizada no Bloco Cirúrgico de um hospital privado de Porto Alegre, com 124 profissionais que trabalham na sala de cirurgia (médicos e enfermagem), de março a maio de 2012. Constatou-se 81,5% dos profissionais aderiram à primeira marcação da lateralidade; 15,3% aderiram à segunda marcação; 99,1% afirmaram que o paciente portava a pulseira de identificação; 98,3% consideraram importante a marcação da lateralidade; e 96% julgaram importante a identificação do paciente mediante a pulseira. Embora vários profissionais tenham considerado importante a marcação da lateralidade, houve redução considerável na realização da segunda marcação e apesar de 100% dos pacientes portarem pulseira de identificação, alguns profissionais mencionaram desconhecer sua existência. É importante implementar programas de educação continuada para conscientizar as equipes e aumentar o percentual dos índices de adesão à cirurgia segura.

Palavras-chave: Segurança; Salas Cirúrgicas; Equipe

E-mail: carezuca@terra.com.br

1. ULBRA, Canoas, RS, BRASIL.



Danilo Servilha Rizzi*1; Renata Perfeito Ribeiro1; Denise Rodrigues Costa Schmidt1; João Paulo Belini Jacques1

Resumo:

A falta de recursos humanos no Centro Cirúrgico (CC) vem sendo exacerbada em alguns hospitais, pois um grande quantitativo de pacientes graves submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência permanece sob os cuidados da equipe de enfermagem desse setor devido à falta de vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O objetivo do estudo foi avaliar a carga de trabalho de enfermagem entre os trabalhadores do CC que prestam assistência a pacientes que aguardam vaga de UTI no CC. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, de corte transversal, realizado em um hospital escola de alta complexidade de Londrina-PR. A população foi constituída pelos servidores que atuam no CC e que atenderam as exigências prévias, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEL. Utilizou-se o instrumento Nursing Activities Score (NAS), “Caracterização sócio-demográfica e clínica do Paciente” e a “Caracterização sócio-demográfica e ocupacional do trabalhador”. Os dados obtidos foram processados e analisados pelo programa de “software Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 15.0 for Windows”. As variáveis sofreram análises descritivas, sendo que as variáveis categóricas foram submetidas à análise de frequência simples, enquanto as contínuas foram analisadas segundo as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão). O Coeficiente de correlação de Spearman foi realizado para determinar as correlações do estudo. Foi analisado 46 acompanhamentos de pacientes, que são em sua maioria homens 67,4% e 32,6% de mulheres. O tempo de permanência média dentro do CC foi de 11,9 horas. Em relação aos trabalhadores, a maioria era do sexo feminino (78,3), e sem experiência em UTI (71,7%). Segundo o NAS, que avalia a carga de trabalho dos profissionais representando quanto tempo de cuidado de um profissional o paciente requereu nas últimas 24 horas, encontrou-se a média de 64,95 (DP=17,03), Mediana 65,85, e intervalo entre 34 e 103% de necessidade de cuidados dispensados pelos trabalhadores de enfermagem do CC aos pacientes que aguardam vaga em UTI. Quando os valores estão em 100% interpreta-se que foi requerida atenção em tempo integral por parte do trabalhador do CC. Correlacionando o NAS com o tempo de permanência do paciente no CC, obtivemos: $r=0,208$, $p=0,165$, o que significa que quanto maior o tempo de permanência, maior o escore do NAS e maior a carga de trabalho do trabalhador. Com relação à idade do paciente e o escore do NAS obteve-se uma correlação direta, porém estatisticamente não significativa ($r=0,86$; $p=0,569$) significando que quanto maior a idade do paciente maior o escore do NAS, onde o paciente idoso exige maior dedicação do profissional. Conclui-se com este estudo que há aumento significativo da carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem do CC quando prestam assistência aos pacientes que aguardam vaga de UTI no CC principalmente quando o paciente apresenta idade avançada.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Carga de Trabalho; Enfermagem

E-mail: daserizzi@gmail.com

1.Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, BRASIL.



[495]

P038 - PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O ENSINO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: ALGUNS RESULTADOS PRELIMINARES.

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes*1; Marcelo Moreira Corgozinho1; Walquíria Lene dos Santos1; Cristilene Akiko Kimura1

Resumo:

Introdução: a disciplina de enfermagem em centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material de esterilização possui o extenso conteúdo que exige muita habilidade por parte do docente, no que tange aos resultados satisfatórios no aprendizado. Assim, é função de todo docente buscar formas de estimular a participação e o aprendizado dos alunos. **Objetivo:** apresentar os resultados preliminares da aplicação de uma metodologia de ensino da disciplina de enfermagem em centro cirúrgico e centro de material e esterilização. **Método:** trata-se de um estudo documental, no qual foram analisados os resultados das notas das provas de alunos do quinto período de enfermagem, na disciplina de enfermagem em centro cirúrgico e centro de material e esterilização, no primeiro semestre de 2012. Foi adotada uma metodologia pedagógica onde os professores utilizaram todo o conteúdo das “Práticas Recomendadas da SOBECC” através de aulas expositivas, estimularam os alunos a realizarem questões de múltipla escolha sobre o conteúdo e revisaram o conteúdo previamente à aplicação da prova teórica. **Resultados:** a turma do turno matutino - 26 alunos - apresentaram os melhores resultados 88,3% obtiveram rendimento satisfatório nas provas (SS, MS, MM). A turma do turno noturno - 43 alunos - tiveram bons resultados, porém, com um percentual menor de aproveitamento (81.3% dos alunos tiveram conceito SS, MS, MM). **Conclusão parcial:** os dados iniciais evidenciaram bons resultados de aproveitamento na disciplina de enfermagem em centro cirúrgico, uma vez que mais de 80% dos alunos conseguiram resultados satisfatórios na avaliação. Os professores continuarão esta pesquisa, com o objetivo de propor uma metodologia de ensino baseado em fortes evidências.

Palavras-chave: Ensino; Enfermagem; Centro Cirúrgico

E-mail: marcelocorgozinho@yahoo.com.br

1.Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso de Goiás, GO, BRASIL.



Rayssa Thompson Duarte*1; Rita Catalina Aquino Caregnato1; Graciele Linck1

Resumo:

Introdução: O transplante pulmonar é uma opção terapêutica fundamental para o tratamento de pneumopatias graves não-neoplásicas. Na doação de órgãos e transplantes a enfermagem é fundamental para no processo perioperatório, podendo se fortalecer pela uniformização da linguagem usada pelo enfermeiro através do uso da taxonomia Nursing Interventions Classification (NIC) para estabelecer as intervenções apropriadas ao cuidado do paciente. **Objetivo:** Identificar as principais intervenções de enfermagem prescritas no pós-operatório imediato dos pacientes transplantados pulmonar a partir dos registros nos prontuários e mapear com a taxonomia NIC. **Método:** Pesquisa documental retrospectiva com corte transversal, realizada em um hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. População composta por 183 prontuários de pacientes submetidos a transplante pulmonar no período de 2007 até 2012, com amostra representada por 160 (87,43%) dos prontuários pesquisados. Os dados foram agrupados de acordo com as variáveis investigadas e submetidos às análises descritivas, as intervenções mapeadas de acordo com a NIC. **Resultados:** De acordo com as prescrições de Enfermagem foram mapeadas as 25 intervenções mais citadas. Dentre estas as três de maior frequência foram: realizar de banho de leito e trocar eletrodos (70%), trocar e identificar equipos, extensores e cânulas a cada 72 horas (68,12%), realizar curativo na inserção do dreno de tórax (66,87%). Com o mapeamento das intervenções seguidas de atividades relacionadas de acordo com a NIC foram respectivamente: banho (1610), auxiliar banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado, que pertence ao domínio fisiológico básico, relacionado à facilitação do autocuidado; terapia endovenosa (EV) (4200), substituir o dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 72 a 78 horas, conforme o protocolo da instituição, que pertence ao domínio fisiológico complexo, relacionado ao controle da perfusão tissular; cuidados com drenos: torácico (1872), trocar o curativo em torno da sonda torácica a cada 48 a 72 horas e sempre que necessário pertencente ao domínio fisiológico complexo relacionado ao controle respiratório. Todavia, as intervenções mais frequentemente mapeadas não são tão específicas aos cuidados que se esperam ser prestados ao paciente em pós-operatório imediato de transplante pulmonar. Isso pode ser evidenciado pela menor frequência de prescrição de itens como: medir drenagem torácica e após esvaziar o frasco coletor (60,62%), manter cuidados com cateter de Swan-ganz (60%) e controlar a pressão do cuff (49,37%). **Conclusão:** A partir do levantamento das intervenções de Enfermagem realizadas aos pacientes submetidos a transplante pulmonar, identificou-se que as principais intervenções de enfermagem foram cuidados gerais, prescritos a todos os pacientes em pós-operatório, e não individualizadas ao paciente em pós-operatório de transplante pulmonar. O mapeamento com a taxonomia poderá contribuir na prática clínica com a elaboração do plano de cuidados.

Palavras-chave: Transplante de Pulmão; Cuidados Pós-operatórios ; Enfermagem

E-mail: carezuca@terra.com.br

1.UFCSPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.



Cristina Silva Sousa*1; Regina Claudia Silva Souza1; Maria Carolina Gonçalves1; Tana Regina Zeni Diniz1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: A passagem de plantão do centro cirúrgico para a unidade de terapia intensiva tem o intuito de transmitir informações que direcionam o cuidado pós-operatório. Em algumas instituições esta comunicação ainda não está presente e o enfermeiro da unidade de terapia intensiva recebe o paciente sem os dados do intraoperatório, tendo que buscá-los no prontuário. É imprescindível no momento desta transferência que as informações sejam precisas, claras e corretas, uma vez que, quando omitidas, imprecisas ou mal interpretadas levam a falhas na assistência. **Objetivo:** Construir um impresso para a passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, analítico, do tipo relato de experiência, que visa a construção do impresso para passagem de plantão em quatro fases: 1) comunicação intersetorial; 2) confecção do impresso; 3) teste piloto; 4) finalização do impresso. Durante a primeira fase as necessidades de informações sobre o intraoperatório foram levantadas pelo grupo. Na segunda fase: os dados foram inseridos no Microsoft Word 2007®, o formato das informações contempla espaço para descrição e itens em checklist com intuito de facilitar o preenchimento. A validação das informações foi realizada por meio da leitura do impresso e devolução para o grupo. A terceira fase: consistiu em um período de aplicação e avaliação do processo por 15 dias. A quarta fase: consistiu da inserção de informações no impresso para facilitar a comunicação. **Resultados:** Foram criadas três grandes aéreas: pré-operatório com duas lacunas descritivas história previa e antecedentes; intraoperatório com cinco itens: intercorrências, informação transfusional, antibiótico profilático, manejo de via aérea e tempo de circulação extracorpórea e pós-operatório com itens que envolvem condições de via aérea; dispositivos de sondagem, acesso venoso, monitorização, curativos, drenos; infusão de líquidos ou drogas vasoativas; estratégias de profilaxia de trombose; prescrição de analgesia e informações a respeito do transporte do paciente. O impresso é enviado com trinta minutos de antecedência para a enfermeira da UTI planeje a assistência e receba o paciente com os recursos necessários. Em um primeiro momento houve uma dificuldade de adesão de alguns profissionais da equipe de enfermagem da UTI frente a mudança do sistema, uma vez que, este instrumento substituiu a passagem de plantão verbal. Entretanto, esta limitação foi resolvida com orientação dos enfermeiros que compuseram o grupo. O processo de construção do impresso foi finalizado e instituído como rotina do procedimento de passagem de plantão para unidade de terapia intensiva. **Conclusão:** Conclui-se que o impresso proporcionou segurança e facilidade para transferência das informações a unidade de destino e facilitou o planejamento da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Continuidade da Assistência ao Paciente; Comunicação

E-mail: thicoteco@bol.com.br

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



Vanessa Guarise*1; Maria Carolina Gonçalves1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: A busca por melhores práticas para atender o mercado competitivo e garantir a segurança ao paciente leva os hospitais a terem uma maior preocupação com a qualidade da assistência. A unidade de Centro Cirúrgico constitui um ambiente complexo, decorrente aos inúmeros processos realizados, de diferentes especialidades. A equipe de enfermagem deve oferecer melhor qualidade na assistência, contando com profissionais, embasados cientificamente e qualificados para acompanhar os avanços e mudanças tecnológicas. Para facilitar esse atendimento observou-se a necessidade da criação de grupos de especialidades, com a finalidade de padronizar as rotinas pré-existentes, ajudando a organizar tarefas e funções. Acredita-se que trabalhar com grupos constitui-se uma prática frequente e valorizada, para a promoção da saúde e para o desenvolvimento do ensino e pesquisa. A preocupação em melhorar a dinâmica de trabalho da equipe e maximizar a utilização da capacidade cirúrgica passa a ser um foco de investigação. **Objetivos:** capacitar a equipe de enfermagem em diversas áreas de especialidades e melhorar a qualidade da assistência prestada. **Método:** No Centro Cirúrgico de um Hospital de grande porte da cidade de São Paulo são seguidas, com rigor, as orientações da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Joint Commission International relacionadas à segurança do paciente para garantir a execução dos procedimentos com qualidade. O setor realiza em média 1.200 cirurgias por mês, das quais 70% de médio ou grande porte, de diversas especialidades. Devido ao preparo diferenciado de cada especialidade cirúrgica e o grande número de profissionais e procedimentos, as enfermeiras do Centro Cirúrgico intitularam os “grupos de especialistas”. Os grupos foram pré selecionados pela enfermeira coordenadora do Centro Cirúrgico, que elegeu um ou mais enfermeiros assistenciais, conforme o grau de afinidade com as especialidades, que seriam responsáveis pela coordenação de cada grupo. A capacitação dos enfermeiros assistenciais é feita pelos próprios enfermeiros assistenciais, através de instruções em reuniões com temas atuais adquiridos em Congressos, publicações bibliográficas ou por orientações das próprias equipes médicas. **Resultados:** Foram criados até o momento 7 grupos de especialidades: neurocirurgia, transplante, dor e cirurgias: cardíaca, vascular, robótica e ortopédica. Os enfermeiros assistenciais elegeram no mínimo um técnico de enfermagem por plantão, de acordo com a afinidade dos mesmos pelas especialidades, norteados como membros referência de cada grupo. As reuniões são marcadas de acordo com a necessidade de cada grupo, e após os encontros, os integrantes dos grupos são responsáveis pela disseminação do conteúdo para as equipes multidisciplinares no Centro Cirúrgico. **Conclusão:** Com o desenvolvimento dos grupos, observou-se uma mudança de atitude das equipes médicas, que vêm obtendo maior credibilidade e respeito pelo desempenho do profissional da enfermagem, além do fortalecimento da relação entre equipes e melhor qualidade da assistência.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Especialidade; Enfermagem

E-mail: vanessaguarise@hotmail.com

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



[502]

**P042 - A PRESENÇA DE FAMILIARES NA INDUÇÃO ANESTÉSICA DE CRIANÇAS NO CENTRO CIRÚRGICO:
REVISÃO DA LITERATURA**

Silvana Menezes*1

Resumo:

Introdução: Na indução anestésica, quando a criança está ansiosa, ela pode ficar agitada, o que está associado ao aumento de apnéia e risco de laringoespasmo. A presença de um dos pais é fundamental para diminuir esta ansiedade e melhorar a cooperação. Acredita-se que entre os profissionais de saúde no Brasil essa seja uma questão que traga certa resistência para a aceitação e possível permissão da presença dos pais de crianças na sala de cirurgia durante a indução anestésica devido aos valores que ainda se cultivam na área da saúde. **Objetivo:** Identificar, na literatura, os aspectos positivos e negativos das repercussões que a experiência de presenciar a indução anestésica de crianças pode conferir aos familiares, à própria criança e aos profissionais de centro cirúrgico. **Método:** Este estudo é uma revisão da literatura. A pergunta central do estudo surgiu a partir do ambiente onde se permite a presença de familiares acompanhando a criança no centro cirúrgico durante a indução anestésica e se identificou a necessidade de conhecer se experiências semelhantes acontecem e quais as repercussões. **Resultados:** As experiências de permitir a entrada dos pais na sala de indução anestésica mostram que ocorre uma redução efetiva da ansiedade das crianças e dos pais e melhor relação enfermeiro-paciente, e, ainda, menor necessidade de restrição física. Alguns autores pesquisaram as reações de pais e crianças durante a indução anestésica. A presença dos pais nessa situação tem sido associada ao aumento de satisfação dos pais em relação ao funcionamento global do hospital. Muitos deles preferem estar com a criança na indução anestésica. Assim, parece ser pertinente insistir no possível benefício da presença paterna durante a indução anestésica. Outros autores discutiram estratégias para o ensino de pais e crianças que seriam submetidas a procedimentos anestésico-cirúrgicos, enfatizando essa necessidade. Contudo, o treinamento de cada familiar que estará presente na indução anestésica é um processo demorado e há resultados que sugerem que os profissionais de saúde podem direcionar o comportamento que desejam dos pais. Quanto aos profissionais de assistência, alguns podem ficar muito ansiosos sobre o seu desempenho quando sentem que os pais estão observando. E, ainda, pode haver inconvenientes de se implementar o programa da presença dos pais no centro cirúrgico pela necessidade da equipe e de recursos para dar suporte a esses acompanhantes. **Conclusões:** Observou-se que em muitos países esta situação apresenta maior aceitação pelas equipes de saúde e pelos familiares. No Brasil, a prática diária, tem mostrado a resistência da permissão hospitalar com maior frequência. Em virtude dos benefícios decorrentes da adoção dessa prática, este trabalho mostra a importância de viabilizar, cada vez mais, a presença dos pais durante a indução anestésica de crianças.

Palavras-chave: Pais; Criança; Centro Cirúrgico

E-mail: silmenezes00@yahoo.com.br

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



[503]

P043 - A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PARA QUEBRA DE PARADIGMAS NA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO MILITAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Michele Sales de Mendonça Senra*1; Andréia Costa Lopes1

Resumo:

Introdução: Este estudo apresenta um relato de experiência sobre a importância de treinamento contínuo para uma equipe militar de técnicos em enfermagem que trabalham com esterilização, mas a mesma não imaginava a real dimensão do impacto do seu trabalho para a saúde do paciente. O interesse pela temática emergiu a partir da detecção de falhas no processo básico do material ao assumir a coordenação do setor. Vale ressaltar que os militares deste setor apresentavam dificuldades técnicas e científicas. A educação promove aperfeiçoamento dos militares dentro e fora do seu ambiente de trabalho, com o objetivo de desenvolver suas capacidades cognitivas, psicomotoras e relações interpessoais dentro e fora do setor. **Objetivo:** Relatar experiência das autoras no processo de elaboração e implementação de um programa de educação continuada a um serviço específico, para um público militar que atuavam de forma empírica – dentro de suas possibilidades e habilidades – do setor de Esterilização do Hospital Central do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. **Método:** Os treinamentos foram implementados, de forma contínua e crescente, com a detecção das principais dificuldades dos militares. O aperfeiçoamento teórico-prático foi embasado por pesquisas na área de CME, a Resolução da Diretoria Colegiada no 15 de Março de 2012, visitas técnica a uma unidade particular acreditada pela ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA), treinamento “in loco” com representantes de empresas fornecedoras de insumos utilizados no processo de esterilização. Os treinamentos abordaram todo o processo de esterilização, desde a paramentação básica dos profissionais, passando pelo recebimento, limpeza, inspeção, esterilização, armazenamento e dispensação do material para os setores. **Resultados:** A realização da educação neste setor tornou-se um grande desafio para a equipe responsável, devido à dificuldade de aprendizagem frente às novas perspectivas e demandas do setor; à resistência às mudanças; ao tempo de serviço no setor destes militares num mesmo serviço; o militarismo acirrado. Mesmo assim, e com a ajuda de militares do setor com espírito de mudança, todos os militares compareceram aos treinamentos. Além disso, os testes pré e pós demonstraram a melhora do conhecimento, assim como no trabalho manual, de forma que a equipe está visualizando suas falhas frente ao que está sendo apresentando. Vale ressaltar que a equipe continua a mesma desde o início, ocorrendo acréscimos e não substituições, demonstrando o comprometimento da equipe com o serviço no processo de reestruturação do setor. **Conclusão:** Diante de toda problemática encontrada ficou evidente que educação em serviço é a ferramenta essencial para o processo de ensino-aprendizagem. Não importa a idade, nem o tempo de serviço; mas a paciência, a perseverança e a força em busca de melhoria do serviço para oferecer o melhor àqueles que não hesitam ao salvar vidas alheias.

Palavras-chave: Educação; Militar; CME

E-mail: mmendonca10@hotmail.com

1.CBMERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



Silvia Helena de Oliveira Baffi*1; Camila Ajala de Lima2

Resumo:

Introdução: Atividades fisiológicas como alimentação, hidratação, sono e eliminação são necessidades básicas para a manutenção da vida e é o foco primário da assistência de enfermagem. O processamento dos recipientes que coletam excreções humanas, sempre foi uma dificuldade para a equipe de enfermagem nos hospitais. A limpeza de “comadres e papagaios” e outros recipientes afins expõe o colaborador ao contato com as excreções e pode expor o paciente à riscos de infecção ao receber um recipiente que não esteja adequadamente limpo e higienizado. a lavadora desinfetadora de recipientes para excreções humanas (LD) executa a descarga, limpeza e desinfecção térmica. Os recipientes são esvaziados, sem interferência humana, seguido da limpeza com jatos de água quente e detergente, enxágüe e desinfecção térmica a 90 °C. Para a norma ISO 15883-3 a desinfecção térmica deve fornecer um decaimento da carga orgânica para 10-2. **Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo investigar como é realizado o processamento dos recipientes que coletam excreções humanas – “comadres e papagaios” nos hospitais na cidade de São Paulo – SP. **Método:** Foram pesquisados 17 hospitais (dezessete) na cidade de São Paulo com atendimento cirúrgico, geral e urgências, com capacidade mínima de 80 leitos. Nas unidades de internação, CTI (Centro de Tratamento Intensivo), CME (Central de Materiais e Esterilização), Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica. Resultado: Dos 17 hospitais pesquisados apenas 1(um) possui lavadora desinfetadora, mas esse equipamento não executa a descarga automática do conteúdo dos recipientes. Para 16 hospitais, tanto a UTI quanto unidades de internação, as excreções dos recipientes são eliminadas no vaso sanitário, nesse mesmo local é feito uma limpeza prévia e depois são encaminhados para o expurgo da unidade para limpeza, enxágüe e secagem. Para 9 dos 17 hospitais as comadres e papagaios são encaminhados para a CME, depois da limpeza previa, para desinfecção térmica de alto nível. Para todos os centros cirúrgicos e salas de recuperação anestésica os recipientes são providos pela CME, esterilizados, para esse tipo de recipiente, é necessária somente desinfecção de alto nível para evitar infecção cruzada. **Conclusão:** O processamento de recipientes para coletar excreções humanas ainda é realizado de forma manual expondo o colaborador a riscos biológicos. O paciente pode receber um recipiente inadequadamente reprocessado expondo-o a riscos de adquirir infecções. Com a utilização de uma LD para comadres, papagaios e outros recipientes, elimina-se o problema de riscos biológicos para o trabalhador da saúde, fornecendo um recipiente com total garantia que foi devidamente limpo e submetido desinfecção térmica de alto nível.

Palavras-chave: Lavadora Desinfetadora; Limpeza; Desinfecção de Alto Nível

E-mail: baffi.silvia@gmail.com

1.Silviabaffi - Consultoria, São Paulo, SP, BRASIL; 2.Fami, São Caetano do Sul, SP, BRASIL.



[505]

P045 - DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA –SAEP.

Roberta Milanez*1; Maraise Borghi1; Therezinha Barbosa Monteiro1; Ivanilda Leandra de Souza1; Fernanda Jhenifer Simonelli1

Resumo:

Introdução: A Enfermagem Perioperatória consiste num conjunto de conhecimentos e competências específicas e essenciais para a assistência prestada no Pré, Intra e Pós-Operatório. A constante evolução tecnológica e científica, bem como a crescente mortalidade associada ao cliente cirúrgico, exige do Enfermeiro um desenvolvimento teórico-prático contínuo e aplicação de instrumentos que direcionam o manejo assistencial no cuidado perioperatório. Diante disso, a SAEP é uma importante ferramenta para qualificar a assistência e aprimorá-la, com aplicação de todas as etapas do Processo de Enfermagem. Assim, é possível planejar uma assistência com segurança e qualidade, contribuindo para direcionar cuidados centrados nas reais necessidades em saúde do cliente. **Objetivo:** Identificar os principais fatores que dificultam a implementação da SAEP. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo de caráter qualiquantitativo através da aplicação de um questionário direcionado aos enfermeiros que atuam em bloco operatório em hospitais da região noroeste do Espírito Santo. Os atores sociais da pesquisa foram 50 enfermeiros. Os dados coletados foram analisados e discutidos, apresentados em gráficos. **Resultados:** Detectou-se que a maioria dos entrevistados (73%) conhece a SAEP e reconhece que é uma atividade privativa do enfermeiro, que norteia os cuidados a serem prestados. Porém, mesmos cientes da importância da SAEP, 86% dos profissionais afirmam não padronizá-la em suas instituições de trabalho, apesar de saberem que a sistematização tem a possibilidade de prestar, avaliar o cuidado e proporcionar maior segurança ao paciente. No que tange as dificuldades que contribuem para a não implantação da SAEP, no geral podemos observar resistência dos enfermeiros em incorporá-la. A maioria dos entrevistados (54%) considerou como principal dificuldade o número reduzido de enfermeiros, outra dificuldade é a não aplicabilidade da educação permanente com a equipe cirúrgica (32%), e também a falta de conhecimento desta sistemática (14%). Quando indagados se a implantação da SAEP contribui efetivamente para a melhoria da qualidade da assistência, e deve ser aplicada a todos os pacientes, 95% afirmaram que sim. Essa resposta leva a um resultado falso-positivo, visto que a maioria dos profissionais não padroniza a SAEP como ferramenta para direcionar a assistência. **Conclusão:** Conclui-se que, embora a implantação da SAEP contribua para diminuição dos riscos inerentes ao ambiente cirúrgico e cirurgia, sua implantação como estratégia de trabalho não tem sido efetiva. Há despreparo teórico/técnico na formação desses profissionais por não se envolverem com a necessidade da aplicação de um modelo assistencial e de manter registro dessa documentação. Sendo o enfermeiro, coordenador da assistência de enfermagem prestada e então o responsável por estabelecer uma educação permanente com sua equipe, analisa-se a falta de comprometimento em relação a essa tarefa, e ainda falta de interesse na busca por programas de educação continuada voltada para Centro Cirúrgico.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; SAEP; Implementação

E-mail: maraise_sb@hotmail.com

1.Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina, ES, BRASIL.



[506]

P046 - OCORRÊNCIA DE NEAR MISS (QUASE ERRO) NA REALIZAÇÃO DO CHECKLIST EM SALA CIRÚRGICA: CONTRIBUIÇÕES PARA CIRURGIA SEGURA

Rachel de Carvalho*1; Doir Hermogenis Senigalhe Júnior2; Adriana Lario2

Resumo:

Introdução: A fim de se ter dados significativos sobre o impacto da implementação do checklist cirúrgico, que faz parte da proposta mundial para Segurança do Paciente, órgãos regulamentadores de saúde orientam a identificação da ocorrência dos eventos adversos e de eventos de near miss (quase erro), nomenclatura adotada nas situações de “quase erro”, ou seja, um evento ou situação inesperada que poderia ter resultado em acidente, ferimento, doença ou danos, porém não resultou devido à probabilidade, barreiras existentes no processo ou por uma ruptura na corrente de ações. A notificação de NEAR miss ainda é pouco utilizada nas instituições de saúde e deve ser vista como oportunidade de aprendizado, por meio da análise quantitativa de sua natureza, possibilitando identificar falhas no processo e desenvolver estratégias e ações preventivas. **Objetivos:** Analisar a conformidade do preenchimento dos itens que compõem o checklist na sala de cirurgia, com vistas à segurança do paciente e identificar as ocorrências de NEAR MISS durante a realização do checklist na sala de cirurgia. **Método:** Pesquisa de campo, descritivo-exploratória, com análise quantitativa; realizada em dois Centros Cirúrgicos (CC) de um hospital geral, de porte extra de São Paulo, após aprovação do projeto pela chefia do setor e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil (protocolo CAAE 03215312.2.0000.0071). Os dois CC realizaram 9.600 cirurgias durante os meses de julho a setembro de 2012, quando os dados foram coletados. A amostra foi composta por 39 prontuários de pacientes que apresentaram 40 ocorrências de NEAR MISS (quase erro), identificadas no preenchimento do checklist em sala operatória. **Resultados:** O preenchimento dos itens que compõem o checklist foi considerado adequado, porém houve subnotificação da ocorrência de NEAR miss, pois somente 11 (28,2%) foram notificados. Do total de ocorrências, 11 (28,2%) aconteceram em cirurgias ortopédicas e oito (20,5%) em cirurgias plásticas. A maior parte foi relacionada a materiais e equipamentos (22 ou 55,0%), seguidas das relacionadas à equipe cirúrgica (15 ou 37,5%) e, em menor escala, ao próprio paciente (três ou 7,5%). Falta de materiais, falhas no funcionamento dos equipamentos, preenchimento inadequado dos termos de consentimento, divergências no agendamento, inadequação na demarcação do sítio cirúrgico e alergias não notificadas foram as ocorrências que mais se destacaram. As medidas adotadas para resolução dos problemas foram relativamente simples, rápidas e de efeito imediato, havendo cancelamento de apenas um procedimento, por falta de condições do paciente. **Conclusão:** A identificação e a notificação das ocorrências de NEAR MISS durante a realização do checklist são importantes, pois podem evitar a ocorrência de eventos adversos, capazes de desencadear agravos de maiores proporções, comprometendo a segurança do paciente. O relato em sistema de notificação específico pode propiciar a rastreabilidade das ocorrências e constituir oportunidade de aprendizado e de melhoria da qualidade da assistência, com vistas à segurança do paciente.

Palavras-chave: Salas Cirúrgicas; Segurança/Cirurgia; Segurança do Paciente

E-mail: rachel@einstein.br

1.Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL; 2.Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[507]

P047 - REALIZAÇÃO DO TIME OUT PELA EQUIPE CIRÚRGICA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Rachel de Carvalho*1; Gláucia Stein Martins1

Resumo:

Introdução: A quarta Meta Internacional do Programa de Segurança do Paciente, instituído pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, identifica o timeout como parte de sua prerrogativa. Seu objetivo é assegurar que seja realizado o procedimento correto, no paciente correto e no local correto, de modo a proporcionar um cuidado seguro e de alta qualidade, permitindo que todas as questões não respondidas ou confusas sejam resolvidas. É uma prática baseada em evidências e opiniões de especialistas, que vem ajudar a garantir que a equipe cirúrgica possa seguir alguns passos de segurança e, assim, minimizar os riscos mais comuns evitáveis para o paciente. A cultura de segurança do paciente, conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida por três fases: check in, timeout e check out. O timeout, objeto deste estudo, deve ser realizado já com o paciente em sala operatória, imediatamente antes da indução anestésica, quando são checados itens referentes ao paciente, à equipe e à disponibilidade de materiais e equipamentos. **Objetivos:** Verificar a opinião da equipe cirúrgica sobre a realização do timeout e identificar facilidades e dificuldades para sua aplicação antes do procedimento anestésico-cirúrgico. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com análise quantitativa dos dados, realizada no Centro Cirúrgico de uma instituição privada, situada no município de São Paulo. A amostra foi constituída por 39 profissionais da equipe cirúrgica, sendo 14 médicos, 14 técnicos de enfermagem, sete enfermeiros e quatro instrumentadores cirúrgicos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, via Plataforma Brasil (protocolo CAAE 03505012.8.0000.0071) e os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Todos os entrevistados conhecem o timeout; os profissionais reconhecem sua eficácia (36 ou 92,3%); acreditam que sua aplicação traz segurança para o cliente (37 ou 94,9) e para a própria equipe (35 ou 89,7%); sempre aplicam o protocolo (33 ou 84,6%); acham o timeout simples e de fácil compreensão (27 ou 69,2%); concordam que é passível de ser utilizado em todos os procedimentos (25 ou 64,1%) e que facilita a comunicação entre a equipe (31 ou 79,5%). Quanto aos fatores que facilitam sua aplicação do timeout, os de maior incidência foram: colaboração da equipe médica (25 ou 64,1%), conhecimento do protocolo (15 ou 38,5%) e clareza e objetividade do protocolo (10 ou 25,6%). Entre os fatores que dificultam sua aplicação, destacaram-se: falta de colaboração da equipe médica (19 ou 48,7%), protocolo longo e repetitivo (13 ou 33,3%) e atrasos dos médicos e das cirurgias (nove ou 23,1%). **Conclusões:** A implementação do timeout é um desafio para a Instituição e para toda a equipe envolvida na sua aplicação, porém o protocolo contribui para redução de riscos e de eventos adversos, proporcionando segurança ao cliente cirúrgico e ações de melhoria assistencial, baseadas nos mais altos padrões de qualidade.

Palavras-chave: Segurança do Paciente/Cirurgia; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Equipe de Assistência ao Paciente

E-mail: rachel@einstein.br

1.Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



Barbara Kellen de Souza; Erica Santana Candian*1; Carla Aparecida Spagnol1; Andreia Rodrigues Moreira2; Rosangela Oliveira Santos2; Vanda Custódia Felipe Manoel2

Resumo:

A literatura mostra que os profissionais de saúde necessitam de tempo para descansos e pausas, pois se não houver esses períodos para recuperação do estresse provocado pelas atividades realizadas, os trabalhadores podem apresentar um potencial elevado para o adoecimento. No entanto, o que se observa em Centrais de Material Esterilizado (CME) é que a equipe de enfermagem está exposta a uma série de condições desfavoráveis no ambiente laboral como ritmo acelerado de trabalho, movimentos repetitivos e posições corporais desconfortantes. Associado a isso, os trabalhadores apresentam inúmeras queixas de saúde, o que aumenta o índice de absenteísmo. Dados recentes mostram que o absenteísmo na CME do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), está em torno de 9,5, acima do previsto pelo Conselho Federal de Enfermagem, que preconiza uma taxa de 6,0. Diante desse contexto e seguindo as diretrizes da Política de Humanização do Ministério da Saúde, o Projeto de Extensão “Estratégias de sensibilização para promover a humanização e a qualidade de vida no trabalho”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, buscou estimular reflexões sobre o trabalho e o autocuidado, além de proporcionar momentos de pausa e revitalização do trabalhador, promovendo sessões de curta metragem. O dicionário define curta-metragem como filme com duração de até 30 minutos, de intenção estética, informativa, educacional ou publicitária. Este estudo tem o objetivo relatar a experiência da utilização de sessões de curta-metragem como estratégia para promover a pausa no trabalho junto à equipe de enfermagem da CME do HC-UFGM, a fim de melhorar a qualidade de vida no ambiente laboral. Foram realizadas 05 sessões com duração média de 20 minutos, que aconteceram quinzenalmente, de março a julho de 2012, nos turnos da manhã e tarde sendo que, a cada encontro, os trabalhadores eram divididos em várias turmas e era oferecida pipoca para acompanhar o filme. Foram escolhidos diferentes estilos de curta (reflexivos, comédia, animação), totalizando 08. Participaram cerca de 20 trabalhadores, dentre os que estavam na escala. Para avaliar a estratégia eles responderam um questionário e uma avaliação oral, durante uma reunião. As respostas demonstraram aceitabilidade dos participantes, que relataram ser as pausas um momento de aprendizado, relaxamento, reflexão, fortalecimento da autoestima, descontração e interação da equipe, deixando o trabalho mais leve e o ambiente laboral mais prazeroso. Como sugestões, manifestaram o desejo de que o projeto continuasse e acontecesse com maior frequência. Nesse contexto, percebe-se a necessidade e a carência dos profissionais de enfermagem por políticas que se preocupem com o bem estar do trabalhador e sua qualidade de vida no trabalho, como forma de amenizar o desgaste mental e físico produzido pelo trabalho. Ressalta-se também a importância em utilizar estratégias para a criação de momentos que estimulem o autocuidado, além da reflexão sobre o processo e as relações de trabalho, para que o indivíduo se sinta mais estimulado a exercer sua função com qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem; Qualidade de Vida; Saúde do Trabalhador

E-mail: barbarakelen@hotmail.com

1.Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.Hospital das Clinicas UFGM, Belo Horizonte, MG, BRASIL.



[509]

P049 - A IMPORTÂNCIA DA SAEP COMO INSTRUMENTO BÁSICO DO CUIDAR

Sandra Maria da Penha Conceição*1, Marlene Gomes Freitas; Sérgio Luiz Alves Junior; Andreia Vieira Machado; Angelita Ferreira de Lima Francisco

Resumo:

Nos últimos anos, a pesquisa na área da enfermagem cirúrgica foi incrementada, visando à melhora da qualidade da assistência tanto no preparo pré-operatório, quanto na recuperação do cliente.¹ A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é uma ferramenta que contribui para a interação enfermeiro-cliente. É atividade privativa do enfermeiro que utiliza o método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem. **Objetivo:** Salientar a importância da SAEP como instrumento básico do cuidar. **Metodologia:** Revisão integrativa da Literatura. Foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS e BDENF do sítio da biblioteca Virtual em Saúde – BVS- BIREME do ano de 2002 até o ano de 2012, Critérios de inclusão: artigos Brasileiros, gratuitos e na íntegra. Foram encontrados um total 21 artigos, obedecendo aos critérios de inclusão foram utilizados 07 artigos. **Considerações finais:** A SAEP é um instrumento de trabalho imprescindível para a assistência de enfermagem e recomenda-se que seja pautada por um referencial teórico eleito pela enfermagem. Esta é uma opção para desenvolver uma enfermagem científica que busca corpo próprio de conhecimento, estabelecendo diagnósticos, planejamento da assistência e prescrição de cuidados aos pacientes. **Conclusão:** O enfermeiro deve ter conhecimento da importância da SAEP e que este é um instrumento de qualidade para a assistência.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Planejamento; Assistência

E-mail: sandramariaenf@ig.com.br

1.Faculdade Anhanguera, SP, SP, BRASIL.



Rachel de Carvalho*1; Esther Chebib1

Resumo:

Introdução: A cirurgia robótica surgiu no século XXI como fronteira de desenvolvimento técnico, caracterizada por uma videocirurgia assistida por robô. Acrescenta algumas vantagens ao método laparoscópico, pois o cirurgião tem visão tridimensional real do campo cirúrgico e seu posicionamento sentado com os braços apoiados lhe confere ótima ergonomia. Porém, esta evolução encontra barreiras associadas a custos, maior tempo de cirurgia, quando a equipe ainda não está bem treinada, aplicabilidade ainda restrita, longa curva de aprendizado e falta da capacitação do corpo clínico. Com base no interesse e na curiosidade de como vem caminhando e crescendo o processo das cirurgias robóticas no Brasil e tendo em mente a qualidade da assistência prestada e a segurança do cliente cirúrgico, surgiu a motivação em realizar o estudo. **Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a procedimentos robóticos e identificar os tipos de cirurgias robóticas realizadas no ano de 2011, em um hospital de rede privada brasileiro. **Método:** Pesquisa documental, descritivo-exploratória, retrospectiva, com análise quantitativa de 293 prontuários de pacientes submetidos a cirurgias robóticas no período de janeiro a dezembro de 2011, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (protocolo Plataforma Brasil CAAE 02632312.0.0000.0071) e anuência da área para a coleta dos dados. **Resultados:** Quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes: 205 (70,0%) eram do gênero masculino, pertencentes à faixa etária dos 50 aos 70 anos (139 ou 47,4%), engenheiros (38 ou 13,0%) e administradores (33 ou 11,3%), a grande maioria brasileiros (270 ou 92,2%); as cirurgias foram custeadas pelos convênios (168 ou 57,3%) e também particulares (122 ou 41,6%); o maior número de procedimentos robóticos foi realizado no mês de novembro (52 ou 17,7%). Especificamente quanto aos procedimentos cirúrgicos robóticos, todos (293 ou 100,0%) foram realizados sob anestesia geral, com duração média de 4 horas e 21 minutos; as especialidades que mais realizaram cirurgias robóticas foram: urologia/nefrologia (177 ou 60,4%), cirurgia geral (59 ou 20,1%) e ginecologia (46 ou 15,7%); entre as cirurgias mais realizadas, destacaram-se: prostatectomia radical, nefrectomia parcial, gastroplastia, correção de hérnia hiatal, tratamento de endometriose, ooforoplastia e histerectomia. A grande maioria dos pacientes (267 ou 91,1%) foi encaminhada para a Recuperação Anestésica ao final do procedimento e já estavam acordados (159 ou 54,3%); a média de permanência de internação dos pacientes foi de seis dias, sendo a maior incidência de quatro dias de internação (158 ou 53,9%). **Conclusão:** A cirurgia robótica surge como aliada à equipe cirúrgica para enriquecer a qualidade dos procedimentos realizados, proporcionando, assim, melhor desenvoltura e conforto para a equipe, bem como segurança para os clientes atendidos.

Palavras-chave: Robótica/ Cirurgia; Centros de Cirurgia; Tecnologia

E-mail: rachel@einstein.br

1.Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[512]

P051 - INCIDÊNCIA DE RETENÇÃO URINÁRIA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

Rachel de Carvalho*1; Sílvia Yasmin Anjos Furtado1

Resumo:

Introdução: Alguns tipos de cirurgias ortopédicas, especialmente as realizadas nos membros inferiores, joelho, quadril ou fêmur, estão associados com a administração da raquianestesia que pode, por sua vez, causar alguns efeitos colaterais como náuseas, vômitos, prurido e retenção urinária. Este estudo visa demonstrar a incidência de retenção urinária em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas, suas complicações e, consequentemente, os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes que passam por esta desagradável experiência. **Objetivos:** Levantar a incidência de retenção urinária em pacientes no período pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas e propor cuidados de enfermagem específicos a tais pacientes. **Método:** Pesquisa documental, descritivo-exploratória, retrospectiva, realizada por meio da análise dos prontuários de 38 pacientes que apresentaram retenção urinária no pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas, em um hospital da rede privada, de porte extra, de São Paulo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (protocolo Plataforma Brasil CAAE - 0189.0.028.000-11). **Resultados:** Dos 213 pacientes que foram submetidos a cirurgias ortopédicas entre janeiro a dezembro de 2011 na Instituição sede do estudo, 38 (17,8%) apresentaram retenção urinária, diagnosticada na Unidade de Internação (37 pacientes ou 97,4%). Houve prevalência de retenção nos pacientes do gênero masculino (22 ou 57,9%), na faixa etária entre 20 a 30 anos (14 pacientes ou 36,9%). As cirurgias mais realizadas foram as de joelho (30 pacientes ou 78,9%), divididas entre reconstrução ligamentar e correções de lesões agudas e complexas, sob anestesia raquideana com sedação (34 ou 89,5%); 30 pacientes (78,9%) não receberam opioides e apenas oito (21,1%) receberam. Quanto à conduta, foi passada sonda vesical de alívio em 36 pacientes (94,7%) dos 38 que apresentaram retenção. Com foco na segurança e no conforto destes pacientes, foi traçado um plano de cuidados, relacionados à avaliação e ao tratamento da retenção urinária. **Conclusões:** O profissional de enfermagem deve ampliar o foco da sua assistência, de forma que envolva conhecimento técnico-científico, em busca da prevenção das complicações associadas à retenção urinária. Sabendo do desconforto gerado pela retenção, o enfermeiro tem um papel fundamental, trilhando um plano de cuidados ideal e individualizado, buscando a qualidade da assistência e o conforto para o paciente no período perioperatório.

Palavras-chave: Retenção Urinária; Cuidados Pós-Operatórios; Ortopedia/Cirurgias

E-mail: rachel@einstein.br

1.Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



Rachel de Carvalho*1; Silvana Maciel de Moraes Léo2; Ana Vilarés Musetti1

Resumo:

Introdução: Seguindo a normatização do Ministério da Saúde (MS), em consonância com órgão oficial internacional que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar, as infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida/incisão cirúrgica, entendido como a taxa de microrganismos presentes no tecido a ser operado. Desta forma, a classificação da cirurgia deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo médico cirurgião, considerando o sistema tradicional de classificação de cirurgias em limpa, potencialmente contaminada, contaminada ou infectada. **Objetivos:** Verificar a classificação das cirurgias segundo o grau de contaminação, conforme consta no impresso de descrição cirúrgica no prontuário do paciente, comparativamente com a classificação proposta pelo MS e identificar possíveis inconformidades na classificação de cirurgias realizada pela equipe cirúrgica (real) e propostas pelo MS (ideal). **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, documental, retrospectivo, comparativo, realizado por meio da análise de 2.793 prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de diversas especialidades, no mês de dezembro de 2011, em um hospital privado, de porte extra, localizado em São Paulo. A análise quantitativa das variáveis estudadas foi realizada por meio de estatística descritiva e testes de Qui-quadrado e de Fisher, nos programas Excel e Minitab. A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (protocolo CAAE 0198.0.028.000-11). **Resultados:** No que se refere à classificação das cirurgias segundo o potencial de contaminação, os cirurgiões classificaram 2.292 procedimentos como limpos, sendo que, segundo o MS, 1.087 deveriam estar enquadrados nesta categoria; 325 cirurgias foram classificadas como potencialmente contaminadas, enquanto que 1.415 deveriam receber esta classificação; as divergências aconteceram também na classificação das cirurgias contaminadas e infectadas. A escala de divergências entre a classificação realizada pelos médicos cirurgiões (real) e a proposta pelo MS (ideal) variou de 40 a 50% e a análise estatística demonstrou significância na proporção de assertividade da equipe quanto à classificação dos procedimentos cirúrgicos segundo o potencial de contaminação. Estatisticamente foi comprovada a tendência de que cirurgias “não limpas” (potencialmente contaminadas e contaminadas) tenham sido classificadas como limpas no prontuário médico. **Conclusão:** Foram identificados altos índices de inconformidades entre a classificação das cirurgias realizada pela equipe médica no prontuário do paciente (real) com a estabelecida pelo MS (ideal), demonstrando necessidade de se rever esta prática junto à equipe cirúrgica.

Palavras-chave: Cirurgia Geral/Classificação; Contaminação/Cirurgia; Infecção da Ferida Operatória

E-mail: rachel@einstein.br

1.Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL; 2.Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



Cristina Silva Sousa*1; Tana Regina Zeni Diniz1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: A hipertermia maligna é uma síndrome rara, mas fatal que ocorre em pacientes geneticamente predispostos expostos a agentes desencadeantes utilizados para induzir a anestesia geral. Pode ocorrer durante ou imediatamente após a administração de anestesia geral com determinados anestésicos inalatórios ou agentes de bloqueio neuromuscular. Atualmente a taxa de mortalidade gira em torno em 5% desde 2007; dados de 1970 referem 80% de taxa de mortalidade. A competência da equipe envolve uma combinação de boas tomadas de decisões no período perioperatório, desempenho satisfatório e comunicação efetiva entre estes profissionais, além da habilidade técnica. A Association PeriOperative Registered Nursing (AORN) recomenda que a equipe enfermagem e outros profissionais dentro do centro cirúrgico, envolvidos na resposta a uma crise Hipertermia Maligna devem receber treinamento e completar atividades de competência de validação, aplicáveis às suas funções, sobre as ações necessárias para gerenciar um atendimento emergencial. **Objetivo:** Construção de um protocolo para atendimento da Hipertermia Maligna com as competências de cada membro da equipe. **Método:** Estudo descritivo, analítico, embasado na revisão de literatura e experiência dos profissionais que compõe o grupo do centro cirúrgico. O protocolo foi idealizado pelas enfermeiras do centro cirúrgico em busca de construir as competências de cada membro da equipe. Iniciou-se com a revisão de literatura sobre a Hipertermia Maligna nas bases LILACS, MEDLINE, COCHRANE, SCOPUS, com os descritores do Medical Subject Headings (MeSH): Malignant Hyperthermia, Anesthesia, Postanesthesia nursing, Guidelines. O primeiro esboço do protocolo elaborado inclui as atividades do anestesiolegista, enfermeiro e o técnico de enfermagem. O protocolo foi construído conforme as evidências da literatura e a realidade institucional. Posteriormente, foi discutido entre as enfermeiras do grupo o formato do protocolo e a execução do atendimento. Em outro momento, foi discutido com um anestesiolegista, expert na área, os itens do protocolo e o formato da elaboração. **Resultado:** O protocolo é constituído de atividades pertinentes ao atendimento da Hipertermia Maligna, dividido por competências entre os três membros da equipe (anestesiolegista, enfermeiro e técnico de enfermagem). As atividades estão dispostas em colunas separadas para que cada membro siga sua atividade de forma sistematizada. Neste protocolo foram inseridas as sugestões de dosagem das reposições eletrolíticas, bem como, as condições para resfriamento do paciente e preparo do Dantrolene para equipe de enfermagem. Informações sobre a notificação ao centro de Hipertermia Maligna e o contato de apoio da rede de colaboração para atendimento a Hipertermia Maligna da Universidade Federal de São Paulo estão inseridas neste documento. **Conclusão:** A criação de um protocolo baseado na competência de cada profissional que atende o paciente neste momento crítico é fundamental para assegurar um atendimento sistematizado e eficaz em busca de reduzir as possíveis complicações e prover a melhor assistência.

Palavras-chave: Hipertermia Maligna; Protocolo Clínico; Enfermagem Perioperatória

E-mail: thicoteco@bol.com.br

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



Patricia Rezende do Prado*1; Thatiana Lameira Maciel1; Cleuciane Lima de Melo1; Edna Lopes Monteiro1

Resumo:

Introdução: a construção de um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) possibilita uma assistência planejada voltada aos períodos pré, intra e pós-operatório, com intuito de evitar potenciais complicações aos pacientes. Para isto, é necessário que o instrumento de coleta de dados SAEP seja confiável. **Objetivo:** descrever as características socioeconômicas e clínicas e verificar a confiabilidade do instrumento SAEP. **Método:** para avaliar a confiabilidade do instrumento SAEP foi utilizada uma amostra de pacientes atendidos no centro cirúrgico do Hospital das Clínicas do Acre, em novembro de 2012. Foi utilizado método descritivo para apresentar as características dos pacientes e a estatística kappa para avaliar a confiabilidade do teste-reteste. Resultados: participaram da pesquisa 54 pacientes de ambos os sexos, sendo a maioria mulheres (55,6%), com média de 39,5 anos, que se auto declararam de cor parda (63,0%), com ensino médio (55,6%) e sem ocupação (79,6%). Os principais procedimentos cirúrgicos foram colecistectomia (11,1%), biópsias (11,1%), histerectomias (7,4%) e exérese de nódulos (7,4%). Quanto ao período pré-operatório, a ansiedade (31,5%) e o medo (18,5%) foram os diagnósticos de enfermagem auto referidos pelos pacientes. Dos entrevistados, 25,9% já haviam realizado cirurgia anteriormente; 33,3% referiram comorbidades, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica referida por 27,8%; 40,7% estavam utilizando alguma medicação; 13,0% eram tabagistas e 22,2% relataram apresentar alergia quanto ao uso de medicamentos. Ao exame físico foi observada acuidade visual prejudicada (40,7%), presença de alterações no trato respiratório (tosse, secreção) (7,4%), e eliminação urinária prejudicada (1,9%). Os principais diagnósticos de enfermagem presentes no pré-operatório foram o conhecimento deficiente (55,6%) e a ansiedade (48,1%). No intra-operatório os diagnósticos de risco de infecção (87,0%) e risco de lesão por equipamento de eletrocirurgia (66,7%) e na sala de recuperação pós-anestésica, a integridade da pele prejudicada (85,2%) e a perfusão tissular ineficaz (29,6%). Os melhores resultados no pré-operatório, quanto a confiabilidade, foi kappa 0,78; no transoperatório de 1,00 e no pós-operatório de 1,00, sendo descritas como concordância de muito boa a total entre as observações de enfermeiros especialistas no centro cirúrgico, para todos os diagnósticos do SAEP. **Conclusão:** com base nos dados, o presente instrumento possui confiabilidade para ser utilizado no centro cirúrgico para acompanhamento dos pacientes nos períodos pré, intra e pós-operatório, e assim, realizar uma assistência sistematizada com um instrumento de coleta de dados confiável.

Palavras-chave: Validação; SAEP; Confiabilidade

E-mail: patyrezende@terra.com.br

1.Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, BRASIL.



[516]

P055 - ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO EM PACIENTES CIRÚRGICOS

Priscila Matheus*1; Ana Luiz Vasconcelos1; Diego Marcelo May1; Paulo Marcelo Zimmer1

Resumo:

Introdução: A demonstração da importância de profilaxia antimicrobiana administrada 60 minutos antes da incisão como medida de prevenção de infecção de sítio cirúrgico iniciou-se com estudos experimentais realizados na década de 60 e posteriormente confirmados por estudos clínicos, comparando a ocorrência de eventos infecciosos no sítio cirúrgico de acordo com diferentes momentos da administração da 1ª dose do antibiótico profilático. Estes estudos demonstraram que a eficácia máxima desta medida é obtida quando a 1ª dose do antibiótico é administrada em até uma hora antes da incisão. De forma geral, se o procedimento cirúrgico prolongar-se por mais de 2 a 3 meias-vidas do antimicrobiano, é desejável a repetição da dose no intra-operatório. Há até hoje evidências suficientes na literatura demonstrando que a 1ª dose do antibiótico administrada em até 60 minutos antes da cirurgia e a repetição no intra-operatório, quando necessário, são os principais determinantes da proteção conferida pela profilaxia em relação ao desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico. Em uma auditoria interna realizada em Dez/2010 com 168 pacientes submetidos a cirurgia robótica identificou-se a adesão à ATB profilaxia correta em apenas 34,5% dos casos. **Objetivo:** Identificar as possíveis causas de não adesão a ATB profilaxia correta e implementar um plano de ação para aumentar a adesão a prática correta de administração do ATB profilático em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica. **Metodologia:** Realizado através da metodologia PDCA uma análise das possíveis causas raízes do problema e identificado pontos de atenção que necessitavam de ações corretivas, dentre eles: Rotina de administração ATB profilático na unidade de internação; Atraso para início do procedimento cirúrgico; Ausência de registro adequado no impresso “Ficha de Anestesia”. Dentre as ações implementadas as principais foram: (1) Nova rotina de realização do ATB profilático em sala cirúrgica durante a indução anestésica e (2) inclusão no Checklist cirúrgico do item “ATB profilático realizado”. Mudança do impresso “Ficha de Anestesia” com um campo próprio para o registro do ATB profilático pelo anestesista e pelo circulante de sala. Estas ações foram desenvolvidas em conjunto com as unidades de internação, setor de anestesia e centro cirúrgico. **Resultado:** O resultado foi um aumento na adesão a realização do ATB profilático dentro das normas preconizadas em 89,7% dos casos em uma nova auditoria realizada em Jul.2012 com 203 pacientes.

Palavras-chave: Infecção; Antibiótico Profilático; Checklist Cirúrgico

E-mail: priscila.matheus@einstein.br

1.Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[518]

P056 - IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO GERENCIADO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Priscila Matheus*1; Ana Luiz Vasconcelos1; Gisele Lins Prado1; Paulo Rosenbaum1; Thiago Sacchetto de Andrade1

Resumo:

Introdução: Atualmente a obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública, 1,7 bilhões de pessoas no mundo apresentam sobrepeso ($IMC > 25\text{kg/m}^2$) e obesidade ($IMC > 30\text{kg/m}^2$). No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar realizada em 2008-2009, revelou que 50,1% dos homens e 48% das mulheres apresentam excesso de peso. Para a classificação da obesidade são utilizados vários indicadores, sendo o Índice de Massa Corporal (IMC), o padrão internacional, calculado dividindo-se o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em m). Dessa forma considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de 30kg/m^2 . Quanto à gravidade, classificamos: grau I quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9\text{kg/m}^2$, grau II quando IMC está entre 35 e $39,9\text{kg/m}^2$ e, por fim, obesidade grau III quando o IMC ultrapassa 40kg/m^2 . O tratamento cirúrgico da obesidade severa é uma alternativa eficaz quando se falham os métodos clínicos tradicionais, indicada para indivíduos com $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$; ou com $IMC > 35\text{kg/m}^2$, associado à presença de outras doenças. A cirurgia bariátrica funciona através de mecanismos de restrição (diminuição da quantidade de alimentos ingeridos) e de disabsorção (redução da absorção de nutrientes). A partir do tratamento cirúrgico, além da perda de peso os pacientes também apresentam melhora das comorbidades relacionadas à obesidade, como: diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio), doenças respiratórias (apnéia do sono), refluxo gastro-esofágico, artroplasias, dentre outras; e de uma melhora significativa no estado psicossociais (inclusão social), na qualidade de vida e diminuição da mortalidade. O gerenciamento de caso é realizado por um enfermeiro gerenciador baseado no modelo americano case management, que identifica, coordena e monitora a implementação e o acompanhamento de protocolos e serviços necessários para atingir as necessidades humanas e de saúde do paciente. O acompanhamento do paciente tem início na admissão na unidade de internação até a alta hospitalar, e em seu segmento pós-alta através de contatos telefônicos. **Objetivo:** Neste contexto o Protocolo Gerenciado de Cirurgia Bariátrica tem o objetivo de avaliar os resultados intra-hospitalar e a evolução a longo prazo de perda de peso, melhora das comorbidades e qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Todos os pacientes internados para realização de cirurgia bariátrica são abordados pela enfermeira durante a internação e aplicados instrumentos de coleta com objetivo de coletar dados de pré e intra operatório. No Pós-operatório os pacientes são contatados via telefone ou e-mail para coleta dos dados. O segmento ocorre por 30, 60 e 90 dias, onde é aplicado um questionário para investigar infecção de sítio cirúrgico (ISC). No segmento de 6 meses, 1, 2, 3, 4 e 5 anos é aplicado questionário de segmento. **Resultado:** O protocolo foi implantado e até o presente momento foram abordados 164 pacientes, no entanto apenas 22 completaram um ano de cirurgia, o que não viabiliza a apresentação dos resultados que futuramente serão compartilhados.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Gerenciamento de Caso; Protocolo

E-mail: priscila.matheus@einstein.br

1.Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[519]

P057 - ATUAÇÃO ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CENÁRIO DO CENTRO CIRÚRGICO

Ana Luzia Rodrigues*1; Caroline Vezine Brabicoski1; Marlene Harger Zimmermann1; Rosiane Getter Mello2

Resumo:

Centro cirúrgico, cenário de procedimentos de alta complexidade, equipamentos de última geração, profissionais capacitados e com alto nível de conhecimento. Contudo, ambiente propício para conflitos e estresse em que a ética profissional deve se fazer presente permeando a conduta dos profissionais que ali atuam. Objetivou-se analisar atuação ética dos profissionais de enfermagem com atuação no centro cirúrgico, elencando os principais conflitos e fatores estressores. Pesquisa de abordagem qualitativa com caráter descritivo. Coleta de dados ocorreu no período de maio/junho de 2012 em instituição hospitalar da cidade de Ponta Grossa, PR; por meio de entrevista gravada, contendo oito perguntas abertas norteadoras. Sujeitos foram quatorze profissionais de enfermagem (um enfermeiro e treze técnicos de enfermagem). Análise deu-se por meio de análise de Bardin geradoras de três unidades de contexto: conflito: soluções e sugestões, fatores estressores e ética no cotidiano profissional. Obteve-se como resultados que os principais conflitos são desencadeados pela equipe e pela falta de recursos materiais. Os fatores estressores estão relacionados ao ambiente fechado e a demanda. Quanto à atuação ética a pesquisa apontou a falta de sigilo, os comentários indevidos, tratar a doença e não o doente e não chamar o paciente pelo nome. Conclui-se que o centro cirúrgico requer profissionais de enfermagem com competências e habilidades específicas no atendimento integral do paciente em seus aspectos humanos e éticos, cujo processo reflexivo da ação, a ética; deva ser cada vez mais exercitado neste cenário. O enfermeiro deve capacitar-se para gerenciar conflitos e realizar educação continuada dando ênfase à importância da ética no cotidiano profissional.

Palavras-chave: Ética Profissional; Centro Cirúrgico; Educação Continuada

E-mail: analuzia64@hotmail.com

1.Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, BRASIL; 2.Faculdade Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, BRASIL.



[520]

P058 - CONTROLE DE INSTRUMENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ESTRATÉGIA DE GERENCIAMENTO DE CAIXAS DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Renata Cristina Oliveira de Paula*1; Aglaya Barros Coelho2; Ana Paula Vieira de Faria1

Resumo:

O surgimento dos instrumentais remonta aos cirurgiões e médicos na Índia, que utilizavam sofisticados instrumentos cirúrgicos desde tempos imemoriais. Sushruta (cerca 500 a.C) foi provavelmente o mais importante cirurgião na História Antiga muitas vezes conhecido como o "pai da cirurgia". Na Antigüidade, cirurgiões e médicos na Grécia e em Roma desenvolveram engenhosos instrumentos a partir de bronze, ferro e prata, como bisturis, curetas, pinças, fórceps, sondas, etc. O surgimento dos instrumentais remonta aos cirurgiões e médicos na Índia, que utilizavam sofisticados instrumentos cirúrgicos desde tempos imemoriais. Sushruta (cerca 500 a.C) foi provavelmente o mais importante cirurgião na História Antiga muitas vezes conhecido como o "pai da cirurgia". Na Antigüidade, cirurgiões e médicos na Grécia e em Roma desenvolveram engenhosos instrumentos a partir de bronze, ferro e prata, como bisturis, curetas, pinças, fórceps, sondas, etc. No entanto, com o uso dos instrumentais surge a necessidade do controle dos que são utilizados nas cirurgias. A forma como os instrumentais são controlados sofrem modificações ao longo do tempo tanto pelo desenvolvimento da técnica cirúrgica, assim como, pelo surgimento de instrumentais mais sofisticados. Surge, então, a necessidade de organizar o fluxo e a identificação dos instrumentais cirúrgicos, pois estes afetam significativamente no processo cirúrgico, no tempo cirúrgico e principalmente, viabiliza que a cirurgia seja a mais segura possível diminuindo o risco de infecção e de intercorrências com o paciente durante o processo cirúrgico. **Objetivo:** Identificar as não conformidades nas caixas de instrumental; Identificar os materiais e caixas de acordo com a especialidade cirúrgica; Propor um documento para controle, contagem e conferência do Instrumental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foi feito um relato de experiência de acordo com a realidade da instituição. Para a realização do trabalho foi elaborado três formulários, um para a identificação e controle dos instrumentais das caixas, outro para identificação das não conformidades e aplicação do PDCA e outro para controle das cores de cada CC e caixa segundo a especialidade cirúrgica. Foi realizada a conferência das caixas, de acordo com o roteiro abaixo: aberta as caixas, conferido os materiais segundo a listagem padronizada pela unidade. Foram identificadas as não conformidades em cada caixa, identificando o material com as cores previamente padronizadas, e listados os materiais que continham em cada caixa indicando no impresso se a caixa estava completa ou com excesso de material. Cada não conformidade identificada foi preenchida o impresso de PDCA. Foram apresentados os tipos de não conformidades identificadas durante a montagem e conferência das caixas de instrumental. Para cada uma foi preenchido uma ficha de PDCA. Após o preenchimento de cada ficha foi avaliado se houve ou não alcance do resultado esperado, sendo este classificado como total ou parcial. Não estamos apresentando as não conformidades de acordo com o tipo de especialidade, pois durante esta etapa foi possível identificar os mesmos problemas em cada caixa de especialidade conferida.

Palavras-chave: Instrumental; Cirúrgico; Gerenciamento

E-mail: renataguardao@gmail.com

1.Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.PUC Minas, Belo Horizonte, MS, BRASIL.



[521]

P059 - AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO AO PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO DE ARTIGOS IMPLANTÁVEIS

Edinaldo Pintor da Cunha*1; Inês Amado Diogo1; Daniella Alves Nogueira1; Érica Perez Ramos1; Gisela Bruns Carneiro1

Resumo:

Introdução: Nos dias atuais um dos temas bem discutidos em vários eventos no âmbito da saúde é da segurança do cliente nas unidades hospitalares. A Central de Material e Esterilização está inserida neste assunto e podemos considerar que o teste biológico é essencial na monitorização da carga com artigos a serem implantados permanentemente no cliente. Segundo a AAMI ST 79:2006/A1:2008 a segurança poderia ser negativamente afetada pela implantação de dispositivo não esterilizado. A esterilização de dispositivos implantáveis deve ser monitorada de perto e cada carga contendo implantes deve permanecer em quarentena até que os testes realizados com indicadores biológicos tenham resultado negativo. Dentro da legislação brasileira a RDC nº15 de 15/03/2012 cita: “No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico. Parágrafo único: a carga só deve ser liberada para utilização após a leitura negativa do indicador biológico.” **Objetivo:** Evidenciar o conhecimento referente à RDC 15 no que se refere à liberação de artigos implantáveis. Avaliar a adesão das equipes multidisciplinar relacionado ao protocolo para liberação dos implantáveis mediante ao resultado do IB. **Método:** O presente estudo foi realizado na rede de hospitais públicos e privados no RJ, o qual foi conduzido na perspectiva qualitativa, com abordagem estatística descritiva. A amostra foi composta por 13 componentes do quadro de enfermeiros do Centro Cirúrgico e CME que aceitaram participar do estudo. Os dados foram coletados durante o mês de abril e maio de 2013 por meio da aplicação de questionários, compostos por questões fechadas, aos participantes da pesquisa, e, através da análise de conteúdo. **Descrição:** 100% afirmam saber da existência da RDC nº 15, que norteia, em seu artigo nº98, o protocolo para liberação dos artigos implantáveis; 85% afirmam que na unidade que trabalham existe protocolo para liberação de artigos implantáveis; 54% afirmam existir adesão ao protocolo pela equipe multidisciplinar do centro cirúrgico; 50% relação à dificuldade encontrada na adesão ao protocolo: 62% afirmam falta de conscientização da equipe cirúrgica; 30% afirmam descumprimento do prazo de entrega destes materiais na CME; 8% afirmam falta de tempo. **Conclusão:** Podemos concluir que a adesão ao protocolo de liberação de artigos implantáveis, pela equipe multidisciplinar do centro cirúrgico, continua sendo um grande desafio para os enfermeiros de CME.

Palavras-chave: Liberação; Artigos; Implantáveis

E-mail: edinaldo.pintor@bioxxi.com.br

1.BIOXXI Serviço de Esterilização, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[524]

P060 - GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE CHECKLIST CIRÚRGICO - TIME OUT.

Ana Luiz Vasconcelos*1; Priscila Matheus1; Alessandra de Fátima Koptchinski Bokor1; Marina Paula Bertho Hutter1; Adriana Lario1

Resumo:

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima 234 milhões de procedimentos cirúrgicos realizados por ano, com taxas de complicações de 3-16%. O Institute of Medicine estima cerca de 98.000 óbitos por ano devido a erros no processo assistencial. Em 2008 Dr. Atul Gawande e membros da OMS instituíram em 8 países um checklist cirúrgico, com os resultados: 36% de redução das complicações cirúrgicas, 47% de redução da mortalidade, 50% de redução das infecções, 25% de redução das reoperações. **Objetivo:** Em 2011 o Hospital Israelita Albert Einstein, realizou uma auditoria interna que detectou uma baixa adesão a realização do checklist cirúrgico da forma preconizada no protocolo institucional. O objetivo então foi atingir a meta de 100% de realização do checklist da forma preconizada. **Metodologia:** Para o monitoramento do processo foram instituídas auditorias diárias realizadas nos dois centros cirúrgicos da instituição por 4 colaboradoras treinadas que permanecem por aproximado de 3h acompanhando de forma aleatória a realização do Time Out antes da indução anestésica e antes da incisão cirúrgica. A auditoria é realizada por meio de um check list desenvolvido para tal atividade que contempla os mesmos itens do impresso para realização do Time Out. Sendo assim são avaliados 19 itens no Time Out antes da indução anestésica e 11 itens no Time Out antes da incisão cirúrgica. A não realização de um dos itens avaliados caracteriza o Time Out como incompleto. São enviados relatórios diários referentes as auditorias realizadas no dia anterior para que possam ser realizados os feedbacks com as equipes envolvidas no processo. Desta forma foi possível implantar ações de melhoria no processo e verificar a adesão das equipes médicas e de enfermagem de forma individualizada. Foram realizados treinamentos comportamentais em um Centro de Simulação Realística para que a equipe pudesse aperfeiçoar sua conduta diante de situações vivenciadas no dia a dia. O Time Out é realizado na sala de cirurgia imediatamente antes da indução anestésica e antes da incisão cirúrgica, durante a qual todos os membros da equipe envolvida na assistência, confirmam verbalmente em voz alta todos os itens anestésicos e cirúrgicos que garantam uma assistência cirúrgica segura. Este é um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe para prevenir possíveis falhas no processo assistencial. Caso seja detectada qualquer não conformidade durante estas duas etapas, o enfermeiro ou técnico condutor do Time Out tem autonomia para parar o processo até que a não conformidade seja regularizada para que o procedimento possa decorrer posteriormente com total segurança. **Resultado:** O checklist é realizado para 100% dos pacientes que realizam procedimento no centro cirúrgico, no entanto quando auditamos a qualidade do processo identificamos que em Ago/11 ele era realizado da forma correta em apenas 13% dos casos auditados, após as ações de melhoria pudemos acompanhar uma melhoria no processo que atualmente é realizado da forma correta em 73,3% dos casos auditados.

Palavras-chave: Checklist Cirúrgico; Time Out; Cirurgia Segura

E-mail: ana.lvasconcelos@einstein.br

1.Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



Karina Pinheiro Teixeira*1; Rita Catalina Aquino Caregnato1; Graciele Linck1

Resumo:

Introdução: Entre as Infecções Hospitalares (IH), as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) estão entre as principais no Brasil, sendo que entre as infecções encontradas em pacientes hospitalizados 14% a 16% são ISC, ocupando a terceira posição entre todas as IH. Dentre os mecanismos utilizados para controle das ISC no ambiente cirúrgico, encontra-se o vestuário que forma uma barreira física a fim de reduzir a dispersão de células epiteliais que ao se desprenderem da pele levam bactérias para o ar e posteriormente ao sítio cirúrgico. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre a transmissão de infecção relacionada ao vestuário utilizado em salas cirúrgicas. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa. Tendo como questão norteadora: qual a relação entre o vestuário utilizado em salas de cirurgias e as infecções? As bases de dados eletrônicas utilizadas foram: LILACS, MEDLINE, PUBMED, SciELO e SCOPUS. Os descritores controlados utilizados em português, inglês e espanhol respectivamente: vestuário, infecção, salas de cirurgia; clothing, infection, operating rooms; e ropa, infección, quirófanos. Foram selecionados 14 artigos submetidos à leitura e análise na íntegra. **Resultados:** Estudos mostram uma redução significativa nas taxas de infecção no pós-operatório quando uma vestimenta descartável e sintética era usada em comparação com uma vestimenta de algodão que possui um tamanho de poro entre 80 e 100 μm , o que se configura demasiado grande para conter as bactérias ou pele. Além disso, quando as vestimentas de algodão são molhadas, organismos presentes na pele utilizam o meio líquido como transporte penetrando mais facilmente no tecido. Roupas feitas de tecido de fibras sintéticas oferecem proteção muito superior, podendo apresentar um poro médio de 0,2 μm que, em comparação com o algodão, foram associados com uma redução superior a 50% na carga de bactérias no ar durante as operações. O uso combinado de sistemas de filtragem de ar na sala cirúrgica e vestimentas oclusivas contribuíram para uma diminuição de 9,5% para 0,5% nas taxas de ISC. Em relação a opção de utilização de vestimentas descartáveis, estudo apresentou que não houve diferença estatística nas contagens de bactérias entre vestimentas reutilizáveis lavadas e vestimentas descartáveis não utilizadas, entretanto deve ser considerado que as vestimentas reutilizáveis exigem testes rotineiros, além de possuírem limite de ciclos de lavagem, sendo que após o alcance do seu limite, o material deveria ser descartado. **Conclusão:** Tecidos com poros demasiadamente grandes comprometem o potencial de proteção, devendo ser evitados. Recomenda-se o uso de vestimentas cirúrgicas impermeáveis que sejam efetivas mesmo quando molhadas. Contudo, considerando o baixo número de publicações atuais de forte rigor metodológico, mais estudos devem ser realizados para evidenciar mais direto e claramente o efeito desta prática nas taxas de ISC.

Palavras-chave: Vestuário; Infecção; Salas de Cirurgia

E-mail: carezuca@terra.com.br

1.UFCSPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.



Alessandra Rodrigues Silva*1; Rogerio Heringer Souza1; Simone Batista Neto Arza1; João Francisco Possari1

Resumo:

Introdução: Desinfecção de alto nível dos aparelhos endoscópios (alta, baixa e respiratória) constitui um desafio para o profissional que realiza esta atividade, considerando o grau de dificuldade na limpeza, devido ao acesso aos canais longos e estreitos dos equipamentos. É importante treinamento para manusear o endoscópio devido a sua fragilidade e alto custo. Os colaboradores do Centro de Material e Esterilização (CME) tem conhecimento técnico científico para realização das atividades de processamento endoscópios assumindo estas atividades proporcionam ao setor da endoscopia focar na assistência ao paciente, garantindo maior segurança. **Objetivo:** Relatar experiência da equipe de enfermagem do CME em assumir o processo de limpeza e desinfecção dos endoscópios da Endoscopia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Metodologia: Relato de experiência. Projeto realizado período de setembro de 2012 a março de 2013, realizado em três etapas. 1ª Etapa: Mapeamento do processo realizado pelo setor de endoscopia; 2ª Etapa: Revisão e elaboração dos procedimentos operacionais padrão (POP) para padronização da atividade e 3ª Etapa: Treinamento pela Engenharia Clínica e empresa responsável pelo equipamento. Em setembro de 2012 a equipe de enfermagem do CME assumiu integralmente o processamento dos endoscópios. O setor está equipado com 03 equipamentos de desinfecção automatizada com solução de ácido peracético (agente químico na forma líquida e em baixas concentrações 0,001% a 0,2 e 0,35%). Os endoscópios são limpos manualmente com escovas e acessórios específicos e desinfetados em equipamento automatizado por 22 minutos. É realizado teste de eficácia de limpeza para monitorar o processo de limpeza para medição de Adenosina Trifosfato (ATP) na água injetada no endoscópio, antes do início do processo de limpeza e no último enxague. Os testes são arquivados em impresso específico. Após desinfecção é realizada secagem com ar comprimido e toalha de wipall. O endoscópio é armazenado em armários apropriados fechados. Os colaboradores trabalham em turnos (manhã /tarde) de 6 horas, 02 colaboradores em cada turno. Existe divisão de trabalho, um funcionário é responsável pela limpeza, no expurgo e o outro pela desinfecção, secagem e armazenamento. É realizado preenchimento do instrumento de check list para controle das etapas do processamento e monitoramento dos resultados dos indicadores de limpeza e desinfecção. **Resultado:** No período de estudo foram processados no mês de Set. 629 endoscópios, Out. 617, Nov. 621, Dez. 612, Jan. 579, Fev. 547, Mar. 690, totalizando 4.295 endoscópios, todos com resultados satisfatórios (ATP: antes da limpeza: média de 479.76 RLU, no último enxague: média de 24.56 RLU). Conclusão: Pelo trabalho desenvolvido no ICESP percebeu-se que a equipe de enfermagem do CME tem plenas condições de assumir o processamento dos endoscópios, permitindo dessa maneira que os colaboradores do setor de endoscopia da Instituição possam prestar a assistência mais próxima aos pacientes, garantindo segurança nos procedimentos endoscópicos e permitindo aumentar a produtividade do setor.

Palavras-chave: Endoscopia; Desinfecção; Enfermagem

E-mail: sicadani@ig.com.br

1.Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



Cesar Douglas Silva*1; Thalitta Ranierree Santos1; Simone Batista Neto Arza1; João Francisco Possari1

Resumo:

Introdução: Os cuidados com material consignado (material cirúrgico ou implante emprestado ao hospital, de uma determinada empresa, para procedimento cirúrgico específico) começam desde sua chegada à instituição, tendo em vista sua diversidade e desconhecimento pela equipe de enfermagem. A última etapa do processo consignado é a devolução completa à empresa fornecedora. Este processo é complexo requerendo participação do enfermeiro. **Objetivo:** Relatar atuação do enfermeiro no fluxo do recebimento e devolução do material consignado. **Método:** Relato de experiência, realizada no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012. No ICESP o enfermeiro do Centro de Material e Esterilização (CME) recebe confere o material consignado via Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPME, com a nota fiscal de consignação. O material é disponibilizado, pela empresa, em container com implantes e instrumental cirúrgico específico para o procedimento cirúrgico. A quantidade de caixas varia de acordo com o tipo e a complexidade do procedimento cirúrgico. Após, realizar todo o processo de limpeza, preparo, inspeção e teste de funcionalidade do instrumental, preparo e esterilização. No Centro Cirúrgico (CC) ao final do procedimento o enfermeiro do CME faz a conferência juntamente com o enfermeiro do CC e instrumentadora cirúrgica da empresa com vale de cobrança dos implantes. Nesse momento é conferido na listagem do instrumental cirúrgico/implante, item a item e lote a lote. Na retirada do material consignado é necessário controle rigoroso de cada instrumental cirúrgico utilizado e não utilizado, é aplicada uma solução tensoativa para prevenção do ressecamento da matéria orgânica padronizado. Em caso de perda do instrumental cirúrgico, faz-se uma busca incessante do item perdido até encontrá-lo, mas se ele quebrou durante o procedimento cirúrgico gera-se uma notificação ao CC especificando o problema e que destino o material consignado será tomado. É recolhida a assinatura do médico responsável pelo dano e encaminhado a peça à empresa para avaliação. Após, o material consignado é transportado em carro fechado até o CME para posterior conferência, limpeza e devolução juntamente com o vale de cobrança e gasto. **Resultado:** No período de quatro (4) anos foram realizadas 29 cirurgias de coluna com 02 caixas (152 peças); 22 cirurgias ortopédicas com 04 caixas (318 peças); 22 cirurgias de cabeça e pescoço com reconstrução de mandíbula com 03 caixas (27 peças), com material consignado totalizando 73 cirurgias e 11.998 peças. Foram extraviadas 02 peças (dois instrumental cirúrgico). **Conclusão:** A importância do enfermeiro no recebimento, preparo, esterilização e conferência no CME, complementada com a retirada do material consignado em SO, é fundamental, pois com a padronização do fluxo desse material, traz segurança em seu manuseio, fazendo com que as perdas sejam mínimas, evitando assim transtornos para a instituição e a empresa fornecedora do material consignado.

Palavras-chave: Consignado; CME; Enfermagem

E-mail: sicadani@ig.com.br

1.Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



[529]

P064 - IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST CIRÚRGICO

Alessandra de Fátima Koptchinski Bokor*1; Adriana Lario1; Ana Luiz Vasconcelos1; Marina Paula Bertho Hutter1; Priscila Matheus1

Resumo:

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima 234 milhões de procedimentos cirúrgicos realizados/ano, com taxas de complicações de 3-16%. O Institute of Medicine estima cerca de 98.000 óbitos/ano devido a erros no processo assistencial. Em 2008 Dr. Atul Gawande e membros da OMS instituíram em 8 países um checklist cirúrgico, com os resultados: 36% de redução das complicações cirúrgicas, 47% de redução da mortalidade, 50% de redução das infecções, 25% de redução das reoperações. **Objetivo:** Em 2010 o Hospital Israelita Albert Einstein, realizou o lançamento da Campanha Cirurgia Segura que teve como principal objetivo, engajar o corpo clínico e a equipe multidisciplinar a adesão às boas práticas internacionais de segurança do paciente. O tema principal foi à implantação de um Checklist Cirúrgico antes de qualquer procedimento cirúrgico. Este processo tem como principal “líder” a equipe de enfermagem que conduz o Time Out, atuando como barreira nas possíveis falhas no processo. **Metodologia:** Realizado treinamento de 100% da equipe de enfermagem do centro cirúrgico (CC) e divulgação ao corpo clínico de todo hospital. O processo tem início na unidade de internação onde a equipe responsável pela assistência prepara o paciente para o encaminhamento ao CC. Após esta etapa, o paciente é encaminhado ao CC para que se inicie a assistência de intra-operatório onde o paciente é recebido pela equipe de enfermagem que realiza o Check In na entrada do CC. Neste momento é verificado: identificação do paciente, avaliações clínicas, exames realizados, conferência da “marcação do sítio cirúrgico” (lateralidade) para os casos em que a cirurgia deve ocorrer em um órgão ou membro duplo. Após verificação, o paciente é encaminhado à sala cirúrgica para realização do procedimento, sendo necessárias duas novas verificações denominadas de Time Out. O Time Out é realizado na sala imediatamente antes da indução anestésica e antes da incisão cirúrgica, onde todos os membros da equipe envolvida na assistência, confirmam verbalmente em voz alta todos os itens anestésicos e cirúrgicos que garantam assistência segura. Este é um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe para prevenir possíveis falhas no processo assistencial. Caso seja detectada qualquer não conformidade durante estas etapas, o condutor do Time Out tem autonomia para parar o processo até que a não conformidade seja regularizada. Após o término do procedimento, a enfermagem realiza o Check Out. Como forma de monitorar a adesão, são realizadas auditorias periódicas in loco para que desta forma seja possível implantar ações de melhoria no processo. **Resultado:** checklist é realizado para 100% dos pacientes que realizam procedimento no centro cirúrgico. **Conclusão:** Time Out é uma barreira de segurança a ser utilizada em todos os procedimentos invasivos. Deve ser realizado por toda, equipe anestésica, cirúrgica e de enfermagem de forma séria e com comprometimento.

Palavras-chave: Checklist Cirúrgico; Time Out; Cirurgia Segura

E-mail: alekopi@bol.com.br

1.Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



Elias Marcelino da Rocha*1; Jamilla Alves Capanema1; Tiago Silva Peres1

Resumo:

Introdução e Objetivos: O pré-operatório é um período de detecção das necessidades físicas, emocionais e psicológicas do cliente que será submetido a cirurgia. O cliente internado devido uma intercorrência prostática poderá apresenta-se ansioso e temeroso pela expectativa do ato cirúrgico. Muitas são as dúvidas, por se tratar de um procedimento que envolve o sistema geniturinário e reprodutor. A enfermagem deve considerar que o machismo e preconceito pode dificultar a compreensão das informações prestadas. Cabe aos profissionais o preparo adequado de cuidados no pré-operatório no sentido de dirimir as dúvidas. O objetivo foi compreender a importância da visita pré-operatória dos profissionais da enfermagem e equipe multidisciplinar ao cliente de prostatectomia radical. **Método:** Realizou-se um estudo do tipo exploratório, descritivo e bibliográfico, com a busca no banco de dados, onde foram selecionados os seguintes artigos: Reflexões sobre cuidados de enfermagem para alta de pacientes prostatectomizados, 2009; o papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós operatório, 2004; assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa, 2005; validação por peritos de internação de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia, 2011. **Resultados e Discussão:** Neste estudo foi possível verificar que os clientes submetidos à prostatectomia radical relataram problemas psicológicos, alterações da função intestinal e urinária e relacionadas à sexualidade, devem constituir foco de atenção dos enfermeiros. Identificar barreiras de comunicação, conhecer de que a idade e a localização da neoplasia dentro da próstata influenciam diretamente os resultados em relação à preservação da potência sexual após os procedimentos cirúrgicos. O enfermeiro, considerando-se as prováveis expectativas dos clientes acerca da função sexual, deve buscar uma atuação integrada com cirurgiões, psicólogos e terapeutas sexuais. Dialogar com os clientes e familiares sobre suas expectativas acerca do que poderá acontecer no pós-operatório, em relação ao tratamento, disfunção urinária e sexual, poderá auxiliar para sua compreensão e reduzir a ansiedade. **Conclusão:** Identificou-se que a visita pré-operatória é de extrema relevância aos clientes submetidos à prostatectomia e pode-se afirmar que as intervenções de enfermagem podem contribuir fortemente para enfrentamento cirúrgico e uma melhor recuperação.

Palavras-chave: Prostatectomia; Pré-Operatório; Ansiedade

E-mail: elefamoso@hotmail.com

1.UFMT, Barra do Garças, MT, BRASIL.



Regiane Aparecida Santos S. Barreto*1; Neyuska Menezes Amaral1; Lorena Morena Rosa Melchior1; Cyanéa Ferreira Lima Gebrim1; Marinésia Aparecida Prado1

Resumo:

Introdução: Os procedimentos cirúrgicos têm finalidade de tratamento de incapacidades que agravam a saúde, porém podem levar a riscos. No mundo ocorrem 234 milhões anualmente, aproximadamente sete milhões de complicações e um milhão de mortes no intra ou pós-operatório. A infecção de sítio cirúrgico (ISC) é uma importante complicação, pela alta prevalência, 9 a 11%. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, publicou nove indicadores de processo para prevenção da ISC, dentre esses, a realização adequada da tricotomia. Em cirurgias que necessitam da tricotomia, preconiza-se que seja realizada no máximo até 2 horas antes da cirurgia e com tricotomizador elétrico ou tesoura. O cumprimento dessas medidas proporciona segurança ao paciente cirúrgico neste quesito e vai ao encontro das recomendações do programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, da Organização Mundial da Saúde. **Objetivo:** Analisar o indicador de processo Tricotomia em cirurgias limpas realizadas em um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil. **Método:** Estudo transversal analítico de caráter retrospectivo, referente ao período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, em uma instituição de ensino de Goiânia-GO, Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio da busca ativa a partir dos registros dos procedimentos cirúrgicos, em 700 prontuários. As informações obtidas foram registradas num roteiro composto de questões objetivas sobre os indicadores de processo para prevenção de ISC relacionados ao procedimento cirúrgico, com ênfase à tricotomia. Para análise foram computados os dois indicadores propostos pela ANVISA. Os dados foram inseridos em banco de dados do programa Statistical Package For The Social Science, versão 15.0 e realizada análise descritiva e matemático-estatística. **Resultados:** Das 700 cirurgias, em 189 (27%) realizou-se tricotomia. Desses pacientes, 80% eram do sexo masculino, submetidos à cirurgia ortopédica (43%) e vascular (34,3%). Houve predominância de pacientes com ASA \leq II (68,8%), e faixa etária de 18 aos 60 anos (67,7%). Ser portador de doenças crônicas e ter infecção à distância, representaram 37,6% e 16,9% dos casos, respectivamente. O tempo de internação pré-operatória foi entre 2 e 7 dias, representando 45,0% da amostra. Em relação ao indicador de processo tricotomia, em 156 (82,5%) foi realizada até 2 horas antes da incisão da pele. O uso da lâmina de barbear ocorreu em 32 casos (16,9%), mas constatou-se falta de registro do método em 157 (83,1%). Entretanto, no local do estudo, a lâmina de barbear é padronizada para esta técnica. A taxa de ISC ocorreu em 15,9%, valor superior ao encontrado na literatura em cirurgias limpas, evidenciando um possível indicativo da relação tricotomia com a infecção. **Conclusão:** É importante analisar os indicadores nos programas de segurança do paciente. A tricotomia potencializa o risco de infecção, baseada em evidências científicas. Cabe aos profissionais da saúde conhecer esses resultados e aplicar as mudanças na prática, visando um atendimento seguro e qualificado.

Palavras-chave: Segurança Cirúrgica; Enfermagem; Tricotomia

E-mail: remajuau@yahoo.com.br

1.Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.

[533]

P067 - AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE A COMPLICAÇÕES OCORRIDAS NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - RPA

Ivanilda Leandra de Souza*1; Therezinha Barbosa Monteiro1; Roberta Milanez1; Maraise Borghi1; Fernanda Jhenifer Simonelli1

Resumo:

Introdução: A sala de RPA é um local de cuidados intensivos especializados, destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato. O objetivo maior dessa assistência é prevenir e tratar a ocorrência de complicações, tendo em vista que o paciente submetido ao ato anestésico-cirúrgico apresenta alterações de suas funções fisiológicas. Para isso, os profissionais precisam tomar ciência dos acontecimentos perioperatórios e necessitam conhecer e saber avaliar os critérios de alta. Desse modo, torna-se necessário uma equipe preparada para detectar, prevenir e implementar cuidados específicos de forma precoce. **Objetivo:** Identificar se a equipe de enfermagem que atua na RPA consegue reconhecer pacientes com riscos potenciais para complicações e se conhece os protocolos assistenciais. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo. Os atores sociais do estudo foram 18 profissionais da equipe de enfermagem que atuam em bloco operatório de dois hospitais: público e privado da cidade de Colatina – ES. **Resultado:** Detectou-se que 50% dos profissionais afirmam conseguir associar o tipo de anestesia/tipo de cirurgia à ocorrência de complicações, já 39% alegaram que nem sempre possuem essa habilidade e outros 11% afirmaram não saber realizar essa associação. Quando indagados se conhecem os critérios de alta na RPA, 83% afirmaram conhecê-los e aplicá-los, 17% alegaram não conhecer. Esse resultado leva a uma divergência de informações, pois frente ao questionamento se a equipe tem conhecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP e da Escala de ALDRETE e KROULIK, a maioria (72%) afirmou não conhecer e não saber aplicar, e apenas 28% alegam ter conhecimento e aplicá-las. No que tange a frequência da aplicação de treinamentos de educação continuada referente a protocolos que norteiam a assistência, 61% afirmaram que esporadicamente ocorrem treinamentos, 22% alegaram sempre e 17% nunca receberam treinamento voltado para RPA. **Conclusão:** O paciente admitido na RPA necessita de cuidados intensivos com monitorização frequente, utilizando para isso, critérios preconizados pela SAEP. Entretanto, percebe-se falta de preparo e capacitação dos profissionais em aplicá-los efetivamente, visto que a maioria afirma não conhecê-los. Diante dessa falta de padronização dos procedimentos, torna-se necessária instituição de protocolo para avaliação do paciente, favorecendo o estabelecimento da alta. Embora os profissionais afirmem conhecer pacientes potenciais para complicações, não há eficiência na aplicabilidade dos procedimentos de avaliação de risco. Apesar de a maioria afirmar receber esporadicamente treinamentos, percebe-se a não implementação dos conhecimentos adquiridos. Constatou-se ainda dificuldade de grande parte dos mesmos na associação do tipo de anestesia e cirurgia à ocorrência de complicações, mostrando que a equipe possui limitações na detecção e prevenção de complicações e implementação de cuidados específicos precocemente.

Palavras-chave: Recuperação Pós-Anestésica; Complicações ao Paciente; Atuação da Equipe de Enfermagem

E-mail: maraise_sb@hotmail.com

1.Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina, ES, BRASIL.



Lorena Morena Rosa Melchior*1; Regiane Aparecida Santos S. Barreto1; Willyara Rodrigues Bezerra1; Cyanéa Ferreira Lima Gebrim1; Thaynara de Oliveira Silva1

Resumo:

Introdução: As Infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS) compreendem um sério problema de Saúde Pública não só no Brasil como no mundo, sendo uma das principais causas de complicações em pacientes durante a internação ou alta hospitalar. Dentre as IRAS, a infecção de sítio cirúrgico (ISC) é principal causa de eventos adversos (EA) no pós-operatório, compreendendo 14% a 16% das infecções em pacientes hospitalizados. Com intuito de minimizar os EA relacionados à cirurgia e consequentemente prevenir as ISC, foram padronizadas medidas a serem realizadas pelos profissionais de saúde, visando a cirurgia segura. Dentre os indicadores para prevenção de ISC a antissepsia do campo operatório merece destaque, pois a pele do paciente é fonte de micro-organismos. O presente estudo ressalta a importância da antissepsia na prevenção das ISC com intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade e promover uma assistência segura ao paciente. **OBJETIVO:** analisar a antissepsia cirúrgica da pele em cirurgias limpas como indicador de processo para prevenção de infecção do sítio cirúrgico, em um hospital universitário da região centro-oeste do Brasil. **Método:** estudo transversal analítico de caráter retrospectivo, referente ao período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, em um hospital universitário de Goiânia-GO. A fonte de dados foram os registros de 3.823 prontuários de pacientes maiores de 18 anos submetidos à cirurgia limpa sendo a coleta realizada por meio de busca ativa a partir dos registros dos prontuários. Para análise, os dados foram inseridos em banco de dados no programa SPSS (Statistical Package For The Social Science versão 15.0 para Windows). **Resultados:** Foram analisados 700 prontuários de pacientes cirúrgicos. Dos 679 (97,0%) registros de realização de antissepsia, 295 (42,1%) possuíam a anotação das associações, PVPI degermante e tópico, 44 (6,3%) PVPI degermante e alcoólico, 10 (1,4%) PVPI degermante e álcool a 70%, e 7 (1,0%) clorexidina degermante e alcoólica. Em 167 (23,9%) cirurgias houve apenas o registro do degermante. Nos registros considerados adequados, a degermação seguida da antissepsia ocorreu em 356 (50,9%) procedimentos. Em 115 (16,4%) foi observado apenas a antissepsia e 167 (23,8%) apenas a degermação, ou seja, 40,2% não adequados, embora houvesse indicação da degermação seguida da antissepsia. Apesar de não haver registro da solução empregada em 5,9% (n=41), o local do estudo utiliza a clorexidina e os iodóforos, nas versões degermante, alcoólica e aquosa como produtos padronizados. **Conclusão:** O uso de PVPI ou Clorexidina contribui para redução da ocorrência de ISC e consequentemente das taxas de morbimortalidade, promovendo assistência segura ao paciente. Foram encontradas dificuldades durante a pesquisa devido às falhas nos registros, fazendo-se necessário a implementação de educação continuada dos profissionais, implementação de protocolos ou a construção de checklist que contribuiriam para facilitar os registros das informações.

Palavras-chave: Enfermagem Peri Operatoria; Infecção de Ferida Operatoria; Antissepsia

E-mail: remajuau@yahoo.com.br

1.Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.

Cristina Silva Sousa*1; André Monteiro Lima1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: Um estudo do Reino Unido evidenciou que erros na sala de cirurgia aumentaram o tempo de cirurgia. Entre estes: saída da sala, erros de comunicação, distração da equipe, problemas de equipamentos, planejamento e recursos disponíveis. Outro estudo concluiu que conversas paralelas e toques de telefone celular, não exerceram influência na interrupção do procedimento cirúrgico. Entretanto, falhas dos equipamentos ou ausência de um material resultaram em altas incidências de interrupções, por vezes, de até trinta minutos. O protocolo universal da Joint Commission, propõe a verificação pré-operatória para assegurar que os documentos e informações relevantes ou equipamentos estejam disponíveis antes do início do procedimento. As falhas devem ser abordadas e resolvidas antes do início do procedimento cirúrgico. **Objetivo:** Construção de um checklist para assegurar a montagem de sala operatória com recursos necessários para o procedimento cirúrgico. **Método:** Estudo descritivo e analítico, do tipo relato de experiência, que tem como meta a construção de um impresso para conferência da montagem de sala operatória. Este processo envolveu dois enfermeiros do plantão noturno, baseados em sua vivência iniciaram um brainstorming sobre os itens a serem incluídos e como proceder o uso deste checklist na conferência da sala operatória. Posteriormente, os dados foram inseridos no Microsoft Excel 2007®, e o formato das informações contempla espaço para descrição e ícones de checagem, cada página do instrumento com quatro salas operatórias. Constam itens relacionados ao procedimentos cirúrgico (identificação da sala, nome procedimento e cirurgia), itens básicos (bolsa válvula máscara, extensão de oxigênio, dispositivo de perfuro cortante, cabos de monitorização), suplementares (tesoura, pinça maguil, manta térmica, compressor de membros) e essências de sala operatória (equipamentos específicos, materiais consignados, itens de solicitação médica). O preenchimento deste instrumento foi proposto para conferência das salas do primeiro horário da agenda cirúrgica. Com a intenção de averiguar itens faltantes antes da chegada do paciente ao bloco operatório, como citado no protocolo universal. Seu preenchimento é feito pelo enfermeiro no momento em que confere a montagem de sala. **Resultado:** O instrumento possibilitou uma conferência de sala direcionada, com registro dos itens faltantes e intervenção eficaz. O tempo para conferência das dezenove salas foi de 40 a 50 minutos e o registro das informações pode ser informado na passagem de plantão. O formato anterior, no qual o enfermeiro apenas observava o material que compõe o carro de cirurgia foi substituído por este modelo. As queixas da equipe cirúrgica sobre a montagem de sala diminuíram, apesar de não serem mensuradas. **Conclusão:** Notou-se fácil aplicabilidade do impresso, os itens de checagem facilitaram a conferência de sala operatória e as possíveis falhas de montagem foram observadas com antecedência possibilitando a intervenção antes da chegada do paciente ao bloco operatório.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Salas Cirúrgicas; Enfermagem Perioperatória

E-mail: thicoteco@bol.com.br

1. Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



Marla Andreia Garcia de Avila*1; Suzimar Benato Fusco1; Silvia Maria Caldeira1; Eliana Mara Braga1

Resumo:

Introdução. A variável tempo é extremamente relevante ao se estudar um ambiente cirúrgico como indicador quantitativo, pois está intimamente associada à qualidade e produtividade de um serviço. O atraso em se iniciar um procedimento cirúrgico interfere diretamente nas cirurgias subsequentes, acarretando desgaste dos profissionais que procuram otimizar o tempo para contemplar todas as atividades propostas. O tempo de limpeza e preparo de sala (TLPS) é o tempo compreendido entre retorno do circulante da recuperação anestésica na sala de cirurgia até a liberação da sala para o próximo paciente. **Objetivos.** Avaliar o TLPS das cirurgias ortopédicas de um centro cirúrgico de um Hospital de Ensino em relação ao porte cirúrgico e região anatômica operada. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, de natureza exploratória, incluindo as cirurgias ortopédicas que ocorreram nos dias úteis das 7 às 19h dos meses de janeiro a junho de 2011, bem como o TLPS, cujas informações estão disponibilizadas no arquivo do sistema informatizado de cirurgias do CC. O TLPS máximo preconizado pela instituição é de 30 minutos. **Resultados.** A amostra foi constituída de 585 cirurgias ortopédicas e TLPS. Quanto ao porte cirúrgico predominaram as cirurgias de porte I (62%) com o TLPS médio de 26 minutos, seguidos pelos portes II (32%), III (4%) e IV (2%), e TLPS médios de 25, 25 e 28 minutos respectivamente. Nenhuma média do TLPS foi maior que o tempo/meta estabelecido (a) pela instituição (≤ 30 minutos). No entanto, analisando-se a porcentagem de TLPS que ultrapassou a meta institucional, verificou-se que no porte I e II ocorreu em 15% das cirurgias realizadas, aumentando nos portes III (16%) e IV (21%). Considerando a região anatômica predominaram as cirurgias em membros inferiores (37%) com o TLPS médio de 26 minutos, seguidos pelas cirurgias em membros superiores (33%), na região do quadril (14%) e na coluna vertebral (7%), com o TLPS médios de 25, 26 e 24 respectivamente. **Conclusão.** O TLPS médio foi de 26 minutos, sendo que 15% ultrapassaram a meta institucional. Observou-se que o tempo de limpeza de sala foi maior nas cirurgias de porte IV e que este independe da região anatômica operada.

Palavras-chave: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Indicadores de Gestão; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

E-mail: enfmarla@yahoo.com.br

1.Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, BRASIL.



[539]

P071 - OS PROFISSIONAIS DO CENTRO CIRÚRGICO E A COMUNICAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO USUÁRIO NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Silvia Maria Caldeira*1; Fernanda Tei Silva1; Guilherme Antonio Moreira de Barros1; Eliana Mara Braga1; Marla Andreia Garcia de Avila1

Resumo:

Introdução: A comunicação é a principal forma de interação entre humanos e somente com o seu estabelecimento de forma satisfatória é possível o desenvolvimento de um processo tratar/cuidar com um olhar holístico. Comunicar uma má notícia faz parte deste contexto e pode ser um grande desafio para o profissional de saúde. Técnicas ou treinamentos específicos de comunicação com o usuário, são de grande valia. **Objetivo:** Identificar estratégias utilizadas pelas equipes atuantes no Centro Cirúrgico (CC) para comunicar aos familiares a evolução do usuário no período perioperatório. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de campo e qualitativo, realizado na Seção Técnica de Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Botucatu. A população do estudo foi constituída por profissionais que atuam nesta Seção (cirurgiões, anesthesiologistas, médicos residentes e enfermeiros) e os dados foram coletados no período de maio a outubro de 2012, por meio de entrevistas semi-estruturadas e tratados utilizando o método de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Participaram deste estudo 24 profissionais e os dados obtidos apontaram que 83% dos entrevistados, não tiveram treinamento específico sobre como comunicar o estado geral do usuário. No tocante à transmissão de informações durante o período perioperatório, 54% dos profissionais alegaram comunicar os familiares somente nos casos onde a evolução do procedimento não ocorre da maneira esperada, ou quando alguma decisão deve ser tomada pelo familiar com a finalidade de salvar a vida de seu parente que está em cirurgia. **Conclusão:** A maioria dos profissionais não obteve treinamento para comunicar más notícias, limitando-se em relatar somente as intercorrências do período perioperatório, utilizando para isso sua vivência profissional.

Palavras-chave: Enfermagem; Comunicação; Centro Cirúrgico

E-mail: scampos@fmb.unesp.br

1.UNESP, Botucatu, SP, BRASIL.



[540]

P072 - PERFIL DOS CLIENTES ACOMETIDOS POR INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE GOIÂNIA-GO.

Regiane Aparecida Santos S. Barreto*1; Cyanéa Ferreira Lima Gebrim1; Ismênia Maria de S. Silva1; Vandressa Barbosa Figueira1; Marinésia Aparecida Prado1

Resumo:

Introdução: Os erros ou incidentes evitáveis, resultantes de intervenções e planejamento incorretos na assistência atingem uma em cada dez pessoas no planeta. Cerca de 234 milhões de cirurgias ocorrem ao ano, com 7 milhões de complicações pós-operatórias, e taxas de mortalidade de 0,4 a 10%. As infecções de sítio cirúrgico (ISC) destacam-se neste cenário pelo aumento nos custos hospitalares e prejuízos físicos e emocionais irreparáveis, a pacientes e instituições. O programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, segundo Desafio Global da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, foi criado pela Organização Mundial da Saúde em 2004, para estimular reflexões neste tema. Esse estudo visa contribuir com informações sobre o perfil dos clientes acometidos por ISC, norteador condutas terapêuticas, retroalimentando o ensino e a assistência. Além de propiciar indicadores epidemiológicos e de processo da assistência em saúde, capazes de sustentar o diálogo científico com ações articuladas entre a equipe multiprofissional, a Comissão de Controle Infecção Hospitalar (CCIH) e o Gestor da Instituição. **Objetivo:** Identificar o perfil dos clientes acometidos por infecção de sítio cirúrgico submetidos à cirurgia limpa em uma instituição de ensino de Goiânia-GO. **Método:** Estudo analítico, de coorte histórica, realizado em fonte de dados secundários, por meio da revisão de 700 prontuários de pacientes adultos, submetidos à cirurgias limpas, de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Foi utilizado um formulário estruturado e previamente avaliado. Para organização e análise dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package For The Social Science v.15 for Windows. **Resultados:** Dos 700 prontuários analisados, 70 revelaram infecção de sítio cirúrgico, mostrando uma taxa de 10%. Observou-se que dos casos encontrados 44(62,9%) eram do gênero masculino, 30(42,9%) casados, 23(32,9%) pardos, sendo que 26(37,1%) não possuem registro de cor, e 43(61,4%) com idade igual ou menor que 59 anos. De acordo com a profissão, 18,6 eram do lar; 8,6 aposentados; 7,1 lavradores e 15,7 não houve registro. Foi visto que 68(97,1%) são portadores de doença infecciosa, 44(62,9%) possuem doença crônica e 40(57,1%) apresentam hipertensão arterial. Foi revelado que 34(48,6%) negaram etilismo, embora 25(35,7%) não há registro, 27(38,6%) afirmaram ser tabagistas e 14(20%) não há registro. Foi encontrado também que 36(51,4%) dos pacientes tinham ASA>III. Dos clientes que apresentaram ISC, as especialidades mais frequentes foram a vascular com 51,4% e a urologia com 17,1%. **Conclusão:** A partir do perfil dos pacientes acometidos, da elevada taxa de infecção, e da falta de registros essenciais, conclui-se que a segurança cirúrgica é preocupante na instituição. O serviço tem muito a avançar no que refere ao desafio da assistência segura e de qualidade proposto pela Organização Mundial da Saúde. São necessários a implantação do programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas e o emprego real das ações pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Enfermagem Peri-Operatória; Infecção de Ferida Operatória

E-mail: remajuau@yahoo.com.br

1.Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.



Daniela Magalhães Bispo*1; Ivana Lucia Correa Pimentel de Siqueira1; Ana Lucia Mirancos da Cunha2

Resumo:

Introdução: Atualmente, muito se tem estudado sobre processos enfocando qualidade e eficiência. Na gestão hospitalar, um dos grandes desafios é atender a crescente demanda de pacientes no número insuficiente de leitos disponíveis, considerando aspectos da humanização. A este pensamento soma-se, o tema produção e custos que significam a sustentabilidade do negócio. Nesta perspectiva, foi estruturada uma Unidade Pré-Operatória em um Hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo. A idéia foi concebida de forma a integrar esta parte do atendimento às rotinas já vigentes do Centro Cirúrgico, centralizando o controle a esta equipe. Assim, os pacientes que não necessitassem internar na véspera da cirurgia seriam admitidos nesta Unidade, fariam a avaliação multidisciplinar, exames, tricotomia, higienização, antisepsia, além de receber todas as informações necessárias, junto a um acompanhante. O Centro Cirúrgico também poderia agregar ganhos no novo modelo, dado maior controle da operacionalização do Plano de Cirurgias pela redução de atrasos, e maior facilidade de remanejamentos de horários necessários. Além disto, dada a alta ocupação do Hospital, os leitos, até então, reservados no dia anterior para as cirurgias poderiam estar disponíveis, pois muitas vezes são alterados os destinos pós cirúrgicos dos pacientes por necessitarem de outro tipo de Unidade. Trata-se de um novo conceito de assistir pacientes considerando os processos mais enxutos e otimização de recursos, sem perder de vista a atenção e o calor humano no atendimento. **Objetivo:** Apresentar a experiência de implantação de uma Unidade de cuidados Pré-operatórios. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória realizada em um Hospital privado da cidade de São Paulo. Foi realizado um questionário com os cirurgiões a fim de desvelar as percepções sobre a nova Unidade, construído e analisado indicadores sobre a volumetria, adesão da demarcação cirúrgica, atraso da agenda cirúrgica e motivos e preenchimento dos formulários cirúrgicos requeridos em padrão pela certificadora. **Resultados:** Após a implantação da área verificamos que houve boa aceitação por parte das equipes médicas e anestésicas. Reduzindo os atrasos para início das cirurgias, devido a proximidade ao Centro Cirúrgico, facilitando a busca pelo paciente e o contato pré-operatório. Favoreceu a adesão a demarcação de lateralidade e ao preenchimento correto dos formulários necessários. Houve um aumento da taxa de ocupação nos meses subsequentes a abertura da área, o que pode estar relacionada a sua abertura. **Conclusão:** A Unidade pré-operatória foi implementada como uma oportunidade de minimização da falta de leitos, centralizar serviços, promover maior integração e continuidade dos cuidados pré-operatórios à assistência proposta pela Unidade de Centro Cirúrgico. Trazendo resultados muito relevantes à Instituição e melhorando as atividades administrativas e assistenciais.

Palavras-chave: Unidade Pré-Operatória; Atrasos de Cirurgias; Gestão de Leitos

E-mail: anamirancos@hotmail.com

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



Alessandra de Fátima Koptchinski Bokor*1; Camila Moreira Paladino1; Debora Alonso Leite1; Gabriela Clarizia1

Resumo:

Introdução: Segundo Registro Brasileiro de Transplantes, o primeiro trimestre de 2012 revela diminuição de 2,2% nas taxas de doadores efetivos bem como doadores com órgãos transplantados. Uma característica de São Paulo é o longo período de tempo de isquemia fria e o uso de soluções de preservação do órgão de baixa qualidade. Uma das consequências: maior taxa de função retardada do enxerto, necessitando de diálise na primeira semana do transplante, prolongando a permanência hospitalar e elevando o custo como número elevado de diálises no pós transplante. A máquina de perfusão renal começou a ser utilizada na nossa instituição este ano. O nosso serviço é um dos pioneiros em empregá-lo de forma protocolar na rotina dos pacientes. O equipamento protege o rim que será transplantado da lesão de isquemia (lesões provocadas pela privação de oxigênio pelo elevado tempo no gelo) contribuindo para a recuperação do órgão transplantado com mais rapidez, além de melhorar a qualidade do rim a ser transplantado aumentando a sobrevida do órgão. Outra vantagem é a possibilidade de programar o horário da cirurgia. **Objetivo:** Demonstrar através de relato de experiência dos processos e etapas da implementação da máquina de perfusão renal na nossa instituição. **Metodologia:** Relato de experiência: atividades desenvolvidas para a implementação de um novo equipamento na instituição com foco na enfermagem. **Resultados e Discussão** O primeiro passo foi a realização de reunião com o Comitê de Avaliação de Tecnologia em Saúde para demonstrar à instituição os pontos positivos para aquisição de uma nova tecnologia, onde foram apontados os benefícios com as experiências de outros países e o custo/benefício. Após a aprovação da instituição, começaram as reuniões com os líderes dos setores. Havia uma preocupação com a qualidade do equipamento e segurança do paciente. A enfermagem teve grande impacto ao definir dos fluxos do processo. Os setores envolvidos na implementação dos fluxos: farmácia, compras, CC, engenharia clínica, equipe do transplante renal, SCIH, instrumentadoras do transplante, enfermagem de setores de referência ao transplante e setor de treinamento e capacitação. Foram necessárias mudanças nos formulários específicos já existentes e a criação de um checklist para o acompanhamento da máquina. Foi elaborado um documento institucional de acesso via web para todos os funcionários. As grandes preocupações foram: segurança dos dados do doador e identificação do órgão. A enfermagem, instrumentadoras e cirurgiões realizaram o treinamento e capacitação teórico/prático. **Conclusão:** O principal foco da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico é garantir a segurança do paciente e do órgão durante o tempo em que ele permanece na máquina. O preparo e manuseio da máquina é de responsabilidade da equipe cirúrgica do transplante e instrumentadoras.

Palavras-chave: Máquina de Perfusão Renal; Transplante Renal; Checklist

E-mail: alekopi@bol.com.br

1. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Rosa Maria Bottosso*1; Rosangela de Oliveira2; Valéria Franscichini3; Suellen Florêncio Silva4; Irene Kreutz1

Resumo:

Introdução: no atendimento à população, muitas vezes o profissional da saúde tem que optar pelo uso de artigos processados em Centro de Material Esterilizado (CME) e, quando preparados de forma inadequados, podem ser fonte de contaminação e, conseqüentemente, contribuir para a elevação dos índices de infecção relacionadas à assistência à saúde. **Objetivo:** identificar na produção científica nacional, trabalhos que descrevam a presença de microorganismos em produtos após processamento em CME nas áreas da atenção hospitalar e Unidade Básica de Saúde (UBS). **Método:** a revisão integrativa foi utilizada por ser um caminho que possibilita o aprofundamento do tema de investigação por meio de análise, síntese e identificação de tendências e lacunas. A busca dos referenciais deu-se no intervalo de 2005 a 2013, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os critérios de inclusão foram: textos publicados na íntegra, que tratassem de produtos processados em CME e que os resultados estivessem comprovação mediante experimento laboratorial. Excluído estudos que tratavam de produtos utilizados em serviços de endoscopia, veterinário e odontológico. **Resultados:** foram constatados índices significativos de contaminação após processamento nos seguintes produtos: kits de aerossol com uma incidência de contaminação de 87,7% no copo e na máscara; nebulizador com presença de 28% de contaminação; cateter intravenoso e torneira de três vias com presença de resíduos orgânicos. Em instrumental ortopédico usado em cirurgias classificadas como limpas, houve crescimento em 47% das amostras e, nos instrumentais usados em cirurgias ortopédicas classificadas como contaminadas e infectadas, o percentual de 70% decréscimo bacteriano após processamento. Em trocater usado em cirurgias laparoscópicas apresentam um índice de 1,75 % de Unidade de Formação de Colônia, e em outro estudo, com tubo de látex, foram encontrados 16,7% de contaminação após reprocessamento. O rigor na limpeza foi uma das questões levantadas pelos autores em relação à necessidade de se evitar índices elevados de contaminantes no final do processamento. **Conclusão:** o número de estudos do tipo experimental na área de CME ainda é pequeno no Brasil, contudo, todos os que foram analisados, apresentaram índices elevados de agentes infectantes nos produtos de saúde após processamento. Tal fato remete a necessidade de investimento por parte dos gestores dos serviços de saúde em tecnologia, estrutura física e profissional capacitado visando aumentar os índices de segurança e qualidade na produção, bem como assegurando os direitos à saúde da população assistida.

Palavras-chave: Contaminação; Esterilização; Administração dos Serviços de Saúde

E-mail: rosa.bottosso@gmail.com

1.Faculdade de Enfermagem /UFMT, Cuiabá, MT, BRASIL; 2.Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde /Cuiabá - Secretaria Estadual de Saúde, Cuiabá, MT, BRASIL; 3.Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde, Cuiabá, MT, BRASIL; 4.Empresa de Esterilização / ESTERICAP, Cuiabá, MT, BRASIL.



[546]

P076 - MELHORAR O DESCARTE DE PERFURO CORTANTE EM SALA CIRÚRGICA.

Alessandra de Fátima Koptchinski Bokor*1; Adriana Lario1; Adriana Nogueira Nunes1; Alzira Machado Teixeira1

Resumo:

Introdução: Os profissionais da área de saúde e limpeza constituem a população mais susceptível a acidentes ocupacionais com sangue e outros fluidos corpóreos, sendo que os acidentes com materiais perfuro-cortantes constituem o maior risco ocupacional, sendo relacionado a vários fatores de risco, entre eles, estão os agentes físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicológicos. **Objetivo:** Avaliar a importância e obrigatoriedade do correto descarte de materiais perfuro-cortantes. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de coleta de dados em um centro cirúrgico de grande porte situado na cidade de São Paulo, Brasil. Serão incluídos todos os procedimentos cirúrgicos auditados no ano de 2012 e 2013 com ênfase em presença de materiais perfuro cortantes na mesa e no carrinho de anestesia; presença do porta-agulha montado e presença da cuba rim no carrinho de anestesia e caixa imantada na mesa de instrumental. **Resultados:** Observou uma melhora em 95% das cirurgias quanto à presença da caixa imantada na mesa de instrumental, 98% quanto à presença da cuba rim para descarte do perfuro na mesa de instrumental; diminuição em 80% quanto à presença de perfuro cortantes no carrinho de anestesia; 57% de perfuro cortante soltos no campo e 52% de porta-agulha montado. **Conclusão:** Conclui-se que a saúde dos trabalhadores deve ser encarada com a mesma importância que a de usuários dos serviços assistenciais, visto que o trabalho exerce um papel fundamental nas condições de vida e saúde dos indivíduos. Da mesma forma deve-se levar em conta que a qualidade na atenção em saúde depende também da organização do trabalho e da colaboração das equipes cirúrgicas, anestesistas e instrumentadores, reduzindo-se assim o risco de acidentes com materiais perfuro cortantes pelos funcionários do Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização.

Palavras-chave: Perfurocortante; Acidente Biológico; Acidente Ocupacional

E-mail: alekopi@bol.com.br

1.Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[547]

P077 - RECICLAGEM DE MANTAS DE TNT NO CENTRO CIRÚRGICO: COMPROMETIMENTO DA EQUIPE COM O MEIO AMBIENTE

Marineusa Queiroz Lopes*1; Adriana Lario1; Alessandra de Fátima Koptchinski Bokor1; Marilene Carlos de Oliveira Pereira1; Marcia Galluci Pinter1

Resumo:

Introdução: Devido ao grande volume de mantas de TNT utilizadas para embalar caixas, aventais e campos cirúrgicos, descartadas no lixo infectante, alto preço no tratamento do material, até então considerado contaminado, necessitando ser descaracterizado, para então ser desprezado, surgiu à iniciativa de se procurar empresas parceiras que estivessem dispostas a compartilhar a ideia de descarte correto, onde a empresa que fornece a matéria prima se responsabiliza por retirá-la após uso e direciona-la para empresas de reciclagem.

Objetivo: Reciclar mantas de TNT dispensadas em sala cirúrgica de forma correta, diminuindo o impacto causado pelo alto volume de resíduo desprezado diretamente na natureza, reutilização do material descartado de forma politicamente correta. **Metodologia:** A empresa responsável pela reciclagem pesa o material enviado pelo hospital e encaminha relatório mensal com o valor em Kg de peso reciclado por mês. **Resultados:** Iniciado projeto no CC I4 (Centro cirúrgico do bloco A1 e CC5(Centro cirúrgico do bloco D) envolvendo toda a equipe multiprofissional, buscado alternativas de reciclagem e empresa com responsabilidades social, agindo como parceira, disponibilizado em sala cirúrgica saco transparente para segregação da manta, colocado containers no 1SS(primeiro subsolo) para acúmulo dos recicláveis, sendo estes retirados posteriormente pela empresa qualificada; Reunião com o grupo multiprofissional para orientação da nova demanda, e supervisão constante para garantir o correto descarte, promovendo o envolvimento da hotelaria para armazenamento no local indicado, fotografada a ação e disponibilizado para o grupo via e-mail interno. **Conclusão:** Com esta ação, diminuimos consideravelmente a quantidade de resíduo produzido pelos setores citados, deixando de tratar e depositar em aterros públicos em média 22 toneladas de TNT/ano. A retirada é realizada gratuitamente, promovendo ganho para as empresas que utilizarão o produto reciclado para confecção de moveis, brinquedos e outros utensílios.

Palavras-chave: Reciclagem; Mantas TNT; Descarte Correto

E-mail: alekopi@bol.com.br

1.Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[548]

P078 - PROTOCOLO DE VALIDAÇÃO DA EMBALAGEM EM SMS

Elaine Cristina da Luz Feitosa*1

Resumo:

Introdução: A segurança do processamento dos artigos médico-hospitalares, nas instituições de saúde, é uma importante medida de controle de infecção hospitalar. A validação é um procedimento documentado para obtenção, registro e interpretação de resultados necessários para demonstrar que o processo produzirá produtos que atendam as especificações predeterminadas. **Objetivo:** Comprovar a manutenção da esterilidade do instrumental cirúrgico por 6 meses, instrumental este armazenado em bandeja inoxidável, envolto em manta de fibras de não tecido 100% polipropileno, gramatura pesada: entre 71 e 150g/m² e finalizado com filme plástico transparente. **Método:** Utilizou-se o método de cultura em meio sólido, semeadura em Agar sangue, chocolate, MAC CONKEY, que finalizou o resultado em três dias de incubação. Coleta realizada em Swab com Meio Stuart. O material coletado foi semeado em placas de meio de cultura Ágar Sangue, Ágar Chocolate e Ágar Mac Conkey. Após 72hs observou-se a olho nu se ocorreu ou não o crescimento de microrganismos aeróbios e/ou leveduras nos meios de cultura. **Resultados:** O material foi colhido no dia 29/08/2011 às 10h00. Os resultados foram finalizados no dia 01/09/2011 e não houve crescimento de microrganismos na amostra. **Conclusões:** Baseado nos resultados microbiológicos validou o tempo de esterilidade do instrumental cirúrgico em bandejas metálicas envoltas em manta de fibras de não tecido 100% polipropileno, gramatura pesada: entre 71 e 150g/m² e finalizado com filme plástico por 6 meses, devido às condições que são favoráveis ao armazenamento deste material em nossa CME, tais como: utilização de filme plástico transparente, arsenal climatizado com controle de temperatura através de termômetros digitais.

Palavras-chave: Embalagem; Enfermagem; Instrumental

E-mail: smile.elaine@bol.com.br

1.Hospital Municipal, São José dos Campos, SP, BRASIL.



[549]

P079 - VALIDAÇÃO DA ESTERILIDADE DE CAIXAS CIRÚRGICAS POR 15 DIAS

Elaine Cristina da Luz Feitosa*1

Resumo:

Introdução: Um dos principais desafios na área de enfermagem é garantir a esterilização do artigo, levando-se em conta a escolha do processo de esterilização, desde a limpeza, inspeção, invólucro, método de esterilização e armazenamento. Para o Enfermeiro do Centro de Material e Esterilização (CME), cabe o conhecimento da avaliação do artigo, suas características, classificação e posterior a essa avaliação eleger o melhor processo de esterilização. Com relação a este processo, o enfermeiro deve saber suas características, os cuidados pré, trans e pós procedimento bem como a manutenção e armazenamento deste material. **Objetivo:** Comprovar a manutenção da esterilidade do instrumental cirúrgico por 15 dias, instrumental este armazenado em caixa inoxidável perfurada em todas as faces, envolto em campo de algodão duplo, gramatura de 56 fios/cm² e finalizado com filme plástico transparente armazenado em prateleiras abertas. **Método:** Foram selecionadas 2 caixas e 1 bandeja contendo instrumentais com cremalheira e foram fechados no primeiro dente para permitir a penetração do vapor, instrumentais de forma irregular, com reentrâncias e diferentes relevos. Todos os artigos foram esterilizados em autoclave de vapor saturado sob pressão por 134°C por 1h10' e monitorados com indicador químico interno classe 4, indicador classe 5 como liberador de carga. Foi colhido swab em duas etapas: a 1ª etapa passou o swab na parte externa da caixa metálica e na 2ª etapa passou o swab nos instrumentais cirúrgicos dessas caixas. **Resultado:** A coleta se deu no dia 18/5/2011 e os resultados foram finalizados no dia 23/5/2011 onde não houve crescimento de microrganismos. **Conclusão:** Baseado nos resultados microbiológicos validou-se o tempo de esterilidade do instrumental cirúrgico em caixas metálicas perfuradas envoltas em campo de algodão para 15 dias, devido às condições que são favoráveis ao armazenamento deste material em nossa CME, tais como: utilização de filme plástico transparente, arsenal climatizado com controle de temperatura.

Palavras-chave: Esterilização; Instrumental; Enfermagem

E-mail: smile.elaine@bol.com.br

1.Hospital Municipal, São José dos Campos, SP, BRASIL.



[550]

P080 - IMPLANTAÇÃO DE DISPOSITIVO POR CORES UTILIZADAS PARA DISPENSAR ARTIGOS ENVOLTOS EM CAMPO DE ALGODÃO

Elaine Cristina da Luz Feitosa*1

Resumo:

Introdução: O arsenal cirúrgico de um Centro de Material e Esterilização tem por finalidade o armazenamento e distribuição de artigos esterilizados, sendo de suma importância de acordo com POSSARI, 2010 que os artigos devem ser estocados em local limpo, com ventilação, um acesso restrito e com controle de temperatura e umidade relativa do ar, diminuindo assim os riscos de contaminação dos artigos. As distribuições desses artigos devem obedecer à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, liberando os mais antigos antes dos mais novos. **Objetivo:** Liberar os artigos com datas de esterilização antigas utilizando se etiquetas de cor sinalizando a semana de vencimento. **Métodos:** Inserido tabela de vencimento de artigos críticos por cores em campo de algodão 1ª semana do mês: preto 2ª semana do mês: verde 3ª semana do mês: azul 4ª semana do mês: vermelho. **Resultados:** Percebeu se que o número de reesterilizações foi diminuindo e que os colaboradores do CME foram se norteando na conferência do arsenal diariamente. **Conclusão:** Esta tabela serviu como norteador para os colaboradores irem dispensando os artigos sem que os mesmos chegassem a vencer e é de fácil interpretação e visualização.

Palavras-chave: Reesterilização; Artigos; Arsenal Cirúrgico

E-mail: smile.elaine@bol.com.br

1.Hospital Municipal, São José dos Campos, SP, BRASIL.



[551]

P081 - PROTOCOLO PARA PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS DE VÍDEOLAPAROSCOPIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO RECIFE-PE

Josie Lílian Petrício de Vasconcelos*1; Viviane Maria Gomes de Araújo1; Roseane Keyla Quirino de Brito1; Lorena Cavalcanti Frota Silva1; Flávia Micheline Cavalcanti Pereira1

Resumo:

A padronização de rotinas consiste em ações e verificações diárias conduzidas para que cada pessoa possa assumir as responsabilidades no cumprimento das obrigações conferidas a cada indivíduo e a cada organização. Por se tratarem de materiais específicos, os instrumentos usados na vídeolaparoscopia, requerem habilidade e conhecimento para a manipulação e os hospitais têm encontrado dificuldade em estabelecer a padronização para o seu preparo e esterilização. A esterilização por vapor saturado preconiza que os artigos estejam desarticulados e desmontados. A fim de estabelecer a sistematização do processo de esterilização dos artigos vídeolaparoscópicos, este estudo propõe-se a elaborar protocolos, dos instrumentais montados e desmontados, que buscam contribuir com um adequado planejamento, execução, avaliação e correção do processo, objetivando que as pessoas nele envolvidas entendam claramente suas responsabilidades com a qualidade e conseqüente satisfação da clientela. Este estudo propõe-se ainda, a validar e/ou fidelizar tais protocolos, através da análise bacteriológica dos instrumentais. Fizeram parte do estudo nove instrumentais da bandeja de simpatectomia que foram submetidos aos protocolos de processamento dos artigos proposto pela autora, em dias diferentes. No primeiro dia 21/12/2010, os instrumentais foram limpos, secos, embalados e esterilizados desmontados e no segundo dia 22/12/2010, seguiram-se as mesmas etapas, porém os artigos foram esterilizados montados. A esterilização foi realizada na Autoclave B, a 134°C e com tempo médio de esterilização de 1 hora. Estes instrumentais foram submetidos à análise bacteriológica antes e após a esterilização, tendo como resultado a presença da espécie *Staphylococcus epidermidis* no trocar e mandril de 5 mm, antes da esterilização e nos laparoscópios montados. Analisou-se ainda a resposta da equipe de enfermagem e dos cirurgiões envolvidos na manipulação dos instrumentais, a pergunta: Qual a melhor maneira de receber o material de vídeolaparscopia da CME, montado ou desmontado? Todos os profissionais responderem que a melhor maneira de recebimento do material laparoscópico seria montado. Portanto, os resultados apresentados corroboram com a prática de esterilizar os materiais de vídeolaparoscopia montados, uma vez que o princípio do calor latente do vapor saturado é comprovado em literatura vigente. A análise microbiológica proposta por este estudo não mostrou crescimento bacteriano após a esterilização dos artigos montados, o estabelecimento de protocolos de limpeza, secagem, embalagem e autoclavação padronizou normas e rotinas e as equipes que lidam no dia-a-dia com tais instrumentais, mostraram-se adeptos ao recebimento dos instrumentais montados. A colaboração deste estudo para o CME e CC desta instituição foi a padronização no serviço do protocolo de esterilização do material laparoscópico montado a fim de melhor atender às necessidades da equipe e o mais seguro para o paciente em relação à infecção de sítio cirúrgico.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Vídeolaparoscopia; Sistematização da Assistência de Enfermagem

E-mail: lilianpetricio@hotmail.com

1.Instituto de Medidina Integral Prof. Antônio Figueira, Recife, PE, BRASIL.



[552]

P082 - A EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM SEGREGAÇÃO DE RECICLADOS EM SALAS DE OPERAÇÃO

Andrea Tamancoldi Couto*1; Valéria Castilho2; Danielly Negrão Guassú Nogueira2

Resumo:

Introdução: O gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-RSS compreende o planejamento e a implementação de ações, com o compromisso de minimizar a sua produção e oferecer um encaminhamento e tratamento seguro dos mesmos, visando à proteção dos trabalhadores e à preservação da saúde e do meio ambiente. Nos centros cirúrgicos, locais complexos, com uma diversidade de procedimentos, processos, profissionais e materiais médicos hospitalares, há geração de muitos resíduos, que podem ser classificados em grupos: A-Infectante, B-químicos, C-radioativo, D-comum/recicláveis e E-perfuro cortante. Grande parte dos hospitais segrega os resíduos, nas salas de operação, somente como Infectantes e perfuro cortantes, deixando de separar inúmeros materiais passíveis de serem reciclados. Diante disso, os hospitais pecam pelo excesso, uma vez que a legislação não tem critérios rígidos, aumentando os gastos com o manejo e deixando de receber renda pela comercialização desses resíduos. **Objetivo:** relatar a experiência de segregação de resíduos, incluindo os reciclados, em salas de operação de um centro cirúrgico de um hospital universitário. **Método:** trata-se de um relato de experiência sobre a implantação de um modelo de gestão de resíduos diferenciado no Hospital Universitário da Universidade São Paulo-HUUSP. **Resultados:** No ano de 2004 foi nomeada uma comissão interna de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde do HUUSP, responsável pelo estudo e execução das mudanças exigidas por novas legislações, que começaram a vigorar naquele ano e, ainda, pela incorporação de valores de sustentabilidade nas práticas de gestão em saúde. No centro cirúrgico, devido às particularidades do setor, a comissão fez um trabalho de envolvimento da equipe que foi determinante para a adesão e incorporação da prática no processo de trabalho atual. Na época, foi avaliado o perfil e taxa de geração de RSS em kg/ nº cirurgia e, posteriormente, foi discutido com a equipe de enfermagem sobre a classificação que seria adotada, os tipos de coletores, a padronização de rotinas de limpeza e montagem de sala de operação. Padronizou-se que nas salas de operação seriam segregados os resíduos recicláveis plásticos em sacos vermelhos e papéis em sacos azuis, os perfuro cortante em Descarpax®, já os Infectantes ficam distribuídos em cinco coletores sendo no hamper, coletor geral da sala, coletor da mesa cirúrgica e dois sacos em outros suportes para contagem de compressas. Optou-se por não ter coletor de resíduos comum por ser um volume pequeno. **Conclusões** Após 08 anos, a segregação de recicláveis nas salas de operação faz parte do processo de trabalho e observa-se uma grande adesão de toda a equipe multidisciplinar e em especial da enfermagem. A experiência é bem sucedida e mostrou-se ser possível segregar os resíduos recicláveis, contribuindo para práticas sustentáveis e redução de custos de manejo.

Palavras-chave: Resíduos de Serviços de Saúde; Sala de Operação; Reciclados

E-mail: andreatcouto@hu.usp.br

1.Hospital Universitário da USP, São Paulo, SP, BRASIL; 2.Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP, BRASIL.



Damiana Cosmea da Silva*1, Ana Paula de Medeiros Duro; Edna Maro Rosa Loiola

Resumo:

Introdução: A cirurgia robótica iniciou-se em 1999, quando foi criado robô, chamado Da Vinci®. Este equipamento desenvolveu-se bastante, e atualmente possui três componentes: o console, o robô propriamente dito e o rack de imagem. Por isso, iniciou-se uma nova modalidade desempenhada pela enfermagem cirúrgica. **Objetivo:** É descrever a atuação do enfermeiro em uma Instituição Pública Federal diante dessa nova alta tecnologia na realização de cirurgias, no pré, trans e pós-operatório imediato e como coordenador da cirurgia robótica. A pesquisa foi realizada utilizando método qualitativo, relato de experiência e análise bibliográfica. O enfermeiro especialista atua tanto na assistência quanto na implementação e gerenciamento da cirurgia. Desenvolvendo e implementando políticas e procedimentos (protocolos). Além disso, desenvolve outros papéis para que a cirurgia transcorra sem intercorrências tanto para o paciente quanto para a instituição e equipe. Atuando também no processo de educação multiprofissional, suporte para toda equipe, na previsão e provisão de materiais, tanto específicos quanto os acessórios, na supervisão da técnica de preparo e acoplamento do equipamento, e referencia em situações de emergência durante o processo cirúrgico. **Conclusão:** Por ser uma nova tecnologia no Brasil, e principalmente no Estado do Rio de Janeiro, havendo um número reduzido de profissionais capacitados e um quantitativo pequeno de descrição científica referente a esse assunto. Sendo assim, é muito importante a divulgação e a necessidade da produção científica a respeito do mesmo. O que se pode perceber é a falta de conhecimento dos demais profissionais sobre a importância do enfermeiro e como este atua neste processo.

Palavras-chave: Enfermeiro; Cirurgia Robótica; Gerência

E-mail: cosmea@superig.com.br

1.Inca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[554]

P084 - PRECARIIDADES NAS CONDIÇÕES PARA O TRABALHO ASSISTENCIAL CIRÚRGICO: POR QUE NOS SUBMETEMOS A ISTO?

Rosa Maria Bottosso*1

Resumo:

Introdução: a precarização do trabalho é um novo e velho fenômeno de caráter macro e microsocial no atual contexto de mundialização do capitalismo. Um processo que se instala, econômica, social e politicamente. Precarização é um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos. Na saúde, essa condição afeta particularmente, todos os trabalhadores na assistência e na gestão. **Objetivo:** refletir sobre o trabalho da equipe de enfermagem no contexto da precarização nas condições para prestação da assistencial num centro cirúrgico. **Método:** este estudo toma como elemento de investigação as imagens fotográficas produzidas em 2010 e arquivadas num banco de dados de pesquisa em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. A práxis na concepção gramsciana foi utilizada como suporte para análise. **Resultados:** inaugurado em 1984, o hospital passou por diversas fases em que a composição da equipe de enfermagem foi se transformando com diferenças de direitos entre aqueles admitidos por concurso e os contratados temporariamente: disparidades salariais, jornada e direitos a férias. Somado a isso, o ambiente estrutural do prédio e o arsenal tecnológico foi se deteriorando pela ação do tempo, do uso e da falta de manutenção e reposição. Como um “manto” tal situação foi encobrindo e sufocando as pessoas no cotidiano de trabalho. Os motivos para esta condição são complexos e contraditórios. De um lado as queixas, de outro, a aceitação, acomodação. No centro cirúrgico esse cenário se reproduziu. Imagens fotográficas revelam a convivência pacífica da equipe como ambientes depredados: infiltração e descamação na pintura, escurecimento na parede dos banheiros (sugestivo de bolor), mesa operatória enferrujada, maca de transposição de pacientes sem grades de proteção, colchões rasgado, número de monitores cardíacos insuficientes na sala de recuperação anestésica, lavabo cirúrgico com manchas e torneiras inadequadas para a técnica de anti-sepsia cirúrgica. Todo conteúdo imagético revela uma linguagem e esta, segundo Gramsci, revela a concepção de mundo e de uma cultura de um grupo. O foco na enfermagem remete a história do envolvimento desta com a luta na redução da jornada de trabalho e piso salarial. Estudos comprovam o sofrimento, os desgastes físicos e emocionais da categoria diante das precariedades das condições de trabalho, contudo, são poucos e fragmentados as ações que denunciam a submissão ao trabalho desumano, antiético em ambientes sucateados. Estar atento compromete-se, conscientizar-se é um caminho para sair do suposto conformismo. Gramsci contribui para a reflexão sobre a que tipo de conformismo fazemos parte. A educação e formação de lideranças, intelectuais orgânicos, são cruciais para o enfrentamento. **Conclusão:** compreender o contexto e posicionar-se exige esforço individual e quando transformado numa ação coletiva, possibilita o empoderamento necessário para restabelecer os sentidos da atividade assistencial na saúde.

Palavras-chave: Condições de Trabalho; Centros de Cirurgias; Cuidados de Enfermagem

E-mail: rosa.bottosso@gmail.com

1.Faculdade de Enfermagem/UFMT, Cuiabá, MT, BRASIL.



Pamela Rafaela Martins*1; Cibeles Tramontini1

Resumo:

O posicionamento adotado pelo paciente no procedimento cirúrgico é de responsabilidade da Enfermagem, em conjunto com a equipe Médica e de Anestesia. Tem a finalidade de proporcionar uma visualização ótima da área a ser operada, da mesma forma proteger as funções respiratórias e circulatórias. Porém, traz complicações se medidas preventivas não forem instauradas, com uso de equipamentos e dispositivos específicos. A posição Litotômica e a Ginecológica são tidas como sinônimas. O objetivo da pesquisa é identificar as complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico Litotômico que atingem os pacientes em idade adulta. O método de pesquisa utilizado foi a Revisão Narrativa da literatura. Os artigos constituintes do estudo foram pesquisados nas bases de dados PubMed, LILACS e COCHRANE. Houve a inclusão daqueles que abordavam as complicações em adultos referentes à posição Litotômica encontrados nas bases de dados selecionadas, quantitativos e qualitativos, sem distinção do delineamento empregado com publicação em português, inglês e espanhol de janeiro de 2003 até abril de 2013 e disponível na íntegra. A amostra se constituiu de oito artigos, principalmente estudos de caso. Para análise selecionou-se instrumento validado encontrado na literatura, contemplando os seguintes aspectos: nome da pesquisa; nome dos autores; intervenção estudada; resultados e as recomendações ou conclusões da pesquisa. A síntese dos dados evidenciou que as duas principais complicações relacionadas ao Posicionamento Litotômico se constitui da Rabdomiólise associada com Insuficiência Renal Aguda e a Síndrome Compartimental. Outras evidências se deram pelo fato de essas complicações estarem presentes em decorrência do tempo cirúrgico superior a quatro horas, além dos fatores inerentes ao posicionamento e daqueles relacionados ao paciente. Em um dos artigos se discutiu a presença de cardiopatia como fator de risco associado, sendo que o Posicionamento de Litotomia pode ser mal tolerado e ocasionar alterações cardiovasculares graves. Como esperado pela indicação do posicionamento as especialidades cirúrgicas com incidência importante de complicações pós-operatórias foram a Urologia e Ginecologia. Dentre as lacunas, identificou-se a escassez de estudos brasileiros e de enfoque na enfermagem acerca da temática, que possam contribuir para a qualidade da assistência perioperatória.

Palavras-chave: Posição Litotômica; Enfermagem Perioperatória; Complicações Perioperatórias

E-mail: pam_rafamartins@hotmail.com

1. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, BRASIL.



Maynara Fernanda Carvalho Barreto*1; Ana Luzia Rodrigues1; Bianca Machado Cruz1; Giselle Baumel2; Mariane Antunes Cavalheiro2

Resumo:

Segurança do paciente é a redução de atos não seguros no processo de assistência à saúde. Os eventos adversos (EA) relacionados à prestação de serviços à saúde comprometem a segurança do paciente, prejudicando cerca de 10% das admissões hospitalares. Para minimizar os EA a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um “checklist” para ser utilizado em todos os procedimentos cirúrgicos e, lançou a campanha “cirurgias seguras salvam vidas” que objetiva identificar o paciente, operar o local correto, planejar possíveis intercorrências e materiais que serão utilizados e, evitar danos promovendo a segurança do paciente. O “checklist” é um documento legal e para ser admitido em juízo como elemento de prova, necessita ter sua autenticidade reconhecida. Mediante o exposto objetivou-se verificar e quantificar os “checklist” e seu correto preenchimento. Estudo quantitativo, retrospectivo e analítico. A coleta de dados ocorreu em um Hospital do município de Ponta Grossa-PR, no período de 12 a 17 de Abril de 2013. O estudo e a divulgação dos resultados foram autorizados pela instituição. A pesquisa permeou três momentos; o primeiro a coleta da amostra incluindo prontuários de pacientes que realizaram cirurgia no mês de Março de 2013, sob ação de anestesia. No segundo momento foram levantadas informações como: iniciais do nome do paciente, gênero, número do prontuário e atendimento, tipo de anestesia, preenchimento do “checklist”. No terceiro momento foi realizada a análise do “checklist”, classificando com “OK” os “checklist” preenchidos corretamente, e “NÃO OK” para os “checklist” preenchidos incorretamente, classificando-os como válidos ou inválidos. Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel ® 2012. Foram analisados 167 prontuários, destes, 64% eram mulheres e 36% homens. Apenas 15% dos “checklist” foram válidos. No preenchimento por etapas a equipe que obteve destaque em relação ao preenchimento do “checklist” foi a de enfermagem (88%), seguido da equipe de anestesia (68%), cirurgiões (54%) e posteriormente os instrumentadores cirúrgicos (31%). Conclui-se que não houve adesão ao preenchimento do “checklist” por parte dos profissionais envolvidos. Faz-se necessário capacitar as equipes para que este processo seja realizado na íntegra a fim de garantir a segurança e a qualidade de assistência ao paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Checklist; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

E-mail: analuzia64@hotmail.com

1.Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, BRASIL; 2.Hospital Geral Unimed, Ponta Grossa, PR, BRASIL.



Rosangela Alves Dias*1; Marinalva Duque Kuroda1

Resumo:

Introdução: O Centro Cirúrgico (CC) do hospital em estudo é composto por 04 salas de cirurgia. A população atendida é predominantemente feminina e o foco cirúrgico são as cirurgias ginecológicas e mamárias. O Centro Obstétrico é separado do Centro Cirúrgico. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo principal estabelecer o perfil cirúrgico da instituição visando adequar os processos, a otimização das salas cirúrgicas e recursos humanos e o planejamento de ações futuras como a implantação de kits cirúrgicos. **Método:** A metodologia utilizada foi a pesquisa retrospectiva. Utilizaram-se as estatísticas mensais realizadas de fevereiro de 2011 a março de 2013 perfazendo um período de 26 meses onde foram quantificados os 13 procedimentos mais realizados no Centro Cirúrgico da instituição e tomados para análise apenas os 05 principais. **Resultados:** Foram realizados no período 3337 procedimentos cirúrgicos, sendo que 3072 (92,1%) com pacientes internadas e 265 (7,9%) em pacientes ambulatoriais. Destacamos os 05 procedimentos mais freqüentes dentre os que necessitaram de internação: 919 (29,9%) histerectomias totais (ou subtotais) abdominais – HTA/HSTA, 342 (11,1%) histeroscopias diagnósticas, 260 (8,5%) nodulectomias (exerese de nódulos em mamas), 226 (7,4%) curetagens de prova e 174 (5,7%) laparotomias exploradoras (abordagens em ovários e salpinges principalmente). **Conclusão:** A análise dos resultados demonstra que praticamente 30% dos atendimentos cirúrgicos são em mulheres que realizaram HTA ou HSTA cuja patologia, quase que totalmente, é a miomatose uterina. Observamos que a distribuição mensal desse procedimento no decorrer do ano é irregular e nos meses de férias escolares o quantitativo diminui principalmente devido ao aumento das atividades domésticas das pacientes. Somamos o quantitativo de histeroscopias diagnósticas e de curetagens de prova e observamos um total de 568 (18,5%) procedimentos e compreendemos a importância desses métodos para o esclarecimento das patologias ginecológicas. Observamos um número crescente de exerese de nódulos de mama principalmente em pacientes jovens. Este fato evidencia a necessidade da criação de grupos pré-operatórios ambulatoriais para preparo destas clientes visto que normalmente elas chegam ao CC extremamente ansiosas, preocupadas com a possibilidade de achado de malignidade na peça que será encaminhada para anatomopatologia. O setor de ambulatório já realiza grupos pré-operatórios com as pacientes que realizarão as histerectomias e observamos que o comportamento é predominantemente tranquilo e positivo. Concluímos que há a necessidade de adequação do hospital às necessidades do atendimento das clientes aos procedimentos diagnósticos ginecológicos (histeroscopias e curetagens) e mamários (nodulectomias).

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Cirurgias Ginecológicas; Cirurgias Mamárias

E-mail: roaledias@hotmail.com

1. Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, BRASIL.



Ana Lucia Mirancos da Cunha*1; Silvana Garcia Carmona1

Resumo:

Introdução: Por mais de uma década tem havido uma crescente conscientização de erros médicos e seu potencial de causar danos devastadores para os pacientes. Iniciativas de segurança aos pacientes foram implementadas com o **objetivo** de identificar, prevenir e reduzir sua ocorrência. O risco de retenção de um corpo estranho após a cirurgia aumenta significativamente em situações de emergência, com mudanças não planejadas no procedimento, e pacientes com maior índice de massa corporal. Há muitos fatores de risco que contribuem para um corpo retido na cavidade, e a falta ou falha de uma sistemática no processo de contagem é a principal causa. Isso pode resultar em risco de vida para o paciente, negligência dos membros da equipe, aumento de custos para a instituição, assim como processos de litígio. Um estudo publicado no Cardinal Health, por Jane Kennedy, mostrou que as cavidades mais comuns para reter objetos são: abdome e pelve, mas alguns outros locais já foram reportados, como vagina, tórax, canal espinhal, face, cérebro e extremidades. Os objetos mais comumente retidos são: agulhas, instrumentais, e compressas, que representam 70% dos objetos. Devido ao grande número de eventos adversos envolvendo gazes e compressas retidas na cavidade de pacientes após o término de cirurgias, houve a necessidade de reformular a rotina realizada em nossa Instituição. Assegurar que as compressas e gazes que estejam sendo utilizadas no procedimento cirúrgico sejam retiradas da cavidade operada até o término do ato cirúrgico de forma padronizada. **Método:** Trata-se de um relato de experiência. Este trabalho foi desenvolvido em um hospital geral, filantrópico, com 330 leitos, centro cirúrgico geral com 19 salas cirúrgicas, realizando em média 1200 procedimentos por mês. **Resultados:** As propostas de melhorias implantadas no processo aconteceram com reformulação da rotina existente. Através de maior participação dos cirurgiões e instrumentadores no início do procedimento (montagem/conferência da mesa cirúrgica), identificação das cirurgias com necessidade de controle de compressas e gazes, identificação/separação das compressas/gazes e embalagens para controle de contagem, como proceder nos casos de divergência na contagem e recusa médica. Desde a implementação do novo projeto, o número de eventos adversos reduziu significativamente. Observamos que a presença do enfermeiro na sala é fundamental, principalmente nos momentos de recontagem deste material, pois ele é quem orienta a equipe sobre a importância desse processo, participando efetivamente da decisão. **Conclusão:** Como proposta futura, faremos a implementação do processo para instrumentais e agulhas. Durante a realização da nova rotina percebeu-se a importância do envolvimento entre a equipe médica e de enfermagem no processo, para garantir uma boa assistência no controle de objetos retidos na cavidade.

Palavras-chave: Compressas Cirúrgicas; Objetos Retidos; Cavidade Abdominal.

E-mail: anamirancos@hotmail.com

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.

Cecília Maria Izidoro Pinto*1; Cássia da Conceição Melo Duarte1; Lais Lima Santos de Castro2; Catia Regina Dimatteo Paulo1; Érika de Almeida Lima de Silva T. de Souza1

Resumo:

Introdução: O cuidado cirúrgico de qualidade enfrenta o desafio de identificar e intervir sobre os fatores de risco tais como: a anestesia, a cirurgia propriamente dita e as condições do próprio paciente. Em 2007-2008 foi lançado o segundo desafio global de saúde “Segurança da assistência cirúrgica”, com o projeto Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” traçando ações unificadas de conduta na detecção de risco ao paciente no centro cirúrgico. A implementação do Checklist pelo enfermeiro envolve a coordenação da equipe operacional - os cirurgiões, prestadores de anestesia, e enfermeiros - para discutir a segurança no perioperatório em sala e é um desafio no contexto de um hospital universitário. **Objetivo:** Realizar um levantamento de artigos e periódicos acerca do protocolo de cirurgia segura, que aponte evidências relacionadas à implantação do checklist cirúrgico nos cenários de centro cirúrgico. **Metodologia:** Estudo de revisão sistematizada, com a pergunta de pesquisa: Que produção existe acerca da proposta de Checklist de Cirurgia Segura da OMS disponível em periódicos nacionais e internacionais? Utilizou-se as bases de dados MEDLINE (via PubMed) e LILACS. Com os descritores: em português e inglês: [Segurança] AND [Enfermagem de Centro Cirúrgico] OR [Centro Cirúrgico Hospitalar]. Os resultados foram condensados caracterizados por: título, autor, ano de publicação, país, cenário do estudo, objetivos e resultados com emprego de instrumento próprio para análise. A busca foi realizada em novembro de 2012, e revisada em março de 2013 seguindo um recorte temporal dos últimos 10 anos. **Resultados:** Identificou-se 364 publicações em inglês e 13 em português deste foram excluídos 366 estudos, pois estavam fora dos critérios de inclusão. Apenas 11 artigos compuseram a amostra do estudo. Entende-se que a atuação do enfermeiro executando o Checklist é importante e que seu uso reduz erros evitáveis no ato cirúrgicos; a equipe de enfermagem é essencial para a implementação da proposta de verificação em sala operatória e é a enfermeira a mais capacitada para coordenar todo o processo; aponta-se como necessário para implementação: comunicação efetiva e respeitável entre as equipes, interesse de todos os profissionais em implementar e executar o Checklist. **Conclusão:** O Checklist Cirúrgico somando-se a capacidade do enfermeiro, constitui-se como ferramenta capaz de promover a garantia de um cuidado seguro, humanizado e livre de riscos, logo é importante incentivar a sua implementação na rotina cirúrgica cuja execução pelo enfermeiro resulta em resolução imediata de problemas, prevenção de riscos preveníveis visando um cuidado de qualidade para cliente e sua família.

Palavras-chave: Segurança; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Centro Cirúrgico Hospitalar

E-mail: ceciliaizidoro@uol.com.br

1.Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL; 2.Hospital Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



Maria Emilia Marcondes Barbosa*1; Maria Cristina Umpierrez Vieira1; Evani Marques Pereira1

Resumo:

Introdução: Envelhecer com qualidade está relacionado com a ausência de incapacidade funcional. A avaliação funcional é essencial para determinar o comprometimento e a necessidade de auxílio. Com o objetivo de identificar a avaliação da funcionalidade do idoso pós-operado de cirurgia de quadril, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura. **Metodologia:** Esta revisão guiou-se pelas etapas: estabelecimento das hipóteses e objetivos, critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos artigos, análise dos dados, discussão e apresentação dos resultados e apresentação da revisão. A questão norteadora foi: como é avaliada a funcionalidade do idoso no pós-operatório de cirurgia de fratura de quadril? Os artigos foram selecionados nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde. Critérios de inclusão: artigos completos publicados em português, inglês e espanhol, entre 2002 e 2012, cuja metodologia permitisse obter evidências fortes, sobre o tema investigado. Como descritores: saúde do idoso, fratura de quadril. A amostra final foi seis artigos. Os dados foram levantados por meio de um instrumento validado. A exposição dos resultados foi realizada de forma descritiva, de modo a perceber sua aplicabilidade na prática profissional fornecendo subsídios para a tomada de decisão. Resultados: Foram incluídos seis artigos, publicados em 2004, 2006, 2008 e 2011. Quanto ao idioma, dois em espanhol, três em inglês e um em português, nas bases de dados: Scielo (3), Pumed (2) e BVS (1). Sobre os instrumentos utilizados para avaliação da funcionalidade do pós-operado de fratura de quadril, um estudo, utilizou a Medida de Independência Funcional, mostrou que a mobilização precoce melhora o retorno a funcionalidade e sobrevivência. Outro avaliou a funcionalidade pelo questionário (WOMAC, SF-36, HHS) medindo a qualidade de vida e funcionalidade das articulações e testes funcionais. Um estudo utilizou o Índice de Barthel, informou que o idoso muito idoso não é fator de risco para imobilidade. Um estudo avaliou pela escala de avaliação geriátrica funcional, 18,3% mostraram ligeira deterioração. Um estudo, avaliou os idosos no pré e pós-cirurgia pelo Health Assessment Questionnaire permitindo avaliação de algumas atividades da vida diária. constatou-se que 11,6% tornaram-se totalmente dependentes. O último, analisou a funcionalidade pelo Índice de Katz e Lawton. Verificou-se aumento da incapacidade de andar e utilização de dispositivos de apoio. Conclusão: A avaliação da funcionalidade do idoso requer o além do conhecimento sobre a senescência/senilidade, o domínio na utilização dos instrumentos específicos para tal. Denotou-se importante redução na capacidade funcional para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Avaliar a funcionalidade possibilita melhora na qualidade de vida do idoso, pela reorientação e intervenção precoce. Sugerem-se novas pesquisas e pelos diversos profissionais que atuam na saúde do idoso.

Palavras-chave: Fratura de Quadril; Idoso; Funcionalidade

E-mail: mariaemarcondes@ig.com.br

1. UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil. "Patrocinado pela Fundação Araucária".

Cecília Maria Izidoro Pinto*1; Esther de Góes Mesquita1; Cássia da Conceição Melo Duarte1; Lais Lima Santos de Castro2; Érika de Almeida Lima de Silva T. de Souza1

Resumo:

Introdução: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é, portanto a metodologia empregada pela enfermagem que permite organizar e sistematizar sua prática com fins de formular princípios, que quando aplicados às atividades de enfermagem, possam ser efetivos na ajuda ao paciente e na melhoria da assistência de enfermagem a este paciente (SILVEIRA e ZAGO, 2006). A função do enfermeiro no Centro Cirúrgico tem estado cada vez mais complexa, e este tem como desafio desenvolver suas ações através da utilização da SAEP, que direto ou indiretamente surge conflitos na tomada de decisões ao que deve ou que teria condições de realizar (FONSECA e PENICHE, 2009). **Objetivo:** Realizar um levantamento de artigos e periódicos sobre a produção existente acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) em periódicos nacionais.

Metodologia: A pergunta de pesquisa foi “Que produção existe disponível sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem Peri operatória (SAEP) em periódicos nacionais?” Utilizou-se as bases de dados LILACS período de busca estipulado para os 10 (dez) últimos anos. Com os descritores: [Planejamento de assistência ao paciente] OR [Processos de Enfermagem] AND [Enfermagem Peri operatório] OR [Enfermagem de Centro Cirúrgico] AND [Enfermagem de Centro Cirurgico] Os resultados foram condensados caracterizados por: título, autor, ano de publicação, país, cenário do estudo, objetivos e resultados com emprego de instrumento próprio para análise. A busca foi realizada no mês de novembro de 2012, e revisada nos meses de janeiro a março de 2013 seguindo um recorte temporal dos últimos 10 anos. Dos 60 estudos encontrados, 10 estudos foram incluídos na pesquisa e todos estes eram dos últimos 10 anos e publicados em português e os demais estudos foram excluídos por não se enquadrarem a temática a ser estudada e por não estarem dentro do recorte temporal estabelecido. **Resultados:** Das etapas da SAEP a visita pré-operatória é a mais estudada das etapas da SAEP, logo sua execução é altamente relevante, embora seja realizada em com pouca frequência pela enfermeira, seja por esta assumir diversas responsabilidades administrativas no Centro Cirúrgico e ou seja pela longa distância entre enfermagem e Centro Cirúrgico dificultando o acesso ao cliente. Ao que trata do deter científico sobre a SAEP, a enfermagem continua aquém de conhecer esta metodologia, logo podemos então entender o porquê que SAEP não é executada como ferramenta de trabalho. **Conclusão:** Das evidências obtidas neste estudo sugerem que a SAEP é garantia de um cuidado humanizado e livre de riscos ao paciente e para que isto seja possível requer um profissional competente tendo em vista a diversidade de conhecimentos necessários para sua atuação. Assim, é importante incentivar a capacitação, pois é através dela que a Enfermagem amplia a produção do conhecimento, e desenvolvimento de um cuidado especializado.

Palavras-chave: Planejamento de Assistência ao Paciente; Enfermagem Peri Operatório; Enfermagem de Centro Cirúrgico

E-mail: ceciliaizidoro@uol.com.br

1.Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL; 2.Hospital Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



Maria Emilia Marcondes Barbosa*1; Daiane Otonelli2; Maria Cristina Umpierrez Vieira1; Evani Marques Pereira1

Resumo:

O centro cirúrgico exerce importante função relacionada à prestação de serviços à saúde. Nele ocorrem procedimentos com riscos de contaminação. Milhares de pessoas no mundo são submetidos a cirurgias, e estão sujeitas a adquirir infecção. A infecção do sítio cirúrgico é a segunda em frequência dentre todas as infecções relacionadas à assistência à saúde. A transmissão dessa infecção pode ser veiculada pelas vias aéreas e pelas mãos dos profissionais. A lavagem das mãos reduz a transmissão de patógenos potenciais, diminuindo assim o risco de morbidade e mortalidade por infecções hospitalares. A degermação das mãos é um procedimento que visa remover microorganismos transitórios e reduzir a microbiota residente, mediante fricção vigorosa, com degermante, por cinco minutos. Essa técnica deve ser de domínio de todos os integrantes da equipe de cirurgia. O **objetivo** foi identificar como ocorre a técnica de degermação das mãos utilizada pela equipe cirúrgica, verificar a padronização de antissépticos e identificar o momento da inclusão da técnica na formação. **Metodologia:** pesquisa quantitativa, realizada no Centro Cirúrgico de um hospital do interior do Estado do Paraná. Foram incluídos 18 profissionais que faziam parte da equipe cirúrgica mediante aceite formal. Para a coleta dos dados utilizou-se um Checklist, com os passos da correta degermação de mãos que deve preceder a cirurgia. Os dados foram analisados estatisticamente por meio de gráficos a partir das variáveis que emergiram. **Resultados.** Participaram 6 médicos (33,3%), 2 enfermeiros (11,1 %), 5 auxiliares/ técnicos (27,7%) e 5 instrumentadoras (27,7%). A técnica foi incluída durante a graduação em 50 % da amostra, em 44,4% foi incluída em cursos específicos e 5,5% foram autodidatas. Somente 16,6% dos profissionais executaram a técnica corretamente. Quanto ao antisséptico utilizado, 27,7% optaram pelo clorexidine e 72,3% utilizaram o PVPI degermante. **Conclusão:** Os profissionais tiveram oportunidade de aprender sobre a correta técnica de degermação das mãos, porém, muitos não apresentaram total domínio da mesma, podendo expor o paciente a risco de infecção. O antisséptico mais utilizado foi o PVPI degermante. Percebe-se que há necessidade de educação permanente para toda a equipe cirúrgica sobre a técnica correta de degermação das mãos. Tais medidas têm como finalidade garantir melhor eficácia da técnica e por consequência minimizar os riscos de infecção hospitalar no Centro Cirúrgico.

Palavras-chave: Prevenção de Infecção; Centro Cirúrgico; Degermação de Mãos

E-mail: mariaemarcondes@ig.com.br

1.UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil; 2.Hospital São Vicente de Paulo, Guarapuava, PR, Brasil. "Patrocinado pela Fundação Araucária"



Vanessa Guarise*1; Tana Regina Zeni Diniz1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: As infecções pós-operatórias ainda representam um desafio para profissionais da saúde. Sua incidência varia de cirurgião para cirurgião, de hospital para hospital, de cirurgia para cirurgia e, de paciente para paciente. Com o advento dos antibióticos, o objetivo de reduzir as taxas de infecção cirúrgica torna o uso racional da antibioticoprofilaxia. É importante que o antibiótico, quando administrado de maneira profilática, obedeça aos princípios básicos da profilaxia: eficácia da profilaxia, risco e gravidade da infecção pós-operatória. Desta forma, a conscientização da importância de tais medidas é fundamental para o controle das infecções pós-operatórias.

Objetivo: Verificar aplicabilidade corretada do antibiótico profilático como prevenção de infecções relacionadas à cirurgia. **Método:** Pesquisa do tipo quantitativa realizada em um hospital privado de grande porte na cidade de São Paulo. O estudo desenvolveu-se no Centro Cirúrgico do hospital, onde foram selecionadas aleatoriamente algumas fichas azuis, que descrevem dados intra-operatórios do paciente, em um total de 101 fichas de cirurgias já realizadas. Os dados coletados na pesquisa foram: classificação ASA do paciente, antibiótico utilizado assim como dosagem do mesmo, realização do antibiótico até 60 min antes do início da cirurgia, classificação do potencial de contaminação e porte da cirurgia, responsável pela anestesia, tempo anestésico e cirúrgico, tipo de anestesia, tipo de cirurgia, cirurgia proposta e cirurgia realizada. O hospital segue todas as recomendações do protocolo da Infectious Diseases Society of América e como recomendações específicas de prevenção em cirurgia tem a administração do antibiótico correto, com a dose certa, no momento da indução anestésica. Em cirurgias longas, o antibiótico profilático deve ser repetido a cada 2 horas, quando a meia vida do antibiótico for menor que 1 hora ou a cada 4 horas se a meia vida for maior que 1 hora; dando cobertura a todo ato cirúrgico. A profilaxia é indicada para cirurgias potencialmente contaminadas ou contaminadas e também para cirurgias limpas que envolvam a instalação de próteses ou cuja clínica indica risco aumentado de infecção, ou cirurgias limpas quando ocorre contaminação. **Resultados:** Os principais resultados demonstraram que quanto ao antibiótico recebido, 79 pacientes receberam antibioticoterapia. Do antibiótico recebido, 51 pacientes receberam cefazolina. Dos pacientes que receberam antibioticoterapia, 79 receberam em um período inferior a 60 minutos do início da cirurgia. Quanto ao potencial de contaminação, 66 foram classificadas como limpas e 35 como potencialmente contaminadas. Quanto ao porte cirúrgico, 63 foram classificadas de médio porte e 38 de pequeno porte. Das cirurgias realizadas, 81 foram realizadas conforme o pedido de solicitação médica, e 19 tiveram procedimentos além do que havia sido programado. **Conclusão:** Concluímos que de acordo com o protocolo instituído no hospital é realizado coerentemente a profilaxia antimicrobiana quanto ao tipo de cirurgia e de antibiótico, porém deve ser realizado melhor orientação aos profissionais, pois verificamos uma pequena porcentagem que não realizou o antibiótico no tempo adequado. Também concluímos importante porcentagem referente ao procedimento realizado quanto ao procedimento proposto, quase 20% das cirurgias tiveram descrição cirúrgica diferente da proposta, lembrando que esse dado não era foco desse trabalho.

Palavras-chave: Antibiótico; Profilaxia; Centro Cirúrgico

E-mail: vanessaguarise@hotmail.com

1. Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



Cecília Maria Izidoro Pinto*1; Ana Paula Silva Fernandes2

Resumo:

Introdução: No ambiente do Centro Cirúrgico a equipe deve estar treinada para inovação das suas atividades, com práticas padronizadas e seguras capazes de serem executados por todos objetivando elevar os índices de segurança durante o procedimento, melhorar a qualidade nas práticas assistenciais no atendimento ao paciente além garantir melhor desempenho profissional. Dentre os instrumentos de padronização estão os Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Em situações específicas, como os transplantes, são extremamente importantes uma vez que garantem a execução mais uniforme e a qualificação do serviço garantindo e minimizando as ocorrências indesejáveis ao paciente a ser transplantado. **Objetivo:** Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) no período transoperatório do Transplante Renal de doador falecido. **Metodologia:** Trata-se de estudo tipo exploratório-descritivo e de natureza qualitativa. O campo de estudo foi o centro cirúrgico de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Aprovado número CAAE 08144912.0.00005257 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUCFF/HESFA. Os participantes foram os seis técnicos de enfermagem atuantes no transplante renal. A pesquisa teve três fases. Na primeira fase dita Estrutural, listou-se os principais procedimentos executados pela equipe priorizando aqueles apontados como procedimentos críticos no intraoperatório, sendo: montagem de sala; abertura de soro fisiológico 0,9% congelado e encaminhamento da peça biológica (rim) para anatomia patológica. Após procedeu-se busca da literatura para fundamentação atualizada dos POPs selecionados. Na segunda fase Dinâmica, foram realizados encontros com a equipe de enfermagem para discutir cada POP no contexto da prática e nesta etapa foi utilizada para dar validade a elaboração do procedimento dois tipos: conteúdo e rosto, através da leitura fazendo alterações nos POPs. Na terceira fase chamada Validação na Prática, os procedimentos foram submetidos à execução na sala de cirurgia por elemento não participante da pesquisa e ajustadas cada passo destes, observando as dificuldades e dúvidas possíveis. **Resultados:** As principais sugestões enfatizaram a necessidade de incluir o arquivamento de indicadores químicos do processo de esterilização em materiais estéreis no prontuário, revisão dos POPs a cada três meses, encaminhar as recomendações no acondicionamento de peças biológicas para o setor de patologia. **Conclusão:** A estratégia de elaboração favoreceu a discussão de aspectos importantes da realização do procedimento de transplante renal e observou-se que poucas alterações foram realizadas nos POPs já que a construção foi realizada pela equipe executora dos transplantes. As maiores dificuldades encontradas estão relacionadas ao escasso material bibliográfico e de pesquisa acerca da atuação de enfermagem no transoperatório do transplante renal.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Estudos de Validação; Transplante de Rim

E-mail: ceciliaizidoro@uol.com.br

1.UFRJ/HUCFF, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL; 2.Ufrj/HUCFF;UERJ/HUPE, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[568]

P095 - RISCOS OCUPACIONAIS NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, VISÃO DOS PROFISSIONAIS DO EXPURGO

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira*1; Claudia Silva Marinho Antunes Barros1

Resumo:

Risco ocupacional é a probabilidade de agravo à saúde humana, advindo de atividade laboral, tanto sendo de origem biológica, física, ergonômica, como de condição ou ato inseguro (Feldman, 2008). O objetivo desse estudo é identificar o conhecimento dos profissionais que trabalham na área do expurgo sobre os riscos ocupacionais aos quais estão expostos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos dados foram coletados Dez/2009 a Jan/2010 na CME de um hospital, tendo como sujeitos todos os trabalhadores atuantes no expurgo da referida CME. Os trabalhadores do expurgo estão sujeitos aos acidentes de trabalho, pela exposição aos riscos ocupacionais, por diversos fatores entre eles a resistência de funcionário ao uso dos EPIS. Estes achados evidenciam a complexidade dos fatores que têm atuado de maneira sinérgica para o que podemos considerar a “situação de risco” do trabalho em CMEs do ponto de vista segurança ocupacional para com os trabalhadores desse setor.

Palavras-chave: Riscos Ocupacionais; Central de Material Esterilizado; Equipamento de Proteção Individual

E-mail: ithanapizzani@hotmail.com

1. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, BRASIL.



[569]

P096 - ACIDENTES DE TRABALHO E RISCOS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Felicialle Pereira da Silva*¹; Rafaela Elisabeth Santos²; Emanuela Batista Ferreira³; Livia Pereira Barros²; Michelle Wogeley Vasconcelos¹

Resumo:

Introdução: O profissional de enfermagem regularmente presta assistência em condições insalubres, reforçadas por situações que aumentam o risco de exposição e ocorrência de acidentes de trabalho. O Central de Material e Esterilização (CME) é considerado um dos setores dos cenários hospitalares em que às práticas específicas vulnerabilizam os profissionais de enfermagem aos acidentes ocupacionais. Torna-se relevante investigar os acidentes de trabalho predominantes e os principais fatores de risco ocupacional entre os profissionais de enfermagem da CME de instituições hospitalares. **Objetivo:** Investigar acidentes de trabalho e os principais riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem na CME. **Método:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em dois hospitais no Estado de Pernambuco. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário semi estruturado utilizado adaptado por estudo similar, preenchido individualmente pelos participantes. Resultados e discussões: Foram entrevistados 37 profissionais de enfermagem, sendo 22 profissionais de uma instituição da rede SUS (instituição A) e 15 de uma unidade da rede particular (instituição B). O perfil dos participantes evidenciou que apenas dois profissionais foram do sexo masculino. Observou-se nas duas instituições a faixa etária prevalente de 43 e 52 de idade, sendo a média de idade de 43,6 anos. Em tabelas foi descrito o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) pela quantidade de equipamentos utilizados, os tipos de acidentes de trabalhos, turno em que ocorreu e a notificação dos mesmos. Todos os profissionais alegaram fazer uso dos EPI's, nas duas instituições observou-se prevalência do uso de 5 ou mais destes (90,9% na instituição A e 53,3% na B). Os EPI's mais utilizados foram luvas, máscaras, óculos e os propés. Quanto aos acidentes 27,3% (n=6) dos profissionais da instituição A afirmaram ter tido algum tipo de acidente, sendo destes 83,3% do tipo perfuro cortante. Já na B, 46,7% afirmaram ter sido acidentado, sendo 57,1% por queimaduras na autoclave. A maioria das lesões foi notificada, sendo 83,3% na instituição A e 57,1% na B. Sessenta por cento das notificações da instituição A foram pelo enfermeiro de plantão, enquanto na B, 100,0% foram notificados pela segurança do trabalho e enfermeiro de plantão. Na instituição B o percentual de acidentes foi de 46,7% (n=7), destes 57,1% foram queimaduras na autoclave (71,4%), havendo notificação de 57,1% (n=4), que foram realizadas na segurança de trabalho junto ao enfermeiro de plantão. Pesquisadores fundamentam que a área física do CME deve permitir o fluxo contínuo e unidirecional do artigo, para isto é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas. **Conclusão:** A pesquisa proporcionou um diagnóstico concernente aos riscos ocupacionais presentes na CME. Dessa forma é importante estruturar e oferecer treinamento eficaz bem como avaliar o impacto destes danos junto aos trabalhadores, considerando problemas levantados e a possibilidade de intervenção nos mesmos. A pesquisa contribuiu de maneira efetiva, no processo de reconhecimento dos riscos ocupacionais a que se encontram expostos os trabalhadores de enfermagem.

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho; Riscos Ocupacionais; Enfermagem

E-mail: cialle@hotmail.com

1.Hospital da Restauração-secretaria do Estado de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL; 2.Faculdade do Vale do Ipojuca-FAVIP, Caruaru, PE, BRASIL; 3.Universidade de Pernambuco-upe, Recife, PE, BRASIL.



[574]

P097 - CUIDADO DO PACIENTE CRÍTICO NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: REESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO.

Vanessa Guarise*1; Cristina Silva Sousa1; Rosangela Gonçalves da Silva1; Marina Bifanni Peixe1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: A sala de recuperação pós-anestésica é o local onde o paciente, submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer até que recupere sua consciência e tenha seus sinais vitais estáveis. Para que isso ocorra, uma equipe multidisciplinar deve estar alinhada para a recuperação do paciente. A enfermagem trabalha de forma sistematizada com a utilização de uma metodologia de trabalho, focada em referencial teórico, que requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente, de forma individualizada e continuada. Com o avanço da tecnologia e a existência mais complexa de equipamentos, utilizados também, para monitorizar pacientes mais críticos na sala de recuperação anestésica, a enfermeira da recuperação anestésica deve possuir conhecimento científico, alinhado à cuidados intensivos para promover a recuperação desses pacientes. **Objetivo:** Estabelecer uma nova composição de equipe de enfermagem para atendimento de pacientes críticos no pós-operatório imediato. **Método:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que tem como meta descrever a experiência vivenciada durante o período de reformulação da equipe de enfermagem da recuperação anestésica para atendimento de pacientes de alta complexidade. O projeto iniciou-se em Janeiro de 2013 com a contratação de duas enfermeiras especialistas em cuidados de terapia intensiva para assistência na recuperação anestésica. Estas enfermeiras foram submetidas a treinamento específico no centro cirúrgico para conhecimento do fluxo de pacientes, e das rotinas pertinentes a área. Em um segundo momento, foram encaminhadas para um treinamento na unidade de terapia intensiva para reconhecimento dos protocolos e assistência realizada. Ao término de todo treinamento foram inseridas na rotina da recuperação anestésica, trabalhando em conjunto com as enfermeiras especialistas em centro cirúrgico. De acordo com a complexidade dos pacientes, as mesmas o direcionam para os boxes de cuidados intensivos, para receber cuidados intensivos pela enfermeira especialista em cuidados intensivos, ou para os boxes padrões. **Resultado:** O foco do treinamento da enfermeira intensivista era inserir parte do conhecimento sobre o paciente cirúrgico (indução anestésica e a complexidade que envolve o procedimento cirúrgico) aliados a gravidade do paciente. A adaptação das enfermeiras intensivistas ocorreu dentro do planejado, e foi proposta por elas uma divisão de escala de serviço baseada no critério do Primary Nursing (sistema organizacional onde o técnico de enfermagem ou enfermeiro assiste o paciente desde a sua admissão até sua alta na unidade). Em um primeiro momento a adequação ao novo e as mudanças geraram dúvidas na equipe de enfermagem. Situação resolvida com a determinação dos cargos pela coordenadora da unidade e esclarecimento da equipe de enfermagem sobre a nova composição da equipe e aplicação das novas rotinas assistenciais. **Conclusão:** A inclusão das enfermeiras intensivistas na recuperação anestésica trouxe um olhar diferenciado para assistência de enfermagem durante o pós-operatório imediato, constitui de organização na elaboração de escalas de serviço e contribuiu com a segurança da equipe multidisciplinar frente ao paciente crítico que permanece na unidade durante o pós-operatório imediato.

Palavras-chave: Recuperação Pós-Anestésica; Enfermeira; Paciente Crítico

E-mail: vanessaguarise@hotmail.com

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brasil



[580]

P098 - PROTOCOLO PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS PRECAUÇÕES DE CONTATO DURANTE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Glaucia Maria de Lima Pinheiro*1; Juliana Rizzo Gnatta1; Glaucia Mara de Souza1; Isa Rodrigues Silveira1; Andrea Tamancoldi Couto1

Resumo:

Introdução: A multirresistência bacteriana aos antimicrobianos configura-se como um grave problema da saúde pública devido ao aumento da morbi-mortalidade dos pacientes. Representa um fator de risco para infecções cruzadas, visto que tais microrganismos podem ser transmitidos por meio de contato direto ou indireto. Os pacientes portadores de bactérias multirresistentes também são submetidos a procedimentos cirúrgicos, nos quais o aumento da exposição aos fluidos corpóreos torna essencial a aplicação das precauções de contato nas salas operatórias. **Objetivo:** Elaborar um protocolo a ser adotado no Centro Cirúrgico durante o período perioperatório de um paciente em precauções de contato na unidade. **Método:** Trata-se de um relato de experiência que resultou em um protocolo elaborado a partir da análise de situações de cirurgias de pacientes em precauções de contato por bactérias multirresistentes e de discussões com profissionais de Enfermagem do Centro Cirúrgico e especialistas em Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. O protocolo foi complementado com a literatura da Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) e da Associação Paulista de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH) a respeito do tema. **Resultados:** Elaborou-se um protocolo com a finalidade de padronizar a assistência prestada aos pacientes em precauções de contato submetidos a procedimentos cirúrgicos. O protocolo contempla recomendações sobre as ações que devem ser executadas bem como as responsabilidades de cada um dos agentes da equipe. **Conclusão:** Considerou-se relevante a divulgação do protocolo frente à escassez de publicações nacionais e internacionais a respeito de precauções de contato em Centro Cirúrgico. Além disso, é um instrumento factível e que pode auxiliar na assistência de enfermagem prestada aos pacientes portadores de microrganismos resistentes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Palavras-chave: Controle de Infecção; Precaução de Contato; Centro Cirúrgico

E-mail: andreatcouthu@hu.usp.br

1.Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



Rosângela Pereira da Silva*1; Gina Vilas Boas Lima Tarsitano1; Eliene Aparecida Cerqueira Marcos1; Givaneide Ribeiro da Silva1; Nanci Danielle de Sá1

Resumo:

Introdução: A Central de Material e Esterilização (CME) caracteriza-se como uma unidade de apoio técnico a todos os serviços, As nossas mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada por meio de contato direto ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados. Cabe ao enfermeiro ser o motivador e o coordenador do programa de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem, proporcionando com isso a formação de um grupo preparado para contribuir no controle de infecção hospitalar. **Objetivo:** Prevenir a propagação das infecções relacionada à assistência à saúde e Identificar momentos nas nossas atividades que a lavagem das mãos é essencial. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no mês de Março de 2013, no Hospital Pimentas Bonsucesso, em Guarulhos-SP. Foi realizado uma campanha de lavagem das mãos para todos os seus colaboradores pelo SCIH com a técnica correta da higienização das mãos com água e sabão e álcool gel. A CME objetivando trazer esta campanha a nossa vivência, realizou uma pesquisa entre os colaboradores da CME, perguntando em quais momentos deveria ser as nossas prioridades, em todas as áreas, para a higienização das mãos. E, baseado no resultado da pesquisa e no cartaz dos 05 momentos para a higienização das mãos implantado pela organização mundial da saúde (OMS), foram criados os nossos momentos para a higienização das mãos na CME. **Resultado:** Tivemos uma participação de todos os colaboradores da CME. Todos os integrantes se mostraram disponíveis para ajudar na elaboração do informativo, com o objetivo de evitar que microorganismos sejam transmitidos para o profissional, paciente, objeto ou superfície. Chegamos então a 07 momentos importantes para higienização das mãos na CME. Estes momentos apresentados são apenas algumas sugestões para a lavagem das mãos na central de material e esterilização e não regra, pois sabemos que a segurança do paciente depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos dos profissionais. Após a divulgação desse cartaz houve uma melhora na conscientização quanto à lavagem das mãos na CME. Os momentos identificados foram: 1-Antes e Após entrar no setor e do uso de luvas de procedimentos; 2-Antes de manusear os invólucros; 3-Antes de manusear os testes; 4-Antes de preparar os materiais; 5-Antes de manusear, carregar e descarregar equipamentos; 6-Antes de guardar distribuir materiais; 7-Após contato com superfícies e artigos contaminados. **Conclusão:** Com este trabalho identificamos a necessidade de mecanismos que contribuam com a compreensão do processo ensino aprendizagem e que todos os esforços para a conscientização dos profissionais de saúde são essenciais para a adesão à higienização das mãos. Transformar a lavagem das mãos em um hábito frequente pode salvar vidas e, trazer isso para a realidade do CME pode direcionar os colaboradores, afinal ninguém conhece melhor o seu setor do que aquele que trabalha ali várias horas por dia e pode colaborar com sugestões para melhorar o desempenho do local.

Palavras-chave: Higienização das Mãos na CME; Controle de Infecção; Treinamento

E-mail: rosangela_pereiradasilva@yahoo.com.br

1.SPDM-HMPB, Guarulhos, SP, BRASIL.



Priscila Paulon*1; Simone Vignati Varandas1; Sandra Helena Cardoso1

Resumo:

Introdução: A avaliação do desempenho do paciente durante o procedimento cirúrgico com o objetivo de prever seu comportamento no pós operatório, é algo de suma importância. O índice de APGAR Cirúrgico é um indicador calculado logo após o término da cirurgia. Desta forma, ele nos permite dar um feedback imediato sobre a condição físicas do paciente nesse exato momento. Isto posto, podemos conduzir a uma melhor gestão de cuidados prevenindo complicações no pós operatório (1). Trata-se de um sistema de 10 pontos baseado em três parâmetros transoperatórios: perda sanguínea intra-operatório estimada, a frequência cardíaca mais baixa e a pressão arterial média mais baixa (2). Semelhante à classificação obstétrica de APGAR para avaliar a condição de um recém-nascido, a classificação cirúrgica de APGAR fornece um retrato de como a cirurgia transcorreu. Assim, através de uma avaliação sistemática da condição do paciente após a cirurgia desde 0 (indicando grande perda sanguínea, hipotensão e frequência cardíaca elevada ou assistolia até 10 (indicando perda sanguínea mínima, pressão sanguínea normal e frequência cardíaca fisiologicamente baixa a normal) (3) , teremos um norte para conduzir a prestação de cuidados pós-operatório. **Objetivo:** Observar como a aplicação do APGAR cirúrgico pode nos auxiliar no direcionamento do cuidado pós –operatório. **Método:** Foi realizada avaliação de 8122 pacientes no período 01/03 à 31/12/2012. Para avaliação dos pacientes foi aplicada a tabela de classificação de APGAR cirúrgico. **Resultados:** Durante a análise dos resultados observamos que 90% dos pacientes obtiveram APGAR maior ou igual a 6. No entanto, dentre os que obtiveram notas inferiores a 4, a maioria ou eram Crianças, que fisiologicamente apresentam a frequência arterial média baixa, ou então pacientes que já tinham indicação de UTI. **Conclusão:** A classificação cirúrgica de APGAR nos auxilia a avaliar com maior criticidade o desempenho do paciente durante a cirurgia e nos proporciona maior segurança no acompanhamento deste paciente no período de Recuperação Pós-Anestésica. A participação da Equipe Cirúrgica (anestesista e cirurgião) é de extrema importância, pois em conjunto decidimos qual será a conduta para com os pacientes com APGAR cirúrgico menor que 4. Também nos auxilia avaliar sistematicamente os itens relacionados ao desempenho do paciente durante o intra operatório, norteadando cuidado pós-operatório seguro em caso de complicações.

Palavras-chave: APGAR Cirurgico; Perioperatorio; Avaliação

E-mail: sandrahelenacardoso@hotmail.com

1.Hospital Santa Catarina, São Paulo, SP, BRASIL.



[586]

P101 - INDICADOR DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO DE PRODUÇÃO DE UMA CME

Inês Catarina Barth de Godoi*1; Celia Hisatugo Nishimura2; Lilian Denise Mai3; Patricia Aparecida Cassero2; Suzei Helena Tardivo Barbosa2

Resumo:

Introdução: Os indicadores são definidos como medidas de variáveis ou atributos que identificam resultados desejáveis ou indesejáveis de determinada prática e estabelecem índices de conformidade, funcionam como alertas para melhorar as estruturas e os processos de trabalho e detectar deficiências na qualidade ou propor mudanças gerenciais. A demanda de uma Central de Material e Esterilização (CME) é a quantificação de determinado estabelecimento e deve ser expressa em l/dia de materiais a serem processados por dia de trabalho ou UE (unidades de esterilização). A Unidade de Esterilização definida pela norma ISO 11134, com volume de 48 litros ou 01 cestos. Para padrões de demanda utilizados para Hospital Geral de médio porte com leitos de clínica e leitos cirúrgicos é de 40 litros/leitos /dia. **Objetivo:** Propor um indicador de Avaliação de Resultado em Produção para avaliar a capacidade de demanda de performance em autoclaves a vapor, conforme a taxa média de ocupação hospitalar. **Método:** Realizado o levantamento de dados de produção no período de janeiro a dezembro de 2012, das três autoclaves a vapor da CME de um hospital Universitário, com 121 leitos com taxa média de ocupação hospitalar de 92.57% leitos/dia, 03 salas cirúrgicas, 01 sala de parto, com 272 cirurgias/mês, demanda de 3098 atendimentos mês no Pronto Socorro de porte II e 2945 consultas de especialidades/mês. Calculado o dimensionamento da demanda recomendada pelo fabricante, confrontando se com a capacidade instalada, e a possibilidade de desativação de aparelho esterilização gravitacional, em atendimento a RDC nº 15 de 15/03/2012. **Resultado:** Observou-se que a demanda das autoclaves HI-VAC é de 8064 l/dia e sua produção real no ano foi de 6916 l/dia, o estudo demonstrou a possibilidade de desativar a autoclave gravitacional com a produção de 384 l/dia sem prejuízo para o atendimento. **Conclusão:** Constatamos que podemos desativar a autoclave gravitacional e mantermos as duas Pré-vácuo, entretanto em caso de manutenção em uma das autoclaves haverá um comprometimento de 72% da produção. Os dados informam a necessidade de aquisição de mais um equipamento. Neste ano o indicador de produção em produtos para saúde foi de 85 nesta instituição. A gestão por indicadores nos auxiliam a direcionar as demandas de performance, pois somente pode ser melhorado aquilo que se mede.

Palavras-chave: Indicadores; Avaliação; Autoclaves

E-mail: cenishimura@hotmail.com

1.Hospital Universitário Regional de Maringa, Maringa, PR, BRASIL; 2.Hospital Universitario Regional de Maringa, Maringa, PR, BRASIL; 3.Universidade Estadual de Maringa, Maringa, PR, BRASIL.



Celia Hisatugo Nishimura*1; Ines Catarina Barth de Godoi1; Lilian Denise Mai2; Patricia Aparecida Cassero1; Suzei Helena Tardivo Barbosa1

Resumo:

Introdução: O controle de infecções adquiridas em serviços de saúde (IASS) é alvo de grande preocupação para os profissionais da saúde. O desenvolvimento de novas técnicas e produtos utilizados no processo de esterilização de produtos para a saúde tem contribuído com o desenvolvimento de um procedimento seguro tanto para os pacientes como para equipe da área da saúde. Entretanto faz-se necessário a validação desses novos recursos, a fim de garantir a qualidade do serviço de saúde prestado ao cliente hospitalar. **Objetivo:** Validar o processo de esterilização em autoclave sob vapor e pressão, desde a limpeza até a distribuição de artigos e instrumentais médico-cirúrgicos processados em papel grau cirúrgico, campos de tecido e não tecido (SMS) no Centro de Materiais e Esterilização (CME). **Método:** O estudo desenvolveu-se em um Hospital Universitário de médio porte, onde amostras em duplicas de metais, fragmento de silicone e papel filtro contaminados com 10µl do inóculo contendo 300 mil UFC/ml de *Bacillus stearothermophilus* recomendados para validação do processo de esterilização em autoclaves; acondicionadas em embalagens de tecido 100% algodão, tecido não tecido e papel grau cirúrgico, esterilizadas e armazenadas conforme a rotina e condições físicas da CME do hospital. A cada cinco dias, totalizando um período de sessenta e cinco dias, uma amostra de cada embalagem é retirada da CME e os corpos de prova de metal e material de silicone são incubados em meio de cultura Brain Heart Infusion (BHI) a uma temperatura de 60°C em banho-maria durante 7 dias, 24 horas em temperatura de 40° a 50°C, e por fim 24 horas em temperatura ambiente procedendo a leitura dos resultados no decorrer desse processo. **Resultados:** Comprovou-se que a embalagem de tecido 100% algodão, campo não tecido e papel grau cirúrgico correspondem à garantia da qualidade de esterilização, passando pelo processo completo desde a limpeza e descontaminação prévia dos artigos, acondicionamento, esterilização, armazenagem e distribuição obedecendo o fluxo unidirecional com os produtos de limpeza corretos e conhecimento científico da necessidade de processar um artigo com técnicas apropriadas, mantendo os artigos por um tempo maior de esterilidade. **Conclusão:** O processamento dos produtos para a saúde com garantia da qualidade representa um dos pilares do controle e da prevenção de IASS, é de extrema importância, para evitar que o material utilizado na terapêutica ao paciente torne-se uma fonte de contaminação, diminuindo a exposição ao risco de complicações para o paciente e para os profissionais da saúde, bem como o monitoramento sistemático contínuo desses processos.

Palavras-chave: Validação de Esterilização; Qualidade Hospitalar; Embalagens

E-mail: cenishimura@hotmail.com

1.Hospital Universitário Regional de Maringá, Maringá, PR, BRASIL; 2.Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, BRASIL.



[588]

P103 - REGISTROS DO MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVE PARA AVALIAÇÃO DE PROCESSOS E RESULTADOS

Celia Hisatugo Nishimura*1; Inês Catarina Barth de Godoi1; Lilian Denise Mai2; Patricia Aparecida Cassero1; Suzei Helena Tardivo Barbosa1

Resumo:

Introdução: O processamento em um Centro de Material e Esterilização (CME) inclui a esterilização de materiais, com equipamentos próprios e o monitoramento de sua qualidade, por meio do uso diário de indicadores físicos, químicos e biológicos. O registro adequado desse monitoramento pode ser fundamental para avaliação de processos e resultados, muito além de apenas atender uma exigência legal. **Objetivo:** Analisar o impresso de registro diário do monitoramento da esterilização em autoclave. **Método:** Estudo retrospectivo no CME de um hospital universitário. A fonte de dados foi o impresso de registro diário dos testes de esterilização realizados em 5 autoclaves, de 2010 a 2012. A análise enfatizou aspectos inerentes ao tipo de impresso e à qualidade dos dados produzidos para avaliação do serviço. **Resultados:** Duas autoclaves eram gravitacionais (AI e AIII), 2 auto-vácuo (AII e AIV) e 1 ciclo flash (AV), totalizando 5332 registros, distribuídos respectivamente: AI (882-16.5%), AII (1522-28.5%), AIII (1642-31%) e AIV (1222-23%) e AV (64-1%). Essa série histórica desvelou mudanças significativas que ocorreram no período, como instalação da segunda máquina auto-vácuo, implantação do teste diário Bowie Dick, demanda semanal/mensal/anual de testes por autoclave, tempo de desativação e impacto de demanda nas demais máquinas, entre outros. Quanto ao impresso, verificou-se que necessita de mudanças. Os dados gerais reforçam a necessidade do uso de registros adequados a cada serviço. Potencialidades: visualização das mudanças nos processos de trabalho (tecnologias, rotinas e protocolos); definição de novos protocolos; registro e guarda do monitoramento e consequente qualidade do processamento e alcance do objetivo central do CME; possibilidade de novos estudos, como impacto financeiro de novas tecnologias e análises de demanda; adaptação do impresso à realidade; aprimoramento dos serviços de apoio da CME (manutenção); atendimento legal. Fragilidades: capacitação para o preenchimento, acirrada frente à rotatividade de pessoal; formato em papel, garantindo anexação de rótulos e comprovantes dos testes, mas necessitando de local para posterior guarda dos documentos; falta de informatização para maior agilidade na produção de dados; ausência ou falta de clareza sobre informações. **Conclusão:** Não basta apenas atender normativas quanto ao registro do monitoramento da esterilização e disponibilizá-lo para atos de vigilância externa em saúde. É imprescindível ao trabalho do enfermeiro aprimorar o sistema de registros e utilizá-los como fonte importante para a produção de dados que contribuam efetivamente para a avaliação de processos e resultados compatíveis à realidade e qualidade do serviço.

Palavras-chave: Registro; Autoclaves A Vapor; Central de Esterilização

E-mail: cenishimura@hotmail.com

1.Hospital Universitario Regional de Maringa, Maringa, PR, BRASIL; 2.Universidade Estadual de Maringa, Maringa, PR, BRASIL.



[589]

P104 - A LUDICOTERAPIA E SEUS BENEFÍCIOS NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CRIANÇAS

Debora Rodrigues Guerra*1; Daniela Cristina de Paula de Castro E Silva2; Francisco Wagner de Sousa Paula2; Geysa Maria Nogueira Farias1; Ana Karla Neiva Magno1

Resumo:

Introdução: Uma indicação cirúrgica para a criança se constitui em fatores geradores de ansiedade e medo. A resposta da mesma ao medo é o choro, segundo Schmitz, Piccoli e Vieira (2003), elas choram por sentirem-se sozinhas, cercadas por pessoas estranhas, e por não entenderem o que se passa. O lúdico é uma forma de atenuar os sentimentos negativos que surgem nas crianças submetidas à cirurgia. Brincando ela passa a se socializar com o ambiente, com os profissionais e com materiais próprios do centro cirúrgico, estabelecendo uma relação de confiança profissional-criança que não tem preço, capaz de fazê-la superar desafios, transformando o ambiente em um local mais fácil de ser dominado por ela mesma. **Objetivo:** Analisar os benefícios que a ludicoterapia proporciona na criança no pré-operatório. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa relacionada à ludicoterapia no pré-operatório de crianças. As informações foram produzidas a partir da identificação e seleção de textos publicados em periódicos indexados e constantes nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. A busca foi realizada entre janeiro e maio de 2013, utilizando os descritores: “enfermagem perioperatória”, “jogos e brinquedos” e “enfermagem pediátrica”. Para inclusão utilizou-se artigos publicados em português, completos e que abordassem a temática. Os dados foram organizados qualitativamente por abordagens, categorizando os assuntos. A análise dos cinco estudos selecionados foi realizada de forma descritiva, possibilitando observar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado. **Resultados:** Os artigos mostraram estudos do tipo observacionais, descritivos com abordagem qualitativa e ensaio clínico. Ao brincar a criança compreende melhor a realidade que a cerca assumindo comportamentos mais adequados e adaptativos. Crianças beneficiadas com a ludicoterapia no pré-operatório puderam compreender a situação a que estavam expostas, expressando suas dúvidas e sentimentos dentro do mundo de fantasias e imaginação. Sabe-se que o brincar é para a criança muito mais do que diversão, é uma oportunidade de contextualizar situações condizentes com sua realidade. **Conclusão:** A importância do lúdico no preparo físico- psíquico- emocional da criança que será submetida à cirurgia é inquestionável. A ludicoterapia constrói uma ponte direta entre o mundo infantil e o mundo dos adultos. Após a análise dos artigos, ficou evidenciado que a ludicoterapia minutos antes da cirurgia pode tranquilizar uma criança, deixando-a mais segura e menos estressada. Frente a isso, o presente trabalho permite a ampliação dos olhares da enfermagem sobre o valor da assistência humanizada, levando às crianças que se encontram em processo operatório, caminhos de alegrias e encantamentos, desmistificando o pavor da rotina cirúrgica, através do lúdico.

Palavras-chave: Ludicoterapia; Cirurgia Infantil; Enfermagem

E-mail: deborarguerra@hotmail.com

1.UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL; 2.UECE, Fortaleza, CE, BRASIL.



Igarape Maria Januncio*1; Giovanna Dimbério Giaquinto Noro1

Resumo:

Introdução: A Unidade de Centro Cirúrgico (C.C.) é destaque dentre outras unidades hospitalares devido à complexidade de suas atividades, tornando indispensável o conhecimento específico. A definição da Assistência de Enfermagem Perioperatória pela Association of Operating Room Nurses (AORN), em 1978, decorreu da preocupação com a melhora da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico. Houve também no Brasil, um impulso no desenvolvimento técnico-científico da assistência a ser prestada ao paciente, formalizado pela implantação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória(SAEP). Autores ao estudar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de C.C., identificaram que a maior dedicação do tempo dos enfermeiros estava relacionada à manutenção dos equipamentos e instalações e que há nessa unidade conflito entre burocracia e assistência. **Objetivo:** Identificar a prática efetiva do Enfermeiro no C.C. **Material e Método:** Estudo descritivo, de delineamento transversal e um levantamento com abordagem quantitativa dos dados. A pesquisa foi direcionada a todos os enfermeiros da Unidade do Centro Cirúrgico Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) que aceitaram participar do estudo. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, após aprovações éticas, através da entrega de um questionário desenvolvido para este fim. Os dados coletados foram computados e analisados quantitativamente, apresentados em tabelas, seguidos de discussão embasada em literatura nacional. **Resultados e Discussão:** Responderam ao questionário 15(100%) enfermeiros, sendo 14(93,33%) do sexo feminino. Atuação Profissional Assistencial: Quanto à realização da visita pré-operatória 11(73%) enfermeiros a realizavam. A visita pré-operatória tem como objetivo promover maior interação entre o enfermeiro do centro cirúrgico e o paciente, individualizar a assistência de enfermagem e ser um elo para a sua continuidade no período transoperatório. Quanto à avaliação do paciente na visita pré-operatória, 12(80%) enfermeiros valorizavam o levantamento de: diabetes, hipertensão, alergias. No transoperatório, 14(93%) enfermeiros realizavam e aplicavam a prescrição de Enfermagem e 10(67%) realizavam a evolução de Enfermagem. Prescrição de Enfermagem é o conjunto de medidas, que direciona e coordena a assistência ao paciente. Quanto à realização de visita pós-operatória de Enfermagem, 9(60%) a realizavam. A realização de visita pós-operatória de Enfermagem é uma estratégia de avaliação da assistência prestada. Atuação Profissional Administrativa: Quanto a realização de reuniões com a equipe de Enfermagem, 14(93%) responderam que a realizavam; quanto a previsão de artigos estéreis para os procedimentos cirúrgicos 12(80%) a realizavam. O papel do enfermeiro é fundamental para a previsão e provisão de todos os recursos necessários, sendo também responsável pelo gerenciamento da assistência transoperatória ao paciente. Na opinião de 9(60%) enfermeiros o papel profissional é igualmente assistencial e administrativo. **Conclusão:** Concluiu-se que a prática do enfermeiro neste C.C, busca individualizar a assistência de enfermagem através da visita pré-operatória, da coleta pormenorizada de dados, da realização da prescrição e evolução de Enfermagem e da visita pós-operatória e que a Atuação Profissional Administrativa é realizada de forma abrangente. Os resultados confirmam que a prática efetiva do Enfermeiro no C.C. é igualmente assistencial e administrativa.

Palavras-chave: Papel do Profissional de Enfermagem; Centro Cirúrgico; Gestão Hospitalar

E-mail: igarape1@hotmail.com

1.FCMSCSP, São Paulo, SP, BRASIL.



[591]

**P106 - O CUIDADO DE ENFERMAGEM PÓS ANGIOPLASTIA CORONARIANA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Maria Cristina Umpierrez Vieira*¹; José Junior de Oliveira²; Evani Marques Pereira¹; Maria Emilia Marcondes Barbosa¹

Resumo:

Introdução: A Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) é o procedimento mais utilizado para a reperfusão das artérias coronárias, restaurando o fluxo sanguíneo no miocárdio. A realização do procedimento exige cuidados de enfermagem especializados, visando a recuperação do paciente e a prevenção de agravos. Com o objetivo de reunir e sintetizar o conhecimento produzidos sobre a assistência de enfermagem ao paciente submetido a ACTP, realizou-se uma revisão integrativa da literatura. **Metodologia:** Na primeira etapa definiu-se a questão norteadora: quais são os cuidados de enfermagem pós ACTP preconizados na literatura? Na segunda etapa foram definidos os critérios de inclusão para a seleção dos artigos que constituíram a amostra. Na terceira fase foram determinados os critérios para extrair informações dos 5 estudos selecionados. Na quarta fase, os achados foram organizados por ordem de prioridade, conforme a força de evidência e sua capacidade de responder à questão norteadora. Na quinta fase os dados foram interpretados e na sexta foi elaborada uma síntese dos achados. **Resultados:** os cuidados citados em 3 artigos foram: compressão local para alcançar a hemostasia e controle do tempo de coagulação (não houve consenso sobre a forma de fazer a pressão local); Posicionamento correto do paciente no leito e ao ser transportado, evitando que o membro afetado seja mobilizado e mantendo a cabeça elevada (não houve consenso com relação a quantos graus a cabeça deve ser elevada); planejar os cuidados para atender às necessidades do paciente e sua família; disponibilidade da enfermagem para orientar e oferecer apoio. Os cuidados destacados em 2 artigos foram: observar sinais de sangramento, hematomas ou edema no local de inserção; avaliar pulsos periféricos e estado neurovascular; desenvolver estratégias para o controle da ansiedade focadas na capacidade de comunicação do enfermeiro com a família e o paciente; fornecer orientações para alta hospitalar e cuidado domiciliar; identificar e controlar fatores de risco; implementar o Processo de Enfermagem como ferramenta que permita uma avaliação precisa do paciente e facilite sua recuperação. Apenas 1 artigo considerou que a educação em saúde é a principal estratégia para o processo de reabilitação no espaço domiciliar. **Conclusão:** os cuidados priorizados nos poucos artigos disponíveis foram majoritariamente biomédicos, ao mesmo tempo, foi atribuída ao enfermeiro a responsabilidade pelo planejamento das ações de cuidado. Esta constatação revela que há necessidade de investir em cuidados que alcancem não apenas os pacientes, mas também seus familiares e que não se limitem a habilidades técnicas. Os dados levantados também oferecem subsídios para elaborar diretrizes para o cuidado de enfermagem pós ACTP e evidenciam que existem lacunas de conhecimento que geram falta de consenso, isto sugere a necessidade de novos estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Angioplastia; Cuidado; Enfermagem

E-mail: crisump@yahoo.com.br

1.UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil; 2.UNIMED, Guarapuava, PR, Brasil. "Patrocinado pela Fundação Araucária".



[592]

P107 - PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO NO TRANS E PÓS-OPERATÓRIO

Patricia Treviso*1; Diego Silveira Siqueira1; Simone Cristina de Souza1; Sueli Fatima Casasola1; Catia Perez Pereira Gomes1

Resumo:

Introdução: Úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. Podendo ocorrer também como complicação durante o trans e/ou pós-operatório. As UP são classificadas em estágios que vão de I a IV, com base no comprometimento tecidual, podendo ainda ser classificada como inclassificável e suspeita de lesão nos tecidos profundos. **Objetivos** - Analisar produção bibliográfica sobre os cuidados relacionados à prevenção de úlcera de pressão no trans e pós-operatório durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. Descrever evidências bibliográficas sobre as principais estratégias de prevenção de úlceras de pressão no trans e pós-operatório. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foram percorridas as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão bibliográfica; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos selecionados; análise, discussão e apresentação dos resultados. Foram selecionados 9 artigos científicos que versavam acerca do tema. **Resultado:** Verificou-se que inúmeros são os riscos para desenvolver úlceras de pressão no trans e pós-operatório. O cuidado de enfermagem é fundamentado nas necessidades e prioridades identificadas para o paciente. O fator em comum encontrado para a prevenção de úlcera de pressão foi a realização de mudança de decúbito pela equipe de enfermagem no período pós-operatório, a proteção de saliências ósseas com hidrocolóides, películas e espumas de poliuretano podem ajudar na prevenção de úlceras de pressão, tanto no período trans como pós-operatório. **Conclusão:** Avaliando a proposta inicial desta revisão, observam-se algumas lacunas na investigação relacionadas às possibilidades de lesões que poderiam ocorrer durante ou devido o longo período trans e pós-operatório. Faz-se necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos que produzam evidências significativas em relação ao tema em questão, no que tange à prática da enfermagem no trans e pós-operatória.

Palavras-chave: úlcera de Pressão; Período Transoperatório; Período Pós-Operatório

E-mail: ptreviso@ibest.com.br

1. Instituto Metodista do Sul IPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.



Patricia Treviso*1; Fernanda Guimarães Costa1

Resumo:

Introdução: A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma infecção respiratória que pode se desenvolver após 48 horas de intubação orotraqueal (IOT) em ventilação mecânica (VM). Esta infecção é resultante do desequilíbrio entre os mecanismos de defesa do indivíduo e o agente microbiano, devido ao tamanho do inóculo ou virulência do microorganismo. Os pacientes intubados perdem a barreira natural de proteção entre a orofaringe e a traquéia, eliminando o reflexo da tosse e promovendo o acúmulo de secreções contaminadas acima do balonete, propiciando maior colonização e risco de aspiração. **Objetivo:** Analisar produção bibliográfica sobre medidas preventivas para PAVM nos pós-operatório (PO). **Método:** Revisão integrativa. Bases de dados utilizadas: Pubmed, Lilacs e Scielo, sem delimitação de tempo de publicação. **Descritores:** prevenção, pneumonia, ventilação mecânica e pós-operatório. Idiomas Português, Espanhol e Inglês. Encontrados 45 artigos no Pubmed, 14 artigos no Lilacs, e 3 no Scielo. Destes, 62 artigos encontrados foram excluídos, pois, 50 artigos se referem: a mortalidade, fatores de risco, complicações de pneumonia em PO de cirurgia abdominal alta, cardíaca e transplantes, uso de antibióticos e efeito da circulação extracorpórea, 8 artigos se referem ao uso de ventilação mecânica não-invasiva para prevenção de complicações pulmonares no PO. Apenas 4 artigos abordaram medidas preventivas para PAVM, os quais foram incluídos para análise. **Resultados:** Um artigo científico comparou a aspiração subglótica convencional com a contínua em pacientes PO de cirurgia cardíaca, mostrando o procedimento contínuo como fator de proteção significativo ($p=0,04$), encorajando o seu uso. Outro estudo mostrou que o tubo endotraqueal de poliuretano quanto comparado com o tubo convencional, possui melhor qualidade do balonete, impedindo a aspiração subglótica, assim reduzindo a frequência de pneumonia no PO em pacientes de cirurgia cardíaca, mostrando $p=0,01$. Dois estudos mostraram a adesão de um protocolo do uso de gluconato de clorexidina para higiene oral comparado com grupo controle, com objetivo de diminuir a incidência de PAVM em pacientes de UTI cirúrgica. Um estudo mostrou uma redução significativa e um atraso na ocorrência de PAVM ($p < 0,05$) em pacientes cirúrgicos adultos. Outro estudo mostrou que a higiene bucal com gluconato de clorexidina não reduziu a incidência de pneumonia nosocomial e PAVM em crianças submetidas à cirurgia cardíaca. **Conclusão:** Através desse estudo foi possível concluir que existem diversos artigos científicos sobre a ocorrência, incidência, fator de risco de PAVM, mostrando que esta situação possui elevada morbidade, aumenta o risco de mortalidade, eleva o tempo de internação e de utilização de recursos. Porém, existe uma carência de estudos que abordem a criação e adesão de protocolos como medidas preventivas para PAVM no PO, a fim de reduzir os danos causados.

Palavras-chave: Pneumonia; Ventilação Mecânica; Período Pós-Operatório

E-mail: ptreviso@ibest.com.br

1. Instituto Metodista do Sul IPA, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[595]

P109 - CERTIFICAÇÃO DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: VOCÊ CONCORDA?

Katia Marcelino*1; Luana Mentoni Bogos1

Resumo:

A competência é definida como conhecimento e capacidade em determinada área em sentido oposto à incompetência, as últimas notícias sobre a Enfermagem mostraram tristes histórias que viraram notícia nos meios de comunicação, passando a mostrar outro lado da saúde que nós enquanto profissionais não gostaríamos de ver... São mortes e danos irreparáveis ao que julgamos mais sagrado, a vida do outro. Erros absurdos cometidos pela enfermagem sejam técnicos ou auxiliares, sejam enfermeiros ou estagiários, inúmeros erros apontados sem quaisquer justificativas ou chance de defesa por ambas as partes. A competência profissional tem sido posta à prova e no nosso dia-a-dia temos que conviver com a desconfiança do público que já calejado de sofrimento, agora clama também por segurança. Atento à necessidade de qualificação do ensino e da assistência na saúde, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) assinou Termo de Cooperação com o Ministério da Educação (MEC) que lhe permite parecer sobre Avaliação, Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Dessa forma, o Cofen já está opinando oficialmente sobre tais cursos em todo o Brasil. Com o objetivo de avaliar o índice de aceitação para a certificação da competência profissional no curso de graduação em enfermagem através de prova instituída pelo órgão responsável, para exercício legal da profissão de enfermeiro. Realizou-se um estudo prospectivo, descritivo com abordagem quantitativa com 270 graduandos do curso de Enfermagem do 1º ao 8º semestres. A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição de ensino superior privada situada na zona sul do município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2012. O estudo foi elaborado de acordo com Resolução 196/96. A pesquisa foi registrada na plataforma Brasil sob número: 40432. Dos 270 alunos pesquisados 164 alunos (61%) concordaram na aplicação de um instrumento avaliativo e 106 alunos (39%) discordam da aplicação deste. Entre os alunos que concordam com a aplicação da avaliação notou-se que a maioria compreende que a aplicação da avaliação é uma forma de valorização da profissão e capacitação da mão de obra oferecida. Os motivos declarados entre os alunos que discordaram da aplicação da avaliação foram: o tempo gasto e custo dispendioso para a conclusão do curso, referindo injustiça quanto ao fato de não poder exercer a profissão após a instituição da prova em questão, além de acreditarem que a experiência somente se conquista no dia-a-dia. Acredita-se que a certificação da competência profissional seja uma medida satisfatória para a melhoria da assistência de enfermagem, selecionando os profissionais mais aptos para o mercado de trabalho e diminuindo os erros constantemente ocorridos.

Palavras-chave: Competência Profissional; Saber Profissional; Avaliação Profissional

E-mail: katiamarcelino@uninove.br

1. Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, BRASIL.



Iolanda Beserra da Costa Santos*1; Aline Bezerra Martins1; Ana Paula Marques Andrade de Souza1; Leila de Cassia Tavares da Fonseca1

Resumo:

Introdução: Após o procedimento cirúrgico os pacientes geralmente permanecem com algum tipo de dispositivo invasivo instalado, a exemplo: cateter venoso periférico ou central, sondas e/ou drenos entre outros. A permanência desses dispositivos geram desconfortos e dificuldades aos pacientes no pós-operatório. Considerando estes incômodos, compete aos profissionais de enfermagem, realizar uma vigilância contínua junto a esses pacientes na tentativa de aliviar sintomas, objetivando melhor controle dos problemas apresentados. A diminuição dos incômodos deve ser prioritária para a equipe de enfermagem, por produzir um efeito eficaz no estado físico, mental e social do paciente. **Objetivos:** Identificar as dificuldades apresentadas por pacientes utilizando dispositivo invasivo no pós-operatório; Caracterizar o tipo de dispositivo invasivo utilizado pelo paciente; Citar as ações realizadas pela equipe de enfermagem para minimizar as dificuldades apresentadas pelos pacientes. **Metodologia:** Pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, realizada na clínica cirúrgica de um hospital público de ensino localizado no município de João Pessoa-PB. Participaram 40 pacientes que se encontravam no pós-operatório imediato e mediato em uso de dispositivo invasivo. A coleta dos dados foi realizada entre janeiro e março de 2013, por meio da aplicação de um roteiro de entrevista. Os achados foram analisados e interpretados por meio da estatística descritiva. Levaram-se em consideração os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (CEP/HU CAE nº 10174812900005183). **Resultados:** Dos 40 pacientes, 62,5% foram do sexo feminino, 37,5% masculino. Encontrou-se 107 dispositivos invasivos, alguns pacientes utilizavam mais de um, dentre eles: 30% sonda vesical de demora, 29% acesso venoso periférico, 8,4% acesso venoso central. Quanto às dificuldades relacionadas ao uso dos dispositivos invasivos foram obtidas 160 respostas sendo as mais citadas: tomar banho sozinho 17,5%, limitação para os movimentos no leito 14,3%, dificuldade em deambular pelas enfermarias e levantar-se do leito 13,1%. Em relação às ações de enfermagem para diminuir as dificuldades dos pacientes com dispositivo invasivo, 65% relataram o cuidado no momento da realização do curativo, 29% referiram durante a visita os enfermeiros e os técnicos de enfermagem informaram que poderiam movimentar-se no leito e deambular na enfermaria. **Conclusão:** A partir dos achados, constatou-se que o paciente em uso de dispositivo invasivo no pós-operatório apresenta dificuldades para realização de suas necessidades básicas. Para minimizar essa condição, é necessário uma avaliação sistemática no pós-operatório, permitindo ao enfermeiro identificar as dificuldades e buscar soluções para assistir o paciente dentro das suas reais necessidades. Acreditamos que a compreensão dos desafios enfrentados por esses pacientes facilitará aos membros da equipe de enfermagem uma atuação como agentes transformadores desse “cuidar”.

Palavras-chave: Enfermagem; Paciente Pós-Operatório; Dispositivo Invasivo

E-mail: iolandabsc@hotmail.com

1.Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, BRASIL.

[597]

P111 - HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO SOB A PERCEPÇÃO DO PACIENTE

Larissa Cristina Jacovenco Rosa Silva*1; Léia Regina de Souza Alcântara2; João Paulo Belini Jacques1

Resumo:

O paciente cirúrgico vivencia sentimentos como o medo, a ansiedade e o estresse, pois sofre procedimentos invasivos. Porém, o cuidado humanizado pode ser de extrema importância uma vez que auxiliará no processo de cura. Com o objetivo de compreender a percepção do paciente sobre a assistência de enfermagem quanto à humanização no período perioperatório, realizou-se este estudo de natureza qualitativa. Por meio de uma entrevista semi estruturada, foram ouvidos 12 pacientes em uma unidade cirúrgica de um hospital filantrópico do norte do Estado do Paraná. Por meio da análise temática de conteúdo, emergiram cinco categorias: atuação da enfermagem no período perioperatório; percepções relacionadas às orientações perioperatórias; medo e ansiedade; empatia; valorização e desvalorização dos profissionais de enfermagem. Os resultados mostraram que a humanização não foi exercida em alguns momentos em que falhas nas orientações e falta de diálogo com o paciente ficaram evidentes. Verificou-se ainda que o medo e a ansiedade são os principais sentimentos presentes, e que o paciente requer empatia por parte do profissional de enfermagem, porém o paciente reconhece o valor e a importância deste profissional. Conclui-se que há necessidade em repensar as atividades cotidianas da equipe de enfermagem no período perioperatório, visto que atitudes humanas possibilitarão o vínculo de confiança e atendimento digno. Este estudo serve ainda como referencial para otimização dos potenciais humanísticos e correção de situações em que a atuação da enfermagem perioperatória foram claramente desumanas.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Assistência ao Paciente; Humanização da Assistência

E-mail: enf.joaopaulo@hotmail.com

1. Residentes em Enfermagem Perioperatória Pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, BRASIL;
2. Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), PR, BRASIL.



[598]

P112 - A VISÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO SOBRE A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Ana Patricia Gomes Vasconcelos*1; Mary Elysabeth de Santana1

Resumo:

Este estudo teve por objetivo avaliar a visão do paciente cirúrgico sobre a visita pré-operatória de enfermagem realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico, submetidos a cirurgia no Hospital Universitário João de Barros Barreto. As bases conceituais utilizadas foram a sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório e a visita pré-operatória do enfermeiro de centro cirúrgico. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com análise quantitativa, utilizando uma técnica de entrevista com a aplicação de um formulário. O local de pesquisa foi o Hospital Universitário João de Barros Barreto. No estudo foram entrevistados 130 pacientes após cirurgia. Os métodos aplicados foram descritivos, onde os dados foram tabulados através do programa Microsoft Excel e todo o processamento estatístico se realizou sob o suporte computacional Epi-info, onde foram desenvolvidas tabelas e realizado análise crítica dos resultados. Os resultados obtidos foram predominância do sexo feminino, sendo representado por 61% (79). Dentre as cirurgias realizadas no período, a maior ocorrência foi a colecistectomia com 42% (54). Quanto à questão referente às informações no período pré-operatório os cuidados referentes ao ato cirúrgico e 54,62% (71) receberam VPOE realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico. A investigação confirmou que a realização da visita pré-operatória de enfermagem traz benefício ao paciente cirúrgico podendo ser possível sua adoção pelo serviço de enfermagem do centro cirúrgico, dentro da temática da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Enfermagem Cirúrgica; Sistematização da Assistência de Enfermagem

E-mail: anapatriciagomes@ig.com.br

1. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.



Margarida Maria de Carvalho Resende*1; Moniele Maria da Silva1

Resumo:

Introdução: A amputação é a perda total ou parcial de um membro e é geralmente relacionada com mutilação e incapacidade funcional. Estima-se que as amputações de membros inferiores correspondam a 85% de todas as amputações. **Objetivo:** Caracterizar as amputações de membros inferiores realizadas em indivíduos em um hospital escola quanto a incidência, idade gênero dos pacientes, etiologias, patologias e fatores associados, nível de amputação, infecção de sítio cirúrgico e deiscência de sutura e colocação de próteses. **Métodos:** Este é um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi delimitada nos registros de casos dos indivíduos que realizaram amputações de membros inferiores no Hospital das Clínicas Samuel Libânio no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2010, perfazendo um total de 59 pacientes amputados. A coleta de dados foi baseada no registro de cirurgias, nos prontuários dos pacientes e na entrevista direta com o portador.

Resultados: Dos 59 pacientes que sofreram amputações de membros inferiores, 11 apresentaram mais de uma amputação, totalizando 71 amputações. Em relação à faixa etária 8% tinham de 20-40 anos, 33% de 41-60 anos, 51% de 61-80 anos, 8% acima de 81 anos de idade. 65% dos sujeitos são diabéticos. 56% são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. 36% apresentam Diabetes Melitus + Hipertensão. A etiologia que mais prevaleceu foi a Diabetes com 57% em ambos os gêneros. O nível de amputação mais frequente foi os dedos do pé. Após ter feito a amputação 37% tiveram infecção e 12% deiscência de sutura, 8% colocaram prótese. **Conclusões:** as amputações de membros inferiores realizadas em indivíduos em um hospital escola tem maior incidência em pacientes do gênero masculino; a partir da sexta década de vida; a maior ocorrência de associação de doenças em pacientes do gênero masculino é a Hipertensão Arterial Sistêmica e a do feminino é a Diabetes Mellitus; a etiologia de maior frequência é a Insuficiência Arterial Periférica no gênero masculino e diabetes no gênero feminino; o nível de amputação de maior frequência é em pernas; a infecção de sítio cirúrgico e deiscência de sutura ocorrem em frequência maior do que o esperada; a colocação de prótese após a amputação é realizada por um número reduzido de pacientes.

Palavras-chave: Amputação; Membros Inferiores; Epidemiologia

E-mail: ccalafiori@uol.com.br

1.Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, BRASIL.



Renata Meneghin*1; Léia Regina de Souza Alcântara2; João Paulo Belini Jacques1; Larissa Cristina Jacovenco Rosa Silva1

Resumo:

Toda cirurgia é um evento estressante e complexo para o paciente, quando suspensa, pode levar a vários agravantes ao paciente como aumento do período de internação e do risco de infecção hospitalar, e ainda, potencialização dos sentimentos apresentados no pré-operatório. O estudo objetivou conhecer o significado da suspensão cirúrgica para o paciente em uma instituição filantrópica localizada no norte do Paraná. Os dados foram obtidos entre novembro/2011 a janeiro/2012. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com entrevistas gravadas, transcritas e analisadas na forma de análise temática proposta por Minayo. A entrevista foi conduzida pela questão norteadora: O que significou para você, sua cirurgia não ter sido realizada no dia e horário marcados? A amostra foi composta por 11 pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas e permaneceram internados, orientados e com boas condições de fala. A investigação exploratória por meio das entrevistas possibilitou-nos levantar significado da suspensão das cirurgias aos pacientes, a serem três categorias: (1) Sentimentos dos pacientes; (2) Desorganização do trabalho (3) Conformismo baseado em crenças. Os sentimentos mais citados foram: ansiedade, estresse, nervosismo, medo, tristeza, impotência, revolta e preocupação. Esses sentimentos podem resultar em sintomas orgânicos, prolongando ainda mais a espera pela realização do procedimento cirúrgico. Os sentimentos expressados pelos sujeitos se potencializam nos casos de múltiplas suspensões, gerando desconfiança intensa da equipe de saúde, devido ao não recebimento de informações adequadas, o que muitas vezes prolongou desnecessariamente o período de jejum. A tristeza relatada pelos entrevistados relacionou-se tanto a suspensão da cirurgia, quanto da espera pelo procedimento. A preocupação com a família e com o trabalho também foram expressas. Alguns depoimentos evidenciaram a forma de organização do trabalho referente ao período perioperatório. Muitos pacientes atribuíram a suspensão de sua cirurgia a uma providência divina e isso facilitou-lhes a aceitação ao atribuírem todos os acontecimentos à vontade de Deus. Outros ainda, acharam prudente não realizarem mais a cirurgia e voltar para sua residência, entendendo a suspensão como um aviso divino, acreditando que se a mesma tivesse ocorrido alguma coisa de ruim poderia acontecer. É admissível dizer que a fé conforta os pacientes, trazendo-lhes suporte emocional, motivação e esperança para cada um de uma maneira distinta. Podemos observar que os significados da suspensão cirúrgica para os pacientes são diversos, de acordo com suas próprias crenças e histórico pessoal, porém ficou evidente que todos sofrem efeitos negativos sob o ponto de vista emocional e fisiológico, e com isso a equipe deveria valorizar os efeitos causados pelas suspensões das cirurgias, evitando-as. Tal ocorrência não deveria ser entendido como rotina. Portanto é fundamental a reorganização do processo de trabalho, tendo como ferramenta base a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e a humanização.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Cuidados de Enfermagem; Emoções

E-mail: enf.joaopaulo@hotmail.com

1. Residentes em Enfermagem Perioperatória Pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, BRASIL;
2. Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Bandeirantes, PR, BRASIL.



[602]

P115 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO POR FORMALDEÍDO

Antonia Abgail do Nascimento*1; Kelly Linhares Vasconcelos1; Andrine Tavares Pereira Felipe1; Antonia de Cassia do Nascimento1; Eduardo Ribeiro Lopes1

Resumo:

O Centro de Material e Esterilização (CME) é responsável pelo processamento de artigos utilizados nos serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário equipamento de esterilização que efetive o processo, além de necessitar de condições ambientais específicas e estrutura organizacional adequada para a garantia da qualidade do serviço, observando legislações específicas para a qualidade de serviços prestados. O objetivo da pesquisa foi descrever a experiência de implantação e validação do processo de esterilização em baixa temperatura por formaldeído neste hospital. Trata-se de um relato de experiência realizado em setembro de 2012 em um Centro de Material e Esterilização tipo classe II de um hospital de ensino de referência da zona norte do Ceará. Pensou-se em mudança do processo de esterilização por óxido de etileno para formaldeído ainda no ano de 2010, após um levantamento dos custos e benefícios deste processo seguido na Instituição, na saúde do trabalhador e do paciente usuário do material processado na unidade. Sendo desativada a Central de Óxido, resultando temporariamente na terceirização do processo de esterilização dos materiais termossensíveis. Após estudos e avaliações optou-se pelo método de formaldeído ao verificar-se os benefícios do processo, exigindo adequação do todo o serviço, sendo necessários compra de equipamentos e estruturação física da unidade com o intuito de obedecer às normas propostas pelo Ministério da Saúde. Após instalação dos equipamentos e adequação do serviço, a instituição contratou uma empresa para qualificação de instalação, operação e desempenho dos equipamentos adquiridos. Foi realizada a validação dos processos de esterilização por vapor de baixa temperatura com formaldeído a 60°C, em autoclave híbrida (vapor úmido sob pressão e formaldeído), obedecendo às recomendações da ANVISA. O processo de validação obteve-se através de registros e interpretação de resultados de procedimentos, respeitando as especificações pré-determinadas, qualificando o equipamento, as suas utilidades e as instalações vinculadas a ele. Vale ressaltar que foram validados também o produto final obtido na esterilização e o processo como um todo. Concomitante, foi realizado treinamento da equipe e elaboração das normas e rotinas de trabalho. O Centro de Material e Esterilização deve centrar seu objetivo em obter produtos que garantam uma assistência responsável e segura ao paciente e aos profissionais, sendo adequado às especificações estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária através das recomendações da RDC Nº 15. Pensando nisso, o Centro de Material e Esterilização deste hospital adequou seus processos de esterilização para proporcionar qualidade na prestação dos seus serviços.

Palavras-chave: Centro de Material e Esterilização; Formaldeído.; Esterilização

E-mail: bill-fernandes@hotmail.com

1.Faculdades INTA, Sobral, CE, BRASIL.



Debora Rodrigues Guerra*¹; Francisco Wagner de Sousa Paula²; Geysa Maria Nogueira Farias¹; Daniela Cristina de Paula de Castro e Silva²; Leidiane de Sousa Paula³

Resumo:

Introdução: Os cuidados de enfermagem são importantes para a cicatrização da ferida cirúrgica desde a realização dos curativos no pós-operatório imediato até o acompanhamento diante da cicatrização total das feridas cirúrgicas. **Objetivo:** Identificar os cuidados de enfermagem necessários à cicatrização da ferida cirúrgica com riscos mínimos de infecção. **Metodologia:** Revisão integrativa, buscando artigos completos, em português e em espanhol na Biblioteca Virtual em Saúde. Usou-se os descritores infecção de ferida operatória e enfermagem. Encontramos cinco artigos em português e um em espanhol. Não houve exclusão. A busca ocorreu no mês de abril de 2013. **Resultados:** Na análise, um dos artigos destaca o uso parcial de algumas técnicas, entre elas, a lavagem das mãos, a sistematização dos curativos pós-cirúrgicos e o uso racional dos antimicrobianos, não sendo seguidos conforme o que é preconizado. Outro artigo aborda sobre o uso da técnica limpa e da técnica estéril durante os curativos, sendo observado que não houve diferença na cicatrização, tendo influência apenas no custo da técnica limpa. Outro, trata do uso de instrumentos para avaliação da ferida cirúrgica, pois permite uma avaliação mais acurada do paciente, bem como a prescrição das intervenções de enfermagem. Um dos estudos aborda sobre a necessidade do enfermeiro conhecer as etapas da cicatrização, observando suas especificidades e a necessidade do uso do raciocínio clínico e de uma atenção diferenciada. Em um dos artigos, não mostra o cuidado do enfermeiro in locu, mas mostra a necessidade do enfermeiro fazer a orientação efetiva e qualificada, preparando o paciente para alta hospitalar, tendo em vista o relato de alto índice de infecção na residência pela falta de orientação. Esse mesmo artigo cita aumento de infecções por pseudomonas em pacientes que secaram o sítio cirúrgico com secador. Outro artigo aponta para a implementação de um programa formal de orientação sobre cuidados pós-operatórios com a ferida cirúrgica, bem como o uso de um instrumento sistematizado, elaborado especificamente para sua avaliação nos retornos ambulatoriais. Assim sendo, para que a cicatrização aconteça e os riscos de infecção sejam minimizados é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento das técnicas de curativos, das fases de cicatrização e da prevenção de infecção. Portanto, em todos os estudos, o uso da técnica correta (higienização das mãos, curativos, limpeza do sítio cirúrgico etc.) foi ressaltado como fator primordial para o controle da infecção e em consequência a rápida cicatrização da ferida, bem como a necessidade do enfermeiro orientar o paciente para os procedimentos após alta. **Conclusão:** Ressaltamos a necessidade de mais publicação acerca da temática, visto sua importância para os serviços de saúde, paciente, família e sociedade.

Palavras-chave: Ferida Cirúrgica; Infecção; Enfermagem

E-mail: deborarguerra@hotmail.com

1.UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL; 2.UECE, Fortaleza, CE, BRASIL; 3.UFC, Fortaleza, CE, BRASIL.

P117 - A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO SOB A ÓTICA DO DISCENTE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maria Cristina Umpierrez Vieira*1; Janaina Maria Capelini1; Maria Emilia Marcondes Barbosa1; Evani Marques Pereira1

Resumo:

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico de resolução de problemas. É um instrumento importante na prestação do cuidado aos pacientes, oferecendo subsídios para uma maior qualidade na assistência. O objetivo deste estudo foi avaliar o ponto de vista do discente de graduação em Enfermagem sobre o ensino-aprendizagem do Processo de Enfermagem durante perioperatório. **Metodologia:** A amostra foi constituída por 15 discentes do 4º ano de enfermagem de uma Universidade Estadual. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a junho de 2011, utilizando como técnica a entrevista semi-estruturada. Para análise dos dados, adotou-se o método de análise temática. **Resultados:** O estudo possibilitou compreender as percepções e experiências construídas durante a graduação com relação ao processo de enfermagem. Os dados foram apresentados em dois grandes temas de reflexão: a teoria e a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem durante o perioperatório e as estratégias utilizadas para superar as dificuldades relacionadas à utilização do processo de enfermagem. No primeiro tema, destacou-se a percepção dos alunos com relação a falhas no processo ensino-aprendizagem, relacionadas à fragmentação do discurso da prática e à didática utilizada. A percepção dos alunos sobre a importância da aplicação do processo de enfermagem no perioperatório, foi representada por a identificação das consequências da não utilização desta metodologia no gerenciamento das ações da equipe de enfermagem, pelo papel do processo de enfermagem na qualidade do cuidado e por a percepção dos fatores que impedem a aplicação do mesmo. No segundo tema verificaram-se as concepções dos alunos sobre principais estratégias no processo ensino-aprendizagem e na organização do trabalho para superar as dificuldades encontradas na utilização do processo de enfermagem durante o perioperatório, entre as quais se destacaram a necessidade de reduzir a distância entre teoria e prática, direcionar o ensino para o desenvolvimento de competências, aprofundar conhecimentos relacionados ao exame físico para garantir assertividade nas faces seguintes do processo, definir o papel do enfermeiro na estrutura administrativa institucional e contribuir com mudanças na estrutura organizacional dos campos de estágio, a fim de promover a utilização do processo de enfermagem. **Conclusão:** O estudo revelou que para os alunos, o conceito do processo de enfermagem está estreitamente relacionado ao fazer do enfermeiro e à qualidade do cuidado, porém não é utilizado no perioperatório nos campos de estágio, gerando dúvidas sobre esta metodologia. A percepção das dificuldades e dos benefícios associados à utilização do processo de enfermagem levou os alunos a formular estratégias de superação. Foi possível apreender que o mais importante é estimular o pensamento crítico e a mobilização dos saberes para desenvolver competências que permitam utilizar o processo de enfermagem.

Palavras-chave: Ensino Aprendizagem; Processo de Enfermagem; Enfermagem

E-mail: crisump@yahoo.com.br

1. UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil. "Patrocinado pela Fundação Araucária".



[606]

P118 - O TRABALHO DO ENFERMEIRO DO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME): VISÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

Antonia Abgail do Nascimento*1; Maria do Socorro Sales de Vasconcelos1; Antonia de Cassia do Nascimento1; Andrine Tavares Pereira Felipe1; Kelly Linhares Vasconcelos1

Resumo:

Há pouco tempo o Centro de Material e Esterilização existia como unidade dependente, sendo considerado um serviço subordinado ao centro cirúrgico. Atualmente percebe-se que foram abertos novos horizontes para esse setor no que diz respeito a local, equipamentos, instalações, métodos de trabalho e controle de qualidade, como também a relação aos recursos humanos. Ultimamente se faz necessário um profissional que tenha um perfil adequado para o desenvolvimento de processos de trabalho, preparados através de capacitações e treinamentos teórico e prático que deveria iniciar na própria academia. A pesquisa tem como objetivo conhecer a visão do acadêmico de enfermagem a respeito do trabalho do enfermeiro do Centro de Material e Esterilização. É um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido através de um questionário semiestruturado feito um grupo de nove acadêmicos do 8º semestre de enfermagem que estivessem regularmente matriculados no curso e na disciplina de estágio supervisionado I. A pesquisa aconteceu no Centro de Material e Esterilização (CME) de um hospital de ensino da zona norte de Sobral no período de março a abril de 2013. Ao que se refere à importância e necessidade do trabalho do (a) enfermeiro (a) dentro do CME, todos os entrevistados responderam que é indispensável a presença do enfermeiro no setor. Ao serem indagados sobre o conhecimento das atribuições do enfermeiro no CME, os oito acadêmicos afirmaram e citaram: coordenação da unidade e da equipe, responsável pela qualidade do material, distribuição do material e parte atuante no controle da infecção hospitalar. Sobre realização de estágio no Centro de Material e Esterilização quatro expressaram desejo em fazê-lo e justificaram por ser um serviço de fundamental importância. Os demais acadêmicos afirmaram que não tem desejo de realizar o internato no CME devido: falta de afinidade com o setor, prioridade voltada especialmente para clínica, local inadequado por não ter assistência direta ao paciente e não ter maior relevância para o aprendizado. Diante do estudo realizado percebeu-se que a maioria dos acadêmicos de enfermagem entrevistados entende a importância do trabalho do (a) enfermeiro (a) dentro do Centro de Material e Esterilização, que é de dar suporte para o cuidado ao paciente, porém 50% não deseja realizar o internato no serviço. É válido ressaltar que o enfermeiro de CME necessita de grande conhecimento e profunda visão dos processos de trabalho, por isso é de grande relevância que as academias incentivem e proporcionem estágios nesse setor, que hoje requer qualificação, aperfeiçoamento e habilidade do profissional. O entendimento de que andamento do trabalho de qualquer outro serviço, dos mais diversificados setores, depende do CME, ou seja, o cuidado com materiais e o seu processamento, e o cuidado indireto, são subsídios para a realização do cuidado direto realizado por enfermeiras de outros setores, é de importância ímpar para o enfermeiro qualificado.

Palavras-chave: Esterilização; Papel do Enfermeiro; Diretrizes para o Planejamento em Saúde

E-mail: bill-fernandes@hotmail.com

1.Faculdades INTA, Sobral, CE, BRASIL.



Caroline Camargo Graça²; Albimara Hey²; Evani Marques Pereira¹; Maria Emilia Marcondes Barbosa¹

Resumo:

Introdução: Diversos fatores genéticos, hormonais e possivelmente ambientais, podem contribuir para o desenvolvimento do câncer de mama. No Brasil, as taxas de mortalidade continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Estimativa de novos casos para o ano de 2012 é de 52.680, sendo que na região sul 9.310 novos casos totalizando uma taxa bruta de 64,30%. O objetivo do estudo foi Identificar as orientações fornecidas pelos profissionais de enfermagem à mulheres mastectomizadas. **Metodologia:** A abordagem metodológica foi a qualitativa, a pesquisa foi realizada com mulheres mastectomizadas, atendidas na Associação Centro-Oeste do Paraná de Estudos e Combate ao Câncer. A pesquisa envolveu mulheres maiores de 18 anos e menores de 60 anos, que realizaram mastectomia no período de Janeiro de 2011 a Março de 2012. A amostra foi composta por seis mulheres que realizaram mastectomia, o período da coleta de dados que se deu entre os meses Abril e Maio do ano de 2012. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturada, a qual foi gravada e posteriormente transcrita. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-oeste-UNICENTRO, sob o parecer nº 274/2011. **Resultados:** Após a análise temática das entrevistas as respostas foram agrupadas por temas semelhantes, os quais deram origem as categorias: Orientações repassadas para pacientes mastectomizadas e Concepções da mulher sobre si mesma pós mastectomia. As respostas apresentadas pelas sujeitas da pesquisa, identificam o cuidar como execuções de técnicas de maneira mecânica e robotizada. O papel dos profissionais de saúde, no controle da doença e dor em pacientes oncológicos, demonstra que a enfermagem deve ter atuação clara e precisa não apenas no controle deste aspecto, mas nas orientações educacionais e apoio emocional a estas pacientes, que se encontram em estado de fragilidade, medo e dúvida. Os sentimentos mais comuns que são despertados em uma mulher ao ser mastectomizada, são os medos, a rejeição, a perda. A perda da mama pode levar ao sentimento de mutilação, significando a perda da feminilidade. A identificação da mutilação se da pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que para muitas, é um momento agressivo a sua auto imagem imposta pela sociedade que é um corpo cheio de curvas e com simetrias perfeitas. **Conclusão:** Diante dos dados encontrados e da percepção durante as entrevistas notou-se que a orientação é uma atitude indispensável e faz parte integrante do cuidar do enfermeiro. As mulheres mastectomizadas encontram-se em momento de fragilidade afinal a auto-estima e imagem corporal estão diretamente relacionados ao processo de adoecimento dessa paciente, neste contexto é fundamental que o enfermeiro reconheça e saiba intervir na necessidade apresentada por esta clientela

Palavras-chave: Câncer de Mama; Enfermagem; Mastectomia

E-mail: crisump@yahoo.com.br

1.UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil; 2.Faculdade Guairacá, Guarapuava, PR, Brasil. "Patrocinado pela Fundação Araucária".



Cyanéa Ferreira Lima Gebrim*1; Regiane Aparecida Santos S. Barreto1; Ana Flávia Alves de Menezes1; Ana Patrícia Batista Silva1; Marinésia Aparecida Prado1

Resumo:

Introdução: Cerca de 234 milhões de cirurgias são realizadas por ano, mundialmente, e aproximadamente 7 milhões sofrem com alguma complicação pós-operatória, elevando as taxas de mortalidade em torno 1 milhão. Ressaltam-se as infecções de sítio cirúrgico (ISC) como o principal incidente envolvendo o paciente cirúrgico, resultando em aumento nos custos e prejuízos físicos e emocionais. Corroborando com o programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas e por entender a ISC como um problema grave, complexo e desafiador no domínio da saúde pública mundial, essa investigação encontra-se apoiada no conhecimento dos preditores destas infecções. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência e os preditores para infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia limpa em um hospital universitário do centro-oeste brasileiro. **Material e Método:** Estudo de coorte retrospectiva, analítico, realizado por meio da revisão de 700 prontuários de pacientes maiores ou igual a 18 anos submetidos à cirurgia limpa, de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. As informações relacionadas ao procedimento cirúrgico até 30 dias após a sua realização, ou um ano no caso de próteses e similares foram registradas em um instrumento estruturado previamente avaliado. Os dados foram inseridos no SPSS. A análise foi descritiva com testes qui-quadrado, Fisher e Odds Ratio como medida de associação e multivariada em variáveis com $p < 0,10$, sendo estatisticamente significantes as associações com $p < 0,05$. **Resultados:** Verificou-se que, 57,1% eram do sexo feminino e predominância da faixa etária adulta; 39,3% apresentava comorbidades; a maioria (74,5%) com ASA \leq II. Quanto à especialidade cirúrgica, 29,9% eram ortopédicas e 19,9% vasculares. A infecção à distância ocorreu em 11,9%. O tabagismo e o etilismo foram observados em 28,7% e 9%, respectivamente. A falta de registro desses dois preditores foi representativa, 22,1% e 40,4%, respectivamente. Os preditores que se associaram à ocorrência de ISC pela análise univariada foram, sexo masculino, ser portador de doença crônica, etilismo e tabagismo, infecção à distância, tempo de internação pré-operatória maior que cinco dias, ASA \geq III, ser tricotomizado e realizar profilaxia antimicrobiana cirúrgica. Na multivariada os preditores independentes para infecção foram: doença crônica; infecção à distância; tricotomia com lâmina de barbear. A taxa de ISC foi de 10%. A especialidade cirúrgica com maior taxa, a vascular (25,9%). Foram isolados 23 agentes multirresistentes, sendo o *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (26,1%), o mais prevalente. **Conclusão:** A prevalência de ISC apresentou-se acima dos limites impostos pelas diretrizes. O uso de tricotomizador elétrico, tratamento prévio das infecções à distância e controle das doenças crônicas são fundamentais para diminuir a ocorrência de ISC. O conhecimento dos preditores proporciona evidências que contribuem para a tomada de decisão pelo profissional de saúde, visando à segurança do paciente cirúrgico.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Infecção da Ferida Operatória; Segurança do Paciente

E-mail: remajuau@yahoo.com.br

1.Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.



Cyanéa Ferreira Lima Gebrim*1; Regiane Aparecida Santos S. Barreto1; Maressa Noemia Rodrigues Queiroz1; Marinésia Aparecida Prado1; Jéssica Guimarães Rodrigues1

Resumo:

Introdução: A assistência à saúde predispõe o paciente e o trabalhador a várias situações de risco. Embora os procedimentos cirúrgicos tenham a intenção de salvar vidas, falhas nos processos assistenciais podem resultar em danos desnecessários ao paciente cirúrgico. Diante desse cenário, em 2004, foi criada pela Organização Mundial da Saúde a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e como elemento central a formulação de Desafios Globais que abordam temas representativos dos principais incidentes relacionados à assistência à saúde.

Objetivo: Objetivou-se neste estudo identificar os incidentes intra-operatórios em cirurgias limpas, registrados nos prontuários, de um hospital de ensino do centro-oeste do Brasil. **Material e Método:** Os dados foram coletados mediante análise dos registros de 700 prontuários, de pacientes maiores de 18 anos submetidos a cirurgias limpas no período de 2008 a 2010, tendo sido tratados estatisticamente pelo programa estatístico Statistical Package For The Social Science 15.0 for Windows. **Resultados:** Constatou-se a ocorrência 47 (6,7%) incidentes relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado. Desses, 26 casos (50%) relacionados à segurança do trabalhador e os outros 26 (50%) relacionados à segurança do paciente. Quanto a estrutura organizacional foram encontrados 6 incidentes: 2 (33,3%) relacionados a estrutura física do centro-cirúrgico, 4 (66,7%) aos instrumentais e equipamentos. Quanto aos incidentes relacionados ao processo, registrou-se 15 casos, sendo 10 (66,7%) circunstâncias notificáveis do procedimento anestésico. Os 5 (33,3%) casos restantes, foram relacionados ao procedimento cirúrgico, como episódios de lesões inadvertidas de artéria carótida; corto-contusa do baço; sangramento no leito da suprarrenal por laceração na cauda do pâncreas; e vômitos com alimentos sólidos em cirurgia de megaesôfago por falha no preparo pré-operatório do paciente. Quanto à segurança do trabalhador identificou-se 13 acidentes com material biológico perfuro-cortante com o cirurgião principal, 5 deles com o mesmo profissional. **Conclusão:** A análise sistematizada dos prontuários mostrou a necessidade de formulação de estratégias preventivas diante da ocorrência de incidentes durante a assistência, bem como para elaboração de políticas que subsidiem a formação de uma cultura de segurança do paciente na instituição estudada.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Segurança do Paciente; Erros Médicos

E-mail: remajuau@yahoo.com.br

1. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.



Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt*¹; Aline Assis¹; Alesandro Teixeira Moraes¹; Michele de Melo Nakahara¹

Resumo:

Introdução: Tumores carcinóides apresentam incidência de 2,5/100.000 habitantes/ano. Aproximadamente 2% acometem duodeno e dentre neoplasias do TGI, as de papila prevalecem 0,4-0,12%. O tratamento cirúrgico é controverso, mas, há indicação de duodenopancreatectomia (Whipple). A enfermagem perioperatória abrange pré, trans e pós operatório, visando cuidado intermediado pelo processo de enfermagem. No pré-cirúrgico, a enfermagem responsabiliza-se pelo preparo do paciente, estabelecendo ações da especificidade cirúrgica, minimizando complicações. O trans operatório inicia-se na entrada ao CC, perpassa pelo encaminhamento à sala operatória e prossegue até a recuperação pós-anestésica. É importante haver continuidade na assistência e comunicação entre equipes de forma sistematizada, nascendo daí o desejo de relatar um caso raro de neoplasia neuroendócrina cirúrgica e o cuidado perioperatório. Objetivou-se relatar cuidados perioperatórios a um paciente portador de carcinóide duodenal submetido à cirurgia de Whipple. **Metodologia:** relato de experiência de natureza qualitativa sobre cuidados de enfermagem perioperatórios color:windowtext">num hospital universitário, tendo como sujeito um paciente de adenopancreatectomia. Descreveu-se o caso e as etapas do cuidado perioperatório baseando-se na SAE, através de revisão de prontuário, literatura e discussões. **Resultado:** observou-se que preparar o cliente cirúrgico é fundamental no sucesso do procedimento. No pré-operatório, o enfermeiro deve obter história completa e realizar avaliação diária, esclarecendo dúvidas, minimizando a ansiedade. O enfermeiro do CC deve reforçar a informação e acompanhar avaliação sistematicamente. O pós-operatório imediato constitui-se período crítico, sendo fundamental cuidar do paciente em toda sua complexidade. A assistência deve prosseguir, avaliando-se o plano de cuidados e orientando-se a alta. Percebemos fragilidade de comunicação entre as unidades podendo refletir negativamente a assistência. **Considerações:** este estudo pode nortear outros profissionais e permite reflexão sobre promoção e recuperação da saúde do paciente cirúrgico. Inferimos ser necessária a criação de um instrumento que sistematize a enfermagem perioperatória, proporcionando maior qualidade na assistência.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Duodenopancreatectomia; Tumor Carcinóide

E-mail: bittencourt.jfv@hotmail.com

1.Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, BRASIL.

Margarida Maria de Carvalho Resende*1; Rosely Regina Barbosa de Souza1; Nely Flávia Machado Corrêa1; Megue Flávia Machado Corrêa1; Telma Lemos de Campos1

Resumo:

Introdução: Não é comum realizar uma cobertura compressiva na ferida, exceto com a finalidade de descomprimir edemas e linfedemas em feridas venosas. Questiona-se se a compressão mecânica pode acelerar o processo de cicatrização. **Objetivo.** Verificar o efeito da compressão mecânica na cicatrização de feridas de pele em ratos. **Métodos.** Estudo primário, experimental, intervencional, longitudinal, prospectivo, analítico, controlado e randomizado, realizado com ratos machos (*Rattus Norvegicus albinus*, Rodentia mammalia), da raça Wistar. A amostra foi de 6 ratos do grupo estudo, denominado “Curativo com compressão”, e de 6 ratos do grupo controle, denominado “Curativo sem compressão”. Foi provocada uma ferida de 2,4cm de diâmetro no dorso de cada rato e durante 15 dias foram trocados o filme estéril adesivo que cobria a ferida, igualmente nos dois grupos. No grupo estudo, os ratos foram submetidos ainda ao enfaixamento compressivo da ferida contornando seu abdome. Foi avaliado a planimetria da área da ferida no 1º e no 15º dia pelo “Programa Gráfico AutoCAD R14”. No 15º dia, sob anestesia, foi feita a ressecção de tecido englobando toda área cicatricial para análise histológica. Após, os ratos foram submetidos à eutanásia. Foi avaliada a proliferação de vasos, fibroblastos, fibras colágenas, células poli e mononucleares e a formação de epitélio. Os dados foram processados pelo software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18. Para a comparação do número de células do tecido cicatricial, entre os dois grupos, foi utilizado o Teste Exato de Fisher e para avaliar a diferença de regressão da área da ferida entre os dois grupos foi utilizado o teste Mann Whitney. O nível de significância será com “p” < ou = 0,05. **Resultados.** Pela avaliação planimétrica a compressão mecânica da ferida de pele em ratos apresentou efeito positivo no tempo de cicatrização, tendo o grupo “Curativo com compressão” uma maior velocidade de regressão da ferida; Mann-Whitney p = 0,04. Pela avaliação histológica a compressão mecânica no leito da ferida não apresentou interferência na proliferação de fibroblastos, p = 0,06 (Fisher); fibras colágenas, p = 0,01 (Qui-quadrado); proliferação vascular, p = 0,01 (Qui-quadrado); neutrófilos, p = 0,57 (Qui-quadrado); mononucleares, p = 0,06 (Fisher) e células epiteliais, p = 0,13 (Qui-quadrado) e células gigantes. p = 0,21 (Qui-quadrado). **Conclusão:** A compressão mecânica apresentou efeito positivo no tempo de cicatrização da ferida, entretanto, não apresentou diferença na avaliação histológica dos tecidos da área cicatricial.

Palavras-chave: Ratos wistar; Bandagem; Ferida Cirúrgica

E-mail: ccalafiori@uol.com.br

1.Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, BRASIL.



Margarida Maria de Carvalho Resende*1

Resumo:

Introdução: A doença coronariana vem sendo tratada há aproximadamente 50 anos por cirurgia de revascularização do miocárdio com enxertia da derivação da artéria coronária. O paciente submetido a tal cirurgia passa por momentos críticos no período pós-operatório imediato, o que exige assistência intensiva, qualificada e especializada, tornando um desafio por parte de toda equipe. **Objetivo:** Apresentar os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia de revascularização do miocárdio. **Métodos:** Foi realizada uma revisão narrativa de literatura, para a qual foram consultados títulos e artigos publicados e acessados em bibliotecas da área e na base de dados mediline e lilacs. Os descritores foram: Revascularização do miocárdio; Pós-operatório; Cuidados de enfermagem. Os dados foram apresentados com descrição dos cuidados de enfermagem no momento da recepção do paciente na Unidade de Terapia Intensiva e nas vinte e quatro horas após a cirurgia. **Resultados:** Os cuidados de enfermagem descritos referem ao conforto no posicionamento; avaliação da recuperação da anestesia com atenção à ventilação mecânica até à extubação; monitorização e controle da hemodinâmica não invasiva e invasiva; administração e controle das infusões de drogas; cuidados com incisão cirúrgica, cateteres, drenos, e controle das eliminações; monitorização da função renal e digestiva; auxílio ou realização dos exames de eletrocardiograma, imagens do tórax e análise clínicas. **Conclusão:** o pós-operatório imediato de paciente submetido à revascularização do miocárdio exige acompanhamento especializado, intensivo e complexo, com o paciente está se recuperando da anestesia e da cirurgia, com muitos indicadores hemodinâmicos invasivos e não invasivos e a atenção deve ser voltada para a estabilidade destes indicadores e da terapêutica instituída a fim de garantir a recuperação da cirurgia com sucesso.

Palavras-chave: Cirurgia Cardíaca; Pós-Operatório; Enfermagem

E-mail: ccalafiori@uol.com.br

1.Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, BRASIL.



Debora Rodrigues Guerra*1; Gilvanira Martins Leite2; Marília Oliveira Quixadá Monte2; Diva Teixeira de Almeida1

Resumo:

Introdução: Por muito tempo a Central de Materiais e Esterilização (CME) esteve vinculada à gestão do Centro Cirúrgico (CC), sendo vista, muitas vezes, como o setor de suprimentos de materiais para os procedimentos cirúrgicos, havendo muitos serviços que os trabalhadores que ali atuavam eram os mesmos do CC. Além disso, havia uma “invisibilidade” do setor e atuar no mesmo era compreendido como um “castigo” ou visto como um local para quem tinha problemas sociais e/ou de saúde. Contudo, nos últimos anos, muitas mudanças ocorreram: novos saberes, equipamentos e insumos diferenciados, processos de trabalho bem definidos, o que exigiu uma equipe disponível especificamente para a realização do processamento de produtos para a saúde, geralmente, formada por membros da equipe de enfermagem, sob a supervisão de uma enfermeira. Assim, por ser esta uma realidade acompanhada por nós, sentimo-nos motivadas em realizar o presente estudo a fim de compartilhar vivências ocorridas durante a prática laboral na CME. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiras que atuam em uma CME que possui enfermeiras nas 24 horas diárias. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado, no período de 2010 a abril de 2013, por enfermeiras que atuam em um hospital terciário, de Fortaleza-CE, vinculado a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará/Sistema Único de Saúde, especializado em assistência a pessoas com problemas respiratórios e cardiológicos, que realiza cirurgias de pequena, média e alta complexidade, como transplantes cardíacos e pulmonares. **Resultados:** Nos últimos três anos, houve um aumento da quantidade de enfermeiras na CME que atuamos, atingindo uma cobertura de 24 horas diárias, acompanhamos mudanças significativas em nosso serviço: 01. Estrutura física e organizacional: houve uma reforma na CME, a fim de permitir o fluxo unidirecional de materiais e controle de insumos com a construção de um almoxarifado; 02. Recursos humanos: redimensionamento de pessoal e elaboração das escalas mensais e de atribuições por equipe, favorecendo os vínculos e aproveitando as potencialidades de cada trabalhador; 03. Aquisição de novos equipamentos: substituição de autoclaves que usavam sistema de caldeira para a produção de vapor por equipamentos assistidos por bomba de vácuo e aquisição de uma termodesinfetadora; 04. Modificação dos processos de trabalho que foram melhor estabelecidos com a divulgação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 15/2012 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pois favoreceu uma mudança no olhar sobre a CME por parte dos gestores dos serviços e unidades consumidoras; 05. Treinamentos: frequentemente os trabalhadores são treinados para exercerem suas atividades com segurança. **Conclusão:** A presença de enfermeiras 24 horas diárias na CME influencia positivamente na qualidade dos processos de trabalho realizados no serviço sendo algo importante para a instituição e, consequentemente para a segurança do paciente, dos profissionais e da sociedade.

Palavras-chave: Enfermagem; CME; Processos de Trabalho

E-mail: deborarguerra@hotmail.com

1.UNIFOR, Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL; 2.Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL.



[617]

P126 - PERFIL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: SUBSÍDIO PARA SE ELABORAR PROJETOS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZADO

Carla Aparecida Spagnol*1; Natalia Carine Soares Colem1; Juliana Barros Simam1; Erica Santana Candian1; Ivone Coutinho Mussel2

Resumo:

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) necessita ser analisada, pois, as más condições laborais afetam o trabalhador e o trabalho realizado. A Central de Material Esterilizado (CME) é uma unidade que apresenta trabalho fragmentado e mecanicista, gerando cansaço extremo e estresse laboral nos trabalhadores. Nesse contexto, buscou-se identificar o perfil da equipe de enfermagem da CME do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, para elaboração de projetos de QVT direcionados para este grupo. Estudo exploratório quantitativo que utilizou um questionário com perguntas sobre os dados pessoais, socioeconômicos e aspectos laborais. Os dados foram tabulados e calculadas as porcentagens simples. Evidencia-se que o grupo de trabalhadores da CME é composto em sua maioria por mulheres (72%); faixa etária de 30 a 40 anos (39%); nascidos em Belo Horizonte (50%); residentes em Belo Horizonte (72%); casados (55%); possuem em média 2 filhos (41%); católicos (57%); moram com a família (61%); possuem imóvel próprio (94%); apresentam renda familiar- 3 e 5 salários mínimos (44%); ensino médio (50%); auxiliares de enfermagem (67%); tempo de formados- 10 a 20 anos (54%); concursados (59%); não possuem outro emprego (67%); tempo de trabalho no hospital- 4 meses a 10 anos (59%); tempo de trabalho na CME- 4 meses a 10 anos (83%); não foram admitidos para trabalhar diretamente na CME (63%); remanejados da Unidade de Internação (11%); gostam de trabalhar na CME (96%); não desejam ser remanejados para outro setor (67%); não tabagistas (61%); não etilistas (59%); não apresentam problemas de saúde declarados (59%); não tomam medicamentos regularmente (57%); realizam atividade física (55%). Os dados mostram que os trabalhadores apresentam um perfil positivo em relação aos aspectos de saúde, como prática de atividade física, ingestão de medicamentos, tabagismo e etilismo, mas as porcentagens, próximas a 50%, demonstram a necessidade de ações de QVT para que mais indivíduos possam aderir aos modos de vida saudáveis. O fato da maioria dos entrevistados pertencer ao sexo feminino e possuir faixa etária de 30 a 40 anos, aponta também que as ações desenvolvidas devem respeitar a fisiologia feminina, já que as mulheres apresentam em cada faixa etária necessidades de saúde diferentes dos homens. Como a maior parte dos trabalhadores foi remanejada para trabalhar na CME, sem que este setor tenha sido de sua escolha, devem ser desenvolvidas estratégias motivacionais e que demonstrem a importância do trabalho realizado na CME para toda a instituição, já que este setor é muitas vezes visto como “depósito de trabalhadores improdutivos para a assistência direta ao paciente”. Conclui-se que a elaboração de projetos de QVT é fundamental para estimular os profissionais a repensarem seus estilos de vida e a buscarem hábitos mais saudáveis, motivar para o autocuidado e diminuir o estresse laboral. Contudo, é necessário conhecer o perfil da equipe para que as ações desenvolvidas sejam direcionadas às reais necessidades dos indivíduos e possam atender aos objetivos propostos.

Palavras-chave: Enfermagem; Qualidade de Vida no Trabalho; Recursos Humanos

E-mail: ivonecme@yahoo.com.br

1.Escola de Enfermagem UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.Hospital das Clínicas UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.



[618]

P127 - CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS TEMPO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, IDADE, ASA, PERÍODO INTRAOPERATÓRIO, E TEMPO DE PERMANÊNCIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA.

Carolina Martins Ricardo*1; Fernanda Maria Togeiro Fugulin2; Juliana Rizzo Gnatta1; Andrea Tamancoldi Couto1

Resumo:

Introdução: Os pacientes assistidos na sala de recuperação pós-anestésica necessitam de cuidados constantes de toda a equipe de enfermagem. O tempo dedicado na realização da assistência de enfermagem ao paciente é constituído por cuidados diretos ou indiretos. Espera-se que fatores como a elevação da idade, um alto score na classificação do estado físico do paciente segundo a ASA (American Society of Anesthesiologists), e o tempo intraoperatório ao qual o paciente foi submetido possam elevar o tempo de cuidado requerido após o procedimento anestésico-cirúrgico. **Objetivo:** Verificar se existe correlação entre as variáveis: tempo de assistência de enfermagem despendido ao paciente na sala de recuperação pós-anestésica, idade, classificação do estado físico do paciente segundo a ASA, duração do período intraoperatório e o tempo de permanência do paciente na unidade. **Método:** Estudo observacional, transversal, realizado na Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, iniciado após aprovação no Comitê de Ética da mesma instituição. Os dados foram coletados por meio da observação direta de quatro enfermeiros e oito técnicos/auxiliares de enfermagem no desempenho de suas atividades nessa unidade, utilizando-se a técnica dos Tempos Cronometrados, nos meses de janeiro a fevereiro, durante dez dias. Os cuidados prestados pelos profissionais a cada paciente foram cronometrados por quatro observadores de campo. Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel® versão 2007 e aplicou-se o coeficiente de correlação de Pearson (P) com a finalidade de avaliar a intensidade de relação entre as variáveis mencionadas. **Resultados:** Foram observados os cuidados prestados a 135 pacientes, os quais tiveram média de idade de 39 anos, classificação do estado físico segundo ASA: I - 40,9%; II - 40,7%; III - 9,6% e IV - 0,7%, e o período intraoperatório para 34,8% dos pacientes foi de até 01h00, 40,0% de 01h01 a 02h00, 17,8% de 02h01 a 03h00, 4,4% de 03h01 a 04h00 e para 3,0% de 04h01 a 05h00. Cerca de 16,3% permaneceram na sala de recuperação por até 01h00, 47,4% de 01h01 a 02h00, 25,2% de 02h01 a 03h00, 7,4% de 03h01 a 04h00, 2,2% de 04h01 a 05h00 e 1,5% mais que 05h00. Foram encontradas correlações moderadas positivas para tempo de assistência de enfermagem despendido ao paciente na sala de recuperação pós-anestésica versus tempo de permanência na unidade ($P=0,501$) e duração do período intraoperatório ($P=0,307$). A correlação de Pearson foi baixa e positiva para tempo de assistência de enfermagem versus idade ($P=0,144$) e ASA ($P=0,103$). **Conclusão:** Foram relacionados alguns fatores que podem influenciar, bem como auxiliar na previsão da demanda de cuidados de enfermagem ao paciente na sala de recuperação pós-anestésica, sendo que todas as variáveis analisadas apresentaram correlação positiva com o tempo de assistência de enfermagem prestada, variando de baixa a moderada intensidade.

Palavras-chave: Recuperação Pós-Anestésica; Cuidados de Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital

E-mail: andreatcouthu.usp.br

1.Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL; 2.Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



[619]

P128 - SEGURANÇA NO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS CONSIGNADOS EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS QUE NECESSITEM SER PROCESSADOS.

Giovana Abrahão de Araújo Moriya*1; Izabel Kazue Iamaguti1; Silvestre Silva Ferreira1; Marina Paula Bertho Hutter1

Resumo:

Introdução: Os gestores de Centros de Materiais e Esterilização (CMEs) vêm enfrentando o grande desafio de promover a melhoria da qualidade e eficiência na gestão de materiais consignados, visando a segurança dos pacientes e profissionais envolvidos neste processo. Para o alcance deste objetivo, é imperativo a incorporação de novas estratégias de gestão capazes de conciliar os prazos de entrega dos materiais consignados com o controle de qualidade do processamento dos itens (limpeza, preparo e esterilização). Estes desafios estão cada vez mais evidenciados, já que a prática de utilização desses materiais tem se tornado cada vez mais comum em hospitais, à medida em que o avanço tecnológico, a complexidade e diversidade está em ascendência; atualmente, quase 100% das cirurgias ortopédicas utilizam materiais consignados. Um fator que dificulta a gestão de materiais consignados é o horário de entrega do material muito próximo ao ato cirúrgico, fato esse que compromete em potencial a conferência adequada, bem como o processamento seguro e qualidade da assistência ao paciente e colaborador, tão almejadas na prática hospitalar. Neste contexto, o entrosamento da equipe multiprofissional focada em ações de melhorias contínuas e busca incessante das melhores práticas dentro do processo em busca da segurança ao paciente, motivou a execução deste trabalho com o intuito de delinear e registrar o fluxo atual e diagnosticar oportunidades de melhorias no processo de consignação de materiais num hospital privado, de grande porte, localizado no município de São Paulo, que possui um número aproximado de 900 recebimentos de materiais consignados mensalmente. **Objetivo:** Elaborar e implementar ações dentro do processo de consignados para que o fluxo em questão seja delineado e facilite a prática cotidiana na CME, de forma funcional e que proporcione o processo mais seguro possível para o paciente. **Metodologia:** Realizado o mapeamento das áreas envolvidas dentro do processo de consignados (agendamento cirúrgico, célula de consignados, CME), assim como os problemas envolvidos em cada fase do processo a ser solucionado. Após a análise do cenário real durante o período de um ano/2011 e dos problemas existentes dentro do processo, foi elaborado um plano de ação para a resolução dos problemas e implementação, colocado em prática durante o período de um ano/2012, para que pudéssemos avaliar com propriedade o impacto e efetividade dessas ações. **Resultados:** As práticas cotidianas de realizar a previsão de materiais e possíveis intercorrências com antecedência através da comunicação eficiente entre as áreas envolvidas auxiliaram na prevenção e detecção de possíveis ocorrências ou falhas que podem comprometer a segurança do paciente. A determinação de horários de recebimento e devolução de materiais melhorou o processo logístico da CME no tocante de provisão de materiais, evitando assim, atrasos nos procedimentos cirúrgicos. A escala de atividades da CME foi adequada para que os funcionários dedicados ao recebimento, processamento de consignados focassem nestas atividades e reduzissem o número de falhas, comprometendo a segurança dos pacientes. **Conclusão:** As ações foram efetivas para resolução do problema, a mudança de conduta e supervisão incessante da liderança delineou o processo gerando maior qualidade e segurança ao paciente assim como reprodutibilidade das ações. Ressalta-se no entanto que o processo requer a comunicação efetiva entre as diversas interfaces envolvidas no processo de materiais consignados.

Palavras-chave: Materiais Consignados; Centro de Material; Qualidade e Segurança

E-mail: gioaraujo@yahoo.com.br

1. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[620]

P129 - ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA QUEBRA DE URETEROSCÓPIOS FLEXÍVEIS PARA ATENDER ÀS CIRURGIAS UROLÓGICAS: HÁ POSSIBILIDADE?

Giovana Abrahão de Araújo Moriya*1; Izabel Kazue Iamaguti1; Marina Paula Bertho Hutter1; Silvestre Silva Ferreira1

Resumo:

Introdução: Os avanços da medicina moderna, especialmente na urologia sofreram verdadeira revolução nos últimos anos com a introdução de novas e abrangentes tecnologias; a cirurgia endourológica substituiu as tecnologias padrões por procedimentos minimamente invasivos sem agressividade aos tecidos, inócuos e com altos índices de resolução. Hoje as ureterorenoscopias são os procedimentos da era moderna. A qualidade e a miniaturização dos instrumentos endourológicos possibilitaram uma melhoria tecnológica e uma dramática eficiência na investigação e resolução das patologias. O desenvolvimento de fibras óticas com melhoria na qualidade e transmissão das imagens, a flexibilidade dos aparelhos e o pequeno calibre dos instrumentos com adequados canais de trabalho e sistemas de irrigação projetaram o urologista e as instituições hospitalares na realidade virtual dos nossos dias. Em busca das melhores práticas em prol da segurança e melhor resultado no tratamento do paciente, as instituições hospitalares necessitam adquirir e gerenciar um número de equipamentos de alta tecnologia que atenda a demanda de procedimentos adequadamente, o que muitas vezes representa um alto custo financeiro e um grande desafio para o gestor. Hoje um significativo desafio enfrentado por instituições hospitalares que atendem a procedimentos endourológicos é, disponibilizar ureteroscópios flexíveis em 100% dos procedimentos com indicação de uso, considerando que são equipamentos extremamente frágeis, quebram-se facilmente e representam um alto custo financeiro. Esta dificuldade foi vivenciada no CME (Centro de Material Esterilizado) de uma instituição hospitalar privada, de grande porte em São Paulo, que identificou a necessidade de desenvolver um estudo direcionado à utilização e gestão dos ureteroscópios flexíveis, considerando que dentro do período analisado a média de vida útil de cada ureteroscópio flexível foi de aproximadamente 3 vezes, dificultando em demasia a logística de distribuição dos equipamentos quando procedimentos que os requeriam eram agendados e ainda aumentando os gastos com a reposição exacerbada deste equipamento. **Objetivo:** Minimizar possibilidades de indisponibilidade do ureteroscópio flexível em casos cirúrgicos com indicação e reduzir gastos com reposição de ureteroscópios flexíveis danificados e sem condições de reparo. **Método:** Realizado mapeamento das áreas envolvidas dentro do processo de esterilização e utilização dos ureteroscópios flexíveis, para assim diagnosticar as causas dos danos nos equipamentos analisados. Após a análise do cenário real e dos problemas existentes dentro do processo, foi elaborado um plano de ação para a resolução dos problemas e implementação, colocados em prática durante o período aproximado de um ano-junho/2012 a maio/2013, para que pudessemos avaliar com propriedade o impacto e efetividade dessas ações. Resultado: O plano executado proposto e as ações estão sendo efetivas. Conseguimos parceria com empresas fornecedoras de ureteroscópios flexíveis para atender a demanda de acordo com o agendamento cirúrgico prévio. Com as ações tomadas após junho de 2012 até o presente momento houve redução de 100% no número de danos físicos em ureteroscópios flexíveis, consequentemente não houve despesas com aquisição de ureteroscópios flexíveis. **Conclusão:** O constante avanço tecnológico na área da saúde impulsiona as instituições hospitalares a desenvolver processos adequados e seguros acompanhando as mudanças e proporcionando a melhoria da assistência ao paciente. Essa evidência está presente neste estudo, focando a gestão estratégica com a equipe multidisciplinar alinhada às melhores práticas em prol da segurança do paciente e excelência da assistência prestada.

Palavras-chave: Ureteroscopios; Enfermagem; Custos

E-mail: gioaraujo@yahoo.com.br

1.Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[621]

P130 - REDUÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO PARA TÉCNICOS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM CENTROS DE MATERIAL ESTERILIZADOS (CMES)

Giovana Abrahão de Araújo Moriya*1; Denise da Silva Leite1; Andreia Ferreira Soares1; Marina Paula Bertho Hutter1

Resumo:

Introdução: As reivindicações por melhores oportunidades de trabalho, o individualismo, o retrato cada vez mais evidente do mundo capitalista e consequente aumento do custo de vida, estimulam a população assumir cada vez mais tarefas na vida socioeconômica. Este fato é também compartilhado com os profissionais da área da saúde, que buscam alternativas para complementar a renda familiar como aumento da jornada de trabalho e/ou duplo vínculo empregatício. Em contra partida, para o empregador, esta medida pode ser considerada economicamente viável quando se analisa apenas o aumento da mão de obra com “baixo custo”, porém, sem avaliar o dinamismo que precede o desgaste físico, social e mental, ultrapassando muitas vezes, o limite da capacidade deste colaborador. Estes fatores foram percebidos na unidade de centro de material e esterilização de um hospital privado, de grande porte, localizado no município de São Paulo, que compunha em seu quadro de colaboradores com jornada de trabalho 220 horas/mês – 8 horas diárias atreladas ao alto índice de absenteísmo, acarretando em sobrecarga de trabalho para o restante da equipe e consequente afastamento de demais membros, além do aumento do encargo salarial em horas extras, e, da nítida percepção da diminuição do rendimento operacional destes colaboradores após o período de pausa para a refeição. **Objetivo:** A partir desta percepção, iniciou-se um estudo junto ao departamento de remuneração para avaliar a representatividade em valor real destas horas no salário do colaborador e verificar a possibilidade de novas contratações com o valor excedente. **Metodologia:** Propôs-se neste estudo, uma análise criteriosa da correlação de horas/trabalho/funcionário e o índice de absenteísmo e produtividade e possível redução de jornada de trabalho de 13 colaboradores que possuíam jornada de trabalho de 220 horas/mês – 8 horas diárias para 180 horas/mês – 6 horas. Foram constatadas várias oportunidades de melhorias para as partes envolvidas (colaborador/empregador). O primeiro levantamento foi em relação ao índice de absenteísmo gerado por doenças ocupacionais relacionadas ao esforço físico e o aumento substancial para estes colaboradores. Em seguida, foi realizado um estudo de impacto financeiro para a instituição. **Resultados:** Com a redução destas jornadas, os resultados foram impactantes como up grade na posição de um enfermeiro júnior para pleno, aumento de quadro de duas posições de técnicos de enfermagem e ainda redução de 3% do custo total de salários pagos anualmente à estes colaboradores. Além do aspecto financeiro, o impacto desta mudança estrutural de RH superou as expectativas, o número de absenteísmo diminuiu consideravelmente após esta medida e o nível de satisfação da equipe aumentou, visto que estes se sentiram como parte integrante do processo e a liderança compartilhada focada no profissional como ser humano e o cuidado com a sua saúde e bem-estar. **Conclusão:** A livre negociação é o caminho para a preservação das necessidades dos trabalhadores e das empresas, afinal, empregados e empregadores são as pessoas que melhor conhecem as características, a realidade e o potencial de seus setores de atividades. Reforça, no entanto a necessidade de acordos equilibrados, que busquem objetivos comuns, compartilhem resultados e garantam o crescimento econômico e satisfação dos colaboradores.

Palavras-chave: Jornada de Trabalho; Enfermagem; Produtividade

E-mail: gioaraujo@yahoo.com.br

1.Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



Marcia Rino*1; Rafaella Rebello1; Michele Thiesen1

Resumo:

Introdução: A experiência cirúrgica requer um cuidado humanizado, qualificado e seguro. Entretanto, a implementação do processo de humanização exige a superação de desafios e resistências que o cotidiano deste ambiente traz consigo. Sentimentos de insegurança e medo são comuns ao paciente cirúrgico, o qual está inserido num local de alta complexidade, com rotinas predeterminadas que lhes causa estresse e ansiedade. A prática do acolhimento e da criação de um elo comunicativo pelo enfermeiro, resgatando aspectos subjetivos do ser humano favorecem a sistematização do cuidado, impactando positivamente no processo terapêutico. **Objetivo:** refletir a respeito do acolhimento como ferramenta para a humanização do cuidado ao paciente por parte do enfermeiro perioperatório. **Metodologia:** este estudo surgiu a partir da experiência de docentes e discentes por meio de discussões em grupo durante as atividades desenvolvidas em sala de aula na disciplina Saúde do Adulto e do Idoso. **Resultados:** há no ambiente hospitalar e na área da Saúde de forma geral, uma necessidade visível de combater à despersonalização e de resgatar valores humanísticos, com atitudes relativamente simples, que requerem reflexão filosófica, epistemológica holística por parte dos profissionais. O acolhimento é uma postura em que os profissionais de saúde, em destaque os da enfermagem, devem desenvolver com o intuito de compreender e sensibilizar-se com o outro, atendendo suas necessidades e direcionando-as, dispensando atenção na relação através de escuta com hospitalidade e afeto. A humanização e o acolhimento dependem da atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os trabalhadores que entram em contato direto ou indireto com o paciente, assim, as dimensões envolvidas na assistência humanizada são interdependentes e mutuamente influenciáveis. O acolhimento e a abordagem holística representam um recurso terapêutico proporcionando a diminuição da ansiedade, o estabelecimento da autoconfiança e da esperança. O paciente cirúrgico, enfrentando diversas sensações de preocupação e anseios depositam sua confiança na equipe de saúde, com isso a valorização da dimensão subjetiva do cuidado e do acolher se faz necessária. Em muitos estudos levantados, fica evidente que toda a discussão no que concerne à prática da humanização remete à responsabilidade dos profissionais na dinâmica da assistência e com isso, a inserção de conceitos e ferramentas que auxiliem na construção de uma prática humanista estão em voga nas instituições de saúde, com destaque para o Centro Cirúrgico, que necessita de profissionais com perfis ilimitados quando a referência é a dignidade humana. **Considerações finais:** a partir dos resultados percebe-se que o acolhimento representa a criação de um elo nas relações humanas, quer seja ele construído de forma solidificada, permanente ou efêmera. A forma como esta conexão é concebida influencia de forma direta sobre a perspectiva do paciente frente à sua condição cirúrgica e sobre o transcorrer da prestação do cuidado e recuperação por parte da atuação dos profissionais. Para o enfermeiro o acolhimento deve constituir uma atitude intrínseca em sua rotina diária, a qual este não recebe apenas mais um paciente, mas sim histórias de vida e diversidade na esfera biopsicosocial. Com este foco comprometer-se e dedicar-se ao outro, muitas vezes em situação de fragilidade, permite subsidiar o planejamento do cuidado em enfermagem, permitindo assim conhecermos as reais necessidades do paciente e prestar uma assistência de qualidade, reforçando o processo de humanização deste ambiente.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Acolhimento; Humanização da Assistência

E-mail: thiesenmichele@gmail.com

1.UNIVALI, Blumenau, SC, BRASIL.



Jaqueline Coelho*1; Sandro José da Maia1; Michele Thiesen1

Resumo:

Introdução: As cirurgias para tratamento do câncer de mama, conhecidas como mastectomias, repercutem sobremaneira, tanto nos aspectos físicos quanto psicológicos, exigindo uma assistência sólida, estruturada e humanizada da equipe de saúde que irá acompanhar esta paciente durante o período perioperatório. **Objetivo:** A partir do exposto, teve-se como objetivo desse trabalho, conhecer qual a percepção de pacientes mastectomizadas sobre o momento perioperatório. **Metodologia:** O estudo foi de caráter exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. O local da coleta dos dados foi a Unidade de Saúde Familiar e Comunitária mantida por uma universidade privada, sendo esta considerada referência para o atendimento de mulheres com câncer de mama para a região da Foz do Rio Itajaí. A coleta dos dados ocorreu no primeiro semestre de 2011, por meio de entrevistas face a face com sete mulheres que estavam no período pós-operatório de mastectomia. Durante todo o processo os pesquisadores seguiram as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa sob parecer n. 355/10. **Resultados:** Os resultados encontrados foram descritos em três categorias, sendo a primeira percepção sobre o período perioperatório, na qual houve destaque para sentimentos como medo, angústia, e desespero diante do diagnóstico da doença e da necessidade de realizar uma cirurgia. Acordar sem a mama e perder os cabelos por causa do tratamento adjuvante do câncer influenciaram na autoimagem na fragilização da identidade feminina. Embora tenha sido citado o receio devido ao processo metastático também foram citados o empoderamento e fortalecimento dos sujeitos após saber da doença. Na segunda categoria, fatores que facilitam o enfrentamento da doença, houve destaque para o apoio familiar como alicerce importante durante o período perioperatório e a fé em Deus como forma de amenizar as angústias vivenciadas. O pensamento positivo e acreditar na equipe de saúde surgiram como forma de enfrentamento da patologia. Na terceira categoria, fatores que dificultam o enfrentamento da doença, a depressão, a dor e a falta de informações foram fortemente elencados como fatores que atrapalham e prejudicam o enfrentamento da doença. Também foi citado a demora em fazer a cirurgia como sendo um agravante da ansiedade e nervosismo. **Considerações Finais:** Diante dos resultados ressalta-se a importância do conhecer as peculiaridades do processo de enfrentamento da patologia como um todo, para que dessa forma a assistência prestada seja adequada e condizente com a situação e as necessidades de cada paciente. Para tanto, afere-se a importância do incentivo as práticas humanizadas e, conseqüentemente a constante atualização e preparo da equipe de saúde que atua diretamente no processo saúde/doença destas pacientes. Ainda, ressalta-se a necessidade de fortalecimento das ações básicas de detecção precoce da patologia, bem como melhorias nas qualidades de acesso aos serviços de tratamento, como as cirurgias mamárias. Para finalizar, apontam-se as participações em grupos de apoio e o incentivo a participação dos familiares no enfrentamento do processo como um todo, a fim de alcançar, assim, a qualidade de vida, o fortalecimento e o empoderamento do sujeito central da questão, que é a paciente e não a patologia em si.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Mastectomia; Enfermagem Perioperatória

E-mail: thiesenmichele@gmail.com

1.UNIVALI, Blumenau, SC, BRASIL.



Maria Helena Aoki Nepote*1; Silmara Marçal1

Resumo:

Introdução: Um dos setores de maior custo dentro de um hospital é o Centro Cirúrgico (CC), por isso o número de cirurgias realizadas é uma variável de peso, pois pode interferir nos indicadores hospitalares. Tyler e a maioria dos administradores calcula essa taxa, medida pela média de duração dos procedimentos médicos mais o tempo de limpeza concorrente (TLC), divididos pelo tempo disponível da sala operatória (SO). **Objetivos:** Este trabalho objetiva estabelecer um modelo para cálculo da taxa de ocupação (TO) de um CC, medindo exatamente as variáveis que compõem a respectiva taxa. Compararam-se os resultados obtidos pela antiga e a nova metodologia. **Metodo:** Trata-se de um estudo observacional descritivo e retrospectivo, que incluiu todas as cirurgias ocorridas no ano de 2.011 de um CC terciário e privado do interior de São Paulo, com 10 salas operatórias (SOs). Os dados coletados foram digitados numa planilha EXCEL, onde se comparou a TO de 2011 obtida pelo método anterior, que foi recalculada pela nova metodologia proposta no trabalho. Método anterior: tempo médio de uso das SOs somado com o TLC dividido pelo tempo disponível das SOs. Considerava-se o cálculo do tempo médio de uso da SO como a média de cirurgias/dia (número total de cirurgias dividido pelos dias úteis) multiplicado pela média de duração das cirurgias e somada com o TLC (fixado em 20 minutos). O cálculo do tempo disponível das SOs foi estabelecido pela multiplicação das 10 salas por 13 horas (7 às 20 horas). Já o novo cálculo envolveu a criação de fórmulas na planilha EXCEL, sendo padronizados: nos dias úteis funcionarão 9 salas por 13 horas e 1 sala de urgência sempre por 24 horas; nos sábados funcionarão 4 salas por 6 horas e 1 sala de urgência e, domingos e feriados apenas 1 sala de urgência. Para o cálculo da nova TO as variáveis são: A)TLC; B)Tempo disponível das SOs e C)Total do Tempo Cirúrgico Mensal. Para calcular: A) TLC: deve-se calcular inicialmente o número de limpezas terminais, que foi obtido pela soma do número de salas de abertas nos dias úteis, finais de semanas e feriados. O número de limpezas concorrentes é a subtração do total cirúrgico mensal do número de limpezas terminais. Para se obter o tempo gasto no TLC, o resultado é multiplicado por 20 minutos. B) O tempo disponível do CC foi obtido automaticamente pela fórmula criada no programa EXCEL, onde se digitou o número de dias úteis, sábados, domingos e feriados do respectivo mês, verificado no calendário mensal. C) o cálculo do tempo total cirúrgico mensal é fornecido pelo Sistema de Informática TASY. **Resultados:** A média da TO do ano de 2011 na fórmula antiga e na nova foram respectivamente: 90,45%, e 70,43%, mostrando uma diferença em torno de 20% a menos; assim como a mediana de 2.011: 90,12% e 69,98% respectivamente; Desvio Padrão: 5,61 e 5,36 respectivamente; Mínima 81,34% e 59,67% respectivamente e a Máxima de 98,33% e 78,67%. **Conclusão:** Na fórmula anterior considerava-se apenas as horas disponíveis e o tempo total de uso do CC somente nos dias úteis. Em contrapartida, nessa fórmula atualizada, considera-se o tempo de uso e disponível do CC, segundo o número de salas abertas e o número de dias úteis, sábados e domingos e feriados, como também a variável de 1 sala para urgências nas 24 horas do dia. Por considerar variáveis significativas, levou a um resultado inferior em relação a fórmula anterior, porém mais fidedigno, pois proporciona melhor análise crítica do desempenho global do CC.

Palavras-chave: Cirurgia; Ocupação; Desempenho

E-mail: aokinepote@hotmail.com

1.Fundação Centro Médico de Campinas, Campinas, SP, BRASIL.

Maristela Freitas Silva*1; Mariza Jannuzzi de Souza2; Rogério Marques de Souza2; Grace Thompson2

Resumo:

Segundo Carvalho e Bianchi em nosso país a sistematização da assistência constitui-se em um desafio, visto que seus registros muitas vezes inexistem, assim como inexiste uma documentação que norteie as etapas da assistência e por consequência garanta a continuidade da mesma. Trabalhamos em uma Instituição de Ensino, onde além de prestarmos assistência aos clientes, estamos envolvidos da formação de futuros enfermeiros para os quais somos exemplos profissionais. Sendo assim, preocupados com a criação de um modelo de visita pré-operatória que norteasse a ação do enfermeiro e atendesse às demandas dos clientes em perioperatório do Hospital Universitário, unimos nossos esforços para retomar a atividade de visita pré-operatória, onde foram parceiros fundamentais a Coordenadoria de Enfermagem, a Chefia da Unidade de Centro Cirúrgico, a equipe de Preceptores e Tutores do Programa de Residência e os Enfermeiros Residentes. O cuidado de enfermagem perioperatório abrange todas as fases da assistência prestada ao cliente que necessita submeter-se a cirurgia, e cabe a enfermeira atentar para a importância: do trabalho em equipe multidisciplinar e de alta qualidade; da comunicação efetiva com clientes, família e demais membros da equipe; da avaliação e intervenção eficientes e efetivas em todas as fases pelas quais o cliente passa; da defensoria de clientes e familiares e ainda, das questões de contenção de custos. Vale ressaltar que valorizar a documentação completa do cuidado prestado, a garantia da segurança do cliente assistido e o ensino efetivo deste cliente bem como o planejamento de sua alta são aspectos primordiais para favorecer resultados de qualidade e minimizar os riscos de complicações perioperatórias. É o processo de enfermagem que fornece subsídios para individualizar o cuidado e as estratégias de cuidar do cliente, e sua documentação é vital para que este cuidado tenha continuidade e lhe propicie passar de modo tranquilo e seguro pelo processo operatório. Baseados nesta premissa partimos para a construção de um novo modelo de impresso de Visita Pré-operatória, e após sua construção iniciamos sua testagem, avaliação, adequação e implementação, sempre com a contribuição dos parceiros envolvidos. O presente relato tem por objetivo descrever como se deu o processo de criação e implementação do impresso de visita pré-operatória do Centro Cirúrgico do HUPE/UERJ e o modo como o mesmo vem sendo aplicado pela equipe de enfermeiros que atua na Unidade. A construção do novo impresso foi baseada nos Domínios da Taxonomia de NANDA, conforme recomendação da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HUPE/UERJ. Cada versão construída era testada e remodelada com o fito de atender às necessidades assistenciais dos clientes em perioperatório. Após um semestre de trabalho, chegamos à versão final que vem sendo utilizada nas visitas realizadas por enfermeiros e Residentes, os quais têm carga horária diária específica para realizar tal atividade. Os clientes relatam que a visita da enfermeira minimiza seu estresse pré-operatório, tornando a experiência cirúrgica menos traumática emocionalmente. Embora ainda existam algumas adequações a serem feitas, os enfermeiros da equipe relatam que o trabalho na recepção dos clientes no Centro Cirúrgico do HUPE foi facilitado, pois os pacientes chegam com menos dúvidas e medos e estão mais bem preparados para o processo cirúrgico.

Palavras-chave: Assistência Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Centro Cirúrgico

E-mail: librarj64@gmail.com

1.Hospital Universitário Pedro Ernesto/faculdade de Enfermagem/UERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL; 2.Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



Ernane de Sousa Almeida*1; Vanusa Dias de Medeiros Félix1

Resumo:

Hipertermia Maligna é uma síndrome de origem fármaco-genética que se manifesta quando seu portador é submetido a um ou mais fatores desencadeantes durante uma anestesia geral em associação a anestésicos voláteis – halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano com Bloqueador Neuro Muscular succinilcolina. Inicia-se, assim, um processo de hipermetabolismo da célula muscular esquelética, podendo levar à sua destruição, ao consumir grande quantidade de energia, com rápida e intensa elevação da temperatura. Consequentemente, isso produz alterações bioquímicas e hematológicas que podem evoluir para choque irreversível e morte. A incidência mundial de Hipertermia Maligna varia de 1:3.000 a 1:250.000. O objetivo deste trabalho foi estudar a hipertermia maligna em pacientes vulneráveis, na expectativa de desenvolver ações multiprofissionais da saúde durante a crise, em especial para o cuidado profilático e emergencial. Trata-se de um estudo bibliográfico, baseado na análise da literatura já publicada e indexada em banco de dados LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde) SCIELO (Scientific Eletronic Library on Line) BDENF (Banco de dados em Enfermagem), de 1996 a 2005. Foram utilizados os descritores: Hipertermia Maligna e doença fármaco-genética. As manifestações mais frequentes são: taquicardia, elevação dos teores de gás carbônico da mistura exalado, taquipnéia, rigidez do músculo masseter (RMM) ou rigidez muscular localizada, arritmias cardíacas, cianose, elevação da temperatura e sudorese. O aumento da temperatura não é o primeiro sinal a se manifestar, porém após início geralmente tem ascensão rápida, com aumento médio de 1 – 2°C a cada cinco minutos. A principal preocupação é a precocidade do diagnóstico. Torna-se necessário desenvolver algumas ações multiprofissionais: 1) suspender o ato cirúrgico, se possível; 2) realizar imediata suspensão da administração do agente desencadeante (anestésico inalatório); 3) substituir o sistema de anestesia; 4) ventilar o paciente em assistida controlada com $\text{FIO}_2=100\%$; 5) monitorar a temperatura; 6) iniciar a administração de medicamento específico; 7) hidratar generosamente o paciente; 8) iniciar o processo de resfriamento ativo, com soluções parenterais geladas em cavidades (gástrica, vesical, intestinal, peritoneal), com manta térmica para resfriamento da superfície corporal; 9) instalar circulação extracorpórea, se necessário. Para que o paciente não tenha hipotermia, estas medidas devem ser monitoradas e observadas rigorosamente. Deve ocorrer a análise rotineira e frequente de gasometria arterial, creatinofosfoquinase, potassemia, calcemia, mioglobulinemia, mioglobulinúria e coagulação sanguínea. O paciente deve ser encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), recebendo a medicação Dantrolene por 24 até 72 horas, na dose de 1mg/kg/dia endovenosa. As informações devem ser detalhadas para o paciente e seus familiares, os quais devem também ter suas histórias patológicas pregressas investigadas. O estudo evidenciou a relevância do conhecimento sobre a síndrome, sua manifestação clínica e tratamento. A equipe multiprofissional deve estar preparada para um atendimento específico e eficaz na crise da Hipertermia Maligna.

Palavras-chave: Hipertermia Maligna; Anestésicos Voláteis; Enfermagem

E-mail: ernanealmeida1@uol.com.br

1.Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, BRASIL.



Cristian Henrique Candido da Silva*1; Francieli Ferreira Bastida1

Resumo:

Introdução: O conhecimento que a Enfermagem possui sobre o âmbito da cirurgia é uma consequência do aprendizado de homens e mulheres que auxiliavam os médicos durante os primeiros procedimentos cirúrgicos. Os primeiros registros que compõe a história da cirurgia são livros sobre medicina escritos por egípcios. Em alguns destes documentos há relatos sobre como os pacientes eram preparados para as cirurgias, sendo que muitos eram embebedados, recebiam pancadas para que desmaiassem, eram amarrados, amordaçados e, na maioria das vezes não resistiam ao procedimento e vinham a falecer. A Enfermagem Cirúrgica iniciou-se de maneira informal, junto aos cirurgiões que não possuíam muito conhecimento, realizando a limpeza de materiais e a contenção dos pacientes durante os procedimentos. A consolidação da Enfermagem Cirúrgica ocorreu com a criação da Association of periOperative Registered Nurses (AORN), que dentre as suas funções, recomenda padrões de cuidado com o paciente cirúrgico. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) é quem orienta as práticas de enfermagem cirúrgica. **Objetivo:** Relatar a qualidade da Assistência de Enfermagem Perioperatória durante o estágio curricular de Enfermagem em Clínica Cirúrgica. Evidenciar as dificuldades de acadêmicos durante a prática de Enfermagem em Clínica Cirúrgica. Ressaltar a importância do conhecimento do modelo de assistência Perioperatória. **Método:** A base epistemológica dos autores deste trabalho científico está alicerçada ao Estruturalismo. Sendo assim, esta pesquisa é do tipo exploratória, baseada na pesquisa-ação de um acadêmico do curso de Enfermagem em aulas práticas da disciplina de Clínica Cirúrgica em uma determinada instituição hospitalar da região norte do estado de Mato Grosso, utilizando-se do método indutivo e de abordagem qualitativa. **Resultados:** Durante o período de aulas práticas na Clínica Cirúrgica foi possível colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula. Mas durante esse período conhecemos um pouco mais da realidade da Enfermagem em nosso país, onde os profissionais enfrentam muitos desafios para desempenhar as suas atividades. Foi possível perceber que os pacientes que estavam no período pré-operatório não recebiam uma assistência satisfatória, eram apenas encaminhados ao banho, vestiam o avental e aguardavam o horário da cirurgia no leito hospitalar. Durante o período pós-operatório a assistência aos pacientes era adequada, porém poderia ser melhor implementada. Durante esse período nos deparamos com algumas dificuldades, mas estavam relacionados à relação interpessoal com os pacientes, visto a pouca prática que nós detínhamos com tal função. Ao término das aulas práticas podemos perceber as dificuldades do enfermeiro responsável pelo setor em conseguir implementar o modelo de assistência perioperatória desejada. **Conclusão:** A prática da Enfermagem Cirúrgica em nosso país pode ser amplamente melhorada, visto a dificuldade que os atuais enfermeiros relatam, cabe aos docentes, enfermeiros em início de carreira e aos alunos de graduação em enfermagem se unir e somarem forças para que cada vez mais a atuação do enfermeiro perioperatório seja embasada em modelos conceituais e práticos de atuação.

Palavras-chave: Conhecimento; Acadêmico; Assistência

E-mail: fran_bastida@hotmail.com

1.FASIPE - Faculdade de SINOP, MT, BRASIL.



Maria Socorro Vasconcelos*1; Silmara Martins Garcez1; Simone Batista Neto Arza1

Resumo:

Introdução: Os Centros de Materiais e Esterilizações (CME) têm a responsabilidade de buscar constantemente a excelência em suas atividades, pois um erro não resulta apenas em prejuízo, já que pode acarretar na perda de vidas. Nesse contexto, buscando a melhoria contínua em seus serviços, foi implantado, no CME do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), um instrumento em forma de lista de verificação da qualidade, em visitas técnicas, como guia para auxiliar o enfermeiro na avaliação dos setores do CME como também as empresas que prestam serviços a esses setores. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação de uma lista de verificação de qualidade nas diversas áreas do CME. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência no CME do ICESP iniciado 01/10/2012. O desafio da elaboração da “lista de verificação de qualidade” para visitas técnicas dos setores do CME foi guiado por três regras. A primeira regra foi a da simplicidade. Uma lista exaustiva de verificações e classificações poderia criar um fardo que provavelmente melhoraria em muito a organização do CME, mas sua compreensão seria difícil de implementar, de transmitir e, provavelmente, enfrentaria resistência significativa da equipe de enfermagem. A descrição de cada ponto de verificação foi descrito de forma suficientemente curta para deixar a lista compacta, e o suficientemente detalhada para que o profissional saiba exatamente do que se trata. Um profissional bem treinado pode executar o processo com base na descrição dos itens de verificação garantindo a repetitividade do processo. A segunda regra foi a da ampla aplicabilidade. A meta foi atingir todos os ambientes e cenários do CME. A terceira regra foi a da possibilidade de mensuração. A mensuração do impacto (satisfatório e insatisfatório) foi um componente chave da segunda regra. Medidas significativas devem ser identificadas, mesmo que estejam relacionadas apenas a processos substituídos, e devem ser razoáveis e quantificáveis pelos praticantes em todos os contextos. As três regras de simplicidade, ampla aplicabilidade e a possibilidade de mensuração foram seguidas e a meta de implementação foi possível e bem sucedida, extraíndo informações que permitiram a melhoria contínua do CME. A “lista de verificação de qualidade” para visita técnica, com 19 itens, serviu como um lembrete resumido de todos os pontos que deveriam ser avaliados em uma determinada operação. O objetivo não era detalhar cada processo, e sim servir como guia para o profissional realizar a visita técnica. No caso de itens avaliados com resultado insatisfatório é realizada uma notificação ao setor responsável pelo serviço, para realizar um plano de ação, com o objetivo de melhoria. O estudo foi realizado no período de outubro de 2012 a abril de 2013. **Resultados:** No período de estudo foram realizadas 14 visitas e a média de itens insatisfatórios ficou em torno de $3,57 \pm 2,02$. Nas visitas conseguiu atingir, aproximadamente, 77% de itens satisfatórios, abaixo da meta estabelecida de 80%. Após as visitas foram implementadas ações de melhorias com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas. **Conclusão:** Acredita-se que pelo pouco tempo de implementação desse programa, pode-se relatá-lo como uma mudança de sucesso e, com envolvimento dos colaboradores conseguirá alcançar melhoras significativas no CME, onde o produto final é a excelência no atendimento aos pacientes.

Palavras-chave: Lista de Verificação; Qualidade; Cuidados de Enfermagem

E-mail: sibane@uol.com.br

1. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



[633]

P138 - PERFIL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUE ATUA EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DE HOSPITAL ONCOLÓGICO

Bruna Elvira Costa*1; Rosilene Pereira Nascimento1; Simone Batista Neto Arza1

Resumo:

Introdução: Ao longo dos últimos anos o Centro de Material e Esterilização (CME) evoluiu extremamente, acompanhando a indústria que se intensificou na produção de equipamentos mais sofisticados para limpeza e esterilização de materiais e instrumental cirúrgico com conformação mais complexa, exigindo do profissional de enfermagem conhecimento específico para o desenvolvimento de suas atividades. Os trabalhos desempenhados no CME setor exigem técnica, zelo e muita responsabilidade.(1) Dessa maneira, a qualidade do profissional de enfermagem tem então, notável influência no funcionamento da unidade e na prevenção e no controle das infecções hospitalares.(1) O profissional de enfermagem do CME deve ser atento organizado, gostar do que faz e saber executar corretamente o que faz. Mas, na realidade em muitas CMEs é de um ambiente inóspito, com problemas pessoais e o trabalho exercido não é valorizado pelos administradores, chefias e até mesmo dos colegas de outros setores que tanto necessitam do CME, e até mesmo a falta de parceria de colegas enfermeiros.(2) O estudo propõe caracterizar a população de trabalhadores do CME de um Centro de Material e Esterilização especializado em oncologia. **Objetivo:** Relatar a perfil dos profissionais de enfermagem de um Centro de Material e Esterilização de um hospital especializado em Oncologia. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa desenvolvida no Centro de Material e Esterilização do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2013. Participaram do estudo 37 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos de trabalho manhã, tarde, noite par e noite impar. O instrumento utilizado foi questionário com perguntas abertas, mas não exigia a identificação do sujeito da pesquisa. **Resultados:** O estudo mostrou que a população era composta essencialmente pelo sexo feminino (81%), a maioria casada (73%) e com filhos (66,6%). A idade média dos técnicos de enfermagem era de 35,5 anos e a maioria tinha acima de 31 anos de idade (78,3%). A maioria tinha entre 2 a 10 anos de formado (70%), e trabalhava no ICESP por mais de 3 anos (67,5%). O absenteísmo nos meses de janeiro foi de 3,4%, fevereiro 0,61% e março 2,53%. Todos os técnicos de enfermagem responderam que gostavam de trabalhar no CME, mas 29% gostariam de trocar de área para não perder a prática de cuidar do paciente. A maioria referiu que tem reconhecimento do trabalho desenvolvido no setor. **Conclusão:** O estudo revelou que os técnicos de enfermagem gostam de trabalhar no setor, são reconhecidos pelo trabalho desenvolvido o que contribui para uma taxa de absenteísmo dentro dos padrões aceitáveis. A maioria com tempo de formação superior a dois anos sendo imprescindíveis treinamentos contínuos pela Instituição para manter a motivação, o interesse e a qualidade dos serviços prestados. Referencias: (1) Tipple AF V, Souza TR, Bezerra, ALQ, Munar DB. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP 2005; 39 (2): 173-180. (2) Ribeiro RP, Camargo EMA, Vianna LAC. Avaliação da temperatura nos centros de materiais esterilizados. Cogitare Enferm. 2008; 13(2):268-74.

Palavras-chave: Enfermagem; CME; Satisfação

E-mail: sibane@uol.com.br

1.Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



[634]

P139 - CICLOS ABORTADOS NA AUTOCLAVE À BAIXA TEMPERATURA DE UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ: LEVANTAMENTO DAS CAUSAS ENTRE 2011 E 2012

Cleidiane Barbosa Paz*1; Ana Cristina Alencar dos Santos1; Clarissa Gondim de Souza1; Leonardo Araújo Sampaio1; Shirley Kaliny Correia de Matos1

Resumo:

O presente estudo versa sobre a autoclave a plasma de peróxido de hidrogênio, uma tecnologia para a esterilização de artigos médico-hospitalares à baixa temperatura, ideal para o processamento de materiais sensíveis à temperatura e à umidade. Objetivou-se, portanto, listar as causas que levaram à interrupção desse tipo de processo de esterilização, ciclos realizados na Central de Material e Esterilização de um hospital do estado do Ceará. Para isto, foi aplicado um estudo quantitativo desenvolvido através da observação de parâmetros do processo de esterilização, controlado por um microprocessador que os monitoram e imprime um relatório ao final do mesmo, esse é anexado a uma planilha de controle as quais serviram de instrumento de coleta e análise das causas de interrupção dos ciclos. A análise dos resultados permitiu encontrar, entre julho de 2011 e dezembro de 2012, 595 ciclos de esterilização e desses, 10,2%/61 em processamento foram interrompidos por causas diversas. A principal causa de interrupção dos ciclos realizados consistiu na dosagem de peróxido de hidrogênio insuficiente, com um percentual de 27,9%/17 sendo esse problema solucionado através do abastecimento da autoclave com o agente químico. Além dessa, outra causa encontrada foi a falha no alcance do parâmetro vácuo (26,2%/16), fase inicial do processo de esterilização onde ocorre a redução da pressão na câmara através do funcionamento de uma bomba de vácuo. Em terceiro lugar, detectamos a falha no alcance do parâmetro pressão, com um percentual de 24,6%/15, problema ocorrido após a difusão I do peróxido de hidrogênio por toda a câmara da autoclave, em decorrência de algum problema na bomba de vácuo, não sendo possível retornar a pressão a valores ambientais. Vale à pena destacar ainda a falha no alcance do parâmetro difusão (8,2%/5) onde o ciclo foi concluído, no entanto, a fase de difusão do peróxido não foi executada com sucesso, ocasionando a não esterilização do material. Observou-se também que 1,6%/1 dos ciclos foi abortado em decorrência do uso de fita branca adesiva para fechar a embalagem SMS e, como a fita utilizada possuía celulose em sua composição, o processo de esterilização foi abortado, enquadrando-se como falha humana. Ressaltamos ainda que 6,6%/4 dos ciclos foram interrompidos por opção do usuário e 4,9%/3 foram ignorados por não existir o relatório anexado à planilha de controle. Em vista do que foi relatado, faz-se necessária a reflexão sobre a qualidade da monitorização do equipamento no que diz respeito às manutenções preventivas e corretivas, evitando o cancelamento do processo de esterilização e prejuízos na assistência ao cliente. Além disso, percebe-se também a importância de preparar adequadamente o material a ser processado assim como, ao término do ciclo de esterilização, retirar o impresso e comparar aos parâmetros de qualificação. Após a avaliação e liberação ou não da carga, os dados devem ser registrados e armazenados para uma posterior monitorização e resolução do problema.

Palavras-chave: Peróxido de Hidrogênio; Esterilização; Material

E-mail: cleidiane-paz@hotmail.com

1. Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte, CE, BRASIL.



[636]

P140 - AVALIAÇÃO DA LIMPEZA AUTOMATIZADA DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS EM UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO NO ANO DE 2012

Cleidiane Barbosa Paz*1; Ana Cristina Alencar dos Santos1; Clarissa Gondim de Souza1; Christianne Andrezza Mello1; Shirley Kaliny Correia de Matos1

Resumo:

A limpeza é um processo complexo com múltiplos desafios que devem ser cada vez mais enfrentados para que possamos garantir a segurança do cliente, já que a presença de microorganismos em instrumentais cirúrgicos está relacionada com a transmissão de infecções hospitalares e, por sua vez, a sujidade atua como fator protetor para esses microorganismos, criando uma barreira para o contato do agente esterilizante. Com base nisso, a tecnologia aprimorou o desenvolvimento de equipamentos que nos assegurassem uma limpeza eficaz além de viabilizar o processo de trabalho nas Centrais de Material e Esterilização. Nestas perspectivas, objetivou-se avaliar a limpeza automatizada de artigos médico-hospitalares processados em uma Central de Material e Esterilização de um hospital público do estado do Ceará no ano de 2012. Empregou-se para tal, uma estratégia metodológica do tipo documental, retrospectiva, de natureza quantitativa e os dados foram obtidos a partir da análise de 95 testes que mensuraram a presença de proteína em artigos limpos, já que essa está presente em qualquer matéria orgânica. Vale ressaltar que a leitura desse indicador foi realizada através da identificação da mudança de cor após a reação em: verde, indicando-nos que o material está limpo podendo prosseguir o processamento; cinza, atenção ao material pela presença de enzimas, ou seja, resíduo do detergente enzimático necessitando, portanto, de um novo enxágüe; e roxo, alerta-nos que a limpeza não foi eficaz estando o material contaminado e uma nova lavagem deve ser realizada. Os resultados foram trabalhados e avaliados com base na estatística descritiva à luz do referencial teórico utilizado e, na análise dos mesmos, encontrou-se 84/88,4% resultados favoráveis, ou seja, a leitura verde do indicador nos mostrou que a limpeza automatizada realizada nos instrumentais cirúrgicos foram eficientes; e 11/11,6% dos resultados mensurados enquadraram-se como não favoráveis por detectarem atenção quanto à limpeza (09/81,8%) e presença de sujidade no material (02/18,2%). Outra variável analisada está relacionada aos retestes dos resultados não favoráveis, constatando-se a existência de apenas 01 reteste, representado por 9% dos monitoramentos insatisfatórios. Compreende-se então que apesar do método utilizado de limpeza ser automatizado, representando um avanço da tecnologia e redução do trabalho humano, o presente estudo mostra as limitações tecnológicas existentes no funcionamento do equipamento, representado pelos resultados não favoráveis. Percebe-se ainda a necessidade da realização de educação continuada enfatizando: a importância desse indicador de limpeza, principalmente no que diz respeito ao reteste, a operação da máquina, bem como a organização e seleção do material a ser processado já que com um resultado insatisfatório não podemos atestar a qualidade da descontaminação.

Palavras-chave: Limpeza; Instrumental; Indicador

E-mail: cleidiane-paz@hotmail.com

1. Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte, CE, BRASIL.



Iolanda Beserra da Costa Santos*1; Ana Clara Clemente de Araujo1; Ana Paula Marques Andrade de Souza1

Resumo:

Introdução: O Centro Cirúrgico é uma unidade complexa, restrita e destinada aos procedimentos anestésico-cirúrgicos, que impõe aos profissionais de enfermagem situações estressantes como o lidar com os aspectos emocionais dos pacientes momentos antes da intervenção, recursos tecnológicos e relações humanas em muitas ocasiões com condições não satisfatórias. A prática da enfermagem nessa área requer uma ampla base de conhecimento científico e técnico, para tomada de decisão com agilidade, criatividade, ética e flexibilidade no desenvolvimento de inúmeras atividades designadas à profissão. Normalmente, o enfermeiro é envolvido por tensão emocional e outras dificuldades que os sobrecarregam de forma física e psicológica. **Objetivos:** Identificar os obstáculos vivenciados pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico; investigar junto aos enfermeiros as medidas adotadas para resolver os obstáculos do cotidiano; averiguar como são colocadas em prática as medidas adotadas pelos enfermeiros para resolução dos obstáculos. **Metodologia:** Pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida no Centro Cirúrgico de um hospital de ensino localizado no município de João Pessoa-PB. A amostra foi constituída por 07 enfermeiros, correspondendo a 90% do total de profissionais do serviço. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário padrão nos meses de agosto e setembro de 2011. Os achados foram analisados em forma de tabelas e gráficos por meio de estatística descritiva. Levaram-se em consideração os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (Protocolo CEP/HULW 371/11). **Resultados:** Obteve-se 45 respostas relacionadas aos obstáculos vivenciados pelos enfermeiros no centro cirúrgico, das quais 13,3% identificaram a falta de recursos materiais e equipamentos modernos como a principal dificuldade; 11,1% apontaram quantidade reduzida de enfermeiros para as atribuições diárias; número de salas insuficientes e atraso no início da cirurgia. Dentre as medidas para resolução dos obstáculos, 25% destacaram a aquisição de pessoal; 12,5% referiram atualização de recursos tecnológicos do setor; aumento do número de salas cirúrgicas para um atendimento mais ágil e o abastecimento eficiente de materiais. Com relação às formas de colocar em prática essas medidas, evidenciou-se 56 respostas das quais; 12,5% destacaram “distribuir as atividades de forma equitativa” e “realizar a passagem de plantão”; 10,7% “conversar de forma individual com cada profissional” e “fazer rodízio das atividades diárias entre os funcionários”. **Conclusão:** Foi possível constatar a diversidade de obstáculos que sobrecarregam o enfermeiro e a interligação entre eles no serviço, o que requer da chefia imediata habilidade, eficiência e competência para melhorar as exigências impostas pelo setor. Ressalta-se a necessidade dos gestores repensar a forma de distribuição dos funcionários, priorizando os recursos humanos e materiais, permitindo que os profissionais atuantes no centro cirúrgico desenvolvam suas atividades de forma mais tranquila, produtiva e eficaz, trazendo benefícios para ambas as partes paciente e instituição.

Palavras-chave: Enfermagem; Centro Cirúrgico; Obstáculos

E-mail: iolandabsc@hotmail.com

1.Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, BRASIL.



[638]

P142 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA SAEP: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL GERAL DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Milena Boldrini da Silva*1; Denise Consuelo Moser2

Resumo:

Introdução: Desde os primórdios a enfermagem em centro cirúrgico era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da operação. Essa importância, enfatizada por Florence Nightingale, preconizou as boas condições ambientais como fator crucial para o restabelecimento da saúde. No Brasil, o início da prática de enfermagem em centro cirúrgico ocorreu devido à falta de profissionais capacitados para atender às necessidades da equipe médica, principalmente em relação ao preparo da sala de operação, artigos médico-hospitalares e equipamentos. A partir da necessidade de uma assistência mais humanizada no centro cirúrgico foi proposto, em 1985, um modelo assistencial denominado de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), com o propósito de promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada em que o paciente é singular e a assistência de enfermagem uma intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado além de proporcionar a participação da família do paciente e possibilitar a avaliação da assistência prestada. **OBJETIVO:** identificar o conhecimento que os enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital público do norte do Espírito Santo têm sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). **Percursos Metodológico:** A pesquisa teve caráter qualitativo e utilizou o estudo de caso como método de pesquisa, a partir da triangulação de coleta de dados, com o uso da entrevista semi-estruturada, a pesquisa documental e a observação não participante. **Resultados e Discussões:** Os resultados demonstraram que os pesquisados não tem conhecimento sobre a SAEP e que desconhecem o termo metodologia. Entretanto, observamos que muitos percebem a importância da sistematização, apesar do conhecimento fragmentado sobre a assistência. Também foi levantada a questão sobre falta de recursos humanos para o desenvolvimento da assistência. Na análise documental e na observação não participante não foram encontrados documentos ou ações que indicassem a utilização da SAEP. **Conclusão:** destaca-se que a falta de motivação dos profissionais na busca do conhecimento está relacionado muitas vezes com o fato das instituições de ensino ainda manterem o foco na formação fragmentada, abordando de forma insipiente as bases teóricas que direcionam para a verdadeira função do enfermeiro.

Palavras-chave: Assistência Sistematizada; Enfermagem Perioperatória; Centro Cirúrgico

E-mail: profamoser@hotmail.com

1.Prefeitura Municipal de Serra, Serra, ES, BRASIL; 2.Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, BRASIL.



[639]

P143 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: UMA PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO, A PARTIR DA PESQUISA AÇÃO

Rodrigo Leite dos Santos*1; Denise Consuelo Moser2; Luiza Magalhães3; Mariana Saconi Porfírio4

Resumo:

Introdução: A Assistência de enfermagem perioperatória geralmente é prestada de forma organizada pelos enfermeiros, embora, na maioria das vezes, não exista um registro que direcione as fases da assistência prestada e sua continuidade. **Objetivo:** Propor a implantação de um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória aos enfermeiros do bloco operatório de um hospital público. **Caminho Metodológico:** Trata-se de estudo exploratório, descritivo de base qualitativa. Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros que atuam no Centro Cirúrgico do referido hospital. Para a coleta de dados, adotou-se o grupo focal, com encontros sistematizados, utilizando registro em diários de bordo e gravações em áudio. A partir das possíveis inferências, foram definidas as categorias de análise. **Resultados e Discussões:** Nas categorias elencadas: Conhecimento dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), Limitações no levantamento e registro de dados e Criação de um instrumento de registro específico para o Bloco Cirúrgico, notou-se que os enfermeiros desconhecem a SAEP e as etapas que compõem frente a experiência anestésico-cirúrgica; que a Enfermagem somente conseguirá desenvolver a sistematização adequada quando todos os seus componentes souberem quais são os seus papéis e, suas responsabilidades. Para tanto, se faz necessário o instrumento de registro, já que o cliente cirúrgico permanece por um intervalo de tempo de dependência absoluta da enfermagem e os registros das ações se revestem de importância ética, legal e de avaliação dos cuidados prestados. Outro aspecto relevante apontado pelos enfermeiros é com relação à operacionalização do instrumento de registro, no que se refere a sua aplicabilidade, sendo o mais simples possível. Relatam que o instrumento de registro tem importância vital no sistema de informações da enfermagem. Devendo conter dados úteis para o enfermeiro que presta assistência e para o gerenciamento da Unidade, sendo necessário o registro de todas as ações prestadas aos pacientes, com evidência e valorização do conhecimento científico, possibilitando a continuidade da assistência prestada pela enfermagem e outros profissionais que utilizam estas informações. **Conclusão:** Conclui-se que o instrumento proposto para o registro da SAEP necessita ser de fácil preenchimento, com aspectos essenciais a serem monitorados, possibilitando a aproximação do profissional de enfermagem ao paciente, oportunizando e potencializando o cuidado humanizado. Considera-se que os itens contemplados no instrumento proporcionam maior facilidade na realização do registro, favorecendo o levantamento de problemas, e a identificação de diagnósticos de enfermagem que irão subsidiar a formulação de ações no planejamento da assistência, com a descrição de intervenções de enfermagem no período transoperatório.

Palavras-chave: Pesquisa Ação; Assistência Perioperatória; Centro Cirúrgico

E-mail: profamoser@hotmail.com

1.Vigilância Epidemiológica de Nova Venécia, Nova Venécia, ES, BRASIL; 2.Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, BRASIL; 3.Francisco Xavier, Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, BRASIL; 4.Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus - Coordenação PACS/PSF., São Mateus, ES, BRASIL.



[640]

P144 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Mariana Saconi Porfírio*1; Denise Consuelo Moser2; Rodrigo Leite dos Santos3; Luiza Magalhães4

Resumo:

Introdução: Esse trabalho surgiu a partir de um instrumento proposto e adotado por docentes-pesquisadores da Universidade do Vale do Itajaí-SC, em um hospital público da região, ocorrido durante o desenvolvimento das atividades assistenciais, voltado à priorização do cuidado à pacientes na Sala de Recuperação Anestésica (SRA). Desta forma, optou-se por adotar um instrumento semelhante, considerando o desenvolvimento das atividades assistenciais, na disciplina de enfermagem nos agravos de saúde, no conteúdo de enfermagem perioperatória, realizada em um hospital público da região norte do Espírito Santo. Durante os períodos de estágio, decorridos desde 2009 percebeu-se a ausência de instrumentos sistematizados, bem como de registros de enfermagem no cuidado aos pacientes da SRA, denotando a falta de uma assistência efetiva, integral, resolutive e humanizada.

Objetivo: implementar um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem e métodos de cuidado, a partir da priorização da assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica. O referencial teórico utilizado para a construção do instrumento de priorização foi o manual de normas práticas da SOBECC. O instrumento contemplou a sistematização da assistência e propôs a avaliação de todos os pacientes que dão entrada na sala de recuperação anestésica sob o enfoque do risco cardiológico, classificação ASA, índice de Aldrete e Kroulik e escala de sedação de Ransey. A proposta de adotar um instrumento que sistematize e priorize a assistência a pacientes na SRA favorece a assistência de qualidade, direcionando o cuidado para os pacientes com maior risco de complicações no período pós-operatório imediato. **Resultados e Discussão:** foi possível adotar o instrumento proposto, bem como acompanhar a sua execução de forma participante, já que a pesquisadora esteve presente nas etapas e no processo de ajustes e adaptação da equipe e sua aplicação durante a pesquisa. Percebeu-se inicialmente certa dificuldade na compreensão da sistemática, porém a equipe entendeu a proposta e se propôs a implementar o instrumento, no sentido de melhorar a assistência, o que foi percebido logo no início de sua aplicação. O instrumento foi aprovado pela equipe e adotado pela Instituição pesquisada, adequando o mesmo a realidade do setor. **Conclusão:** a contribuição desta pesquisa para a unidade pesquisada foi fundamental, considerando a enorme mudança ocasionada na assistência direta ao paciente, bem como para formação profissional da aluna envolvida no processo, considerando que a mesma exercitou o papel do enfermeiro, assim como contribuiu para repensar a prática profissional na melhoria da assistência ao paciente no período perioperatório.

Palavras-chave: Assistência; Enfermagem Perioperatória; Centro Cirúrgico

E-mail: profamoser@hotmail.com

1.Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus - Coordenação PACS/PSF, São Mateus, ES, BRASIL; 2.Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, BRASIL; 3.Vigilância Epidemiológica de Nova Venécia, Nova Venécia, ES, BRASIL; 4.Francisco Xavier, Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, BRASIL.



[641]

P145 - O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS ODONTO-MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA CIDADE DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Luiza Magalhães*1; Denise Consuelo Moser2; Rodrigo Leite dos Santos3; Mariana Saconi Porfírio4

Resumo:

Introdução: Frequentemente as unidades básicas de saúde oferecem serviços de atendimento ambulatoriais para a comunidade, nas diferentes áreas do cuidado. É recente a associação da ocorrência de infecção aos procedimentos clínicos realizados nessas unidades, a notar-se da pouca literatura específica. O fato dos pacientes atendidos no ambulatório geralmente deixarem o ambulatório imediatamente após a realização do procedimento, dificultando a identificação das infecções que possam estar relacionadas ao atendimento. No entanto, embora a incidência global de infecção no ambulatório seja considerada baixa, inúmeros surtos graves têm ocorrido e tornado mais frequentes. **Objetivo:** descrever as etapas do processo de esterilização de artigos odonto-médico-hospitalares realizados nas unidades básicas de saúde, em uma cidade da região do norte do Espírito Santo. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo exploratório, qualitativa, com o uso do estudo de caso e realizada nas unidades básicas de saúde de um município da região norte do Espírito Santo, totalizando 26 unidades. Os participantes da pesquisa foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam nos locais de realização dos processos de esterilização. Na coleta de dados, adotamos a entrevista semi-estruturada, pesquisa documental e observação não participante. **Resultados e Discussões:** Os dados obtidos apontaram para uma ausência de normas e rotinas na forma de processar os artigos nas unidades básicas de saúde, bem como a falta de conhecimentos da maioria dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades pesquisadas. Vale destacar, que vários pontos foram identificados, no que se referem ao incorreto processamento dos artigos, muitas vezes colocando em risco os pacientes atendidos nas unidades, já que não são seguidas as normativas da ANVISA e da SOBECC, desconsiderando a importância deste processo para uma assistência de qualidade. **Conclusão:** A pesquisa realizada possibilitou sérias reflexões e estudos sobre a temática, além da contribuição direta a instituição pesquisada. Destacamos a devolutiva realizada junto a instituição, no sentido de contribuir com a melhoria da assistência e o repensar sobre os processos de esterilização, bem como uma proposta de formação aos profissionais.

Palavras-chave: Esterilização; Enfermagem; Processos

E-mail: profamoser@hotmail.com

1.Francisco Xavier, Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, BRASIL; 2.Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, ES, BRASIL; 3.Prefeitura Municipal de Serra, Nova Venécia, ES, BRASIL; 4.Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus - Coordenação PACS/PSF., São Mateus, ES, BRASIL.



[642]

P146 – CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DO CENTRO CIRÚRGICO: FERRAMENTA DE TRABALHO PARA GARANTIR SEGURANÇA AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Priscila Peres Santos*1; Luciana Nascimento Santos1; Clarice Aparecida Cardoso1; Simone Batista Neto Arza1; Joao Francisco Possari1

Resumo:

Introdução: O Centro Cirúrgico (CC) é uma organização complexa formada por várias partes que se relacionam além layout arquitetônico, equipamentos, aparelhos e mobiliários. A relação destas partes é importante, em vista que seu funcionamento só ocorre de forma adequada quando os critérios destas estiverem bem definidos, ou seja, integradas. Para segurança do procedimento anestésico-cirúrgico, o enfermeiro precisa saber com antecedência se as partes estão integradas. Dessa forma, pode-se garantir sucesso com o uso de uma ferramenta de trabalho denominada check list de verificação de infraestrutura do CC. **Objetivo:** Implantar o check list de verificação da infraestrutura do CC para garantir a segurança na realização do procedimento cirúrgico. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de relato de experiência, para implantação de um instrumento em forma de check list, para verificação da infraestrutura do CC do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Realiza-se mensalmente em média 600 cirurgias, nem 14 salas de operações, alocadas em 2 andares. O instrumento foi elaborado e implantado em 09/2012 a 12/2013. O instrumento é constituído de 13 itens e subdividido em 4 a 8 subitens a serem avaliados e classificados como satisfatório e insatisfatório e apresentado em percentual de cada área e mobiliários que podem interferir diretamente na qualidade do procedimento cirúrgico. Nos itens existe campo para apontar as não conformidades e indicação do plano de ação, a ser executado pelo profissional envolvido. O instrumento contempla as seguintes áreas: sala de recepção de paciente, sala de operação, recuperação pós-anestésica, expurgo, sala de acessórios da mesa cirúrgica, sala de equipamentos da engenharia clínica, sala de equipamentos da enfermagem, refeitório e corredores do CC, balcões, sala de gases medicinais. Complementa ainda o instrumento os mobiliários os carros de emergência e de vias aérea difícil e geladeiras. O instrumento é aplicado semanalmente pelo enfermeiro de plantão, sendo escolhido aleatoriamente. Depois de aplicado é entregue a coordenadora do CC para avaliação, tomada de decisão e arquivamento. **Resultados:** No período de estudo foram realizadas 34 visitas técnicas e encontrados os seguintes percentuais de não conformidades por área ou mobiliários: 29% sala de admissão de pacientes; 35% sala de operação, 23% recuperação pós-anestésica, 15% expurgo, 15% sala de acessórios da mesa cirúrgica, 35% sala de equipamentos da engenharia clínica, 10% sala de equipamentos de enfermagem, 18% sala de refeições, 12% sala de gases medicinais, 20% nos corredores e balcões, 32% nas geladeira 18% carros de emergências e 5% carros de vias aéreas. **Conclusão:** O modelo de avaliação utilizado possibilitou a ação preventiva garantindo condições adequadas de infraestrutura, segurança e conforto para o cliente e as equipes multiprofissionais.

Palavras-chave: Cirúrgico; Cuidados de Enfermagem; Centro Cirúrgico Hospitalar

E- sibane@uol.com.br

1. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



Elizete Calo Tsuzuki*1; Luzia Bispo Dias Castro1; Silvana Boell Nunes1; Simone Batista Neto Arza1

Resumo:

Introdução: Literaturas indicam que 1 em cada 6 pacientes internados em hospitais, é vítima de algum tipo de erro, que na maioria das vezes são passíveis de medidas de prevenção. De modo geral, a frequência de erros, varia de 2,9 a 39% das admissões, sendo que 18 a 83% poderiam ser prevenidos. Eventos adversos foram estimados em afetar 3 a 16% de todos os pacientes hospitalizados e mais da metade de tais eventos são reconhecidamente previsíveis. A segurança é um critério básico para garantia da qualidade da assistência. Nesse sentido, a adoção de estratégias para redução de erros em Centro Cirúrgico (CC) é essencial em CC, devido muitas cirurgias incluírem ressecções amplas e a identificação errada do paciente pode ter repercussões desastrosas. **Objetivo:** Avaliar a implantação da lista de verificação no período transoperatório para segurança do paciente oncológico. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado no CC do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), baseado em quatro fases (A,B,C,D) do processo cirúrgico. A lista de verificação de segurança cirúrgica foi implantada desde a inauguração do CC, 11/ 2008, seguindo três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e mensuração do impacto. A fase (A) realiza-se na admissão do paciente no CC, onde se confere prontuário e termos, demarcação do local da intervenção (realizada pelo profissional que irá realizar o procedimento), confirmam-se os dados do paciente pessoalmente e no prontuário e também com a programação cirúrgica. A fase (B) é realizada em sala de operação (SO) por um membro da equipe de enfermagem, em voz alta, antes da indução anestésica do paciente, sendo confirmado: nome do paciente (identificação), procedimento a ser realizado, demarcação do local da intervenção cirúrgica, verificação de alergias, risco de perda sanguínea, se o paciente possui via aérea difícil. Na fase (C) na SO, antes da incisão cutânea a enfermagem, norteia perguntas pelo roteiro padronizado confirmando os membros que compõem a equipe, confirmação do paciente, local da cirurgia e tipo de procedimento, realização de antibioticoterapia profilática, verificação de indicadores de esterilização e equipamentos necessários para a cirurgia. A fase (D), antes do paciente sair da SO é realizada a confirmação final da lista de verificação, sendo: confirmação do procedimento realizado, conferência de compressas, gaze, agulhas, identificação e armazenamento correto de material para anatomia patológica, se há algum problema com equipamentos para ser resolvido. O período de coleta de dados foi de janeiro a março de 2013, pelas anotações de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente. **Resultados:** Avaliadas 1961 cirurgias e identificados 50 problemas, tais como: 20 pacientes com pulseira de identificação ilegível, 10 pacientes sem demarcação de lateralidade, 10 pacientes com termos apresentando inconformidades, 03 faltas de compressas, 07 peças não conforme com o pedido. **Conclusão:** A lista de verificação de cirurgia segura é um instrumento de prevenção e redução de riscos para o paciente cirúrgico, para equipe que o assiste e instituição.

Palavras-chave: Lista de Verificação; Oncologia; Cuidados de Enfermagem

E-mail: sibane@uol.com.br

1. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



Cintia Rosa de Vargas*1; Ana Flávia Santos1; Leda Rodrigues1; Liziane Noetzold2; Rita Catalina Aquino Caregnato3

Resumo:

Introdução: É essencial o conhecimento sobre os diversos processos realizados na Central de Material e Esterilização (CME), a fim de garantir a qualidade e segurança no atendimento. A equipe de enfermagem deve ser capacitada para executar um trabalho de qualidade, reduzindo os efeitos adversos ao paciente. **Objetivo:** Relatar a experiência realizada por enfermeiros na capacitação da equipe de enfermagem de uma CME. **Método:** Relato de experiência de uma CME localizada em um hospital de grande porte da região sul do Brasil, com atendimento exclusivo a pacientes do SUS. **Resultados:** A capacitação dos profissionais da enfermagem para trabalhar na CME é realizada pelos enfermeiros deste setor em sete etapas. Na primeira apresenta-se a área física ao profissional, explicado os fluxos, vestimentas e principais rotinas do serviço. A segunda etapa prevê conhecer os instrumentais, para isso, o profissional permanece um mês na área suja, acompanhando um colega mais experiente e supervisionado pelo enfermeiro, realizando lavagem dos instrumentais procedentes do Bloco Cirúrgico (BC); nesta fase o enfermeiro orienta a função dos equipamentos de proteção individual, detergentes, desencrostantes, diluição, tempo de imersão, funcionamento das máquinas lavadoras termo desinfetadoras e ultrassônicas. A terceira etapa é dedicada à lavagem dos materiais das unidades de internação e nebulizadores. A quarta etapa desenvolve-se na área de preparo do material, montando e embalando instrumentais provenientes do BC e unidades de internação; nesta ocasião, o enfermeiro informa as principais técnicas de fechamento dos pacotes e os tipos de coberturas. Destaca-se a importância da inspeção visual dos instrumentais, identificação dos pacotes com o lote, carga, nome do profissional e data de validade. Na quinta etapa orienta-se a preparação de roupas, reforçando-se a técnica de embalagem, ocorrendo a capacitação para o preparo dos diversos pacotes utilizados nos procedimentos cirúrgicos. Na sexta etapa capacita-se para esterilização; neste momento o profissional é orientado sobre os tipos de autoclaves, o manuseio, materiais que podem ser esterilizados por meio de calor úmido sob pressão, montagem da carga, indicadores biológicos, integradores e o teste de Bowie Dick. Destaca-se a importância da observação do relatório emitido pela autoclave, pois este deverá ser anexado no impresso de produtividade do operador. A última etapa é a capacitação para manuseio do Plasma de Peróxido de Hidrogênio; nesta fase orientam-se quais os materiais que podem ser esterilizados neste processo, informa-se sobre o manuseio da máquina, como montar uma carga, testes, embalagens, indicadores, reforçando-se a observação do relatório do peróxido, que também deverá ser anexado no impresso de produtividade do operador. **Conclusão:** A CME é uma unidade crítica extremamente complexa e vital para atendimento do paciente. Destaca-se a importância da capacitação e manutenção de educação permanente aos profissionais que trabalham na CME. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os processos deve ser fundamentado cientificamente, tornando-se possível colaborar com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e a Gerência de Riscos, prevenindo problemas como infecções e lesões. Enfatiza-se a realização de pesquisas nessa área, a fim de assegurar a segurança e qualidade na assistência ao paciente.

Palavras-chave: Central de Material; Capacitação; Enfermagem

E-mail: cicirs1@hotmail.com

1.Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, BRASIL; 2.Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, BRASIL; 3.Universidade de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[645]

P149 - USO DA NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (NIC) PARA IDENTIFICAR O TEMPO DE TRABALHO DESPESIDIDO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO

Joao Francisco Possari*1

Resumo:

Introdução: Acredita-se que, a partir da identificação das intervenções mais utilizadas em determinados grupos de pacientes, é possível estabelecer os recursos necessários para a execução da assistência, o nível de cuidado, a categoria do profissional envolvido e o tempo despendido em sua execução. (1) Este estudo propõe a identificação das atividades de enfermagem no período transoperatório de um centro cirúrgico (CC) segundo uma linguagem padronizada, própria da enfermagem, proposta pela Nursing Interventions Classification (NIC).(1) A NIC é importante referencial teórico-metodológico que possibilita identificar as intervenções de enfermagem, bem como as atividades associadas (AA) ao trabalho de enfermagem e atividades pessoais (AP) realizadas pela equipe de enfermagem. Objetivos: Identificar as atividades realizadas pela equipe de enfermagem do CC, no período transoperatório; Classificar as atividades, segundo a Nursing Intervention Classification – NIC; Validar o elenco intervenções de enfermagem/atividades desenvolvidas no CC e identificar o tempo de trabalho despendido pela equipe de enfermagem nas intervenções/atividades. **Método:** Pesquisa quantitativa, tipo estudo de caso, desenvolvida no CC do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o processo nº 884/2009. Realizada no período de 16 a 20 de agosto de 2010, com 11 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem (TE) e 16 instrumentadores cirúrgicos (IC) e 85 cirurgias. As atividades de enfermagem foram levantadas por meio dos registros e da observação direta da assistência de enfermagem. As atividades foram classificadas em intervenções de enfermagem, segundo a NIC, utilizando a técnica mapeamento cruzado e submetidas à validação por profissionais de enfermagem, em oficinas de trabalho. **Resultados:** Identificadas 266 atividades, que depois de analisadas foram mapeadas em 49 intervenções de enfermagem (34 intervenções de cuidados diretos - ICD e 14 intervenções de cuidados indiretos - ICI), sete domínios e 20 classes, segundo a taxonomia da NIC. Identificadas também outras 14 atividades de enfermagem classificadas em 8 AA (atividades não específicas da enfermagem e que, portanto, podem ser executadas por outros profissionais) e 6 em AP (relacionadas às pausas, na jornada de trabalho, para o atendimento das necessidades pessoais dos profissionais de enfermagem). A equipe de enfermagem realizou no período estudado 4831(2) amostras de intervenções e atividades coletadas nos turnos da manhã e da tarde. Os enfermeiros apresentaram 888 intervenções/atividades e despenderam 42,79% do seu tempo de trabalho na execução das ICD, 42,00% em ICI, 8,00% em AA e 7,21% em AP. Os TE tiveram amostrado 2213 intervenções/atividades e despenderam 63,50% do seu tempo de trabalho na execução das ICD, 30,30% em ICI, 1,30% em AA e 4,90% em AP. Os IC apresentaram 1730 amostras medidas em intervenções/atividades e despenderam 94,85% do seu tempo de trabalho na execução das ICD, 2,20% em ICI e 2,95% em AP. **Conclusão:** A lista de intervenções/atividades validada proporcionou o conhecimento de grande parte das intervenções realizadas no CC do ICESP e, assim, contribuiu no delineamento de um instrumento que possibilitou, com maior confiabilidade, quantificar a carga de trabalho da equipe de enfermagem. Referências: (1)Bulechek GM, Dochterman MJ, Butcher H. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5ed. São Paulo: Elsevier, 2010. 944p. (2)Possari JF. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico Hospitalar; Cuidados de Enfermagem; Oncologia.

E-mail: jfpossari@ig.com.br

1.Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) São Paulo, SP, BRASIL.



[647]

P150 - O USO DA MANTA TÉRMICA COMO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA NO INTRAOPERATÓRIO

Celina Maria Assis de Abreu*1; Naracelia Souza Barbosa Teles1; Eliana Lima da Silva1; Deoclecio Oliveira Lima Barbosa1; Ana Paula Oliveira1

Resumo:

Introdução: Nas intervenções cirúrgicas, em que há exposição de cavidades corporais a perda de calor é maior, levando em geral a complicações relevantes. As arritmias cardíacas, o aumento da infecção do sítio cirúrgico e da perda de sangue, as anormalidades da coagulação e da função plaquetária, o desconforto térmico do paciente e o aumento da estadia do mesmo na sala de recuperação pós-anestésica são as complicações decorrentes da hipotermia. Um método efetivo para a reversão hipotérmica é o uso da manta térmica, onde há a manutenção da normotermia no intraoperatório por meio de um aquecimento prévio, elevando a temperatura periférica em maior escala que a temperatura central, promovendo assim menor gradiente entre estas temperaturas, menor redistribuição de calor, e, conseqüentemente, menor hipotermia após a indução anestésica. **Objetivo:** Identificar a efetividade do cuidado de enfermagem no uso da manta térmica na prevenção da hipotermia no intraoperatório. **Metodologia:** O estudo aqui exposto trata-se de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicas. Os dados foram coletados a partir de produções científicas sobre a temática, utilizando a base de dados eletrônica Scientific Electronic Library on line (SciELO). A busca ocorreu durante o mês de setembro de 2012. Para a seleção dos artigos, foi estipulado um período amostral de cinco anos, portanto publicados de 2007 a setembro de 2012. Foram analisados artigos disponíveis na íntegra na base de dados SciELO, segundo a utilização dos descritores: Hipotermia; Período intra-operatório; Enfermagem perioperatória. Através dos descritores encontramos 50 publicações, sendo 10 relacionadas à monitorização intraoperatória, 26 relacionadas à temperatura corporal / hipotermia e 14 relacionadas à hipotermia no intraoperatório, delimitando a amostra de 8 artigos. **Resultados e Análise:** Dentre os oito artigos analisados, identificamos o consenso no tocante ao uso da manta térmica, onde todos afirmam que o seu uso é eficaz. No entanto, no estudo realizado por Bernardis, et al (2009), o autor afirma que o uso da manta térmica é eficaz quando aplicado trinta minutos antes da anestesia e até cento e vinte minutos após sendo esta uma intervenção efetiva para a prevenção da hipotermia. Todos os textos analisados também afirmam que o uso da manta térmica no período intraoperatório é uma competência da enfermagem, e que visa à redução dos custos, das complicações associadas à hipotermia e da permanência do cliente em monitorização constante. Identificamos também, com base no estudo experimental de Tramontini e Graziano (2007), realizado em um hospital universitário, que os idosos constituem um grupo de risco para o desenvolvimento da hipotermia durante o período intraoperatório devido às alterações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, as quais contribuem para a diminuição do processo de termorregulação. Mattia, et al (2012), realizou seu estudo em um hospital de grande porte da cidade de Santos (São Paulo) e optou por excluir os extremos de idades da amostra de sua pesquisa por compreender que estes já configuram grupos de risco para o desenvolvimento de hipotermia no período intraoperatório, o mesmo tendo avaliado trinta intervenções cirúrgicas onde em 20% destas o uso da manta térmica foi o método de prevenção único da hipotermia no intraoperatório. **Conclusões:** Compreendemos, a partir desta análise, que o enfermeiro exerce um papel importante na implementação de medidas preventivas da ocorrência de hipotermia no período perioperatório, evitando complicações ocasionadas na recuperação anestésica, visando a efetividade e a qualidade da assistência de enfermagem, garantindo a segurança dos pacientes e a diminuição de custos para as instituições e para o paciente.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Hipotermia; Período Intra-Operatório

E-mail: naraceliasbteles@hotmail.com

1.Faculdade FAMETRO, Fortaleza, CE, BRASIL.



Ana Paula Oliveira*1; Naracelia Souza Barbosa Teles1; Lia Guedes Bravo1; Eliana Lima da Silva1; Celina Maria Assis de Abreu1

Resumo:

Introdução: A infecção hospitalar é um processo infeccioso decorrente de microrganismos presente no ambiente hospitalar. Corresponde a cerca de 10% de todas as internações hospitalares. Próximo de 30% das infecções hospitalares são evitáveis com medidas preventivas (ROCHA, 2008). Nesse sentido, gostaríamos de refletir um pouco sobre o papel do enfermeiro no controle da infecção do sítio cirúrgico a partir de Barbosa (2011), o profissional enfermeiro tem participação direta na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, sendo este, um integrante da equipe de enfermagem que está mais próximo do paciente. Então o enfermeiro precisa saber e conhecer os mecanismos de transmissão das doenças e os principais meios de prevenção, por meio de aprofundamentos científicos, como complementa Lacerda (2002) quando se refere sobre a evolução da produção científica de infecção hospitalar e da sua relação estreita com o modelo de assistência dominante e a introdução de sua tecnologia, distribuída de forma diversa e desigual. **Objetivo:** Identificar e caracterizar as produções científicas de enfermagem em infecção do sítio cirúrgico, no período de 2002 a 2012. **Método:** Este estudo consistiu em uma pesquisa bibliográfica e tem como objeto os artigos brasileiros sobre aspectos da infecção do sítio cirúrgico, publicados em periódicos nacionais no período de 2002 a 2012. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, utilizando-se as palavras-chave: “enfermagem cirúrgica e infecção da ferida operatória” e “profilaxia, infecção da ferida operatória e infecção hospitalar”. Foram encontrados 12 artigos, dos quais cinco contemplaram o critério de inclusão: disponíveis na integralidade em língua portuguesa. Os artigos foram analisados em relação à sua região, tipo de pesquisa e objeto de estudo. **Resultados e Análise:** A divulgação de pesquisas em enfermagem ocorre principalmente por eventos científicos, sendo o número de artigos ainda restrito. E este trabalho analisou somente os artigos, excluindo as pesquisas dissertações, teses ou monografias, acesso cobrado e não foram publicados nacionalmente. Pode-se destacar apenas a tendência de aumento de pesquisas no ano de 2008. A maior parte dos estudos foi elaborada na região Sudeste do Brasil (80%), na Sul foram produzidos 20% e as outras regiões não contribuíram com publicações. Quanto aos tipos de pesquisa, os estudos de campo somam 60% do total, as revisões bibliográficas 40%. Esse predomínio era esperado, pois havendo poucas publicações sobre o tema, como exemplificado pela amostra deste estudo, o número de pesquisas práticas seria superior as de revisões. O estudo revelou, ainda que os sujeitos pesquisados correspondiam a pessoas ligadas à área da saúde, seja como profissionais ou pacientes. Assim, pode-se inferir que há poucos estudos que relacionem a sociedade com respeito à infecção hospitalar. A maior parte dos estudos foi realizada com pessoas que tem ligação com o tema. Analisando-se os tipos de abordagem metodológica utilizados, observou-se que foi predominante o número de pesquisas quantitativas. Quanto o objeto de estudo consideramos que nas cirurgias de urgência e emergência é comum ocorrer infecções pela sua potencialidade de contaminação. Sendo a pesquisa uma ferramenta eficaz para se desenvolver conhecimento e aprimorar a atuação dos enfermeiros nessa área. **Conclusão:** A maioria dos trabalhos teve seus objetos ou sujeitos de investigação ligados à área da saúde, portanto, conclui-se que se faz necessário um maior número de estudos científicos, desenvolvidos pela enfermagem de todo o Brasil, sobre os diversos aspectos da infecção hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem Cirúrgica; Infecção da Ferida Operatória; Infecção Hospitalar

E-mail: naraceliasbteles@hotmail.com

1.Faculdade FAMETRO, Fortaleza, CE, BRASIL.



[649]

P152 - FATORES QUE CAUSAM A PERNOITE DE PACIENTES CIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS EM SITUAÇÃO DE ALTA NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Denise Yokoyama Alves*1; Andréa Maria Alves Vilar1; Cristiane dos Santos Lima1

Resumo:

Introdução: A Recuperação Pós-Anestésica (RPA) é o local onde o paciente que foi submetido a algum procedimento anestésico-cirúrgico permanece até que recupere sua consciência e sua estabilidade dos sinais vitais. Na RPA o paciente estará sempre sob observação e cuidados da equipe de enfermagem prevenindo ou tratando possíveis complicações resultantes do ato anestésico-cirúrgico, oferecendo cuidado, conforto e pronto atendimento as suas necessidades básicas. Após o período de recuperação anestésica para que o paciente receba alta é necessário uma avaliação crítica do enfermeiro e do anestesiológico. Desta forma, algumas condições clínicas devem estar estáveis para que a alta seja confirmada, tais como: padrão respiratório, sinais vitais, nível de consciência, dor e sangramento. Em algumas situações o paciente oncológico encontra-se em situação de alta da RPA, porém o seu encaminhamento não pode ser efetivado devido a algumas questões administrativas como: falta de leito disponível na Unidade de Internação (enfermaria), falta de leito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou na Unidade de Pós-operatório (UPO); este cenário é vivenciado pela equipe de enfermagem da RPA, devido ao índice elevado de pacientes cirúrgicos oncológicos que pernoitam neste setor. O paciente oncológico requer uma assistência diferenciada por ser um paciente crítico, além da própria doença, demanda também da equipe de enfermagem uma atenção especial na continuidade dos cuidados, assim como, proporciona apoio emocional em várias situações. **Objetivo:** deste estudo foi identificar as principais causas do pernoite de pacientes oncológicos na Recuperação Pós-anestésica, após encontrar-se em situação de alta. **Método:** Trata-se de um estudo de campo, quantitativo, descritivo, com análise documental. **Resultados:** A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro 2012 até janeiro 2013 por meio de pesquisa nos registros de entrada e saída de pacientes na RPA de um Hospital de Referência e Tratamento de Câncer na cidade do Rio de Janeiro. Os resultados mostram que 170 pacientes oncológicos pernoitaram na RPA, por falta de leito na Unidade de Internação, seguido de falta de leito no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e Unidade de Pós-operatório (UPO). Diante dos resultados obtidos neste estudo, percebe-se que muitas dificuldades são vivenciadas pela equipe de enfermagem, pois, alguns pacientes encontram-se em situação de alta, mas, permanece neste setor por vários motivos, sobrecarregando a equipe de enfermagem diante dos cuidados complexos, bem como enfrentamento da ansiedade do paciente por encontrar-se em uma unidade fechada onde não pode ser possível a presença de um acompanhante/familiar e de alimentos, em caso de liberação de dieta pela prescrição médica. **Conclusão:** Após análise dos dados percebe-se que algumas dificuldades são compartilhadas pela equipe de enfermagem sobrecarregando muitas das vezes o profissional devido aos cuidados complexos com pacientes cirúrgicos oncológicos, bem como, a percepção da ansiedade do paciente oncológico diante da permanência na RPA por tempo maior do que o necessário.

Palavras-chave: Paciente Oncológico; Recuperação Pós-Anestésica; Assistência de Enfermagem

E-mail: dalves@inca.gov.br

1. Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[650]

P153 - ENFERMAGEM NO CONTROLE DE ÓRTESES E PRÓTESES NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Júlio César Costa*1; Hellen Maria de Lima Graf Fernandes1; Luiza Rojic1; Rose Murakami1; Ana Luiza Ferreira Meres1

Resumo:

Introdução: A importância do Centro de Material e Esterilização (CME) já era ressaltada por Perkins, nos anos 1980, tanto pelo ponto de vista técnico-administrativo como econômico, pelas atividades que executa e para as quais necessita de condições ambientais e estrutura organizacional adequadas para a garantia da qualidade dos produtos para a saúde. Em um setor de produção as pessoas são a matéria prima mais importante, pois eles que garantem o padrão de qualidade e a segurança do processo. Considerando a necessidade de controle de órteses e próteses (OP), no que se refere à provisão pertinente de materiais, processamento seguro em tempo hábil, monitoração da utilização excessiva, conferência ativa do consumo, rastreabilidade e garantia de faturamento, organizamos em nosso CME uma equipe de trabalho específica para este seguimento. **Objetivo:** Nosso trabalho teve como objetivo compartilhar a nossa vivência como equipe de enfermagem no controle destes materiais.

Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, realizado na CME de um hospital de ensino, privado do interior do Estado de São Paulo. **Resultados:** A necessidade de instituir este grupo foi evidenciada pela demanda de profissionais com conhecimento e domínio das particularidades dos materiais e implantes, assim como da monitoração da utilização e recursos para faturamento. Esta equipe é composta por dois enfermeiros, os quais lideram o grupo, e cinco técnicos de enfermagem, que atuam na operacionalização do controle, sendo distribuídos em todos os turnos do nosso serviço. Estes profissionais foram alocados de outras funções do próprio CME, fato este propiciado por uma reorganização das rotinas do trabalho e redimensionamento da equipe como um todo. Este grupo trabalha em todas as fases que permeiam o processo de cirurgia com implantes, como solicitação de materiais vinculada a agendamento cirúrgico, conferência e recebimento, limpeza prévia, preparo, esterilização, controle biológico, armazenamento estéril, dispensação vinculada à autorização, conferência em sala de cirurgia da utilização e gasto de OP, limpeza de devolução, armazenamento limpo, conferência e devolução, lançamento do consumo na conta do paciente, solicitação de reposição de consignados, controle da rastreabilidade e controle de indicadores de consumo, processos, perdas e produtividade. Para garantir a segurança e eficácia de todas estas vertentes, todos os profissionais receberam capacitação específica a fim de favorecer o domínio da realização destas atividades, além de participarem de programas de reciclagem e atualização. **Conclusão:** O êxito obtido com a atuação desta equipe, se fundamentou no controle geral e financeiro dos materiais de OP, contribuindo inclusive para uma evidenciação e reconhecimento institucional do trabalho da equipe de enfermagem e do próprio CME, que passou a ser inserido ativamente em vários seguimentos da organização hospitalar, como comissões e grupos de qualidade, anteriormente restritos às unidades assistenciais.

Palavras-chave: Enfermagem; Central de Material; Administração de Materiais no Hospital

E-mail: limahellen@ig.com.br

1.Hospital da PUC, Campinas, SP, BRASIL.



[652]

P154 - A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA SOB A ÓTICA DO PACIENTE

Elione dos Santos Ferreira*1; Gisele dos Santos Ferreira1; Samia Carine Castro Damascena1; Mailma Costa de Almeida1

Resumo:

Introdução: A Enfermagem como uma profissão de saúde utiliza em seu plano de assistência, conhecimentos diversos não só de sua área específica, como também integra e aplica saberes de outras áreas como as ciências sociais, comportamentais e humanas. A Assistência de Enfermagem tem evoluído ao longo dos anos especialmente no ambiente cirúrgico, o que é de vital importância para a segurança do paciente que adentra esse setor, pois ele trás consigo emoções bastante individuais e complexas como o medo da cirurgia, da anestesia, das alterações da imagem corporal, do ambiente cirúrgico, do desconhecido, enfim, o medo da morte. Um dos instantes de maior vulnerabilidade do paciente cirúrgico se dá ao término da cirurgia quando este sai da sala de operação e adentra a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Nessa sala, receberá cuidados integrais devido ao elevado grau de dependência e a alta taxa de complicações anestésicas e cirúrgicas. A necessidade de receber informação, atenção, apoio e conforto em um processo de relacionamento terapêutico, como um cuidado especial é imprescindível e podem ser fundamentais para a redução da ansiedade e dos temores. A Unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) também chamada de sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), fica localizada adjacente às salas cirúrgicas. Destina-se à permanência do paciente logo após o término do ato anestésico-cirúrgico e tem por objetivo oferecer suporte na fase de recuperação da anestesia, até que os reflexos protetores do doente estejam presentes, os sinais vitais voltem à normalidade e seja recuperada a consciência. Por isso a importância da qualidade da assistência de enfermagem é fundamental para proporcionar ao cliente informações e cuidados que lhe permitam enfrentar a situação em que se encontra com menos temor. A humanização transcende às práticas comuns adotadas durante o atendimento ao cliente. **Objetivos:** Analisar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), avaliar o grau de satisfação do cliente. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo exploratório, com análise quantitativa. O universo do estudo abrange 39 pacientes em pós-operatório, internados nas clínicas cirúrgica e ortopédica da Fundação Hospital Adriano Jorge na cidade de Manaus – AM. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário contendo perguntas fechadas, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, associado à verificação do prontuário. O instrumento foi aplicado no pós-operatório imediato. **Resultado:** Questionados se suas necessidades humanas básicas foram supridas 87,1% dos pacientes referiram que sim e apenas 12,8% disseram que não; 94,8% relataram se sentir seguros com a equipe e 5,1% não; 89,7% afirmaram que os profissionais da enfermagem encontravam-se sempre próximos e 10,3% disseram que não; 64,1% dos profissionais da enfermagem se identificavam antes de prestar os cuidados e 35,9% não se identificavam. Apenas 20,5% dos pacientes conheceram o enfermeiro da SRPA e 79,5% não identificaram esse profissional; 92,1% dos pacientes afirmaram que o cuidado dispensado pela equipe de enfermagem contribuiu para sua recuperação e 7,6% disseram que não. **Conclusão:** Concluímos que a assistência de enfermagem foi positiva segundo a ótica dos clientes e contribuiu para sua recuperação, entretanto, apesar de o enfermeiro estar liderando a equipe em todos os momentos, ainda há uma necessidade de se fazer conhecer e assim adquirir maior visibilidade no seu campo de atuação.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem; Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Pós-operatório

E-mail: enf.gisele.rocha@hotmail.com

1.Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL.



[653]

P155 - ANESTESIAS REALIZADAS DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2012 NOS QUADROS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ -SP

Eliana Antonia Dias Santos*1; Thiara Leite Cruz 2; Antonio Carlos Santos Júnior3

Resumo:

Introdução: A contribuição de enfermeiros em procedimentos anestésicos que exigem decisões rápidas, mormente em casos de emergência e urgência hospitalares, é crucial para a efetividade de uma cirurgia, a qual está vinculada ao trabalho harmônico da equipe cirúrgica. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi identificar a quantidade e os tipos de anestésias aplicadas em pacientes dos quadros de Urgência e Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Tupã - SP. **Método:** A partir do registro de 125 anestésias (78 na Urgência e 47 na Emergência) obtidas do quadro de Urgência e Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Tupã, aplicadas no período de janeiro a dezembro de 2012, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva e quantitativa sobre anestésias locais, gerais, regionais (raquidianas e bloqueios de plexo) e sedação. **Resultados:** No quadro de Urgência, o mês de fevereiro destacou-se por utilizar o maior número de anestésias (23) de todos os tipos analisados, com predomínio de raquidianas (16). Destas, 60% foram para procedimento de cesarianas e 40% para acidentes que envolveram álcool e direção, haja vista ser um período de férias e festividades carnavalescas. O mês com menor número de anestésias aplicadas foi o mês de julho, abrangendo o tipo local (1), geral (2) e raquidianas (1). O mês de março apresentou anestesia do tipo sedação (1) devido a um procedimento de redução incruenta de tíbia. Nos demais meses foram aplicadas de três a dez anestésias, sendo mais frequentes os tipos geral (3) e bloqueio de plexos (4) a clientes envolvidos em acidentes com motocicleta e de trabalho. No quadro de Emergência, entre os meses de maio e setembro ocorreram o menor número de anestésias (2), contrário ao observado anteriormente, as quais corresponderam a raquidianas para uma apendicectomia e uma gravidez. O mês com o maior número de ocorrências foi o de dezembro, com anestésias geral para exploração da artéria femoral (2) e fratura exposta de tíbia e patela (4) e local (1) por fratura exposta do 5º dedo da mão direita. As aplicações de anestésias geral (20) e raquidiana (19) foram predominantes sobre os demais tipos, pelo fato de municípios vizinhos não possuírem infra-estrutura para cirurgias de maior porte. **Conclusão:** As anestésias de maior porte são as mais adotadas nos procedimentos cirúrgicos desta casa de saúde, especialmente em pacientes gestantes e acidentados, sendo necessária uma equipe de anestesistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem capacitada a um trabalho eficiente e eficaz.

Palavras-chave: Anestésias; Urgência; Emergência

E-mail: liaenfermagem@ig.com.br

1.Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Tupã, SP, BRASIL; 2.Hospital Unimed, Lins, SP, BRASIL; 3.Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL.



[654]

P156 - A IMPLEMENTAÇÃO DA “LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO” EM UM HOSPITAL PRIVADO DA CIDADE DE CAMPINAS - SP.

Maiara Denardi de Barros*1; Vivian Braga Kamei1; Melina Schettini1; Izaura Santo Espirito Santo1

Resumo:

Introdução: A segurança cirúrgica, como “Segundo Desafio Global” proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem como objetivo reduzir e/ou atenuar os atos considerados inseguros e incentivar a implementação de melhores práticas assistenciais em Centro Cirúrgico (CC). Como proposta de segurança, a OMS desenvolveu a lista de verificação cirúrgica, ferramenta simples e de uso prático em salas de operação que assegurará que as etapas pré, intra e pós operatórias serão cumpridas de maneira segura e eficiente. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo descrever a implementação da lista de verificação como processo de trabalho no CC de um hospital privado localizado na cidade de Campinas/SP, de acordo com os costumes e características próprias da instituição. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência que descreve a implementação deste novo processo de trabalho no CC da instituição hospitalar em estudo que realiza em média 900 cirurgias/mês. Resultados: O hospital compôs uma equipe multiprofissional que adaptou a lista de verificação sugerida pela OMS de acordo com as particularidades da instituição, denominada de “lista de verificação de segurança do paciente cirúrgico”. Contendo as etapas “admissão na sala cirúrgica”, “pausa cirúrgica” e “saída da sala cirúrgica”, toda equipe envolvida no ato cirúrgico segue atentamente os itens propostos. Os itens são aplicados verbal e visualmente, na presença do paciente, anestesista, cirurgião e da equipe de enfermagem. Na etapa “admissão na sala cirúrgica”, o circulante de sala realiza a confirmação verbal e visual de informações contidas no prontuário e questionadas ao paciente (quando possível). A etapa “pausa cirúrgica” é realizada em voz alta, na presença de toda a equipe (cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem). O coordenador de sala faz perguntas que ao serem confirmadas dão início à indução anestésica. Verifica-se posteriormente, itens que se de acordo com o proposto, dão início à incisão da pele, finalizando assim a “pausa cirúrgica”. Na etapa “saída da sala cirúrgica”, um pouco antes do fechamento da pele, confirma-se verbalmente com o cirurgião itens de segurança e cuidados no pós operatório imediato. Ficou definido pela comissão que o responsável por aplicar a lista de verificação no dia a dia seria a circulante de sala. A demarcação da lateralidade é realizada pelo paciente, antes da administração de medicação pré anestésica e de dar entrada no CC. O mesmo preenche o “termo de confirmação da lateralidade” que possui o consentimento assinado do cirurgião após verificar se as informações estão condizentes com o procedimento proposto. O projeto piloto iniciou-se em agosto de 2012 e em dezembro foi implementado o programa para todas as especialidades cirúrgicas. **Discussão:** Dificuldades relacionadas com a colaboração de anestesistas e cirurgiões na aplicação do processo foram encontradas e os problemas foram minimizados com a colaboração dos componentes da comissão que se posicionaram frente aos profissionais de sua categoria. Os maiores desafios relacionados com a equipe de enfermagem foram o de inserir esse processo na cultura de trabalho do técnico de enfermagem e de ensiná-los a se posicionar como condutor na aplicação da lista de verificação. A utilização do termo de confirmação da lateralidade, baseado em uma proposta da Joint Commission, não transfere a responsabilidade do cirurgião em relação ao lado certo a ser operado. **Conclusão:** A aplicação do programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, estimulou a readequação de processos de trabalho que associados com a lista de verificação já têm demonstrado benefícios na prevenção de erros relacionados à assistência cirúrgica.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Centro Cirúrgico Hospitalar; Lista de Checagem

E-mail: maiara_b@hotmail.com

1.Hospital Vera Cruz, Campinas, SP, BRASIL.



[655]

P157 - IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA PARA AQUECIMENTO DE SOLUÇÕES ENDOVENOSAS NO CENTRO CIRÚRGICO

Andrea Alfaya Acunã*1; Paula Gobi Scudeller1; Enis Donizetti Silva1; Renata Ferrara1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: Durante o procedimento cirúrgico sob anestesia, o sistema de controle térmico fica comprometido e o paciente pode apresentar hipotermia se a temperatura corpórea atingir menos que 36°C. A hipotermia perioperatória está associada a inúmeras complicações e aumento da mortalidade, podendo resultar em aumento de até três vezes a incidência de infecção de sítio cirúrgico; aumento de sangramento e necessidade de transfusão sanguínea; aumento em até três vezes do risco de complicações cardíacas; maior risco de úlcera por pressão, além de tempo prolongado de recuperação pós-anestésica. O aquecimento das soluções através das estufas à temperatura de 40°C não constitui um mecanismo eficiente de transferência de calor, devido às perdas de calor sofridas ao contato com o meio ambiente e no transporte até a sala cirúrgica, em geral mantidas em temperaturas abaixo de 20°C. O uso de aquecimento por estufas encontra-se fora das normas regulatórias da ANVISA para sistemas de aquecimento, além de também estar fora das especificações da indústria. Por uma crescente demanda deste modelo de transferência de calor, que se mostra ineficiente e fora das normas vigentes, optamos por disponibilizar os aquecedores de líquidos em cada sala, ao invés de "por demanda". **Objetivo:** Descrever o processo de substituição do uso das estufas de aquecimento e implantação do uso de sistemas de aquecimento de fluidos endovenosos em todas as salas do centro cirúrgico de um hospital privado terciário. Antes da intervenção haviam 5 dispositivos para 19 salas cirúrgicas. **Método:** O processo de implantação dos dispositivos para aquecimento de fluidos exigiu testes dos novos equipamentos de aquecimento com os anestesiológicos; treinamentos das equipes de enfermagem e anestesia; padronização dos dispositivos e disponibilização em todas as salas de cirurgia. Foi realizada ampla divulgação para os anestesiológicos. Após a conclusão de todas estas medidas foi concluída a implantação deste novo processo. A adesão ao novo dispositivo foi avaliada através do consumo de equipamento de aquecimento de fluidos e sangue nos quatro meses consecutivos à implantação. **Resultados:** O aumento no consumo de equipamentos de aquecimento de fluidos avaliados nos quatro meses subsequentes ao processo de implantação foi consecutivamente de: 128%, 107%, 119% e 178%, medidos em relação ao mês que precedeu a implantação efetiva. **Conclusão:** A mudança na conduta de aquecimento das soluções endovenosas apresentou ótima adesão pelos anestesiológicos e equipe de enfermagem, após processo de divulgação e treinamento multidisciplinar. Adequada abordagem e divulgação de novas medidas focadas na segurança do paciente mostram que há boa receptividade no corpo clínico, permitindo assim melhoria da assistência clínica através da integração multidisciplinar.

Palavras-chave: Hipotermia ; Risco ; Segurança do Paciente

E-mail: andrea.acuna@hsl.org.br

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



[656]

P158 - MODIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE SOLUÇÕES ENDOVENOSAS NO CENTRO CIRÚRGICO

Andrea Alfaya Acunã*1; Paula Gobi Scudeller1; Claudia Simões1; Enis Donizetti Silva1; Renata Ferrara1

Resumo:

Introdução: A reposição volêmica é um ponto crucial no manejo perioperatório. As diferentes soluções disponíveis no mercado apresentam características que podem tanto beneficiar quanto causar malefícios, agregando riscos ao desfecho cirúrgico. A solução fisiológica (SF) ainda é utilizada em demasia para a reposição volêmica de maneira inadequada, podendo gerar diversos efeitos deletérios como vasoconstrição renal pela sobrecarga de íons cloreto e acidose hiperclorêmica. **Objetivo:** Observar o uso de soluções cristaloides e colóides, descrever seu padrão e a modificação de disponibilidade das mesmas, com o objetivo de otimizar a reposição volêmica, baseada na disponibilidade de soluções mais balanceadas na sala operatória após observar casos de complicações como hiperclorêmia e acidose em cirurgias de grande porte. Foi proposta mudança no estoque de sala que era de SF 500 e 1000ml (4 bolsas de cada) e Ringer lactato (4 bolsas) para SF (1 bolsa de 250 ml), Ringer lactato (4 bolsas), solução cristalóide balanceada (Plasmalite® [4 bolsas]), gelatina (Gelafundim® [2 frascos]) e hidroxietilamido (Voluven® [2 frascos]). **Método:** Observar o consumo das diversas soluções disponíveis para reposição volêmica no centro cirúrgico, bem como sua disponibilidade para uso na sala operatória ou sob demanda e o consumo após a modificação de disponibilidade para uso imediato na sala operatória. Inicialmente havia disponibilidade de solução fisiológica e ringer na sala operatória. Após a modificação, a solução fisiológica foi retirada da sala operatória, implementando a solução cristalóide balanceada, mantendo o ringer. **Resultados:** O consumo das soluções para reposição volêmica mostrou uma tendência de modificação de conduta na reposição volêmica após as modificações implementadas. Houve um aumento sensível na utilização principalmente da solução cristalóide balanceada ($p < 0,001$). Ao comparar o consumo da solução cristalóide balanceada no mês da implantação com o consumo após 5 meses, observamos um aumento de 382%. Não houve impacto na redução do tempo de internação hospitalar neste período ($p = 0,614$). **Conclusão:** Houve uma mudança evidente do comportamento em relação ao uso de soluções para reposição volêmica. A mudança mais significativa foi a preferência pela solução de cristalóide balanceada (Plasmalite®). A disposição de materiais na sala operatória constitui mecanismo facilitador para a implementação de novas condutas, melhorando os desfechos na assistência ao paciente.

Palavras-chave: Assistência Perioperatória ; Risco; Segurança do Paciente

E-mail: andrea.acuna@hsl.org.br

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



[657]

P159 - INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ORTOPÉDICOS COM IMPLANTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE- MG

Lucia Maciel de Castro Franco*1; Flávia Falci Ercole2; Ana Luiza Martins Abdala1; Grazielle Freitas Brito1

Resumo:

Introdução: A infecção de sítio cirúrgico (ISC) decorrente do ato operatório com o uso de implante é considerada evento grave, causando prejuízo para o paciente, instituição de saúde, família e sociedade. A vigilância sistemática desses pacientes no pós-operatório torna-se imprescindível para o reconhecimento de forma confiável dos fatores de riscos que causam as ISCs e para direcionar medidas de prevenção e controle. O método de vigilância por telefone tem sido uma prática com boa taxa de retorno. **Objetivo:** O objetivo geral desse estudo foi avaliar os aspectos epidemiológicos das ISCs nos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas com implantes, de um hospital público de Minas Gerais. Os objetivos específicos foram caracterizar a população do estudo; estimar a incidência de ISC global, por procedimentos e por topografias; identificar, entre as variáveis coletadas, quais constituem fatores de risco para a ISC; estimar o tempo de manifestação da ISC; identificar o tipo de implante mais usado nas cirurgias ortopédicas e sua natureza; identificar os agentes etiológicos responsáveis pelas ISCs e perfil de resistência desses microrganismos; estimar a taxa de mortalidade, o número de eventos não infecciosos e as incapacidades funcionais dos pacientes nas atividades da vida diária, durante um ano após a cirurgia. **Material e Método:** Este estudo é uma coorte concorrente de 222 pacientes submetidos à cirurgia ortopédica com implante, no período de maio a setembro de 2011, com o acompanhamento pós-alta hospitalar durante um ano, por contato telefônico. Foi utilizada a metodologia do NHSN/CDC. Para a análise descritiva foi usada frequência simples e medidas de tendência central como média, mediana e de variabilidade como desvio-padrão. Para verificar a associação entre fatores de risco e ISC foi realizada a análise de sobrevida empregando Kaplan Meier na análise univariada e regressão de Cox na análise multivariada. **Resultados e Discussão:** A população foi caracterizada por pacientes do gênero feminino, idosos (>60 anos) e acima do peso corporal (IMC >25 kg/m²). Foram notificadas 28 ISCs com taxa global de 12,6%, sendo que 20 ISCs (71,4%) ocorreram entre pacientes do trauma ortopédico. Por topografias, as infecções superficiais foram as mais incidentes (6,7%); por procedimentos, as reduções abertas de ossos longos (14,1%). O tempo médio para adquirir a infecção foi de 39,7 dias. O *Staphylococcus aureus* foi o agente etiológico mais isolado. Foram diagnosticados 119 eventos adversos infecciosos e não infecciosos durante um ano de acompanhamento; destes, 28 (23,5%) relacionaram-se à incapacidade funcional do paciente nas atividades de vida diária. A taxa de mortalidade foi de 4,5% e no paciente com fratura de fêmur, 10,4%. Os implantes mais usados foram placas e parafusos em 98 (44,1%) procedimentos; e implantes importados em 125 (56,3%). O ajuste final do modelo de Cox definiu como fatores de risco para infecção nas cirurgias ortopédicas com implante: gênero masculino, não realizar glicemia no risco cirúrgico, cirurgia prévia no sítio operado, não realizar banho pré-operatório, hemotransfusão, ser portador de doença renal e não cumprir o protocolo de preparo cirúrgico das mãos dos profissionais. **Conclusão:** As taxas de ISCs encontradas nesse estudo estão acima das preconizadas pelo NHSN/CDC. O método de vigilância pós-alta por contato telefônico é uma boa alternativa na notificação das ISCs.

Palavras-chave: Infecção de Ferida Operatória; Fatores de Risco; Vigilância Epidemiológica

E-mail: luciamcf@terra.com.br

1.Hospital Governador Israel Pinheiro, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.Universidade Federal de Minas Gerais-Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, BRASIL.



[658]

P160 - A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA TÉCNICA DO CELL- SAVER: ESPECIFICIDADE NA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA

Paulo Jose de Andrade*1; Michele Figueiredo Henrique Correa1; Andrea Rangel Boquimpani Wottrich1; Angelina Maria Oliveira de Moraes1; Maria Helena Barcellos Dias1

Resumo:

Trata-se do relato de atividades desenvolvidas por enfermeiros lotados no Centro Cirúrgico do Instituto Nacional de Cardiologia no Rio de Janeiro. Os autores refletiram sobre a atuação dos enfermeiros em sala de operações no perioperatório de cirurgia cardíaca no período de janeiro de 2012 a março de 2013. A assistência de enfermagem envolvia vários fatores e um deles era a possibilidade do uso de um equipamento para a recuperação de sangue autólogo com a técnica do Cell-Saver. Tal processo diminuiria as transfusões heterólogas nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, procedimento considerado de grande porte e nível IV em relação a sangramento. A preocupação dos profissionais enfermeiros surgia em relação à possibilidade do atendimento à maioria dos pacientes e não aos pacientes selecionados pela equipe cirúrgica. A seleção dos pacientes era prioritariamente em virtude de reoperações e cirurgias valvulares com sangramento significativo. Com uso de somente um equipamento e um único enfermeiro habilitado era impossível atender a necessidade de todos os procedimentos cirúrgicos. O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da atuação do enfermeiro como especificidade de assistência perioperatória, através do processo de recuperação de sangue autólogo pela técnica do Cell-Saver nas intervenções cirúrgicas cardíacas. O estudo foi descritivo do tipo relato de experiência profissional atuando nesse processo de recuperação de sangue no perioperatório da cirurgia cardíaca. Um dos enfermeiros com experiência nesse processo treinou gradativamente os seis profissionais enfermeiros através do programa de educação permanente, estando hoje os mesmos habilitados para a prestação da assistência no processo de recuperação de sangue autólogo. Isso foi possível a partir do envolvimento dessa equipe de enfermeiros. Os profissionais habilitados passaram a atuar na recuperação do sangue autólogo em quase todos os procedimentos cirúrgicos, possibilitando melhoria no resultado como, aumento do hematócrito, minimizando riscos ao paciente e diminuindo a sensibilização e formação de alo-anticorpos. A segurança do paciente é um fator determinante quando há necessidade de transfusão sanguínea. A autotransfusão com certeza trouxe benefícios relevantes na diminuição das transfusões com sangue heterólogo e possíveis suspensões cirúrgicas eletivas devido à falta de hemocomponentes. A partir do envolvimento desses enfermeiros com a utilização do Cell-Saver na cirurgia cardíaca permitiu que os mesmos se tornassem gestores do processo, demonstrando a responsabilidade de todos que atuam na cirurgia cardíaca. A Hemólise e a Hemodiluição causada pela CEC é o fator primordial para o uso do "CELL SAVER". Reação Inflamatória Sistêmica, sangramento e as complicações relacionadas à hemotransfusão heteróloga, continuam sendo um dos maiores fatores de morbidade e mortalidade em cirurgias cardíacas. Estratégias para minimizar estes fatores aumentando a segurança do paciente na cirurgia cardíaca se tornam cada vez mais necessárias.

Palavras-chave: Assistência; Perioperatório; Autotransfusão

E-mail: enfjandrade@yahoo.com.br

1. Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[659]

P161 - A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO COM ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) – RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Nery José de Oliveira Junior*1; Gabriel Becker Rosner1

Resumo:

Introdução: O centro cirúrgico (CC) é a área formada pelo Bloco Cirúrgico (BC) propriamente dito, pela Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e pelo Centro de Material de Esterilização (CME), determinando um conjunto de alta complexidade técnica e gerencial. O CC exige do enfermeiro a habilidade e o gerenciamento de materiais e equipamentos, indispensáveis para a realização dos procedimentos anestésico-cirúrgicos. Dentre os inúmeros materiais do CC, destacam-se as órteses, próteses e materiais especiais (OPME), os quais se configuram como materiais diferenciados, com um custo de mercado elevado. Conforme a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, o desenvolvimento tecnológico atual na área de equipamentos e artigos médico-hospitalares destinados ao CC possibilita e exige do enfermeiro qualidade e atualização na realização de suas atividades, proporcionando ao paciente e à equipe de saúde procedimentos com menor possibilidade de riscos e de complicações. Neste sentido, surge a necessidade de o enfermeiro ter o conhecimento do OPME, implementando processos rigorosos de controle no recebimento, na esterilização, na utilização e na devolução dos materiais, a fim de minimizar ou mesmo eliminar erros que possam prejudicar o paciente, a equipe médica e/ou a instituição.

Objetivo: Relatar a atuação do enfermeiro no CC com o manuseio de órteses, próteses e materiais especiais.

Método: Este é um estudo descritivo de análise situacional, onde é relatada a experiência da atuação de um enfermeiro de CC com órteses, próteses e materiais especiais. A análise é realizada no CC de uma unidade privada caracterizada como hospital dia, na cidade de Porto Alegre. O CC possui 6 salas cirúrgicas com atendimento de cirurgias de pequena e média complexidade, contemplando as seguintes especialidades: plástica, traumatologia, urologia, ginecologia e proctologia. A área conta também com 65 técnicos de enfermagem divididos em 4 turnos: manhã, tarde, noite I e noite II. No diurno o turno é de 6 horas e no noturno o turno é de 12 horas. O manuseio do OPME possui um processo específico, onde estão envolvidos o setor de agendamento e autorização de materiais, a equipe de enfermagem e o setor de compras da instituição. **Resultados:** Após observarmos a atuação do enfermeiro, verificamos a dificuldade no reconhecimento dos diversos tipos de OPME, tendo em vista a ausência de experiência prévia com esses materiais na vida acadêmica. Notou-se ainda uma imensa responsabilidade em virtude do alto custo dos materiais e perante o paciente, onde um erro por parte da enfermagem pode desencadear um prejuízo financeiro para a instituição e /ou para o paciente. **Conclusão:** Na manipulação de OPME o enfermeiro responde diretamente pelos erros ocorridos no processo. Neste sentido, exige-se a necessidade de aprimoramento constante no conhecimento dos materiais e a implementação de processos rigorosos de controle, o que contribui para um padrão de excelência, onde o controle, a qualidade e a certificação dos materiais utilizados no paciente, bem como a ausência de extravio de materiais, são fundamentais para o sucesso da instituição, gerando satisfação do cliente e da equipe médica.

Palavras-chave: Enfermagem; OPME; Centro Cirúrgico

E-mail: nery.oliveirajr@gmail.com

1.Hospital Mãe de Deus Center, Porto Alegre, RS, BRASIL.



Nery José de Oliveira Junior*1; Gabriel Becker Rosner1

Resumo:

Introdução: Em um Centro Cirúrgico (CC) a dinâmica de trabalho e o relacionamento entre os profissionais que atuam nessa unidade deve acontecer de forma harmoniosa. Por este motivo, é indispensável um trabalho integrado, com profissionais capacitados, ajudando no enfrentamento das exigências impostas no ambiente, priorizando a segurança e o bem-estar do paciente. Neste sentido, as condições para que o procedimento anestésico-cirúrgico ocorra de forma eficaz e segura estão intimamente ligadas às atividades desempenhadas pelo enfermeiro, o qual busca zelar pelo bem estar físico e emocional do paciente. Assim, compete ao enfermeiro de CC organizar a assistência ao paciente no período transoperatório, juntamente com a equipe multiprofissional. Entretanto, nota-se a aparente insegurança do enfermeiro recém-formado, despontando a falta de entrosamento com a equipe de enfermagem, a dificuldade em tomar decisões e de posicionar-se frente à equipe, além da necessidade de aperfeiçoamento em técnicas de enfermagem. Dentre as principais dificuldades do Enfermeiro em um CC, podemos citar a demanda de atividades administrativas, bem como a manutenção de um bom relacionamento interpessoal com a equipe médica (cirurgiões e anesthesiologistas) e equipe de enfermagem. Neste sentido, surge a necessidade de o Enfermeiro recém-formado desenvolver habilidades e competências para administrar o CC de maneira harmoniosa, evitando desentendimentos entre as equipes, pacientes e familiares, priorizando a excelência no atendimento cirúrgico. **Objetivo:** Relatar a experiência de um Enfermeiro recém-formado na execução dos serviços de um CC ambulatorial de um hospital de grande porte. **Método:** Este é um estudo descritivo de análise situacional, onde é relatada a experiência da atuação de um enfermeiro recém-formado em um Centro Cirúrgico Ambulatorial. A análise é realizada no CC de uma unidade privada caracterizada como hospital dia, na cidade de Porto Alegre. O CC possui 6 salas cirúrgicas com atendimento de cirurgias de pequena e média complexidade, contemplando as seguintes especialidades: plástica, traumatologia, urologia, ginecologia e proctologia. Além disso, o serviço possui uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica com 14 leitos e 9 poltronas. A área cirúrgica é composta profissionalmente por 7 enfermeiros assistenciais, 1 enfermeiro folguista e 1 enfermeiro que atua como gestor da área. A área conta também com 65 técnicos de enfermagem divididos em 4 turnos: manhã, tarde, noite I e noite II. No diurno o turno é de 6 horas e no noturno o turno é de 12 horas. **Resultados:** No decorrer do tempo de trabalho, o Enfermeiro recém-formado sentiu-se mais preparado para a execução de suas funções, desenvolvendo habilidades técnicas, administrativas, de liderança e de manejo da equipe multiprofissional atuante nesse Centro Cirúrgico. **Conclusão:** O desempenho da função em um Centro Cirúrgico contribui de forma significativa para um Enfermeiro recém-formado, pois a necessidade de adaptação às funções, bem como os desafios impostos, instigam o indivíduo a aprimorar suas qualidades profissionais. Desse modo, a atuação de liderança, o relacionamento interpessoal, a capacidade de resolver problemas, o conhecimento técnico-científico e o cuidado de enfermagem com os pacientes emergem extraordinariamente em virtude da vivência dentro do ambiente, somando para o desenvolvimento profissional e para um atendimento de excelência no dia a dia.

Palavras-chave: Enfermeiro; Recém-formado; Centro Cirúrgico

E-mail: nery.oliveirajr@gmail.com

1.Hospital Mãe de Deus Center, Porto Alegre, RS, BRASIL.



Nery José de Oliveira Junior*1; Gabriel Becker Rosner1

Resumo:

Introdução: Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com o dano real ou potencial. A dor é um sintoma frequente nas doenças cirúrgicas, tanto no momento do diagnóstico como no pós-operatório, sendo caracterizada como uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade da recuperação pós-operatória, influenciando negativamente o estado físico e psicossocial do cliente. Justificativa: O interesse em escrever este relato, foi a partir da vivência em uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo, relatar a experiência da atuação do enfermeiro Na avaliação e manejo da dor em uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Metodologia:** É um estudo descritivo de análise situacional. O atendimento destes pacientes é realizado em uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica de uma Instituição Hospitalar Privada, caracterizada como ambulatorial, localizada na cidade de Porto Alegre. Esta sala dispõe de 14 leitos e 9 poltronas, recebe pacientes provenientes do Centro Cirúrgico. Passam por esta sala de recuperação em média 500 pacientes mês. Busca-se a mensuração da dor com o objetivo de melhor interpretar essa experiência complexa e poder determinar e avaliar a melhor conduta terapêutica. A dor, 5º sinal vital, é avaliada e registrada ao mesmo tempo em que os demais sinais vitais são aferidos e registrados. Quando o paciente vier a apresentar dor ≥ 4 , o mesmo será medicado de acordo com a prescrição médica e reavaliado em 30 min de acordo com o Padrão Operacional Técnico (POT) da Instituição. **Resultados:** A partir da inclusão da avaliação da dor como 5º sinal vital, os pacientes puderam deixar a Sala de Recuperação sem dor ou com uma dor < 4 , podendo dar continuidade ao gerenciamento da sua dor na Unidade de destino, pois todos os profissionais de enfermagem desta instituição estão capacitados para tal avaliação. **Conclusão:** A avaliação da dor de forma contínua possibilita o planejamento do esquema terapêutico, de acordo com as necessidades pessoais e permite avaliar a eficácia dos tratamentos implementados de modo confiável, otimizando a assistência aos pacientes através dos cuidados proporcionados pela equipe multiprofissional. O controle da dor no pós-operatório imediato exige interligação entre prescrição analgésica e cuidados atentos de enfermagem.

Palavras-chave: Dor; Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Enfermagem

E-mail: nery.oliveirajr@gmail.com

1.Hospital Mãe de Deus Center, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[664]

P164 - AVALIAÇÃO DO CUSTO BENEFÍCIO DA SUBSTITUIÇÃO DO TECIDO DE ALGODÃO PELO PAPEL CREPADO NA ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS

Gilberto Lopes Ataíde*1; Ivanilda Leandra de Souza1

Resumo:

Introdução: O processamento seguro dos artigos médico-hospitalares nas instituições de saúde é uma relevante medida de prevenção e controle de infecção hospitalar. Um dos pontos que determinam a qualidade do processamento é a escolha da embalagem compatível ao método de esterilização. O tecido de algodão cru é um dos tipos de embalagem mais antigo e ainda hoje amplamente utilizado, principalmente pela questão econômica. Infelizmente, muitos enfermeiros atuantes na Central de Material e Esterilização – CME desconsideram os custos indiretos da utilização dessa embalagem, e não levam em consideração o seu baixo nível de barreira à microorganismos. **Objetivo:** Identificar as vantagens da substituição do tecido de algodão cru pelo papel crepado no processo de esterilização de instrumentais. **Métodos:** O método de pesquisa adotado foi o estudo de caso. O estudo foi desenvolvido em um hospital privado da região noroeste do ES. Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico e uma pesquisa por telefone com enfermeiros responsáveis pela CME de 5 hospitais de médio e grande porte dos estados do ES, RJ e SP, onde realizou-se um comparativo entre o tipo de embalagem utilizada e a durabilidade da esterilização de acordo com as condições de estocagem e armazenamento de cada instituição. Em seguida, foi aplicada a substituição do tipo de embalagem nos materiais de menor rotatividade por um período de 3 meses, com intuito de avaliar a qualidade e as possíveis vantagens da mesma. Posteriormente, foi realizado junto ao setor de compras da instituição, um levantamento dos gastos 3 meses antes da implantação da embalagem e 3 meses após o uso contínuo da mesma. Os dados coletados foram analisados e discutidos, apresentados em gráficos. **Resultados:** Detectou-se que a substituição do tecido de algodão cru pelo papel crepado proporcionou as seguintes vantagens: melhorou as rotinas de trabalho, por diminuir o tempo de hora máquina trabalhada e a mão de obra do profissional, agilizando o serviço; aumentou a validade da esterilização para 6 meses, reduzindo o reprocessamento, uma vez que a cada 15 dias a maior parte do instrumental voltava para o processo mesmo sem ter sido utilizada; promoveu uma barreira contra microorganismos mais eficaz, proporcionando maior segurança no processo de esterilização; diminuiu os custos com lavagem, tempo de máquina ligada, menor gasto com indicadores de qualidade; diminuiu a liberação de resíduos dos tecidos que se desprendem causando desgaste dos equipamentos; reduziu os custos com energia em 66,66%; diminuiu os custos com fitas para autoclave em 19,42% e diminuiu o gasto com indicadores químicos em 50%. **Conclusão:** Conclui-se que através dessa substituição, foi possível aprimorar as rotinas do setor, alcançando melhorias na qualidade do processo de trabalho, proporcionando maior qualidade e segurança aos serviços assistenciais oferecidos aos clientes. Além disso, houve economia no processo de esterilidade do material e consequentemente, reduziram-se os custos do setor. Foi possível constatar que o uso do papel crepado proporciona uma economia considerável ao método de esterilização utilizado, levando-se em consideração a diminuição do risco potencial de transmissão de infecção para o paciente e redução do tempo gasto no processo de esterilização.

Palavras-chave: Esterilização; Embalagem; Custo Benefício

E-mail: ivanildaleandrasouza@yahoo.com.br

1. Hospital Unimed Noroeste Capixaba, Colatina, ES, BRASIL.



Maria Emilia Marcondes Barbosa*1; Evani Marques Pereira1; Maria Cristina Umpierrez Vieira1

Resumo:

A enfermagem na busca de uma assistência qualificada utiliza a Sistematização da Assistência para organizar e planejar o cuidado centrado no ser humano. Neste contexto insere-se o paciente cirúrgico. Com o objetivo de identificar como ocorre a Sistematização da Assistência Perioperatória (SAEP) no Brasil, optou-se pela utilização do recurso da enfermagem baseada em evidências, a revisão integrativa da literatura. **Metodologia:** Esta revisão guiou-se pelas etapas: estabelecimento das hipóteses e objetivos, critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos artigos, análise dos dados, discussão e apresentação dos resultados e apresentação da revisão. A questão norteadora foi: como ocorre a SAEP no Brasil? Os artigos foram selecionados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Como critérios de inclusão: artigos completos publicados em português entre 2002 e 2012, cuja metodologia permitisse obter evidências sobre o tema investigado. Os descritores foram: sistematização da assistência de enfermagem perioperatória.. Realizada a busca pelo acesso on-line. Para levantar os dados utilizou-se um instrumento com os itens: identificação do artigo, metodologia, avaliação do rigor metodológico, e resultados encontrados. A discussão foi realizada de forma descritiva, de modo a perceber sua aplicabilidade na prática profissional fornecendo subsídios para a tomada de decisão. **Resultados:** Foram incluídos cinco artigos, publicados em 2002, 2006, 2007, 2009 e 2011, todos na Lilacs. Quanto ao tema investigado, a Sistematização da Assistência Perioperatória, um estudo abordou a definição da SAEP aos clientes cirúrgicos adultos oncológicos, mostrou que a vantagem do planejamento antecipado das ações do programa cirúrgico diário oportunizou a inserção promissora na área de conforto e bem estar do cliente oncológico. Um estudo trouxe a visita préoperatória de enfermagem em um hospital escola, ilustrou que tal visita como procedimento básico é indispensável para avaliação de dados do paciente cirúrgico e proporcionará benefícios para assistência ao paciente. Outra pesquisa teve como foco levantar indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. Neste, encontrou-se 80 indicadores empíricos a partir das necessidades humanas básicas, a permitindo implementar a SAEP e uniformizou a forma de coleta de dados e o último estudo discutiu a respeito da comunicação verbal enfermeiro-paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. Tal estudo apontou que a comunicação verbal efetiva favorece a boa relação entre paciente e profissional, fundamental para a qualidade do cuidado e efetivação da SEP. **Conclusão:** Embora os trabalhos encontrados evidenciem a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, verificou-se abordagens diferentes sobre o mesmo assunto, baixa publicação sobre o tema, de mostrando pouco avanço em pesquisas e conseqüentemente pouca inovação ou proposta padronização da SAEP no Brasil.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória; Enfermagem; Paciente Cirúrgico

E-mail: mariaemarcondes@ig.com.br

1.UNICENTRO, Guarapuava, PR, BRASIL. "Patrocinado pela Fundação Araucária".

Vania Regina Goveia*1; Isabel Yovana Mendoza1; Bruna Rogeliane Rodrigues Pereira1; Maria Aparecida Resende Stoianoff2; José Antonio Guimarães Ferreira2

Resumo:

Introdução: A perda de implantes ortopédicos por causa infecciosa e não infecciosa tem sido objeto de estudo de inúmeros pesquisadores. A presença de endotoxinas (END) tem sido associada à perda da próteses ortopédicas e sua origem pode ser decorrente tanto do uso excessivo como de bactérias Gram negativas. Instrumentais cirúrgicos ortopédicos têm a limpeza dificultada devido às suas superfícies complexas e os resíduos ósseos de constituição lipídica, além disso, são reprocessados utilizando-se água potável, questionando-se a possibilidade da presença de END nos mesmos. **Objetivo:** analisar instrumentais cirúrgicos ortopédicos quanto à presença de endotoxinas. **Método:** Estudo experimental envolvendo 43 instrumentais cirúrgicos ortopédicos esterilizados e prontos para uso, incluindo raspa de acetábulo, raspa de fêmur, fresa de fêmur e cabeça de prova. Utilizando-se de técnica asséptica, os instrumentais foram transferidos para um recipiente estéril contendo água para injeção aprotínica (AI). Estes foram submetidos à sonicação, por 30 segundos, e agitação em Vortex, por 15 segundos. Após este processo, uma alíquota de 20 mL de AI de cada instrumental foi transferida para um tubo cônico para realização do teste de detecção de END. Foi utilizado o teste Limulus Amebócito Lisado Endosafe TM- LAL (Charles River Laboratories, Inc) para detecção de END. O princípio biológico do teste do LAL decorre da coagulação do sangue observada em um caranguejo, denominado *Limulus polyphemus*, quando em contato com os lipopolissacarídeos (LPS) presentes em bactérias gram-negativas. O teste utilizado apresenta uma sensibilidade lambda (λ) de 0,125 UE/mL, o que corresponde a 0,025 ng/mL. Resumidamente, o LAL e a END foram reconstituídos com água aprotínica. Após a reconstituição da END, foram realizadas as diluições em série para confirmar a sensibilidade do LAL. Os tubos de teste foram preparados em duplicata com 100 μ L das soluções diluídas e para os controles positivos, conforme a indicação do fabricante. Então foi adicionado 100 μ L do reagente LAL. O mesmo procedimento foi realizado para os tubos do experimento, sendo transferidos 100 μ L da solução dos tubos cônicos para os tubos de teste, em duplicata, e acrescentado 100 μ L do reagente LAL. Os tubos teste foram incubados em banho-maria por uma hora à temperatura de $37 \pm 1^\circ\text{C}$. A leitura de cada tubo foi realizada pela observação direta da formação de gel, sendo interpretado o resultado positivo quando o tubo invertido a 180° o gel mantém a sua integridade. O resultado negativo é caracterizado pela ausência do gel ou uma massa viscosa que não adere ao fundo do tubo quando o mesmo é invertido. Toda vidraria utilizada nos experimentos foi previamente despirogenizada por método previamente validado pelo fabricante. **Resultados:** Houve formação de gel consistente com análise positiva em oito ocasiões ou 18,6% das amostras, sendo as soluções dos instrumentais: quatro raspas de fêmur e quatro fresas de fêmur. **Conclusão:** Foi detectada a presença de END em 18,6% das amostras de instrumentais cirúrgicos ortopédicos esterilizados, em quantidade $\geq 0,125\text{UE/mL}$.

Palavras-chave: Cirurgia Ortopédica; Endotoxinas; Instrumentos Cirúrgicos

E-mail: vaniagoveia@uol.com.br

1.Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.Instituto de Ciências Biológicas - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

[667]

P167 - PERCEPÇÃO DOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR E A ANALGESIA EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA.

Flavia Alves Romanek*1; Maria do Carmo Querido Avelar2

Resumo:

Introdução: No contexto do gerenciamento da dor na Sala de Recuperação Anestésica, a Enfermagem assume papel importante no que diz respeito à avaliação e controle. Assim, torna-se pertinente indagar a respeito das experiências vivenciadas pelos graduandos no que diz respeito ao cuidado junto aos pacientes em momento pós-operatório imediato, que vivenciam a dor. **Objetivo:** Relatar a percepção dos graduandos de Enfermagem sobre a avaliação e a analgesia em Sala de Recuperação Anestésica. **Caminho Metodológico:** Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo cujo cenário foi um Curso de Graduação em Enfermagem localizado no Município de Mogi das Cruzes, foram participantes os alunos deste curso que atenderam aos critérios de inclusão: terem cursado e sido aprovados no estágio da Disciplina de "Enfermagem Perioperatória I" em 2012 e que aceitaram participar do estudo. A coleta foi implementada, pelo uso da entrevista semi estruturada gravada em áudio norteadas pela questão "Qual é a sua percepção sobre a avaliação e a analgesia empregadas em Sala de Recuperação Anestésica?". Após, os discursos foram categorizados em contextos, unidades de registros, núcleos de compreensão e categorias e analisados à luz da visão hermenêutica. **Resultados:** Contexto Unidade de registro Núcleo de compreensão Categoria "não há o conhecimento sobre as escalas de dor que podem ser usadas" (ALUNA T) "eu acho que deve haver mais cuidado em aplicar as escalas de dor para ter certeza de uma avaliação correta porque a dor é uma coisa muito pessoal." (ALUNA A) "avaliei a paciente, quanto doía, mostrei a escala de faces... ela apontou o rosto que era de 4-7, que era moderada, logo após falei com a enfermeira e a paciente foi medicada" (ALUNA D) Conhecimento sobre escalas Cuidado na mensuração Experiência de gerenciamento da dor Conhecimento técnico e prático na avaliação e no tratamento da dor "O (des)conhecimento percebido em relação a avaliação e ao tratamento da dor" "eu acho que a equipe acredita que a dor faz parte do POI na Recuperação." (ALUNA T) "parece que as auxiliares acham que a dor de todo mundo é igual... porque todos foram operados" (ALUNA A) Crenças da equipe A dor como fator inerente ao pós-operatório "A relação da dor com o pós-operatório imediato." 5. **Considerações finais:** Infere-se que a avaliação e o tratamento da dor requer medidas de mudança de conduta por parte da equipe que cuida dos pacientes em Sala de Recuperação Anestésica, relacionadas à sensibilização e à atualização sobre os instrumentos e técnicas disponíveis, além da desvinculação da ocorrência da dor com o período pós-operatório imediato, de acordo com as percepções expostas pelos graduandos.

Palavras-chave: Dor; Enfermagem ; Sala de Recuperação

E-mail: flaviaalvesribeiro@hotmail.com

1.Faculdade Mario Schenberg, Cotia, SP, BRASIL; 2.Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, SP, BRASIL.



Flavia Alves Romanek*1; Maria do Carmo Querido Avelar2

Resumo:

Introdução: O ensino da dor vem sendo preconizado pelas entidades de classe envolvidas com o cuidado em saúde, instituindo no ano 2000 o conceito de dor como “o quinto sinal vital”. Neste contexto, torna-se imperante o reconhecimento dos conteúdos dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e análise e reflexão sobre a pertinência destes conteúdos às recomendações para o ensino do profissional que cuidará de pacientes com dor. A partir desta constatação, emergiu a questão desta pesquisa: “Como acontece o ensino da dor aguda pós-operatória nos Cursos de Graduação em Enfermagem nas diferentes disciplinas que compõem o curso?”. **Objetivo:** Identificar a abordagem da dor aguda pós-operatória nos Planos de Ensino do Projeto Pedagógico de um Curso de Graduação em Enfermagem. **Caminho Metodológico:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. O cenário correspondeu a um Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade localizada no Município de Mogi das Cruzes. Os objetos de estudos foram todos os planos de ensino de todas as disciplinas de Enfermagem que compuseram o Projeto Político e Pedagógico do Curso em 2012, sendo este o critério de inclusão estabelecido, foram excluídos os planos de disciplinas que não abordaram diretamente a Enfermagem. A coleta das informações ocorreu pessoalmente pela autora e foi baseada na identificação do tema dor como elemento constituinte dos planos de ensino das disciplinas. Após esta identificação, as informações foram tratadas quantitativamente de forma descritiva. Ressalta-se a obediência aos preceitos éticos determinados pela Resolução 196/96. **Resultados:** A partir da coleta das informações referentes à dor aguda pós-operatória nos planos de ensino das disciplinas de Enfermagem obteve-se que as disciplinas “Enfermagem em Sala de Operações e Recuperação Anestésica”, “Enfermagem na Saúde do Adulto”, “Enfermagem na saúde da criança e do adolescente” e “Cuidados de Enfermagem ao paciente crítico”, foram as únicas a expressar a abordagem do 5º sinal vital no ensino dos graduandos de Enfermagem. **Considerações Finais:** Há de se considerar a necessidade de investimentos de esforços por parte dos docentes e coordenadores de curso para inserção da temática dor, o quinto sinal vital, e a dor aguda pós-operatório, especificamente, em seus planos de ensino de disciplinas, tendo em vista o atendimento às recomendações vigentes e mais relevantes aos pacientes que experimentam dor.

Palavras-chave: Dor; Enfermagem ; Ensino

E-mail: flaviaalvesribeiro@hotmail.com

1.Faculdade Mario Schenberg, Cotia, SP, BRASIL; 2.Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, SP, BRASIL.



Gisela Bruns Carneiro*1; Viviane Constantino Porto1; Diva Vianna do Amaral Neta Dutra1; Flavia Danielle Ferreira dos Santos1

Resumo:

Introdução: A empresa BIOXXI atua pioneiramente há cinco anos na terceirização de Central de Material e Esterilização (CME) em diversos hospitais do Estado do Rio. A distância geográfica entre hospitais e o treinamento a cargo de um único enfermeiro dificultam o ensino e o acompanhamento individualizado dos treinandos. Face a necessidade de tornar mais acessível o treinamento, sugerimos a inclusão do módulo de Educação a Distância (EAD). Segundo Moran, EAD é o processo de ensino-aprendizagem, mediado por tecnologias, onde professores e alunos estão separados espacial e temporalmente. É ensino/aprendizagem onde professores e alunos separados fisicamente, podem estar conectados, interligados por tecnologias. **Objetivo:** Criar estratégias educacionais a fim levar aos profissionais da equipe de enfermagem das CMEs BIOXXI, o treinamento e a capacitação nos processos da empresa. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo sobre relato de experiência da Coordenação do Núcleo de Desenvolvimento em CME da BIOXXI entre os meses de março e abril/2013, com os responsáveis pela criação da modalidade EAD para treinamento na empresa. **Resultados e Discussão:** Na EAD o colaborador estará conectado ao ambiente de treinamento através de uma plataforma (moodle), acessando o material necessário para estudo. Isto pode ser aplicado não somente em CME mas em quaisquer outros setores. Por se tratar de assunto específico, contatamos empresas especializadas para apresentarem soluções de desenvolvimento de ambientes de aprendizado via web. A empresa a ser contratada providenciará o seguinte material didático: Guia Geral do Curso - impresso e/ou em formato digital - onde o treinando seja orientado quanto às características da EaD e informado sobre quais materiais serão colocados à sua disposição (livros-texto, leituras complementares, CDs, websites, vídeos e áudios); Mídia textual Livro em CD elaborada a partir de apostila atualmente usada em treinamento presencial; Mídia audiovisual DVD com aulas de 15 minutos sobre os processos utilizados na CME. Analisados os orçamentos apresentados, a BIOXXI optou por uma proposta que inclui: Análise pedagógica: etapa diagnóstica em que são entendidas as necessidades do cliente; Desenho Educacional: etapa em que o material coletado é redesenhado pedagogicamente para se adequar à linguagem do público-alvo; Copidesque: etapa em que são corrigidos e padronizados a ortografia e a gramática dos textos apresentados; Design: etapa onde o material recebe o desenho final; Instalação do Ambiente Virtual de Aprendizagem com personalização da interface a partir da identidade visual do portal da instituição. **Conclusão:** A BIOXXI se utilizará de um projeto de ensino tecnológico inovador, fazendo uso de recursos de e-learning por meio de uma plataforma Moodle que visa promover oportunidades de aprendizagem contínua a toda equipe de enfermagem da empresa. Tachizawa ressalta que um benefício fundamental que o ensino a distância pode trazer a uma organização é a rápida aprendizagem e reciclagem de conhecimento, proporcionando ao funcionário acesso a qualquer tempo, com aprendizado adequado ao seu ritmo.

Palavras-chave: Treinamento; CME; Educação à Distância

E-mail: gisela.bruns@yahoo.com.br

1.BIOXXI Serviços de Esterilização Ltda, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[670]

P170 - DIAGNÓSTICO DA ESTRUTURA DE UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE PARA O CONTROLE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA

Vanessa Barreiros Freire*1; Célia Cristina Duarte Starling1; Edna Maria Rezende2

Resumo:

As infecções relacionadas à assistência podem ser decorrentes de intervenções ou tratamentos realizados em um serviço de saúde. Trata-se de pesquisa exploratória, transversal, realizada em todos os Centros de Saúde da Regional Centro Sul de Belo Horizonte. Nessas unidades são realizados: procedimentos odontológicos, ginecológicos, administração de injetáveis, curativos e outros. Com o objetivo de diagnosticar a estrutura para o controle das infecções relacionadas à assistência, quanto à organização, aos equipamentos de proteção individual e materiais para as precauções padrão e por vias de transmissão, a infraestrutura para a higienização das mãos e as normas e rotinas técnico-operacionais adotadas foi realizada entrevista com gerentes e enfermeiros, utilizando formulário semiestruturado. Os resultados foram descritos e separados em unidades temáticas, de acordo com os objetivos e dispostos em quatro grupos de tabelas para análise estatística descritiva. Os centros de saúde não desenvolvem ações sistematizadas para o controle das infecções relacionadas à assistência. Não apresentam organização para tal controle, mesmo existindo uma lei municipal prevendo a organização dos estabelecimentos de assistência à saúde para o controle das infecções, e a constituição da Comissão Municipal de Controle de Infecção Relacionada à Assistência. Apresentam deficiências na capacitação dos profissionais, na provisão de equipamentos de proteção individual e materiais para a realização das precauções padrão, na disposição de suprimentos para a realização da higienização das mãos e na adoção de normas e rotinas técnico-operacionais. Um programa bem sucedido de controle das infecções assume papel fundamental na assistência à saúde, podendo constituir uma das intervenções mais valiosas da saúde pública moderna. Portanto, é fundamental uma especial atenção dos órgãos governamentais e gestores públicos para a necessidade de instituir uma política para o controle das infecções relacionadas à assistência, a fim de determinar as diretrizes, normas e recomendações para esse segmento dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Controle das Infecções ; Infecções Relacionadas à Assistência; Unidade de Atenção Primária à Saúde

E-mail: vanessabfreire@gmail.com

1.SMSA / PBH, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.Ufmg, Belo Horizonte, MG, BRASIL.



[671]

P171 - RELATO DE CASO: O QUE MUDA NO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTRO CIRÚRGICO PARA A IMPLANTAÇÃO DA CIRURGIA SEGURA?

Alessandra Nazareth Roscani*1; Eneida Rached Campos2; Mariza Cavalcante Lino2; Antônio Gonçalves Oliveira Filho3; Maria Isabel Pedreira Freitas 4

Resumo:

Introdução: Estabelecer métodos de atuação para auxiliar a gestão do cuidado cirúrgico seguro e a gestão de qualidade é um desafio para os gestores de Centro Cirúrgico. A inserção do programa Cirurgia Segura é fator crítico para melhorias dos processos de trabalho no procedimento cirúrgico e, consequente, pode favorecer o sucesso da assistência cirúrgica nas instituições de saúde sejam públicas ou privadas. **Objetivo:** Este relato de caso tem como objetivo descrever o redesenho do fluxograma do processo de trabalho (FPT) multiprofissional necessário para a inserção da lista de verificação de segurança cirúrgica ou checklist de segurança cirúrgica, em um centro cirúrgico de um hospital universitário. O FPT é um diagrama que representa a seqüência detalhada de todas as etapas do processo procedimento cirúrgico por meio de símbolos gráficos pré-determinados. **Método:** Para a implantação da lista de verificação foi utilizada a Metodologia GEPRO - Gestão por Processos que propõe 8 etapas na implantação de projetos de melhorias em processos. Dentre elas, nas etapas 5 e 6 são desenhados o FPT das etapas do processo antes e após as mudanças. Estes FPTs fornecem elementos para que se observe a atuação específica de cada membro da equipe multiprofissional e quais são as etapas de possíveis desconexões que necessitarão de intervenção, após a introdução da lista de verificação. **Resultado:** o FPT antes da incorporação da lista possuía 46 etapas realizadas por a oito equipes de atuação e foram identificados três pontos de desconexão no processo. Após o redesenho do processo, o FTP ficou com 50 etapas junto às mesmas 8 equipes e identificou-se cinco pontos de intervenção na gestão junto às desconexões do processo. **Conclusão:** A incorporação da lista de verificação no processo cirúrgico implicou na realização de 4 novas etapas que agregam valor à prevenção de danos ou quase-danos ao paciente. Concluiu-se que, utilizar a ferramenta da gestão no processo na gestão das melhorias em centro cirúrgico, como a inserção da lista de verificação de segurança cirúrgica, é uma estratégia que favorece a tomada de decisão, pois delimita o escopo de atuação da gestão o que favorece a efetividade da melhoria da assistência e o gerenciamento da mudança no processo de trabalho.

Palavras-chave: Lista de Verificação; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Gestão de Qualidade

E-mail: alessandra@hc.unicamp.br

1.FE e HC UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 2.HC UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 3.FCM e HC UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 4.FE UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL.



Alessandra Nazareth Roscani*1; Eneida Rached Campos2; Mariza Cavalcante Lino2; Antônio Gonçalves Oliveira Filho3; Maria Isabel Pedreira Freitas 4

Resumo:

Incorporar o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” em sua totalidade é um desafio para a gestão de Centro Cirúrgico (CC). Dado o caráter fundamental dos conceitos de segurança do paciente necessários para efetivar mudança de conduta da equipe multiprofissional, a inserção da lista de verificação tem demonstrado ser um fator importante para se obter melhorias. Estudo descritivo cujo objetivo é expor a estratégia utilizada para introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica no processo de trabalho multiprofissional em um centro cirúrgico de um hospital universitário do estado de São Paulo. Foi utilizada a Metodologia Gestão por Processos - GEPRO - para a introdução da lista. Estudou-se minuciosamente o processo para a realização do procedimento cirúrgico usando-se ferramentas da qualidade como: Contrato de trabalho entre a Coordenadoria de Assistência do Hospital e a Gestão Centro Cirúrgico, Mapa de Relacionamento, Planilha de Requisitos de qualidade, Plano de ação dentre outros. Optou-se pelo treinamento direcionado das equipes envolvidas no processo como estratégia de envolvimento dos profissionais. Antes de se iniciar a utilização da lista no CC, foram realizadas aulas expositivas referentes ao programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e a lista de verificação de segurança cirúrgica desenvolvida na instituição, junto à equipe de enfermagem das unidades de internação, do centro cirúrgico, das equipes cirúrgicas e de anesthesiologistas do CC. Em seguida, houve ampla divulgação do processo às equipes de saúde e gerentes da instituição. Como estratégia de ensino, os profissionais receberam as informações em seu turno de trabalho, em seu local de atuação, nos três turnos de trabalho. Também, nas reuniões semanais para discussão de casos das equipes cirúrgicas e da anestesiologia. Para os diretores e supervisores de enfermagem foi ministrada na reunião mensal de gerentes de enfermagem. Após a apresentação, todo material que forneceu base para a aula expositiva apresentada, o manual do programa original e traduzido e a lista de verificação institucional ou checklist, foi enviada via correio eletrônico para os profissionais e para suas áreas de referência de modo a reforçar e disseminar os conceitos de segurança do paciente. Como resultados, observou-se que a estratégia possibilitou divulgar os conceitos de segurança do paciente com enfoque no paciente cirúrgico junto à equipe multiprofissional. Visto que, nos primeiros 30 dias de projeto, a lista de verificação de segurança cirúrgica foi utilizada em 60% dos procedimentos e mais de 100 profissionais foram orientados quanto ao desafio proposto pela Aliança Mundial de Segurança do Paciente “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Concluiu-se que foi possível estabelecer um treinamento como método e estratégia para a inserção do programa Cirurgia Segura Salva Vidas. E ainda, que para a gestão de centro cirúrgico a implantação de mudanças com base nos conceitos e ferramentas da gestão por processos é fundamental para uma abordagem capaz de incorporar os preceitos de segurança do paciente no ambiente cirúrgico e envolver os profissionais nas propostas de intervenção.

Palavras-chave: Lista de Verificação; Segurança; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

E-mail: alessandra@hc.unicamp.br

1.FE E HC UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 2.HC UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 3.FCM E HC UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 4.FE UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL.



[673]

P173 - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE CATARATA EM RELAÇÃO ÀS ORIENTAÇÕES PRESTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO.

Aparecida Birchler Malfer Dalleprani*1; Roberta Milanez1; Ivanilda Leandra de Souza1; Maraise Borghi1; Therezinha Barbosa Monteiro1

Resumo:

Introdução: A catarata é uma doença que leva à cegueira e seu tratamento é essencialmente cirúrgico. Embora relativamente rápida, a cirurgia de catarata é delicada e, por vezes, complexa. Com a anestesia local e sedação endovenosa, o paciente fica sonolento, porém acordado durante todo o procedimento. Isso pode gerar ansiedade, hipertensão arterial e aumento da pressão intraocular. Diante disso, é preciso que o paciente siga as orientações fornecidas no perioperatório para o sucesso cirúrgico. **Objetivo:** Identificar a satisfação dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata em relação às orientações fornecidas pela equipe de enfermagem e classificar os benefícios dessas orientações para o sucesso perioperatório. **Métodos:** Estudo descritivo por aplicação de questionário direcionado a pacientes submetidos à cirurgia de catarata em uma instituição oftalmológica particular da cidade de Colatina - ES. O questionário foi entregue ao paciente no 1º dia de pós-operatório, após todas as orientações. Nele, foi avaliado o grau de satisfação e os benefícios das orientações. A classificação dos benefícios da orientação perioperatória foi dividida em: tranquilidade, conforto, segurança, conhecimento, clareza das informações e indiferente. Quanto aos aspectos éticos, um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado para cada paciente. **RESULTADO:** Foram coletados dados de 25 pacientes (60% mulheres e 40% homens e idade entre 55 a 95). Vinte e três pacientes (92%), 22 (82%) e 24 (96%) responderam como satisfatória as orientações que receberam no pré, intra e pós-operatório, respectivamente. Não houve insatisfação (0%) quanto às orientações perioperatórias. Quanto à classificação dos benefícios trazidos pelas orientações perioperatórias, 88% (22) relataram tranquilidade, 80% (20) segurança, 72% (18) clareza, 40% (10) conforto, 52% (13) conhecimento, 20% (5) indiferentes. **Conclusão:** As orientações da equipe de enfermagem foram satisfatórias para a maioria dos pacientes, no pré, intra e pós-operatório. Orientações pré-operatórias podem contribuir para redução da ansiedade e medo relacionados ao procedimento. Orientações intra-operatórias adequadas ao paciente auxiliam no bom comportamento do mesmo durante o ato cirúrgico, o que contribui para o sucesso do procedimento. Orientações perioperatórias proporcionaram maior tranquilidade durante a cirurgia, maior segurança em relação à continuação do pós-operatório domiciliar, melhora no conhecimento dos cuidados com a limpeza do olho e uso do protetor ocular, maior conforto por tomar conhecimento sobre as suas restrições em atividades de vida diária. Logo, torna-se essencial o fornecimento de informações pela equipe de enfermagem em todo o período perioperatório da cirurgia de catarata.

Palavras-chave: Catarata; Perioperatório; Orientações

E-mail: ivanildaleandrasouza@yahoo.com.br

1.Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina, ES, BRASIL.



[674]

P174 - O TRABALHO DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA NO CENTRO CIRÚRGICO: REFLEXÕES SOBRE OS SENTIDOS DO TRABALHO

Naluzia de Fatima Meirelles*1; Regina Célia Gollner Zeitounel

Resumo:

Neste estudo busca-se refletir sobre os sentidos do trabalho para os profissionais de enfermagem que atuam em centro cirúrgico oncológico. Unidades críticas como Centro Cirúrgico Oncológico (CCO) tem como características a assistência ao cliente em risco iminente de vida, em que há necessidade de cuidados especiais, intervenções mais complexas e prestação de assistência ininterrupta e na grande maioria imediata. Nesse contexto os profissionais vivenciam também situações desgastantes e conflituosas como expectativas de cura, mutilações, desesperança, dor e morte, em meio ao qual pairam o medo, as inseguranças e as incertezas; contudo se observa ao mesmo tempo o engajamento e a satisfação desses trabalhadores prestando serviços com esforço e dedicação para uma cirurgia segura. O presente estudo configura-se num recorte de tese em andamento, pautado na abordagem de Estelle Morin (2001) voltado para os seguintes objetivos: descrever as características atribuídas pelos profissionais de enfermagem ao trabalho em CCO; analisar os sentidos do trabalho na percepção dos profissionais de enfermagem, e discutir as implicações dos sentidos do trabalho para a saúde dos profissionais de enfermagem. Tratou-se de estudo descritivo, tendo como cenário o Centro Cirúrgico de Unidade Hospitalar de referência em Oncologia no Rio de Janeiro, aprovado pelo CEP do Hospital (nº125/11- CAAE/0101.0.007.226-11). A coleta de dados se deu através da entrevista semiestruturada junto a 30 profissionais de enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem) no período de março a junho de 2012, e a análise à luz do referencial teórico com adoção da Análise de Conteúdo de Bardin. Os discursos apontam que o sentido do trabalho não tem um sentido único, mas sim se compõe de vários sentidos. Os profissionais de enfermagem deslumbram em seu trabalho a humanização, a solidariedade, sentindo-se úteis à sociedade. Eles não visam primordialmente a remuneração financeira, mas a contribuição, o conforto/segurança, e a atenção como melhorias geradas pelo seu trabalho à clientela assistida, fator este considerado um diferencial em relação a outras pesquisas. Comportam ainda contradições, sendo ao mesmo tempo prazer e sofrimento, contudo as análises revelaram que o sentido positivo do trabalho, como o prazer e a realização, tem predominância sobre o negativo. A coerência, relacionada ao que se acredita e o trabalho realizado, na estrutura do sentido do trabalho, foi bastante evidenciada e de forma peculiar, considerando a identificação de sentidos positivos e sentidos negativos em relação ao trabalho de enfermagem no C.C.O. Evidencia-se com a presente pesquisa que os profissionais de enfermagem, embora se sintam tocados pelos sentidos negativos do trabalho, dão pouca atenção a si mesmo, demonstrando de certa forma ignorar suas necessidades e de buscar recursos disponíveis para melhorar sua vida laboral, e consequentemente seu bem-estar, sua saúde. O estudo traz importantes reflexões acerca do processo de trabalho, ressaltando a necessidade de melhorias da organização e das condições de trabalho para a saúde dos profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: Sentidos do Trabalho; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Saúde do Trabalhador

E-mail: naluzia@yahoo.com.br

1.EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[675]

P175 - INFECÇÃO É A PRINCIPAL CAUSA DE REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL?

Vania Regina Goveia*1; Isabel Yovana Mendoza1; Edson Barreto Paiva2; Hoberdan Oliveira Pereira2; Braulio Roberto Gonçalves Marinho Couto3

Resumo:

Introdução: O tratamento cirúrgico para a substituição da articulação do quadril tem ocorrido há pouco mais de 50 anos, portanto a cirurgia de artroplastia de quadril caracteriza a era moderna com excelentes resultados e sobrevida da prótese em torno de 15 anos. **Objetivo:** Analisar dados demográficos e outras informações de pacientes submetidos à cirurgia de artroplastia de quadril realizadas em hospital de ensino, com intuito de identificar características comuns a estes pacientes e avaliar o impacto das complicações infecciosas e não infecciosas na revisão da artroplastia e remoção da prótese. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, realizado em um hospital de ensino destinado ao atendimento de urgências, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil. Foi realizado levantamento de cirurgias ortopédicas no período de janeiro de 2009 a junho de 2012. Os dados foram cadastrados em um banco de dados e as variáveis de interesse analisadas por frequências absolutas e relativas. **Resultados:** As cirurgias ortopédicas correspondem a 45,2% (8.701/19.233) das realizadas no Hospital. Dentre essas, 130 cirurgias referiam-se a artroplastias de quadril (1,5% das cirurgias ortopédicas). Foram 54 pacientes do gênero masculino (42%) e 76 feminino (58%). A idade variou entre 20 e 101 anos, sendo 64,6% entre 71 e 90 anos. O diagnóstico mais frequente (78%) foi fratura de colo de fêmur por trauma de baixa energia causado por queda da própria altura. No período foram realizadas 18 cirurgias de revisão de artroplastia e em 12 ocasiões foi necessária a remoção da prótese (66,6%). A complicação infecciosa motivou a revisão cirúrgica em 50% das ocasiões, seguida de luxação em 33% e fratura periprótese em 11%. O tempo prévio de prótese até a cirurgia de revisão variou de 7 dias a 11 anos, entretanto 10 (55,5%) revisões aconteceram até 45 dias após a artroplastia. **Conclusão:** As cirurgias para revisão de artroplastia devido à infecção ocorreram, em sua maioria, pouco tempo após a cirurgia, fato que indica provável contaminação precoce. Esses resultados sugerem uma revisão mais aprofundada das medidas de prevenção de infecção padronizadas, assim como uma avaliação da adesão dos profissionais a essas medidas com vistas à redução do risco de complicação infecciosa.

Palavras-chave: Artroplastia de Quadril ; Revisão Cirúrgica; Infecção da Ferida Operatória

E-mail:vaniagoveia@uol.com.br

1.Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.Hospital Risoleta Tolentino Neves - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 3.Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH, Belo Horizonte, MG, BRASIL.



[677]

P176 - AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE DOR EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO, RELACIONADO AO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO INCORRETO

Veronica Cecilia Calbo de Medeiros*1; Edna Borges dos Santos1

Resumo:

Introdução: O posicionamento cirúrgico tem como objetivo proporcionar a exposição da melhor via de acesso para atuação do procedimento anestésico e delinear o sítio cirúrgico para garantir o ato operatório. O posicionamento cirúrgico deve ser realizado de forma correta para garantir a segurança do paciente e prevenir complicações. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo realizar uma pesquisa integrativa em artigos científicos disponíveis na literatura que demonstrem o nível do quadro de dor, bem como evidências de lesões nervosas em estruturas periféricas do corpo no período pós-operatório em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico, relacionado ao posicionamento cirúrgico incorreto. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no período de 2002 a 2013, por meio da síntese de literatura através de Práticas Baseadas em Evidências (PEB) com execução de estratégias que complementaram a busca integrada de todas as informações disponíveis para atingir o objetivo específico, sejam elas provenientes de estudos descritivos qualitativos, quantitativos ou revisões narrativas e sistemáticas. **Resultados:** Na síntese das evidências selecionadas foram indicados como focos principais: fatores de risco predisponentes, complicações intraoperatórias por um posicionamento cirúrgico incorreto, eventos adversos comprovados sobre Diagnóstico de Dor e lesão de Plexos Nervosos. Os estudos indicam que o paciente não apresenta somente dor no pós-operatório decorrente de um posicionamento cirúrgico incorreto, mas também danos irreparáveis à sua integridade física que causa um impacto muito negativo na sua recuperação e qualidade de vida perante o convívio social. Os estudos também trazem evidências sobre métodos de identificação dos fatores de risco, planejamento de cuidados e intervenções para diagnosticar e prevenir estas complicações no perioperatório. **Conclusão:** Com a presente investigação incentivamos o Enfermeiro à estar sempre em alerta não somente na busca e publicações de evidências científicas, mas praticá-las em atuação junto a equipe com desenvolvimento de protocolos nas instituições e aprimoramento dos profissionais que realizam o posicionamento cirúrgico para que o cliente receba uma assistência com qualidade em uma Prática Baseada em Evidências.

Palavras-chave: Dor cirúrgica, Posicionamento Cirúrgico, Pós-Operatório.

E-mail: veronicacalbo@terra.com.br

1.Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL.



Ana Paula Ribeiro Razera*1; Eliana Mara Braga2

Resumo:

A expectativa que o indivíduo tem em relação à hospitalização, ao tratamento e à qualidade do cuidado é um fator que pode repercutir na sua recuperação pós-operatória, o que exigirá preparo adequado da equipe de enfermagem para o bom relacionamento com o paciente, proporcionando uma assistência planejada e continuada durante a internação cirúrgica. Nesse contexto, o estudo objetivou identificar o padrão de informação dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem durante o período de recuperação pós-operatória. Este estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa, utilizou o referencial teórico da Comunicação Interpessoal e foi desenvolvido nas enfermarias cirúrgicas de um hospital privado no interior do Estado de São Paulo. Foram entrevistados 16 participantes em período pós-operatório mediato. Empregou-se um formulário pós-operatório contendo questões sobre o conhecimento desses sujeitos acerca das orientações de enfermagem dispensadas neste período. Os resultados evidenciaram que, dos 16 participantes, 10 confirmaram ter recebido orientações pós-operatórias de enfermagem, porém não conseguiram identificar o profissional que os orientou. As orientações percebidas com maior significância foram sobre a realização e limpeza do curativo cirúrgico. Sobre a contribuição da orientação pós-operatória realizada pelo enfermeiro, 11 sujeitos afirmaram que contribui e reforça as orientações recebidas por outros profissionais de saúde. Quando solicitados a apresentar sugestões para o cuidado com os próximos pacientes, manifestaram-se, claramente, sobre a falta de cuidado humano (56,25%) e falta de infraestrutura em recursos humanos (31,25%), o que evidencia os problemas no estabelecimento da relação de confiança e vínculo entre a equipe de saúde e o paciente. Estudos mostram que o fornecimento de informações é a intervenção básica no planejamento da alta hospitalar, onde se faz necessário decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidado adequado e coerente com as suas necessidades(1-2). Porém, faz-se muito importante a forma como as informações são fornecidas, e os recursos usados podem ajudar na apreensão dos seus conteúdos e favorecer a satisfação com o processo. Assim, concluiu-se que a competência em comunicação é uma condição para o exercício da Enfermagem com qualidade e cidadania, a capacitação em comunicação prepara a equipe de enfermagem para serem os profissionais exigidos pelos clientes do sistema de saúde e, finalmente, que a comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz, proporcionando a compreensão do cliente em sua complexidade, com resultados qualitativos de atenção, dignidade e respeito ao ser cuidado.

Palavras-chave: Comunicação; Cuidados de Enfermagem; Período Pós-Operatório

E-mail: anapaularazera@usp.br

- 1.Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru, SP, BRASIL;
- 2.Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Botucatu, SP, BRASIL.



[680]

P178 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP) VIVENCIADA NA ATIVIDADE TEÓRICO PRÁTICA DO CENTRO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA

Tania Koch*1; Denise Consuelo Moser2

Resumo:

Introdução: A qualidade da assistência prestada aos pacientes no período perioperatório é de extrema e fundamental importância, sendo dessa forma a equipe de enfermagem uma das principais responsáveis, se não a principal responsável, pela manutenção dessa qualidade, bem como por prestar a devida assistência e garantir a vigilância contínua dessa ao paciente. Uma assistência de enfermagem sistematizada permite a equipe avaliar de forma eficaz os cuidados prestados aos pacientes, através de um planejamento individualizado e humanizado. Na tentativa de assegurar a qualidade na assistência surge no Brasil em meados de 1985, um modelo assistencial denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que tem como propósito promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada em que o paciente é único e a assistência de enfermagem é baseada numa intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado além de proporcionar a participação da família. **Objetivo:** Relatar a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), pelos Enfermeiros e Técnicos de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital público do Oeste de Santa Catarina. **METODOLOGIA:** O estudo foi realizado durante atividade teórico prática da sexta fase de graduação em Enfermagem, na unidade do centro cirúrgico do referido hospital, através do acompanhamento das atividades da equipe de enfermagem. **Resultados e Discussões:** Os resultados da observação demonstraram que os profissionais de enfermagem atuantes no centro cirúrgico não possuem o devido conhecimento sobre a SAEP. Entretanto os profissionais percebem a importância da sistematização da assistência, apesar do desconhecimento parcial sobre a sua utilização e aplicabilidade. Algumas vezes o receio pela mudança e do desconhecido podem ser observados na fala desses profissionais em relação a mudanças e implantação do modelo, por outras vezes, mostra-se associado a escassez de recursos humanos, o que resulta em sobrecarga de trabalho e dificulta a implementação do processo. Porém, o conhecimento limitado sobre a SAEP é preocupante, pois, sabemos que os profissionais atuantes do centro cirúrgico necessitam de amplo conhecimento, para atender pacientes de diferentes procedimentos anestésico-cirúrgicos, com cuidados específicos e individualizados. Assim, os objetivos da SAEP que compreendem: minimizar os riscos inerentes ao ambiente do centro cirúrgico, da recuperação anestésica; promover o fornecimento tanto de equipamentos, insumos e recursos humanos, em número suficiente para o procedimento; e esclarecer dúvidas dos pacientes e familiares em relação ao procedimento perioperatório, busca instrumentalizar o profissional de enfermagem, na sistematização da assistência, garantindo a qualidade e segurança no cuidado. **Conclusão:** Vale destacar a importância da formação acadêmica generalista e humana do profissional de enfermagem, estimulando a busca constante pelo conhecimento e aprimoramento profissional, permitindo que o mesmo desenvolva habilidades e conhecimento técnico-científico, que assegure a qualidade na assistência prestada aos pacientes.

Palavras-chave: Sistematização; Assistência de Enfermagem; Centro Cirúrgico

E-mail: profamoser@hotmail.com

1.Hospital da Criança Augusta Muller Bonner, Chapecó, SC, BRASIL; 2.Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, BRASIL.



Fabiola Monteiro Querido*1; Vanessa de Brito Poveda2

Resumo:

Introdução: diversas unidades hospitalares, especialmente o Centro Cirúrgico, convivem com equipamentos que emitem radiação e expõe seus funcionários, principalmente as equipes médica e de enfermagem, aos riscos associados a ela, tais como neoplasias diversas, manifestações hemorrágicas, problemas oculares, pneumonite por radiação, gastroenterite, infertilidade masculina e entre outros efeitos agudos da radiação. **Objetivos:** a presente investigação teve como objetivo verificar a exposição à radiação dos funcionários de enfermagem, incluindo auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros, atuantes em unidades de Centro Cirúrgico de diferentes hospitais situados no Vale do Paraíba. **Método:** foi realizado um estudo quantitativo, com delineamento de pesquisa não experimental, onde trabalhadores de Enfermagem, que exerciam atividades laborais em Centro Cirúrgico, a mais de um ano, foram entrevistados. Para tanto, utilizou-se um instrumento de coleta de dados, elaborado pelos autores, que continha aspectos relacionados as características sócio-demográficas, conhecimento sobre radioproteção e os sintomas físicos que podiam indicar exposição excessiva a radiação. **Resultados:** foram entrevistados 30 funcionários da equipe de enfermagem atuantes em Centro Cirúrgico, sendo que todos pertenciam ao sexo feminino e oito (27%) tinham mais de 40 anos. A maior parte dos indivíduos eram técnicos de enfermagem, 25(83%); sendo que 14 (47%) atuavam em Centro Cirúrgico entre um e cinco anos. Entre os entrevistados, 28 (93%) relataram contato com radiação, sendo que apenas 11 (39%) utilizam algum tipo de proteção. Entre os trabalhadores que relataram contato com a radiação, apenas dois (7%) faziam uso do dosímetro e 25 (89%) deles não possuíam remuneração diferenciada devido ao grau de periculosidade de suas atividades. **Conclusão:** conclui-se que os trabalhadores de enfermagem se expõe aos riscos ocupacionais relacionados a radiação, frequentemente sem proteção ou remuneração salarial adequada. Dessa forma, as normas de proteção radiológica não são cumpridas pelas instituições onde trabalham esses profissionais de enfermagem. Assim, ressaltamos que a temática deve ser melhor explorada, por meio da realização de novas investigações, que contribuam não apenas para a ampliação da literatura científica sobre o tema, mas também, para uma maior conscientização da equipe e instituições hospitalares.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Riscos Ocupacionais

E-mail: vbpoveda@gmail.com

1.FATEA, Lorena, SP, BRASIL; 2.EEUSP, São Paulo, SP, BRASIL.



[682]

P180 - TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO EM CIRURGIAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA X COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Adelita Jesus Carvalho Martins*1; Cristiane Alves de Souza Serva1; Tatiane Helena Fonseca1; Vanessa de Brito Poveda2

Resumo:

Introdução: a redução do tempo de jejum pré-operatório traz reflexos positivos no período pós-operatório como, a diminuição do tempo de recuperação após a cirurgia, rápido retorno das funções intestinais, melhor controle glicêmico, diminuição de infecções no sítio cirúrgico e diminuição nas taxas de morbi-mortalidade pós-operatória e consequentemente diminuição do tempo de internação do paciente. **Objetivos:** este estudo procurou verificar a ocorrência de complicações intra e pós-operatórias, não associadas ao estado clínico do paciente, entre pacientes cirúrgicos submetidos a procedimentos de urgência e emergência, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012, que não fizeram o jejum pré-operatório tradicional, de 8 a 12 horas, instituído pelo serviço hospitalar. **Método:** realizou-se um estudo quantitativo, tipo coorte retrospectivo, por meio da análise dos prontuários médicos dos pacientes submetidos a cirurgias de urgência e emergência. Para tanto, foi utilizado um instrumento de coleta de dados elaborado pelos autores, que foi submetido à validação aparente e de conteúdo por enfermeiros com experiência na área de urgências e emergências e assistência perioperatória. **Resultados:** foram investigados 185 prontuários, dos quais, 34 (18,4%) apresentaram complicações. O tempo médio de jejum foi de 132,97 minutos, ou seja, aproximadamente duas horas, variando entre zero e 950 minutos. O tempo médio de internação foi de 2,6 dias com máximo de 18 dias e mínimo de um dia. Das 34 complicações observadas, a mais freqüente foram os vômitos, em 18 (52,95%) situações; seguidos por náuseas, em seis (17,64%) casos, a necessidade de transfusão sanguínea aconteceu em seis (17,64%) pacientes e o óbito ocorreu em quatro (11,77%). **Conclusão:** entre todos os pacientes observados com períodos de jejum de aproximadamente duas horas, percebeu-se a ocorrência de complicações em apenas 18,4% dos casos investigados, contudo, ressalta-se que, eventualmente, estas complicações ocorreriam independente do tempo de jejum, dessa forma, novos estudos são necessários, com maior número de sujeitos e que comparem as complicações entre este grupo e aquele submetido ao tempo de jejum tradicional.

Palavras-chave: Enfermagem; Assistência Perioperatória; Jejum

E-mail: vbpoveda@gmail.com

1.FATEA, Lorena, SP, BRASIL; 2.EEUSP, São Paulo, SP, BRASIL.



Cintia Rosa de Vargas*1; Jaqueline Vargas1; Liziane Noetzold1; Rita Catalina Aquino Caregnato2; Rosaura Costa Bordinhão3

Resumo:

Introdução: A resistência aos antimicrobianos é um grave problema mundial, principalmente pela crescente seleção de microrganismos multirresistentes. Entre estes encontram-se as enterobactérias, que habitam o intestino humano, que passaram a produzir enzimas que inativam antibióticos, entre elas encontram-se a KPC (*Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase) e a NDM-1 (New Delhi Metallobetalactamase), consideradas mecanismos de resistência. Existem duas famílias de carbapenemase: as betalactamases (tipo KPC) e as metallobetalactamases (tipo NDM). **Objetivo:** Relatar a experiência dos enfermeiros de um hospital público no controle de surto de NDM-1. **Método:** Relato de experiência no controle de casos de NDM-1, ocorrido em um hospital público de Porto Alegre com atendimento exclusivo a pacientes do SUS. **Resultados:** No período de setembro de 2012 a maio de 2013 foram detectados cinco casos de NDM-1 no hospital. O gene de resistência blaNDM-1 foi identificado em bactérias gram negativas do tipo *Providencia rettgeri* e *Enterobacter cloacae*, esta detecção foi considerada inédita no Brasil. Após a confirmação dos casos, reforçaram-se algumas medidas de controle da transmissão. Os pacientes que receberam alta hospitalar estão sendo acompanhados pela Vigilância Epidemiológica dos seus respectivos municípios de residência, enquanto dois pacientes ainda internados estão em isolamento e sob constante monitoramento das equipes de saúde do hospital. A UTI do hospital foi parcialmente fechada para novas internações, para permitir a limpeza terminal do ambiente, que somente será liberada para reinternações após a aprovação do Controle de Infecção Hospitalar (CIH). Recomendações específicas foram reforçadas pelo CIH: higienização de mãos, higienização do ambiente, adesão às medidas de bloqueio epidemiológico, coorte de pacientes e profissionais de saúde, uso racional de antimicrobianos, entre outras recomendações gerais. Até o momento não houve outras notificações de enterobactéria carbapeném resistente com o gene blaNDM-1. **Conclusão:** Destaca-se a importância da adesão rigorosa dos profissionais de saúde às medidas instituídas para o controle e disseminação de germe multirresistente, começando pela medida mais simples e menos dispendiosa, a higienização adequada das mãos. Práticas como essas visam reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes. É necessário manter uma vigilância contínua e um programa de educação permanente. Profissionais que trabalham no Centro de Materiais e Esterilização e Bloco Cirúrgico devem ser capacitados sobre a resistência antimicrobiana e os processos com o material dos pacientes colonizados e/ou infectados, pois a maioria desconhece as medidas adequadas, podendo realizar ações inadequadas resultando em risco aos pacientes e a equipe.

Palavras-chave: Enterobactérias; Surto; Controle

E-mail: cicirs1@hotmail.com

1.Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, BRASIL; 2.Universidade Federal de Ciências Médicas, Porto Alegre, RS, BRASIL; 3.Hospital Conceição, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[684]

P182 - IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GARANTIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO PERIOPERATÓRIO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Virginia Cristina de Oliveira Gomes*1; Jessica Silva da Silva1; Laine Bastos Santana1

Resumo:

Segurança do paciente refere-se a todas as ações que sirvam para reduzir atos não seguros durante o processo de assistência, bem como o uso de boas práticas para alcançar o melhor resultado para o paciente. Atualmente existe uma grande preocupação dos profissionais de saúde e principalmente dos enfermeiros com a qualidade e garantia da segurança do paciente em serviços de saúde, especialmente os procedimentos cirúrgicos. Isto se deve ao aumento no número da ocorrência de erros durante o perioperatório, em sua maioria, decorrentes de ações que envolvem diretamente a enfermagem. Considerando que o perioperatório é caracterizado como aquele período que envolve: limpeza, desinfecção e montagem da sala operatória, admissão do paciente no Centro Cirúrgico, revisão pré-operatória, indução anestésica, posicionamento na mesa, o ato cirúrgico, recuperação pós-anestésica e a alta anestésico-cirúrgica, é preciso que exista ações dos profissionais de saúde para minimizar a ocorrência de situações que coloquem em risco a integridade do paciente. O enfermeiro tem papel importante no que diz respeito às medidas que garantam a segurança do paciente. Ações simples como confirmar o nome do paciente, o local a ser operado, o cirurgião responsável, quem compõe o quadro da equipe, fazer a contagem das pinças antes de finalizar a cirurgia e fazer o controle de infecção de sítio cirúrgico certificam ao paciente uma recuperação mais rápida e sem transtornos pós-cirurgia. O atual trabalho de revisão bibliográfica objetivou identificar e tecer considerações sobre as ações do enfermeiro para garantia da segurança do paciente no perioperatório. Para tanto, a busca de dados foi indexada do Scielo, Lilacs, Bireme e biblioteca digital, utilizando-se as palavras chaves: enfermagem e segurança do paciente, no recorte temporal de 2006 a 2012; sendo empregados no estudo 06 artigos para embasamento a cerca da temática. Após análise dos dados, observou-se que o enfermeiro é o primeiro estágio de aperfeiçoamento da segurança do paciente, de modo que as ações e os cuidados prestados afetarão diretamente na recuperação do paciente. Os erros ocorridos no transoperatório são reflexos de uma falha no processo de sistematização da assistência. As principais falhas encontradas foram no dimensionamento da equipe, na falta de comunicação, no esquecimento de materiais dentro do paciente e infecções de sítio cirúrgico. Desse modo, concluiu-se que o trabalho do enfermeiro no período perioperatório é dinâmico e exige constantemente o planejamento e a implementação de intervenções que possibilitam a prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico visando à segurança do paciente. Algumas ações de enfermagem consideradas de relevância para a manutenção da segurança são a realização da visita pré-operatória e um acompanhamento do paciente desde a indução anestésica até a alta da sala de recuperação anestésica e que o enfermeiro esteja apto para qualquer intercorrência que venha acontecer e priorizar sempre a manutenção da integridade do paciente. Dentre as lacunas do tema investigado, destaca-se a necessidade de pesquisas científicas a respeito da eficácia das ações da enfermagem perioperatória na redução dos riscos à segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Enfermagem Perioperatória; Ações de Enfermagem

E-mail: viwcris@hotmail.com

1.Faculdade Ruy Barbosa, Salvador, BA, BRASIL.



Fabia Maria de Souza*1; Sadrine Maria Pinho1

Resumo:

Introdução: O enfermeiro do CME deve oferecer uma assistência segura e livre de danos, que compreende a esterilização de artigos utilizados em procedimentos cirúrgicos. O enfermeiro no desenvolvimento de sua prática parece não está atento para as consequências éticas e legais que podem surgir como resultado do seu trabalho profissional, que uma vez gerando dano ao paciente, pode desencadear um processo ético bem como um processo civil, surpreendendo o enfermeiro. **Objetivos:** Identificar as situações que o enfermeiro transgredir o dever ético em sua atuação em CME e conhecer as situações que geram responsabilidade civil para o enfermeiro no CME. **Metodologia:** Trata-se de revisão da literatura, utilizando bases de dados, seguindo os descritores: Enfermeiro; Ética, Responsabilidade Civil; Centro de Material de Esterilização. **Resultados:** I- Acerca do dever ético, a adoção dos Princípios Fundamentais contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE em seu art. 1º torna-se imperativo para a ação desse profissional como uma alternativa para prevenção de ocorrências éticas e legais. No Capítulo II, art. 16 desse dispositivo, dispõe: “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrente de imperícia, negligência ou imprudência”. O CEPE remete a uma análise criteriosa dos conceitos de negligência imprudência e imperícia, que são situações que o enfermeiro pode transgredir o dever ético. O enfermeiro como responsável pelo processamento de materiais esterilizados deverá atentar para as técnicas de limpeza, de preparo, de esterilização e de acondicionamento; ao monitoramento dos equipamentos e dos ciclos de esterilização, bem como aos registros da segurança adotada junto aos materiais. Nessa perspectiva, assegura-se que em casos de imprudência, o enfermeiro pratica ato comissivo, caracterizado pela inexistência do cuidado. Na negligência quando o profissional se omite sendo que sua inércia permite o acontecimento danoso. Por fim, a imperícia que é a falta de habilidade técnica do profissional. II - No âmbito cível, a responsabilidade civil do enfermeiro emerge do art. 186 do Código Civil, que dispõe: “Aquele que por ação ou por omissão voluntária, negligência ou imprudência violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral cometa ato ilícito”. O artigo 927 desse dispositivo legal, estabelece que “aquele que, por ato ilícito causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo” ou seja havendo a violação de um dever jurídico com consequente dano, surge a responsabilidade de reparar. Compreende-se então que toda conduta humana que, violando o dever jurídico originário, causa prejuízo a outrem é fonte geradora de responsabilidade civil. **Considerações Finais:** O enfermeiro na CME, esta sujeito aos riscos advindo de suas atividades. A responsabilidade do enfermeiro junto ao paciente é de caráter subjetivo a depender da prova de culpa do profissional, que pode ser evidenciada em três formas: imperícia, negligência e imprudência. Havendo transgressão do dever ético e da violação do dever jurídico com consequente dano, surge à responsabilidade de reparar o dano. O enfermeiro no CME, deve estar consciente da responsabilidade ética e legal pelos possíveis danos causados aos pacientes pratica de enfermagem.

Palavras-chave: Centro de Material e Esterilização; Enfermeiro; Responsabilidade Ética e Legal

E-mail: fabiamsouza@gmail.com

1.UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL.



[686]

P184 - FATORES DE RISCO INTRAOPERATÓRIOS RELACIONADOS COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA CARDÍACA

Paulo José de Andrade*1; Karla Valéria da Silva Arcoverde1; Iza Cristina dos Santos1; Lourdes Alexandrina de Castro Neves1; Janise de Almeida Dornellas de Assunção1

Resumo:

Introdução: A cirurgia cardíaca pediátrica é uma especialidade relativamente nova, que se delineou no século XX e desde então está em franco desenvolvimento. A evolução das técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento de novos procedimentos invasivos possibilitaram a realização de procedimentos mais complexos, em uma população cada vez mais nova e com condições clínicas mais adversas. A taxa de infecção de sítio cirúrgico neste grupo pode variar entre 2,35 e 8%. Estas infecções se relacionam diretamente com o aumento da morbidade e da mortalidade pós-operatória, além de ter forte impacto social. O conhecimento dos fatores de risco relacionados a cada tipo de infecção é determinante em sua prevenção. Pouco se conhece sobre os fatores de risco específicos para ISC em crianças submetidas à cirurgia cardíaca. Dessa forma, as ações de prevenção baseiam-se em consensos gerais sobre o assunto, como preparo de pele e degermação de mãos, e em estudos realizados em adultos. **Objetivo:** analisar os fatores do período intraoperatório que estão associados à ocorrência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca pediátrica. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, tipo caso-controle. A população do estudo foi formada pelas crianças que realizaram cirurgia cardíaca entre janeiro de 2008 a dezembro de 2010 em um hospital terciário especializado em cardiologia no Rio de Janeiro. O grupo denominado “casos” foi formado por crianças que tiveram o diagnóstico de infecção de sítio cirúrgico confirmado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da instituição. Seus dados foram comparados através de análise bivariada e de regressão logística multivariada com os dados dos “controles”, formados por crianças operadas imediatamente antes e após cada caso. Os dados dos períodos pré, intra e pós-operatórios foram extraídos a partir da análise de prontuários. Resultados: Foram identificados 46 casos de infecção de sítio cirúrgico: 41,3% incisional profunda, 32,6% incisional superficial e 26,1% de órgão/cavidade. Apenas a variável idade emergiu como fator independente associado com infecção de sítio cirúrgico (razão de chance 1,99 e $p = 0,04$). Neonatais apresentaram 13 vezes mais chance de desenvolver ISC que escolares ($p=0,02$) e 4,2 vezes mais chance que os pré escolares ($p=0,003$). Na análise bivariada a realização de cirurgias intracardiácas (razão de chance 2,3 e $p=0,03$) foi identificada como fator associado à infecção de sítio cirúrgico. A adequação da profilaxia com antibióticos (razão de chance 2,1 e $p = 0,06$) não foi associada com a infecção de sítio cirúrgico, apesar de forte associação ter sido encontrada em estudos realizados em adultos. **Conclusão:** Os dados nos levam a refletir que os organismos das crianças têm funcionamento diferenciado dos adultos e por isso requer protocolos assistenciais específicos. É necessário que a equipe de saúde tenha conhecimento científico de sua suscetibilidade e valorize os sinais que possam significar o início do processo infeccioso.

Palavras-chave: Intraoperatório; Fatores de Risco; Infecção

E-mail: enfpjandrade@yahoo.com.br

1.Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



Ernane de Sousa Almeida*1; Vanusa Dias de Medeiros Félix1

Resumo:

A assistência de enfermagem à saúde se caracteriza como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos. Estudos epidemiológicos apresentam dados que demonstram que o ambiente, a cultura, as reações e a complexidade do sistema de saúde resultam ocorrência de erros e eventos adversos evitáveis, que comprometem a segurança do paciente levando a morte ou seqüelas dos fatos. (ELENA, 2007). Este trabalho tem como objetivo sumarizar os estudos já concluídos na área de interesse e identificar na literatura atualização dos processos que envolvem a cirurgia segura utilizando a estratégia do time out na segurança do paciente cirúrgico. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional, referente à produção na área de enfermagem em Centro cirúrgico e publicados na área de Centro Cirúrgico em, no período de 2001 a 2010 e indexados nas seguintes bases de dados: LILACS, DEDALUS e Scielo e disponíveis na íntegra eletronicamente, descritores: sistematização ou sistema da assistência de enfermagem perioperatório; assistência de enfermagem em centro cirúrgico; perioperatório – enfermagem; visita pré-operatória de enfermagem; transoperatório – enfermagem; visita pós-operatória enfermagem; segurança de paciente cirúrgico, Enfermagem time out, Código de ética de enfermagem. No Brasil, as iniciativas de melhoria da qualidade têm sido desenvolvidas tais como os programas de creditações hospitalares, certificação pela ISO, o sistema integrado de gestão em organizações hospitalares, abrangendo diversos objetivos para a avaliação dos serviços de saúde, bem como ampliando o campo de atuação do enfermeiro, (FELDMAN, 2002). A busca da melhoria está presente e modificando a cultura organizacional em prol de melhores processos e resultados como estratégia de competitividade e satisfação do cliente, (Cypriano, 2004). A equipe de enfermagem possui um papel significativo na segurança do paciente, pois participa dos processos que os envolvem praticamente todas as ações da equipe multiprofissional, (VARGAS E LUZ, 2010). Assim, a promoção da segurança do paciente é responsabilidade entre os profissionais de enfermagem e dos demais que atuam direta ou indiretamente no cuidado. O TIME OUT, é uma das fases que é exercida pelo enfermeiro, é aplicado em voz alta, antes da incisão cirúrgica. Nesta fase, os profissionais necessitam de atenção para que os dados sejam compreendidos e confirmados entre todos. Nesse momento, confirmamos a identificação do paciente, o procedimento e o sítio cirúrgico, utilizando técnicas de comunicação ativa entre todos os participantes da equipe. É uma prática baseada em evidências que visa à segurança do ato cirúrgico, procedimentos e exames invasivos errados no paciente e/ou no local errado. Estes fatores citados comprometem a segurança do paciente, diante desta situação a OMS estabeleceu diretrizes para cirurgia segura com dez objetivos essenciais. (WHO, 2008). O objetivo proposto, inicialmente foi alcançado pela compreensão e conhecimento das novas práticas recomendadas para garantir a segurança dos pacientes cirúrgico embasadas nos processos de protocolos de segurança. Para a concretização eficaz no processo de segurança, os profissionais necessitam de treinamentos e envolvimento nos processos de construção de diretrizes de acreditação institucionais que visem à assistência de enfermagem com qualidade técnica e ética. O estudo permitiu desvelar os propósitos e os fundamentos básicos das novas diretrizes atualmente recomendadas que garantam a segurança do paciente durante todas as etapas que envolvem a realização do procedimento cirúrgico. A criação do Check list é uma ferramenta de segurança que visa sistematizar os processos de segurança intraoperatório.

Palavras-chave: Cirurgia Segura; Sistematização de Enfermagem; Check List

E-mail: ernanealmeida1@uol.com.br

1.Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, BRASIL.



Paulo José de Andrade*1; Débora Holanda Gonçalves de Paula1; Iza Cristina dos Santos1; Karla Valéria da Silva Arcoverde1; Jaqueline da Silva1

Resumo:

A estenose aórtica é uma patologia que afeta a população idosa. De acordo com dados estatísticos da população dos Estados Unidos, estima-se que mais da metade dos pacientes com estenose aórtica grave tem mais de 75 anos de idade. No Brasil, com a progressão prevista da pirâmide demográfica para a forma de trapézio, devido ao aumento da proporção de idosos, a história natural da estenose aórtica tende a ganhar relevância médico-social. Seus sintomas mais frequentes, angina, síncope e dispnéia, interferem diretamente na qualidade de vida do paciente acometido e normalmente se fazem presentes nos casos mais graves, em que há indicação de intervenção cirúrgica. No entanto, aproximadamente 1/3 destes pacientes não recebem nenhum tipo de intervenção devido a suas condições clínicas, e a perspectiva é que evoluam para óbito em aproximadamente cinco anos. A introdução do implante de válvula aórtica percutânea (TAVI) oferece uma alternativa para o tratamento deste grupo. As evidências atuais demonstram que as técnicas para o tratamento percutâneo da estenose aórtica são efetivas e promovem benefícios clínicos e hemodinâmicos em pacientes de alto risco ou com contraindicação cirúrgica. Além disso, quando realizada num protocolo por equipe multidisciplinar em centro de alta complexidade permite reproduzir resultados internacionais de segurança e eficácia. Essa inovação da prática clínica desafia os enfermeiros a adaptar-se rapidamente, assumindo papel de liderança para orientar o desenvolvimento do projeto, definir os cuidados dos pacientes submetidos ao novo procedimento e conhecer as necessidades de aprendizagem dos pacientes e equipe. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo descrever o papel do enfermeiro no perioperatório do paciente submetido a TAVI. Trata-se de um relato de experiência onde são abordadas as atividades de uma enfermeira do Departamento de Procedimentos Híbridos do Serviço de Cirurgia Cardíaca de uma instituição pública federal especializada em cardiologia de alta complexidade localizada no município do Rio de Janeiro. Como parte integrante de uma equipe multidisciplinar o enfermeiro realiza consulta pré-operatória, com avaliações para definir a capacidade funcional, comorbidades e a qualidade de vida do paciente; auxilia no preparo do paciente em relação aos exames diagnósticos e a rotina de exames pré operatórios; assegura que as necessidades psicológicas estejam atendidas, pois é comum o paciente apresentar ansiedade em relação ao procedimento. Durante o procedimento participa no preparo e montagem da válvula que será implantada. Após o implante realiza consultas de controle no pós-operatório. Portanto, o enfermeiro precisa estar preparado para a introdução de novas práticas assistenciais, garantindo sua participação durante o processo, a fim de garantir uma boa qualidade assistencial.

Palavras-chave: Válvula Aórtica ; Assistência; Enfermagem

E-mail: enfpjandrade@yahoo.com.br

1.Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Michelle Honório Alves*1; Livia Helena Pereira da Silva1; Monique da Silva Ferreira Gouveia1

Resumo:

Introdução: As precauções básicas em biossegurança são medidas de prevenção que devem ser utilizadas na assistência quando houver manipulação de sangue, secreções e excreções e contatos com mucosas e pele não-integras (INBRAVISA, 2009). As infecções de sítio cirúrgico (ISC) estão entre as mais frequentes infecções relacionadas à assistência à saúde, possuindo diversas etiologias tanto endógenas quanto exógenas, sendo a equipe cirúrgica uma delas. O uso de máscaras para cobrir a boca e o nariz é uma prática padronizada com objetivo de impedir a contaminação dos tecidos do paciente por microrganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica e também impedir a exposição da boca e nariz da equipe da sala operatória aos respingos de sangue ou outros fluidos durante um procedimento (OMS, 2009). O uso de protetores de sapato (propés) para transitar na sala operatória ou durante uma cirurgia é uma prática frequente, apesar da relação entre contaminação do piso da sala de operações e a taxa de infecções do sítio cirúrgico não ter sido estabelecida através de estudos (OMS, 2009). Tendo em vista a importância da paramentação cirúrgica para a prevenção das ISC, este estudo pretendeu analisar a relevância do uso da máscara cirúrgica e propés em centro cirúrgico, tendo como objetivo expandir o conhecimento a cerca de seu uso, assim como servir de fonte de informação para os demais profissionais da saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, usando o método de narrativa tradicional. Serão incluídos na revisão os artigos: (1) publicados em periódicos indexados; (2) nos idiomas português, inglês e espanhol; (3) que tenham como temática principal ou secundária o uso de máscara cirúrgica para prevenção de infecções de sítio cirúrgico; (4) publicados entre janeiro de 2002 e dezembro de 2012. Serão excluídos da revisão aqueles que não atenderem aos critérios de inclusão. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: LILACS, MEDLINE e SCIELO. **Resultados:** Os descritores (português/inglês) utilizados foram; “máscara cirúrgica/surgical mask”; “máscaras/masks”; “cobertura para sapatos/shoe covers”; “infecção de sítio cirúrgico/surgical wound infection”; “infecção hospitalar/hospital infection”. Na literatura nacional foram encontrados 8 artigos e 13 na literatura internacional sobre o uso de máscaras cirúrgicas e 1 sobre o uso de cobertura de sapatos (propés) na literatura nacional e 1 na internacional. Entre os nacionais encontramos: 5 estudos que realizaram revisões de literatura quanto a paramentação cirúrgica da equipe, 2 estudos de campo quanto a utilização da máscara cirúrgica pela equipe de saúde e 1 estudo de campo relacionado a infecção hospitalar. E na literatura internacional: 4 estudos realizaram revisões de literatura e práticas recomendadas sobre o uso das máscaras e 5 testaram a diferença no nível de contaminação com e sem o uso da máscara cirúrgica pela equipe com ensaios clínicos. **Conclusão:** Conclui-se que os estudos disponíveis atualmente, não evidenciam uma relação direta entre a prevenção de ISC com o uso das máscaras cirúrgicas e propés, nem o aumento de ISC ao não uso. Alguns autores apontam que, por causa do grande número de variáveis encontradas nas SOS no momento transoperatório, não será possível mensurar a eficácia ou não do uso da máscara cirúrgica.

Palavras-chave: Máscaras Cirúrgicas; Centro Cirúrgico; Infecção

E-mail: michellehalves@hotmail.com

1.Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[693]

P188 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS COMPLICAÇÕES INTRAOPERATÓRIAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

Veronica Cecilia Calbo de Medeiros*1; Soraya Palazzo1; Laisla Baccarin Beda1; Marta Paulina da Silva1; Thaís Montero Bustamante1

Resumo:

Introdução: A artroplastia de quadril é um procedimento de caráter cirúrgico que consiste em substituir os componentes articulares do quadril por uma prótese, podendo ser parcial ou total e tem a finalidade de restaurar o movimento articular, a função dos músculos e ligamentos, sendo indicada para indivíduos com uma articulação artrítica dolorosa, incapacitante que não responde mais a terapia conservadora e nos casos de fratura. Segundo dados do Ministério da Saúde em 2007, foram realizadas 624 cirurgias havendo aumento progressivo em relação aos anos anteriores, com predominância de pacientes do sexo masculino com idade superior a 50 anos. **Objetivo:** identificar as possíveis complicações que podem ocorrer durante o período intraoperatório da artroplastia total de quadril (ATQ), propor os diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções segundo as taxonomias NANDA, NIC e NOC. **Método:** revisão integrativa tendo como critérios de inclusão os estudos nacionais e internacionais publicados sobre o tema, no período entre 1991 e 2012, disponíveis na biblioteca virtual em saúde (BIREME). Resultados: foram encontrados sessenta e sete artigos e deste, seguindo os critérios citados e assim selecionados quatorze artigos. As complicações encontradas foram em relação ao procedimento anestésico-cirúrgico (técnica); intercorrências hemodinâmicas (sangramento), respiratórias, lesão de nervo periférico, tegumentares, termorregulação, manutenção da temperatura do paciente (hipotermia e hipertermia maligna), trombose venosa profunda e paralisia nervosa. O plano de assistência foi embasado nas taxonomias NANDA, NOC e NIC. **Conclusão:** verificou-se que a ATQ é uma cirurgia frequente, principalmente nos idosos que apresentam policomorbidades e fazem uso de polifarmácia o que determina a escolha técnica e anestésica.

Palavras-chave: Artroplastia Total de Quadril; Assistência de Enfermagem; Intraoperatório

E-mail: veronicacalbo@terra.com.br

1.Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL.



Isabel Yovana Mendoza*1; Vania Regina Goveia1

Resumo:

Introdução: A presença da febre provoca algumas formas de avaliação em busca de uma etiologia infecciosa mediante a utilização de exames de laboratório, imagens e cultivos de forma rotineira. Entretanto, estudos referem que muitos elementos de uma investigação infecciosa podem ser desnecessários e onerosos para o paciente e instituição. **Objetivo:** Sistematizar a produção científica acerca da febre como parâmetro de infecção no período pós-operatório dos pacientes submetidos a artroplastias de quadril e joelho. **Método:** A pergunta elaborada como questão norteadora do estudo foi: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a presença de febre como marcador de infecção após cirurgias de artroplastias de quadril e joelho no paciente adulto?”. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados em inglês, espanhol e português, no período compreendido entre janeiro de 2001 a dezembro de 2011; amostra composta por pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e submetidos a artroplastias de quadril e joelho; a febre foi considerada como a temperatura igual ou superior a 38 °C(2). Os critérios de exclusão empregados foram: artigos de acesso limitado, amostra composta por pacientes pediátricos e estudos que não mensuraram a temperatura corporal. A busca foi realizada por duas pesquisadoras nas seguintes bases de dados: CINAHL, EMBASE, MEDLINE, LILACS e SciELO. Foram utilizados os descritores controlados (fever, postoperative period, orthopedic) e descritores não controlados (pyrexia, hyperthermia, orthopedic surgery, surgery orthopedic), de acordo com cada base de dados consultada. Foram selecionados oito artigos após seleção pelos critérios de inclusão. A extração dos dados dos estudos primários incluídos na RI foi realizada por duas pesquisadoras. **Resultados:** Dentre os artigos incluídos, todos são de autoria de médicos cirurgiões ortopedistas, desenvolvidos em instituições hospitalares únicas. Febre foi considerada a $T \geq 38,5$ °C e o sítio de aferição da temperatura foi timpânica, axilar e oral. A maioria dos artigos (62,5%) teve homogeneidade em relação aos objetivos propostos, a incidência de febre variou de 8,4% a 50% nos pacientes após artroplastias de quadril e joelho nos primeiros cinco dias do pós-operatório. Não identificou-se associação de febre com variáveis sócio-demográficas e clínicas. Um estudo estimou os valores gastos ocasionados pelos exames solicitados, sendo um custo médio de US\$ 959,45 por paciente. **Discussão:** Contudo, nem toda elevação da temperatura é patológica. Os dados da literatura apontam que a febre é parte da resposta fisiológica normal do organismo após procedimentos de artroplastias de quadril e joelho, mediada por citocinas inflamatórias, especialmente nas primeiras 48 horas do período pós-operatório, o que foi evidenciado nestes estudos. Esta resposta é atribuída à injúria tissular destes procedimentos, que provoca que os monócitos ou macrófagos teciduais liberem citocinas tais como: a interleucina 1b (IL-1), o fator de necrose tumoral- α (TNF α) e o interferon- α , todas com atividade pirogênica. **Conclusão:** A presença de febre nas primeiras 72 horas, é uma resposta inflamatória desencadeada pelo trauma cirúrgico. Contudo, ainda predomina a utilização de exames de laboratório, imagens e cultivos de forma rotineira, com a finalidade de determinar a etiologia da febre. Esses não contribuem para o diagnóstico de infecção no período pós-operatório; portanto, recomenda-se fortemente a avaliação física e clínica do paciente.

Palavras-chave: Febre; Artroplastia; Enfermagem

E-mail: vaniagoveia@uol.com.br

1.Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

[695]

P190 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA DA OMS EM UM HOSPITAL GERAL NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Denise Consuelo Moser*1; Suelem Klein2; Perla Rosset2

Resumo:

Introdução: A garantia da segurança na assistência à saúde é um tema atual e emergente principalmente no Centro Cirúrgico. Nos últimos dez anos esta preocupação recebeu destaque, sendo formalizada com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 pela OMS. O Desafio Global para a Segurança do Paciente é o eixo central desta aliança, tendo como primeira iniciativa as infecções relacionadas à assistência à saúde e segunda relacionada ao tema Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Para tanto, é usada a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica recomendada pela OMS. No Brasil a portaria do MS/GM Nº 529, de 1º de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diversas instituições de saúde já assumiram o compromisso da Aliança procurando adequá-la a sua realidade, como ocorreu a partir do ano de 2011, em um Hospital Geral de médio porte na região Sul do Brasil. O Hospital é membro da Rede Sentinela e o Centro Cirúrgico foi o responsável pela implantação das metas: Cirurgias Seguras Salvam Vidas, a partir do manual da OMS. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da equipe de Enfermagem no processo de implantação e implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS ocorrido em um Hospital na região sul do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo do tipo relato de experiência, realizado por meio de observação não participante, no período de dezembro de 2011 a abril de 2013. No primeiro momento, os Enfermeiros do Centro Cirúrgico elaboraram o Protocolo, baseado nos materiais disponibilizados, instituindo as recomendações e subsidiando a cultura de segurança do paciente. No segundo momento, adaptou-se a Lista de Verificação à realidade local, em forma de Check-List, com um impresso anexado ao prontuário do paciente cirúrgico a partir da admissão hospitalar, com dados a serem confirmados verbalmente e registrados. **RESULTADOS:** Vale ressaltar que não foram atingidos 100% de cobertura, devido às dificuldades encontradas, relacionadas a não adesão de todos os membros da equipe, principalmente profissionais médicos; a não administração de antibiótico profilático nos sessenta minutos que antecedem o procedimento, pelo grande número de clientes atendidos ambulatorialmente; ao não preenchimento da última etapa do Check-List, visto que, trata-se do momento de finalização da cirurgia e o profissional fica envolvido com outras atribuições; e o número reduzido de recursos humanos para a realização de todas as etapas. **Conclusão:** Os clientes são submetidos a riscos no ambiente cirúrgico e a segurança requer ações necessárias para a sua garantia, o Check-List é uma ferramenta eficaz na assistência prestada, assim como a cultura de segurança. O Enfermeiro do Centro Cirúrgico além dos conhecimentos específicos, precisa entender o procedimento anestésico-cirúrgico atualizando-se constantemente, propondo e elaborando medidas que auxiliam na qualidade cuidados prestados.

Palavras-chave: Sistematização; Enfermagem Perioperatória; Centro Cirúrgico

E-mail: profamoser@hotmail.com

1.Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, BRASIL; 2.Hospital Unimed, Chapecó, SC, BRASIL.



[697]

P191 - UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN SEIS SIGMA VISANDO A REDUÇÃO DE CUSTOS COM REPOSIÇÃO DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Giovana Abrahão de Araújo Moriya*1; Denise da Silva Leite1; Andreia Ferreira Soares1; Marina Paula Bertho Hutter1

Resumo:

Um dos problemas encontrados em unidades de processamento de materiais está relacionado ao alto valor despendido com a compra de instrumental cirúrgico para reposições de materiais por quebras ou baixas. Neste sentido, faz-se necessário busca de alternativas para garantir o atendimento seguro e com qualidade aos clientes e reduzir o evitar o desperdício de insumos e materiais. Foi identificado em uma instituição privada de grande porte do município de São Paulo uma tendência crescente de gastos com reposição de instrumental cirúrgico por quebras e avarias, baseados nos dados anuais correspondente ao período de agosto/2011 a agosto/2012. Essa oportunidade foi avaliada pelo departamento de Melhoria de Processos da Instituição e endereçada à metodologia de LEAN E SEIS SIGMA para a sua otimização. O delineamento deste estudo foi projetado seguindo cada fase descrita pela ferramenta Seis Sigmas objetivando reduzir 50% do valor gasto com reposição de instrumental cirúrgico por quebras e avarias (6 meses). A metodologia LEAN é uma iniciativa que busca eliminar desperdícios focando em atividades que agregam valor aos clientes. O programa de Seis Sigma tem como princípio básico a aplicação estruturada de ferramentas que visam aumentar a qualidade do serviço prestado e utilizar métodos estatísticos para definir os problemas, medir as possíveis causas potenciais, analisar os dados coletados, implementar as melhorias nos processos e controlar os processos existentes para a sustentação dos dados e reprodutibilidade dos resultados obtidos. Iniciou-se com a fase de definição do problema por uma equipe responsável pela condução com representantes das diversas áreas de interface (CC, CME e engenharia clínica). Após, elaborou-se um cronograma detalhando as ferramentas a serem abordadas, e avaliaram-se os requisitos chave e os possíveis riscos potenciais que poderiam impactar nos resultados desta investigação. Na fase de medição, mapeou-se o fluxo detalhado, desde a utilização do instrumental em sala operatória até o completo reprocessamento e reutilização para identificar as causas potenciais que poderiam impactar no indicador do projeto. Para o agrupamento e melhor visualização das causas potenciais, utilizou-se a ferramenta Diagrama de Ishikawa, totalizando 31 causas potenciais, após, classificou-se o impacto de cada causa e definiu-se o esforço para a solução e priorização de investigação. Posteriormente, criou-se um plano de coleta para a avaliação dos dados e posterior coleta dos gastos com reposição de instrumental cirúrgico por especialidade, por categoria e por custo unitário no período pré-estabelecido. Na fase de análise, definiu-se como foco de atuação os instrumentos com maior valor agregado e identificou-se 6 causas raiz principais, abordando principalmente a utilização, manuseio e acondicionamento dos instrumentos. Para cada uma elaborou-se um plano de ação contemplando todas as oportunidades e um plano de contingência para evitar a falta de instrumental essencial para os procedimentos cirúrgicos a fim de evitar perda de receita e indisponibilidade do instrumento. Na fase de implementação, definiu-se responsáveis e prazos para as ações e otimização do processo. Com as ações implementadas houve redução de 58% no com custos com reposições no período de seis meses, ultrapassando a meta pré-estabelecida. Para que se tenha um controle de materiais no CME mantendo a qualidade de atendimento e otimizando recursos, é necessário que o gestor tenha como metodologicamente elementos interligados: avaliação, causa raiz, planejamento e recursos estratégicos.

Palavras-chave: Centro de Material; Custos com Instrumental; LEAN SEIS SIGMA

E-mail: gioaraujo@yahoo.com.br

1.Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.



[698]

P192 - O ENFERMEIRO NA UTILIZAÇÃO DO TIME OUT: SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA

Elizia Esther Calixto Paiva*1; Haroldo Ferreira Araujo1; Laercio Oliveira Neves1; Marli Reinado Barbosa1; Sandra Maria da Penha Conceição1

Resumo:

A segurança do Paciente no centro cirúrgico é de suma importância no Brasil e no mundo, nos últimos anos a segurança esta relacionada com a constatação mundial da necessidade de se melhorar a assistência com a finalidade em diminuição de riscos e agravos ao paciente. Desta maneira, é fundamental trabalhar com uma equipe multiprofissional para desenvolvimento de ações necessárias ao paciente no centro cirúrgico, onde é de responsabilidade do enfermeiro, gestor da unidade avaliar e promover estratégias para a promoção da segurança da assistência. Objetivo: Descrever se a ferramenta de time out é utilizada pelo enfermeiro em unidade de centro cirúrgico para pacientes submetidos a processo de cirurgia na promoção da segurança do paciente. Metodologia: Através de uma revisão bibliográfica, foram utilizados estudos e publicações do período entre 2008 e 2012; incluindo artigos científicos, revistas virtuais, revistas científicas, periódicos e artigos on-line, consultados na internet, bibliotecas públicas; biblioteca virtual em saúde, no Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciência da Saúde (LILACS) e BDENF na SciELO – Scientific Electronic Library.A. Obedecendo os critérios de inclusão a amostra foi composta por sete estudos. Considerações: os dados analisados provêm do processo de segurança ao paciente, onde os dez passos estabelecidos no manual da segurança do paciente o Time Out, servem como proposta para a elaboração de manual e ou protocolo nas instituições de saúde, nas unidades de centro cirúrgico. Resultados: demonstram que a ferramenta do Time Out auxilia na comunicação entre os membros da equipe e facilita em procedimentos seguros ao paciente, aonde o enfermeiro como gestor da unidade de centro cirúrgico, cada vez mais vem utilizando essa ferramenta para uma assistência qualificada, não só para a equipe de enfermagem, mas para toda equipe multiprofissional atuante no procedimento cirúrgico. Centro Cirúrgico.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Segurança do Paciente; Atuação da Enfermagem

E-mail: elizia-cp@hotmail.com

1.Anhanguera, São Paulo, SP, BRASIL.



Veronica Cecilia Calbo de Medeiros*1; Soraya Palazzo1; Aline Facina1; Lidiane Martins1; Luciane Helena Piovani dos Santos1

Resumo:

Introdução: No Centro Cirúrgico (C.C) existem cirurgias das mais simples até as mais complexas, com isso em nossa pesquisa abordaremos a unidade de Centro Cirúrgico Oncológico (C.C.O), sendo a cirurgia oncológica a modalidade mais antiga do tratamento do Câncer. O paciente cirúrgico se torna incapacitado e dependente por estar em um ambiente desconhecido, precisando assim de cuidados da equipe médica e da enfermagem. O cotidiano dos trabalhadores em C.C.O nos faz refletir sobre as situações vivenciadas, seja pela responsabilidade, seja pela quantidade do trabalho ou pelo esforço em promover o alívio do sofrimento do cliente, pois essas situações não se esvaem quando o trabalho termina, de modo que as consequências podem ser mais duradouras do que se imagina. **Objetivo:** Com isso o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores de estresse no profissional enfermeiro que atua em C.C. O e a existência de intervenções para estes profissionais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter exploratório. Apreciados artigos de língua portuguesa publicados no período de 2002 a 2012, que constaram nas bases de texto SCIELO e base de dados LILACS, e livros publicados nos últimos 10 anos. Foram encontrados 126 artigos, destes apenas 16 foram considerados relevantes, após a análise, estabelecendo categorias temáticas para melhor apresentação dos resultados. **Resultados:** Após análise dos artigos, os fatores de estresse mais citados foram: ambiente organizacional, unidade crítica (C.C. O), transtornos mentais e comportamentais, profissão predominante feminina, idade avançada (30 a 60 anos), dupla jornada de trabalho, baixa remuneração; dimensionamento de pessoal inadequado; falta de autonomia e vida moderna. **Conclusão:** A partir dos resultados, foi possível concluir que os fatores encontrados pelos enfermeiros, que atuam no C.C. O, estão relacionados às condições de trabalho, englobando a coordenação das atividades neste setor, e que o investimento na qualidade de vida do enfermeiro contribui não somente para a redução de custos e diminuição de absenteísmo, mas também para a motivação e autoestima, colaborando para uma melhor assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Estresse; Centro Cirúrgico Oncológico; Enfermagem Perioperatória

E-mail: veronicacalbo@terra.com.br

1.Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL.



[700]

P194 - MONITORAMENTO DOS ERROS DE PROCESSO COMO INDICADOR DE QUALIDADE EM CME

Rose Murakami*1; Luiza Rojic1; Júlio César Costa1; Hellen Maria de Lima Graf Fernandes1; Ana Luiza Ferreira Meres1

Resumo:

Introdução: O centro de material e esterilização (CME) destaca-se no contexto hospitalar como unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico que necessitem de artigos médico-hospitalares. Visto que a qualidade da assistência prestada ao cliente, depende também da qualidade do produto que é fornecido pelo CME, passa a ser fundamental a definição de um modelo de avaliação do resultado, capaz de subsidiar decisões e ações gerenciais. **Objetivo:** Apresentar uma proposta de ferramenta para gestão de avaliação de qualidade dos recursos humanos em enfermagem, considerando-se a importância do uso de indicadores como ferramenta gerencial, e a carência de instrumentos especificamente construídos para o CME. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, no processo de implantação de um indicador para avaliação da qualidade do serviço prestado por um CME de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo. Os erros de processo foram identificados a partir de queixas verbais e notificações por escrito, dos diversos clientes do hospital. Em seguida, foram classificados em 5 categorias, sendo elas: “Erro de identificação de produtos”; “Falha na conferência de romaneio dos artigos”; “Falha no registro de impressos”; “Falha na limpeza de artigos”; e “Falha no preparo de artigos”. Utilizando o Microsoft Excel, foi construída uma planilha em que é possível indicar quantitativamente e por categoria, os erros cometidos por cada funcionário em seu respectivo plantão (Manhã, Tarde, Noite 1, ou Noite 2). Esta foi alimentada diariamente e no final de cada mês, foram gerados gráficos separados por plantão, para avaliar a evolução do processo. **Resultados:** Apesar dessa ferramenta para gestão ainda estar em processo de implantação, foi possível identificar que a sua utilização permite a obtenção de dados da frequência de falhas, a avaliação do desempenho individual e também por plantão. O gráfico permite que o enfermeiro acompanhe a evolução do desempenho das equipes, avaliando se as medidas corretivas que foram implantadas estão sendo efetivas. **Conclusão:** Sabe-se que medir o desempenho de uma organização de saúde em termos de eficiência e qualidade é fundamental e com este monitoramento é possível avaliar o desempenho individual e intervir pontualmente com ações assertivas, acompanhando assim a evolução de cada funcionário. O monitoramento dos erros de processo da equipe de enfermagem do CME mostrou-se uma importante ferramenta para gestão, na avaliação da qualidade dos cuidados providos ao paciente, ao medir quantitativamente os resultados do serviço.

Palavras-chave: Esterilização; Enfermagem; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde

E-mail: rosemurakami@gmail.com

1.Hospital e Maternidade Celso Pierro, Campinas, SP, BRASIL.



Ariane Marques Moysés*1; Armando dos Santos Trettene2; Laís Helena Camacho Navarro3; Ana Paula Ribeiro Razera2

Resumo:

A hipotermia é definida como temperatura corporal central menor que 36°C, representando uma das complicações mais comuns durante o procedimento anestésico cirúrgico. Dentre as implicações relacionadas à ocorrência da hipotermia perioperatória indesejada incluem-se: aumento do risco de sangramento, aumento do risco de taquicardia e eventos cardíacos mórbidos, aumento do risco de infecção do sítio cirúrgico, prolongamento do período de internação, rebaixamento do nível de consciência, aumento da meia vida farmacológica dos anestésicos, redução do débito urinário, tremores, exacerbação da dor pós-operatória, aumento do risco de trombose venosa profunda, por ocasionar estase venosa, e demanda elevada de oxigenação. A manutenção da hipotermia torna-se um desafio para a equipe, em especial a de enfermagem, uma vez que é de nossa competência monitorar e instalar os dispositivos com a finalidade de prevenir a hipotermia seja com a formalização de protocolos ou mesmo na assistência direta. Dentre os dispositivos utilizados na prevenção da hipotermia constam os passivos (cobertores, tocas, enfaixamento dos membros com algodão ortopédico e atadura de crepe, mantas aluminizadas, entre outros), e os ativos (sistemas de aquecimento por ar, água, radiação, mantas de fibra de carbono, dentre outros). Este estudo teve como objetivo geral, comparar a eficiência da manta e do colchão térmico na manutenção da normotermia em pacientes nos períodos intra e pós-operatório. Trata-se de um estudo prospectivo e transversal, de delineamento quantitativo, desenvolvido no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário, no período de janeiro a outubro de 2011. Participaram 38 pacientes randomizados em 2 grupos (G1 e G2). G1 utilizou a manta térmica e G2 o colchão térmico. Para verificação da temperatura utilizou-se o termômetro axilar e esofágico. Observou-se que o tempo cirúrgico foi maior no grupo G2 ($p=0,03$), porém, não se observou aumento na incidência de hipotermia neste grupo; no G2 evidenciou-se uma tendência a menor tempo de recuperação pós-anestésica ($p=0,06$). A infusão de amido no intra-operatório do G2 foi maior ($p=0,03$), porém, não influenciou na ocorrência de hipotermia. No G2 a temperatura axilar foi maior aos 120 minutos do início do procedimento anestésico cirúrgico ($p=0,04$), assim como em G2, a temperatura esofágica foi maior aos 120 ($p=0,002$), 180 minutos ($p=0,03$) e ao final ($p=0,002$) do procedimento anestésico cirúrgico. Conclui-se que o colchão térmico foi mais eficaz na prevenção da hipotermia no intra e pós-operatório, em comparação à manta térmica.

Palavras-chave: Hipotermia; Perioperatório; Enfermagem

E-mail: anapaularazera@usp.br

1.Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Botucatu, SP, BRASIL; 2.Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru, SP, BRASIL; 3.Departamento de Anestesiologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp, Botucatu, SP, BRASIL.



Armando dos Santos Trettene*1; Thaís de Oliveira Maximiano1; Aline Godoi Luiz1; Maria de Lourdes Merighi Tabaquim1; Ana Paula Ribeiro Razera1

Resumo:

A queiloplastia e a palatoplastia constam das primeiras cirurgias plásticas reparadoras, executadas durante o longo e complexo tratamento das fissuras labiopalatinas. Além das implicações inerentes ao procedimento cirúrgico, o pós-operatório constitui o momento propício para que a enfermagem proporcione ao cuidador a capacitação sobre cuidados, visando à manutenção dos mesmos após a alta hospitalar, incluindo: prevenção de sangramento, controle da dor, alimentação e hidratação, restrição física e curativos. A promoção do autocuidado inicia-se com os esclarecimentos relacionados às cirurgias, que além da função de ensino, diminuem a ansiedade dos cuidadores facilitando o enfrentamento situacional. Assim, este estudo teve como objetivo identificar as principais dúvidas dos cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. A população foi composta por cuidadores de crianças com fissura labiopalatina submetidas à queiloplastia ou palatoplastia. A amostra constou de 50 indivíduos selecionados consecutivamente, sendo 25 cuidadores de crianças submetidas à queiloplastia e 25 das submetidas à palatoplastia. A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem pré-operatória e as dúvidas foram categorizadas por similaridade. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. Em relação à queiloplastia, as dúvidas foram sobre a alimentação (36%), higienização e cicatrização (24% cada), dor e infecção (8% cada). Quanto à palatoplastia, as dúvidas foram sobre a alimentação (48%), higienização (24%), dor (16%), sangramento (8%) e infecção (4%). Concluiu-se que as dúvidas que prevaleceram foram sobre a alimentação, higienização e a prevenção de complicações pós-operatórias, incluindo dor, sangramento e infecção. Nesse contexto, foi evidenciada a necessidade da elaboração de materiais educativos, pois além de promover o cuidado, previne e minimiza os problemas decorrentes do procedimento cirúrgico. Esperamos que esse estudo contribua para otimização da assistência de enfermagem à criança com fissura labiopalatina no pós-operatório das cirurgias de queiloplastia e palatoplastia, além de minimizar o estresse do cuidador/família.

Palavras-chave: Fissura Labiopalatina; Período Pós-Operatório; Enfermagem

E-mail: anapaularazera@usp.br

1.Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru, SP, BRASIL.

[703]

P197 - UTILIZAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Paula Ribeiro Razera*1; Maria de Lourdes Merighi Tabaquim1

Resumo:

Os materiais educativos têm sido utilizados pela enfermagem como uma estratégia para promover novas possibilidades no processo ensino-aprendizagem em saúde. No ambiente hospitalar há necessidade de atender às demandas de informações dos pacientes sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos, para favorecer adaptações às situações clínicas, atenuar ansiedades e promover o autocuidado. Assim, este estudo objetivou identificar publicações científicas que abordassem o vídeo educativo como método de ensino da enfermagem utilizando estratégias de comunicação. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura, de publicações contidas em periódicos indexados nas bases de dados SCIELO, LILACS, IBICS e BDENF. Para o levantamento dos dados, foram utilizados os descritores: filmes e vídeos educativos; recursos audiovisuais; enfermagem; educação em enfermagem; cuidados de enfermagem; comunicação; comunicação em saúde. Os critérios de inclusão para compor a amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais; metodologia com recurso de vídeo educativo como estratégia de ensino-aprendizagem na Enfermagem; publicações no período de 2003 a 2012. Foram selecionados 07 artigos que obedeceram aos critérios de inclusão e organizados conforme a fonte, objetivo, método, resultados e conclusão. Os resultados foram analisados, segundo os seus conteúdos, pela estatística descritiva. Dos artigos selecionados, 05 apresentaram os objetivos do estudo de forma clara, possibilitando o fácil entendimento do leitor; 03 discriminaram como método descritivo; e apenas 04 apresentaram características da amostra estudada. Em relação à temática dos artigos, 5 focalizaram o vídeo educativo como estratégia de ensino-aprendizagem para a Enfermagem e 2 abordaram os princípios éticos e metodológicos da aplicação deste recurso audiovisual. Com base nos resultados, 6 autores fizeram recomendações específicas para incorporação do ambiente virtual de aprendizagem como um recurso educacional, porém não apresentaram com clareza o método utilizado, a população estudada, a representatividade da amostra selecionada, tempo de coleta de dados, a relação dos resultados com o referencial de escolha e a justificativa da escolha do método para alcance dos objetivos, fatores que determinam o rigor de um estudo científico. Pela caracterização das publicações analisadas, este estudo nos permitiu reconhecer que o emprego do vídeo educativo é uma estratégia de fundamental importância para o desenvolvimento tecnológico da assistência de enfermagem e viável para o processo de ensino-aprendizagem de procedimentos que exigem habilidades técnicas em saúde. Também contribui para melhorar a qualidade de assistência, dando ênfase na necessidade de aprendizagem do paciente, preconizando a sua autonomia e colaborando para que o mesmo tenha participação ativa no processo saúde-doença. Compreende-se também a necessidade de haver novos estudos com o uso de recursos didáticos e tecnológicos na área da Enfermagem, incentivando e favorecendo o aperfeiçoamento dos pacientes.

Palavras-chave: Recursos Audiovisuais; Educação em Saúde ; Enfermagem

E-mail: anapaularazera@usp.br

1.Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru, SP, BRASIL.



Aline Uchoa Araujo*1; Cristina Silva Sousa1; Ana Lucia Mirancos da Cunha1

Resumo:

Introdução: O primeiro relato de retenção inadvertida de material cirúrgico em cavidade é incerto e infelizmente ainda são subnotificados. Análises multivariadas revelam que alguns fatores aumentam significativamente o risco de corpo estranho retido, tais como, as cirurgias de emergência, mudanças inesperadas e não planejadas de conduta cirúrgica e pacientes com alto índice de massa corpórea. Esta eventualidade não está relacionada com a experiência profissional e quando ocorre causa apreensão para todos os envolvidos. **Objetivo:** Conhecer os métodos recomendados para prevenir a retenção inadvertida de material cirúrgico durante o intraoperatório. **Método:** Estudo descritivo, analítico, embasado na revisão de literatura para busca de recomendações para prevenção de corpo estranho. Iniciou-se com a revisão de literatura, sem restrição de data, sobre a retenção de corpo estranho e materiais cirúrgicos nas bases LILACS, MEDLINE, SCOPUS, com os descritores do Medical Subject Headings (MeSH): Foreign bodies and Guidelines and keyword retained, formando a seguinte estratégia de busca: retained foreign bodies and guidelines. Os critérios de inclusão foram artigos em inglês ou português, com relatos de retenção de material cirúrgico. **Resultado:** Foram encontrados 47 artigos, MEDLINE (21), LILACS (0) e SCOPUS (26); 28 foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 03 foram excluídos após seleção pois o arquivo não foi encontrado na íntegra. Apenas 6 artigos relataram as medidas necessárias para a prevenção deste evento adverso. As medidas encontradas em (6) artigos referem a criação de uma rotina pré-estabelecida para contagem de materiais cirúrgicos que pode ser espelhada em normas de órgãos que regem as atividades dos profissionais Association PeriOperative Registered Nurses (AORN) ou American College of Surgeons (ASC). Esta deve ser realizada no início e término do procedimento. A contagem deve ser documentada no registro intra-operatório do paciente foi citada em (3) artigos que retratam a política de normas e rotinas que devem ser estabelecidas no bloco operatório. Em caso de discordância numérica entre as equipes durante a contagem, é necessária outra medida de averiguação/prevenção de retenção de material cirúrgico, como o raio X intra-operatório antes de iniciar a fase de síntese foi referida em (04) artigos como procedimento de suma importância e obrigatoriedade a ser estabelecido. Protocolos referentes a contagem de material cirúrgico devem ser desenvolvidos, revisados periodicamente e ser de fácil acesso para todos os colaboradores do bloco operatório. A facilidade de executar a atividade deve ser considerada e os membros da equipe envolvidos para alcance das medidas necessárias foi observado em (4) artigos. **Conclusão:** Conhecer os métodos de prevenção para evitar a retenção inadvertida de material cirúrgico permite auxiliar o enfermeiro perioperatório a planejar adequadamente a assistência de enfermagem durante o período intraoperatório em busca de maior segurança do paciente. Aliado a isso, é de extrema importância a efetiva comunicação entre as equipes médica e de enfermagem, a fim de estabelecerem o mesmo diálogo e acordarem antes do início do ato cirúrgico quais cuidados e protocolos serão utilizados para a adequada contagem de materiais. Esses cuidados e protocolos devem ser aplicados de forma consistente e continuamente avaliados, pois aprender sobre segurança, principalmente no que se refere a pacientes, é um processo contínuo.

Palavras-chave: Corpo Estranho; Centro Cirúrgico; Prevenção

E-mail: line.uchoa@uol.com.br

1.Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.



[705]

P199 - IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karlla Antonieta Amorim Caetano*¹; Dulcelene de Sousa Melo¹; Patrícia Borges de Oliveira¹; Rodrigo Faria Dornelas¹; Francine Vieira Pires¹

Resumo:

Introdução: a educação permanente é uma estratégia de capacitação que tem conseguido resultados satisfatórios quando se avalia a atuação dos profissionais envolvidos. O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade dinâmica e complexa e a existência de um processo de atualização profissional torna-se um meio eficaz e eficiente para uma assistência de enfermagem segura ao cliente. **Objetivo:** relatar a experiência da implementação de dois anos de um programa de educação permanente com a equipe de enfermagem do centro cirúrgico. **Metodologia:** em janeiro de 2011, para a atualização e capacitação técnico-científica da equipe de enfermagem, iniciou-se um projeto de educação permanente em um hospital escola em Goiânia-GO, que realiza atendimento de nível terciário, com 312 leitos cirúrgicos e um centro cirúrgico com 11 salas operatórias e 11 leitos para assistência pós-anestésica. Integram a equipe de enfermagem um enfermeiro gerente, 6 enfermeiros assistenciais, 30 técnicos de enfermagem, 6 auxiliares de enfermagem e 4 instrumentadoras cirúrgicas. As reuniões educativas tinham a duração de quatro horas e aconteciam mensalmente. A carga horária estava inclusa na escala de trabalho mensal. O conteúdo programático do projeto foi estabelecido a partir das necessidades da unidade, identificadas por meio de observação da realidade e/ou sugestões apresentadas pela equipe de enfermagem. Os temas abordados eram pertinentes ao processo de trabalho do CC. Os enfermeiros eram os responsáveis pelo planejamento e execução das atividades da educação permanente. As estratégias de ensino-aprendizagem baseavam-se na exposição dialogada e problematização de casos. Ao início de toda atividade mensal promovia-se um café da manhã com a participação de toda a equipe. Havia sempre a presença de um membro externo como palestrante/facilitador. Após dois anos de execução do programa foi realizada, pela equipe, a avaliação escrita da proposta por meio de formulário que previa o anonimato dos respondentes. **Resultados:** a vivência das atividades de educação permanente foi muito proveitosa por trazer novos conhecimentos e atualização para toda a equipe de enfermagem. As atividades educativas possibilitaram momentos para esclarecer dúvidas, estudo, aprofundamento, compreender os protocolos da unidade, aperfeiçoar a assistência e propiciou a revisão das práticas inadequadas à segurança do cliente e profissional. Constituiu uma oportunidade de maior convívio, aproximação, confraternização da equipe com melhora nas relações interpessoais, além de estabelecer ações com envolvimento coletivo. A presença de um membro externo, para apresentação e discussão de temas relacionados ao serviço, motivava e incentivava a presença e participação de toda equipe. **Conclusões:** a experiência das atividades de educação permanente com a equipe de enfermagem do centro cirúrgico apresentou-se válida como modalidade de atualização e capacitação profissional, com reflexo tanto para melhor condução do processo da assistência prestada aos clientes, quanto para o convívio entre seus membros. Os resultados obtidos apontam a relevância para as equipes de enfermagem em adotar um programa de educação permanente em suas unidades de assistência, sejam elas de âmbito hospitalar ou não, de maneira compromissada, pertinente com a necessidade de cada equipe e que seja planejada em conjunto.

Palavras-chave: Educação Continuada em Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Enfermagem de Centro Cirúrgico

E-mail: karllacaetano@gmail.com

1.Universidade Federal de Goiás/ Hospital das Clínicas, Goiânia, GO, BRASIL.



Marcia Barberena de Argondizzo*1; Renata Pereira Silva1; Débora Machado Nascimento do Espírito Santo1

Resumo:

Introdução: Segurança do paciente é um tema que vem sendo abordado mundialmente. Dados de estudos mostram que um de cada seis pacientes internados em hospitais sofrem algum tipo de evento adverso ou erro, onde na sua maioria são situações que passíveis de ações de prevenção. A cirurgia segura constitui em um conjunto de itens básicos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (ONU) com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para o paciente. Trata-se de uma lista de verificação "Checklist" que deve ser seguido pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem), antes da entrada do paciente, Sign in, que visa assegurar que todos os documentos e informações relevantes ou equipamentos estejam disponíveis antes do início do procedimento; antes da incisão, Time Out, tem por objetivo avaliar e assegurar que o paciente, o local cirúrgico, o procedimento e o posicionamento estão corretos, e que todos os documentos, equipamentos e informações estão disponíveis e antes da saída, Check Out, garantir que todos os documentos estejam devidamente preenchidos antes da saída do paciente de sala e promover a monitorização de oximetria de pulso para o setor de transferência. O processo de verificação deve ser interdisciplinar, contando com a participação de todos os membros da equipe, sendo exigida a comunicação ativa entre todos. **Método:** O presente trabalho é um estudo descritivo de relato da experiência. Foi realizado no Centro Cirúrgico (CC) de um Hospital Privado de Porto Alegre/ RS o CC possui 12 salas de cirurgia com produtividade mensal de 1500 cirurgias. Relato de Experiência Implantação do Protocolo Universal Este "Checklist" vem sendo aplicado integralmente desde o ano de 2010 em todas as cirurgias, totalizando de outubro de 2010 até agosto de 2012, 33.194 cirurgias sem registro de erros ou eventos adversos. Os recursos humanos: A execução do "Check List não exigiu a inclusão adicional de membros na equipe de enfermagem do CC, o qual conta com 07 enfermeiros e 80 técnicos de enfermagem. Na escala diária é designado dois técnicos de enfermagem por sala cirúrgica, no qual ficam responsáveis por garantirem que as etapas do processo sejam executadas. É indispensável a participação da equipe médica neste processo. O treinamento: Todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem foram treinados. Os tópicos abordados foram: definição de erro e evento adverso; etapas de implantação do "Check List" e como preencher o "Check List" . A maioria dos profissionais apresentaram um excelente desempenho, não relatando dificuldade na compreensão dos conceitos apresentados. Os recursos materiais: Foi solicitada caneta dermatológica para demarcação do sítio cirúrgico e encaminhado a gráfica o documento para impressão dos "Check List". Essa lista de verificação é um roteiro que inclui todos os itens que devem ser conferidos em todas as etapas, desde a admissão até o fim da cirurgia. Este formulário foi elaborado a partir do instrumento sugerido pela Organização Mundial de Saúde no Manual Cirurgia Seguras Salvam Vidas. **Conclusão:** Essa implantação exigiu um grande número de treinamentos para capacitar todas as pessoas envolvidas, visando garantir o seu sucesso e efetividade. Com planejamento e comprometimento, torna-se possível cumprir esses itens e garantir a segurança na assistência cirúrgica.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Cirurgia; Checklist

E-mail: marcia.argondizzo@hmv.org.br

1.Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[707]

P201 - IMPLANTAÇÃO DE ETIQUETAS INTERNAS EM BANDEJAS CIRÚRGICAS PARA RASTREAMENTO UM HOSPITAL ONCOLÓGICO EM NATAL-RN: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Monalisa Santana Tomaz de Araújo*1; Katiane Kaline Bezerra de Oliveira1; Priscila Aparecida Dantas Lourenço Jácome1; Kleyton Santos de Medeiros2

Resumo:

Introdução: segundo a NBR ISO 8402:1994, “rastreadabilidade é a capacidade de recuperação do histórico, da aplicação ou da localização de uma entidade ou item por meio de identificações registradas”. **Objetivo:** expor a implantação de uma forma alternativa de rastreamento de bandejas cirúrgicas, através de etiquetas internas com a descrição de instrumentais que compõem essas bandejas, colaborando com a equipe de enfermagem, no controle de danos ou extravios dos artigos nelas contidas. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa desenvolvida em um complexo hospitalar filantrópico, vivenciada pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem do bloco cirúrgico (Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização) no período de janeiro de 2011 a julho de 2011, iniciado na unidade hospitalar de médio porte, e posteriormente nas outras unidades do complexo, sendo uma hospitalar e outra ambulatorial. **Resultados:** a partir de uma observação sistemática foi implantado o projeto piloto, desenvolvido na Unidade I. Assim, durante o processo de implantação foi realizada uma exposição dialogada com toda a equipe do bloco cirúrgico a fim de esclarecer a importância e benefícios e o correto preenchimento de tal instrumento. Observou-se, à princípio, a resistência por parte de ambas as equipes na sua adesão, gerando a necessidade de outros momentos para discussão e estímulo. Atualmente, após dois anos de utilização deste instrumento, percebe-se a efetividade da comunicação do bloco, redução do extravio de pinças, melhoria da qualidade do serviço prestado devido à sinalização de eventos adversos através do espaço destinado a observações na etiqueta como danos ou perda da função favorecendo a substituição imediata do artigo, além do baixo custo. Além disso, essas etiquetas auxiliam no processo de montagem das bandejas cirúrgicas, sendo considerado um check list. Permite, também, aos profissionais de outros setores do hospital identificar a composição das bandejas, inclusive conhecer os instrumentais pelos seus respectivos nomes. **Conclusão:** conclui-se que a implantação deste instrumento permite o efetivo rastreamento de bandejas de forma alternativa, uma vez que, o mercado oferece várias opções tecnológicas para este fim, porém a custos elevados. Além de aperfeiçoar o conhecimento da equipe na identificação dos itens pelo nome e auxiliar no gerenciamento da aquisição de novos itens e recuperação daqueles viáveis. Por último, deve-se estimular a adesão desta tecnologia em outras unidades hospitalares, tendo em vista as vantagens.

Palavras-chave: Enfermagem; Esterilização; Rastreamento

E-mail: monasant@hotmail.com

1.Liga Contra o Câncer, Natal, RN, BRASIL; 2.Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, BRASIL.



P202 - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS RELACIONADOS A ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAIS PÉRFURO-CORTANTE E UTILIZAÇÃO DE EPI POR COLABORADORES EM CENTRAIS DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Marcia Barberena de Argondizzo*1; Débora Machado Nascimento do Espírito Santo1; Renata Pereira Silva1

Resumo:

Introdução: Nos últimos tempos tem-se aumentado a preocupação com os acidentes de trabalho no ambiente hospitalar pelos profissionais de enfermagem devido à exposição com potenciais para causar danos à saúde. A biossegurança é um tema relevante para estes profissionais, fazendo-se necessário à implementação de medidas preventivas asseguradas pela Norma Regulamentadora NR 32 que oferece segurança e proteção à saúde do trabalhador, estabelecendo diretrizes básicas de proteção à segurança. A Central de Material e Esterilização (CME) foi o foco desta pesquisa por possuir condições desfavoráveis à saúde do trabalhador no seu dia a dia.

Objetivos: Identificar os fatores de risco de acidentes de trabalho com materiais biológicos e perfuro-cortantes em trabalhadores de CME, se os mesmos utilizavam EPIs e Qual é o sentimento após acidente. **Método:** Revisão de literatura, realizada através de levantamento das produções científicas, utilizando bases de dados online, como Scielo, BVS, Lilacs, Revista Gaúcha de Enfermagem, Ciência do Cuidado e Saúde e literaturas publicadas. Encontrados 60 publicações com os descritores, CME, EPI, Acidente de Trabalho, Acidente com Material Biológico e Perfuro-cortante. Entre os artigos foram selecionados os publicados entre 1998 a 2012 e destes selecionados 30, excluídos os publicados anteriormente à 1998, os que não apresentavam artigos na íntegra e os de língua estrangeira. **Resultados:** Foi encontrada uma diversidade de acidentes com os profissionais da CME, prevalecendo aqueles que envolvem materiais perfuro-cortantes. Os riscos biológicos são evidenciados, ao lavar e manusear artigos médico-hospitalares contaminados. Os colaboradores da CME estão em contato direto com Riscos biológicos expostos a vírus, bactérias, fungos, bacilos; Risco físico ruídos, calor excessivo, iluminações inadequadas, umidade; Risco ergonômico, Risco psicossociais que pode haver comprometimento emocional; Foi constatada a negligência como um dos fatores determinantes para a ocorrência dos acidentes, não sendo somente por parte dos profissionais, mas também por algumas instituições pesquisadas, imprudência e imperícia também foram apontadas pelos profissionais das referentes pesquisas; Algumas pesquisas demonstraram que os colaboradores sem formação específica na área de enfermagem buscam “promoção” profissional na transferência para a CME, colocando em risco a qualidade da atividade realizada. A falta de conhecimento técnico, responsabilidade sobre as atividades e conscientização sobre os riscos aos quais estão expostos, podem provocar ansiedade e desmotivação aos trabalhadores sendo responsabilidade da instituição de saúde qualificar esses profissionais. A utilização dos EPIs é de responsabilidade do colaborador e cabe à instituição fornecer e supervisionar o uso, minimizando os riscos de acidente fortalecendo a importância do uso. Os profissionais demonstram resistência em utilizar os EPIs referem: Desconforto na utilização, Diminuição da sensibilidade tátil, Pressa na execução das atividades, Falta de hábito, Acreditam que não é necessário ou que o artigo sujo não está contaminado. Os sentimentos expressados pós-acidentes: Ansiedade, Culpa, Insegurança devido à espera dos resultados de exames sorológicos e a possibilidade da soroconversão. A sobrecarga de trabalho, as condições inadequadas, excesso de autoconfiança e as negligências, imprudências e imperícias evidenciadas são os principais fatores de risco para a ocorrência dos acidentes. **Conclusão:** Ressalto através desta pesquisa que os profissionais da CME têm consciência dos riscos aos quais estão expostos. Embora os EPI sejam disponibilizados pelas instituições, um número significativo dos participantes das pesquisas analisadas admitiu não fazer uso dos EPIs recomendado. A atuação do enfermeiro na CME tem início no planejamento e cabe a ele a escolha dos recursos materiais e humanos condizentes com as atividades do setor. Para isso conta com apoio da CIPA, SESMT, CCIH discutirem as formas e medidas de prevenção a fim de reduzir a exposição destes trabalhadores. Com a realização de educação permanente, treinamentos, capacitações, condutas importantes para que os colaboradores tenham acesso às Normas Regulamentadoras sobre Segurança no Trabalho. A busca por



estratégias de prevenção tem se apresentado como desafio para as lideranças e seus colaboradores, com imensuráveis ganhos para toda instituição de saúde envolvida em melhorar a qualidade de vida destes profissionais e qualificá-los para o trabalho.

Palavras-chave: Acidente de Trabalho; CME; EPI

E-mail: marcia.argondizzo@hmv.org.br

1.Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, BRASIL.



Luiza Rojic*1; Rose Murakami1; Júlio César Costa1; Hellen Maria de Lima Graf Fernandes1; Ana Luiza Ferreira Meres1

Resumo:

Introdução: A Residência em Enfermagem é um curso de especialização Lato Sensu, que se caracteriza como treinamento em serviço e possibilita ao enfermeiro o aperfeiçoamento de habilidades técnicas-científicas, sob a orientação do preceptor vinculado à universidade ou ao serviço. O Centro Cirúrgico (CC) é uma das unidades mais complexas do hospital, que impõe à equipe situações estressantes, fazendo-os lidar com aspectos de competência técnica, recursos materiais e interpessoais. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação do residente no setor e a sua contribuição no crescimento profissional, visto que são poucas as Universidades vinculadas a hospitais de ensino que oferecem a Residência em Enfermagem nessa área. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da residência em enfermagem em CC de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. O programa tem duração de dois anos, sendo 60 horas semanais, das quais, 12 horas são de carga teórica. É proposto o cumprimento de um cronograma de atividades em que o residente passa por todas as especialidades cirúrgicas, desenvolve atividades assistenciais e gerenciais em todo o período perioperatório e em todo o bloco operatório. **Resultados:** O residente, por seguir o cronograma, foca-se em um processo de trabalho por vez, envolvendo-se mais na dinâmica do serviço, ao realizar diagnósticos situacionais e intervenções, proporcionando uma experiência prática no cotidiano do serviço. Sabe-se que a grade curricular da graduação aborda pouco o papel do enfermeiro do CC, então o recém-formado pode encontrar dificuldade na atuação. Ressalta-se a importância da especialização, ou aprofundamento teórico na formação acadêmica. E o tempo disponibilizado para estudo e reuniões de preceptoria possibilita discussão e reflexão das ações, com respostas embasadas na teoria. Adquire-se respaldo científico nas atuações, melhorando a qualidade do serviço. Também é possível realizar a capacitação da equipe de enfermagem por meio da educação continuada. A permanência do residente no setor por 12 horas diárias proporciona o acompanhamento e resolução de problemas, permitindo a capacitação, ao adquirir maior experiência. **Conclusões:** A maior abordagem na grade curricular sobre o CC, aumentando a carga horária de estágio e de aulas teóricas para o entendimento da complexidade das atividades, estimula a valorização do profissional no processo de cuidar, despertando o interesse de especialização. Consequentemente faz-se necessária a disponibilização de novas vagas de residência no setor. Integrar o residente à equipe do CC gera troca mútua de conhecimentos e experiências que beneficiam o trabalho, com a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao paciente.

Palavras-chave: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Enfermagem Perioperatória; Especialização

E-mail: luizarojic@hotmail.com

1.Hospital da PUC Campinas, Campinas, SP, BRASIL.

Cristiane das Graças Alves Uyeno*1; Carlo Alessandro Pece1

Resumo:

Introdução: Os índices de morbimortalidade decorrentes da inserção de carga significativa de microrganismos em cavidade cirúrgica estéril são demasiadamente altos no Brasil. Estima-se que aproximadamente 38% das infecções hospitalares são consideradas de sítio cirúrgico. Esses índices resultam, dentre outros, da utilização de artigos processados inadequadamente, o que aumenta o risco de infecção e agrava a crise no país. A reutilização de grampeadores lineares cortantes está inserida nesta problemática. Frequentemente profissionais envolvidos não realizam o desmonte deste instrumental (etapa fundamental e prescrita em regulamentos), ou o fazem de forma parcial. **Objetivo:** A presente pesquisa avaliou a eficácia do processo de esterilização para reutilização desse instrumental, quando devidamente processado. **Métodos:** As unidades amostrais partiram de 50 grampeadores lineares cortantes logo após seu primeiro uso em cirurgias bariátricas consideradas “limpas” em uma instituição do Estado do Paraná. Os experimentos foram iniciados após o seu completo desmonte. Em seguida, submetidos ao processo de limpeza: limpeza manual e automatizada com detergente enzimático, enxágue com água potável, secagem em ar comprimido medicinal e compressa cirúrgica estéril. Para a qualificação do processo de limpeza utilizou-se lentes intensificadoras de imagem com ampliação em 200 vezes e testes de análise de adenosina trifosfato (ATP). Para a análise de esterilidade foi utilizado o método de cultura microbiana indireta, seguido da análise da toxicidade pelo teste de cromatografia. **Resultados:** Os resultados das amostras na qualificação visual foram negativos para a presença de sangue ou secreção; os resultados dos testes de ATP foram $< 20 \mu\text{g}/\text{cm}^2$ (RLU) (Unidade Relativa de Luz); quanto a presença de microrganismos contaminantes os resultados foram iguais a zero Unidades Formadoras de Colônia (UFC) em aproximadamente 98% dos grampeadores. Somente 2% das amostras, apresentaram culturas positivas na recuperação de carga microbiana, houve a presença de *Staphylococcus aureus* na faixa entre 1 a 10 UFC; os testes de toxicidade apresentaram índices inferiores a 5 ppm, quando confrontados com a normativa específica. **Conclusão:** Em relação à segurança no alcance da esterilidade, podemos concluir pela possibilidade da reutilização do grampeador linear cortante quando completamente desmontável. O desenvolvimento de protocolos para garantir a qualidade do resultado de todas as etapas do processo foi fundamental para a realização da pesquisa, considerando dois princípios envolvidos diretamente na verificação do processo de limpeza: (1) consistiu em estabelecer, esclarecer, e documentar o processo de limpeza padrão baseado em recomendações práticas, publicadas e validadas; (2) referiu-se à mensuração e avaliação de contaminantes residuais em dispositivos médicos após aplicação do processo de limpeza estabelecido no próprio ambiente de trabalho. Embora a etapa de esterilidade nesta pesquisa tenha apresentado sucesso, orienta-se em um segundo momento a realização de ensaios clínicos futuros de desempenho e segurança compatíveis com a funcionalidade deste imprescindível produto para a saúde.

Palavras-chave: Reutilização de Equipamento; Esterilização; Microbiologia

E-mail: cristianeuyeno@hotmail.com

1.Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, PR, BRASIL.



Maria Zelia de Araújo Madeira*1; Carolina Rodrigues de Oliveira Sousa1; Laura Barbosa Nunes1; Plínio Trabasso2; Odinéa Maria Amorim Batista1

Resumo:

Introdução: A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das que mais preocupam as instituições de saúde, acometem tecidos, órgãos incisos e cavidades manipuladas durante o ato cirúrgico, podendo ser diagnosticadas em até 30 dias ou um 01 (no caso de uso de prótese/órtese) após a data de realização do procedimento. O surgimento e a evolução de uma ISC dependem da contaminação da ferida operatória, levando em conta a inoculação de micro-organismos e sua patogenicidade em relação às defesas do hospedeiro, técnica e o tempo cirúrgico. Nesta perspectiva, a vigilância epidemiológica às Infecções hospitalares é oportuna, pois representam grave problema de saúde pública. Este trabalho é parte da tese de doutorado Vigilância de infecção de sítio cirúrgico em pacientes egressas no ambulatório de ginecologia de um hospital de ensino. **Objetivos:** Avaliar a vigilância epidemiológica às ISC no ambulatório de ginecologia; levantar a incidência de ISC na população alvo; e caracterizar o perfil sócio-demográfico das mulheres egressas. **Metodologia:** Estudo observacional, analítico, longitudinal, de incidência – de Coorte. Estudo realizado no ambulatório de ginecologia de um hospital de ensino público, geral, de grande porte e de referência em saúde para o Estado do Piauí e demais Estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil. A população foi composta por 1.026 mulheres egressas do hospital de ensino que realizaram cirurgia ginecológica no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013. As mulheres no momento da alta hospitalar foram orientadas para o retorno ao ambulatório de ginecologia. O seguimento de vigilância pós-alta ocorreu em duas ocasiões: a primeira, após o 10º dia de pós-operatório na consulta de retorno ao ambulatório por meio da visualização direta do sítio cirúrgico e notificação de suas queixas. E a segunda, na consulta após o 30º dia de pós-operatório ocorreu por meio presencial, contato telefônico e aerograma. Na realização das consultas de retorno utilizou-se um formulário de investigação de ISC. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da UFPI nº do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 0059. 045. 000.11. **Resultados:** No período de junho de 2011 a fevereiro de 2013 realizou-se 1.185 cirurgias ginecológicas. Retornaram ao ambulatório na primeira consulta 1026 mulheres, com relação à segunda consulta 493 retornaram ao ambulatório e 533 estabeleceu-se contato por meio de telefone e aerograma. As mulheres egressas procediam da capital (57,8%) e do interior do estado (42,2%), a incidência de infecção de sítio cirúrgico foi de 5,2%, um total de 53 mulheres, destas 15 era do interior. As mulheres encontravam-se na faixa etária de 39 a 49 anos (29,4%); maioria são mulheres casadas (63,2%); fizeram até o ensino fundamental (61,1%) e renda familiar de 01 salário mínimo (28,6%). O tempo de permanência hospitalar de 03 dias (96,1%), o tipo de cirurgia mais prevalente foi a histerectomia (61,8%), seguido da ooforectomia (12,7%). As comorbidades presentes nas mulheres, diabetes mellitus (7,9%), excesso de peso (36,2%), hipertensão arterial sistêmica (16,1%) e tabagismo (4,3%). **Conclusão:** Os resultados da pesquisa permitiu o monitoramento e confiabilidade das taxas de incidência das ISCs, a qualidade dos cuidados com os pacientes e permitir a compreensão epidemiológica da ISC, viabilizando assim a implementação de medidas direcionadas à sua prevenção e controle.

Palavras-chave: Infecção de Ferida Operatória; Vigilância; Enfermagem

E-mail: zeliamaideira15@yahoo.com.br

1.UFPI, Teresina, PI, BRASIL; 2.UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL.



Ana Cristina Balsamo*1; Isa Rodrigues Silveira1; Juliana Rizzo Gnatta1; Maria Clara Padoveze1

Resumo:

Introdução: As complicações respiratórias em pacientes cirúrgicos são relativamente frequentes, contribuindo para o aumento da morbidade, mortalidade e tempo de permanência hospitalar. No ano de 2009, observou-se um aumento no número de pneumonias hospitalares ocorridas na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário secundário. Assim, considerou-se relevante avaliar a incidência desta patologia bem como verificar quais seriam os fatores potencialmente associados com o desenvolvimento dessa complicação respiratória. **Objetivo:** Verificar quais os fatores potenciais associados aos casos de pneumonias hospitalar ocorridos em pacientes cirúrgicos, no período de 2008 a 2010. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de série de casos, que avaliou 47 ocorrências de pneumonia hospitalar ocorridos no período de 2008 a 2010, cujo diagnóstico foi realizado pela enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar seguindo os critérios do Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) como atividade integrante da rotina de vigilância epidemiológica institucional. O diagnóstico de pneumonia hospitalar foi realizado prospectivamente. A avaliação dos fatores potencialmente associados à pneumonia foi realizada retrospectivamente, por meio da consulta dos prontuários e informações disponíveis no sistema informatizado do hospital. Foram avaliados fatores relacionados associados ao paciente (idade, presença de infecção e classificação do estado físico segundo ASA, tabagismo, diabetes, DPOC e uso de corticóide) e aos procedimentos realizados (intubação para realização da cirurgia, analgesia no pós-operatório, uso de antiácido, uso de sonda nasogástrica ou nasoenteral e fisioterapia respiratória). **Resultados:** Verificou-se que a população acometida pela pneumonia era idosa (média de idade = 68,8 anos, mediana = 70 anos), e que apresentou alta letalidade durante a internação (36,2%). Destaque-se que o diagnóstico de outras infecções hospitalares foi expressivo, pois cerca de 23,4% já tinha algum tipo de infecção no momento da cirurgia e 10,6% desenvolveram infecção de sítio cirúrgico. Prevaleram pacientes com ASA = a 3 (47,4%). Eram tabagistas 25,53% dos pacientes, 23,40% tinham Diabetes mellitus, 21,27% tinham DPOC e 19,15% estavam em uso de corticóide. Em relação a procedimentos realizados nos pacientes, mais de 60% dos pacientes foram intubados para o procedimento cirúrgico. Receberam algum tipo de analgésico 76,60% dos pacientes, 72,34% fizeram uso de antiácido, 27,66% fizeram uso de sonda nasogástrica e 12,76% de sonda nasoenteral. A fisioterapia respiratória foi registrada em apenas 40,42% dos pacientes, sendo que foi iniciada apenas após o diagnóstico da pneumonia. **Conclusão:** As pneumonias foram frequentes sobretudo em pacientes idosos submetidos a cirurgia, com alta taxa de letalidade associada durante a internação hospitalar. Pode-se destacar como fatores potencialmente associados ao desenvolvimento de pneumonias: ASA \geq 3, uso de sonda nasogástrica ou nasoenteral, presença de outra infecção e fatores intrínsecos ao paciente como diabetes, DPOC e tabagismo. O presente estudo sugere que pacientes cirúrgicos que apresentam essas características devem receber atenção especial no que se refere a medidas de prevenção de pneumonias, tais como controle de dor pós-operatória, retirada precoce de sondas, fisioterapia respiratória e estímulo à deambulação precoce.

Palavras-chave: Pneumonia Hospitalar; Pacientes Cirúrgicos; Enfermagem

E-mail: isarscabral@uol.com.br

1. Hospital Universitário da USP, São Paulo, SP, BRASIL.



[713]

P207 - AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE SEGURANÇA PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MÉTODOS DE ALÍVIO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Ligia Fahl Fonseca*1; Leonel Alves Nascimento1

Resumo:

Introdução: A sede é um desconforto de grande incidência no pós-operatório imediato (POI), aumentando o sofrimento e retardando sua recuperação anestésica. Apesar disso, o manejo da sede no POI é realizado de forma descontínua e despadronizada. **Objetivo:** Elencar critérios de segurança para a administração de métodos de alívio da sede no POI. **Método:** Para a avaliação dos critérios a serem incluídos para determinar a segurança no manejo da sede, participaram 18 experts, entre eles anestesiológicos (13), cirurgiões (3) e enfermeiros doutores (2), todos com experiência no cuidado com o paciente durante o POI. Estes profissionais responderam uma entrevista sobre os critérios que eles avaliam na prática clínica na liberação de pequenas quantidades de água no alívio da sede no POI. Os critérios elencados foram confrontados com livros especializados e publicações científicas indexadas nos bancos de dados eletrônicos (LILACS, CINAHL, PUBMED) e também discutidos, analisados e compilados pelos autores da pesquisa utilizando os seguintes requisitos: máximo de segurança, simplicidade e facilidade de aplicação na prática clínica. A pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 02299412.6.0000.5231). A proposta metodológica obedeceu à preconizada por Pasquali (1999) nos procedimentos teóricos. **Resultados:** Os critérios de segurança que devem ser avaliados para liberar a administração de métodos de alívio da sede foram: avaliação do nível de consciência, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição), ausência de náuseas e vômitos, saturação de oxigênio, procedimento cirúrgico, avaliação de sinais clínicos de desidratação (turgor de pele, hidratação das mucosas), quantificação da diurese, ruídos hidroaéreos, técnica anestésica e pressão arterial. Estes critérios foram confrontados com as evidências encontradas na literatura e a experiência no cuidado com o paciente no POI dos autores. Os critérios elencados para garantir a segurança na administração de métodos de alívio foram: avaliação do nível de consciência, proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e ausência de náuseas e vômitos. Na avaliação do nível de consciência é necessário que o paciente esteja acordado e orientado, garantindo o retorno completo da consciência, principalmente na técnica de anestesia geral ou sedação. A proteção de vias aéreas constitui na avaliação da tosse e deglutição, observando a restauração destes reflexos após a utilização de medicamentos como relaxantes musculares e anestésicos, permitindo que o paciente evite a aspiração pulmonar de secreções ou conteúdo gástrico. Os critérios náuseas e vômitos relacionam-se com o risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico e sua ausência deve ser garantida para a administração segura do método de alívio da sede. Os outros critérios que foram elencados pelos experts são secundários aos critérios selecionados ou não apresentam praticidade de avaliação clínica e simplicidade. **Conclusão:** Elencar critérios de segurança é o primeiro passo para o manejo da sede no POI, promovendo avaliação sistematizada e padronizada da condição clínica do paciente. Estes critérios servem de guia para a construção do Protocolo de Manejo Seguro da Sede no POI.

Palavras-chave: Segurança; Sede; Cirurgia

E-mail: ligiafahl@gmail.com

1.UEL, Londrina, PR, BRASIL.



Ligia Fahl Fonseca*1; Thammy Gonçalves Nakaya1; Leonel Alves Nascimento1

Resumo:

Introdução: A náusea e vômito no pós-operatório imediato (NVPO) são complicações relevantes por sua alta incidência, intensidade de desconforto e riscos de complicações como deiscência de sutura, taquicardia, sangramento e pneumonite aspirativa. **Objetivo:** Analisar evidências científicas concernentes às náuseas e vômitos no Pós-operatório Imediato. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), MEDLINE e PUBMED, por meio dos descritores: náuseas e vômitos, complicações pós-cirúrgica e, pós-operatório imediato, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos em português, inglês e espanhol; publicados no período de 1998 a 2012, e que abordassem náuseas e vômitos relacionados ao período perioperatório imediato. **Resultados:** Levantou-se 70 artigos e após leitura criteriosa, selecionou-se 42 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, abordando ao menos um dos descritores propostos. Os artigos foram analisados, sintetizados e organizados de acordo com o método de Cooper (1982) nas seguintes categorias: procedimentos cirúrgicos; revisão bibliográfica; drogas utilizadas e incidência da complicação, Cinco estudos foram inseridos na categoria incidência da complicação; três estudos foram classificados na categoria procedimentos cirúrgicos; seis na de revisão bibliográfica e 28 relacionados à medicação. Os temas abordados versaram sobre a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório imediato relacionados aos procedimentos cirúrgicos e anestesia, bem como a fatores de risco do próprio paciente além de diagnósticos de enfermagem utilizados para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem específicas para o cuidado do paciente. Náuseas e vômitos no pós operatório foram descritas como uma das manifestações de desconforto mais incidentes da Sala de Recuperação Anestésica (cerca de 20% a 30%), frequentemente associada à anestesia. Fatores relacionados com o paciente, o procedimento cirúrgico e as técnicas de anestesia são considerados elementos de risco para náuseas e vômitos no pós-operatório. O sexo feminino, ocorrência de náuseas e vômitos ao utilizar meios de transporte e história de náusea no pos-operatório, ausência de tabagismo e uso de opióides no PO, são relatados como características de risco para náusea e vômito. O sexo masculino aparece como um fator protetor para NVPO, assim como o tabaco. Procedimentos cirúrgicos como correção de estrabismo, cirurgia otorrinolaringológica, cirurgia ginecológica, cirurgia para ombro e cirurgia laparoscópica estão associados à maior incidência de náuseas e vômitos no pós operatório imediato. **Conclusão:** A compreensão dos fatores associados a NVPO assim como seus fatores de risco, permitem o planejamento de cuidado para a redução do desconforto e suas complicações no pós operatório imediato.

Palavras-chave: Náusea; Vômito; Pós-Operatório

E-mail: ligiafahl@gmail.com

1.UEI, Londrina, PR, BRASIL.



[716]

P209 - O INSTRUMENTO BÁSICO DO CUIDAR SAEP: A IMPORTÂNCIA DA SUA APLICAÇÃO EM CENTRO CIRÚRGICO

Elizia Esther Calixto Paiva*1; Camilla Aparecida Martins Santos1; Marli Reinado Barbosa1; Sandra Maria da Penha Conceição1; Suely Rodrigues de Aquino Silva1

Resumo:

Nos últimos anos, a pesquisa na área da enfermagem cirúrgica foi incrementada, visando à melhora da qualidade da assistência tanto no preparo pré-operatório, quanto na recuperação do cliente.¹ A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é uma ferramenta que contribui para a interação enfermeiro-cliente. É atividade privativa do enfermeiro que utiliza o método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem. Objetivo: Salientar a importância da SAEP como instrumento básico do cuidar. **Metodologia:** Revisão da Literatura. Foi realizada uma busca nas bases de dados LILACS e BDENF do sítio da biblioteca Virtual em Saúde – BVS- BIREME do ano de 2002 até o ano de 2012, Critérios de inclusão: artigos Brasileiros, gratuitos e na íntegra. Foram encontrados um total 30 artigos, obedecendo aos critérios de inclusão foram utilizados 07 artigos. Considerações finais: A SAEP é um instrumento de trabalho imprescindível para a assistência de enfermagem e recomenda-se que seja pautada por um referencial teórico eleito pela enfermagem. Esta é uma opção para desenvolver uma enfermagem científica que busca corpo próprio de conhecimento, estabelecendo diagnósticos, planejamento da assistência e prescrição de cuidados aos pacientes. Conclusão: O enfermeiro deve ter conhecimento da importância da SAEP e que este é um instrumento de qualidade para a assistência.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente.

E-mail: elizia-cp@hotmail.com

1.Faculdade Anhanguera, São Paulo, SP, BRASIL.



Fernanda Torquato Salles Bucione*1; Elaine Ferreira Lasaponari1; Cristiane Schmitt1; Renata Barco de Oliveira1

Resumo:

Introdução: A preocupação com a segurança dos pacientes nos serviços de saúde tem sido crescente. Com o avanço da tecnologia os procedimentos endoscópicos tornaram-se cada vez mais relevantes no diagnóstico e, muitas vezes, na efetivação dos tratamentos. Como todo procedimento invasivo, sempre há riscos importantes envolvidos. Uma das questões mais relevantes no processo de segurança do paciente durante um procedimento endoscópico é a limpeza e desinfecção dos equipamentos utilizados. Ambos processos desafiadores em razão da termosensibilidade e complexidade dos equipamentos. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo descrever os processos de limpeza e desinfecção dos equipamentos endoscópicos gastrointestinais utilizados para abordagem por orifícios naturais, conforme as diretrizes internacionais e recomendações da Resolução da Diretoria Colegiada – ANVISA, RDC6, março, 2013. **Método:** trata-se de um estudo descritivo de processo do método de limpeza e desinfecção dos equipamentos endoscópicos frente à legislação vigente no país. **Desenvolvimento:** No Hospital Alemão Oswaldo Cruz o processo de limpeza e desinfecção de alto nível está descrito em Procedimento Operacional Padrão (POP), elaborada por uma equipe multiprofissional. Esta rotina contempla: acondicionamento e guarda do equipamento endoscópico, teste de vazamento, processo de limpeza, desinfecção de alto nível, secagem, transporte e rastreabilidade dos equipamentos. **Resultado:** Todas as etapas de limpeza e desinfecção de alto nível dos equipamentos endoscópicos são padronizadas e seguem as diretrizes internacionais e atendem as necessidades da RDC6. **Conclusão:** A preocupação com a segurança do paciente tem sido crescente no Brasil. Entretanto, poucos serviços de endoscopia possuem seus processos de limpeza e desinfecção de alto nível sistematizados, segundo diretrizes internacionais de qualidade e segurança e recomendações da RDC6. Por meio da publicação da RDC6 será possível a padronização de alguns processos importantes nos serviços de exames endoscópicos. A implantação de uma rotina clara e objetiva de limpeza e de desinfecção de alto nível faz-se uma ferramenta útil para prevenção de erros e eventos adversos, atuando como mecanismo fundamental na garantia da qualidade e segurança do paciente. Contudo, essa não é uma tarefa fácil, pois requer dedicação e conscientização da equipe, atualizações e treinamentos contínuos além do apoio da instituição.

Palavras-chave: RDC 6; Endoscopia; Desinfecção

E-mail: renatabarco@haoc.com.br

1.Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, BRASIL.



[718]

P211 - CHECK- LIST DE VERIFICAÇÃO: UMA FERRAMENTA DE SEGURANÇA E QUALIDADE APLICADA NO CENTRO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Fernanda Torquato Salles Bucione*1; Elaine Ferreira Lasaponari1; Cristiane Schmitt1; Renata Barco de Oliveira1

Resumo:

Introdução: Na atualidade, a constante preocupação com a segurança do paciente no ambiente do Centro Cirúrgico, incentivou a criação de check-lists de verificação de segurança motivados, principalmente, pelos sistemas de acreditação hospitalar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) constituiu um protocolo universal, em consenso internacional, ou seja, um conjunto de regras estabelecidas, com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para pacientes de todos os continentes. Erros cada vez mais frequentes que poderiam ter sido evitados por meio da aplicação de um instrumento de verificação, levaram a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) a propor um protocolo universal para a segurança do paciente. Tal instrumento é utilizado para cirurgias e procedimentos invasivos, inclusive os endoscópicos. A partir de janeiro de 2011, este instrumento tornou-se obrigatório para os procedimentos invasivos, inclusive, para os endoscópicos. **Objetivo:** apresentar o modelo de check-list de verificação utilizado no Centro de Endoscopia e nos setores de diagnóstico e terapêutico como relato de experiência no Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo a propósito do método de verificação (check-list) da segurança dos exames diagnósticos terapêuticos de endoscopias. **Desenvolvimento:** O Centro Cirúrgico do HAOC já possuía um instrumento consagrado na sua prática, porém este não atendia às necessidades dos outros serviços da instituição. Desta forma, foi elaborado um check-list de segurança próprio, para procedimentos diagnósticos terapêuticos. O check-list foi desenvolvido dentro dos padrões da qualidade, propostos pela JCI, atrelado às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este documento inclui a checagem do paciente certo (cheça-se pulseira e prontuário), procedimento a ser realizado (checagem na agenda e no pedido médico), termos de consentimentos, pedido médico, exames de imagem pré-existentes, materiais e equipamentos (se disponíveis em sala), posterior ao exame, checa-se o procedimento realizado e conseqüentemente se houve retirada de material para análise anátomo patológica e/ ou cultura. **Conclusão:** A preocupação com a segurança do paciente em Centros de Endoscopia é crescente, porém poucos serviços trabalham com esta ferramenta. A implantação do check-list de verificação é simples e uma ferramenta útil para prevenir erros e eventos adversos. No HAOC está implantada há dois anos, trouxe melhorias no processo e aumentou a segurança e a qualidade da assistência no Centro de Endoscopia. Porém, a efetividade do instrumento requer dedicação e conscientização da equipe e apoio da instituição.

Palavras-chave: Check- list; Endoscopia; JCI

E-mail: ftsalles@haoc.com.br

1.Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, BRASIL.



[719]

P212 - DESTAQUE PARA A SAÚDE DO COLABORADOR DA CME: GINÁSTICA LABORAL UMA FERRAMENTA VALIOSA PARA O BEM-ESTAR E PRODUTIVIDADE.

Elaine Ferreira Lasaponari*¹; Carmen Sílvia Roncato¹; Renata Barco de Oliveira¹; Fernanda Torquato Salles Bucione¹; Cristiane Schmitt¹

Resumo:

Introdução: A vida do homem moderno, notadamente, nos grandes centros urbanos, está cada vez mais voltada ao enfrentamento de situações críticas e geradoras de estresse. A administração deste estresse tem se mostrado uma ferramenta vital no gerenciamento institucional. A Ginástica Laboral ou Cinesioterapia Laboral é uma grande aliada na promoção do bem-estar. Tal prática é compreendida como instrumento para melhoria da saúde física do trabalhador, reduzindo e prevenindo problemas ocupacionais, por meio de exercícios específicos, realizados no próprio local de trabalho. **Objetivos:** descrever as práticas existentes no HAOC, no que se refere ao bem-estar, destacando os benefícios para o colaborador e a instituição. **Método:** trata-se de um estudo descritivo das práticas relativas à atenção à saúde do colaborador, desenvolvidas na Central de Materiais do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. **Desenvolvimento:** A Ginástica Laboral previne lesões ocupacionais, normalizando as funções corporais e proporcionando momentos de descontração e socialização entre os funcionários da empresa. Tal prática contribui para melhorar o condicionamento físico, a concentração e o enfrentamento da rotina laboral. Na CME do HAOC a ginástica laboral é realizada com a participação da fisioterapeuta do Centro de Atenção à Saúde do Colaborador (CASC) e tem duração de 10 a 15 minutos, duas vezes por semana. Este encontro acontece durante a passagem de plantão, nos períodos matutino e vespertino. **Conclusão:** A realização da Ginástica Laboral ou Cinesioterapia Laboral, na Central de Materiais e Esterilização do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, tem demonstrado resultados significativos para os seus colaboradores, atuando de maneira preventiva e/ou terapêutica. Em geral são realizados exercícios de alongamento e relaxamento que além de atuar na prevenção de lesões ocasionadas pelo trabalho, proporcionam um momento de descontração e socialização entre os colaboradores. Proporcionar momentos de pausa na jornada de trabalho, com atividades que relaxem, alonguem e desenvolvam a integração entre os membros da equipe, são iniciativas positivas tanto para os colaboradores quanto para a instituição. É de fundamental importância que as instituições se preocupem em manter profissionais saudáveis e dispostos para enfrentar um mercado de trabalho tão exigente e seletivo.

Palavras-chave: Ginástica Laboral; Cinesioterapia Laboral; Ergonomia

E-mail: renatabarco@haoc.com.br

1.Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, BRASIL.



Elaine Ferreira Lasaponari*1; Vinícius Vinícius de Paula Marchesini Ferreira1; Renata Barco de Oliveira1; Cristiane Schmitt1; Fernanda Torquato Salles Bucione1

Resumo:

Introdução: As instituições de saúde frequentemente necessitam de manutenção e/ou adequação de suas áreas físicas para ampliação de serviços e instalação de novos equipamentos. Entretanto, as práticas relacionadas à construção civil em âmbito hospitalar requerem cuidados extras em razão do risco de contaminação de áreas adjacentes por poeira e sujeira. Em se tratando de adequação do parque tecnológico da Central de Materiais e Esterilização, é necessário ainda mais rigor, dada a manipulação e acondicionamento de materiais esterilizados.

Objetivos: identificar os pontos críticos de controle de infecção, durante o processo de instalação de autoclaves.

Método: trata-se de estudo descritivo de processo do método de instalação das novas autoclaves em uma Central de Materiais e Esterilização funcionante. **Desenvolvimento:** O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) trabalha com uma rotina de avaliação de obras e reformas por meio da aplicação de uma matriz de risco, que considera a natureza de atuação do serviço/setor, bem como o perfil dos pacientes e/ou procedimentos realizados no local. Anteriormente, ao início das obras é necessário determinar o risco em relação à área envolvida, identificar os pontos críticos para o controle de infecção como a dispersão de poeira e eventuais falhas no processo. Na CME um dos aspectos mais críticos está associado à dispersão de poeira e eventual contaminação de materiais antes (na área de preparo) e/ou após (na área do arsenal) à esterilização. Para a retenção de poeira, inicialmente é necessário estabelecer medidas de bloqueio, como instalação de tapumes e vedação de pontos de escape de partículas. Ainda, faz-se estabelecer fluxos e horários de entrada e saída de materiais, tanto para a construção civil, quanto para demanda da CME. Outro fator que merece destaque é o estabelecimento de um plano de contingência em razão dos riscos de funcionamento inadequado dos equipamentos. **Conclusão:** é imprescindível publicação de diretrizes institucionais transdisciplinares envolvendo a equipe da CME, engenharia de obras e SCIH.

Palavras-chave: Obras Civil; CME; Controle de Infecção

E-mail: lasa@haoc.com.br

1.Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, BRASIL.

[722]

P214 - O ENFERMEIRO COMO GESTOR NO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO

Andrea Rangel Boquimpani Wottrich*1; Avany Maura Gonçalves1; Evany Pereira Matias1; Sandra Elena Cardoso Monteiro dos Santos1

Resumo:

O treinamento no centro cirúrgico é fundamental e para que seja eficaz é necessário que o profissional instrutor tenha conhecimento técnico específico e experiência de atuação na área. De acordo com esse pensamento e objetivando ampliar a excelência no processo assistencial hospitalar, relatamos a experiência realizada em um centro cirúrgico de um hospital público federal, especializado em cirurgias ortopédicas de alta complexidade. A unidade atravessava um processo de expansão em sua capacidade física e no seu quadro de profissionais de enfermagem, admitidos através de concurso público, sem experiência ou especificidade em instrumentação cirúrgica em ortopedia. A Chefia do Centro Cirúrgico, buscando uma gestão participativa designou enfermeiros para as áreas de educação permanente e qualidade com o objetivo promover a integração e a capacitação dos profissionais de enfermagem recém admitidos na Unidade, na execução da atividade de instrumentação cirúrgica com ênfase em Traumatologia e Ortopedia, conforme Resolução nº 214/1998, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), visando prevenir possíveis rupturas nos padrões éticos e de qualidade da Instituição. A metodologia adotada foram aulas teóricas com uso de recursos áudio visuais e multimídia e workshops compostos por instrumentais cirúrgicos e equipamentos inerentes a cada especialidade. O desenvolvimento deste método educativo foi resultado do envolvimento e apoio de alguns profissionais de enfermagem, com reconhecida qualificação e experiência em instrumentação cirúrgica, selecionados como instrutores. Com essa iniciativa foi possível otimizar o orçamento institucional e valorizar a expertise interna. A prática foi desenvolvida através do método de rodízio direcionado nas especialidades ortopédicas, com periodicidade de troca bimestral tendo como instrutores “in locu” funcionários que possuíam um reconhecido conhecimento teórico prático; sob supervisão da chefia de enfermagem do setor. A duração do treinamento foi de acordo com a avaliação mensal do desempenho dos profissionais, ocorrendo a repetição dos temas, se necessário. Após a conclusão do treinamento podemos constatar que a maioria dos profissionais que antes não possuíam nenhuma experiência pôde desenvolver habilidades de instrumentador cirúrgico e circulante de sala em cirurgias ortopédicas em conformidade com os padrões de qualidade da instituição. A assistência de enfermagem perioperatória foi otimizada através do desenvolvimento de atitudes e habilidades práticas, favorecendo a integração das equipes.

Palavras-chave: Enfermagem em Centro Cirúrgico; Prática Profissional; Educação Permanente

E-mail: andreaboquimpani@hotmail.com

1. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[723]

P215 - DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E AÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE AOS PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA.

Maria Helena Martins Ricci*1; Silvia Regina Fagundes1; Elisabete Ribeiro Insoliti1

Resumo:

A sala de recuperação anestésica é o local destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato, submetido aos diversos tipos de anestesia. O período pós-anestésico é considerado crítico e, a ocorrência de eventos relacionados ao procedimento cirúrgico e anestésico é esperada. A capacitação da equipe multidisciplinar, especialmente a equipe de enfermagem, assim como a assistência individualizada e específica é um fator determinante para atender as necessidades dos pacientes por completo, de uma forma segura. Este estudo teve como objetivo apresentar os principais fatores relacionados indesejáveis (sinais e sintomas) após o procedimento cirúrgico na SRA e propor um plano de assistência de enfermagem baseado em diagnósticos de enfermagem, intervenções e ações de enfermagem, conforme as taxonomias NANDA (2009-2011) e NIC(2008). Estudo de revisão integrativa, realizado por meio de consulta a base de dados Scielo, Lilacs e BDNF, de artigos publicados no período de 1999 a 2010, em língua portuguesa, resgatados pelo cruzamento das palavras: recuperação pós-anestésica: sala de recuperação, complicações pós-operatórias e cuidados de enfermagem. Foram selecionados e lidos na íntegra 17 artigos. Os sinais e sintomas mais frequentemente observados foram: dor, náusea, vômito, hipotermia, sudorese, hipóxia, hipotensão, taquicardia, tremores, hipertensão, depressão respiratória, agitação, ansiedade, sangramento, hipertermia, bradicardia, dispnéia, prurido, hipoventilação, apnéia, broncoespasmo, sonolência e hipoxemia. São propostos 11 diagnósticos, 12 intervenções e 91 ações de enfermagem, conforme fatores relacionados observados. Os diagnósticos de enfermagem que poderão ter maior prevalência relacionados aos procedimentos cirúrgicos são: náusea, dor aguda, risco de desequilíbrio eletrolítico e hipotermia. Mediante a possível prevalência dos diagnósticos, as intervenções necessárias que gerarão ações específicas serão: controle da náusea, controle do vômito, controle hidroeletrólítico, controle da dor, tratamento da hipotermia e regulação da temperatura. Esses eventos indesejáveis podem se manifestar ou não, dependendo de vários fatores, como por exemplo, a resposta do indivíduo a anestesia. Portanto, não deve se realizar a assistência de enfermagem visando apenas o tratamento dos eventos, mas principalmente a assistência de ser pensada no manejo do risco de ocorrência de novos eventos.

Palavras-chave: Recuperação Pós-Anestésica; Fatores Relacionados; Assistência de Enfermagem.

E-mail: martinsricci@terra.com.br

1.AACD, São Paulo, SP, BRASIL.



[724]

P216 - ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SEDE NO PACIENTE PERIOPERATÓRIO: RESULTADOS PRELIMINARES

Ligia Fahl Fonseca*1; Patricia Aroni1; Renata Perfeito Ribeiro1

Resumo:

Introdução: A sede se caracteriza como um sintoma, sendo uma experiência subjetiva que engloba alteração biopsicossocial, na sensação ou cognição de um indivíduo. Na perspectiva do Modelo de Sintomas, a experiência vivenciada pelo indivíduo dentro do domínio de experiência dos sintomas, é avaliada sob três pontos: a percepção do indivíduo perante o sintoma, a avaliação do seu significado a sua resposta. Dentro da avaliação do seu significado, está a percepção e o julgamento do indivíduo sobre a gravidade, tratamento e efeito dos sintomas em sua vida. Dessa forma, a elaboração de uma escala para avaliação da sede contemplará a percepção individual e o subjetivo de cada paciente que experiência a sede perioperatória. **Objetivo:** elaborar e validar um instrumento de avaliação da sede para o paciente no perioperatório. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico baseado na teoria de elaboração de instrumental psicológico, o qual compreende três polos: teórico, empírico ou experimental e analítico. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina- UEL sob o CAAE: 02299412.6.0000.5231. **Resultados:** Na primeira etapa foram abordados os seguintes passos: sistema psicológico; propriedade do sistema psicológico; dimensionalidade do atributo; definição constitutiva e operacional dos construtos; operacionalização dos construtos; e análise teórica dos itens resultando na elaboração de um instrumento piloto. No pólo teórico, fundamentou-se como construto a sede no paciente perioperatório. Embora a sede possa ser classificada fisiologicamente como falsa ou verdadeira, a experiência vivenciada pelo paciente ao sentir sede é única, fato que a classifica como um construto unifatorial. Na definição operacional, ainda no pólo teórico elaboraram-se cinco itens que descrevem a sede: Ressecamento da cavidade oral: boca, língua e garganta; Ressecamento dos lábios; Hipossalivação e alteração da viscosidade salivar; Vontade de deglutir; Desejo de ingerir água. Os passos seguintes neste pólo: operacionalização dos construtos; e análise dos itens; juntamente com os passos do pólo experimental: planejamento da aplicação do teste piloto; aplicação e coleta dos dados; e do pólo analítico: dimensionalidade do instrumento; análise dos itens; precisão da escala; e estabelecimento de normas; encontram-se em fase de desenvolvimento por esta equipe de estudo. **Conclusão:** Os construtos elencados para a descrição da sede no período perioperatório abordam cinco sinais e sintomas descritos pelo paciente que podem ser observados e incorporados a uma escala, com aplicabilidade na prática. Este estudo proporcionará a equipe perioperatória maneiras de avaliar e quantificar a sede percebida pelo paciente cirúrgico resultando em um cuidado padronizado, seguro, eficaz e de qualidade a este paciente.

Palavras-chave: Sede; Escala; Pós-Operatório

E-mail: ligiafahl@gmail.com

1.UEL, Londrina, PR, BRASIL.



[725]

P217 - BOAS PRÁTICAS EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO NA RESOLUÇÃO - RDC 15/2012: INTERFACES COM A INTEGRALIDADE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Lillian Kelly de Oliveira Lopes*1; Maria Márcia Bachion1; Anaclara Ferreira Veiga Tipple1; Adenícia Custódia Silva e Souza1

Resumo:

A integralidade é o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) de mais difícil implantação, porém o mais utilizado como instrumento indicativo das “características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas” (MATTOS, 2004, p.1411). Para alcançar a integralidade da assistência, todos os setores do serviço de saúde são envolvidos, inclusive o Centro de Material e Esterilização (CME). O governo publicou a Resolução – RDC, de 15/03/2012 (RDC 15/12) que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde (PPS), mas será que os órgãos legisladores conseguiram inserir a integralidade na elaboração dessa norma? Objetivamos analisar a RDC 15/12 à luz do princípio da integralidade do SUS, com base nas perspectivas de Mattos (2004) e de Cecílio, Merhy (2003). Os atributos das práticas de saúde e a RDC 15/12. Para Mattos (2004) o SUS foi criado para garantir o acesso universal e igualitário segundo a Constituição Brasileira. Para alcançar esta meta há de se criar uma rede assistencial com diferentes níveis de atenção, com o intuito de atender as diversas demandas em saúde do indivíduo. Nesse sentido, a norma se aplica a todos os CME dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. Classifica os CME em Classe I (processa todos os PPS, exceto de conformação complexa) e Classe II (inclui os PPS de conformação complexa) o que estabelece hierarquização dos níveis de assistência para garantir o cumprimento das etapas do processamento dos PPS. A fim de prevenir/controlar infecções a norma apresenta três novos enfoques do processamento: o detalhamento da limpeza, os critérios para o uso do tecido de algodão como embalagem e a responsabilidade e co-responsabilidade entre a empresa terceirizada e o CME em fornecer um PPS seguro ao usuário. A integração intersetorial para o atendimento em saúde e a RDC 15/12: Segundo Cecílio e Merhy (2003) o cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo usuário é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Para isso precisa haver articulação intersetorial a fim de atingir a prática integral ao usuário, promovendo cura/prevenção de infecção. O Centro Cirúrgico (CC) é o maior consumidor dos PPS produzidos pelo CME e muitos desses produtos são fornecidos por empresas terceirizadas. Essa parceria traz problemas de prevenção/controle de infecção, devido à alta rotatividade dos PPS entre os serviços de saúde e a dificuldade de controle e cumprimento das etapas do processamento. A RDC – 15/2012 vem controlar o processamento dos PPS, pois obriga os CME a realizarem a limpeza no local de uso do produto, devolvendo-o livre de contaminantes. Estabelece relação de trabalho entre os serviços, melhorando a relação entre o CME e o CC, pois os critérios para o processamento abre diálogo entre os setores para estabelecer negociação de prazos para o processamento e o início da cirurgia. Assim, a integração intersetorial é contemplada na norma para garantir o cumprimento de todo o processamento e estabelece relação de cura/prevenção. Concluímos que a RDC apresenta subjetivamente a integralidade do atendimento ao usuário, pois normatiza o PPS nos três níveis de assistência adotando medidas preventivas em controle de infecção, em todas elas, além de promover a articulação entre os setores e serviços de saúde.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Esterilização; Legislação

E-mail: lilliankellyenf@gmail.com

1.Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.



[726]

P218 - CAUSAS DO ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM DO BLOCO CIRÚRGICO E MEDIDAS ADOTADAS PARA FAVORECER O TRABALHADOR: REVISÃO INTEGRATIVA

Fabia Maria de Souza*1; Sadrine Maria Pinho1; Lorena Silva Lima1

Resumo:

Introdução: Por serem responsáveis pelo maior contingente da força de trabalho, os enfermeiros expõem-se a risco e potencializam as situações de doença ocasionando o absenteísmo, que traz consequências na desorganização do trabalho em equipe e insatisfação dos demais trabalhadores pela sobrecarga de trabalho que passam a ter por executar atividades dos colegas ausentes, podendo levar ao aparecimento de novos problemas de saúde e possíveis afastamentos no futuro. O que parece prejudicar o atendimento e o cuidado direto ou indireto do cliente. **Objetivo:** Investigar por meio de uma revisão sistemática quais as causas do absenteísmo na enfermagem em bloco cirúrgico e as medidas preventivas adotadas para favorecer o trabalhador. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa. No período de março a maio de 2013, realizou-se levantamento bibliográfico nas bases de dados: (SciELO), (Bireme) e (Medline), utilizando os descritores: absenteísmo; enfermagem; bloco cirúrgico. No total foram encontrados 13 artigos, destas excluídas as publicações não disponíveis e estudos não relacionados com a questão da pesquisa, restando apenas nove artigos, analisados por meio de leitura flutuante e fichamentos. **Resultados:** A partir da análise temática pode-se verificar que: O absenteísmo na área da enfermagem abrange condições de saúde pessoal, condições do ambiente de trabalho e as condições sociais. Tendo algumas características do capitalismo, a exemplo do consumismo, da competitividade, do individualismo e da agressividade do mercado atual de trabalho. Por outro lado, as condições enfrentadas no cotidiano do trabalho como atribuições que não são da sua competência resultando em excesso de atividade, ritmo acelerado de produção devido à sobrecarga, longas jornadas de trabalho, insuficiência de material e pessoal, turnos diversos, além de ser uma profissão que se destaca por ter um maior público feminino, o que soma ao trabalho os afazeres domésticos, contribuindo ainda mais para um desgaste pessoal e adoecimento. Evidenciaram também outras causas de não comparecimento ao trabalho, que estão vinculadas as causas legais como licença materna e paterna, gala, férias e atestados médicos, sendo que estas quando bem gerenciado não atrapalha o processo de trabalho, já faltas as voluntárias por motivos pessoais ou razões de caráter familiar resultam em complicações na administração. Com relação as medidas preventivas consideram que o adoecimento pode ser reduzido através do suporte administrativo, relacionamento interpessoal e divisão adequada de trabalho, o que melhoram as condições de trabalho, proporcionando um ambiente saudável. Que o investimento na área de recursos humanos motiva o funcionário para o trabalho, favorece o seu crescimento e facilita sua participação na instituição, Bem assim,. o dimensionamento de pessoal na enfermagem que promove a melhoria da qualidade na assistência de enfermagem e não sobrecarrega o trabalhador provendo o quantitativo e mantendo a qualidade. **Considerações Finais:** Portanto, as causas identificadas para o absenteísmo não raro foram o adoecimento, a desmotivação para trabalhar. Que além da gerencia do enfermeiro, a gestão hospitalar precisa tomar certas providencias preventivas para melhorar o meio de trabalho, trazendo mais proteção ao cliente e segurança ao trabalhador, bem como aumentando assim a satisfação do profissional. Que a reflexão sobre o problema poderá subsidiar ações de controle do absenteísmo na equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Absenteísmo; Bloco Cirúrgico; Enfermagem

E-mail: fabiamsouza@gmail.com

1.UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL.



[727]

P219 - AVALIAÇÃO DA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO NA AUSÊNCIA DE SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Ligia Fahl Fonseca*1; Lucimar Tokano Welter1

Resumo:

Introdução: Em muitos hospitais onde inexistente Sala de Recuperação Anestésica, a recuperação realizada em unidades de internação expõe o paciente a riscos e complicações sérias no pós-operatório imediato. **Objetivo:** Identificar alterações em pacientes na primeira hora no pós-operatório em enfermaria, em um hospital sem Sala de Recuperação Anestésica. **Método:** Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa realizado num Hospital Geral secundário, de médio porte, no norte do Paraná, com 52 leitos e média de 150 cirurgias por mês. A população foi composta por 385 pacientes e a amostra por 152 pacientes. O estudo recebeu parecer de aprovação do Comitê de Ética sob em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 0011.0.268.000-11). **Resultados:** O As alterações encontradas com maior frequência no primeiro minuto foram: hipotermia: 77,7% (118); tremores: 48,0% (73); dor moderada ou intensa: 31,0% (47) e náuseas e vômitos: 27,6% (n=42). Observou-se que a média das temperaturas registradas no 1º minuto após o paciente chegar à enfermaria foi de 35,2°C; mediana de 35,2°C, e desvio padrão de 0,7013. Das temperaturas registradas, 29,0% (44) foram menores que 35°C, e 77,7% (118) pacientes apresentaram temperaturas menores que 36°C. Desses, 57,6% (68) apresentaram tremores. O teste Qui-quadrado foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$) para hipotermia e tremor. O teste não paramétrico de Wilcoxon avaliou a diferença de temperaturas pré e pós-operatórias, sendo significativo em 5%. Quanto à dor, 31,0% (47) relataram dor de moderada a intensa no primeiro minuto após chegar à enfermaria; 38,1% (58) após 30 minutos e 39,5% (60) após 60 minutos. A presença de náuseas e vômitos no 1º minuto foi de 27,6% (42), e 25,6% (39) no 60º minuto. A saturação foi menor no 1º minuto após o paciente chegar à unidade, menor que 92,0% para 12,5% (19). Quanto à pressão arterial, 24,4% (37) dos pacientes apresentaram PA sistólica maior que 140 no 1º minuto e 7,2% (11) apresentaram PA sistólica menor que 90. A média da pressão arterial média no 1º minuto foi de 92,2; com desvio padrão de 14,77. A agitação esteve presente em 5,2% (8) dos pacientes no 1º minuto, e em 4,6% (7) no 60º minuto. O Índice de Aldrete e Kroulik foi menor que 8 no 1º minuto em 21,1% (32) dos pacientes. No 30º minuto, 9% (15) ainda apresentaram esse índice de alta menor que 8. **Conclusão:** Este estudo indica que, mesmo pacientes sem comorbidades e submetidos a cirurgias de pequeno porte, correm riscos ao serem enviados diretamente à unidade de internação. Dentre as complicações identificadas neste estudo, hipotermia, dor intensa, náusea e vômitos, hipertensão, agitação precisaram ser atendidas na unidade de internação, sem recursos humanos e materiais para conferir segurança ao paciente neste período crítico. Se avaliados exclusivamente pelo Índice de Aldrete e Kroulik, 21% não deveriam ter sido liberados da Sala de Recuperação Anestésica. Recomenda-se fortemente a implantação de normatizações e orientações para a existência da SRA, presença de equipe multiprofissional treinada e competente e utilização de parâmetros, critérios e escalas de alta.

Palavras-chave: Pós-operatorio; Sala De Recuperação Anestésica; Complicações

E-mail: ligiafahl@gmail.com

1.UEL, Londrina, PR, BRASIL.



Silvana Moreira da Silva*1; Glaucia Soares Cardoso2; Naiara Alves dos Santos2

Resumo:

Introdução: O centro cirúrgico é uma unidade hospitalar complexa e estruturada para atender a diversos públicos de diferentes faixas etárias. Visa atender a todas as especialidades cirúrgicas, sendo assim ele oferece condições de segurança e conforto para o cliente e a equipe cirúrgica. Além disso, o centro cirúrgico pode servir como campo de estudos para desenvolvimento de pesquisas científicas. A cirurgia é definida como uma especialidade que visa o tratamento de doenças tanto no âmbito curativo como paliativo, pode ser realizada por meio de procedimentos cirúrgicos sendo estes manuais e ou instrumentais. Segundo RACHEL, 2007 as cirurgias podem ser classificadas de diversas maneiras de acordo com o momento operatório, a finalidade da cirurgia, o risco cirúrgico ao qual o doente é submetido, a duração da cirurgia, e o potencial de contaminação. O objetivo desta pesquisa foi traçar a mudança no perfil cirúrgico quanto ao gênero, quanto às especialidades cirúrgicas e quanto ao potencial de contaminação. Trata-se de um estudo de campo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa com busca nas bases de dados: revisão de prontuários eletrônicos, mapas cirúrgicos no período de 01/01/2012 á 31/03/2012 e 01/01/2013 á 31/03/2013 e base de dados de Scielo, LILACS, BDNF e MEDLINE utilizando como descritores as seguintes palavras: gênero cirúrgico, centro cirúrgico e potencial de contaminação. Foram analisados 2100 prontuários, os resultados identificaram a prevalência de cirurgias no sexo masculino tanto no ano de 2012 (54%) quanto no ano de 2013 (51%). De acordo com a análise dos dados coletados em relação às especialidades cirúrgicas no 1º trimestre 2012 foram: 892 procedimentos, sendo: 330 (37%) ortopedia, 247 (27,7%) cirurgia geral, 144 (16,1%) urologia, demais especialidades 109 (12,2%), 55 (6,2%) neurocirurgia e 07 (0,8%) cirurgia cardíaca. No 1º trimestre de 2013 foram: 1208 procedimentos: 335 (27,8%), cirurgia geral, 288 (24%) urologia, 262 (21,6%) ortopedia, 205 (17%) demais especialidades, 102 (8,4%) neurocirurgia e 16 (1,3%) cirurgia cardíaca. Segundo o potencial de contaminação foram obtidos os seguintes resultados: 39,7% cirurgia limpa, 52,6% potencialmente contaminada, 5,8% cirurgia contaminada e 2,0 % infectada. Conclui-se que há uma maior prevalência de cirurgia no sexo masculino, observou-se maior número de cirurgias geral, ortopédica e urológica. Ficou evidenciado o crescimento de cirurgias cardíacas e neurológicas e a diminuição das cirurgias ortopédicas no ano de 2013 constatando a mudança do perfil de atendimento da unidade hospitalar.

Palavras-chave: Gênero Cirúrgico; Centro Cirúrgico; Potencial de Contaminação

E-mail: naiaraalves19@hotmail.com

1.Hospital da Bahia, Salvador, BA, BRASIL.



Elza Maria Casale*1; Jaques Pinus1; Karina Barreto Domingues1; Larissa Fernanda de Sousa da Silva1

Resumo:

Introdução: A falta de segurança no ambiente hospitalar tornou-se objeto de discussão na comunidade científica a partir da década de 90. Nos Estados Unidos, estima-se que, anualmente, ocorram quase três mil erros relacionados à pacientes, procedimentos ou local cirúrgico. Com o objetivo de melhorar a assistência cirúrgica e reduzir a mortalidade em cirurgias, o Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS, publicou o Manual de Implementação de Medidas “Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Dentre as recomendações estabelecidas, salienta-se a implementação do checklist (do inglês, lista de verificação), um conjunto de conferências verbais para confirmação de que foram executados passos básicos para a cirurgia segura, podendo ser realizado em qualquer sala de operação. O instrumento é composto por três etapas: o período anterior à indução anestésica (check in); anterior à incisão cirúrgica (time out) e imediatamente após o término do procedimento operatório, com o paciente na sala de operação (check out). **Objetivo:** Comparar as taxas de adesão ao checklist cirúrgico pela equipe de enfermagem e médica no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital público de São Paulo nos anos de 2011 e 2012. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa por amostra aleatória de conveniência. Foi utilizado o checklist da OMS adaptado à instituição. A coleta de dados foi realizada durante 25 dias consecutivos, nos meses de Junho de 2011, e Março e Abril de 2012, por 61 e 56 checklists, respectivamente. Foram verificadas as proporções de aplicação dos checklists e os respectivos intervalos de confiança de 95%, para interpretação das variações entre os períodos auditados. **Resultados:** Não houve diferenças entre os anos de 2011 e 2012 em 15 itens como, sitio demarcado antes da anestesia (78%; IC-59-96%) e antes da cirurgia (89%; IC-75-100%) membro/lateralidade (83%; IC-67-100%) que apresentaram adesão de 80 a 90%, elementos importantes para realização de cirurgia segura. Houve melhora significativa em 8 itens, com percentuais de adequação superiores a 90%, chegando a 100% em itens como montagem da sala operatória, checagem de dois identificadores e procedimento a ser realizado. Entretanto, em 7 itens houve diminuição significativa como em antibiótico profilático nos últimos 60 minutos (86%; IC-87-94%) e perda sanguínea esperada antes da anestesia (71%; IC-61-82%) e antes da cirurgia (86%; IC-76-97%). **Conclusão:** Desde a implementação do checklist, em 2010, o número de eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos foi zero. Considerando que a possibilidade de ocorrer erros aumenta com o preenchimento inadequado da lista de verificação, é preciso reforçar a atenção e adesão dos profissionais para a importância do instrumento, a fim da busca contínua de excelência no processo. As não conformidades no preenchimento podem ser decorrentes da rotatividade de profissionais das equipes e/ou pela falta de comunicação eficaz entre os profissionais. Permitiu-se identificar com o estudo, a necessidade de novas estratégias de treinamento da equipe abordando a importância da realização checklist. Este é um processo constantemente avaliado no centro cirúrgico por ser uma barreira eficaz e efetiva na garantia da segurança de pacientes e profissionais.

Palavras-chave: Segurança Do Paciente; Cirurgia Segura, Checklist, Time Out,; Saúde Pública

E-mail: elzacasale@uol.com.br

1. Hospital Moyses Deutsch, São Paulo, SP, BRASIL.



Ligia Fahl Fonseca*1; Lucimar Tokano Welter1

Resumo:

Introdução: Embora diversos pesquisadores tenham constatado lacunas e limitações no Índice de Aldrete e Kroulik (IAK), esse índice é o mais utilizado para avaliar o paciente pós-cirúrgico. Questiona-se, frente às possibilidades de complicações apresentadas por pacientes ao chegar à unidade de internação, se o IAK teria sido uma escala segura para ser utilizada como parâmetro único de alta do Centro Cirúrgico. **Objetivo:** Avaliar se os parâmetros propostos pelo IAK são suficientes para a liberação do paciente cirúrgico para a enfermaria, considerando as alterações encontradas no primeiro minuto após a chegada do paciente à unidade de internação, em hospital que não dispõe de SRA. **Método:** Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa realizado num Hospital Geral secundário, de médio porte, situado no norte do Paraná, com 52 leitos. A população foi composta por 385 pacientes e a amostra por 152. O estudo recebeu parecer de aprovação do Comitê de Ética sob em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE: 0011.0.268.000-11). Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento validado e que abrangem outros parâmetros a ser observados nos pacientes no pós-operatório, além do que propõe o IAK. **Resultados:** Considerando-se somente os pacientes que chegaram à enfermaria com nota 8 ou mais no IAK, observa-se que 20,8% deles (n=25) tiveram PA sistólica maior que 140 no primeiro minuto ao chegar à unidade, e 5,0% (n=6) apresentavam PA sistólica menor que 90. Os pacientes apresentaram frequência respiratória maior que 20 com índice maior que 8 foram 5% (6). Entre os pacientes que apresentavam índice maior ou igual a 8 no primeiro minuto após a chegada à unidade, 2,6% (4) apresentavam taquissfigmia ($p>100$). Dos 30% (36) dos pacientes que apresentavam índice maior que 8 estavam com o curativo parcial ou totalmente embebido de sangue, não sendo compatível com os critérios de alta da SRA. Entre todos os pacientes com índice maior que oito, 3,3% (4) apresentavam-se agitados, justificando, nesses casos uma cuidadosa avaliação neurológica diferencial. Ao comparar a hipotermia com o IAK, observa-se que 73,3% dos pacientes (88) que apresentaram nota superior a 8, que estavam prontos para liberação, apresentavam temperaturas abaixo de 36°C. Dentre todos os pacientes que apresentaram índice maior que oito, 43,3% (52) tiveram tremores. Ao observar a presença de dor, 27,5 % dos pacientes (33) que apresentaram índice maior que 8 no IAK, queixaram-se de dores de média a forte intensidade. Dos pacientes que apresentaram índice maior que 8, 25,0% (30) apresentavam náuseas ou náuseas e vômitos. **Conclusão:** Complicações importantes, com alto custo metabólico e risco para o paciente foram identificadas quando utilizam-se parâmetros não contemplados diretamente pelo IAK, como hipotermia, tremor, dor, pulso, agitação, náuseas e vômitos e sangramento. Embora o IAK seja prático em sua aplicação, não contempla avaliações relevantes que podem levar a complicações maiores se não detectadas e tratadas a tempo. Nesse período de tão grande criticidade, devem-se utilizar outras escalas e instrumentos que contemplem os critérios amplamente recomendados pela literatura especializada.

Palavras-chave: Escala; Pós-Operatório; Complicações

E-mail: ligiafahl@gmail.com

1.UEL, Londrina, PR, BRASIL.



[731]

P223 - QUALIDADE NO REPROCESSAMENTO DE REANIMADORES MANUAIS NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS DO PACIENTE

Elza Maria Casale*1; Sergio Dias Martuchi1; Daniela Nunes Martins1; Luiz Paulo Oliveira de Vasconcelos1

Resumo:

Introdução: O Reanimador Manual ou Bolsa Valva-Máscara (BVM) é um dispositivo indicado para auxiliar na respiração artificial e reanimação em parada cardiorrespiratória (PCR). São usados em pacientes em apneia ou em insuficiência respiratória, sempre enriquecido de oxigênio. Esses dispositivos são compostos por um conjunto de válvulas, uma bolsa, um reservatório para oxigênio e uma máscara (ou diretamente conectado ao tubo endotraqueal). Alterações em seu funcionamento podem causar eventos adversos (EA) prejudiciais ao paciente, por lesões temporárias ou permanentes como barotraumas, com consequente piora do quadro respiratório e drenagem torácica desnecessária; ou corroborando para a não reanimação de um paciente em PCR, pelo fato de não proporcionar fluxo e pressão suficientes para expansão pulmonar. Conforme orientação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, a BVM, depois de utilizada, deve passar por desinfecção de alto nível em Central de Material e Esterilização (CME). Durante o processo algumas peças podem sofrer danos, acarretando mau funcionamento do dispositivo à beira leito. Este trabalho tem por finalidade descrever ações para identificar defeitos no dispositivo e prevenção de danos aos pacientes. **Objetivos:** verificar a ocorrência de EA associados ao mau funcionamento do dispositivo BVM pós-implantação da avaliação de funcionabilidade, no CME do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch – M'Boi Mirim (HMMD). **Materiais e métodos:** Estudo prospectivo de EA relacionados à BVM antes e após implantação do método de checagem pós-desinfecção de alto nível, e análise do número de defeitos por processamento de BVM. Os dados foram analisados pela metodologia lean seis sigma de redução de defeitos. **Resultados:** Entre janeiro e setembro de 2012, antes da implantação, foram notificados 4 EA relacionados a defeitos nos dispositivos BVM, sendo 2 eventos adversos leves, 1 evento adverso potencialmente grave e 1 evento adverso grave. As etapas do processo de checagem incluíram: inspeção visual do conjunto, inspeção visual das lâminas de silicone, teste da válvula unidirecional de segurança, teste do reservatório de O₂ com insuflação de ar comprimido medicinal, teste de pressão positiva com pulmão-teste adulto, pediátrico e neonatal, conforme característica do dispositivo, etiquetagem do invólucro com nome do operador e registro dos achados em livro próprio. Após 6 meses da implantação do processo, de um total de 2043 processamentos de BVM, foram registrados 27 (1,3%) de defeitos, cujos dispositivos foram retirados de circulação até reparo definitivo ou troca. O cálculo do índice sigma para a ocorrência de defeitos na BVM pré e pós implantação, foi de 3,54 para 3,93, significando melhoria no desempenho do processo de avaliação de funcionabilidade. Assumindo-se que a proporção de defeitos relacionados à ocorrência de EA fosse a mesma antes da implantação do processo, o sigma calculado variaria de 4,36 para >9,66, significando que a ocorrência de EA por BVA tenderia a zero. **Conclusões:** A implantação do processo de avaliação de funcionabilidade, foi capaz de detectar defeitos nos reprocessamentos de BVM no CME, praticamente eliminado o risco de EA. Esta rotina trouxe enorme segurança aos pacientes que necessitam deste dispositivo, assim como tranquilidade aos profissionais que os operam nas emergências do HMMD.

Palavras-chave: Qualidade Reanimadores; Prevenção de Eventos Adversos; Reprocessamento

E-mail: elzacasale@uol.com.br

1.Hospital Municipal Dr Moyses Deutsch, São Paulo, SP, BRASIL.



Edineide Nunes Silva*1; Nicole Monteiro Dantas Medeiros1; Fernanda Ferreira Nóbrega1; Giselle Santana Gonçalves1; Eliane de Sousa Leite1

Resumo:

Introdução: O Centro Cirúrgico – CC é uma unidade de grande importância dentro do contexto hospitalar destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica. É um setor que necessita de profissionais altamente preparados e treinados para cumprir as atividades de enfermagem com competência e responsabilidade garantindo uma melhor assistência. Na atualidade, o enfermeiro cirúrgico passou a assumir cada vez mais encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo à necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem frente ao paciente cirúrgico.

Objetivos: Identificar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente no centro cirúrgico; identificar como ocorrem as práticas humanísticas do enfermeiro frente ao paciente no centro cirúrgico e conhecer os principais dilemas vivenciados pelos enfermeiros frente à assistência humanizada ao paciente no centro cirúrgico. **Método:** o estudo seguiu os pressupostos da resolução 196/96 que envolve a pesquisa com seres humanos, aporta-se numa pesquisa de campo, de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa cuja amostra foi composta por 06 enfermeiros atuantes no centro cirúrgico de um hospital público do alto sertão paraibano. Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado, os objetivos foram analisados a partir da estatística descritiva simples, enquanto que os subjetivos foram tratados mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Evidenciamos que a maioria dos entrevistados afirmou realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP em sua lida diária, entretanto, 84% destes, mencionou vivenciar dificuldades na realização desta atividade. Quanto às práticas de humanização da assistência, constatou-se a partir dos depoimentos dos entrevistados que estas carecem de um maior aperfeiçoamento, visto que estas foram reduzidas a recepção do paciente no centro cirúrgico, repasse de informação e preenchimento de fichas e, embora alguns profissionais tenham relatado realizá-las, estas ainda não se consolidaram enquanto prioridade em seu agir profissional. As dificuldades por eles vivenciadas relacionam-se a sobrecarga de funções, alta rotatividade de cirurgias, grande demanda de atividades burocráticas, falta de tempo para conciliar a gerência e a assistência, limitações na infra-estrutura e no quantitativo de recursos humanos. **Conclusão:** A realização desta pesquisa, além de muitas provocações reflexivas, nos despertou para o entendimento da necessidade de superação dos entraves que impedem a efetividade da SAEP no referido hospital, onde se faz necessário a adoção de atitudes, práticas e estratégias que favoreçam o aperfeiçoamento do processo de trabalho neste ambiente hospitalar, podendo ser viabilizado mediante a implantação da educação em saúde, do melhoramento da estrutura física, de recursos materiais, dentre outros. Ademais, evidenciamos a importância e a necessidade de conciliar as diversas funções do enfermeiro cirúrgico, dentre elas: a aproximação da tecnologia ao cuidado humano, do ritmo frenético ao estar perto, ouvir e atender as necessidades do paciente o que certamente proporcionará uma assistência de enfermagem holística.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem; Centro Cirúrgico; Humanização da Assistência

E-mail: edineidens@hotmail.com

1.Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Cajazeiras, PB, BRASIL.



Edineide Nunes Silva*1; Luana Egle Queiroz Damásio1; Adenusca Suérica Alencar de Sousa1; Fransuélío Félix do Nascimento1; Rosimery Cruz Oliveira Dantas1

Resumo:

Introdução: A Humanização em saúde constitui uma questão bastante discutida atualmente, tendo em vista o seu conceito abranger todos os níveis de atenção em saúde aos usuários, principalmente no que se refere aos setores hospitalares de alta complexidade como o Centro Cirúrgico. Neste cenário, a assistência de enfermagem ao paciente perioperatório, torna-se imprescindível ao bom andamento da intervenção cirúrgica e conseqüente recuperação do paciente, principalmente porque a enfermagem é a profissão que mais passa tempo junto ao paciente, e por isto é mais cobrada neste contexto; entretanto, em virtude dos avanços tecnológicos, da supervalorização do saber científico e do desenvolvimento de novas técnicas, o profissional de enfermagem passou a se distanciar da essência da sua formação e ocupar-se de funções meramente burocráticas, levando-o a afastar-se do cuidado humanizado. **Objetivo:** Investigar, sob a percepção do paciente, a assistência de enfermagem prestada na fase perioperatória, quando este se encontra no centro cirúrgico, com ênfase na humanização. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com 20 pacientes encontrados nas unidades de internação da Clínica Cirúrgica e Maternidade de um hospital público do alto sertão paraibano. O Estudo seguiu os pressupostos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob número 0225.0.133.000-11. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta e analisados qualitativamente através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados evidenciam que a maioria da amostra reside na cidade de Cajazeiras-PB (55%), possui entre 31 e 45 anos (35%), com 1º grau incompleto (30%). No tocante a qualidade da recepção dispensada pelos profissionais de enfermagem aos pacientes, os discursos revelaram, em sua maioria como pontos positivos o bom atendimento, o tratar pelo nome e o estabelecimento de diálogo; com relação a assistência prestada no pré e pós-operatório, os discursos foram heterogêneos, alguns pacientes afirmaram ter recebido apoio através de conversas e outros relataram ficar sozinhos enquanto aguardavam o atendimento. A maioria não tinha conhecimentos sobre a cirurgia indicada e nem tão pouco foram preparados pela equipe. Os sentimentos apresentados pelos entrevistados variaram entre felicidade, calma, medo, ansiedade e insegurança. A avaliação acerca da satisfação do atendimento prestado pela equipe foi classificada entre ótima e boa, uma vez que os pacientes são gratos aos enfermeiros pela sua preocupação e atenção a eles dedicadas. **Conclusão:** Embora os pacientes avaliaram como positiva a assistência recebida, constata-se que estes não foram devidamente preparados para se submeter ao processo operatório seguramente e que os sentimentos por eles expressados são decorrentes da precariedade da assistência, sendo esta uma lacuna que deverá ser superada, uma vez que a enfermagem precisa aperfeiçoar suas ações em relação à humanização. Sugere-se, portanto, a implantação de um programa institucional voltado para a humanização do atendimento no setor, bem como a elaboração de cartilhas, oficinas e educação continuada dos profissionais para que se possa implementar uma assistência de enfermagem individual holística pautada no cuidado humanizado.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Paciente Cirúrgico; Período Perioperatório

E-mail: edineidens@hotmail.com

1.Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Cajazeiras, PB, BRASIL.



Lisiane Paula Sordi*1; Débora Kalata Lain2; Flávia Magalhães Howes1; Janete Mota Paixão1

Resumo:

Introdução: a visita pré-operatória de enfermagem favorece a comunicação entre o enfermeiro e o paciente, permitindo ao enfermeiro a obtenção de informações a respeito de aspectos clínicos e sentimentos do paciente em relação ao contexto do procedimento, tais dados quando avaliados poderão auxiliar o enfermeiro na implementação de ações com vistas a uma assistência segura. **Objetivo:** verificar a opinião dos enfermeiros de centro cirúrgico e unidade de internação em relação à implantação da visita pré-operatória de enfermagem. **Método:** descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 15 enfermeiros atuantes em unidades de internação e de centro cirúrgico de um hospital filantrópico, localizado na região metropolitana do estado do Rio Grande do Sul. Para coleta de dados foi aplicado um questionário com 13 questões. Os dados foram armazenados em banco de dados Software Office Excel 2010 e analisados através da estatística descritiva, com análise de tabelas simples e tabelas cruzadas. **Resultados e discussão:** quando questionados sobre: a opinião em relação à implantação da visita pré-operatória de enfermagem na instituição, 100% responderam serem favoráveis; o que poderia ser feito para implantação da visita pré-operatória na instituição, 40% responderam que a criação de instrumentos para avaliação e registro auxiliaria no processo, 46,66% que seria necessário determinar um responsável pela implantação, 13,33% que seria necessário o conhecimento prévio da escala cirúrgica por parte da equipe de enfermagem; o motivo da não implantação da visita pré-operatória na instituição até o momento, 53,33% indicaram a falta de um instrumento para avaliação e registro, 33,33% desinteresse da equipe e 13,33% devido a desconhecimento da escala cirúrgica. Estudos têm indicado que a visita de enfermagem pré-operatória tem resultados positivos sobre o nível de ansiedade, medo e dor do paciente e favorece o auto-controle e o conhecimento em relação aos cuidados de saúde. **Conclusões:** os achados do estudo apontam que apesar da maioria dos enfermeiros serem a favor da implantação da visita pré-operatória, para a mesma ser colocada em prática é necessário a criação de um protocolo e a determinação de um responsável para implantação. Mesmo que os dados não possam ser generalizados, estudos como esse apontam para a reflexão sobre a necessidade de discussão com as equipes sobre a implantação da visita pré-operatória de enfermagem como uma ação que contribua para a segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Assistência de Enfermagem

E-mail: lisisordi@gmail.com

1.Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL; 2.Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas UFPEL, Pelotas, RS, BRASIL.

Maria Lucia Soero de Almeida*1; Sanah Sara Siebert1; Michele Santos Mariano1

Resumo:

O avanço da cirurgia cardíaca gerou desenvolvimento e expansão dos cuidados de enfermagem a pacientes com doenças cardiovasculares, na qual passaram a ser fundamentais para a recuperação do paciente submetido a este procedimento. A assistência de enfermagem no período pré operatório abrange as três fases da experiência cirúrgica: pré, trans e pós operatória. Cada uma compreende uma série de ações que o enfermeiro desempenha objetivando assegurar uma assistência de enfermagem. Segundo Solf (2009), a visita deve ser realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico, com a finalidade de conquistar a confiança do paciente e familiar, esclarecendo possíveis dúvidas, bem como, diminuindo ansiedade refletindo na qualidade da assistência no trans e pós-operatórios. A mesma também assegura sua individualidade, e promove a continuidade dos cuidados de enfermagem, favorecendo uma interação entre o enfermeiro e o paciente. A visita pré operatória se faz importante devido o paciente cirúrgico viver um período delicado, cheio de tensões e incertezas, onde sentimentos como ansiedade e medo, tomam conta de sua vida e de seus familiares. Desde sua internação o paciente se depara com diversas interferências em seu estado físico e psico-emocional. Suas maiores incertezas é o procedimento anestésico, transparecendo medo da perda dos movimentos, ou da morte. Além disso, a hospitalização traz um ambiente hostil e desconfortável, longe dos afazeres cotidianos e de familiares, no qual o paciente não é mais visto como uma pessoa, que possui nome e toda uma história de vida. Esses sentimentos e interferências se agravam à medida que o ato cirúrgico se aproxima, diante desta temática ressaltamos a importância de um cuidado sistematizado e humanizado. Diante deste contexto relatamos a experiência de implantação da visita pré operatória do enfermeiro do centro cirúrgico em uma instituição do Vale do Itajaí. Após estudos foi elaborado um instrumento de coleta de dados que auxilia o enfermeiro na visita pré operatória, onde constam algumas alterações que o enfermeiro deve observar e avaliar como dados de identificação, relacionados ao princípio de conservação de energia, integridade estrutural, e pessoal. No dia que antecede a cirurgia o enfermeiro vai até a unidade de internação e realiza a visita. Observou-se a importância da visita pré-operatória pelo enfermeiro por minimizar a ansiedade e prevenir complicações, além disso, propicia o estabelecimento de um relacionamento terapêutico, com obtenção de dados objetivos e subjetivos para o planejamento da assistência de enfermagem integral e humanizada e uma interação com a unidade de internação. Com esta temática esperamos destacar a importância da visita pré-operatória de enfermagem pelo enfermeiro de centro cirúrgico, entretanto faz-se necessário que este profissional incorpore em seu dia-a-dia a utilização de um instrumento de coleta de dados que possibilite a identificação dos diagnósticos de enfermagem que possam fornecer a base para o planejamento, só assim poderemos promover melhora da prática profissional e consequentemente, o paciente terá assistência integral e individualizada, fundamentadas em princípios científicos, com a participação do paciente e família do começo ao fim do processo terapêutico

Palavras-chave: Visita; Cirurgia; Assistência

E-mail: mlucia.soero@santaisabel.com.br

1. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, BRASIL.



Francine Vieira Pires*1; Anaclara Ferreira Veiga Tipple1; Lucimara Rodrigues de Freitas1; Jackelline Evellin Moreira dos Santos1; Flaviane Cristina Rocha Cesar1

Resumo:

A higienização das mãos (HM) tem o propósito de interromper a cadeia das Infecções relacionadas à Assistência em Saúde, entretanto a HM no contexto do Centro de Material e Esterilização (CME), unidade de apoio hospitalar, onde o cliente está ausente, ainda é pouco discutido. A eficácia da HM depende da correta execução de uma técnica que visa diminuir ou eliminar a microbiota da pele em toda a extensão das mãos e punhos por meio da ação mecânica e química, prevenindo assim a propagação de agentes infecciosos em serviços de saúde. Foi objetivo deste estudo descrever a técnica utilizada para HM pelos trabalhadores que atuam em um Centro de Material e Esterilização. Estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com os trabalhadores que atuam em um CME de um hospital de ensino de grande porte do município de Goiânia – GO. A coleta de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2012, com o preenchimento do check list por meio de observação direta e não participante sobre a sequência padronizada da técnica de higienização das mãos. Foi utilizada a estatística descritiva pela medida de frequência simples. Os aspectos éticos pertinentes foram considerados. Participaram do estudo 33 trabalhadores, sendo 31 da equipe de enfermagem e dois sem formação na área da saúde. Os profissionais tiveram a disponibilidade de recursos e insumos para a HM nas áreas suja, limpa e restrita do CME em todo o período do estudo, todas as pias possuíam torneiras de acionamento manual. Foram observadas 390 performance de higienização das mãos. Em 63,3% das performances os trabalhadores usavam fômites, como aliança/anel e relógio. A maioria dos trabalhadores apresentavam unhas limpas, curtas e não esmaltadas. Considerando o número de performance nas quais foram utilizadas água e sabão ou álcool em gel a 70%, totalizando 336, apenas em três (1,0%) oportunidades de observação os trabalhadores realizaram todas as etapas da técnica de higienização simples das mãos corretamente. E em nenhum registro os trabalhadores realizaram corretamente todas as etapas da técnica de fricção anti-séptica das mãos com álcool em gel a 70%, pois todos negligenciaram os leitos ungueais. Em várias oportunidades os trabalhadores secaram as mãos na própria roupa e um trabalhador que não esperou o álcool em gel a 70% secar naturalmente. Também foi observado o uso de um pano de tecido de algodão, de uso coletivo, apesar de haver papel toalha disponível na área limpa. Esses resultados se assemelham aos achados dos estudos em unidades onde o cliente está presente e colocam o CME na mesma condição de requerer investimentos educativos e de vigilância para a adesão a higienização das mãos. Vale lembrar que todos os procedimentos realizados nas áreas limpa e restrita do CME a adesão a prática de HM pelos trabalhadores tem relação direta com a segurança do processamento de produtos para saúde e, portanto com a qualidade da assistência. Referência: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Ministério da Saúde. Um guia para implantação da estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde para a melhoria da higienização das mãos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.

Palavras-chave: Lavagem de Mãos; Esterilização; Controle de Infecções

E-mail: francineyellow@gmail.com

1.Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.



[737]

P229 - O ENFERMEIRO EM BUSCA DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Maria Lucia Soero de Almeida*1; Sanah Sara Siebert1; Michele Santos Mariano1

Resumo:

A assistência de enfermagem no período peri operatório abrange as três fases da experiência cirúrgica: pré, trans e pós operatória. Cada uma dessas fases compreende uma série de ações em que o enfermeiro deve desempenhar com o objetivo de assegurar uma assistência de enfermagem adequada visando à prevenção de complicações e a segurança do paciente cirúrgico, com recursos humanos e tecnológico com mais qualificações podemos agir com mais segurança ao paciente e garantindo melhor assistência de enfermagem ao paciente que se submeteu a um processo cirúrgico. Em 2010 diante da necessidade de profissionais técnicos e a carência destes no mercado de trabalho, o hospital adotou como estratégia a contratação enfermeiro Junior, este entrou no mercado de trabalho para somar e melhorar a qualificação dos cuidados de enfermagem em ambiente crítico, tanto no centro cirúrgico como na sala de recuperação pós anestésica. Devido à sua pouca experiência profissional o enfermeiro Junior participa constantemente de rotinas que facilitam a sua jornada de trabalho e acrescenta na vida profissional. Fazer parte deste quadro não é somente ser mais um colaborador, e sim um profissional com mais conhecimento científico relacionado teoria com a prática diária. Na visão gerencial, o Enfermeiro Junior conquista seu próprio mérito afluindo seus conhecimentos e prevenindo possíveis complicações e uma assistência de enfermagem individualizada. O Enfermeiro Junior tem a habilidade, atitude e conhecimento como qualquer outro enfermeiro, por não haver a experiência necessária ainda é supervisionado pelo enfermeiro assistencial. A continuidade da assistência de enfermagem deve ser evidenciado em todos os plantões, e com a sistematização da assistência e prestada somente por enfermeiros possibilita uma maior qualidade de cuidado. O centro cirúrgico bem como na SRPA tem se tornado cada dia mais complexo, a tecnologia que constantemente vem avançando-nos trás a obrigação de qualificação de recursos humanos assim como a melhoria da assistência de enfermagem no processo cirúrgico. Isso se faz extremamente essencial devido a que o ambiente crítico é sem dúvidas um ambiente estressante, sem esquecer da gestão de pessoas para que sua equipe esteja em um bom momento para a realização do processo cirúrgico, ou seja, ambientes críticos necessitam cada vez mais de colaboradores com inteligência emocional somado a conhecimento científico.

Palavras-chave: Enfermeiro; Junior; Assistência

E-mail: mlucia.soero@santaisabel.com.br

1. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, BRASIL.



Edineide Nunes Silva*1; Úrsula Hérica dos Santos Moura1; Patrícia Peixoto Custódio1; Migna Jucy Marques da Silva1; Maria Berenice Gomes Pinheiro1

Resumo:

Introdução: O Centro Cirúrgico (CC) é um ambiente complexo de alta concentração tecnológica, constituído por uma série de dependências interligadas conforme sua complexidade e demanda de atendimento a fim de proporcionar ótimas condições a realização do ato anestésico-cirúrgico. A ambiência do CC refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais promotor de uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, espaço de encontro entre sujeitos, que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de novas subjetividades, inovações e uma dinâmica de cuidar voltada às intervenções humanísticas.

Objetivos: Analisar a ambiência do centro cirúrgico de um hospital público do alto sertão paraibano sob a ótica de profissionais de Enfermagem; Observar a repercussão da ambiência do centro cirúrgico na qualidade da assistência prestada ao cliente cirúrgico. **Método:** Trata-se de um estudo de campo, de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, cujo instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado aplicado a 37 profissionais de enfermagem atuantes no CC de um hospital público do alto sertão paraibano, que dispõe de 03 salas cirúrgicas e é referência para o atendimento de mais de 150.000 usuários. O estudo respeitou os pressupostos da pesquisa envolvendo seres humanos, os dados objetivos foram tratados mediante a estatística descritiva simples enquanto que para o tratamento dos dados subjetivos utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Os dados coletados permitiram evidenciar que há uma prevalência de trabalhadores jovens variando na faixa-etária entre 20-30 anos, com essência feminina correspondendo a 86% da amostra e predomínio da categoria de nível técnico com 84% dos participantes. Na avaliação dos dados específicos verifica-se que um percentual muito representativo desconhecia o termo ambiência, dos que conheciam 62% identificou que há inadequabilidade na ambiência em saúde do setor estudado, enfatizando em seus discursos que esta necessita ser aperfeiçoada visto que a estrutura física do bloco cirúrgico não condiz com a realização de práticas humanizadas. Quando questionados se a ambiência do setor repercute na qualidade da assistência prestada, 78% afirmaram que esta inadequabilidade interfere negativamente na qualidade da assistência prestada desencadeando insatisfação tanto por parte do profissional quanto do cliente. **Conclusão:** Cabe considerar que a ambiência do Centro Cirúrgico em questão encontra-se aquém do esperado, repercutindo negativamente na atuação da enfermagem, profissão que deve proporcionar uma assistência humanizada no atendimento às necessidades do paciente cirúrgico com ênfase para o cuidado integral. Assim, consideramos ser necessário a implementação de melhorias relativas à temática no cenário estudado, objetivando a promoção de um processo de trabalho harmonioso e uma assistência mais qualificada, Visto que não se desenvolve uma assistência de excelência, com uma ambiência em saúde inadequada, havendo, portanto, a necessidade urgente de sua readequação.

Palavras-chave: Ambiência; Centro Cirúrgico; Equipe de Enfermagem

E-mail: edineidens@hotmail.com

1.Faculdade Santa Maria - FSM, Cajazeiras, PB, BRASIL.



Alessandra Nazareth Roscani*¹; Antonio Gonçalves Oliveira-Filho²; Maria Isabel Pedreira Freitas³

Resumo:

Introdução: A assistência cirúrgica tem demonstrado como uma área crítica de assistência em saúde. Dados da Organização Mundial de Saúde tem demonstrado que a taxa de mortalidade relatada após cirurgia varia de 0,4 a 0,8% em países desenvolvidos e de 5 a 10% em países em desenvolvimento. A lista de verificação de segurança cirúrgica tem resultado em melhoria da qualidade da assistência cirúrgica, com conseqüente melhoria nos indicadores de resultado dessa assistência. **Objetivo:** Estudo retrospectivo que tem como objetivo analisar o impacto da inserção da lista de verificação de segurança cirúrgica nos indicadores de resultado do procedimento cirúrgico eletivo em um hospital terciário de ensino do interior do Estado de São Paulo. **Método:** Para o presente estudo estabeleceu-se a análise de dois indicadores: taxa de mortalidade cirúrgica e coeficiente de letalidade cirúrgica. Os dados foram coletados junto à base do portal de indicadores institucionais e submetidos à análise estatística descritiva. Considerou-se para o estudo, o período de 2008 a 2012. **Resultados:** No período foram realizadas em média 483 cirurgias eletivas por mês e 4786 cirurgias por ano. Junto aos indicadores estabelecidos, observou-se que a taxa média de redução de óbitos cirúrgicos com relação aos últimos quatro anos foi de 40% em 2012 com pico de 50% na redução com relação ao ano de 2008. Outro achado do estudo, refere-se ao coeficiente de letalidade no qual observou-se a redução de 72% em relação à média dos últimos quatro anos, com pico de 75% de redução em relação aos anos de 2008 e 2009. **Conclusão:** A inserção da lista de verificação de segurança cirúrgica associa-se à melhoria nos indicadores de resultado do processo procedimento cirúrgico. Ressalta-se ainda, que a gestão de centro cirúrgico deve se basear na observação contínua e na avaliação criteriosa dos resultados das ações e intervenções propostas. A melhoria dos processos e conseqüentemente, dos resultados deve ser uma meta prioritária dos gestores de saúde.

Palavras-chave: Indicadores de Gestão; Segurança; Gestão de Qualidade

E-mail: alessandra@hc.unicamp.br

1.HC e FE UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 2.HC e FCM UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL; 3.FE UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL.



[740]

P232 - CONDIÇÕES DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Edineide Nunes Silva*1; Anacélia Rocha dos Santos1; Kylvia Luciana Pereira Costa1; Camila Cristina da Silva2; Hávila Thais Santana Santos2

Resumo:

Introdução: O Centro Cirúrgico (CC) é uma área complexa e de acesso restrito de um estabelecimento de saúde, que se destina à realização de intervenções cirúrgicas. Assim sendo, comporta-se como um espaço que precisa de um grande aparato físico e tecnológico e de uma equipe multiprofissional capacitada para desempenhar uma assistência de qualidade. Os enfermeiros são profissionais que, historicamente, exercem a “chefia” destes locais, conciliando os diferentes conflitos existentes entre equipes assistenciais (cirúrgica e de enfermagem) e administração (manutenção e insumos), além do que, permanecem continuamente no local, razão pela qual se encontram sujeitos a um maior desgaste físico e psicológico. Nessa perspectiva é que se destaca a necessidade de melhoras no serviço com o intuito de aperfeiçoar as condições de trabalho dos profissionais e conseqüentemente a dinâmica de funcionamento do CC. **Objetivo:** Caracterizar as condições de trabalho dos enfermeiros do Centro Cirúrgico de um hospital público no alto sertão paraibano. **Métodos:** Estudo observacional, quantiquantitativo, com análise estatística e procedimento comparativo e descritivo, desenvolvido no CC do Hospital Regional de Cajazeiras – PB, único espaço da região que oferece o exercício da enfermagem perioperatória. A população do estudo foi composta por todos os seis enfermeiros que atuam nesse espaço. O instrumento de coleta de dados foi um questionário. Os dados quantitativos foram analisados à luz da estatística descritiva e os qualitativos, com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Para tanto, foram respeitados os preceitos éticos legais estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: A amostra do estudo foi composta por 6 enfermeiros. 83% são do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 26 e 30 anos (83%). Estado civil casado (33,34%), solteiro (33,34%) e separado (33,34%). 67% não têm especialização na área que atuam; 50% possuem outro emprego e trabalham de 20 a 40 horas semanais. 83% trabalham nesse CC entre 1 e 3 anos e essa mesma porcentagem não recebeu nenhum tipo de treinamento antes de entrar em exercício nesse local. 83% encontram-se satisfeitos com o trabalho desenvolvido por eles e 66%, insatisfeitos com a estrutura física. 50% apresentaram problemas de saúde como microvarizes, alergias e gastrites durante o tempo total de serviço nessa instituição. 100% dos enfermeiros não consideram o ambiente de trabalho adequado, destacando como fatores agravantes a iluminação inadequada (67%), umidade do ar (83%) e espaço físico (100%), sendo esse último apontado como fator sugestivo de melhora no setor, assim como também a implantação da educação continuada, representado 67%. Verificou-se que as condições de trabalho oferecidas aos profissionais influenciam diretamente no desempenho, na satisfação e na qualidade de vida dos mesmos. **Conclusão:** O referido setor possui problemas relevantes tanto de ordem estrutural como organizacional. Importante notar que, apesar de não ter sido apontado condições salariais, a procura por outros empregos permite inferir a sobrecarga de trabalho semanal que pode extravasar os limites do próprio organismo, o que acarreta desenvolvimento de afecções por conta da adaptação a este ambiente. Diante disso, mudanças no espaço físico e o estabelecimento da educação continuada precisam ser implementadas com o intuito de otimizar o trabalho dos enfermeiros no ambiente de Centro Cirúrgico estudado.

Palavras-chave: Enfermagem Condições de Trabalho; Enfermagem em Centro Cirúrgico; Ergonomia

E-mail: edineidens@hotmail.com

1.Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Cajazeiras, PB, BRASIL; 2.Faculdade Santa Maria - FSM, Cajazeiras, PB, BRASIL.



[741]

P233 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE ANATOMOPATOLÓGICOS, MICROBIOLOGIA E CITOLOGIA DE PACIENTES CIRÚRGICOS

Kelly Magnus Portal*1

Resumo:

Introdução: O Serviço de Patologia e Microbiologia são os locais para onde destinam-se materiais provenientes das cirurgias e que irão definir condutas em relação ao tratamento do paciente. Anatomia patológica é um ramo da medicina que lida com o diagnóstico das doenças baseado no exame macroscópico de peças cirúrgicas e microscópicos para o exame de células e tecidos. A Citopatologia estuda as doenças a partir de observação ao microscópio de células obtidas por esfregaços, aspirações, raspados. A microbiologia estuda a microbiota normal, residual e patológica, detectando a presença de vírus, bactérias e fungos em amostras. A equipe de enfermagem do centro cirúrgico exerce papel importante, pois são responsáveis pela identificação, acondicionamento e encaminhamento corretos do material resultante das cirurgias. **Objetivos:** mostrar fluxo de encaminhamento e acondicionamento dos exames de anatomopatológico, microbiologia e citologia coletados de pacientes cirúrgicos no HCPA; apontar principais dificuldades da equipe de enfermagem do centro cirúrgico em relação aos encaminhamentos desses exames. **Metodologia:** Relato de experiência dos profissionais atuantes na Área de Apoio do HCPA e visita ao laboratório de patologia clínica e microbiologia desta instituição. **Resultados:** Conforme solicitação do cirurgião, anatomopatológicos devem ser acondicionados em formol 10% de modo que o conteúdo fique submerso na solução e em temperatura ambiente. O acondicionamento incorreto pode causar perda de material e resultados insatisfatórios. É importante salientar que por Legislação Brasileira, cortes das peças cirúrgicas devem ser processadas em blocos de parafina, identificadas e guardadas permanentemente na instituição. Após processamento de corte da peça a mesma permanece armazenada em formol por 3 meses e após é recolhida e incinerada por empresa terceirizada. Para microbiologias, o material deve permanecer em temperatura ambiente e livre de soluções quando material líquido (ascite, pús) e em soro fisiológico 0,9% se material sólido (fragmentos). Para citologias, o material deve ser coletado e acondicionado em frasco contendo heparina (exceto líquido). Encaminhá-lo ao laboratório de citologia o mais breve possível, caso isso não seja viável, acondicionar sob refrigeração, evitando congelamento do material. A circulante de sala deve rotular o frasco (pote ou balde) ou a seringa com etiqueta de identificação do paciente e descrever o material conforme orientação da equipe cirúrgica. No término da cirurgia, esse material deve ser levado pela circulante da sala para a Área de Apoio e registrado em planilhas específicas. O auxiliar da patologia irá recolher esse material em horários pré-determinados. As principais dificuldades relatadas pelos profissionais da Área de Apoio foi quanto ao preenchimento com letra ilegível do material; retorno do exame quando o nº da solicitação não confere com o material enviado ou quando a equipe cirúrgica não faz a solicitação do exame via sistema. **Conclusões:** O envio de materiais provenientes das cirurgias é de extrema importância para a equipe assistencial definir condutas de tratamento. No momento de retirada do material o cirurgião deve informar a descrição do mesmo; a circulante deve preencher com letra legível a etiqueta; o técnico de enfermagem da Área de Apoio deve encaminhar ao seu destino e no caso de haver problemas, tentar resolvê-los assim que possível para que o material não seja perdido.

Palavras-chave: Enfermagem; Anatomopatológico; Microbiologia

E-mail: kellyportal@hotmail.com

1.Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[742]

P234 - ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS MATERIAIS DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO PARA A GUARDA DE PRODUTOS PARA SAÚDE PROCESSADOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Lucimara Rodrigues de Freitas*1; Anaclara Ferreira Veiga Tipple1; Francine Vieira Pires1; Jeenna Louhanna Umbelina Spagnoli1

Resumo:

Introdução: Os produtos para saúde (PPS) processados devem possuir, dentro e fora do Centro de Material e Esterilização (CME), uma área adequada para seu armazenamento, centralizada e que facilite sua localização e identificação; um local limpo e seco, protegido da luz solar, onde sejam submetidos a manuseio mínimo (ANVISA, 2012). Contudo, não se sabe quais são os cuidados dispensados na guarda dos PPS processados depois que são distribuídos pelo CME e armazenados nas unidades de internação. Esse estudo desvela a interface da segurança dos PPS processados com as unidades consumidoras desses insumos, contribuindo para a ampliação da sua responsabilidade e cuidados para os gestores e profissionais da saúde das diferentes unidades hospitalares.

Objetivo: Caracterizar o sistema de guarda de PPS processados das unidades de internação quanto aos aspectos estruturais e recursos materiais disponíveis. **Metodologia:** estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em 11 unidades de internação de um hospital de ensino de grande porte do município de Goiânia/GO. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital local do estudo (protocolo nº 167/2011) e observados os aspectos éticos pertinentes, os dados foram coletados por observação direta, com o preenchimento de um check list baseado nas recomendações e normas sanitárias vigentes, abordando aspectos estruturais e recursos materiais disponíveis para guarda de PPS processados. Resultados: Nenhum sistema de guarda das 11 unidades de internação atendia todas as recomendações acerca dos aspectos estruturais e recursos materiais para o armazenamento de PPS processados, sendo que dez unidades (90,9%) os guardavam em áreas não exclusivas, destinadas a outras funções e junto a produtos não esterilizados. Quanto ao sistema de condicionamento de ar, observou-se que a única unidade que possuía ar condicionado exclusivo para área de guarda, o manteve desligado durante todo o período e que nenhuma fazia o monitoramento da temperatura ambiente e umidade relativa do ar. Todas as unidades possuíam armário revestido com fórmica, fechado e fixado à parede para acondicionamento de PPS processados, sendo que cinco unidades de internação (45,5%) possuíam mais de um tipo de local/mobiliário, incluindo duas (18,2%) que os acondicionavam em caixas de papelão. Sete unidades (63,6%) possuíam todos os recursos e insumos que viabilizavam a higienização simples das mãos (pia, sabão líquido, papel toalha e cesto para resíduo comum), sendo que cinco delas correspondiam às mesmas que disponibilizavam o dispensador para álcool gel a 70%. Duas unidades (18,2%) não havia nenhum recurso para a higienização das mãos. **Conclusão:** A maioria das unidades de internação não cumpria os requisitos quanto os aspectos estruturais e recursos materiais para a guarda de PPS, podendo comprometer a manutenção da sua esterilidade e implicar em riscos na segurança dos usuários. Referências: Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 15/2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

Palavras-chave: Esterilização; Armazenamento; Administração de Materiais no Hospital

E-mail: francineyellow@gmail.com

1.Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.



[743]

**P235 - GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS NO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
UMA RESPONSABILIDADE COLETIVA E INSTITUCIONAL**

Paloma Guedes Cavalcanti*1; Silvia Helena da Silva1

Resumo:

Introdução: Na atualidade, um dos problemas que assola a sociedade moderna são os resíduos sólidos, que quando dispostos inadequadamente no ambiente provocam poluição da água, solo e ar, trazendo sérias consequências para saúde, já que esta é resulta das condições do meio ambiente, entre outros fatores. No que se refere aos resíduos aos Resíduos Sólidos de Saúde (RSS), verifica-se uma peculiaridade importante, pois quando gerenciados inadequadamente, oferecem risco potencial ao ambiente. Essa problemática vem sendo cada vez mais objeto de preocupação de órgãos de saúde, ambientais, prefeituras, técnicos e pesquisadores da área. Isso se evidencia pela quantidade de legislações e referências existentes relacionadas ao gerenciamento desses resíduos na atualidade. O estudo em questão foi realizado no Centro cirúrgico de um Hospital Universitário na cidade do Rio de Janeiro, pois verifica-se neste setor ocorre uma grande produção de resíduos inorgânicos e que o gerenciamento inadequado dos resíduos de saúde produzidos em uma unidade hospitalar além de estar em desacordo com a legislação vigente, torna este processo mais oneroso para a instituição, devido ao manejo diferenciado, além do impacto negativo para saúde pública e sociedade causado pelos resíduos dos serviços de saúde mal gerenciados. **Objetivo:** Diagnosticar o Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário, Observar, descrever e relacionar a geração e manejo, no que se refere as etapas de segregação, acondicionamento, identificação e armazenamento temporário dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSSS) produzidos no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário com a legislação vigente sobre o tema, apontando alguns aspectos importantes necessários para atender ao compromisso institucional de cumprir com a lei vigente sobre esse aspecto. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa realizada a partir da observação não participante, utilizando-se um instrumento de observação sobre geração e manejo dos resíduos sólidos gerados no Centro Cirúrgico, contemplando as etapas sobre de segregação, acondicionamento, identificação e armazenamento temporário, sendo considerada todas as dependências deste setor. Posteriormente, as informações obtidas com o instrumento de observação foram descritas e em seguida relacionadas com a legislação vigente sobre GRSSS. Esta legislação foi consultada em meio eletrônico, nos sites oficiais das entidades que regulamentam este procedimento em território nacional. **Resultados:** Este estudo permitiu afirmar que o GRSSS neste Centro cirúrgico ainda não é uma realidade vivenciada pelos profissionais deste setor. foram verificados alguns desacordos com a legislação vigente sobre as etapas do gerenciamento abordadas, relacionadas aos dispositivos utilizados no processo de gerenciamento, à estrutura física e sobre o aspecto educativo dos colaboradores. **Conclusão:** Este estudo permitiu afirmar que a instituição precisa, além de criar e implantar a comissão e o plano de gerenciamento de RSS, precisa também investir em dispositivos físicos, capacitação e treinamento sistemático e permanente que abranja os profissionais atuantes no Centro Cirúrgico, equipe médica, de enfermagem e de higienização, e também os alunos em processo de formação, estimulando desenvolvimento de uma consciência ambiental para um gerenciamento legalmente e ambientalmente adequado dos seus resíduos.

Palavras-chave: Resíduos de Saúde; Gerenciamento de Resíduos; Centro Cirúrgico, Saúde Coletiva

E-mail: palomaguedes17@hotmail.com

1.UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[745]

P236 - PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Maria Zelia de Araújo Madeira*1; Cecília Passos Vaz da Costa1; Lara Emanueli Neiva de Sousa1; Plínio Trabasso2; Luciane Rodrigues da Costa Bezerra3

Resumo:

O período de recuperação pós-anestésica é julgado crítico, é o cuidado de enfermagem pautado no desenvolvimento de atividades programadas desde a saída do paciente da sala de cirurgia até o momento da sua alta da Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA). Os objetivos do estudo são: descrever a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem prestado ao paciente em RPA e analisar como o cuidado de enfermagem prestado na SRPA influencia no quadro clínico-cirúrgico do paciente. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa no qual a produção dos dados foi realizada por meio da técnica da entrevista semi-estruturada, no período de março a abril de 2012, os sujeitos do estudo foram 07 enfermeiros que atuam na SRPA de um hospital especializado em serviços de urgência e emergência do município de Teresina-PI. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa sob o nº CAAE 0477.0.045.000-11. Na execução desta pesquisa percebeu-se que a maioria dos sujeitos do estudo apresentava faixa etária compreendida entre 26 e 30 anos (42,9%), esse fato evidencia uma forte presença de adultos jovens em plena atividade e vigor profissional. O tempo de formação da graduação em Enfermagem entre 0 a 10 anos (42,9%). Com relação à titulação profissional máxima o estudo revelou que 100% das entrevistadas possuíam especialização. Desta forma, essa informação demonstra que os sujeitos da pesquisa estão preocupados em adquirir novos saberes como forma de complementação aos adquiridos na graduação e também em oferecer uma assistência de melhor qualidade ao cliente que se encontra na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. O período de trabalho na SRPA dos sujeitos de 1 a 3 anos (57,1%) e superior a 3 anos 42,9%. Os discursos foram analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin, que se evidenciou 3 categorias: Percepção dos enfermeiros sobre o cuidado na SRPA cuidado de enfermagem, de acordo com as depoentes o cuidado é importante e influencia na recuperação do paciente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico; a segunda, Práticas de cuidados intensivos na SRPA, constatou-se que o cuidado desenvolvido na SRPA é classificado como minucioso e feito de forma intensiva; e a última categoria, Cuidado de enfermagem e a segurança do paciente, nesta é evidenciado a relação entre o cuidado de enfermagem realizado na SRPA e a segurança cirúrgica do paciente. Os resultados apontaram que o cuidado de enfermagem é percebido como importante e que influencia muito na recuperação e na segurança cirúrgica do paciente, além disso, evidenciou a existência de práticas de cuidados intensivos, porém tais práticas são expressa por ações técnicas, rotineiras e menos humanizada.

Palavras-chave: Enfermagem em Sala de Recuperação; Cuidados de Enfermagem; Percepção Social

E-mail: zeliamaadeira15@yahoo.com.br

1.UFPI, Teresina, PI, BRASIL; 2.UNICAMP, Teresina, PI, BRASIL; 3.HGV, Teresina, PI, BRASIL.



Paloma Guedes Cavalcanti*1; Silvia Helena da Silva1

Resumo:

Introdução: O látex é um líquido retirado de uma árvore nativa brasileira, a *Hevea Brasiliensis*, ou seringueira. Utilizado na indústria, principalmente como matéria prima de materiais de uso médico-hospitalar e odontológico. Na atualidade o látex tem sido responsável por um número considerável de reações de hipersensibilidade. As reações alérgicas podem resultar da exposição às proteínas do látex por diversas vias, tais como: pele, mucosas, pelas vias respiratórias, por ingestão, inoculação pelos ferimentos, venosa. Embora reações anafiláticas mais graves possam ocorrer em diferentes situações, na maioria dos relatos foram registradas no período perioperatório e cerca de 12 a 17% foram atribuídas ao látex. Sendo assim é de suma importância que os profissionais de enfermagem perioperatória tenham conhecimento sobre os cuidados/assistência a serem adotadas neste contexto para manutenção de um ambiente seguro para o paciente. **Objetivos:** Identificar a produção científica brasileira sobre cuidados/assistência de enfermagem perioperatória prestados ao paciente alérgico ao látex; Comentar as estratégias de enfermagem perioperatória descritas na literatura sobre cuidados/assistência destinados ao paciente alérgico ao látex. **Método:** Trata-se de um estudo realizado a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e revisão integrativa de literatura, a partir da busca de nas bases de dados BDENF, CINAHAL, DEDALUS, LILACS, MEDILINE, SCIELO e com a ferramenta GOOGLE ACADÊMICO, com auxílio da estratégia PICO modificada, sendo suprimido os componentes “I” e “C”. A combinação dos tesouros e operadores booleanos foi a seguinte: Hypersensitivity Látex AND Perioperative Care OR Perioperative Nursing OR Nursing Care. A pesquisa ocorreu também no Portal de Teses de Universidade de São Paulo – e bibliotecas virtuais: SOPHIA da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e MINERVA da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ. O período abordado foi de 2001 à 2011. Foram selecionadas publicações científicas brasileiras, que respondessem a questão de estudo deste artigo, sendo excluídos artigos de revisão e resumos de eventos científicos. **Resultados:** A partir dos resultados, foi possível verificar que 44% das publicações estão em outro idioma, e 46% dos achados em português pertencem a outras áreas de conhecimento como imunologia, nutrição, anestesiologia, odontologia, pediatria e cirurgia, e apenas 10% refere-se a assistência de enfermagem perioperatória. As publicações em português representam 55% das publicações, porém 46% pertencem a outras áreas de conhecimento, ou quando são relacionadas à enfermagem tratam sobre exposição ocupacional, tema bastante abordado tanto pela enfermagem quanto pela anestesiologia, e somente 4,7%, 03 publicações, respondem a questão proposta no estudo. **Conclusão:** Apesar da relevância das publicações encontradas, apresentando dados de importância para a prática profissional, fica explícita a carência de evidências científicas brasileiras para subsídio da atuação da enfermagem perioperatória, fazendo-se necessário intensificar os esforços para desenvolvimento de pesquisas no âmbito brasileiro com intuito de produzir fortes evidências sobre o tema investigado para um direcionamento seguro da prática da enfermagem perioperatória. Outra questão relevante encontrada neste estudo diz respeito à inconsistência de informações apresentadas em algumas das bases de dados pesquisadas.

Palavras-chave: Enfermagem; Alergia ao Látex; Enfermagem Perioperatória

E-mail: palomaguedes17@hotmail.com

1.UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[748]

P238 - TREINAMENTO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO ESTRATÉGIA BÁSICA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO

Debora Rodrigues Guerra*1; Geysa Maria Nogueira Farias1; Marilene Alves Bezerra Barros1; Osmarina Dantas Estevam1; Sandra Valéria Barros Pinheiro1

Resumo:

Introdução/Objetivo: A higienização da mãos é a medida de maior impacto e comprovada eficácia na prevenção e controle de quaisquer infecções relacionadas à assistência à saúde, uma vez que impede a transmissão cruzada de micro-organismos. Diversos estudos mostram a importância desta prática na redução nas taxas de infecções e morbi-mortalidade, bem como, reduz a transmissão de micro-organismos multi-resistentes em serviços de saúde. Embora seja uma atividade simples, ainda representa um desafio para a segurança do paciente cirúrgico. Assim, realizamos o presente estudo com o objetivo de relatar a experiência de enfermeiras ao realizar um treinamento acerca da higienização das mãos para acadêmicos e trabalhadores que atuam direta e indiretamente em procedimentos cirúrgicos. **Metodologia:** Estudo do tipo relato de experiência, ocorrido no período de março a maio de 2013, no Núcleo de Atenção Médico Integrada da Universidade de Fortaleza – CE. Neste Estabelecimento de Assistência à Saúde, ocorrem consultas médicas, análises laboratoriais e imunização a serviços especializados em diagnósticos por imagem, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e terapia ocupacional e atividades ambulatoriais e há 3 anos ampliou o serviço realizando procedimentos cirúrgicos, que hoje são em torno de 100 mensais, com tendência a ampliação deste número. Diante desta nova realidade, percebemos a necessidade de capacitar alunos e trabalhadores deste serviço, acerca dos protocolos de higienização das mãos e desenvolvemos um projeto denominado Operação Mãos Limpas, com o Slogan “Lave suas mãos: mantenha sua consciência limpa!”. **Resultados:** Inicialmente, realizamos um levantamento bibliográfico acerca da relevância da higienização das mãos como estratégia básica para a segurança do paciente cirúrgico, a partir de recomendações de boas práticas nacionais e internacionais. Em seguida, realizamos visitas técnicas aos setores da instituição, identificando a disponibilidade de dispensadores de sabonete líquido e álcool em gel e pias exclusivas para lavagem das mãos, sendo solicitado à gestão do serviço a providência de outros a fim de se ter um dimensionamento adequado. Firmamos uma parceria com o setor de farmácia, a fim de produzirem álcool em gel a 70% e embalarem, em frascos de 60ml, para disponibilizarmos individualmente aos participantes dos treinamentos a fim de transportá-los próximo ao corpo e facilitar a adesão à higienização das mãos, além disso, outros parceiros como gráfica e serviços gerais contribuíram na confecção de painéis, folders e quadros. A prática educativa foi realizada com funcionários e acadêmicos que estavam no serviço durante o período do projeto, por meio de ações in loco, desde a recepção até às salas cirúrgicas, com as recomendações específicas para os profissionais que atuam diretamente nos procedimentos cirúrgicos. **Considerações Finais:** Compreendemos que a realização deste projeto mobilizou pessoas, proporcionou mudanças de comportamento e deverá ocorrer de maneira sistemática para a manutenção da segurança dos pacientes assistidos nesta instituição.

Palavras-chave: Higienização das Mãos; Segurança do Paciente; Educação Permanente

E-mail: deborarguerra@hotmail.com

1.UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL.



[749]

P239 - O TÉCNICO DE ENFERMAGEM: CUIDADOS NO TRANSPLANTE CARDÍACO

Jair Rosa Pascoal*¹; Celso Ricardo Mendes¹; Elaine Moraes S. Fortunato¹; Sandra Toffolo¹

Resumo:

Introdução: Neste ano de 2010 a Associação Brasileira de transplante (ABTO) junto a São Paulo Interior Transplante (SPIT) fazem 24 anos de existência, sendo o hospital de Clínica de São Paulo o primeiro a realizar o transplante de coração do Brasil. Consequentemente o grau de complexidade desses pacientes leva ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da assistência prestada pela equipe de enfermagem no transplante cardíaco.

Objetivo: Abortar os cuidados de enfermagem prestados pelo técnico em enfermagem ao paciente submetido ao transplante cardíaco. **Metodologia:** Realizada uma revisão da literatura em artigos publicados nos últimos cinco anos. Resultados: De acordo com o levantamento realizado os cuidados de enfermagem prestados pelo técnico em enfermagem no pré-operatório estão relacionados ao preparo do paciente, orientação do paciente/família, comunicação com as unidades de apoio; no intra-operatório - cuidados com o posicionamento, tricotomia, sondagem vesical, hemorragias e hipotermia; no pós-operatório avaliação cardiopulmonar, estado de hidratação, balanço hídrico rigoroso, exames clínico - laboratoriais, manejo do controle de dor, acessos vasculares, drenos, sondas, hemorragias, estimular a deambulação, prevenção de infecções, visando minimizar as complicações.

Conclusão: O papel do técnico em enfermagem é de fundamental relevância aos cuidados prestados ao paciente em transplante cardíaco, logo faz se necessário o aprimoramento/capacitação desses profissionais, com uma abordagem holística, comprometendo-se com a vida em sua integridade

Palavras-chave: Transplante Cardíaco; Cuidados de Enfermagem; Transplante

E-mail: rosa.jair80@gmail.com

1.UFU, Uberlandia, MG, BRASIL.



[750]

P240 - AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DO REGISTRO DE ENFERMAGEM NO INTRAOPERATÓRIO NA CIRURGIA NEUROLÓGICA

Marcia Kuck*1; Ivana Trevisan1; Thais Teixeira Barpp1

Resumo:

Introdução: Visando promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada em 1985 foi proposto um modelo assistencial denominado de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) no qual o paciente é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado. A documentação facilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde, serve como um registro legal dos cuidados prestados, fornecendo um mecanismo para comparar a efetividade das intervenções aos cuidados almejados e é imprescindível que haja revisão do processo de documentação e educação do pessoal, pois estes servem como diretrizes operacionais. O registro de enfermagem no transoperatório vem a crescer na segurança, qualidade de atendimento, controle de custos e reforço da investigação clínica, uma vez que todo e qualquer ocorrência registrada respalda a atividade profissional e traz a garantia do cuidado prestado. **Objetivo:** Avaliar a presença do registro de enfermagem no período intra-operatório nas cirurgias neurológicas, verificando a presença dos registros de enfermagem em relação. **Metodologia:** O estudo é quantitativo, transversal e descritivo. Documental e retrospectiva. Foram considerados como fontes de informação os prontuários de pacientes submetidos à cirurgia neurológica. A amostra deste estudo foi aleatória de prontuários dos pacientes submetidos a esse procedimento, referente Observou-se o maior numero de registros realizados pelo técnico de enfermagem do que pelo ao período de janeiro a dezembro de 2009. O presente estudo foi realizado em um hospital geral, particular e convênio, de grande porte do município de Porto Alegre. Para a análise estatística foi realizado um banco de dados no programa excel e posteriormente exportados os mesmos para o programa SPSS v.18.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas com frequências absolutas e frequências relativas percentuais, e calculando o intervalo de 95% de confiança para a proporção. **Resultados:** Analisando os resultados na cirurgia neurológica verificou-se que os itens com maior porcentagem de não registro foram o tempo cirúrgico, presença de drenos e descrição do curativo em 100% dos prontuários pesquisados seguidos por encaminhamento do paciente 97,4% e de anatomopatológico 95,8%. Os itens com menor índice de não registro foram punção venosa 12,8% e presença de exames 17,9%. **Conclusão:** Verificou-se que ainda são poucos os registros de enfermagem na fase intraoperatória, visto que de todos os itens avaliados nos prontuários pesquisados, apenas cinco foram contemplados com mais de 50% de presença e três itens apresentaram 100% de não registros. A falta de registro no intraoperatorio faz parecer que talvez o enfermeiro de centro cirúrgico ainda possa ampliar seu papel assistencial, buscando focar atenção nos aspectos administrativos, ou ainda atendendo a solicitações da equipe médica. Esta escassez de registros dificulta a promoção da assistência integrada, continuada, e individualizada ao paciente. Uma forma de facilitar os registros de enfermagem no intraoperatório, poderia ser a implementação de um instrumento padrão que se adapte às necessidades do paciente no intraoperatório, e o treinamento da equipe de enfermagem para sua correta utilização.

Palavras-chave: Registros de Enfermagem; Intraoperatório; Assistência Perioperatória

E-mail: mkuck@terra.com.br

1.Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.



Elisandra Medianeira Razera Nogueira*1; Adriana Dall Asta Pereira2; Carla Lizandra de Lima Ferreira2; Mirele Machado Rocha2; Rita Patricia Pereira Torres2

Resumo:

Introdução: O centro cirúrgico é definido como uma área de acesso restrito e complexa, um local diferenciado dentro do hospital. Nesse sentido, tem por objetivo oferecer cuidados especializados, melhoria na recuperação após sua intervenção cirúrgica e proporcionar bem-estar e segurança ao paciente (SOBEEC, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) objetivou favorecer práticas de segurança ao paciente com ações organizadas sob a forma de campanhas mundiais. Nesta perspectiva, surge o checklist composto por três etapas: primeira é checagem que ocorre antes da anestesia; segunda é realizada antes da incisão; e, terceira ao final do procedimento antes que a paciente saia da sala de cirurgia. A finalidade do checklist é promover um cuidado preventivo para minimizar situações de risco para o paciente. Para tanto, tem-se por objetivo Implementar um checklist para procedimentos cirúrgicos em hospital de médio porte localizado na cidade de Santa Maria, RS.

Metodologia: Relato de experiência realizado durante estágio curricular em hospital de médio porte no município de Santa Maria, RS, durante os meses de agosto a novembro de 2012, no qual foi elaborado e implementado o checklist de cirurgia segura fazendo uso do que é proposto pela Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** De acordo com as necessidades e demandas do serviço do Centro Cirúrgico, foram realizadas algumas adaptações do protocolo que viessem a contribuir e contemplar o checklist. Após o checklist foi implementado seguindo-se os passos. 1º PASSO: Antes da indução anestésica, confirmam-se os seguintes passos: Identificação do paciente, local e procedimento a ser realizado, conhecimento de processo alérgico informado pelo paciente, consentimento do paciente ao processo cirúrgico, checagem do equipamento anestésico, instalação e verificação do oxímetro, verificação de vias aéreas/bronco aspiração e risco de perdas sanguíneas. 2º PASSO: Antes de iniciar a cirurgia, segue-se a confirmação dos dados de identificação do paciente conforme passo 1. Nesse mesmo processo ocorre a antecipação de eventos críticos como: Revisão do cirurgião, revisão do anestesista e revisão da enfermagem. Nesse mesmo passo confirma-se a administração de medicamento profilático e a disponibilidade de exames de imagem. 3º PASSO: Antes de o paciente sair da sala cirúrgica, confirma-se verbalmente com a equipe o nome do procedimento realizado, contagem de compressas, instrumentos e agulhas, identificação de peças anatômicas, identificação de intercorrências com equipamentos. **Conclusão:** Apesar de algumas resistências encontradas durante a implementação no serviço, acreditamos que experenciar esse processo nos fez aprender que ações estratégicas para melhoria da qualidade no atendimento são eficazes e que deve-se ser aplicado o checklist no sentido de aperfeiçoar as práticas por meio de operações seguras.

Palavras-chave: Checklist; Protocolo; Cirurgia Segura

E-mail: elisandran@yahoo.com.br

1.Hospital São Francisco de Assis, Santa Maria, RS, BRASIL; 2.UNIFRA, Santa Maria, RS, BRASIL.



[754]

P242 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NUMA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

Elaine Ribeiro*1; Erica Priscila Matielo1; Daniele Andrade1

Resumo:

Na maioria dos hospitais o trabalho da enfermagem tem sido apontado como altamente estressante. O estresse do enfermeiro pode se justificar pela alta responsabilidade e pela baixa autonomia, as quais refletem situações com vários pontos de tensão, determinantes do estresse. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de estresse entre profissionais de enfermagem numa Central de Material e Esterilização de um hospital geral do interior do estado de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado no segundo semestre de 2012 com uma amostra de 11 colaboradores, sendo esses, exclusivamente do sexo feminino na faixa etária entre 28 e 54 anos de idade. Para a coleta de dados utilizou-se a escala de estresse, versão resumida da Job Stress Scale. Este estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Extensão (CEPEX) da Unipinhal. Os resultados da pesquisa mostraram que não houve presença de estresse entre os colaboradores, porém mostra grande predisposição a esse, pois a média da dimensão demanda foi muito próxima da dimensão controle. Foi possível notar também, que os trabalhadores têm um alto controle sobre suas atividades diárias e inclusive certa autonomia. Vale salientar que os colaboradores envolvidos nessa unidade percebem a necessidade de conhecimentos e habilidades para desenvolver suas tarefas e liberdade para resolver problemas ali encontrados. Conclui-se ainda, que os colaboradores demonstraram grande satisfação na dimensão apoio social. Esse estudo nos permite enfatizar também que em quase todos os países do mundo, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem não são satisfatórias e isso vem causando um grande desgaste físico e psicológico aos trabalhadores dessa área, além do estresse cada vez mais presente. Os dados coletados, embora com um n pequeno e, portanto, não permitindo generalização, mostrou que sob condições não ideais de trabalho, a percepção de controle e acolhimento pela equipe e chefia, faz uma grande diferença na qualidade de vida no trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem; Estresse; CME

E-mail: enf_lele@hotmail.com

1.UNIARARAS, Araras, SP, BRASIL.



[756]

P243 - ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AO CLIENTE CIRURGICO QUEIMADO: UM ESTUDO DE REVISAO

Elaine Ribeiro*1; Marcelo Aliberti1

Resumo:

O estudo voltado às vítimas de queimaduras tem apresentado um crescimento pequeno, porém constante, sendo sua maior produção a nível universitário. Esta pesquisa tem como alvo o indivíduo adulto, pois estudos epidemiológicos demonstram que este se mostra como a pessoa mais vitimada por tal lesão tecidual. A evolução no tratamento de queimaduras foi relatada como um fato que acompanha o homem desde tempos remotos e os acidentes passaram a ocorrer, com maior frequência, a partir da evolução da civilização. Trata-se de um estudo descritivo de caráter bibliográfico, com objetivo geral de descrever o papel do enfermeiro no gerenciamento da assistência perioperatória ao cliente vítima de queimaduras e como objetivos específicos abordar as principais alterações fisiopatológicas dessa condição, além de propor a elaboração de um instrumento de SAEP voltado as particularidades de um paciente queimado. Inicialmente o estudo procurou discorrer acerca dos aspectos fisiopatológicos da queimadura e sua recuperação clínica/cirúrgica. Em seguida, abordou-se o processo de enfermagem frente ao período perioperatório de enxertia de pele autólogo, destacando as principais alterações fisiológicas ocorridas nesse período, adjunto ao seu cuidado sistematizado. Como resultado das discussões propostas através da literatura consultada desenvolveu-se um instrumento de SAEP, a fim de futuramente contribuir com o gerenciamento do cuidado perioperatório ao cliente submetido ao desbridamento ou enxertia de pele. Percebeu-se ainda que a enfermagem destaca-se com importante papel na melhora do quadro de saúde do cliente vítima de queimadura, bem como, na sua restituição à normalidade do convívio social e atividades cotidianas. Assim, são de responsabilidade do enfermeiro ser conhecedor e estar atento as alterações fisiopatológicas ocorridas a este cliente, assim como, às demais particularidades de sua recuperação clínica/cirúrgica, para que, por meio deste domínio, possa apresentar capacidade técnico-científica e habilidade prática para elaboração de planos assistenciais específicos, individuais e contínuos ao cliente, visando o gerenciamento do cuidado eficaz, qualificado e seguro. Acredita-se ainda que esse estudo possa suscitar a reflexão crítica-analítica do enfermeiro, além de possibilitar o melhor entendimento acerca da importância do papel desse no gerenciamento do cuidado perioperatório ao cliente submetido ao procedimento cirúrgico de desbridamento e enxerto de pele; assim como, na perspectiva do cuidado individual, integral e contínuo, destacando a relevância da articulação dos cuidados perioperatórios, permitindo a percepção dos pontos de contato, sobreposição e distanciamento entre os mesmos.

Palavras-chave: Queimaduras; Enfermagem Perioperatoria; SAEP

E-mail: enf_lele@hotmail.com

1.UNIARARAS, Araras, SP, BRASIL.



Kreyny Costa Silva Alves*1; Keiliane Pinheiro Silva Barros1; Aline Santos Furtado1

Resumo:

Introdução: O procedimento cirúrgico é hoje uma das modalidades terapêuticas utilizadas para o diagnóstico e o tratamento de muitas doenças. O ambiente do centro cirúrgico (CC) deve possuir finalidades e objetivos claramente definidos dentro da estrutura hospitalar, a fim de gerar atendimento diferenciado, segurança e satisfação ao paciente atendido. Considerando as características próprias dos enfermeiros que trabalham no centro cirúrgico, o presente estudo aborda questões referentes à importância de sua atuação especializada.

Objetivo: conhecer o perfil dos enfermeiros do Centro Cirúrgico de um Hospital Privado em São Luís-MA.

Método: O Hospital no qual a pesquisa foi realizada é de alta complexidade, acreditado nível II, atende especialidades de cardiologia, pediatria, ortopedia, oncologia, clínica médica entre outros. O CC possui nove salas de operação (SO) e uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com nove leitos. A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros que prestam assistência no CC/RPA, nos turnos matutino, vespertino e noturno. Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas (nome, idade, sexo, estado civil, tempo de experiência profissional, tempo de atuação em CC, jornada de trabalho, especialização na área de CC/RPA e satisfação do SAEP). Procedeu-se a coleta de dados após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital em estudo, no mês de outubro a novembro de 2012.

Resultados: Evidenciou-se o seguinte perfil: predominância de enfermeiros do sexo feminino (87,5%), com idade entre 25 a 50 anos, sendo 62,5% solteiros. Em relação ao tempo de trabalho a maioria declarou possuir um ano. Quanto ao tempo de atuação, predominou 4 a 6 anos, sendo 50%. Quanto a experiência em centro cirúrgico, 37,5% tinham mais de 1 ano. A jornada de trabalho predominante foi de 6 horas, representando 62,5%. Destacaram-se os enfermeiros sem especialização em centro cirúrgico, totalizando 68,75%. Quanto à avaliação feita sobre o instrumento de registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), 100% concordaram em estar satisfeitos com o mesmo. **Conclusão:** Assim, a presente pesquisa sobre o perfil dos profissionais enfermeiros do CC e a satisfação do uso do instrumento SAEP, proporcionou encontrar dados relevantes, tais como: a predominância feminina, idade entre 25 e 34 anos, a maioria solteiros, com pouco tempo de experiência em CC (menos que 1 anos), quase todos cumprindo uma jornada de trabalho de 6 horas, o déficit de mão de obra especializada e a unanimidade quando questionados sobre a satisfação no uso do instrumento utilizado para registro da assistência no CC/SRPA. Destacam-se os fatores-chaves do perfil profissional do enfermeiro do CC/RPA, enfatizando a importância da especialização como prioridade para desenvolver assistência de enfermagem perioperatória, pois tal assistência é imprescindível para o sucesso dos procedimentos. Cabe ressaltar que, em se tratando de um hospital, a enfermagem representa o grupo de profissionais que desempenha funções essenciais e o seu desempenho reflete na qualidade da assistência da referida instituição. Como o sucesso depende em grande parte desses profissionais, é importante focalizar que os profissionais que ocuparão os cargos devam ser selecionados conforme o perfil mais adequado. Espera-se que esta pesquisa contribua para implementação na gestão e na assistência de enfermagem dispensada aos pacientes no CC/RPA. Buscando garantir condições de atuação dos profissionais com formação adequada, com pós-graduação, para a qualificação dos cuidados de enfermagem, promovendo a satisfação e segurança dos pacientes e dos profissionais.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Perfil; Atuação Especializada

E-mail: alinesanf@yahoo.com.br

1.Faculdade Pitágoras, São Luís, MA, BRASIL.

Elaine Ribeiro*1; Camilla Caroline Santos Cassucci1

Resumo:

Este estudo trata-se de um estudo de revisão literária, de caráter descritivo exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Uniararas, com o objetivo de destacar as etapas do processo de validação de embalagens para artigos esterilizados ou desinfetados. O conteúdo deste resumo contribuirá para o trabalho de enfermeiros gerentes de Centrais de Materiais e Esterilização (CME) que buscam direcionamento para as ações a serem tomadas do início à conclusão do decurso da validação, que é um conjunto de verificações documentadas para avaliar e atestar a eficácia e o tempo de aproveitamento das embalagens usadas na conservação da esterilidade e desinfecção dos produtos para a saúde. Entende-se como conservação da esterilidade o fato de manter um nível de segurança para o não desenvolvimento das formas sobreviventes ao processo de esterilização durante o armazenamento e a utilização de um produto. Tanto a esterilização quanto a desinfecção visam proporcionar segurança ao paciente, e a seleção do processo ocorre de acordo com a classificação do artigo como crítico, semicrítico e não crítico. Após sofrer um desses processos na CME, o produto precisa estar contido em um invólucro que o manterá livre do crescimento ou contaminação bacteriana. Para atestar a segurança da utilização das diversas embalagens disponíveis no mercado, devem ser feitas análises quanto ao tratamento do material considerando o recebimento, separação, limpeza, desinfecção, embalagem, esterilização, identificação, armazenamento, entrega e utilização. Deverão ser analisados, de forma criteriosa, detalhes como condições de estocagem do material, temperatura e umidade relativa do ambiente, fluxo de pessoas, manuseio, período de tempo da esterilização ou desinfecção até o uso. Para comprovação empírica e determinação de prazos de validade das embalagens será necessário um trabalho conjunto de um laboratório adequado para coleta e análise periódica de amostras que possibilitam a observação de crescimento bacteriano no material. Esse estudo nos permite destacar que é possível traçar um plano de ações para a validação dos materiais esterilizados ou desinfetados que compreende basicamente a aprovação da instituição onde se objetiva realizar a pesquisa, a parceria de um laboratório de microbiologia, a escolha de embalagens e de artigos a testar e a elaboração de um cronograma para as análises laboratoriais. Assim, acredita-se que o conteúdo deste estudo contribuirá para o trabalho de enfermeiros gerentes de CME que buscam direcionamento para as ações a serem tomadas do início à conclusão do decurso da validação.

Palavras-chave: Esterilização; Embalagem; Validação

E-mail: enf_lele@hotmail.com

1.UNIARARAS, Araras, SP, BRASIL.



Marcia Bergamo Giannattasio*1; Fábio Papa Taniguchi1

Resumo:

O tema segurança do paciente tem sido foco de atenção de profissionais, instituições e organizações da área de saúde na última década, considerado por todos como um processo complexo e desafiador. Em particular, a inquietação em torno da segurança do paciente cirúrgico ganhou forças a partir de dados revelados que demonstraram que as complicações decorrentes de atos cirúrgicos eram responsáveis por casos de morbimortalidade em todo o mundo e que poderiam ser prevenidos. Diante destas estatísticas, a Organização Mundial da Saúde, (OMS) anunciou um modelo que deve favorecer e se adaptar em todos os países que consiste na checagem dos itens em três fases do procedimento cirúrgico anestésico; antes da indução anestésica, antes do procedimento cirúrgico e ao término da cirurgia. Batizada de “cirurgia segura salva vidas”. O objetivo deste estudo foi sugerir um check list transoperatório para cirurgia cardíaca com enfoque na segurança do paciente. A opção pela cirurgia cardíaca por toracotomia médio-esternal manifestou-se em virtude da complexidade deste procedimento, considerado pelos autores, ainda mais vulnerável a eventos adversos preveníveis. O método aplicado foi um estudo observacional, de natureza exploratória, transversal, descritiva de abordagem quantitativa e correlacional. A coleta de dados se fez em uma Instituição Hospitalar Pública e Estadual após consentimento ético aprovado, desenvolvida de novembro de 2011 a março de 2012. Observou-se 30 (trinta) procedimentos cirúrgicos cardíacos através de um roteiro pré construído, do tipo formulário – observacional; composto de 30 (trinta) itens de observação, de alternativas do tipo dicotômica (sim/não), divididas em três etapas, baseado no modelo de check list proposto pela OMS: antes da indução anestésica, antes do procedimento e antes da saída do paciente de sala operatória, etapas consideradas as variáveis do estudo. Os resultados foram organizados através destas etapas. Resultados como a falta de pulseira de identificação do paciente, em 93%(28), e a ausência do consentimento informado no prontuário em 100%(30) dos sujeitos observados; foram de alta relevância para os autores na primeira etapa – antes da indução anestésica. Já antes do procedimento, segunda etapa, considerou-se de maior destaque a discrepância na utilização da antibiótico profilaxia, onde a conduta individual do profissional é exercida, sem regras institucionais estabelecidas. Na saída do paciente da sala operatória para Unidade de Terapia Intensiva em 100% (30) dos sujeitos, repetiu-se atitudes exercidas por condutas médicas individuais, sem participação ativa de condutas multiprofissionais programadas para o transporte seguro. Ainda dentro do quesito resultados, observou-se que a ausência do enfermeiro na sala operatória está em 100% das etapas observadas. Conforme referencial bibliográfico pertinente ao tema, as etapas e a conferência dos itens do check list devem ser desenvolvidas em voz alta com a participação de todos profissionais para que efetivamente os eventos adversos sejam preveníveis. Concluímos com este estudo que a necessidade da aplicação do check list se faz necessária, porém o preparo e a conscientização da equipe multiprofissional devam ser aplicados, para que o check list não seja simplesmente mais um impresso a ser preenchido, e sim um instrumento de segurança tanto para o paciente como para a atuação de uma equipe mais segura e mais estruturada.

Palavras-chave: Lista de Checagem; Procedimento Cirurgico Cardiaco; Sala Cirúrgica

E-mail: sergmarc@uol.com.br

1.Hospital Servidor Publico Estadual, São Paulo, SP, BRASIL.



[767]

P247 - EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CONDUZIR O “TIME OUT” PARA CIRURGIA SEGURA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Liraine Laura Vianna Farah*1; Cecilia Benevenuto Rezende1; Valeria da Silva Moura1; Vanessa Alves Melo1

Resumo:

Introdução: A qualidade na segurança do paciente/cliente passou a ter destaque a partir de um estudo realizado pelo Instituto de Medicina Americano, denominado “To err is human”, em 1999, demonstrando que até 98.000 pessoas morriam nos EUA (Estados Unidos da América) por erros decorrentes da assistência médico hospitalar.

Objetivo: Relatar a experiência de um grupo de enfermeiras com relação à dificuldade da equipe de enfermagem em conduzir o check list para cirurgia segura. **Método:** Estudo descritivo de relato da experiência realizado no Centro Cirúrgico de um hospital privado do Estado de São Paulo. O Centro Cirúrgico possui 13 salas cirúrgicas, com produtividade mensal em média de 800 cirurgias. **Relato de Experiência:** A implantação do protocolo de cirurgia segura neste hospital iniciou-se no ano de 2008, gerenciado por um grupo de enfermeiras através de processos de qualidade. No momento da implantação, em 2008, a maior dificuldade percebida foi reunir a equipe (cirurgião e anestesiológista) antes de iniciar a indução anestésica, que caracteriza a primeira parte do checklist. A partir da equipe reunida são abordadas questões como a identificação do paciente (nome completo e data de nascimento), cirurgia a ser realizada, lateralidade se for aplicável, utilização do antibiótico profilático uma hora antes da incisão e se todos os materiais e equipamentos estão disponíveis. É importante ressaltar que enquanto é realizada esta checagem o paciente permanece na maca. Então após tudo confirmado transfere-se o paciente para a mesa cirúrgica e segue-se com os procedimentos de rotina, como a paramentação cirúrgica e antes de oferecer a caneta de bisturi ou a ótica de vídeo em cirurgias laparoscópicas, realiza-se o segundo tempo do checklist. Neste momento se confirma novamente a cirurgia a ser realizada e a lateralidade caso se aplique, a validade dos integradores dos materiais disponíveis na mesa cirúrgica, a confirmação do sangue e UTI, quando se faz necessário. Depois destas confirmações é entregue a caneta e/ou ótica de vídeo e inicia-se a cirurgia. Logo após o término da mesma, inicia-se o terceiro tempo do checklist em que é realizada a conferência do número de gases, compressas e agulhas devolvidas, se há peças para serem encaminhadas para análise (anatomopatológico, cultura, congelação, entre outros). Com todas estas informações esclarecidas o paciente é retirado da sala cirúrgica e encaminhado para a RA ou UTI. **Conclusão:** A experiência denota que a utilização deste checklist não pode ser considerada apenas uma prática técnica dentro da sala cirúrgica, mas sim uma ferramenta que garanta a segurança do paciente evidenciando o papel fundamental que exercem os profissionais envolvidos no processo e comprometidos com um único objetivo. A preocupação com o paciente, na assistência de enfermagem no período transoperatório é constante, fazendo-se necessário uma avaliação respeitando os três tempos do checklist de cirurgia segura. A equipe multiprofissional tem o dever de acompanhar atenciosamente a confirmação de todos os dados cirúrgicos e pessoais do paciente, gerando desta forma um ambiente seguro.

Palavras-chave: Checklist Cirurgia; Gerenciamento de Segurança; Erros Médicos

E-mail: laurafarah@live.com

1.Hospital São Camilo Pompeia, São Paulo, SP, BRASIL.



Déborah F. Abdo*1; Cristiane Gomes Vieira2; Adriana Cristina de Oliveira3

Resumo:

Introdução: As infecções em Sítio Cirúrgico (ISC) são as maiores fontes de morbidade e mortalidade entre os pacientes submetidos as cirurgias. Vários estudos têm demonstrado que os custos para o tratamento são consideravelmente altos se comparados com o investimento em ações preventivas. A ISC é multifatorial e dentre as fontes de contaminação, a endógena que é responsável pelo maior índice, esta relacionada com a contaminação de microorganismos da própria flora cutânea. **Objetivo:** Verificar se a recomendação de prevenção de ISC – Preparo Cirúrgico de Pele vem sendo praticado nas instituições de saúde. **Metodologia:** Aplicou-se um instrumento em 2012 aos profissionais enfermeiros das unidades de Centro Cirúrgico de 25 hospitais, sendo 04 públicos e 21 privados, em 04 regiões do Brasil, com perguntas abertas e fechadas apresentadas e compiladas abaixo (gráfico 1) : 1-Realiza banho pré- operatório nas cirurgias eletivas? 72% sim 2-Banho pré-operatório é registrado em prontuário? 24% sim 3-Há orientação formal quanto ao banho em domicílio? 8% sim 4- Há orientação formal quanto a não realizar a tricotomia no local da incisão em domicílio? 8% sim 5-Realiza a tricotomia segura no intervalo de 2 horas antes da cirurgia? 68% sim 6-Realiza degermação e anti-sepsia dentro das situações exigidas? 100% sim 7- Mantêm campos cirúrgicos secos sem reposicionar durante todo o procedimento? 92% sim 8- Utiliza campos incisionais nas cirurgias limpas? 12% sim Gráfico 1- Questionário com 8 perguntas, aplicadas aos Enfermeiros de 25 instituições. **Resultado:** Quanto ao banho pré-operatório 18 hospitais relataram que realizam em cirurgias eletivas, mas apenas 06 registraram em prontuário e 02 fizeram orientação formal quanto ao banho em domicílio. J.W. Alexander recomenda a realização do banho na noite anterior e na manhã da cirurgia. Embora esta prática não interfira diretamente nos índices de infecção de sítio cirúrgico, pode reduzir a colonização da pele, como medida de prevenção.Quanto a tricotomia, 02 hospitais fazem recomendação formal para não ser realizada em domicílio, 17 realizam este procedimento até 2 horas antes da cirurgia. Conforme referências bibliográficas a tricotomia não deveria ser realizada, mas caso necessário a remoção de pelo no local da incisão, deverá ocorrer próximo da cirurgia e com aparelho cirúrgico que não lesione a pele. As 25 instituições afirmam realizar a degermação e anti-sepsia dentro do recomendado, porem não há definição da categoria responsável pela prática. Quanto ao campo cirúrgico 23 hospitais mantêm o mesmo seco sem reposicionar. Do total das instituições, 3 utilizam campos incisionais em todas as cirurgias limpas, e 19 utilizam de forma parcial. O uso de campos incisionais, apesar de não haver resultados que comprovem a redução de ISC, é considerada uma prática de prevenção, pois quando bem aderido a pele e permanecendo todo o tempo cirúrgico, impede a contaminação da ferida no intra-operatório.(J.W. Alexander). **Conclusão:** Conforme análise, a orientação para realização do banho e tricotomia em domicílio é ignorada pela equipe de saúde. Alguns enfermeiros entrevistados consideram que as informações devam ser realizadas pelo cirurgião. Quanto a degermação, não há uma preocupação em definir protocolo de realização desta prática. A baixa adesão ao uso do campo incisional é justificada pelas glosas das operadoras de saúde. As medidas preventivas de ISC relacionadas ao preparo cirúrgico de pele não são adotadas na sua integralidade.

Palavras-chave: Infecção; Prevenção; Sítio Cirúrgico

E-mail: dfabdo@mmm.com

1.3M, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 2.Pitágoras, Belo Horizonte, MG, BRASIL; 3.UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL.



Andrea Rangel Boquimpani Wottrich*1; Valmira Moreira Gonçalves1; Daniela Barreto Poty de Almeida Leite1; Avany Maura Gonçalves1

Resumo:

Introdução: Trata-se de um relato de experiência de Enfermeiras do Centro Cirúrgico (CCIRU) do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), composto por 21 salas operatórias (SO), distribuídas nas diversas subespecialidades ortopédicas, objetivando mostrar como a distribuição adequada de Enfermeiros pode contribuir para a prestação de cuidado de enfermagem diferenciado, tornando os processos de trabalho seguros e com qualidade superior. O período trans-operatório do paciente ortopédico deve ser cuidadosamente planejado, uma vez que, são procedimentos de alta complexidade, onde é utilizada tecnologia de ponta, exigindo do enfermeiro conhecimento técnico-científico, equilíbrio emocional, criatividade e liderança para administrar situações de urgência e emergência que fazem parte do cotidiano de um Centro cirúrgico. No CCIRU do INTO os Enfermeiros desempenham atividades de gerenciamento, liderança e principalmente, prestam assistência direta aos pacientes desde a admissão até a alta da recuperação anestésica e devido a constante renovação científico-tecnológica realizamos treinamentos em todas as subespecialidades, capacitando continuamente a equipe de enfermagem. O serviço dispõe de um Enfermeiro para cada duas salas cirúrgicas de acordo com as subespecialidades, desenvolvendo atividades assistenciais. Atua na recepção do paciente no CCIRU, checando a lateralidade, o seu histórico e os termos de consentimento, registrando no check list, na pré-anestesia atende de forma humanizada, acompanhando e prestando a assistência necessária, durante todo o procedimento anestésico. Após admissão na SO, auxilia a equipe cirúrgica no posicionamento do paciente, protegendo as áreas de atrito, verificando e mantendo a integridade da pele. Supervisiona o preparo da SO, observando as técnicas assépticas e a esterilidades dos materiais, além de orientar a colocação da placa do eletrocautério e realizar o cateterismo vesical conforme preconizado na instituição. Durante o intra-operatório são realizados todos os passos preconizados pela cirurgia segura - *Sing In, Time Out, Sing Out* - conforme preconizado pela OMS. O enfermeiro da recuperação anestésica (RA) presta assistência direta ao paciente, avalia e gerencia a dor, monitoriza os sinais vitais na 1ª hora, avalia e registra característica e localização do curativo, meios de drenagem e acesso venoso. É responsável pela transferência segura do paciente para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), compartilhando as informações do procedimento com o enfermeiro do CTI. Cabe ao Enfermeiro realizar a vigilância e a notificação de eventos adversos durante o ato anestésico cirúrgico bem como implementar ações de controle e prevenção de infecções associadas a procedimentos invasivos e de risco ocupacional. Constatamos que o dimensionamento adequado de enfermeiros numa unidade cirúrgica de alta complexidade, possibilitou a organização do cuidado e a administração da assistência minimizando riscos e complicações inerentes aos procedimentos, desenvolvendo suas competências, visando a qualidade e segurança do paciente em sua totalidade.

Palavras-chave: Centro Cirurgico; Assistência de Enfermagem; Ortopedia

E-mail: andreaboquimpani@hotmail.com

1.INTO, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



Andrea Rangel Boquimpani Wottrich*1; Daniela Barreto Poty de Almeida Leite1; Valmira Moreira Gonçalves1

Resumo:

A elaboração do mapa cirúrgico constitui uma ferramenta de comunicação entre diversos setores envolvidos no planejamento pré-operatório, as informações contidas nele auxiliarão setores como: internação, banco de sangue, banco de tecidos, central de esterilização, nutrição, enfermagem, CTI e portaria ordenando assim os diversos processos administrativos e assistenciais. Essas informações eram digitadas por um administrativo em um programa informatizado que gera as informações a partir de códigos inseridos ou selecionados, sem sofrer qualquer tipo de crítica, gerando por vezes informações equivocadas, causando transtornos como atraso na entrada de pacientes, material cirúrgico incompleto ou errado, suspensões por falta de preparo adequado do paciente, falta de reserva de hemoderivados, imprescindíveis a cirurgia, número do CID ou procedimento errado entre outros. Com a participação do enfermeiro na elaboração do mapa cirúrgico, foi modificado o local de entrega das marcações, criando a central de marcação de cirurgias dentro do centro cirúrgico, aproximando assim as informações do seu objetivo final, facilitando a organização do centro cirúrgico para receber a demanda de cirurgias eletivas, estreitando a comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe cirúrgica. Essa modificação fez parte da estratégia de mudança de um centro cirúrgico de pequeno porte, para um centro cirúrgico de grande porte, depois da transição entre o INTO VELHO e o INTO NOVO, há cerca de um ano e meio. A partir da análise do enfermeiro ainda na fase de elaboração do mapa cirúrgico, podemos antecipar questões importantes sobre material cirúrgico, profissionais de outras especialidades solicitados para participar da cirurgia, utilização de cell saver, medicamentos especiais na farmácia (fator de coagulação VIII), material específico na central de esterilização. Contato telefônico com o cirurgião para esclarecer ordem cirúrgica, considerando idade, necessidades especiais do paciente, complexidade da cirurgia, material cirúrgico específico entre outras necessidades que surgem através da avaliação criteriosa da solicitação de cirurgia entregue na central de marcação de cirurgia. A alimentação do sistema de marcações continua sendo feita por um administrativo, porém, é submetida ao enfermeiro antes da sua disponibilização “on line” para todos os setores do Hospital, Visando ampliar a qualidade do planejamento pré operatório, estamos atualmente na expectativa de utilizar a ferramenta do sistema em que o estoque do material cirúrgico será cruzado com as solicitações, gerando alerta ou bloqueio de pedido quando atingir o limite de capacidade da Central de esterilização, projeto em fase de elaboração pela área de desenvolvimento do Instituto. A proposta de se colocar um enfermeiro como gestor desse processo de planejamento pré- operatório veio corroborar na segurança, qualidade e confiabilidade das informações geradas criando uma ponte importante entre os profissionais envolvidos na assistência ao paciente é uma função de grande responsabilidade demandando atenção, precisão e consistência nas informações, para que haja harmonia dos demais processos estimulados a partir das informações contidas no mapa cirúrgico.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Mapa Cirúrgico; Ortopedia

E-mail: andreaboquimpani@hotmail.com

1.INTO, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.



[771]

P251 - CONTRIBUIÇÃO DO SISTEMA DE DOCUMENTAÇÃO ELETRÔNICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Andrea Tamancoldi Couto*1; Maria Olivia Morassato de Oliveira1; Juliana Rizzo Gnatta1; Ana Lucia Siqueira Costa2; Aparecida de Cassia Giani Peniche2

Resumo:

Introdução: A visita pré-operatória de enfermagem é realizada com a finalidade de humanizar a assistência perioperatória e de contribuir para a sistematização da assistência prestada ao paciente cirúrgico. A documentação eletrônica da assistência de enfermagem, além de padronizar a linguagem e os sistemas de classificações, facilita o acesso ao registro do processo de enfermagem. As informações documentadas de forma sistematizada, em sistemas eletrônicos, ampliam a visibilidade do saber da enfermagem a respeito do paciente, permitindo a comunicação entre as diversas áreas de atuação da enfermagem ou equipe multiprofissional. O Sistema de Documentação Eletrônica do Processo de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROCEnf-USP) tem sido uma ferramenta útil na coleta de dados e identificação dos diagnósticos de enfermagem durante a visita pré-operatória para os enfermeiros do Centro Cirúrgico. **Objetivo:** Relatar como o Sistema de Documentação Eletrônica do Processo de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROCEnf-USP) contribuiu para a assistência perioperatória. **Método:** Desde 2005, o Hospital Universitário da USP adota como referencial teórico para assistência de enfermagem o North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) e com o PROCEnf-USP, foi possível integrar os diagnósticos presentes no NANDA-I com a Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC) (Peres et al, 2009). O PROCEnf é aplicado a todos os pacientes adultos internados no hospital, inclusive durante o período em que passam no Centro Cirúrgico. Como os enfermeiros têm acesso ao sistema eletrônico, é possível coletar dados por meios das informações já presentes e antever alguns diagnósticos que o paciente apresenta, identificando-os antes mesmo que o paciente seja recebido na unidade. **Resultados:** A linguagem padronizada presente no PROCEnf contribuiu substancialmente para auxiliar no levantamento de diagnósticos de enfermagem bem como na sistematização de enfermagem perioperatória. Essa tecnologia influenciou na diminuição do tempo dispendido para realização da visita pré-operatória e contribuiu para aumentar o número das visitas realizadas. O fato do enfermeiro do Centro Cirúrgico poder visualizar dos diagnósticos de enfermagem relatados no PROCEnf otimiza a recepção do paciente na unidade, além de evitar a repetição de perguntas sobre informações já relatadas pelo paciente anteriormente. **Conclusão:** A disponibilização do registro da assistência de enfermagem em sistemas eletrônicos otimiza o trabalho do enfermeiro de Centro Cirúrgico, contribuindo para diminuição do tempo dispendido para realização da visita pré-operatória e, conseqüentemente, para aumento do número de visitas realizadas. Além disso, o PROCEnf tem oferecido subsídios para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico. Sugere-se que os profissionais da área da saúde reflitam a respeito da inserção de tecnologia eletrônica como ferramenta de trabalho na prática assistencial.

Palavras-chave: Informática em Enfermagem; Processos de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória

E-mail: andreatcouto@hu.usp.br

1.Hospital Universidade da USP, São Paulo, SP, BRASIL; 2.Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, SP, BRASIL.



[772]

P252 - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Edivânia Maria da Silva*1; Raianne Monteiro Soares2; Andrea Lígia Matias Nascimento3; Ana Paula dos Santos Albuquerque4; Durcival Francisco da Silva5

Resumo:

Introdução: Os clientes cirúrgicos carregam consigo sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, que podem ser minimizados através de informações, tais como normas e rotinas do serviço e assistência prestada. A equipe de enfermagem ao oferecer orientações, promove conhecimento a respeito da condição de saúde e principais cuidados necessários durante a permanência hospitalar, o que reflete diretamente na satisfação do cliente. Avaliar esta satisfação é imprescindível para o aperfeiçoamento de uma gestão de excelência. Ademais, as informações obtidas do processo avaliativo necessitam ser direcionadas para sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto à necessidade da atenção, que deve ir além do procedimento técnico. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica dos clientes, em um hospital do agreste pernambucano. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado no Hospital Regional do Agreste, no período de agosto a dezembro de 2012. A coleta de dados deu-se a partir da elaboração de um instrumento, baseado na literatura existente no banco de dados da BIREME, por enfermeiros da referida instituição, tendo como finalidade avaliar a satisfação do cliente cirúrgico. Após teste piloto, efetivou-se a sua aplicabilidade ao cliente, no momento da alta hospitalar. **Resultados:** Durante o estudo, 476 clientes cirúrgicos receberam alta hospitalar, dos quais 303 (64%) responderam ao questionário. Destes, 221 (73%) referiram conhecer os profissionais de enfermagem envolvidos na assistência, e 256 (84%) relataram ter recebido informações sobre a rotina do serviço. Dentre as principais orientações relacionadas aos cuidados, destacaram-se curativos e medicações, equivalendo a 83% e 80%, respectivamente. A assistência de enfermagem foi considerada boa por 90% dos clientes, seguido de regular (9%) e ruim (0,5%). **Conclusão:** Os resultados demonstraram que a maioria dos clientes avaliou positivamente a assistência recebida, evidenciando a importância da prática de enfermagem na contribuição e legitimação do cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem; Satisfação do Paciente; Avaliação em Saúde

E-mail: edivaniargs@yahoo.com.br

1. Enfermeira Residente do 2º Ano em Clínica Cirúrgica do Hospital Regional do Agreste- HRA, Caruaru, PE, BRASIL; 2. Enfermeira Residente do 2º Ano em UTI do Hospital Regional do Agreste- HRA, Caruaru, PE, BRASIL; 3. Caruaru, PE, BRASIL; 4. Mestranda em Hebiatria - FOP/UPE, Caruaru, PE, BRASIL; 5. Hospital Regional do Agreste- HRA, Caruaru, PE, BRASIL.



P253 - DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAOPERATÓRIA: USO DA TAXONOMIA NANDA E NIC

Simone Batista Neto Arza*1; Tânia Paci Artusi1; Nanci Carla da Silva1; Michele Estevanatto Tose1; João Francisco Possari1

Resumo:

Introdução: Para a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), o diagnóstico de enfermagem é “(...) um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável”.(1) A intervenção de enfermagem, segundo a Nursing Interventions Classification (NIC) é “qualquer tratamento baseado no julgamento e conhecimento clínico, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente” (2). Para os pacientes que apresentam neoplasia peritoneal primária e carcinomatose, a cirurgia abdominal agressiva com realização de citorreduções completas ou quase completas associada à administração de quimioterápicos na cavidade abdominal a uma temperatura em torno de 42º Celsius (quimioterapia hipertérmica intraoperatória - QHI), tem trazido uma nova oportunidade de controle para alguns pacientes. A cirurgia apresenta riscos para o paciente como hipertermia, queimadura, lesões de posicionamento, repercussões hemodinâmicas e, para a equipe a possibilidade de contaminação por partículas aerossóis do quimioterápico, acidente ambiental por derramamento de material tóxico, queimaduras, descarte inadequado de material e medicamentos. Considerando que a sistematização da assistência de enfermagem conduz a ações fundamentadas e individualizadas, este estudo tem como Objetivo a identificação dos diagnósticos (NANDA) e intervenções de enfermagem (NIC) mais frequentes dirigidas aos pacientes submetidos à quimioterapia hipertérmica intraoperatória. **Método:** Pesquisa descritiva e exploratória, realizada no Centro Cirúrgico do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo no período de fev/2010 a dez/2012, com 37 cirurgias de quimioterapia hipertérmica intraoperatória. **Resultados:** Com relação ao perfil dos pacientes 65% eram do sexo feminino e a idade média de 53 anos. O tipo de câncer mais predominante foi o C18 Neoplasia maligna de cólon (49%), seguido de C48 Neoplasia maligna tecidos moles retro e peritônio (14%). A duração média da cirurgia foi aproximadamente de 809,37 ± 225,26 minutos. Houve predominância da anestesia geral com peridural (97%) e após-cirurgia os pacientes foram encaminhados para UTI. Os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes levantados, segundo a Classificação da NANDA, foram: Risco de choque, Risco de lesão por posicionamento perioperatório, Risco de contaminação, Risco de desequilíbrio na temperatura corporal e Risco de Integridade da pele prejudicada. As Intervenções de Enfermagem, segundo a NIC, relacionadas aos diagnósticos de enfermagem foram: assistência CIRÚRGICA, precauções CIRÚRGICAS, controle de INFECÇÃO transoperatória, POSICIONAMENTO transoperatório, monitorização de SINAIS VITAIS, regulação de TEMPERATURA transoperatória. **Conclusão:** Conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes submetidos à quimioterapia hipertérmica intraoperatória direcionou a assistência de enfermagem e forneceu subsídios para a elaboração de planos de cuidados, implementação das intervenções e avaliação de acordo com as necessidades do paciente, oferecendo segurança para o paciente e a equipe que o assiste.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Quimioterapia; Diagnóstico de Enfermagem

E-mail: sibane@uol.com.br

1. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.



Debora Rodrigues Guerra*1; Teresinha Neide de Oliveira2; Aurilene Lima da Silva3

Resumo:

Introdução: A realização de encontros que discutam a prática profissional em Centro Cirúrgico (CC) e Central de Materiais e Esterilização (CME) é importante para o desenvolvimento de ações que contemplam a busca do conhecimento, o favorecimento de novas habilidades e estímulo a mudanças de atitude, pois nestas ocasiões é possível compartilharmos práticas, conhecer outras realidades e novas tecnologias, participar de atividades práticas, visitas técnicas, consequentemente melhorando a qualidade dos processos de trabalho e promovendo a assistência à saúde de excelência. **Objetivo:** Relatar a história da Jornada Norte-Nordeste de Centro Cirúrgico e Central de Materiais. **Metodologia:** Trata-se de um resgate histórico da Jornada Norte-Nordeste de Centro Cirúrgico e Central de Materiais, promovida pela Associação Brasileira de Enfermagem, seção Ceará, o evento ocorre em Fortaleza – CE, desde 1994 e já realizou doze edições sendo a última realizada em 2012, com cerca de 600 participantes. **Resultados:** O evento já se consolidou no cenário nacional, contando com a crescente presença de estudantes e profissionais de enfermagem e de áreas afins, fornecedores de produtos para a saúde, representantes de órgãos reguladores e fiscalizadores, entidades de classe, gestores em saúde, convidados de renome nacional. Para definição das temáticas principais é considerado o momento sócio-político da ocasião, ao longo dos anos, foram discutidos: planejamento, infra-estrutura, assistência, segurança do paciente cirúrgico como desafio cotidiano dos profissionais de saúde, gestão dos processos de trabalho na busca da excelência, tecnologias em saúde, equipe interdisciplinar como diferencial de excelência, compromisso com a vida, melhoria contínua dos profissionais e dos processos de trabalho. Dentre as atividades que ocorreram neste evento, ao longo dos anos, podemos citar: palestras, conferências, mesas redondas, oficinas, exposição tecnológica, atividades sócio-culturais, apresentação de trabalhos científicos, com premiação dos mais relevantes, discussões sobre aspectos sócio-políticos do CC e CME, homenagens a profissionais e instituições que estimulam as boas práticas na área. **Conclusão:** A história da Jornada Norte-Nordeste de Centro Cirúrgico e Central de Materiais representa uma inter-relação entre o desenvolvimento dos serviços e o aprimoramento de conhecimentos de profissionais que atuam nesta área, ultrapassando os limites regionais, ultrapassando os limites regionais que partiu de um pequeno encontro a um grandioso evento de repercussão nacional.

Palavras-chave: CME; CC; Encontro Científico

E-mail: deborarguerra@hotmail.com

- 1.UNIFOR/hospital de Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL;
- 2.Hospital Monte Klinikum/HGF, Fortaleza, CE, BRASIL;
- 3.Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL.



Elisandra Medianeira Razera Nogueira*1; Elenice Spagnolo Rodrigues Martins2; Luanne Bolzan2; Mara Marinho2

Resumo:

Introdução: Centro Cirúrgico (CC) é considerado um local de extrema importância no ambiente hospitalar, nele se integram Centro de Material Esterilizado (CME), e Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA). Por ser definido como uma área complexa e de acesso restrito, nele trabalham muitos profissionais, como equipe de enfermagem, higienização, equipe cirúrgica e administrativa. A EC para equipe de enfermagem dentro do CC é muito importante, estes profissionais que lidam com a humanização todos os dias, precisam com certeza de estímulo e motivação no trabalho que executam. **Objetivo:** Realizar um processo de EC com a equipe de enfermagem do CC. **Metodologia:** Relato de experiência, realizado no CC de um hospital privado na cidade de Santa Maria-RS. A escolha desta instituição hospitalar se deu pelo fato deste local ser campo das atividades teórico-práticas de acadêmicos do curso de enfermagem. Esclarecimentos sobre uso correto do eletrocautério foram discutidos em sala de aula, complementados posteriormente com os alunos durante as atividades no CC. A abordagem foi realizada durante o intervalo de atividades, onde os acadêmicos informalmente promoveram um diálogo sobre a eletrocirurgia, com toda a equipe de enfermagem presente. Fizeram parte da equipe de enfermagem 8 funcionários, sendo uma enfermeira, 7 técnicos de enfermagem, abordados por 7 acadêmicos de enfermagem, durante o mês de março de 2011. **Resultados:** Os resultados obtidos neste estudo são subsídios para uma reflexão acerca da importância da interação acadêmica-equipe de enfermagem, muitas dúvidas foram discutidas durante o processo, e observou-se também que os funcionários explanaram sem medo as suas angústias e incertezas relativas ao manuseio do aparelho de eletrocautério. Com isso os resultados evidenciaram a aceitação do processo de EC sobre o tema abordado, pois muitos manifestaram desconhecer os princípios básicos da eletrocirurgia e as consequências do uso incorreto do aparelho. **Conclusão:** O método utilizado de ensino e de aprendizagem permitiu um aprimoramento do conhecimento acadêmico nas ações educativas, na qualidade de trabalho e segurança no manuseio do aparelho, bem como a padronização de condutas entre os funcionários do setor.

Palavras-chave: Educação Continuada; Enfermagem; Centro Cirúrgico

E-mail: elisandran@yahoo.com.br

1.Hospital São Francisco de Assis, Santa Maria, RS, Brasil; 2.Centro Universitário São Francisco (UNIFRA), Santa Maria, RS, BRASIL.



Claudia Carina Santos*1

Resumo:

Introdução: O fluido corporal representa 60% do nosso peso um desequilíbrio na sua absorção ou na eliminação pode levar a alterações hemodinâmicas graves. Uma redução próxima a 5% pode causar sede e acima 10% pode ter sérias consequências. Além disso, indivíduos idosos ou com IMC igual ou maior que trinta tem o volume de líquido corporal significativamente menor que as pessoas magras e apresentam uma frágil resposta compensatória. Na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) a preocupação com a qualidade de assistência tem sido uma constante e devido à alta complexidade do cuidado é necessário realizar avaliações seguras e eficazes, que considerem também as alterações endócrinas e metabólicas decorrentes do trauma anestésico-cirúrgico. O controle rigoroso do balanço hidroeletrólítico (BH) é um cuidado de enfermagem de suma importância, pois fornece parâmetros para identificar alterações agudas que podem refletir com o aumento ou diminuição na água total do organismo. **Objetivo:** Estimular a discussões sobre o tema através da caracterização dos estudos publicados nas bases de dados MEDLINE (PubMed), LILACS e SciELO entre 1990 e 2012. **Método:** Para atender os objetivos do estudo, foi realizada revisão integrativa que define cinco etapas para a realização da revisão e que incluem a formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. **Resultados:** A busca permitiu a identificação de quatro estudos. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos para este estudo, foram selecionadas para análise final, três estudos cujo tema foi: Balanço de fluidos na sala de recuperação pós-anestésica. Os estudos evidenciam que pacientes submetidos a cirurgias de grande porte geniturinário, digestivas e respiratórias no pós-operatório imediato (POI) é imprescindível a realização do controle hídrico, uma vez que no volume (hidro), se diluem os eletrólitos (eletrolítico). O monitoramento do ganho e das perdas corporais em um determinado intervalo de tempo permite acompanhar o equilíbrio hídrico do paciente. O registro da administração e da eliminação de líquidos devem ser medidas e não estimado indicado o tipo e a quantidade dos líquidos administrados por via oral, enteral ou parenteral e os eliminados por via vesical, gástrica como vômitos ou aspiração gástrica, intestinal, brônquica ou drenagem pós-cirúrgica. A eliminação de líquidos do meio intersticial como a transpiração e a respiração, perdas insensível, não podem ser simplesmente ignoradas e devem ser medidas por estimativa aproximada. A equação entre os líquido administrado e os eliminados pelo organismo indicará se o paciente obteve um BH positivo ou negativo, ou seja, positivo indicará que houve um ganho de líquidos, e negativo sugere uma perda, permitindo assim a intervenção imediata para corrigir os desequilíbrios apontados. A frequência deve ser aprazada pela enfermeira de acordo com a prescrição médica ou conforme rotinas preestabelecidas pela SRPA o BH parcial podem ser concluídas em intervalos de tempo de seis horas o total a cada vinte quatro horas. **Considerações Finais:** Através do BH é possível controlar e adequar o aporte hídrico de acordo com a afecção, evitando-se assim a sobrecarga volêmica ou desidratação. Além disso, proporciona subsídios expressivos para que se possa planejar uma assistência integral e multiprofissional ao paciente no POI.

Palavras-chave: Balanço Hidroeletrólítico; Sala de Recuperação; Pós-Operatório Imediato

E-mail: ccsantos@hcpa.ufrgs.br

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[778]

P257 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: ANÁLISE SOBRE OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL DE UM HOSPITAL ESCOLA

Ivana Trevisan*¹; Thais Teixeira Barpp¹; Marcia Kuck¹; Rosane Vargas Muniz¹

Resumo:

Introdução: Com o início da Acreditação Internacional no ano de 2009 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculou-se um projeto voltado para a segurança do paciente cirúrgico. Sendo uma das metas internacionais de segurança do paciente, através de uma cirurgia segura, com a verificação local de intervenção correta, paciente correto, procedimento correto. Segurança do paciente é prioridade da qualidade na assistência à saúde, com este foco iniciaram-se mudanças nas rotinas assistenciais deste referido hospital visando se tornar altamente seguro. **Objetivo:** Este trabalho tem por meta realizar uma reflexão crítica sobre a percepção dos profissionais da enfermagem de um centro cirúrgico ambulatorial (CCA) do referido hospital, sobre os protocolos de segurança na assistência aos pacientes submetidos a procedimentos neste serviço. **Método:** Relato de experiência. **Resultados:** Visando atingir as especificações da JCI precisamos da conformidade das seis metas internacionais da segurança do paciente. A estratégia utilizada foi analisar os meios de redução de riscos utilizados, sendo assim, o processo acontece da seguinte forma, ao admitir o paciente no serviço têm-se como medidas de garantir eficácia neste quesito: verificar presença de acompanhante, fazer correta identificação do paciente através da pulseira de identificação padronizada (contendo nome completo e número do prontuário) e sinalizando através da cor laranja, alergias. Verificar os sinais vitais, bem como medir peso e altura, além de realizar a entrevista de coleta de dados e histórico do paciente pelo profissional enfermeiro. Todos os pacientes admitidos no serviço são orientados quanto a prevenção de risco de quedas. Propondo a redução das infecções hospitalares, a cultura de lavagem de mãos esta presente em todos os momentos. Ainda na sala de preparo são entregues pelos profissionais responsáveis, os termos de consentimento (cirúrgico e anestésico – se for o caso), explicado o procedimento e seus riscos, se assinados os termos do paciente será encaminhado à sala cirúrgica juntamente com um técnico de enfermagem. Foi incorporada nas salas cirúrgicas, a aplicação da lista de verificação cirurgia segura, também chamada de checklist, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, sendo o técnico de enfermagem ou enfermeiro que verbaliza e documenta o protocolo, com o objetivo de uma melhor segurança. No momento da alta todos os pacientes recebem informações médicas e orientações de enfermagem, são entregues os pertences, e o mesmo somente é liberado na presença do acompanhante maior de idade. O referido CCA possui grande volume de procedimentos, e sistematizando o atendimento busca-se reduzir a incidência de eventos adversos, sistematizar a assistência facilita e garante que todos os itens de segurança sejam realizados. **Conclusão:** O trabalho entre equipes multidisciplinar com o paciente, principalmente em procedimento cirúrgicos, é essencial para melhorar a segurança do paciente e qualidade na assistência prestada. A equipe de enfermagem deve se envolver auxiliando na comunicação eficaz e adequada entre os membros da equipe, diminuindo as ocorrências de erros. Apesar dos processos serem complexos os profissionais empenha-se em tornar o serviço de saúde altamente confiável e mantendo o compromisso com a segurança em todos os níveis, prestando um atendimento eficaz de acordo com as rotinas e normas de segurança.

Palavras-chave: Segurança; Centro Cirúrgico Ambulatorial; Hospital Escola

E-mail: itrevisan@hcpa.ufrgs.br

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.



[781]

P258 - SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST EM SALA CIRÚRGICA

Ivana Trevisan*1; Carolini Oliveira da Silva2; Marcia Kuck1

Resumo:

Introdução: A segurança do paciente é um tema de relevância crescente entre os profissionais da saúde em todo o mundo, tornando-se uma preocupação constante na atualidade, mais especificamente encontramos a preocupação com a segurança do paciente cirúrgico. O recurso mais crítico das equipes cirúrgicas é a própria equipe em si — os cirurgiões, os anestesiológicos, os enfermeiros e outros. Uma equipe que trabalhe efetivamente unida para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente cirúrgico pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida. **Objetivo:** Primário: Relatar a experiência do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Cruz na implantação do checklist em sala cirúrgica nos procedimentos das especialidades Traumatológicas e Cirurgia Geral, como estratégia para prevenção de eventos adversos e erros relacionados ao procedimento cirúrgico e promover a segurança do paciente cirúrgico. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência que foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Santa Cruz, localizado no município de Santa Cruz do Sul-RS. **Resultados:** Primeiramente o checklist foi implantando nas salas cirúrgicas nos procedimentos cirúrgicos que incluíam a anestesia. O formulário padronizado foi o preconizado pela Organização Mundial da Saúde adaptado, as etapas são denominadas de Sign in (antes da indução anestésica), time out (antes da incisão da pele) e Sign out (antes do paciente sair da sala cirúrgica). A implantação do checklist ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2011 e janeiro de 2012. Neste período obtivemos um total de 500 Procedimentos Traumatológicos e 350 Procedimentos da Cirurgia Geral, sendo que realizamos 300 checklist nos procedimentos Traumatológicos e 200 checklist nos procedimentos da Cirurgia Geral, totalizando 500 checklist realizados neste projeto piloto. Concomitantemente com a realização do checklist foi realizado o indicador de erros e eventos adversos ocorridos durante os procedimentos cirúrgicos. Tanto a equipe de enfermagem como a equipe médica envolveram-se no processo de implantação, notando a eficiência e eficácia do mesmo, além de demonstrar que em um hospital de médio porte, do interior do estado, existe a viabilidade de implantar ações de nível mundial. Evidenciou-se a importância da implantação tendo como foco principal garantir a segurança do paciente cirúrgico, bem como qualificar a assistência de enfermagem aos nossos pacientes. **Considerações finais:** O objetivo de implantar o checklist foi alcançado, bem como o treinamento com a equipe de enfermagem e envolvimento de toda a equipe cirúrgica com a segurança do paciente, incluindo os médicos cirurgiões e anestesiológicos. Embora realizamos somente em alguns procedimentos selecionados, a equipe cirúrgica já tem conhecimento da importância da realização e do preenchimento correto. Assim como, temos em vista que deve-se dar continuidade à realização do checklist em todos os procedimentos cirúrgicos realizados. A finalidade da implantação do checklist foi garantir a segurança do paciente cirúrgico pela prevenção e redução de riscos. A experiência de implantação do checklist em Sala Cirúrgica no HSC mostrou que é possível de ser realizado em hospitais de médio porte e que poderá ter continuidade, porém, o trabalho interdisciplinar de toda a equipe do CC é de suma importância para que a excelência no atendimento e segurança do paciente seja alcançada.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Cirurgia Segura; Centro Cirúrgico

E-mail: itrevisan@hcpa.ufrgs.br

1.Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, BRASIL; 2.Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul, RS, BRASIL.



Ivana Trevisan*1; Carolini Oliveira da Silva2; Marcia Kuck1

Resumo:

Introdução: A preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem oferecida ao paciente cirúrgico tem sido uma constante, principalmente, quando relacionado à alta complexidade que envolve o cuidado em Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), que exige atenção e qualificação dos profissionais que atuam nela, sendo que o enfermeiro tem papel fundamental para a organização e gestão deste serviço. **Objetivo Geral:** Avaliar integralmente os resultados obtidos após a implantação de indicadores de qualidade em saúde na Sala de Recuperação Pós-Anestésica, em um hospital geral de médio porte no interior do Estado Do Rio Grande Do Sul. **Método:** Relato De Experiência / Intervenção Profissional. **Resultados:** O instrumento para realização dos indicadores de qualidade de saúde foi elaborado pelas enfermeiras da referida unidade, e seu preenchimento se dava no final de cada dia de trabalho pelos técnicos de enfermagem. Após quatro meses de efetivação dos indicadores, as evidências ficaram mais intensas quanto à distribuição de funcionários, fluxos de pacientes, sendo assim, em alguns horários, os funcionários estavam sobrecarregados de trabalho e em outros momentos, os funcionários ficavam ociosos. Além de verificar qual o perfil deste paciente, período de maior fluxo de atendimentos e dimensionamento de pessoal. Após o resultado do quadro de funcionários foi remodelado, novos horários foram criados a partir do índice do fluxo pacientes atendidos em determinados horários da SRPA. Sabe-se que os indicadores de saúde são uma ferramenta de grande valia utilizada nas instituições de saúde. Todos estes dados foram analisados e organizados em tabelas e gráficos exemplificando a situação. Partindo dos dados demonstrados nos indicadores, reorganizou-se a reestruturação da sala de recuperação, assim como o dimensionamento de pessoal foi remodelado, além de ser traçado o perfil do paciente que frequenta a SRPA. A partir da conclusão deste estudo, obtivemos dados/índices valiosos em relação a estrutura e fluxo de funcionamento da sala de recuperação pós anestésica do referido hospital, podendo repensar o planejamento estratégico, traçar metas e enfrentar obstáculos com embasamento e conhecimento do real perfil desta unidade complexa e muitas vezes esquecida. **Conclusão:** Ao término deste trabalho, observamos a importância do papel da enfermagem, principalmente do profissional enfermeiro enquanto líder, tendo o olhar gerencial da unidade, além de todas as diversas situações que envolvem o cotidiano do serviço de saúde, principalmente na área hospitalar. Visando seu importante papel na parte organizacional da unidade, desenvolvendo instrumentos capazes de nortear e qualificar a assistência prestada. Sabe-se que as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem, tais como sistema de informação e indicadores, servem para obtenção de dados estatísticos e monitoramento de resultados, que acabam repercutindo na qualidade da assistência, trazendo um diferencial ao serviço. A importância da enfermagem na assistência e articulação dos serviços é significativa, pois são estes profissionais que prestam o cuidado diário e contínuo aos pacientes, conhecendo suas necessidades, podendo assim, articular a assistência à saúde, desenvolvendo ações integrais em seu trabalho.

Palavras-chave: Sala de Recuperação Pós-Anestésica; Assistência de Enfermagem; Indicadores de Qualidade

E-mail: itrevisan@hcpa.ufrgs.br

1.Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, BRASIL; 2.Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul, RS, BRASIL.



[766]

P260 - A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CORRELACIONADOS COM A FISIOPATOLOGIA PARA A ELABORAÇÃO DOS CUIDADOS DO PACIENTE COM TRAUMA RAQUIMEDULAR

Liraine Laura Vianna Farah*1; Cecilia Benevenuto Rezende1; Valeria da Silva Moura1; Vanessa Alves Melo1

Resumo:

Introdução: O trauma raquimedular (TRM) é uma lesão da medula espinhal, que agride fisicamente o corpo e limita ou anula o controle das suas funções orgânicas. Acomete principalmente homens de 15 a 40 anos e estima-se que no país ocorram cerca de 10.000 novos casos no ano. Um estudo realizado no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no período de junho de 2008 a março de 2009 mostrou que dentre 2075 vítimas de trauma, apenas 211 doentes tinham acima de 60 anos e destes somente 2,4% sofreram trauma raquimedular, demonstrando que a incidência em idosos deste tipo de lesão é pequena. Segundo o Ministério da Saúde os principais fatores de risco para o TRM resultam de acidentes automobilísticos, queda de altura, mergulhos em águas rasas, acidentes de trabalho, atos de violência (ferimento por arma de fogo ou branca) e participação em esportes. Tal lesão é irreversível e acarreta importantes alterações no estilo de vida do indivíduo, podendo causar a perda parcial ou total da motricidade ou sensibilidade, além do comprometimento vasomotor, intestinal, vesical e sexual. **Objetivo:** Levantar os Diagnósticos de Enfermagem, ressaltando a importância da correlação que há entre o processo da doença com a elaboração das intervenções propostas pelo Enfermeiro. **Metodologia:** Estudo de natureza descritiva e de revisão bibliográfica no período de 1996 a 2011. **Resultados/Discussões:** Através da correlação com a fisiopatologia, foram encontrados os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes para cada complicação do TRM, como, por exemplo, retenção urinária; risco de sentimento de impotência; termo regulação ineficaz; risco de constipação; mobilidade física prejudicada; disfunção sexual. Desta maneira, dentro da sistematização de Enfermagem, cabe ao enfermeiro de acordo com o nível da lesão, orientar o paciente e sua família quanto à possível reeducação vesical; controle da temperatura corporal e do ambiente; realização de massagem intestinal para melhorar a frequência da evacuação; indicar o uso de meias de compressão elástica; manter lençóis esticados e limpos, grades elevadas; buscando sempre a reintegração indivíduo à sociedade. **Conclusão:** Os diagnósticos de Enfermagem levantados para as complicações são instrumentos que possibilitam o enfermeiro intervir de forma precoce na fase aguda do trauma, que permitirá uma adaptação melhor deste paciente a sua nova condição de vida e ajudando-o a alcançar sua autonomia e auto-estima da melhor forma possível.

Palavras-chave: Trauma Raqui Medular; Assistência de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem

E-mail: laurafarah@live.com

1.Hospital São Camilo Pompeia, São Paulo, SP, BRASIL.



[785]

P261 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ- OPERATÓRIA

Luciana Iglesias de Castro Silva*1; Andressa Oliveira Costa Marchioti2; Leticia Pereira de Paula Mussi2

Resumo:

Trata-se de um relato de experiência da implementação da visita pré- operatória no bloco cirúrgico, vivenciada pelos acadêmicos de Enfermagem do último período da etapa curricular, em parceria da Universidade privada e um Hospital Privado, localizados no Município de Macaé. Essa parceria surgiu com a necessidade da Universidade oferecer aos alunos um campo de prática com alta tecnologia, com visibilidade no mercado hospitalar e preocupação, com valores imprescindíveis na arte do cuidar , pautados na Sistematização da Assistência em valorização ao ensino- aprendizagem. A metodologia utilizada é a operacionalização da ficha de visita pré-operatória aos pacientes agendados no mapa cirúrgico, por meio de uma entrevista à beira do leito ,sendo acompanhados pelo professor Enfermeiro, após acontece a transcrição dos dados clínicos e percepções do paciente cirúrgico, para o prontuário eletrônico. Os enfoques são direcionados respeitando aspectos técnicos e os preceitos da ética e bioética. A relevância desse trabalho se dá por permitir a aproximação da teoria à práxis, desenvolvendo competências para que os profissionais de enfermagem se tornem mais atuantes na construção de uma assistência de qualidade . A efetivação desta proposta assistencial garantiu ao Curso de Enfermagem uma maior visibilidade na instituição parceira, quanto ao papel do Enfermeiro, além de permitir o desenvolvimento de auto-estima profissional pelos graduandos, então futuros profissionais.

Palavras-chave: Relato de Experiência; Visita Pré-operatoria; Implementação

E-mail: lucaastro10@yahoo.com.br

1.Universidade Estácio de Sá, Macaé, RJ, BRASIL; 2.Clinica São Lucas, Macaé, RJ, BRASIL.



[689]

P262 - A PRÁTICA DA TRICOTOMIA: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CIRÚRGICO

Arminda Rezende de Pádua Del Corona¹; Larissa Pereira da Silva Campos¹.

Resumo:

Introdução: A prática de remoção de pelos, denominada tricotomia, pode representar um risco à segurança do paciente cirúrgico mediante o método empregado. Sabe-se que as lâminas de barbear provocam lesões na pele que favorecem o desenvolvimento da infecção de sítio cirúrgico – ISC, mas este método continua sendo utilizado pelos profissionais da área da saúde. O que justifica a relevância desta pesquisa. **Objetivo Geral:** Realizar um estudo das evidências científicas sobre a prática da tricotomia visando à segurança do paciente cirúrgico, evitando o aparecimento de complicações pós- cirúrgicas aos pacientes e gastos adicionais às instituições de saúde frente a um paciente com ISC. **Objetivos Específicos:** 1) Identificar os diferentes métodos e materiais para realização da tricotomia; 2) Enumerar as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos; 3) Identificar o método de tricotomia, que permite maior segurança ao paciente; 4) Comparar a incidência de ISC com o método utilizado na prática da tricotomia; 5) Averiguar a existência de protocolos para a prática da tricotomia. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura. A busca de textos foi feita pela Biblioteca Virtual em Saúde e Google Scholar, nas bases de dados: LILACS, MEDLINE e PubMed. Foram incluídas publicações em inglês e português, tendo como descritores: tricotomia, infecção hospitalar e revisão integrativa, limitando-se ao período de 2000 a 2011. **Resultados:** O corpus da análise foi composto por 12 publicações, a partir das quais se obtiveram três categorias analíticas: 1) Caracterização dos estudos; 2) Tricotomia e infecção de sítio cirúrgico; 3) Práticas seguras recomendadas pela literatura para realização da tricotomia. Os estudos apontaram que o método empregado para a realização da tricotomia influencia diretamente no risco do paciente cirúrgico desenvolver ISC. A recomendação predominante da maioria dos artigos selecionados foi apontar que o uso das lâminas de barbear para a realização da tricotomia é lesivo à pele do paciente e estão associadas a altos índices de ISC. Os cremes depilatórios podem provocar reações de hipersensibilidade e remoção incompleta dos pelos. Os tricotomizadores elétricos obtiveram maior evidência, foram citados pelos 12 artigos e deste total, sete artigos trouxeram de forma explícita em suas recomendações que este é o método preferível para a tricotomia, pois esta relacionado a menores taxas de ISC quando comparado as lâminas de barbear. Porém não se encontrou pesquisas que comparassem o creme de depilar com o tricotomizador elétrico. **Considerações Finais:** Apesar das lacunas encontradas, a maioria dos artigos incluídos neste estudo recomendou o uso dos tricotomizadores elétricos. Conclui-se então, que este método é o que está em maior evidência e, portanto é o mais indicado para a realização da tricotomia até o momento.

Palavras-chave: Tricotomia; Infecção Hospitalar; Revisão Integrativa

E-mail: paduadel@hotmail.com

1.Universidade Federal Mato Grosso do Sul (UFMTS), Campo Grande, MS, BRASIL.



