



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Melon Kunzle, Sônia Regina; de Sousa Pereira, Cristiane; Alves, Kátia Cristiane; Rotter Pelá, Nilza
Teresa; Gir, Elucir

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e
verdades

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 40, núm. 2, 2006, pp. 214-220

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033286009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e verdades

NURSING AUXILIARIES AND TECHNICIANS AND HOSPITAL INFECTION CONTROL IN SURGICAL CENTERS: MYTHS AND TRUTHS

AUXILIARES Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA Y CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA EN CENTRO QUIRÚRGICO: MITOS Y VERDADES

Sônia Regina Melon Kunzle¹, Cristiane de Sousa Pereira², Kátia Cristiane Alves³, Nilza Teresa Rotter Pelá⁴, Elucir Gir⁵

- 1 Enfermeira do Hospital São Francisco de Ribeirão Preto, SP smkunzle@netsite.com.br.
- 2 Enfermeira da Santa Casa de Pedrinópolis, MG cristiane-sousa@zipmail.com.
- 3 Enfermeira da Santa Casa de Franca, SP katiannurse@hotmail.com.
- 4 Enfermeira. Professor Titular (Aposentado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) ropela@eerp.usp.br
- 5 Enfermeira. Professor Titular da EERP-USP egir@eerp.usp.br

RESUMO

Este estudo analítico descritivo objetivou detectar conceitos que traduzem mitos e verdades relativos à infecção hospitalar entre auxiliares e técnicos de enfermagem no centro cirúrgico de três hospitais. O instrumento para coleta de dados possui 28 afirmações (15 verdadeiras e 13 falsas) contemplando fatores relacionados ao paciente, equipe cirúrgica, ambiente, procedimentos. As afirmações contêm escala em três pontos (concordo, tenho dúvida, discordo). Obtivemos respostas adequadas em 72% e não adequadas em 28%, indicando o satisfatório conhecimento da enfermagem perioperatória relacionadas ao controle infecção hospitalar. Nos itens uso de propé, alianças e outros objetos, pêlo como patógeno, escovação das mãos, uso de avental e campo cirúrgico umedecidos, cirurgia infectada e rotina de limpeza, doenças ocupacionais, infecção hospitalar, infecção sítio cirúrgico e tempo operatório, pudemos detectar mitos e rituais referentes ao controle de infecção, que estão relacionados sobretudo à cultura de quem os praticam, perpetuando resistência a mudanças.

DESCRIPTORES

Infecção hospitalar (enfermagem).
Centro cirúrgico hospitalar.
Auxiliares de enfermagem.

ABSTRACT

This analytical and descriptive study is aimed at detecting concepts that translate myths and truths on hospital infection among nursing auxiliaries and technicians at the surgical centers of three hospitals. The data collection instrument consisted of 28 affirmative statements (15 true and 13 false) encompassing factors related to the patient, the surgical team, the environment, and procedures. The statements contain a three-point scale (I agree, I am in doubt, I disagree). We received 72% of adequate answers and 28% of non-adequate, which indicates that perioperative nursing professionals have satisfactory knowledge of hospital infection control. In the items use of safety footwear, rings and other objects, hair as a pathogen, hand scrubbing, use of humid gown and surgical area, infected surgery and cleaning routine, occupational diseases, hospital infection, surgical site infection and surgery time we were able to detect myths and rituals about infection control, which are mainly related to the culture of those who practice them, thus perpetuating resistance to change.

KEY WORDS

Cross infection (nursing).
Surgery department, hospital.
Nurses' aides.

RESUMEN

Este estudio analítico descriptivo tuvo como objetivo detectar conceptos que traduzcan mitos y verdades relativas a la infección hospitalaria entre auxiliares y técnicos de enfermería en el centro quirúrgico de tres hospitales. El instrumento de recolección de datos contenía 28 afirmaciones (15 verdaderas y 13 falsas) que contemplaba factores relacionados al paciente, equipo quirúrgico, ambiente, procedimientos. Las afirmaciones contienen escala en tres puntos (conuerdo, tengo duda, desacuerdo). Obtuvimos respuestas adecuadas en el 72% y no adecuadas en el 28%, indicando el conocimiento satisfactorio de la enfermería perioperatoria relacionadas al control de la infección hospitalaria. En los items uso de botas quirúrgicas, anillos y otros objetos, pelo como patógeno, cepillado de las manos, uso del mandil y campo quirúrgico humedecidos, cirugía infectada y rutina de limpieza, enfermedades ocupacionales, infección hospitalaria, infección del área quirúrgica y tiempo operatorio, pudimos detectar mitos y rituales referentes al control de infección, que están relacionados sobre todo a la cultura de quienes los practican, perpetuando resistencia a los cambios.

DESCRIPTORES

Infeción hospitalaria (enfermería).
Centro quirúrgico hospitalario.
Auxiliares de enfermería.

INTRODUÇÃO

A infecção do sítio cirúrgico representa um grande ônus sócio-econômico às instituições em decorrência dos custos hospitalares e em relação ao paciente pelo prolongamento do período de afastamento de suas atividades profissionais e familiares⁽¹⁾. Constatou-se que o paciente que evolui para uma infecção pode levar a um gasto de até três vezes o valor comparado ao paciente que não teve infecção⁽²⁾.

Estudos revelam que problemas de natureza infecciosa podem estar relacionados a fatores intrínsecos das condições do paciente, ou seja, deve-se lembrar que a maioria das infecções é de origem endógena, como também é de fundamental importância lembrar que muitos pacientes podem adquirir infecções através de práticas iatrogênicas decorrentes de mitos e rituais que também podem favorecer o aumento do índice de infecção no pós-operatório⁽¹⁾.

Mito e ritual são crenças mais baseadas na tradição que em fatos⁽³⁾, é uma forma de pensamento oposta à do pensamento lógico e científico⁽⁴⁾, *qualquer coisa que o enfermeiro acredite mas não possa legitimar, torna-se um mito* e quando executa ações costumeiras sem entender as razões práticas de utilização, pode ser um ritual. Mito foi definido como sendo uma falsa idéia que se sobrepõe à realidade, é mais baseado em tradições convictas que em fatos⁽³⁾.

Destaca-se ainda que *a resistência às mudanças está fortemente enraizada nas crenças e ações*. Há muitos mitos e rituais sendo utilizados em centro cirúrgico e salas de operações que continuam sendo passados para os alunos de graduação para que os enfermeiros experientes possam manter a base de poder sobre os novos de diferentes formações⁽³⁾.

As crenças e práticas em relação ao controle de infecção do paciente cirúrgico são caracterizadas em quatro temas: relacionados ao paciente (preparo de pele, tricotomia, roupa privativa, retirada de adornos), equipe cirúrgica (unhas, adornos, roupa privativa e as paramentações cirúrgicas), ambiente (limpeza de sala operatória, piso, padrões de circulação) e procedimentos (asepsia, escovação cirúrgica, colocação de campos esterilizados, validade da esterilização e manuseio do material estéril)⁽³⁾.

Desmistificar a prática do enfermeiro em centro cirúrgico, relacionado ao controle de infecção hospitalar, pressupõe antes de tudo, admitir que neste ambiente existem mitos⁽⁵⁾.

Observações cotidianas em nosso ambiente de trabalho permitiram-nos constatar que ainda existem entre os profissionais de enfermagem muitas dificuldades em aceitar no-

vas práticas de controle de infecção hospitalar, apesar de existirem protocolos já estabelecidos com essas práticas em cada uma dessas instituições. Sendo assim, a investigação sobre os mitos e rituais que fazem parte das crenças e valores no centro cirúrgico pela equipe de enfermagem, servirão como primórdio de reflexões para mudanças de hábitos, práticas e comportamentos, podendo assim abolir os costumes rotineiros e desnecessários ainda utilizados, que causam desconforto e risco ao paciente e elevação dos custos hospitalares.

OBJETIVOS

Detectar conceitos que traduzem mitos e verdades relativos à infecção hospitalar entre os membros da equipe de enfermagem (auxiliar e técnico de enfermagem) do centro cirúrgico em hospitais de pequeno, médio e grande porte.

Analisar os conceitos à luz dos padrões mínimos para o controle de infecção hospitalar no centro cirúrgico da equipe de enfermagem.

As crenças e práticas em relação ao controle de infecção do paciente cirúrgico são caracterizadas em quatro temas: relacionados ao paciente, equipe cirúrgica, ambiente e procedimentos.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no período de setembro de 2002 a novembro 2003 em três hospitais: um hospital de pequeno porte em Pedrinópolis-MG, com 18 leitos, uma sala cirúrgica, onde se realizam duas cirurgias semanais; um hospital de médio porte em Ribeirão Preto- SP, com 150 leitos, 9 salas cirúrgicas e 30 cirurgias/dia; um hospital de grande porte em Franca- SP com 352 leitos, 7 salas cirúrgicas e 35 cirurgias/dia, sendo que os autores não tiveram a intenção de comparar os resultados entre os hospitais, mas sim de identificar os mitos e verdades relativos à infecção hospitalar entre os membros da equipe de enfermagem.

Nos hospitais pesquisados constatou-se um total de 56 auxiliares e técnicos de enfermagem que atuavam no centro cirúrgico. Destes, 51 se prontificaram a responder o instrumento de coleta de dados e cinco se recusaram, ficando a amostra constituída de 51 sujeitos.

O tipo de estudo é analítico descritivo; composto por 28 afirmações, sendo 15 verdadeiras e 13 falsas, e que contemplam os quatro temas propostos na literatura^(2,6). No final de cada afirmação, há uma escala de três pontos (concordo, tenho dúvida, discordo).

O instrumento construído para coleta de dados foi submetido a juízes que realizaram a validação aparente e de conteúdo. Foi realizado um projeto piloto com 5 técnicos de enfermagem, por considerarmos que teriam mais condições de validar o instrumento e que não participaram da amostra

por terem testado o instrumento para coleta de dados. Constatamos que o mesmo foi considerado claro e adequado pelos juízes.

Todos os sujeitos que concordaram em participar tomaram conhecimento dos objetivos da pesquisa e de seus direitos como sujeito de pesquisa; leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP (processo número 0374/2003), tendo recebido parecer favorável.

Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o programa Excel e estatística descritiva.

RESULTADOS

Os questionários foram aplicados a 51 sujeitos, sendo 41(80%) auxiliares de enfermagem e 10 técnicos de enfermagem (20%).

A maioria dos sujeitos estudados (68%) tem mais de 10 anos de exercício profissional, característica essa maior entre os auxiliares de enfermagem, pois 70% têm mais que 10 anos de exercício profissional e entre os técnicos de enfermagem, 60%. Neste contexto, 60% dos técnicos de enfermagem têm idade acima de 35 anos, e entre os auxiliares de enfermagem 65% têm mais que 35 anos.

Para a análise das respostas dadas (concordo, tenho dúvida, discordo) as mesmas foram classificadas, com base na literatura como adequada e não adequada. Considerou-se não adequada quando o respondente assinalou a alternativa tenho dúvida ou discordo quando tinha que concordar e concordar quando tinha que discordar. Os Quadros 1 e 2 apresentam a adequação das respostas segundo os quatro temas propostos pela literatura.

Na Tabela 1 encontram-se as situações segundo a adequabilidade ou não das respostas.

Quadro 1 - Situações onde a resposta adequada é a concordância - Ribeirão Preto - 2003

TEMA RELACIONADO	SITUAÇÃO
AO PACIENTE	4. O banho pré-operatório contribui para diminuir a infecção do sítio cirúrgico ^(2, 7-8) . 5. O período de hospitalização pré-operatório é importante fator de risco no desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico ^(2, 6-7) . 28. A infecção do sítio cirúrgico deve ser considerada até 30 dias após a operação ^(1, 6) .
À EQUIPE CIRÚRGICA	6. As luvas utilizadas pelos membros da equipe cirúrgica possuem duas funções: proteger o paciente da microbiota das mãos do cirurgião e proteger o cirurgião de sangue potencialmente contaminado ⁽⁶⁻⁷⁾ . 7. Realizar a escovação das mãos só é necessário entre os espaços interdigitais e leitos subungueais; as demais áreas das mãos e antebraços devem ser friccionadas ^(1-2, 6, 8) . 9. A máscara deve ser usada cobrindo toda boca e nariz, quando na entrada da sala cirúrgica, se a cirurgia estiver começando ou quando o material cirúrgico estiver exposto ^(2, 6-9) . 14. O gorro deverá cobrir por completo cabelos da cabeça quando da entrada na sala cirúrgica ^(2, 7, 10-11) . 15. O avental e o campo cirúrgico devem assegurar uma barreira efetiva, mesmo quando umedecido ^(2, 10-11) .
AO AMBIENTE	11. Limitar o número de pessoas na sala contribui para o controle da infecção do sítio cirúrgico ^(2, 7, 10) .
AO PROCEDIMENTO	8. As escovas de lavagem das mãos precisam ser descartáveis e estéreis ⁽⁶⁾ . 17. O risco de infecção é proporcional à duração do ato operatório: quanto mais longa a cirurgia, maior a taxa de infecção ^(6,8) . 19. A lavagem das mãos tem um papel fundamental na prevenção e controle de infecção hospitalar ^(2, 12) . 25. O uso da vacina Hepatite B para profissional de saúde deve ser uma prática rotineira nos hospitais ⁽¹³⁾ . 26. O profissional de saúde, quando prestar cuidado ao cliente com tuberculose pulmonar, deve usar precauções para aerossóis ⁽¹²⁾ . 27. Após uma exposição do profissional de saúde com material perfurocortante, o atendimento especializado deverá ser comunicado imediatamente para que possa adotar medidas adequadas ⁽¹⁴⁾ .

Quadro 2 - Situações onde a resposta adequada é a discordância - Ribeirão Preto - 2003

TEMA RELACIONADO	SITUAÇÃO
AO PACIENTE	2. O uso de aliança ou outros objetos de uso pessoal, pelo paciente no centro cirúrgico, pode favorecer infecção do sítio cirúrgico ⁽³⁾ . 3. O pêlo é uma fonte importante de patógeno e por isso deve ser retirado por tricotomia ^(2, 6-8, 10) . 13. Para degermação e antisepsia da pele do cliente devemos usar vários anti-sépticos concomitantemente ^(1, 6-7) .
À EQUIPE CIRÚRGICA	1. O uso de pro-pé é importante para contribuir na diminuição da taxa de infecção do sítio cirúrgico ^(1, 3, 6, 10-11) .
AO AMBIENTE	12. As portas das salas operatórias podem ficar abertas durante o ato operatório ^(1-2, 10) . 16. Em salas onde houve cirurgias infectadas devemos estabelecer rotina de limpeza especial ^(2, 6-7) . 21. As doenças ocupacionais são consideradas hospitalares ⁽¹³⁾ .
AO PROCEDIMENTO	10. O pacote esterilizado que caiu no chão pode ser usado tranqüilamente ⁽¹⁵⁾ . 18. O uso de EPI é uma prática desnecessária, causando apenas desconforto para o profissional de saúde quando usado ^(13, 16) . 20. O uso de precauções-padrão deve ser recomendado somente quando sabemos o diagnóstico do cliente ^(8, 12) . 22. As luvas de procedimentos não estéreis devem ser usadas quando existir a possibilidade de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, pele não íntegra e qualquer item contaminado ^(8, 10) . 23. O descarte de material perfurocortante deve ser feito em lixo comum, não necessitando de recipiente próprio ⁽¹²⁾ . 24. Devemos sempre desconectar a agulha da seringa para desprezo fazendo assim economia do recipiente ⁽¹²⁾ .

Tabela 1 - Distribuições das situações conforme adequacidade da resposta por hospital (n= 51) - Ribeirão Preto - 2003

Situação	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Total		Total
	Ad*	NA**	Ad*	NA**	Ad*	NA**	Ad*	NA**	
1. Uso do pro-pé	3	5	13	8	10	12	26	25	51
2. Uso de alianças/outros objetos	2	6	6	15	1	21	9	42	51
3. Pêlo como patógeno	2	6	2	19	1	21	5	46	51
4. Banho pré-operatório	7	1	20	1	21	1	48	3	51
5. Período hospitalização pré-operatório	5	3	15	6	12	10	32	19	51
6. Função da luva	6	2	20	1	20	2	46	5	51
7. Escovação mãos	3	5	8	13	8	14	19	32	51
8. Escovas descartáveis/estéreis	6	2	20	1	16	6	42	9	51
9. Especificação do uso de máscara	8	-	21	-	22	-	51	-	51
10. Queda de pacotes esterilizados/uso	7	1	17	4	19	3	43	8	51
11. Número pessoas em sala	7	1	21	-	20	2	48	3	51
12. Sala de operação com porta aberta	8	-	18	3	20	2	46	5	51
13. Degermação, anti-sepsia pele cliente	4	4	17	4	19	3	40	11	51
14. Especificação uso gorro	8	-	21	-	22	-	51	-	51
15. Avental/campo cirúrgico umedecidos	2	6	10	11	5	17	17	34	51
16. Cirurgia infectada/rotina de limpeza	1	7	4	17	3	19	8	43	51
17. Duração do ato cirúrgico/risco de infecção	6	2	15	6	16	6	37	14	51
18. Uso de EPI	5	3	18	3	13	9	36	15	51
19. Higienização mão/controle de infecção	8	-	21	-	22	-	51	-	51
20. Precauções-padrão/diagnóstico cliente	6	2	17	4	19	3	42	9	51
21. Doenças ocupacionais/infecção hospitalar	3	5	9	12	8	14	20	31	51
22. Especificação do uso de luva	6	2	20	1	16	6	42	9	51
23. Descarte de material perfurocortante/ recipiente próprio	8	-	21	-	22	-	51	-	51
24. Especificação descarte agulha/seringa	7	1	19	2	22	-	48	3	51
25. Rotina de vacina hepatite B	8	-	21	-	22	-	51	-	51
26. Precaução de aerossóis/Tuberculose pulmonar	5	3	21	-	20	2	46	5	51
27. Acidente com perfurocortante/medidas adequadas	8	-	21	-	22	-	51	-	51
28. Infecção sítio cirúrgico/tempo pós-operatório	3	5	9	12	5	17	17	34	51

Ad*- adequado

N.A**- não adequado

DISCUSSÃO

Neste estudo, conforme observamos na Tabela 1, 49 % dos participantes consideraram que o uso do pró-pé ainda é importante para diminuir a taxa de infecção de sítio cirúrgico. Não há estudos efetivos que comprovem que os microrganismos presentes no chão se dispersem no ambiente, ao contrário, pode haver contaminação das mãos no manuseio dos pró-pés, além de que a abolição do seu uso otimiza os custos hospitalares^(3,10,14). Por outro lado, a prática pode ser mantida como EPI.

Para a maioria dos sujeitos estudados (82 %), aliança e objetos de uso pessoal podem aumentar a taxa de infecção de sítio cirúrgico. A retirada da aliança, deve ocorrer principalmente, frente a riscos de edema nas mãos e dedos⁽¹⁷⁾. Sob a ótica do controle de infecção, seria necessário que o paciente lavasse bem as mãos antes da cirurgia, sem a necessidade de retirar as alianças. A remoção das roupas de baixo, ou calças de pijama, para realização de todos os procedimentos cirúrgicos não faz sentido para o CIH⁽³⁾.

Os pêlos possuem microbiota passível de anti-sepsia adequada, e não se constituem fontes importantes de patógenos, desde que haja um rigoroso preparo do campo operatório⁽⁶⁾. Dentre os sujeitos, 90% recomendam sua retirada para o não aparecimento da infecção de sítio cirúrgico. Há consenso que não sejam removidos os pêlos das regiões que não interferirão na visualização do campo operatório, tampouco na ação da anti-sepsia da pele⁽¹⁰⁾.

Dentre os entrevistados, 94% acreditam que o banho pré-operatório contribui para diminuir a taxa de infecção do sítio cirúrgico. Na literatura encontramos diferentes proposições a respeito do banho: alguns autores consideram que o banho pré-operatório com escovação com clorhexidina um procedimento efetivo para reduzir contaminação intra-operatória extrínseca de bactérias da pele ao redor da região da ferida; entretanto outros autores acreditam que é melhor recomendar ao menos um banho comum do que nenhum^(1,8).

O tempo de hospitalização como fator de risco para desenvolvimento de infecção no sítio cirúrgico recebeu a discordância de 19 profissionais. Segundo a literatura internar o paciente o menor tempo possível antes da operação, preferencialmente que o paciente seja internado no dia anterior, pois quanto maior o período de internação, maior a colonização da microbiota do paciente^(1,6,8,14).

A maioria dos sujeitos (90%) concordam com as funções das luvas de proteger o paciente da microbiota das mãos do cirurgião e de proteger o cirurgião de sangue potencialmente contaminado do paciente. Com o reconhecimento dos riscos de infecção ocupacional pelo contato e injúria com sangue do cliente, o seu uso passou a ter como objetivo também a proteção da equipe cirúrgica^(6-7,10).

Quanto à necessidade da escovação das mãos, 63% não concordam que ela ocorra somente nos espaços interdigitais e leitos subungueais referindo que as demais áreas das mãos e antebraços devem ser friccionadas. A duração da escovação deve ser de 3 a 5 minutos e de 2 a 3 minutos para as escovações subseqüentes⁽¹⁾ e só é necessária para leitos subungueais e espaços interdigitais, friccionando-se as demais áreas, visto que a escova pode lesar a pele⁽⁶⁾.

A maior parte dos sujeitos estudados (82%) indica que as escovas para lavagem das mãos devem ser descartáveis e estéreis; porém as utilizadas para anti-sepsia das mãos da equipe cirúrgica devem ser descartáveis, estéreis, de cerdas macias e de uso individual⁽⁶⁾.

Todos os sujeitos consideram importante o uso da máscara dentro do centro cirúrgico, que deve cobrir totalmente a boca e o nariz já na entrada na sala cirúrgica, mesmo se a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto, utilizando-a durante toda a cirurgia^(2,6-7). É também considerado que a máscara protege o profissional da saúde dos respingos de materiais infectantes vindos do cliente.

Dos sujeitos pesquisados, 84 % concordam em descartar o material esterilizado que caiu no chão. Quanto às condições desse material, deve-se considerar, a qualidade da embalagem, o selamento, as condições de armazenamento e os eventos ocorridos (caiu no chão, foi apalpada para adivinhar-se o conteúdo, foi carregado debaixo do braço)⁽¹⁵⁾. Caso uma embalagem estéril caia ao chão, deve-se avaliar o dano causado ao pacote, antes que seu conteúdo seja considerado estéril⁽³⁾.

No que se refere ao número de pessoas presentes na sala de cirurgia, 94% dos entrevistados referiram que limitar esse número ao mínimo contribui para o menor índice de infecção de sítio cirúrgico^(1-2,7,10) e esta é a recomendação a ser seguida.

O fechamento das portas da sala de cirurgia, durante o ato cirúrgico, foi apontado como importante para 90% dos sujeitos, pois restringe o número de pessoas dentro das salas cirúrgicas. Este é o procedimento recomendado, exceto para passagem de equipamentos, pessoal e paciente⁽¹⁻²⁾.

Os dados mostram que 22% dos profissionais, desconhecem sobre o preparo da pele do cliente. Para o cuidado da pele, ao se optar por uma solução, não utilizar outro anti-séptico concomitantemente ou após o preparo da pele^(1,6). Para o preparo da pele do paciente quanto para degermação e demarcação do campo operatório, não é recomendada a associação de diferentes anti-sépticos, podendo ocorrer incompatibilidade.

Os 51 sujeitos entrevistados concordam com a utilização do gorro, desde que cubra por completo cabelos da cabeça

e face, já na entrada na sala cirúrgica^(2,7). Embora as evidências científicas sobre a efetividade do gorro na prevenção de infecção sejam poucas, no mínimo, ele pode prevenir a queda de cabelo e de descamações dentro da ferida⁽¹⁰⁾.

Dentre os sujeitos estudados, 67 % não tiveram adequação à resposta relativa à barreira que avental e campo cirúrgico devem assegurar aos profissionais, demonstrando que a maioria desconhece esse assunto. Segundo a Occupational Safety and Health Administration, os profissionais devem utilizar roupas e equipamentos apropriados que não permitam a passagem de sangue e outros materiais potencialmente contaminados, sob condições normais de uso e durante toda a realização do procedimento⁽¹⁰⁾, averiguando se os materiais empregados na confecção do avental e campo cirúrgico constituem-se numa barreira efetiva, mesmo quando umedecidos⁽¹⁾. Os aventais tem que possuir uma capacidade de barreira antimicrobiana.

Uma grande parcela de profissionais (84%) acredita que deve existir rotina de limpeza especial para cirurgias infectadas, podendo-se concluir que há um conceito muito arraigado sobre este tema, mas sabe-se que não há necessidade de procedimentos especiais de limpeza e desinfecção após procedimentos contaminados ou infectados. Não se deve realizar o fechamento de salas cirúrgicas após a realização de cirurgias contaminadas ou infectadas^(2,6-7).

Discordaram que a duração do ato cirúrgico tem importância na infecção de sítio cirúrgico; 27% dos sujeitos. A técnica e a duração da cirurgia são cruciais no desenvolvimento de infecção de sítio cirúrgico⁽⁶⁾.

O uso de EPI não foi considerado importante para 29% dos sujeitos estudados, apesar de ser uma prática muito divulgada, embora seu uso seja recomendado toda vez que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, fluidos corpóreos, pele não-integra⁽¹³⁾.

Entretanto, todos os respondentes (100%) concordaram que é importante a lavagem das mãos para diminuição da infecção de sítio cirúrgico. Estas devem ser lavadas antes de cada contato direto com o paciente, e após qualquer atividade ou contato que resulte em nova contaminação, visando a quebra da cadeia de transmissão do profissional para com os pacientes^(7,12-13).

Dos sujeitos, 18 % acreditam que as precauções-padrão devam ser recomendadas somente quando sabemos o diagnóstico do cliente. As precauções-padrão, no entanto, representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento a todos os pacientes hospitalizados e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados, ou sob suspeitas de contaminação⁽¹²⁾. As precauções-padrão devem ser aplicadas todas as vezes que houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, fluidos corpóreos, pele não-integra e mucosas⁽¹³⁾.

Não possuem conhecimento em relação às doenças ocupacionais 61% dos sujeitos pesquisados. Na instituição hospitalar encontramos todos os tipos de riscos ocupacionais para o trabalhador da saúde⁽¹⁸⁾, portanto, ao ignorar o risco que corre, o profissional pode negligenciar o uso de precauções padrão.

Dos entrevistados, 82% têm conhecimento de que o uso de luvas é recomendável para situações onde haverá contato com sangue, secreções e fluidos corpóreos. As luvas de procedimento devem ser usadas quando o profissional for realizar procedimentos em que as mãos entrarão em contato direto com sangue e outros fluidos orgânicos do cliente, para manuseio de itens ou superfícies sujas com sangue e fluidos, para a punção venosa ou outros acessos vasculares, e em situações em que o paciente apresentar mucosa ou pele não-integras^(13,19).

Todos os entrevistados discordaram de que o material perfurocortante deva ser descartado em lixo comum. É recomendado o descarte em recipiente resistente, de acordo com a norma IPTNEA55, devendo-se respeitar, também, o limite de preenchimento dos recipientes e a substituição do coletor⁽¹²⁾. Vale ressaltar que as caixas de papelão, atualmente utilizadas não são completamente seguras, visto que as agulhas podem perfurar as caixas se estas forem amassadas.

Apenas três sujeitos não possuíam conhecimento sobre manipulação de material perfurocortante. Não se deve desconectar agulhas das seringas, dobrá-las ou principalmente reencapá-las, para prevenir possíveis acidentes com esse material⁽¹²⁾.

O uso da vacina contra hepatite B para profissional de saúde deve ser uma prática rotineira nos hospitais⁽¹²⁻¹³⁾. A esse respeito, todos os entrevistados afirmaram conhecer essa rotina. A recomendação da vacina contra hepatite B é fortemente preconizada para profissionais de atenção direta ao paciente ou que tenham contato com material biológico.

O uso de precauções com aerossóis para prevenção de tuberculose não foi reconhecido como importante por 5 sujeitos. Recomenda-se a identificação rápida objetivando-se o tipo de precauções de isolamento (precaução com aerossóis) adequado para pacientes com risco de tuberculose pulmonar bacilífera, pois esse procedimento é extremamente importante para limitar a possível exposição de outros pacientes e de profissionais de saúde, principalmente quando se dispõem de recursos físicos e técnicos escassos⁽¹²⁾.

Foram adequadas as respostas da totalidade dos entrevistados em relação a acidente com perfurocortante. Após exposição/acidente, é necessário assegurar sempre uma avaliação com infectologista e oferecer se necessário tratamento profilático com drogas, vacinas ou imunoglobulinas ao profissional de saúde informando-os sobre opções de

profilaxia, riscos de infecção quando o tratamento não for aceito, grau de proteção obtido com terapia oferecida, efeitos colaterais e terapia⁽¹³⁾.

Foi identificado desconhecimento por 67% dos profissionais quanto ao período de infecção no ato cirúrgico. As infecções de sítio cirúrgico devem ser diagnosticadas no máximo até 30 dias após o procedimento; entretanto na presença de material protético, é considerada infecção hospitalar até um ano após o ato cirúrgico^(1,6). Podemos verificar que as infecções sítio cirúrgico na sua grande maioria se manifestam até o vigésimo-primeiro dia da data da cirurgia⁽²⁰⁾.

CONCLUSÕES

Analisando os dados estudados, das 28 afirmativas foram obtidas respostas adequadas em 72%, e respostas não adequadas em 28%, o que nos indica que os níveis de conhecimento da enfermagem perioperatória são satisfatórios de forma geral. Mas, analisando-se separadamente, pode-

mos detectar que ainda há mitos e rituais relacionados ao controle de infecção. No tocante aos seguintes itens detectamos uma porcentagem de respostas não adequadas muito elevada: uso de pro-pé (49%), uso de alianças e outros objetos (82%), pêlo como patógeno (90%), escovação das mãos (63%), avental e campo cirúrgico umedecidos (67%), cirurgia infectada-rotina de limpeza (84%), doenças ocupacionais (61%), infecção sítio cirúrgico-tempo operatório (67%).

Há na enfermagem perioperatória diversos mitos e rituais praticados no centro cirúrgico relacionados ao controle de infecção hospitalar que prevalecem até hoje. O uso de alguns dos mitos e rituais afeta, sem dúvida, a prática e os resultados desejados.

Para que se possa gradualmente desmistificar estas questões, temos que investir nos programas de educação permanente, promovendo uma melhor capacitação dos recursos humanos, refletindo numa importante melhoria dos resultados de controle de infecção, assistência ao paciente e otimização de recursos hospitalares e novas pesquisas científicas.

REFERÊNCIAS

- (1) Rabhae GN, Ribeiro Filho N, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT, editor. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 479-505.
- (2) Magram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999;20(4):250-78.
- (3) Redfern SM. Mitos e rituais na sala de operação. *Rev SOBECC*. 1998;3:10-7.
- (4) Ferreira ABH. Dicionário Aurélio eletrônico, 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
- (5) Graziano KU. Desmistificando a prática do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico, relacionada ao controle de infecção hospitalar. *Nursing*. 1998;1(3):12-7. (edição brasileira)
- (6) Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção hospitalar (APECIH). Prevenção da infecção de sítio cirúrgico. São Paulo; 2001.
- (7) Medeiros EAS, Grimbaum R, Ferraz E, Machado A, Ferraz AAB, Arruda E, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Infectologia para prevenção de infecção hospitalar. *Prática Hosp*. 2002;22:31-43.
- (8) Lacerda RA, editora. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. Técnicas cirúrgicas e procedimentos pré-operatórios; p. 363-85.
- (9) Barbosa MH. Paramentação cirúrgica: máscaras faciais. In: Lacerda RA, editora. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 315-24.
- (10) Lacerda RA. Centro Cirúrgico. In: Fernandes AT, editor. Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 789-818.
- (11) Lacerda RA, editora. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. Paramentação cirúrgica: campos, gorros e pro-pés. p. 289-98.
- (12) Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção hospitalar (APECIH). Precauções/isolamento. São Paulo; 1999.
- (13) Cavalcante NJF, Pereira NA. Saúde ocupacional. In: Fernandes AT, editor. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1287-300.
- (14) Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH). Orientações para o controle de infecções em pessoal da área da saúde. São Paulo; 1998.
- (15) Graziano KU. Embalagens de artigos odonto-médico hospitalares. In: Lacerda RA, editor. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 197-211.
- (16) Sarquis LMM, Felli VEA. O uso dos equipamentos de proteção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos perfurocortantes. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(4):564-73.
- (17) Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. 3ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2001. O paciente cirúrgico; p. 847-87.
- (18) Fernando CM, Cavalcante NJF, Ayub MA. Imunização em profissionais de saúde. In: Fernandes AT, editor. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1301-6.
- (19) Bertaglia CC, Lacerda RA. Paramentação cirúrgica: luvas cirúrgicas e de procedimentos. In: Lacerda RA, editor. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 299-313.
- (20) Oliveira AC, Ciosak SI. Infecção de sítio cirúrgico no seguimento pós-alta: impacto na incidência e avaliação dos métodos utilizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(4):379-85.